

UNIVERSIDAD DE PANAMA

VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

**TCC con Cuidadores del Paciente Diagnosticado con Demencia que
presentan el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador**

por:

Sheika Michell Castillo James

Panamá 2019

Dedicatoria

Dedico este trabajo primero que todo a Dios por haberme dado la oportunidad de poder realizar esta meta, por su sabiduría y amor manifestado cada día. A la Señora Yaneth de Bravo quien, sin saberlo, fue fuente de inspiración para este proyecto, por enseñarme de forma vívida cómo con amor y dedicación podemos embellecer el mundo de un paciente con demencia, aunque sus recuerdos sean pasajeros.

“Y dediqué mi corazón a conocer la sabiduría, y también a entender las locuras y los desvaríos; conocí que aun esto era aflicción de espíritu (Eclesiastés 1:17)”.

Agradecimiento

Agradezco a Dios, mi Señor y Salvador, ya que sin él no soy nada y separada de él nada puedo hacer (Juan 15:5). A mi hijo, por su comprensión, amor e inspiración para poder lograr cada meta propuesta. A mi familia, por su apoyo incondicional y a todos los que de una forma directa o indirecta sirvieron como instrumento para la realización de este proyecto; muchas gracias.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Gráficas	viii
Resumen.....	ix
Summary.....	ix
Introducción	10
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	13
1.1 Síndrome de Sobrecarga del Cuidador	14
1.1.1. Sintomatología	16
1.1.2 Causas	17
1.1.3 Consecuencias.....	18
1.1.4 Correlación	19
1.2 Terapia Cognitiva Conductual	22
1.3 Antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual.....	27
1.3.1 Iván Petróvich Pavlov (1849-1936).....	27
1.3.2 John Broadus Watson (1878- 1958).....	29
1.3.3 Albert Ellis (1913-2007)	30
1.3.4 Aaron Beck (1921, edad 97 años).....	32
1.3.5 Michael Mahony (1942-2006).....	33
1.3.6 Donald Meichenbaum.....	34
1.4 Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual	34
1.4.1 Psicoeducación:	35
1.4.2 Resolución Cognitiva de Problemas:	36
1.4.3 Reestructuración Cognitiva:	37
1.4.4 Modificación de Conducta:	39
1.4.5 Detección del Pensamientos Automáticos:	40
CAPITULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS	42
2.1 Descripción del Proyecto	43

2.1.1 Planteamiento del Problema	43
2.2 Objetivos de la Investigación	43
2.2.1 Objetivos Generales	43
2.2.2 Objetivos Específicos	43
2.3.1 Hipótesis Estadísticas.....	44
2.4 Tipo y Diseño de la Investigación	44
2.5 Definición de Variables.....	44
2.5.1 Variable Independiente:	44
2.5.2 Variable Dependiente:	45
2.6 Población y Muestra	46
2.6.1 Población	46
2.6.2 Muestra	46
2.7 Técnicas e instrumento de investigación.....	47
2.7.1 Entrevista Psicológica y Observación Clínica.....	47
2.7.2 Escala Zarit.....	48
2.8 Diseño de Análisis Estadístico	50
2.9 Procedimiento.....	50
CAPITULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	53
3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
3.1.1 ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL CUIDADOR.....	54
3.1.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS	61
CAPITULO IV: RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES	85
4.1 Conclusiones	86
4.2 Recomendaciones	87
ANEXOS	88
Consentimiento de Participación.....	89
Escala de Zarit.....	90
Formato de Entrevista Psicológica	93
Descripción del Programa	97
Cuadro de Asistencia a las Sesiones	98
Bibliografía	99

Índice de Tablas

Tabla 1: Estadísticas descriptivas de la Edad del Cuidador.....	54
Tabla 2: Estado Civil de los Cuidadores.....	55
Tabla 3: Sexo de los Cuidadores.....	56
Tabla 4: Escolaridad de los Cuidadores.....	57
Tabla 5: Relación de los cuidadores con los Pacientes.....	58
Tabla 6: Tiempo Dedicado como Cuidador.....	59
Tabla 7: Prueba t para la igualdad de medias antes y después de la aplicación del Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual.....	60
Tabla 8: Pregunta 1 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	61
Tabla 9: Pregunta 2 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	63
Tabla 10: Pregunta 3 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	63
Tabla 11: Pregunta 4 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	65
Tabla 12: Pregunta 5 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	65
Tabla 13: Pregunta 6 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	66
Tabla 14: Pregunta 7 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	68
Tabla 15: Pregunta 8 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	69
Tabla 16: Pregunta 9 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	69
Tabla 17: Pregunta 10 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	71
Tabla 18: Pregunta 11 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	71
Tabla 19: Pregunta 12 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	73
Tabla 20: Pregunta 13 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	73
Tabla 21: Pregunta 14 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	74
Tabla 22: Pregunta 15 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	76
Tabla 23: Pregunta 16 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	76
Tabla 24: Pregunta 17 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	78
Tabla 25: Pregunta 18 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	79
Tabla 26: Pregunta 19 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	80
Tabla 27: Pregunta 20 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	81
Tabla 28: Pregunta 21 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	82
Tabla 29: Pregunta 22 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	82
Tabla 30: Resultados (puntos obtenidos) Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	84

Índice de Gráficas

Gráfica 1: Teoría ABC Albert Ellis.....	30
Gráfica 2: Estado Civil de los Cuidadores.....	55
Gráfica 3: Sexo de los Cuidadores.....	56
Gráfica 4: Escolaridad de los Cuidadores.....	57
Gráfica 5: Relación de los Cuidadores con los Pacientes.....	58
Gráfica 6: Tiempo Dedicado como Cuidador.....	59
Gráfica 7: Pregunta 1 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	62
Gráfica 8: Pregunta 2 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	63
Gráfica 9: Pregunta 3 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	64
Gráfica 10: Pregunta 4 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	65
Gráfica 11: Pregunta 5 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	66
Gráfica 12: Pregunta 6 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	67
Gráfica 13: Pregunta 7 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	68
Gráfica 14: Pregunta 8 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	69
Gráfica 15: Pregunta 9 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	70
Gráfica 16: Pregunta 10 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	71
Gráfica 17: Pregunta 11 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	72
Gráfica 18: Pregunta 12 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	73
Gráfica 19: Pregunta 13 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	74
Gráfica 20: Pregunta 14 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	75
Gráfica 21: Pregunta 15 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	76
Gráfica 22: Pregunta 16 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	77
Gráfica 23: Pregunta 17 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	78
Gráfica 24: Pregunta 18 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	79
Gráfica 25: Pregunta 19 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	80
Gráfica 26: Pregunta 20 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	81
Gráfica 27: Pregunta 21 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	82
Gráfica 28: Pregunta 22 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	83
Gráfica 29: Resultados (puntos obtenidos) Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test.....	84

Resumen

Esta investigación que utilizará la Terapia Cognitivo Conductual, tiene como principal objetivo determinar si la Terapia Cognitivo Conductual tiene efectividad en la disminución de los síntomas de Sobrecarga del Cuidador que presentan los cuidadores de pacientes diagnosticados con Demencia y orientar a los cuidadores mediante la Terapia Cognitivo Conductual a identificar los síntomas de sobrecarga. Esta terapia se llevará a cabo en la Provincia de Coclé, Distrito de Penonomé en la Caja de Seguro Social, de forma grupal se verificará la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual. Los participantes son aquellos que cumplan con los criterios de inclusión previamente establecidos en esta investigación.

Palabras Claves: Terapia, Sobrecarga, Cuidador.

Summary

In this investigation, we will be using the Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and its main objective is to determine if CBT effectively decreases the symptoms of Caregiver Overload Syndrome of patients with a diagnosis of dementia. We want the caregivers to be able to identify the symptoms of Overload syndrome. This therapy will take place at Caja de Seguro Social in the District of Penonome, Province of Cocle to verify the effectiveness of CBT. The people who will participate will be those that meet the inclusion criteria that was established previously.

Key Words: Caregiver, Overload, Therap.

Introducción

De acuerdo con el diccionario de la real academia de la lengua, la Demencia es un trastorno de la razón donde se presenta un deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales que tiene un individuo, manifestando cambios drásticos en su conducta y sus funciones cognitivas; llegando al punto de no poder realizar sus actividades cotidianas por sí mismo, teniendo que depender de otro.

La OMS indica que alrededor del mundo existen 50 millones de personas que sufren de demencia, siendo diagnosticados 10 millones de nuevos casos al año, llegando a ser una de las principales causas de discapacidad y dependencia; se espera que para el 2030 esta cantidad aumente a 82 millones. De acuerdo a una investigación sobre la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia en Panamá, existían 20,000 casos en el 2010, proyectando hacia el año 2030 47,000 casos (“Informe ADI/Bupa, ‘La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia.’, octubre 2013”). Lo que nos da a entender que, a mayor número de casos, mayor número de cuidadores involucrados.

Con relación a lo anterior, recibir la noticia de que un familiar ha sido diagnosticado con una enfermedad mental que le va a acompañar por el resto de su vida es algo muy impactante y difícil de asumir. Saber que ese ser querido, a quien nuestra mente siempre recuerda por su vigor, fortaleza e independencia, no va a poder continuar sus días sin un acompañante permanente puede ser muy frustrante. En efecto, estudios publicados como

el de “Know Alzheimer” demuestran que, con el paso del tiempo, ser ese acompañante trae consecuencias a nuestras vidas, tales como desgaste, frustración, abandono, problemas financieros y emocionales e, incluso, llegar a padecer alguna enfermedad.

Es probable que muchas veces no se nos consulta si deseamos o no cumplir con la responsabilidad de ser cuidadores; pero el entorno y las circunstancias nos hacen ser los elegidos para esta labor, la cual se puede volver un dilema a largo plazo. Lastimosamente, en la actualidad no contamos con un sistema de apoyo para los familiares del paciente diagnosticado con Demencia, por lo que cada miembro de la familia sufre las secuelas de esta condición permanente, sin saber cómo manejar la angustia, los sentimientos de culpa, la frustración o el enojo. En sondeo hecho por el Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología (Indicasat) mencionan a los familiares y/o cuidadores del paciente con algún tipo de demencia, haciendo hincapié en que, así como se atiende al enfermo, su familia también debe recibir atención, esto porque la persona diagnosticada con Demencia necesitará cuidados continuos, viéndose el cuidador en la necesidad de dejar sus empleos muchas veces. Es por esto que, tristemente, la situación sólo cambiará con la muerte del familiar.

Se recomienda que el familiar/cuidador del paciente con Demencia debe recibir algún tipo de apoyo ya que pueden llegar a desarrollar enfermedades como depresión, ansiedad, entre otros, pero nos vemos con la triste realidad que, en nuestro sistema de salud, no hay un plan de seguimiento ni apoyo al familiar del paciente con demencia senil.

Es debido a lo antes mencionado que surge este proyecto, como medida de apoyo a ese familiar que no cuenta con un sistema organizado de ayuda para el manejo de sus emociones que se han visto afectadas por la sobrecarga.

El siguiente trabajo de investigación tiene como finalidad evaluar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual con Cuidadores del Paciente Diagnosticado con Demencia que presentan el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador.

El Capítulo I, Marco Teórico, presenta aspectos generales del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, cuáles son los síntomas que se presentan, una explicación de las causas, consecuencias y por último desarrollo de la correlación. Adicional a esto, se hace un abordaje de la Terapia Cognitivo Conductual, se explica los fundamentos de esta terapia, al igual que se exponen sus principales exponentes a lo largo de la historia y por último se indican las técnicas utilizadas en este modelo terapéutico.

El Capítulo II se mencionan los aspectos relacionados a la metodología de investigación que se utilizarán para desarrollar este estudio, planteando los objetivos generales y específicos del mismo, como la comprobación de la hipótesis planteada, la cual planteamos la posibilidad de disminuir los síntomas de Sobrecarga del cuidador.

El Capítulo III es el análisis de los resultados del pre test y post test aplicada a un solo grupo de estudio, luego de haber aplicado las técnicas de intervención del modelo TCC.

Y por último se presentan las conclusiones y recomendaciones resultantes de esta investigación.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Síndrome de Sobrecarga del Cuidador

El Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, es un estado físico, mental y emocional donde el cuidador refleja angustia debido a la responsabilidad permanente de velar por el bienestar de una persona dependiente, comenzó a usarse el término Sobrecarga en Inglaterra alrededor de los años 60 como una forma de denominar a las personas afectas por cuidar a un paciente con alguna discapacidad mental y cómo esto afectaba a la familia e incluso a la comunidad, así lo definió Jacqueline Grad. En el diccionario de la Real Academia de la Lengua, se define carga como: “Obligación ajena a un estado, empleo u oficio”. Este síndrome aflora con el paso del tiempo y se desarrolla mientras la condición de la persona por la que deben velar se va deteriorando cada vez más., esto ocasiona que el cuidador sienta el peso de su labor.

El cuidador es el encargado de proveer para las necesidades de la persona dependiente, cubre muchas veces medicamentos, transporte, atención médica, alimentación, vestimenta, etc., afectando directamente la economía de este, repercutiendo en su nivel y calidad de vida. Este síndrome puede afectar a miembros de la familia (que pueden llegar a ser un 80%) que cumplan con el rol de cuidadores o a personas contratadas para este fin. El denominado cuidador puede verse afectado en su salud física e incluso mental desarrollando patologías que pueden llevarlo a pasar de cuidador a ser total o parcialmente dependiente de otra persona. Los familiares al ser cuidadores muchas veces cuentan con pocas herramientas para afrontar este nuevo rol siendo mayormente afectados que un cuidador contratado o profesional.

Estudios han revelado que mientras más severos son los síntomas del paciente y sus demandas, mayor será el sentimiento de carga que experimentará el cuidador, mientras que estudios realizados por Zarit en 1980 indican lo contrario.

Existe mucha relevancia entre si el cuidador es mujer u hombre, ya que se ha catalogado el rol como una figura femenina, siendo las esposas las principales cuidadoras, seguidas de las hijas mayores.

Dentro de la carga se ha catalogado la misma en dos (A. Martínez; Nadal, S; Beperet, M; Mendioroz, P; grupo Psicost, 2000): carga objetiva y carga subjetiva las que definimos a continuación:

Carga Objetiva: Es cualquier cambio o alteración que pueda ser verificada y observada en la vida o rutina del cuidador originada por la condición del paciente. Se origina en todo lo que tiene que ver con supervisión (ver que el paciente tome sus medicamento, ver que su rutina de sueño no sea interrumpida o no haya variaciones o alteraciones en la conducta que puedan ser perjudicial para sí) y estimulación (ver que el paciente sea estimulado para dentro de lo posible no descuide su autocuidado y alimentación, esto siempre y cuando la condición del paciente se lo permita, ya que existen casos en donde esto no es posible y el cuidador tiene que ocuparse al 100%).

Carga Subjetiva: Es cualquier sentimiento que pueda tener el cuidador al mencionar la sensación de tolerar una responsabilidad tan grande como esta y tener que hacerse cargo de las obligaciones que conlleva ser un cuidador. La carga subjetiva se

relaciona con el ambiente y la conexión con la familia y la angustia que genera el estado de salud, tratamiento y por venir del paciente.

Varios modelos han definido la Sobrecarga del Cuidador destacando las siguientes (Camacho, L; Hinostrosa, G; Jiménez, A, 2010):

“**a)** la relación sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente, según las dificultades que se presentan para resolverlas;

b) el empleo de instrumentos no específicos, que miden dimensiones como calidad de vida, o presencia de síndromes psicopatológicos, como ansiedad, depresión o escalas de calidad de vida;

c) el derivado de la teoría general del estrés, donde el cuidador tiene que enfrentarse a determinados factores de tensión y su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos, especialmente el impacto emocional”.

1.1.1. **Sintomatología**

Es un Síndrome que surge por la situación que está viviendo el cuidador al adquirir la responsabilidad de cuidar a otra, es ambiental, proviene de componentes externos. Existe una combinación de síntomas que manifiesta el cuidador, los cuales podemos ubicarlos en el rango de ansiedad y depresión. El cuidador manifiesta agotamiento físico, pérdida del sueño, angustia, irritabilidad, estrés, pérdida o aumento del apetito, sentimiento de culpa por pensamientos que puede considerar egoístas, dolor en el cuerpo, aislamiento, disminución en el interés de compartir con

su grupo de amigos, disminución en el interés de realizar actividades placenteras, depresión.

1.1.2 Causas

Las causas del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador pueden ser ambientales y de acuerdo al momento que esté viviendo el cuidador, pero manejamos la hipótesis de varios componentes:

- **Indefensión aprendida:** Se plantea como el escaso o nulo control sobre la situación adversa en repetidas ocasiones.
- **Interés social:** Se refiere al interés activo del Fomento del bienestar humano. La aparición del interés social, unido a la incapacidad de realizar reuniones y actividades de esparcimiento social debido a la demanda de su tarea, es un Factor predictor del SCC.
- **Personalidad resistente:** Es un patrón de personalidad caracterizado por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por la percepción de control del ambiente y por la tendencia a acercarse a los cambios en la vida con una actitud de desafío y no de amenaza. Esto resume los tres Factores que componen este patrón de personalidad (compromiso, control y desafío). Las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del SCC.
- **Género:** Es una variable que se debe tener en cuenta, puesto que está relacionada con una serie de características relacionadas con el trabajo, que predisponen especialmente al género femenino.

- **Demandas Emocionales:** Se consideran un antecedente objetivo del SCC, ya que existe una relación directamente proporcional; por lo que, a mayores demandas emocionales, mayor probabilidad de padecer el síndrome. El cuidador en este caso considera que las demandas son abrumadoras, mientras que para la persona receptora de cuidado son normales.
- **Estrategias de Afrontamiento Inadecuadas:** Las estrategias de tipo escapista aumentan la probabilidad de sufrir SCC; mientras que las de control la disminuyen.
- **Autoeficacia:** Es la propia percepción de eficacia en las tareas que se deben realizar. Está relacionada con el factor de la indefensión aprendida.
- **Patrón de Personalidad Tipo A:** Este patrón caracteriza a individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiperresponsabilidad, etc. Debido a que es un factor altamente relacionado con el aspecto laboral, se encuentra mucho en cuidadores (Zambrano & Ceballos, 2007).

1.1.3 Consecuencias

Dentro de las consecuencias del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador la podemos evidenciar a nivel físico con el aumento de los síntomas, disminución de la energía física, sensación de enfermarse más que el resto de las personas, problemas a nivel gastrointestinales, dolores musculares que se hacen más agudos con el paso del tiempo, entre otras. A nivel psicológico y emocional: cambio de humor frecuente, desmejora en las relaciones familiares (esto cuando el cuidador está a cargo de un familiar y no recibe apoyo de ningún pariente). A nivel económico: aumento en los

gastos trayendo como efecto colateral la disminución de la calidad de vida, imposibilidad de obtener un empleo por falta de tiempo.

1.1.4 Correlación

El Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, sus síntomas pueden ser encontrados en varios trastornos categorizados en el CIE-10 y DSM-5, de acuerdo a la psicopatología descriptiva, entre ellos podemos señalar: neurastenia, trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno de adaptación, entre otras.

De acuerdo al CIE-10:

Neurastenia F48.0 CIE -10 (OMS, 1992):

1. Manifestación de cansancio que va en aumento después de haber realizado alguna tarea que requiera esfuerzo mental y/o físico, aunque este esfuerzo haya sido mínimo.
2. Manifestar dos de los siguientes síntomas: dolor o molestia muscular, mareo, dolor de cabeza, dificultad o trastorno del sueño, dificultad para relajarse, irritabilidad, etc.
3. De aparecer síntomas depresivos, que no sean persistentes en el tiempo como para que se diagnostique algún con algún tipo de depresión.

Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo F41.2 del CIE-10:

Esta categoría debe ser utilizada cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin que ninguno de estos síntomas sea claramente predominante,

ni aparezca con tal importancia que justifique un diagnóstico particular, si es que se los considera por separado.

Cuando se dan en conjunto los síntomas de ansiedad y de depresión, y son suficientemente graves como para justificar diagnósticos separados, deben registrarse ambos y, por lo tanto, esta categoría no deberá ser utilizada. Depresión de ansiedad (leve o no persistente) de acuerdo al CIE-10 (OMS, 1992).

Trastorno de Adaptación F43.2 del CIE-10 (OMS, 1992):

El trastorno de adaptación son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones en las emociones, los cuales interfieren en la actividad social, Existen factores estresantes que interfieren con la parte social del individuo y de su entorno.

Se incluyen las siguientes manifestaciones:

1. Humor depresivo prolongado.
2. Sentimiento de incapacidad para hacer frente a los problemas, planificación del futuro.
3. Suele aparecer un mes después del evento estresante y su duración pocas veces se prolonga por más de seis meses.

Reacción Mixta de Ansiedad y Depresión F43.22 CIE-10 (OMS, 1992)

Subtipo de los trastornos de adaptación en el que se encuentran las mismas características del trastorno mixto ansioso-depresivo, los síntomas de ansiedad y depresión aparecen en el individuo.

De acuerdo al DSM 5:

Trastorno de Adaptación (DSM 5):

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.

2. Deterioro significativos en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Trastorno de Depresión No Especificado con Ansiedad (DSM 5): Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico

más específico. Con ansiedad: La ansiedad se define como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (Distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inusualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

1.2 Terapia Cognitiva Conductual

Los orígenes de las ciencias tienen su raíz en la filosofía, incluyendo a la Psicología con sus corrientes y áreas de estudio. El tema de la cognición inicia en la filosofía ya que buscaban explicar y darle justificación al origen del mundo y de los pensamientos que tenían las personas, todo esto para mejorar la calidad de vida de los individuos por medio de la educación. Existieron pensadores tanto de occidente como oriente que dedicaron mucho tiempo al estudio de los malestares emocionales y perturbaciones del hombre como ser viviente; viendo cómo el pensamiento tenía inherencia como instrumento para recuperar la estabilidad en el área de las emociones al comprenderlas. En la antigua Grecia, a los grandes pensadores y filósofos se les atribuye las primeras menciones de la “razón” debido a su forma de pensar. Es de esta cuna griega donde Sócrates planteaba que el ser humano debía conocerse a sí mismo como ser pensante antes de conocer el mundo que lo rodeaba, era tan dedicado a la práctica de la razón que en sus interlocuciones con otros

lograba que la persona conversara de un tema que dominaba, pero cuando la persona divagaba, Sócrates decía que la persona no estaba razonando (no estaba convencido) de lo que decía, dando origen al “Arte de dar a luz” (Mayeútica Socrática), siendo actualmente utilizada en la psicología clínica en el modelo Cognitivo Conductual para que mediante esta premisa el paciente exprese sus pensamientos, desechando lo irracional y afianzando el pensamiento lógico. Años más tarde surgieron otros filósofos que escribieron obras que ya hablaban de la estructura en la implantación de las creencias en el pensamiento del individuo, uno de ellos es Epicteto quien en su obra Enchiridion expresó que “las personas no se perturban por las cosas, sino por las formas en las cuales perciben e interpretan las cosas” (Hernández & Sánchez, 2007). La Terapia Cognitivo Conductual es un tipo de orientación terapéutica que incluye la interacción de 5 elementos, Padesky (1988), “ambiente (incluye historia evolutiva y la cultura), biología, afecto, conducta y cognición” (citado en Dattilio & Padesky, 1995, p. 19). Desarrollada por Aaron Beck y colaboradores, destaca que los pensamientos son generadores de sentimientos y/o conductas que afectan al individuo y no debe disminuirse a simples técnicas sino a formas de organizar y analizar los temas que aquejan al paciente. Este tipo de terapia es muy corta duración, ya que trabaja directamente con el síntoma que manifiesta el paciente. Al modificar el pensamiento negativo, se observará un cambio en la conducta. Con el pasar del tiempo la terapia Cognitivo Conductual ha ido sumando seguidores a sus filas debido a los excelentes resultados que los terapeutas han visto en sus pacientes, llevando al individuo a buscar dentro de un abanico de posibilidades la solución a su situación actual. Es una terapia directiva, porque se lleva al paciente a buscar e identificar los pensamientos irracionales que gobiernan su comportamiento.

En la Terapia Cognitivo Conductual podemos hablar de esquemas de pensamientos que, si bien no todos son formados en la infancia, tienen mucha relevancia en nuestra forma de ver y considerar el mundo y a sí mismo. Pero, ¿qué son los esquemas? Los esquemas los podemos definir de la siguiente manera (Clark & Beck, 1997):

“Estructuras de procesamiento de la información que participan en la generación y adscripción de significado, permitiendo construir de esta manera una visión estable de sí mismo y del mundo. Los esquemas pueden conceptualizarse como principios organizativos cuya función es darles sentido a las experiencias vitales. Los mismos se desarrollan desde el nacimiento a partir de protoesquemas, respuestas innatas o reflejos que se van modificando al interactuar con el entorno, incorporando nueva información y dando lugar a estructuras de asignación de significado cada vez más complejas”.

Las emociones juegan un papel muy importante en la Terapia Cognitivo Conductual, ya que nuestras emociones y sentimientos son consideradas como una fuente que provee información ya que gracias a ellas interpretamos lo que vemos, podemos afrontar o no las cosas y tomar decisiones.

Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual se habla de distorsiones cognitivas:

Inferencia arbitraria: Es cuando la persona saca conclusiones sin contar con las evidencias que puedan sostener su argumento e incluso cuando existen evidencias de que las cosas ocurrirán de forma diferente a lo que el individuo piensa.

Maximización: Es cuando la persona aumenta algunas situaciones o aspectos de su vida que está atravesando.

Minimización: Es cuando la persona disminuye, subestima o le quita el verdadero valor o importancia a las situaciones o aspectos de su vida que está atravesando.

Abstracción Selectiva: Es cuando la persona se concentra en un aspecto ignorando otros aspectos que también son relevantes e importantes que está atravesando y en base a esto elabora sus conclusiones.

Generalización Excesiva: Es cuando la persona generaliza y aplica a su vida como si fuera una norma las consecuencias o respuestas de una circunstancia a todos los aspectos de su vida.

Pensamiento Dicotómico: Es cuando la persona tiene una visión de túnel, es imposible que pueda ver las cosas desde otro punto de vista que no sea blanco o negro.

Personalización: Es cuando la persona se apropia o atribuye eventos que pasan en su vida, como si tuviera el poder para ello, sin tener pruebas que sustenten su pensamiento.

En el modelo Cognitivo al hablar de distorsiones es necesario mencionar a J. Beck, 2000 (Riso, 2006):

“porque todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamiento. Esta mejoría permanente resulta en la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes”.

Muchos de sus representantes sostienen que la Terapia Cognitivo Conductual es en esencia un conjunto de técnicas eficaces sin ser encasillada en un modelo terapéutico específico. En la actualidad podemos mencionar algunos puntos a resaltar de la Terapia Cognitivo Conductual (Ruiz, Díaz, & Villalobos):

- Trabaja directamente con respuestas a nivel físico, nivel emocional, nivel cognitivo y nivel conductual, donde alguna o todas estas áreas manifiestan algún tipo de distorsión las cuales fueron aprendidas mientras el individuo crecía. La forma en que el individuo reacciona está arraigada a sí mismo, debido a los años que lleva practicando este comportamiento, pero es incapaz de reconocerlo y son incapaces de ejercer algún tipo de control. La Terapia Cognitivo Conductual tiene la convicción de que el individuo es capaz de ejercer control sobre este comportamiento y ser responsable de ellos.

- Trabaja con diferentes trastornos psicológicos, utilizando las diferentes técnicas de intervención con las que cuenta, las cuales tienen la característica de ser de corta duración.
- La educación es una de sus bases, algunas veces los temas son tratados de forma explícita y en otros casos no. Hace énfasis en explicar el problema y explicar el tratamiento.

1.3 Antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual

La terapia Cognitivo Conductual surge a partir de la psicología cognoscitiva y de la ciencia cognoscitiva (la cual aparece por la incapacidad que tuvo el psicoanálisis de Freud para comprender y tratar la conducta de las personas). Al realizar una investigación de los antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual es necesario hacer un viaje y conocer a aquellos autores que sirvieron de inspiración para los creadores de esta terapia.

1.3.1 Iván Petróvich Pavlov (1849-1936)

Fisiólogo de origen ruso, realizó estudios de medicina, los cuales culminó en los años 1883, gracias a sus investigaciones sobre el aparato digestivo y sus secreciones se hizo acreedor al Premio Nobel de Medicina en 1904. Como aporte a la psicología, podemos mencionar su escrito “La Ley del Reflejo Condicional”, el cual realizó luego de estudios hechos en su laboratorio, donde minuciosamente investigó los reflejos condicionales e incondicionales, ya que su deseo era estudiar y realizar una teoría de como el sistema nervioso central funcionaba y así aplicar su teoría de condicionamiento (Zulamale & A, 2005). Aunque al principio era escéptico de la utilización de términos psicológicos, más adelante reconoció que, aunque la fisiología era una ciencia exacta, necesitaba de la psicología para poder llenar aquellos vacíos en donde la fisiología y sus teorías no podían

llegar. Aún después de su fallecimiento su legado hizo grandes aportes en la medicina y en la psicología que conocemos actualmente, haciendo que la fisiología y psicología pudieran trabajar en conjunto.

El condicionamiento clásico de Pavlov permitió ver claramente como el estímulo crea una respuesta, lo que podemos ver a continuación (Garcia-Allen, 2019):

- **El Estímulo Incondicionado** (EI) es un estímulo que de manera automática provoca una respuesta del organismo.
- **La Respuesta Incondicionada** (RI) es la respuesta que ocurre en el organismo de manera automática cuando está presente un estímulo incondicionado. Para Pavlov sería la cantidad de saliva que el perro segregaba cuando se le presentaba la comida.
- **El Estímulo Neutro** (EN) es un estímulo que cuando está presente en el medio no provoca ningún tipo de respuesta en el organismo.
- Cuando un estímulo neutro se ha asociado temporalmente con un estímulo incondicionado, éste pasa a ser **Estímulo Condicionado** (EC), ya que es capaz por sí mismo de provocar una respuesta parecida a la que provocaba el estímulo incondicionado.
- **La Respuesta Condicionada** (RC) es la respuesta que aparece al presentarse sólo el estímulo condicionado. Para Pavlov sería la cantidad de saliva que segregaban los perros cuando se les presentaba sólo el estímulo auditivo o visual.

- Generalmente la RC es más débil que la RI y tiene una mayor latencia, es decir, tarda más en darse una vez que el estímulo está presente.

1.3.2 **John Broadus Watson** (1878- 1958)

Psicólogo estadounidense, quien trabajó en la Universidad John Hopkins desde 1908 a 1920, gracias a sus intervenciones se pudo avanzar mucho en el estudio del comportamiento y el establecimiento de la psicología como ciencia. A Watson se le atribuye ser el padre del conductismo y hacía hincapié en que la conducta tenía ser medible y observable para poder tener sentido. Él estaba dispuesto a que por medio de sus estudios la psicología no viera el estudio de la mente o conciencia, sino el análisis experimental de la conducta. La psicología desde el punto de vista de un conductista puede ser considerada una rama de las ciencias naturales, objetiva y experimental. Sus metas teóricas son la predicción y el control de la conducta (Pellón, 2013). Watson utilizó la teoría del condicionamiento clásico de Pavlov y lo aplicó en humanos con el objetivo de demostrar que las emociones en los humanos también podrían ser aprendidos por condicionamiento clásico y que su conducta reflejada, la cual es diferente entre cada individuo se debe a las distintas experiencias durante su vida.

Watson realizó un experimento para ver el condicionamiento con un bebe de 11 meses el cual fue expuesto a un estímulo (sonido de un martillo con una tabla y una rata blanca), esta exposición constante creó en él bebe reacciones a las que actualmente podemos considerar fobia, detallando la conducta del bebe en dicho escrito y haciendo énfasis en que el miedo es aprendido.

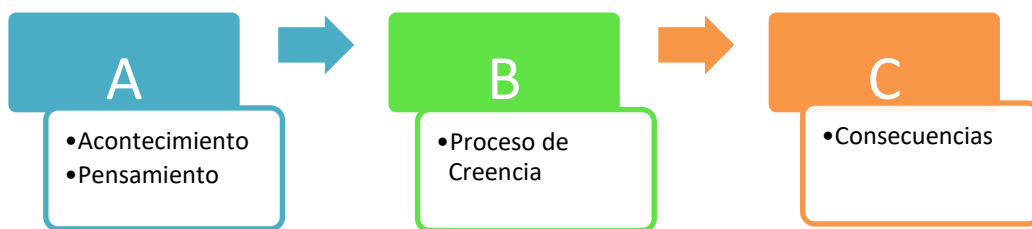
1.3.3 Albert Ellis (1913-2007)

La Terapia Cognitiva Conductual hace su aparición a inicios del año 1960, inicialmente se observan trabajos en la Terapia Racional Emotiva, alrededor de 1955 como pionera en este campo, pero no es hasta aproximadamente 1970 que emerge la Modificación Cognitivo Conductual (Cognitive Behavior Modification). Se puede destacar tres posiciones fundamentales de esta terapia (Dobson, 2009):

1. Actividad cognitiva afecta la conducta.
2. Actividad cognitiva puede ser monitoreada y alterada.
3. El deseo en el cambio de conducta puede ser afectado a través de cambios cognitivos.

La Terapia Racional Emotiva de Ellis se basa en un modelo simple e inicial, el ABC, el cual podemos representarlo de la siguiente manera (Ellis, 2019):

Gráfica 1: Teoría ABC Albert Ellis



Fuente de Elaboración: TCC con Cuidadores del Paciente Diagnosticado con Demencia que presentan el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador (2019).

A (activador) Pensamiento o recuerdo, emoción, desencadenante.

B (creencias) La podemos destacar por pensamientos y emociones las cuales pueden ser irracionales (rígidas y extremas). Estos son pensamientos que brotan de forma automática o bien pueden ser imágenes que, en la mente del sujeto, los cuales se produjeron desde la infancia.

C (consecuencias) Respuestas del cuerpo, a nivel de emociones, conducta y fisiológico.

Este modelo antes descrito es el más simple y utilizado para trabajar los trastornos, pero es importante mencionar que no se ciñe a un orden establecido u obligatorio, esto se debe a que el individuo es capaz de realizar cambios en sí mismo.

David, Jay y Ellis (2010) realizaron un estudio donde surgió una lista de 11 creencias irracionales que gobernaban al hombre las cuales resumimos a continuación:

1. El ser humano tiene la necesidad extrema de sentirse aprobado y amado por aquellas personas que son significativas para él.
2. Poder lograr cualquier cosa que me proponga, habla de mi capacidad y competencia.
3. Toda persona debería ser castigada por no actuar como debería.
4. Cuando las cosas no suceden como uno quiere es algo catastrófico e irremediable.

5. Las desgracias que nos pasas son por situaciones externas y no somos capaces de controlar como nos sentimos.
6. Cuando algo es muy peligroso, debo poder sentirlo y estar apercebido por la alta probabilidad de que ocurra.
7. Es mucho más fácil evadir la responsabilidad que afrontarla.
8. Debo depender de alguien más y ese alguien debe ser más fuerte que yo para confiar en él.
9. Lo que pasó en el pasado, me afectará por el resto de mi vida.
10. Debo preocuparme y angustiarme por los problemas de otros.
11. Todo problema tiene una solución y si no logro encontrarla es algo fatal.

1.3.4 **Aaron Beck (1921, edad 97 años)**

Dentro de las ideas principales de la terapia cognitiva es el de cognición. Para Beck (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico que aparece como contenido en la conciencia del sujeto. A Beck se le denomina el padre de la Terapia Cognitiva, científico clínico, quien a inicios de 1960 desarrolló esta terapia para pacientes que sufrían de depresión, como una psicoterapia de carácter breve, enfocado en el problema presente modificando el pensamiento. De acuerdo al enfoque Cognitivo, todas las distorsiones psicológicas tienen como origen una distorsión del pensamiento (Beck, 1995). Esta terapia ha tenido un gran auge en el tratamiento de diversos trastornos tales como el de ansiedad generalizado, trastorno de pánico, adicciones, ataque de pánico, trastornos alimenticios, entre otros. Es una terapia simple que puede ser aplicada tanto en niños como adultos, sin importar nivel económico o escolaridad.

Esta terapia utiliza diversos recursos para obtener un cambio en el pensamiento y en su sistema de creencias para que su comportamiento tenga un cambio sostenido en el tiempo.

De acuerdo a Aaron Beck y a Freeman, las pautas recurrentes en el pensamiento las denominaron “**Esquemas Cognitivos**”, de los cuales aparecen los síntomas emocionales y estilos de pensamiento. En el enfoque cognitivo es necesario conocer cuáles son los esquemas nucleares que dan lugar a las conductas disfuncionales; estos esquemas pueden ser trabajados en terapia con un especialista entrenado.

Los Esquemas son la base de la que se alimentan los patrones cognitivos, afectivos y motivacionales, los cuales son parcialmente estables conocidos como personalidad. Los esquemas son adquiridos durante la infancia y puede clasificarse de la siguiente manera:

- Esquemas Cognitivos: dan significado y relevancia a los estímulos.
- Esquemas Afectivos: son los encargados de la generación de pensamientos.
- Esquemas Motivacionales: relacionados con los deseos.
- Esquemas Instrumentales: los que acondicionan al individuo para la acción.
- Esquemas de Control: involucrados en la inhibición/supresión o dirección de las acciones.

1.3.5 **Michael Mahony (1942-2006)**

Psicólogo nacido en Streator (Illinois, Estados Unidos) quien tuvo gran influencia en la terapia Cognitiva ya que fue uno de los primeros en reconocer su efectividad en los años 60. Se le reconoce como uno de los pioneros en proponer y sustentar

que la actividad cognitiva tiene repercusión en la conducta del ser humano. Se le conoce una de sus obras más famosas publicadas en español "Cognición y Modificación de Conducta". Destacó la importancia de la intervención en los procesos cognitivos de forma directa.

1.3.6 Donald Meichenbaum

Psicólogo Clínico graduado de la Universidad de Illinois 1966 quien trabajó en la Universidad de Waterloo y estudió los efectos del Discurso Auto-dirigido en la clínica. Debido a que en su época la corriente Cognitivo Conductual tenía mucho auge en la psicoterapia, en 1977 Meichenbaum publicó la Modificación Cognitivo Conductual: un enfoque integral, técnica que les permitía a los pacientes tomar parte directa en su tratamiento psicoterapéutico, modificando el discurso utilizado por ellos hacia ellos, conocido como “diálogo interno”, lo cual desarrolló en la Terapia Cognitivo Conductual. Su interés por la capacidad que tienen las personas por controlar sus pensamientos, lo que lo llevó a interesarse en la ira. Durante los últimos 40 años ha seguido trabajando y escribiendo sobre Estrés Post-traumático (considerado por muchos un terapeuta experto para este síndrome), Diálogos Internos, entre otros. Dejó de ejercer la psicología en 1998. Pionero en la técnica de Auto-instrucción, tratamiento creado para modificar el comportamiento y es utilizado en el enfoque Cognitivo Conductual (Good Therapy 2007-2019, 2016).

1.4 Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual

Las Técnicas Cognitivo Conductuales trabajan con los principios y fundamentos del desarrollo, mantenimiento y modificación de conducta del individuo, ya que la teoría indica

que los supuestos, pensamientos irracionales y los desadaptativos son causante de que la persona interprete su entorno de una manera equivocada.

Las Técnicas de intervención en el Modelo Cognitivo Conductual han sido seccionadas en tres grupos (Sánchez, Rosa, & Olivares, 1999):

1. Técnicas enfocadas en utilizar nuevas habilidades para hacerle frente y manejar cualquier situación que pueda estar atravesando el individuo.
2. Técnicas dirigidas en ayudar al paciente a tener un enfoque de su entorno de acuerdo a la realidad de forma racional.
3. Técnicas enfocadas a que el paciente pueda enfrentarse y resolver situaciones para las cuales siempre ha creído que no cuenta con la capacidad.

1.4.1 Psicoeducación:

Según artículo publicado en el sitio FundaciónRecuperar.org, el concepto fue utilizado por primera vez en 1911 en un artículo de John E. Donley, pero no fue después de 30 años que se utilizó la palabra Psicoeducación en una publicación hecha por Brian E. Tomlinson. En sus inicios se utilizó la misma para familiares del paciente que manifestaba distorsiones emocionales severas. Esta técnica consiste en explicar o brindar información al paciente que sufre de algún tipo enfermedad psicológica de forma breve las estrategias de trabajo, enseñándole y dándole detalles sobre su problema y cómo se tratará, brindando documentación sobre su enfermedad. En esta técnica se puede involucrar a otros miembros del entorno familiar del individuo. El principal objetivo es hacer que el paciente pueda comprender lo que le sucede y manejar su enfermedad. Mientras más información

tenga el paciente, más recursos tiene para llevar su enfermedad y mejorar. Los programas de psicoeducación han buscado disminuir la sobrecarga de los cuidadores en sus aspectos objetivo y subjetivo evaluados en los estudios por medio de escalas específicas, como la Family Burden Interview Schedule (FBIS), la Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS) y la Burden Scale (Zapata, Rangel, & García, 2015). La psicoeducación como apoyo terapéutico debe iniciar de la necesidad de proveer de una herramienta eficaz para que pueda ser proactivo en la comprensión y el tratamiento de su enfermedad (Colom, 2011).

1.4.2 Resolución Cognitiva de Problemas:

La Resolución Cognitiva de Problemas consiste en ayudar al paciente a reconocer sus problemas, analizar y poder resolver los mismos, pero de acuerdo a escritos de la historia-cultura de la psicología según Vygotski, Luria, Leóntiev, y sus seguidores indican que la solución de problemas es un proceso mental complejo y/o modelo de función psicológica superior (Montealegre, 2007). Busca obtener consecuencias positivas al igual que sus refuerzos, la persona encuentra medios efectivos para reconocer y solucionar sus problemas. En artículo publicado en el sitio web latécnicapsicológica.webnode.es cita D´Zurilla y Goldfried, donde indica que en la resolución de problemas se dan cinco etapas:

- Orientación general
- Definición y formulación del problema
- Generación de alternativas
- Toma de decisiones

- Verificación

Algunos obstáculos mentales que pueden interferir en el funcionamiento de la resolución cognitiva de problemas:

Fijación Funcional: Pensar que todos los problemas que atraviesa el individuo sólo se pueden solucionar de una sola forma.

Información Engañosa: Hacer división entre el pensamiento relevante e irrelevante para la solución de sus problemas.

Supuestos: Pensamiento que tiene el individuo sobre su entorno, las otras personas y él mismo.

1.4.3 **Reestructuración Cognitiva:**

Busca modificar el contenido cognitivo y la forma del mismo, llevando al individuo a tener ideas más específicas, desarrollando metas más realísticas. Es una técnica de auto ayuda, guiada inicialmente por el terapeuta, en la que se le enseña al paciente a reducir o erradicar emociones no deseadas, identificar y a su vez cuestionar sus pensamientos, para eliminar o reducir las perturbaciones emocionales. En la RC los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles No es simplemente sustituir una idea negativa por una positiva (Bados & Garcia, 2010).

La RC se basa en ciertos presupuestos teóricos (Bados & Garcia, 2010):

- El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos. Imaginemos que quedamos con un nuevo conocido que nos gusta y este no ha aparecido al cabo de media hora. Si nuestra interpretación es que no lo interesamos, nos sentiremos tristes y no volveremos a establecer contacto; pero si pensamos que la tardanza se debe a un imprevisto o a una confusión de hora, nuestra reacción emocional y conductual será muy diferente. Por otra parte, afecto, conducta y reacciones físicas se influyen recíprocamente y contribuyen a mantener las cogniciones.
- Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y autorregistros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas.
- Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

Pasos en la Reestructuración Cognitiva:

- Identificación: lograr identificar el momento en que se está pensando de forma equivocada.
- Análisis: lograr analizar el pensamiento inadecuado o negativo.

- Cuestionar: lograr preguntarse y conocer en qué momento del pasado surgió un pensamiento negativo que ha causado el efecto cadena.

Al finalizar con este proceso y entrenar al paciente a utilizar esta técnica, logrará sustituir la idea irracional por una racional.

1.4.4 Modificación de Conducta:

Incluye las técnicas y principios aprendidos para asesorar y mejorar los comportamientos manifiestos y no manifiestos de los individuos y lograr de esta manera optimizar su funcionabilidad. Con el objetivo de alcanzar la modificación de la conducta, esta técnica cuenta con 7 características principales:

1. Hace fuerte énfasis en definir los problemas en términos de conducta que puedan ser medibles de alguna manera para así hacer un cambio en el sistema de medida conductual del problema como el mejor indicador del área donde el individuo recibió apoyo.
2. Los procedimientos y técnicas son una forma de cambiar el ambiente en que el individuo se mueve y desenvuelve, las variables físicas que conforman el ambiente de la persona son llamados estímulos (personas, eventos, objetos).
3. Los métodos y fundamentos pueden ser descritos de forma precisa.
4. Las técnicas de modificación de conductas son aplicables en el diario vivir del individuo en diferentes áreas (laboral, académico, familiar, etc.).
5. En gran medida esta técnica es usada desde la investigación básica a la aplicada en el área de aprendizaje.

6. Enfatiza la demostración científica en que una intervención o tratamiento particular era responsable de un cambio de conducta particular.
7. Envuelve clientes, administradores, consultores, personal, etc.

1.4.5 Detección del Pensamientos Automáticos:

Fue presentada por Bain en 1928 en su obra “El control del Pensamiento en la Vida Cotidiana” (Lozano, Rubio, & Pérez, 1999), cuya finalidad principal es la disminución del estrés y ansiedad que experimenta el individuo. Es una técnica donde se le entrena al paciente a poder auto-controlar los pensamientos rumiantes que son aquellos no deseados y que son repetitivos. Estos pensamientos tienen la capacidad de lograr que el sujeto pueda tener cambios en su estado de ánimo, afectándole negativamente en la relación interpersonales, debido a que le hace creer que no es capaz de lograr lo que propone, que no podrá resolver o salir de la situación que lo inquieta e incluso que nadie lo quiere o que no le importa a nadie ya que los demás no acuden en su ayuda.

Se le enseña al paciente a identificar que estos pensamientos no son productivos ya que, aunque son constantes, no aportan estrategias para la resolución de problemas y a su vez no son pensamientos reales. La técnica se enfoca en adiestrar al paciente a identificar el pensamiento, que logre conocer como este pensamiento altera su estado de ánimo/conducta y luego mediante una instrucción como “YA” o algún ruido, movimiento o sonido lograr que el pensamiento se detenga.

El fundamento psicológico de esta técnica se basa en el condicionamiento, esto se debe a:

- a) El comando o instrucción de “Ya” o “Para” se utiliza como castigo, tomando uno de los principios del condicionamiento que establece, que al ser castigada la conducta la misma comienza a desaparecer.
- b) El comando o instrucción también es utilizado como un distractor y esto sirve para que el pensamiento perturbador no pueda sostenerse.
- c) Los pensamientos posteriores sirven de recompensa o gratificación ya que son tranquilos y emiten relajación al individuo. Y al ser una recompensa se mantienen y se van haciendo cada vez más constantes.

La técnica de Detección del Pensamiento Automático se aplica siguiendo estos pasos descritos a continuación (Psicología Clínica 2.0, 2011):

1. Determinación y/o identificación del o los pensamientos(s) automático(s).
2. Dirigir la atención en el pensamiento perturbador.
3. Detener el pensamiento con ayuda del terapeuta.
4. Detener el pensamiento sin ayuda del terapeuta.
5. Suplantar el pensamiento con otro positivo.

Estas técnicas fueron utilizadas durante el programa para los cuidadores de los pacientes con demencia que presentan los síntomas de Sobrecarga del Cuidador. Estos resultados los observaremos en el siguiente capítulo.

CAPITULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 Descripción del Proyecto

2.1.1 Planteamiento del Problema

Durante este proyecto se aplicarán técnicas que nos ayudarán a conocer si: ¿La aplicación del programa Terapéutico Cognitivo Conductual disminuye los síntomas del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador?

2.2 Objetivos de la Investigación

2.2.1 Objetivos Generales

1. Demostrar la efectividad del programa Terapéutico Cognitivo Conductual en la disminución de los Síntomas del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Aplicar un programa de Terapia basado en el modelo Cognitivo Conductual.
2. Determinar el estado emocional del Cuidador antes y después de la aplicación del Programa Terapéutico Conductual.
3. Comparar el estado emocional del Cuidador antes y después de la intervención terapéutica.

2.3 Hipótesis

- **Hipótesis Nula:** El programa Terapéutico Cognitivo Conductual no disminuye los síntomas del Síndrome de Sobrecarga del cuidador.
- **Hipótesis Alternativa:** El programa Terapéutico Cognitivo Conductual disminuye los síntomas del Síndrome de Sobrecarga del cuidador.

2.3.1 Hipótesis Estadísticas

$$\mathbf{H_0: \mu_{ST} - \mu_{CT} = 0}$$

Los síntomas de Sobrecarga del Cuidador serán menores después de haber recibido el tratamiento.

$$\mathbf{H_1: \mu_{ST} - \mu_{CT} > 0}$$

2.4 Tipo y Diseño de la Investigación

La investigación es de comparación de medias de un solo grupo con prepueba-postprueba, de Tipo Cuantitativo, ya que el investigador plantea un problema de estudio delimitado y concreto (Hernández R., Fernández C., Baptista P., 2010); mediante un diseño Cuasi-experimental, Aquellos sistemas de investigación donde el criterio de asignación de los sujetos o unidades a las condiciones de tratamiento o condiciones de estudio no se rige por las leyes del azar (Arnau, 1995); para analizar la efectividad del programa Terapéutico Cognitivo Conductual en la disminución de los Síntomas del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador.

El Diseño de pre Test/post Test con un solo grupo aplicado será: G, 01 X 02 donde,

G: Grupo experimental.

01 Pre test: Primera evaluación de la variable dependiente.

X Intervención Terapéutica Cognitivo-Conductual.

02 Post test: Segunda evaluación de la variable dependiente.

2.5 Definición de Variables

2.5.1 Variable Independiente:

Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual.

2.5.1.1 Definición Conceptual

La Terapia Cognitivo Conductual es un modelo terapéutico que ayuda al paciente a identificar su manera de pensar, evaluar su manera de actuar y pensar. Esperando que con las técnicas del modelo TCC en la intervención terapéutica, el paciente pueda cambiar las estructuras de su pensamiento automático al modificar el sentimiento que este genera, reflejándose en una modificación de su conducta (Beck, 1995).

2.5.1.2 Definición Operacional

La Terapia Cognitivo Conductual es un modelo terapéutico que permite por medio de técnicas como la reestructuración cognitiva, psicoeducación modificación de conducta, entre otras realizar un cambio en la estructura del pensamiento de los participantes para que logren afrontar o superar situaciones generadoras de estrés.

2.5.2 Variable Dependiente:

Sobrecarga del Cuidador.

2.5.2.1 Definición Conceptual

Por sobrecarga del Cuidador se entenderá el peso, exigencias y presiones sobre la persona que ejerce la figura de cuidador (Zarit, 2002).

2.5.2.2 Definición operacional

La Sobrecarga del Cuidador es la acumulación de factores estresantes que afectan el estado de ánimo, salud, relaciones personales, laborales entre otras, debido a los cuidados prolongados brindados a un paciente o familiar.

2.6 Población y Muestra

2.6.1 Población

La población total de 200 acompañantes o familiares de pacientes, los cuales asisten a recibir instrucciones por parte del personal médico de la Policlínica Manuel Paulino Ocaña en la Provincia de Coclé, Corregimiento de Penonomé, Distrito de Penonomé, República de Panamá.

2.6.2 Muestra

La muestra será de 12 cuidadores de pacientes diagnosticados con Demencia que reciben atención en la Policlínica Manuel Paulino Ocaña en la Provincia de Coclé, Corregimiento de Penonomé, Distrito de Penonomé, República de Panamá con edades entre 18 y 77 años de edad.

Muestreo

Se realizará selección de muestreo no probabilístico por conveniencia (cualitativo), donde el investigador elige a la población de manera informal, sin querer que estos sean representativos de una población específica (Hernández R., Fernández C., Baptista P., 2010).

2.6.2.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

El estudio incluirá cuidadores de pacientes diagnosticados con demencia con las siguientes características:

Criterios de Inclusión

- Cuidador permanente de un paciente ya diagnosticado con Demencia.
- Residente de la Provincia de Coclé.

- Panameño y/o extranjero.
- Edad entre mayores de 18 y menor de 77 años.
- Estar a cargo o compartir con un familiar el cuidado del paciente.
- No debe estar recibiendo ningún tipo de terapia psicológica actualmente.
- Aceptar de forma voluntaria la participación en el estudio.
- Al ser evaluado con la escala Zarit el puntaje obtenido debe marcar Sobrecarga del Cuidador.

Criterios de Exclusión

- Cuidador permanente de un paciente que no ha sido diagnosticado con Demencia.
- El cuidador es menor de 18 años y mayor de 77.
- No residir en la Provincia de Coclé.
- No está a cargo, ni comparte con un familiar el cuidado del paciente.
- Recibe actualmente terapia psicológica.
- No aceptar de forma voluntaria la participación en el estudio.
- Al ser evaluado con la escala Zarit el puntaje obtenido no marcar Sobrecarga del Cuidador.

2.7 Técnicas e instrumento de investigación.

2.7.1 Entrevista Psicológica y Observación Clínica

Una entrevista Psicológica es una forma de encuentro, comunicación e interacción humana de carácter interpersonal e intergrupala (esto es, dos o más de dos personas), que se establece con la finalidad, muchas veces implícita, de intercambiar

experiencias e información mediante el diálogo, la expresión de puntos de vista basados en la experiencia y el razonamiento, y el planteamiento de preguntas. Tiene objetivos prefijados y conocidos, al menos por el entrevistador. En la asignación de roles, el control de la situación o entrevista lo tiene el entrevistador. Implica la manifestación de toda la gama de canales de comunicación humanos: verbal (oral), auditivo, cenestésico, táctil, olfativo, no verbal (gestual y postural) y paralingüístico (tono, volumen, intensidad y manejo del silencio).

(L. Aragón, Fundamentos teóricos de la evaluación psicológica, 2002, pp.180 y 181):

La entrevista tiene como objetivo principal la recolección de datos útiles para conocer, diagnosticar, estudiar y plantear un esquema de atención al paciente que viene a consulta.

La observación psicológica es la que permite ver al paciente y estudiar su comportamiento durante la aplicación de pruebas psicológicas o durante periodos regulares de su vida, el terapeuta puede permanecer como observador o tener una participación activa (M, 2013).

2.7.2 Escala Zarit

Esta escala fue creada por Zarit, Rever y Bach-Peterson, hecha con el fin de obtener la vivencia subjetiva del cuidador del paciente con algún trastorno mental. Busca conocer los efectos en la salud, mental, actividades sociales y en lo financiero.

Consta de 22 Ítems y su aplicación es para cuidadores Adultos (Zarit, S.H., Reever, K.E. y Bach-Peterson, J, 1980).

A continuación, se presenta la ficha técnica de esta escala:

Ficha Técnica

Nombre: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI).

Nombre original: Zarit Care Burden Interview (ZCBI).

Autores: Zarit, Reever y Bach-Peterson.

Autor de la adaptación

Española: Martín et al.

Fecha de la última revisión del test en su adaptación México 2014.

Constructo evaluado: Sobrecarga del Cuidador.

Área de aplicación: Psicología clínica.

Aplicación: Individual y colectiva.

Ámbito de Aplicación: Cuidadores Adultos.

Duración Individual: 5 minutos.

Colectiva: 5 minutos.

Finalidad:

Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

Fiabilidad:

Consistencia interna de 0.91. Fiabilidad test-retest a los tres meses de 0.86. en su estudio original como en sus validaciones internacionales, brinda una gran confiabilidad entre

observadores (con valores de coeficiente de correlación intraclase que varían entre 0.71 y 0.85) (6,2,28) y una adecuada validez interna (con valores de Alfa de Cronbach que varían entre 0,85 y 0,93) (6,23,26).

Validez:

Existe una correlación directa y significativa entre las puntuaciones de la Escala de Zarit y las del GHQ, Índice de Katz, Escalas de Trastornos del Comportamiento y de Memoria/Orientación y la Intención de Institucionalización. El análisis factorial arroja tres factores (sobrecarga, rechazo y competencia).

2.8 Diseño de Análisis Estadístico

Para el análisis de los datos se empleará la comparación de medias mediante el estadístico t de Student, la cual se diseñó para examinar las diferencias entre dos muestras independientes y pequeñas que tengan distribución normal y homogeneidad en sus varianzas (Sánchez R. , 2015). Las diferencias se considerarán significativas para alfa menor de 0.05. Para el procesamiento y análisis de los datos se empleará el programa estadístico SPSS22 (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales). Los resultados se colocarán en Tablas de distribución de frecuencias y/o figuras.

2.9 Procedimiento

Fase 1. Organización

Se realizó la investigación sobre el tema de estudio para conocer sobre investigaciones previas a este. Accediendo a la biblioteca de la Universidad para revisar los títulos de investigaciones recientes relacionadas con el estudio en mención.

Revisión del tema de estudio en revistas indexadas, páginas de organizaciones relacionadas con el tema en internet.

Delimitación del problema, obteniendo datos de personas relacionadas con el tema de estudio, observaciones de profesionales de la salud, etc.

Búsqueda del espacio físico para poder llevar a cabo la investigación, contemplación de presupuesto para gastos de transporte, alimentación, gasolina, hospedaje, materiales, copias, entre otros.

Fase 2: Selección de Participantes.

Para la selección de los participantes, según los criterios de inclusión y exclusión del estudio, se contó con el apoyo de la Caja del Seguro Social de Penonomé y del personal de enfermería del Hospital Aquilino Tejeira de Penonomé.

Fase 3. Aplicación del tratamiento.

- Se realiza la intervención Terapéutica (TCC) durante 10 sesiones.
- Se aplican las pruebas psicológicas antes y después de la intervención terapéutica.
- Se capturan y procesan los datos en el programa SPSS22.
- Se obtienen resultados preliminares.
- Se obtiene los resultados finales.

Fase 4. Análisis e interpretación de Resultados.

- Estructura de las tablas y las gráficas descriptivas sobre los datos obtenidos.

- Estructura de las tablas y las gráficas para análisis.
- Análisis estadístico de resultados obtenidos en el estudio.
- Conclusiones respecto a las hipótesis planteadas.

Fase 5. Informe Final.

- Confección y redacción del pre-informe final.
- Revisión del pre-informe final (redacción, ortografía, gramática, etc.).
- Redacción del Informe Final.

CAPITULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1.1 ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL CUIDADOR

El estudio incluyó a 12 cuidadores con edades de 26 a 73 años con una edad media de 57 años (Tabla 1). La mayoría son del sexo femenino (9 – 75%). El 84% (10) son casados(as) con escolaridad mínima de primaria y un mínimo de 6 meses hasta 24 años como cuidador. La mayoría (10-83%) son familiares (esposa, hijo(s), sobrina o nuera) (Tabla 2).

Tabla 1: Estadísticas descriptivas de la Edad del Cuidador

N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
12	26	73	56.75	13.4848

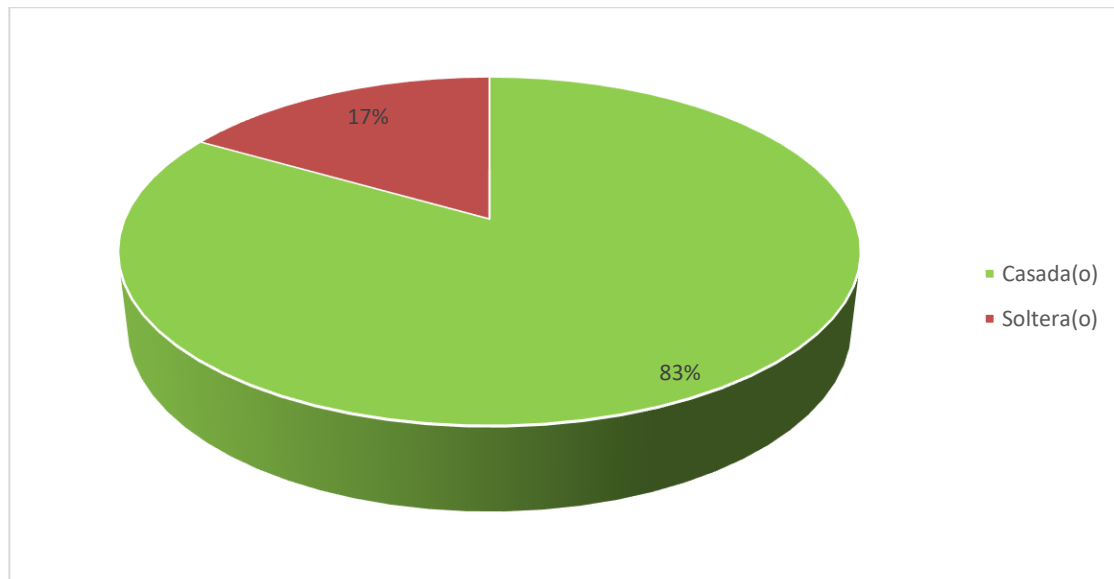
Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Tabla 2: Estado Civil de los Cuidadores

Característica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Casada(o)	10	84
	Soltera(o)	2	16

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 2: Estado Civil de los Cuidadores



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

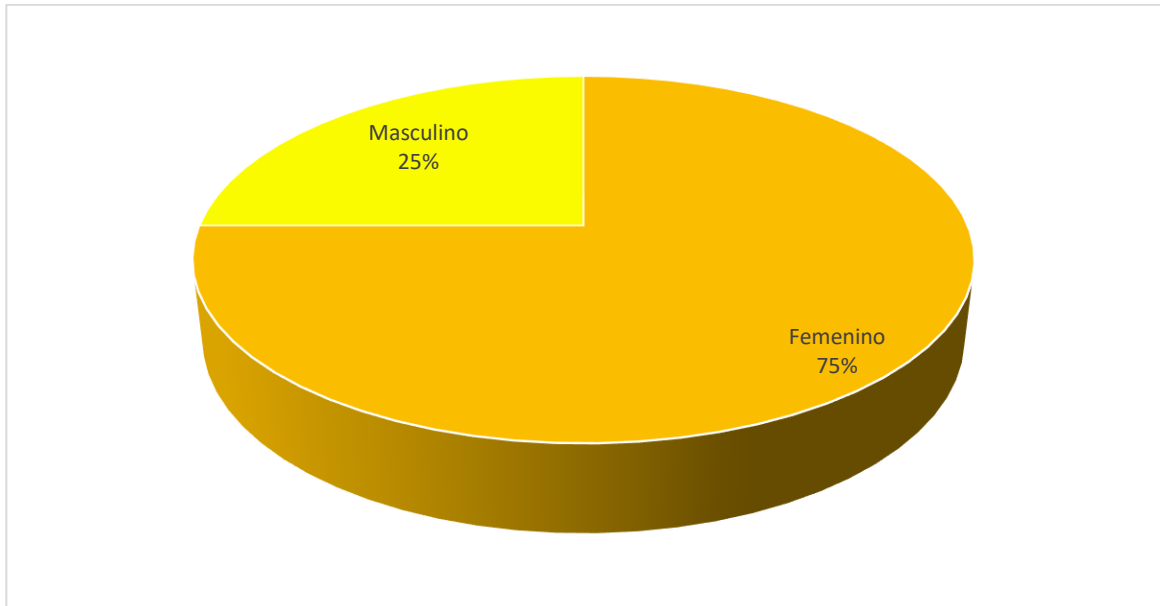
En este estudio contamos con la participación 12 de personas, de las cuales 10 (83%) son casados y 2 (17%) son solteros. Lo que nos da a conocer que los cuidadores además de tener la responsabilidad de cuidar a su familiar/paciente, también tienen una familia por quien responder. Estudios en Europa afirman que la mayoría de los cuidadores son en efecto personas casadas (Carretero S, Garcés J, Ródenas f, 2019).

Tabla 3: Sexo de los Cuidadores

Característica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	9	75
	Masculino	3	25

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 3: Sexo de los Cuidadores



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

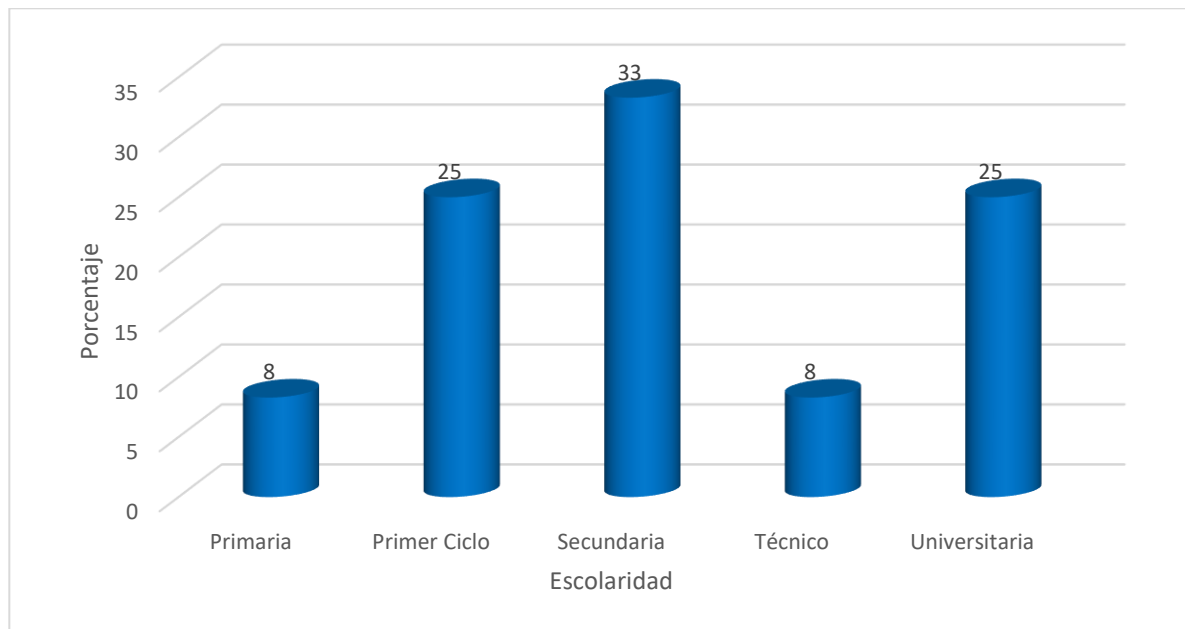
En este estudio contamos con la participación 12 de personas, de las cuales 9 (75%) son del sexo femenino y 3 (25%) son del sexo masculino. Lo que respalda lo antes mencionado, es un rol mayormente desempeñado por mujeres. Esto también podemos verlo en un estudio realizado en Chile donde el 90% son mujeres (Espinoza, K.; Jofre, V., 2012).

Tabla 4: Escolaridad de los Cuidadores

Característica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Primaria	1	8
	Primer Ciclo	3	25
	Secundaria	4	33
	Técnico	1	8
	Universitaria	3	25

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 4: Escolaridad de los Cuidadores



Fuente de Elaboración: TCC con Cuidadores del Paciente Diagnosticado con Demencia que presentan el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador (2019).

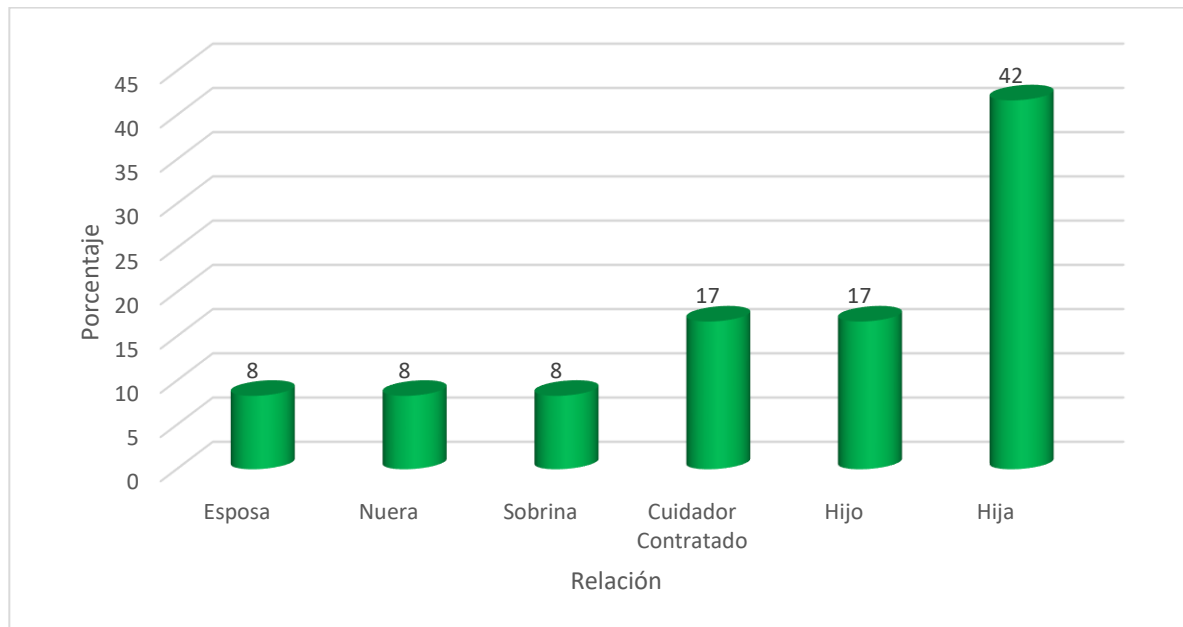
En este estudio contamos con la participación 12 de personas, de las cuales 3 (25%) asistieron a la universidad, 1 (8%) asistió a un técnico, 4 (33%) asistieron a la secundaria, 3 (25%) asistieron a primer ciclo y 1 (8%) asistió solo a educación primaria. Todas son personas con algún grado de escolaridad, lo cual es provechoso, ya que, a la hora de comunicarse con el personal de salud, la información será mucho más fácil de transmitir y recibir.

Tabla 5: Relación de los cuidadores con los Pacientes

Característica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Relación	Cuidador Contratado	2	17
	Esposa	1	8
	Hija	5	42
	Hijo	2	17
	Nuera	1	8
	Sobrino	1	8
	Sobrina	1	8

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 5: Relación de los Cuidadores con los Pacientes



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

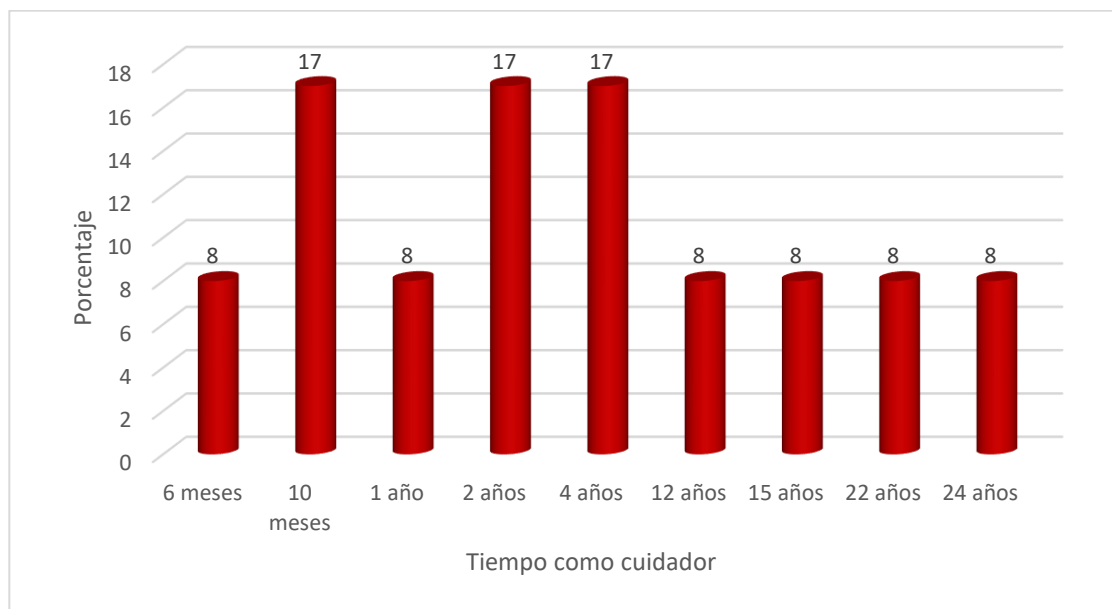
En este estudio contamos con la participación 12 de personas, de las cuales 2 (17%) eran cuidadores contratados, 1(8%) era esposa, 5 (42%) eran hijas, lo que nos permite hacer referencia a estudio realizado en Chile done las hijas eran las que predominaban en el rol de cuidador con un 58.5% (Alonso, A. Garrido, A. , 2004); 2 (17%) eran hijos, 1 (8%) nuera y 1 (8%) era sobrina.

Tabla 6: Tiempo Dedicado como Cuidador

Característica	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo como Cuidador	6 meses	1	8
	10 meses	2	17
	1 año	1	8
	2 años	2	17
	4 años	2	17
	12 años	1	8
	15 años	1	8
	22 años	1	8
	24 años	1	8

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 6: Tiempo Dedicado como Cuidador



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

En este estudio contamos con la participación 12 de personas, de las cuales 1(8%) duró 6 meses, 2 (17%) duraron 10 meses, 1 (8%) duró 1 año, 2 (17%) duraron 2 años, 2 (17%) duraron 4 años, 1 (8%) duró 12 años, 1 (8%) duró 15, 1 (8%) duró 22 años y 1 (8%) duró 24 años. El National Alliance for Caregiving, reafirma nuestro estudio, indicando que el tiempo puede ir de menos de un año a más de cuarenta (The National Alliance for Caregiving (NAC) and the AARP Public Policy Institute , 2015).

Se encontraron diferencias, estadísticamente significativas ($t=2.804$, $p=0.01$), entre los puntajes medios de los niveles de Sobrecarga del Cuidador de antes y después la de aplicación del Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual. El Programa Terapéutico disminuyó el nivel de sobrecarga de los cuidadores (Tabla 7).

Tabla 7: Prueba t para la igualdad de medias antes y después de la aplicación del Programa Terapéutico Cognitivo-Conductual.

Prueba de Levene de calidad de varianzas			prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
Se asumen varianzas iguales	0.133	0.719	2.804	22	0.01	13.66667	4.87469	3.55717	23.77616
No se asumen varianzas iguales			2.804	22	0.01	13.66667	4.87469	3.55717	23.77616

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

3.1.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Realizamos la aplicación de la prueba de Zarit para obtener los datos correspondientes a la Sobrecarga del Cuidador antes y después del Programa Terapéutico, obteniendo los siguientes datos:

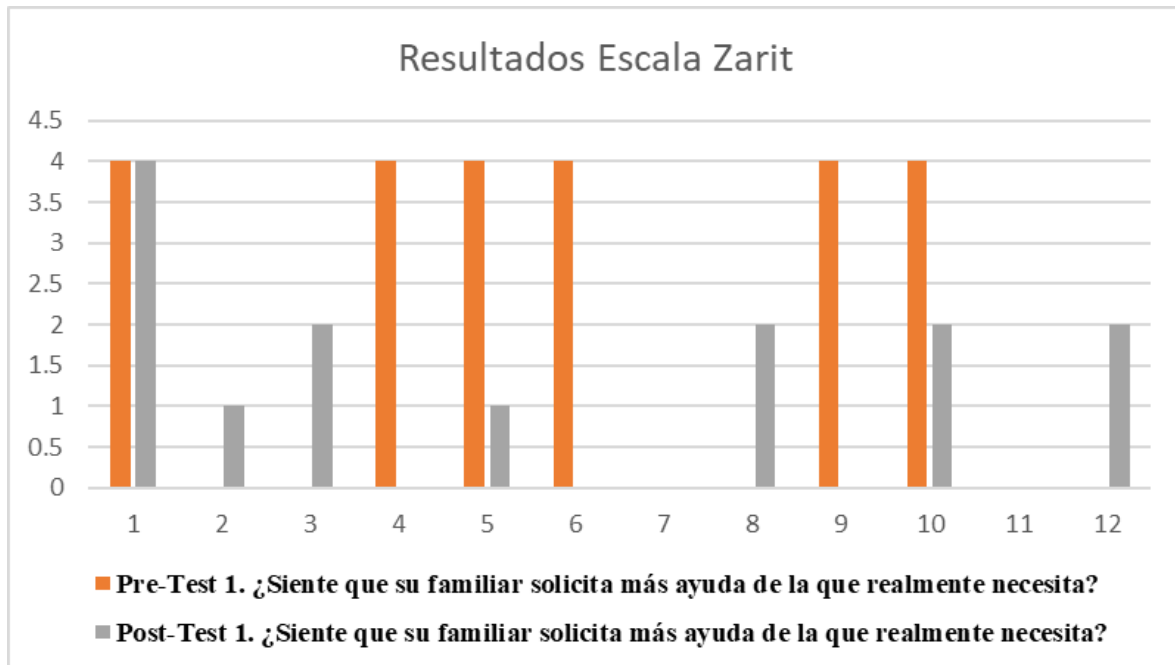
Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Tabla 8: Pregunta 1 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
1	4	4
2	0	1
3	0	2
4	4	0
5	4	1
6	4	0
7	0	0
8	0	2
9	4	0
10	4	2
11	0	0
12	0	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 7: Pregunta 1 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

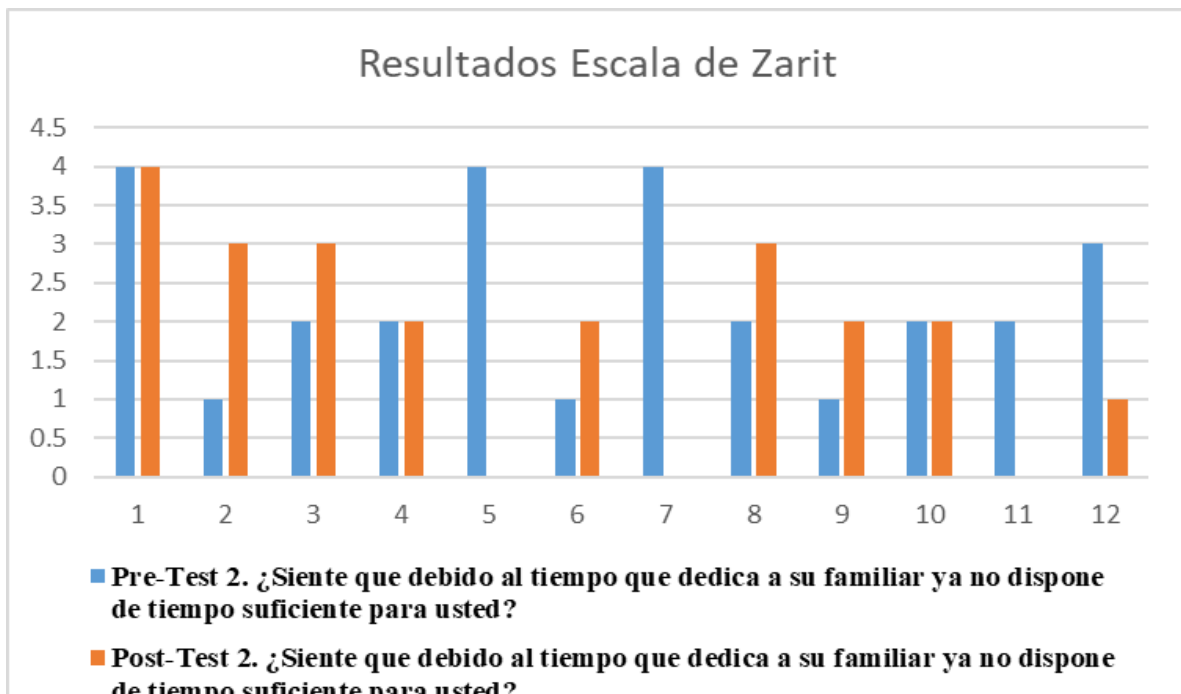
En esta gráfica podemos observar la comparación de los resultados pre test y post test, en la pregunta 1, donde vemos que los participantes mostraron a nivel general cambio en la idea pre establecida de que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita después de las sesiones con TCC.

Tabla 9: Pregunta 2 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
1	4	4
2	1	3
3	2	3
4	2	2
5	4	0
6	1	2
7	4	0
8	2	3
9	1	2
10	2	2
11	2	0
12	3	1

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 8: Pregunta 2 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

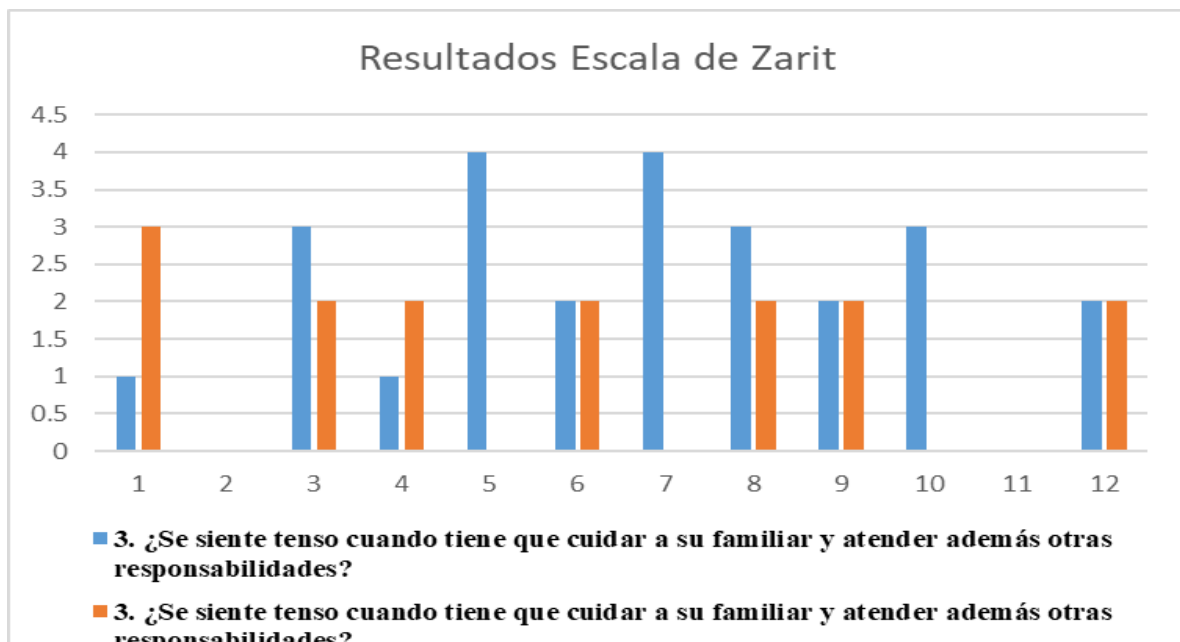
En esta gráfica, observamos un marcado sentimiento de insatisfacción por incapacidad de tener tiempo para sí por ejercer su rol de cuidador.

Tabla 10: Pregunta 3 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
1	1	3
2	0	0
3	3	2
4	1	2
5	4	0
6	2	2
7	4	0
8	3	2
9	2	2
10	3	0
11	0	0
12	2	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 9: Pregunta 3 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

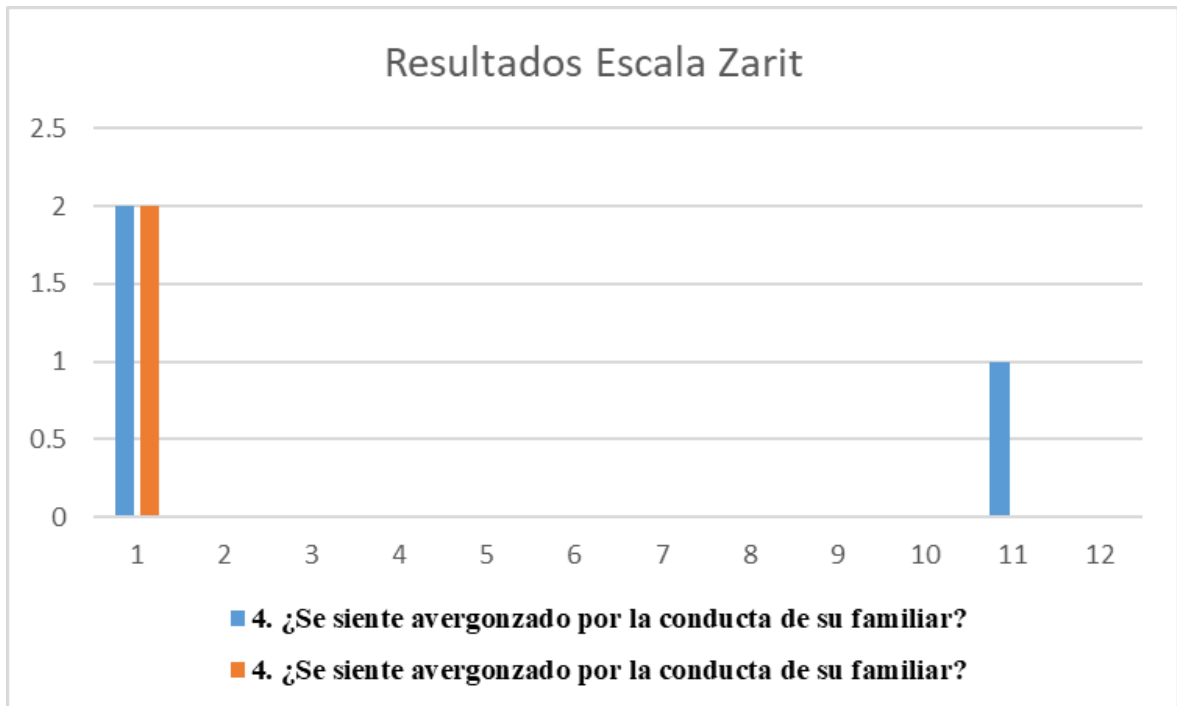
Vemos cambio drástico en el nivel de tensión expresado por los participantes luego de aplicada las sesiones con técnicas del TCC.

Tabla 11: Pregunta 4 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
1	2	2
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	1	0
12	0	0

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 10: Pregunta 4 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

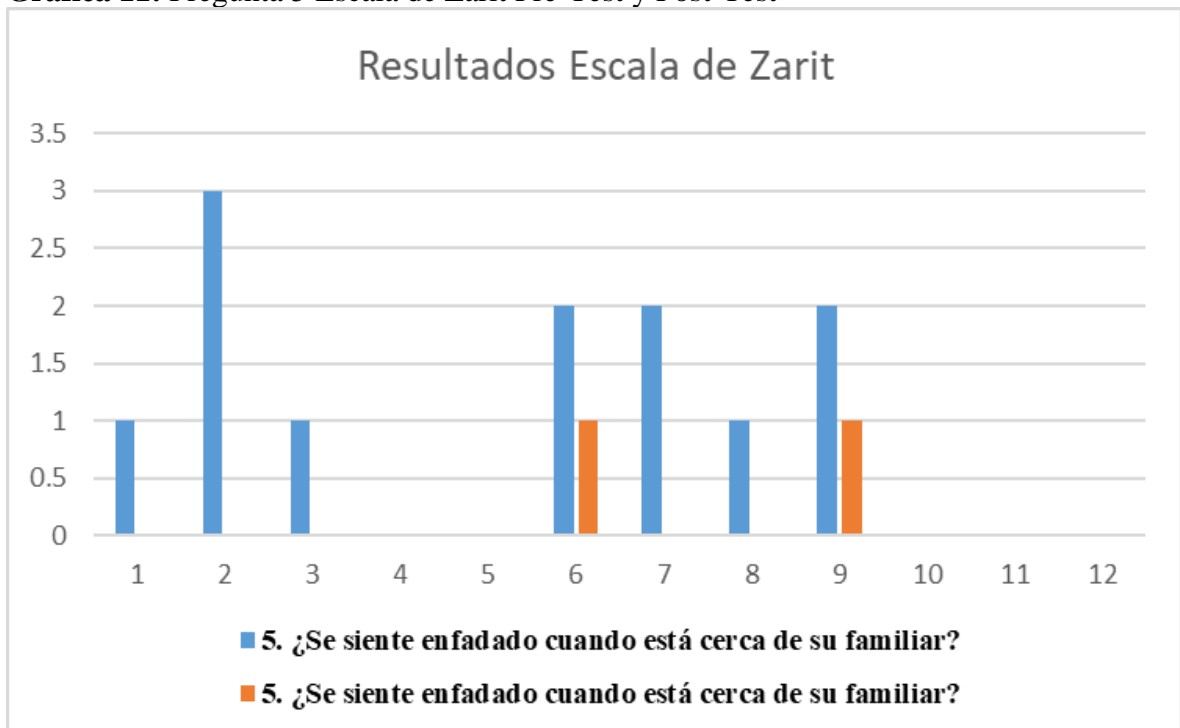
En esta gráfica, el pensamiento de vergüenza en los participantes en su mayoría desapareció, viendo resultados de la psicoeducación.

Tabla 12: Pregunta 5 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
1	1	0
2	3	0
3	1	0
4	0	0
5	0	0
6	2	1
7	2	0
8	1	0
9	2	1
10	0	0
11	0	0
12	0	0

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 11: Pregunta 5 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

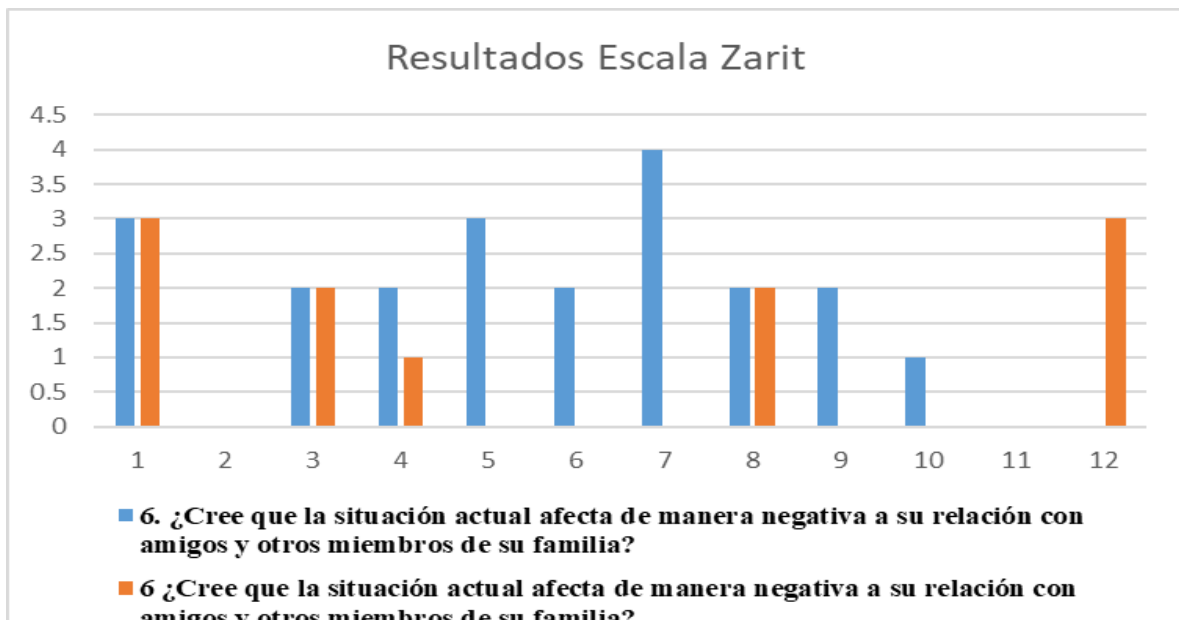
En esta gráfica, el sentimiento de malestar fue trabajo en la TCC obteniendo resultados positivos, donde en la mayoría de los participantes desapareció.

Tabla 13: Pregunta 6 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	6 ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
1	3	3
2	0	0
3	2	2
4	2	1
5	3	0
6	2	0
7	4	0
8	2	2
9	2	0
10	1	0
11	0	0
12	0	3

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 12: Pregunta 6 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

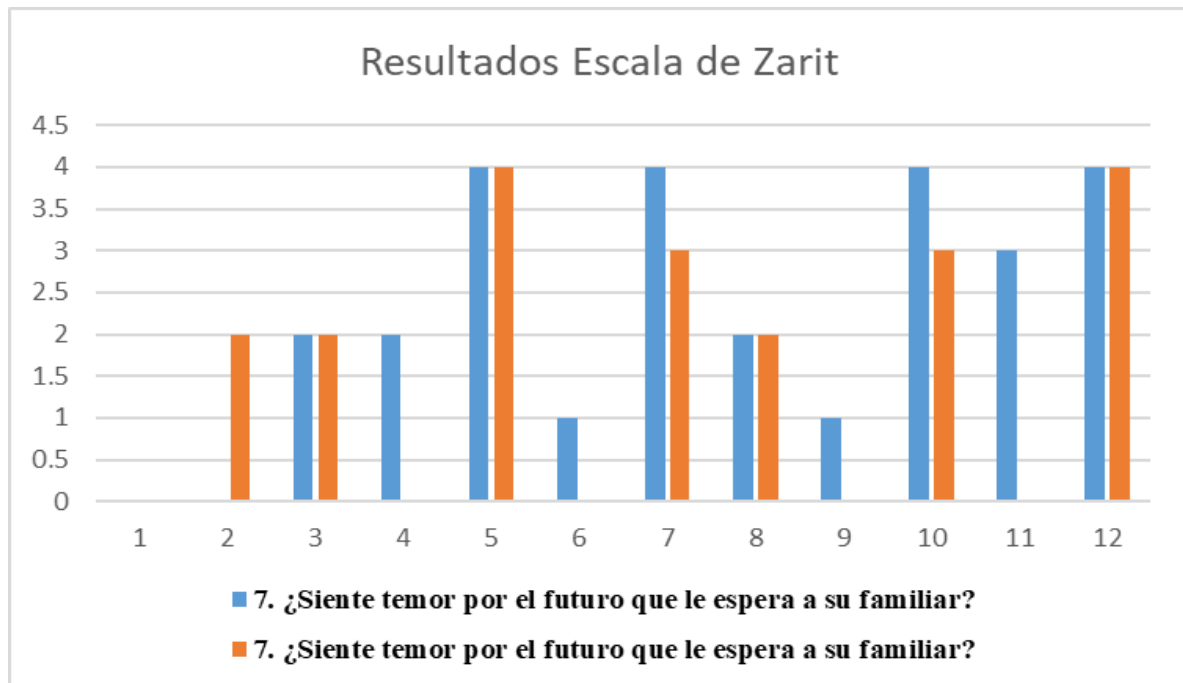
En esta gráfica, los participantes se hicieron más conscientes sobre cómo manejar su relación con amigos y familiares, aun ejerciendo el rol de cuidador.

Tabla 14: Pregunta 7 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
1	0	0
2	0	2
3	2	2
4	2	0
5	4	4
6	1	0
7	4	3
8	2	2
9	1	0
10	4	3
11	3	0
12	4	4

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 13: Pregunta 7 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

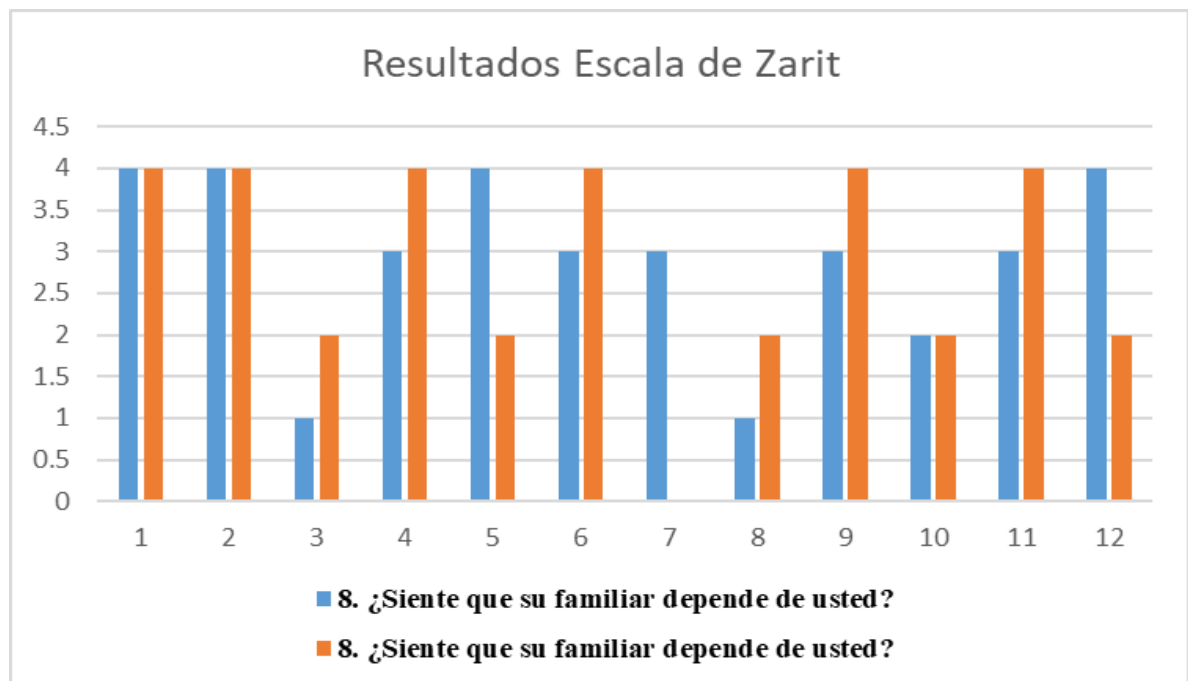
En esta gráfica, la preocupación por el porvenir de sus familiares sigue siendo latente, teniendo como punto positivo que no hubo aumento en el porcentaje.

Tabla 15: Pregunta 8 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
1	4	4
2	4	4
3	1	2
4	3	4
5	4	2
6	3	4
7	3	0
8	1	2
9	3	4
10	2	2
11	3	4
12	4	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 14: Pregunta 8 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

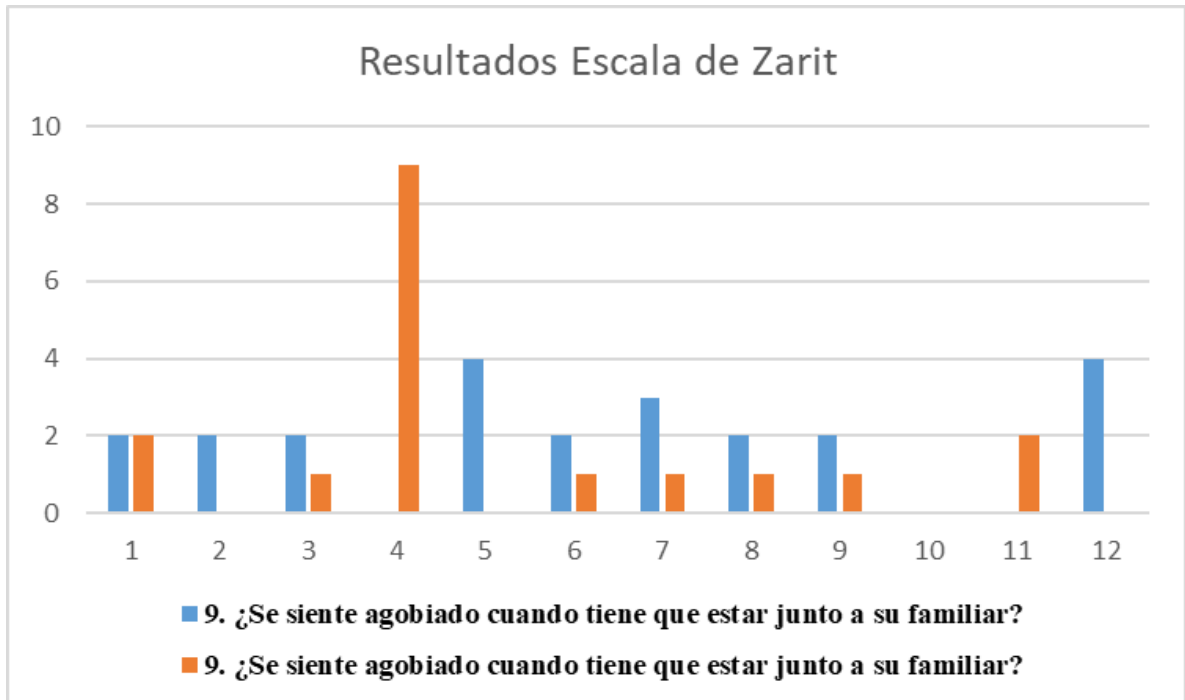
En esta gráfica, es evidente el nivel de dependencia, ya que los familiares de nuestros participantes no cuentan con las facultades necesarias para cuidarse por sí mismos.

Tabla 16: Pregunta 9 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
1	2	2
2	2	0
3	2	1
4	0	9
5	4	0
6	2	1
7	3	1
8	2	1
9	2	1
10	0	0
11	0	2
12	4	0

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 15: Pregunta 9 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

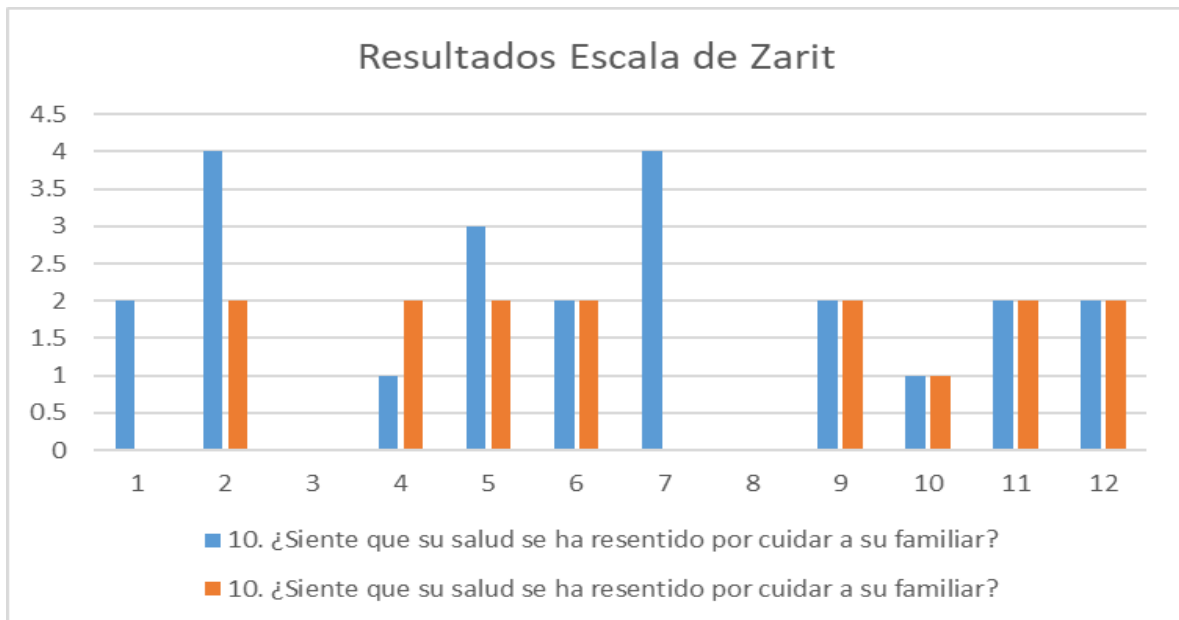
En esta gráfica, observamos que el nivel de disminución es significativo en el sentimiento de agobio que presentaron los participantes.

Tabla 17: Pregunta 10 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
1	2	0
2	4	2
3	0	0
4	1	2
5	3	2
6	2	2
7	4	0
8	0	0
9	2	2
10	1	1
11	2	2
12	2	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 16: Pregunta 10 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

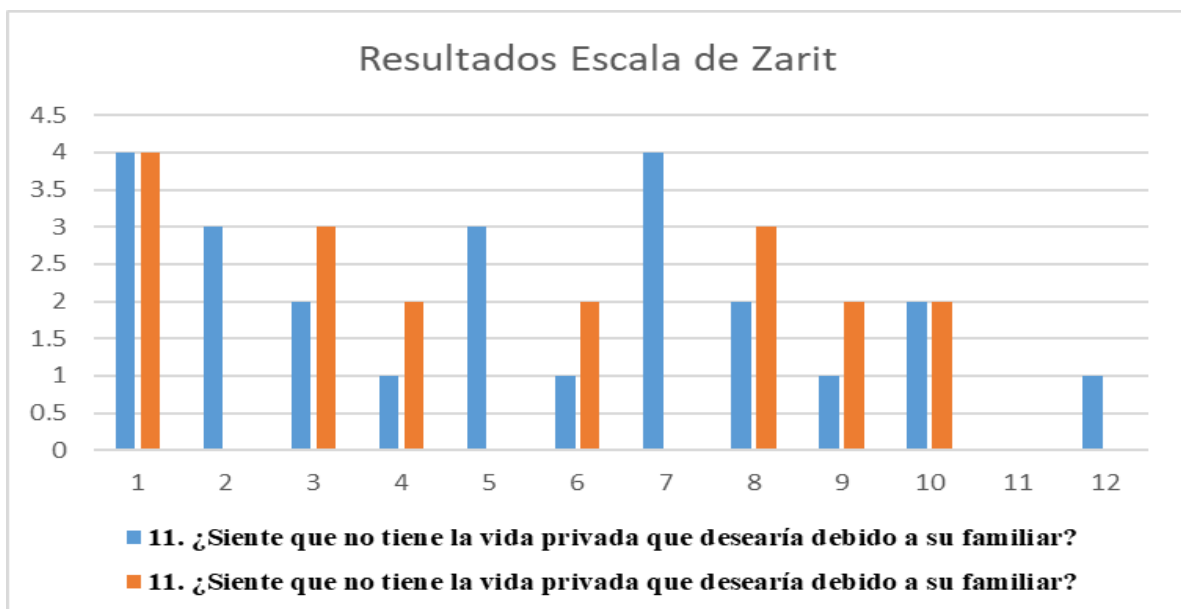
En esta gráfica, el resultado es significativo en la muestra del malestar físico que la carga del cuidador tiene como secuela.

Tabla 18: Pregunta 11 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
1	4	4
2	3	0
3	2	3
4	1	2
5	3	0
6	1	2
7	4	0
8	2	3
9	1	2
10	2	2
11	0	0
12	1	0

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 17: Pregunta 11 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

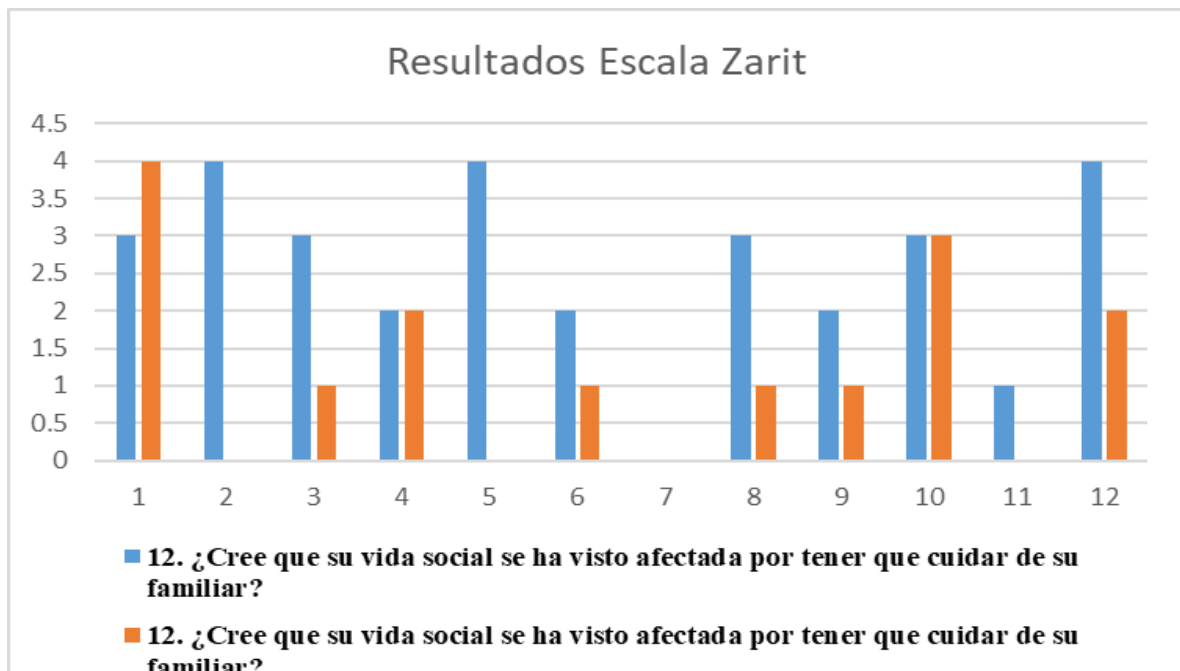
En esta gráfica, se evidencia el deseo de libertad que tienen los participantes debido a su labor continua como cuidador.

Tabla 19: Pregunta 12 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
1	3	4
2	4	0
3	3	1
4	2	2
5	4	0
6	2	1
7	0	0
8	3	1
9	2	1
10	3	3
11	1	0
12	4	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 18: Pregunta 12 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

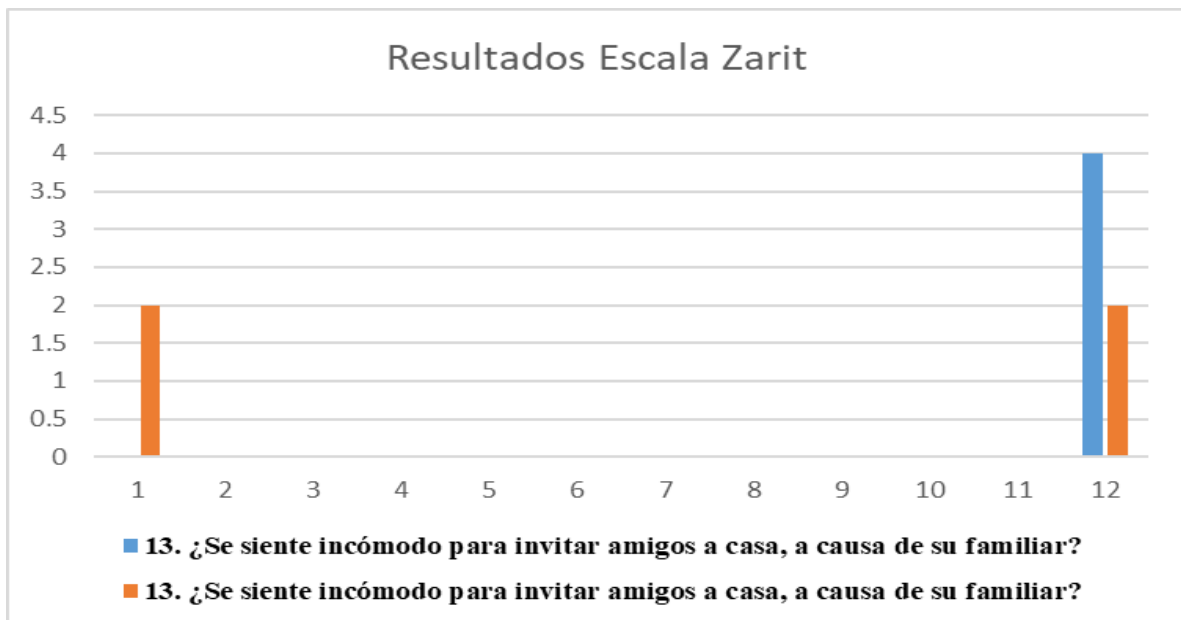
En esta gráfica, observamos comparación del estado de ánimo por falta de interacción con otros, donde vemos ligera disminución entre pre y post test.

Tabla 20: Pregunta 13 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
1	0	2
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	0	0
12	4	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 19: Pregunta 13 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

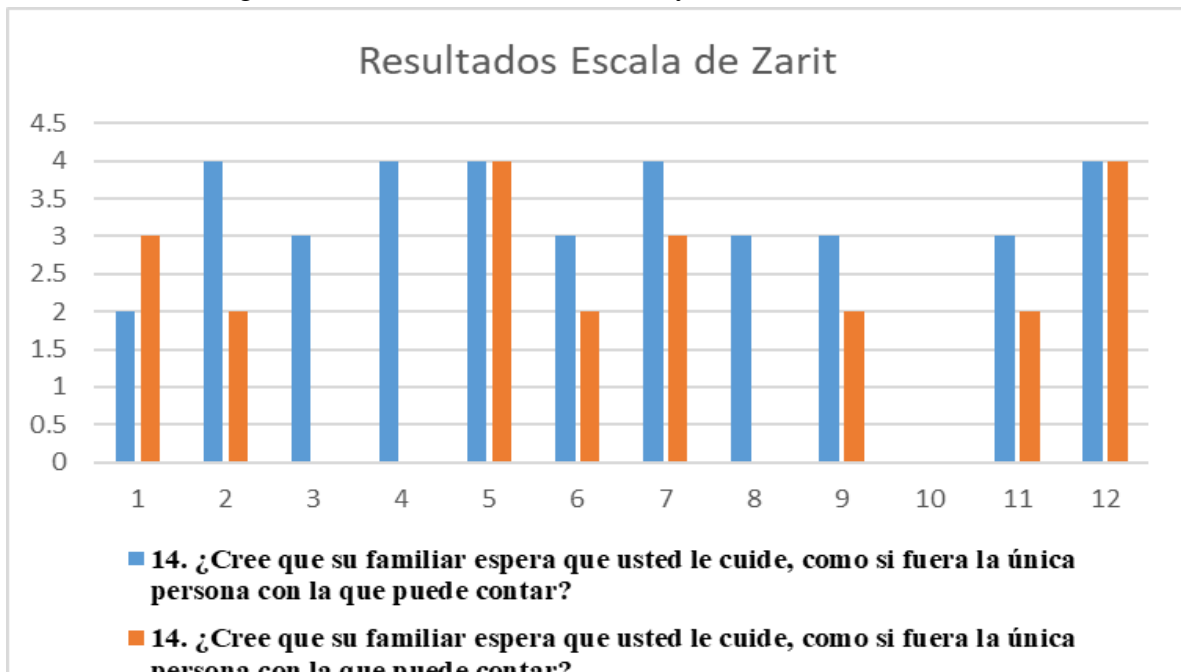
En esta gráfica, los participantes muestran muy poca o nula vergüenza al tener invitados en casa por la conducta que pueda tener su familiar.

Tabla 21: Pregunta 14 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
1	2	3
2	4	2
3	3	0
4	4	0
5	4	4
6	3	2
7	4	3
8	3	0
9	3	2
10	0	0
11	3	2
12	4	4

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 20: Pregunta 14 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

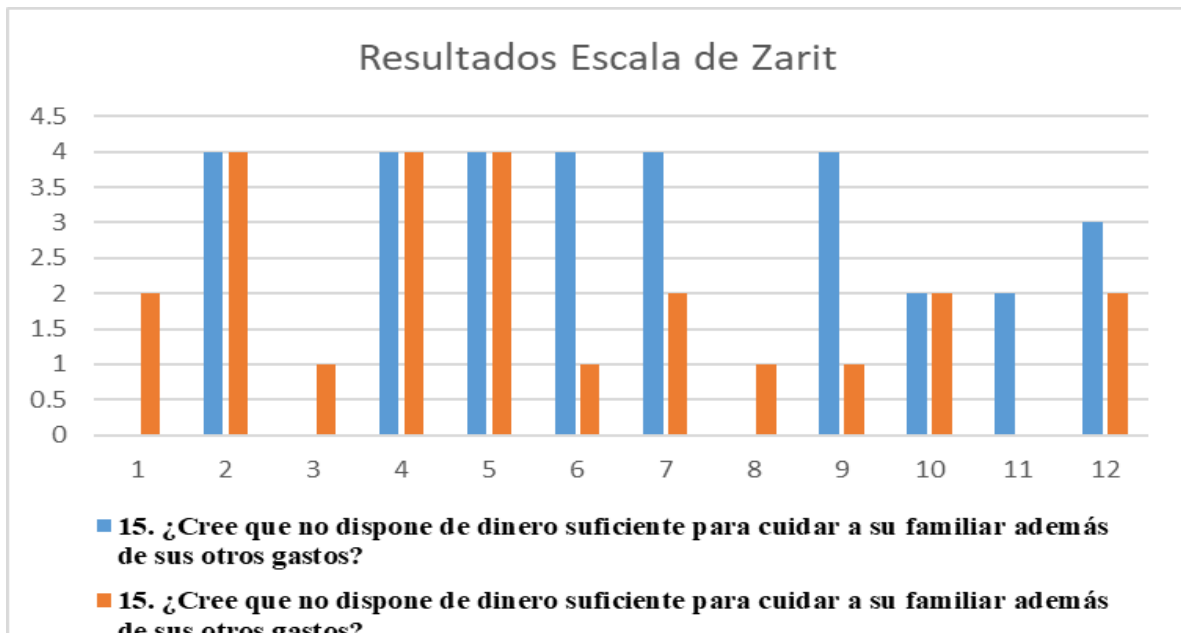
En esta gráfica se evidencia un alto pensamiento en la expectativa y sentimiento de responsabilidad ante el hecho de ser cuidador de alguien significativo.

Tabla 22: Pregunta 15 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
1	0	2
2	4	4
3	0	1
4	4	4
5	4	4
6	4	1
7	4	2
8	0	1
9	4	1
10	2	2
11	2	0
12	3	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 21: Pregunta 15 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

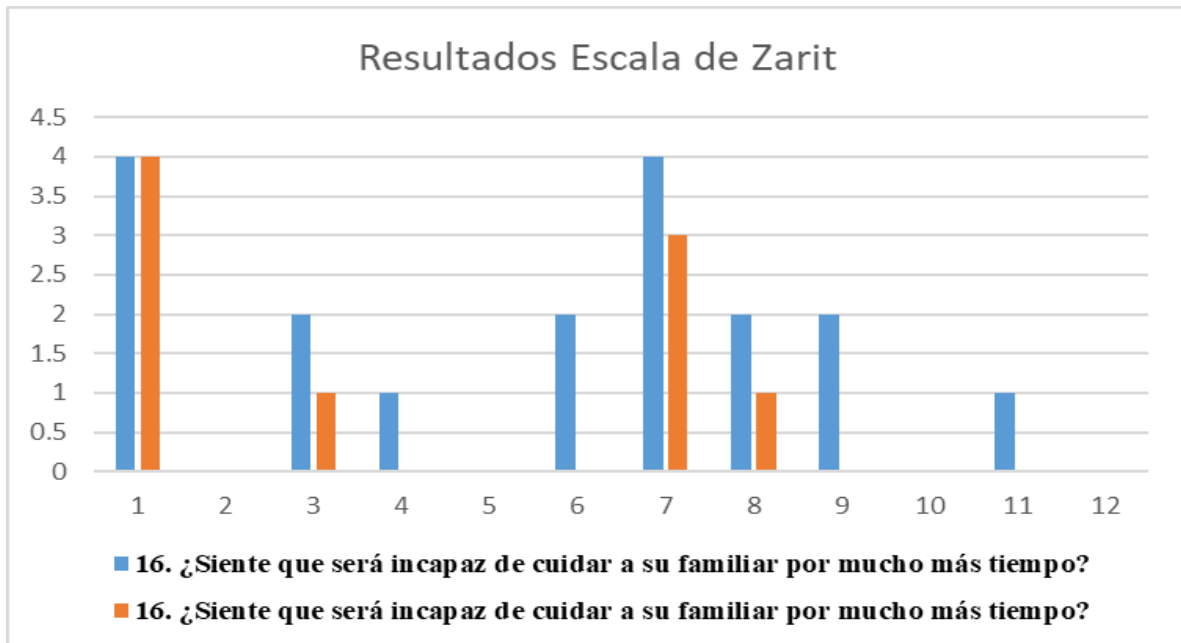
En esta gráfica, es marcada la insatisfacción por falta de recursos, la misma disminuye luego de recibir TCC.

Tabla 23: Pregunta 16 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
1	4	4
2	0	0
3	2	1
4	1	0
5	0	0
6	2	0
7	4	3
8	2	1
9	2	0
10	0	0
11	1	0
12	0	0

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 22: Pregunta 16 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

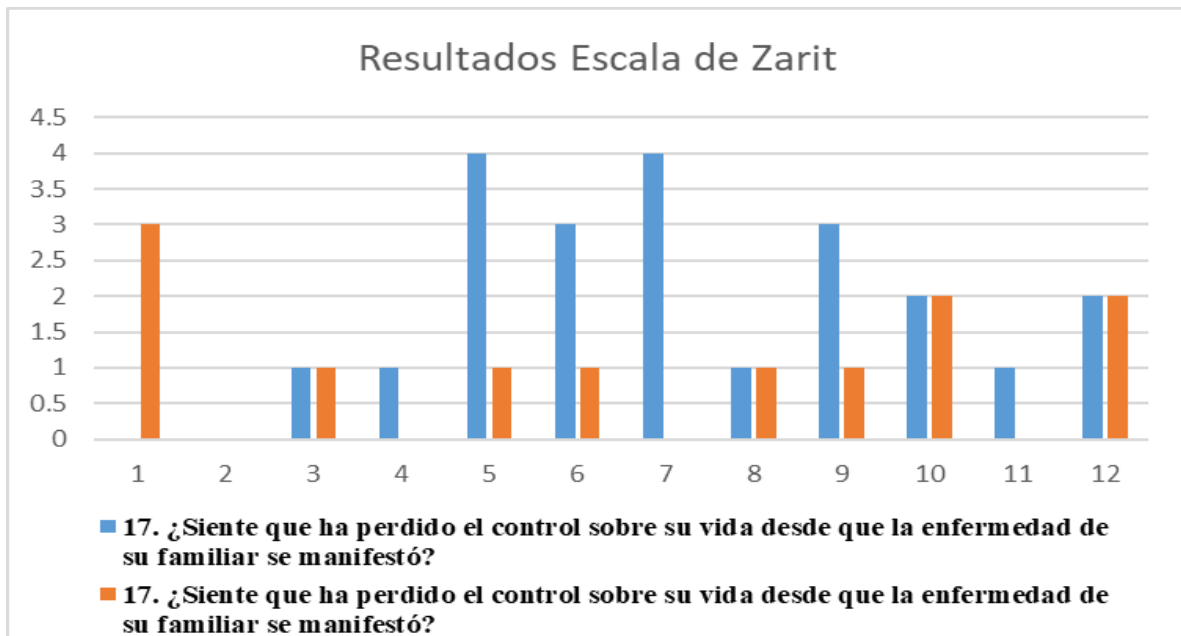
En esta gráfica, se muestra disminución significativa luego de TCC de la preocupación de no poder seguir siendo cuidador de su familiar.

Tabla 24: Pregunta 17 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
1	0	3
2	0	0
3	1	1
4	1	0
5	4	1
6	3	1
7	4	0
8	1	1
9	3	1
10	2	2
11	1	0
12	2	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 23: Pregunta 17 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

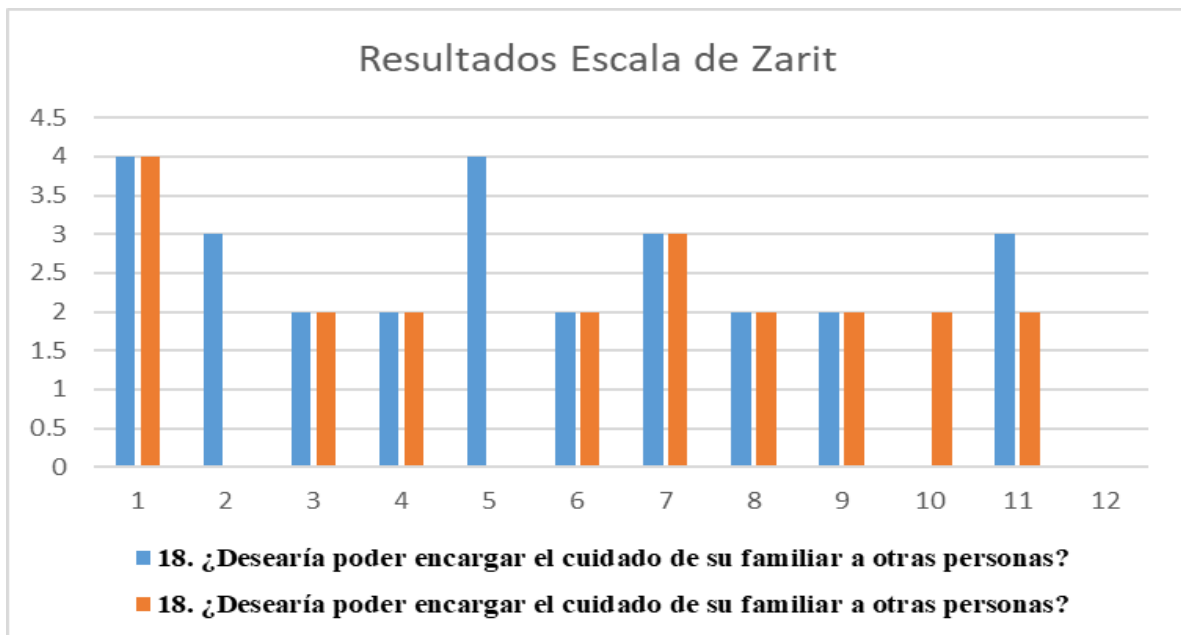
En esta gráfica, es marcada la disminución del sentimiento de pérdida de control de su vida al tener que realizar la función de cuidador luego de recibir la TCC.

Tabla 25: Pregunta 18 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
1	4	4
2	3	0
3	2	2
4	2	2
5	4	0
6	2	2
7	3	3
8	2	2
9	2	2
10	0	2
11	3	2
12	0	0

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 24: Pregunta 18 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

En esta gráfica, es marcada la permanencia del deseo de continuar como cuidador de su familiar incluso luego del TCC.

Tabla 26: Pregunta 19 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
1	2	3
2	0	0
3	2	0
4	1	0
5	3	0
6	0	0
7	3	0
8	2	0
9	0	0
10	0	1
11	0	0
12	4	0

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 25: Pregunta 19 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

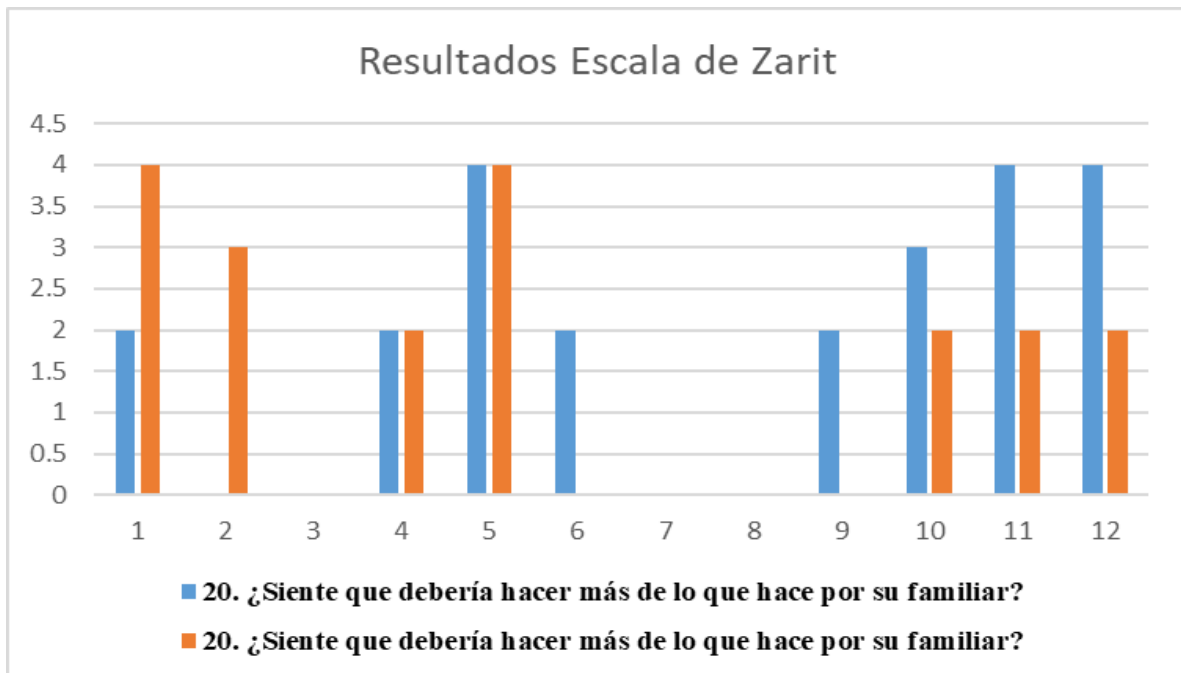
En esta gráfica, observamos la disminución marcada del sentimiento de inseguridad ante como tener que manejar las necesidades de su familiar.

Tabla 27: Pregunta 20 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
1	2	4
2	0	3
3	0	0
4	2	2
5	4	4
6	2	0
7	0	0
8	0	0
9	2	0
10	3	2
11	4	2
12	4	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 26: Pregunta 20 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

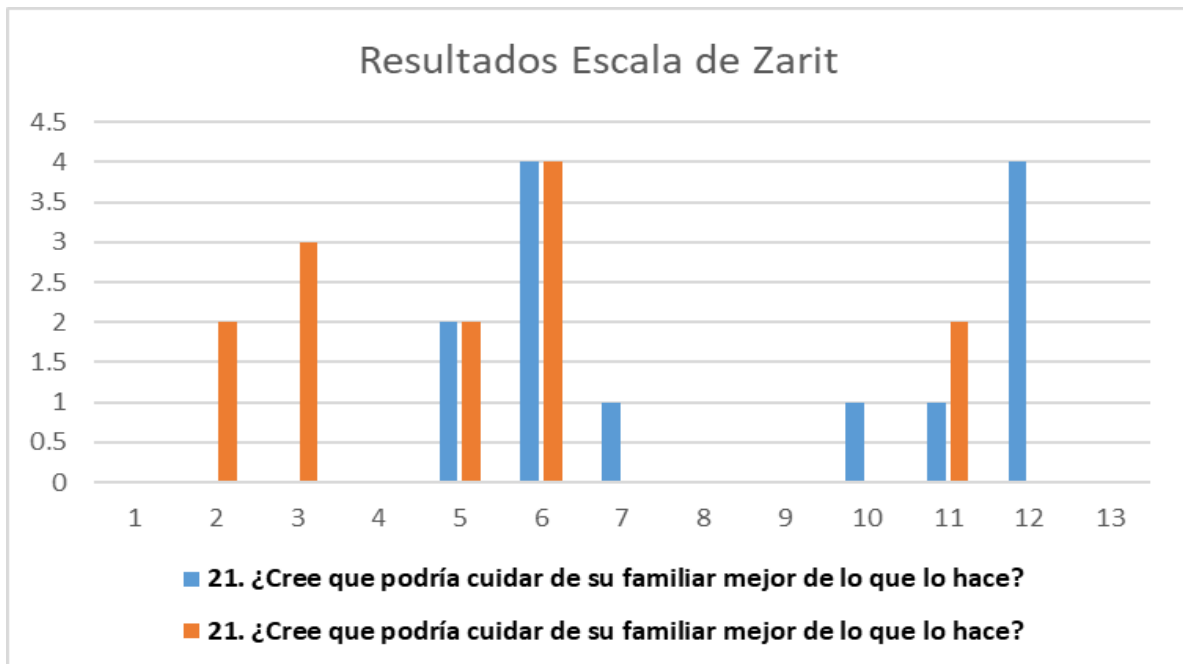
En esta gráfica, podemos ver que aún después de aplicada la TCC se manifiesta una ligera disminución en el sentimiento de esforzarse más por el bienestar de su familiar.

Tabla 28: Pregunta 21 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
1	0	2
2	0	3
3	0	0
4	2	2
5	4	4
6	1	0
7	0	0
8	0	0
9	1	0
10	1	2
11	4	0
12	0	0

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 27: Pregunta 21 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

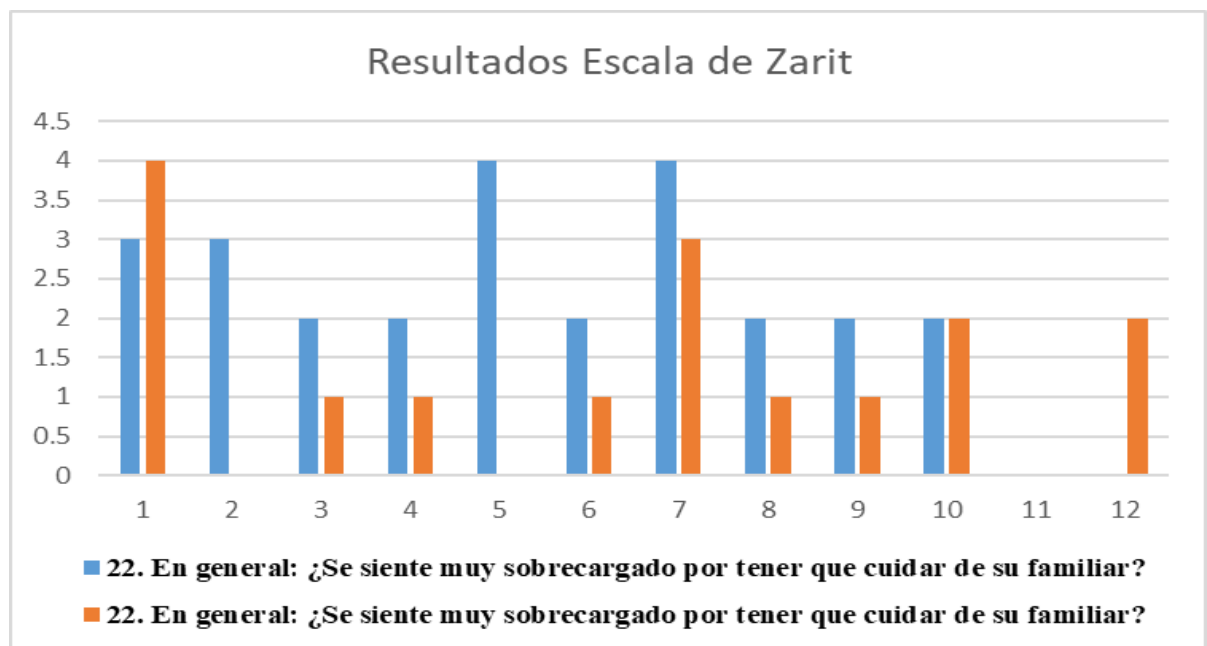
En esta gráfica, observamos que aún persiste en forma marcada el sentimiento y deseo de poder brindarle una mejor calidad de vida a su familiar.

Tabla 29: Pregunta 22 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?
1	3	4
2	3	0
3	2	1
4	2	1
5	4	0
6	2	1
7	4	3
8	2	1
9	2	1
10	2	2
11	0	0
12	0	2

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 28: Pregunta 22 Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

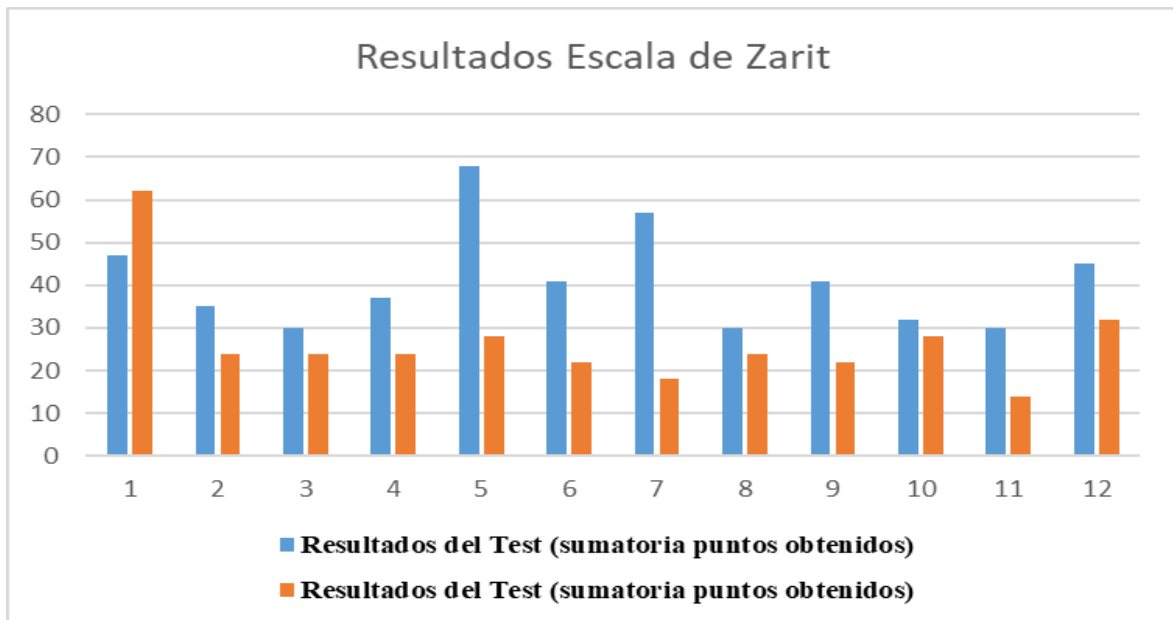
En esta gráfica, observamos el que nivel de sobrecarga tuvo variación significativa en los participantes luego de recibir la TCC.

Tabla 30: Resultados (puntos obtenidos) Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test

Sujeto	Pre-Test	Post-Test
	Resultados del Test (sumatoria puntos obtenidos)	Resultados del Test (sumatoria puntos obtenidos)
1	47	62
2	35	24
3	30	24
4	37	24
5	68	28
6	41	22
7	57	18
8	30	24
9	41	22
10	32	28
11	30	14
12	45	32

Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

Gráfica 29: Resultados (puntos obtenidos) Escala de Zarit Pre-Test y Post-Test



Fuente de Elaboración: Sheika Castillo, 2019.

En esta gráfica vemos los resultados del Pre test (azul) y Post test (naranja) donde la disminución es marcada, luego de recibir la TCC.

CAPITULO IV: RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

4.1 Conclusiones

En este capítulo presentaremos la conclusión en base los resultados del trabajo de investigación realizado.

1. Luego del análisis de los resultados hemos llegado a la conclusión de que nuestra hipótesis nula “El programa Terapéutico Cognitivo Conductual no disminuye los síntomas del Síndrome de Sobrecarga del cuidador” ha sido rechazada, ya que después del análisis estadístico se ratificó una disminución significativa de los síntomas al verificar los puntajes del antes y después de la aplicación de la terapia.
2. Los participantes manifiestan que han experimentado cambios, han podido organizar mejor su rutina, su nivel de estrés ha disminuido, su ciclo de sueño es mucho más placentero, la relación con la familia y con el paciente es más llevadero.
3. El rol de cuidador es mayormente desempeñado por mujeres, lo que ratifica estudios internacionales.
4. La intervención psicológica con un modelo terapéutico ayuda al cuidador en la mejoría de sus síntomas.

4.2 Recomendaciones

Luego de haber realizado este estudio sobre el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en los cuidadores del paciente con demencia podemos realizar las siguientes recomendaciones:

1. Implementar en los Sistemas de Salud a nivel nacional atención especializada para el cuidador del paciente con demencia.
2. Es necesario prestar atención a cualquier cambio en el estado de salud del cuidador. Hacer consciente al cuidador de la importancia de apoyarse en otros miembros de la familia.
3. Este estudio podrá ser utilizado como plataforma para nuevos estudios experimentales en la República de Panamá.
4. Crear un programa para atacar el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, donde se le de herramientas al cuidador y poder llevar un seguimiento a este.

ANEXOS

Consentimiento de Participación

El propósito de esta investigación es crear un programa de intervención para el cuidador del paciente con Demencia y de esta manera lograr que tengan una mejor calidad de vida.

Usted accede a la participación en esta investigación, deberá contestar una entrevista, brindando datos reales y adicional a esto se le aplicarán unas pruebas psicológicas que se utilizarán para recolectar datos útiles en esta investigación. Su participación es estrictamente voluntaria y sus datos serán administrados utilizando un número que lo identificará de forma anónima.

Le agradecemos de antemano su participación en este estudio.

Panamá, _____ de _____ 2018.

Por medio de la presente, Yo _____, panameño/a con cédula de identidad personal _____, acepto de forma voluntaria la participación en el programa para el cuidador del Paciente con Demencia.

He escuchado los términos y duración del mismo. Doy mi autorización para la entrevista, aplicación de pruebas y que los datos obtenidos sean utilizados en la tesis para la obtención de la Maestría en Psicología Clínica.

Una copia de este consentimiento se me será otorgada y puedo solicitar los resultados de este estudio una vez culmine.

Nombre del Participante
(Letra Imprenta)

Firma

Fecha

Escala de Zarit

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

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	

12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Formato de Entrevista Psicológica
HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMEN DEL ESTADO MENTAL

I. IDENTIFICACION PERSONAL

Nombre completo

Edad

Fecha de nacimiento

Estado civil

Ocupación

Nacionalidad

Religión

Dirección

Teléfono de casa

Celular

Persona que lo refirió

Nombre, dirección y teléfono de la persona encargada

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

A) Fecha de inicio y duración del problema.

B) Factores precipitantes (estresores psicosociales, si hubieran).

C) Impacto del trastorno en el sujeto y en la familia.

IV. HISTORIA CLÍNICA O ANTECEDENTES (ANAMNESIS)

Personales no patológicos

- **Historia prenatal.**
- **Desarrollo psicomotriz.**
- **Desenvolvimiento escolar.**
- **Adolescencia.**
- **Aduldez.**
- **Historia psicosexual.**

Personales Patológicos

- **Historia médica.**
- **Desórdenes mentales anteriores.**
- **Otros desórdenes patológicos.** (accidentes, uso de sustancias, etc.).

V. HISTORIA FAMILIAR

VI. GENOGRAMA

VII. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

A) Descripción General

B) Lenguaje (tono, velocidad, alteraciones del lenguaje ejemplo ecolalia, etc.).

C) Humor, sentimientos y afecto

1. Humor

2. Sentimientos

3. Afecto

D) Alteraciones perceptivas

1. Alucinaciones o ilusiones.

2. Despersonalización y desrealización.

E) Proceso del pensamiento

1. Curso del pensamiento

Productividad.

Continuidad del pensamiento.

2. Contenido del pensamiento

F) Orientación

1. Tiempo.

2. Lugar.

3. Persona.

G) Memoria

1. Remota (años).

2. pasado reciente (meses).

3. Memoria reciente (días).

4. Memoria inmediata (minutos y segundos, durante la entrevista).

H) Control de impulsos

I) Juicio crítico

Social.

Pruebas.

J) Insight

Intelectual.

Emocional.

K) Confiabilidad

Descripción del Programa

La aplicación del programa la realizará la investigadora. El nivel de sobrecarga se medirá al inicio de la investigación utilizando la escala de Zarit, luego se aplicará el modelo de Terapia Conductual al mismo grupo evaluado. Este programa se llevará a cabo en 10 sesiones, donde cada una tendrá una duración de 1 hora. En esta terapia los participantes serán elegidos cumpliendo los criterios de inclusión y se trabaja de la siguiente manera: Luego de que se aplique el pre test y la entrevista, se realizará de forma grupal las sesiones terapéuticas. En la sesión 1, 2 y 3 se trabajará Psicoeducación donde utilizaremos material para explicar que es la demencia, cómo manejar un paciente con este padecimiento, también hablaremos del síndrome de sobrecarga del cuidador y sus efectos en la vida cotidiana. En las sesiones 4, 5 y 6 utilizaremos la técnica de reestructuración cognitiva, donde ayudaremos a los participantes a cambiar su estructura de pensamiento de un enfoque negativo a uno positivo. En las sesiones 7, 8 y 9 se les dará herramientas aplicando las técnicas de resolución cognitiva de problemas y en la última sesión realizaremos el cierre donde compartiremos testimonios entre los participantes de cómo la aplicación de las técnicas aprendidas fue efectiva. Al finalizar las sesiones aplicaremos nuevamente la escala de Zarit como post-test.

Cuadro de Asistencia a las Sesiones

Sujeto	Abr 18	May 16	Jun 20	Juli 18	Agost 15	Sept 19	Oct 17	Nov 21	Dic 19	En 16
1	√	√	√	√	√	√	√	√	X	√
2	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
3	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
4	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
5	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√
6	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
7	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
8	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
9	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
10	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
11	√	√	√	√	√	√	√	X	√	√
12	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

Bibliografía

- A. Martínez; Nadal, S; Beperet, M; Mendioroz, P; grupo Psicost. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA*, 102.
- Bados, A., & Garcia, E. (15 de abril de 2010). *Diposit.ub.edu*. Recuperado el 9 de enero de 2019, de *Diposit.ub.edu*:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, J. (1995). *Terapia Cognitiva: Conceptos Básico y Profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Camacho, L; Hinostrosa, G; Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería Universitaria Vol. 7*.
- Clark, D., & Beck, A. (1997). *El estado de la cuestión en la teoría y terapia cognitiva*. En I. Caro (Ed.), *Manual de Psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 40, 147-165.
- Davis, D., Jay, S., & Ellis, A. (2010). *Rational and Irrational Beliefs: Research, Theory and Clinical Practice*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Dobson, K. (2009). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. Guilford Press.
- Garcia-Allen, J. (22 de marzo de 2019). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/condicionamiento-clasico-experimentos>
- Good Therapy 2007-2019. (10 de 3 de 2016). *Good Therapy* . Obtenido de Good Therapy : <https://www.goodtherapy.org/famous-psychologists/donald-meichenbaum.html>
- Hernández, N., & Sánchez, J. (2007). Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. En N. Hernández, *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. LibrosEnRed.
- Lozano, J., Rubio, E., & Pérez, M. (1999). EFICACIA DE LA TÉCNICA DE DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO. *Psicología Conductual, Vol. 7, Nº 3*, 471-499.
- Montealegre, R. (2007). La Resolución de Problemas cognitivos. Una reflexión cognitiva sociocultural. *Redalyc*.

- OMS. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid.
- Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y Algunas Disputas. *Revista Colombiana de Psicología*, 389-399.
- Psicología Clínica 2.0. (4 de mayo de 2011). *Psicología en Red*. Obtenido de Psicología en Red: <https://psicologiaenred.wordpress.com/2011/05/04/la-detencion-del-pensamiento/>
- psicológica, L. t. (2011). *La técnica psicológica* . Recuperado el 4 de diciembre de 2018, de La técnica psicológica : <https://latecnicapsicologica.webnode.es/metodos-ytecnicas/entrenamiento-en-habilidades-sociales/entrenamiento-en-resolucion-de-problemas/>
- R. Hernández, C. F. (2010). *Metodología de la Investigación* . México : McGraw-Hill.
- Recuperar, F. (s.f.). *FundaciónRecuperar.org*. Recuperado el 3 de diciembre de 2018, de Fundación Recuperar. org : <http://fundacionrecuperar.org/psicoeducacion.html>
- Riso, W. (2006). Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del caso clínico. En W. Riso, *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del caso clínico* (pág. 423). Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (s.f.). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée.
- Sánchez, J., Rosa, A., & Olivares, J. (1999). LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN PROBLEMAS CLÍNICOS Y DE SALUD: META-ANÁLISIS DE LA LITERATURA ESPAÑOLA. *Psicothema*, 641-654.
- Zambrano, R., & Ceballos, P. (2007). Síndrome de Carga del Cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 29-30.
- Zapata, J., Rangel, A., & García, J. (2015). Psicoeducación en Esquizofrenia . *Revista Colombiana de Psiquiatría* , 146.
- Zulamale, J., & A, G. (2005). UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICO-CONCEPTUAL. *Boletín de Psicología*, No. 83,, 45-67.