



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANÍSTICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**MODALIDAD:**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**TESIS DE GRADO**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TEMA:**

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES DE ESTRÉS EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICA CARITA FELIZ DE LA COMUNIDAD DEL CERRITO, CANTÓN ROCAFUERTE.

**AUTORES:**

Montes Muñoz Carlos Leonel

Zevallos Villavicencio Nestor Patricio

**TUTOR:**

Gustavo Escobar Delgado Mg.

## **Dedicatoria**

Primero a Dios por darme la vida y la fuerza para superar todas las adversidades de la vida, a mis hijos Paul, Matías y Noa que son el motor que me inspira a seguir adelante, a mis padres Ángel y Narcisa pilares fundamentales en mi vida quienes forjaron mis valores como ser humano a lo largo de mi vida, a mis hermanos que me han apoyado incondicionalmente y a todas las personas que directa o indirectamente han aportado con su granito de arena para conseguir este objetivo.

*Néstor Zevallos Villavicencio*

## **Dedicatoria**

En la vida se presentan adversidades, las mismas que pueden ser superadas con una buena red de apoyo familiar. En el transcurso de estos años académicos he visto cómo la motivación y esfuerzo se vieron mermados por innumerables ocasiones y escenarios complejos que facilitaron la frustración y desgano; pero hoy, me encuentro listo para culminar el proceso universitario y emprender otro en el ámbito laboral.

Una dedicatoria y agradecimiento cae por su propio peso y por ello, priorizando los rangos empiezo elogiando a mi mentora de vida y motivadora esencial; Mi madre, que siempre estuvo presente en mis derrotas y ahora celebro junto a ella la primera de muchas victorias cercanas. La victoria no se disfruta con la misma intensidad si no se pelea por ello y este logro lleva el nombre de mi madre.

Mis hermanos mayores, quienes resignaron valores económicos y momentos familiares para ayudarme en mis momentos de desconcierto, ellos también llevan parte del crédito en esta meta alcanzada y, por último, pero siempre importante quienes sin duda son parte de este logro. Gracias también a los maestros que coincidieron en mi malla curricular de los que absorbí mucho conocimiento y fueron pieza clave del perfil profesional que aún se encuentra en construcción. Mis más sinceros agradecimientos a ellos.

*Carlos Montes Muñoz*

## **Agradecimientos**

En primer lugar, a Dios, por darnos la fortaleza y la confianza suficiente para sobreponernos ante las dificultades y para poder alcanzar los objetivos que como estudiantes universitarios nos habíamos planteados, a nuestros padres por ser un eje fundamental y apoyarnos de todas las formas y maneras posibles, gracias siempre a ellos porque nunca dejaron de creer en nosotros y en nuestras capacidades. A la Universidad Técnica de Manabí, a cada uno de los docentes por su entrega de conocimientos y saberes que serán fundamentales en nuestro ejercicio profesional, a nuestros amigos y compañeros que fueron parte importante en este proceso y finalmente a todas las personas que directa o indirectamente nos brindaron su apoyo incondicional para alcanzar la finalización de la carrera profesional como Psicólogos Clínicos.

## INDICE

Dedicatoria.....	i
INDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS DE TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS.....	vi
RESUMEN .....	vii
SUMMARY .....	viii
CAPÍTULO I .....	1
1 Introducción.....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	3
1.2 Antecedentes .....	4
1.2.1 Contexto macro.....	5
1.2.2 Contexto meso .....	5
1.2.3 Contexto micro.....	5
1.3 Justificación.....	6
1.3.1 Conveniencia:.....	6
1.3.2 Relevancia social: .....	6
1.3.3 Implicaciones prácticas: .....	7
1.3.4 Valor teórico:.....	7
1.4 Variables .....	8
1.4.1 Variable independiente .....	8
1.4.2 Variable dependiente .....	8
1.5 Operacionalización de las variables .....	8
1.5.1 Variable independiente .....	8
1.5.2 Variables dependientes.....	9
1.6 Hipótesis .....	11
1.6.1 Hipótesis General .....	11
1.6.2 Hipótesis específica .....	11
1.7 Objetivos .....	11
1.7.1 Objetivo General .....	11
1.7.2 Objetivos Específicos.....	11
CAPÍTULO II .....	12
2 Marco Referencial .....	12
2.1 Cuidador de los adultos mayores .....	12

2.1.1	Perfil del cuidador de adultos mayores .....	12
2.1.2	Tipos de cuidadores .....	14
2.1.3	Actividades del cuidador .....	18
2.2	Afrontamiento .....	21
2.2.1	Definición de afrontamiento .....	22
2.3	Estrategias de afrontamiento.....	23
2.3.1	Clasificación de las estrategias de afrontamiento .....	26
2.4	Discapacidad .....	27
2.5	Tipos de discapacidad .....	32
2.6	Adultos mayores con discapacidad física .....	34
2.6.1	Características psicológicas del adulto mayor con discapacidad .....	35
2.7	Incidencia de la atención a los adultos mayores en los cuidadores .....	35
2.8	Estrés .....	38
2.8.1	Fuentes de estrés .....	39
2.8.2	Estrés en el cuidador del adulto mayor .....	40
2.8.3	Métodos de tamizaje de estrés .....	42
CAPÍTULO III.....		44
3	Metodología.....	44
3.1	Enfoque y tipo de investigación .....	44
3.2	Métodos, técnicas e instrumentos .....	44
3.3	Técnicas e instrumentos .....	44
3.4	Población .....	45
3.4.1	Criterios de inclusión:.....	45
3.5	Muestra:.....	46
3.6	Recursos.....	46
3.6.1	Talento humano .....	46
3.6.2	Materiales .....	46
CAPÍTULO IV.....		47
4	Resultados.....	47
CAPÍTULO V.....		62
5	Conclusiones y Recomendaciones.....	62
5.1	Conclusiones .....	62
5.2	Recomendaciones .....	63

BIBLIOGRAFÍA .....	64
ANEXOS .....	69
Anexo 1. Formato de escala de estrés percibido.....	69
Anexo 2. Formato de encuesta realizada .....	70
Anexo3. Fotos.....	73

## ÍNDICE DE TABLAS DE TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

### TABLAS ESTADÍSTICAS

<i>Tabla 1</i> .....	<i>47</i>
<i>Tabla 2</i> .....	<i>48</i>
<i>Tabla 3</i> .....	<i>50</i>
<i>Tabla 4</i> .....	<i>51</i>
<i>Tabla 5</i> .....	<i>53</i>
<i>Tabla 6</i> .....	<i>55</i>
<i>Tabla 7</i> .....	<i>56</i>
<i>Tabla 8</i> .....	<i>58</i>
<i>Tabla 9</i> .....	<i>59</i>

### GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

<i>Gráfico 1</i> .....	<i>47</i>
<i>Gráfico 2</i> .....	<i>48</i>
<i>Gráfico 3</i> .....	<i>49</i>
<i>Gráfico 4</i> .....	<i>51</i>
<i>Gráfico 5</i> .....	<i>52</i>
<i>Gráfico 6</i> .....	<i>54</i>
<i>Gráfico 7</i> .....	<i>55</i>

<i>Gráfico 8</i> .....	57
<i>Gráfico 9</i> .....	58
<b>Gráfico 10. Escala de estrés percibido</b> .....	<b>60</b>

## RESUMEN

El cuidado de adultos mayores en condición de discapacidad física implica serias responsabilidades para las personas encargadas de cubrir las ineludibles necesidades básicas que se presentan. Los cuidadores enfrentan dificultades físicas y psicológicas incrementando los niveles de estrés; de allí que deban exhibir recursos personales y profesionales para enfrentar tal rol laboral en términos de fecunda efectividad; es cuando se habla de estrategias de afrontamiento. En este llamativo escenario se desarrolló la investigación cuyo objetivo principal fue: Determinar las estrategias de afrontamiento y niveles de estrés en cuidadores de adultos mayores con discapacidad física de la Unidad de atención gerontológica Carita Feliz de la comunidad “El Cerrito” del cantón Rocafuerte.

Para el efecto, fueron seleccionados 20 cuidadores de adultos mayores con discapacidad física. El enfoque utilizado fue el cuantitativo y entre los métodos recurrentes constan el exploratorio, analítico-sintético; como técnicas se aplicaron test y encuesta para identificar el nivel de estrés de los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física, relacionado con el desempeño laboral. Al término de la investigación, se concluye que los cuidadores buscan ayuda espiritual, profesional, apoyo social y/o ayuda en amigos íntimos, usando así estrategias de afrontamiento centradas en la emoción para mitigar el estrés; otros buscan diversiones relajantes, se fijan en lo positivo de la situación, se concentran en resolver el problema y/o buscan distracciones físicas usando así estrategias de evitamiento y funcionales; también, otros se auto inculpan por la situación, ignoran el problema, no hacen nada y/o se preocupan, usando, de esta manera estrategias disfuncionales. Vale puntualizar que, frente al estrés, un cuidador puede utilizar más de un tipo de afrontamiento que lo ayude con el manejo adecuado del estrés. Por su parte, los resultados de la escala de estrés percibido evidencian que la mayoría de los involucrados se estresan de vez en cuando, notándose que el estrés desarrollado durante el ejercicio laboral es manejado. adecuadamente.

**Palabras clave:** Estrategias de afrontamiento, estrés, cuidador, discapacidad física.

## **SUMMARY**

The care of older adults with physical disabilities implies serious responsibilities for the people in charge of covering the unavoidable basic needs that arise. Caregivers face physical and psychological difficulties increasing stress levels; hence, they must exhibit personal and professional resources to face such labor role in terms of fruitful effectiveness; This is when we talk about coping strategies. In this striking scenario, the research was developed whose main objective was: To determine the coping strategies and stress levels in caregivers of older adults with physical disabilities of the Carita Feliz Gerontological Care Unit of the "El Cerrito" community of the Rocafuerte canton.

For this purpose, 20 caregivers of older adults with physical disabilities were selected. The approach used was quantitative and among the recurring methods are the exploratory, analytical-synthetic; As techniques, tests and surveys were applied to identify the level of stress of caregivers of older adults with physical disabilities, related to job performance. At the end of the investigation, it is concluded that caregivers seek spiritual and professional help, social support and/or help from close friends, thus using emotion-focused coping strategies to mitigate stress; others seek relaxing diversions, fixate on the positive in the situation, focus on solving the problem, and/or look for physical distractions thus using avoidance and functional strategies; Also, others blame themselves for the situation, ignore the problem, do nothing and/or worry, thus using dysfunctional strategies. It is worth pointing out that, in the face of stress, a caregiver can use more than one type of coping to help them with adequate stress management. For its part, the results of the perceived stress scale show that most of those involved get stressed from time to time, noting that the stress developed during the work exercise is managed adequately.

**Keyword:** Coping strategies, stress, caregiver, physical disability.

## CAPÍTULO I

### 1 Introducción

Todas las actividades laborales entrañan una responsabilidad enorme, pues, la efectividad de las mismas asegura el prestigio como reconocimiento institucional basado en el desempeño humano. Sin embargo, tales actividades están revestidas de agentes externos e internos que consciente o inconscientemente afectan el comportamiento final de las personas. He allí una premisa que históricamente ha sacudido el pensamiento de los expertos, científicos y académicos en procura de explicar y delinear el cuadro competencial que debe caracterizar a un trabajador. En el caso presente, los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física no escapan a esta lógica y, por tanto, son susceptibles no sólo de una mirada crítica, sino también de un profundo estudio científico que permita identificar el origen y naturaleza de la atención funcional sin menoscabo de su salud mental y fisiológica.

En el tema específico de los derechos humanos, es posible sintetizar según López R. (2011) tres modelos al referirnos a personas con discapacidad, el modelo tradicional, el modelo de rehabilitación y el modelo de los derechos humanos. Todos denotando detalles históricos que marcan el tortuoso camino en aras de encontrar derechos igualitarios para las personas con discapacidad. El último de los modelos nombrados, tomando forma en el siglo actual propone emancipar a este grupo social proveyéndole recursos para tomar sus propias decisiones y así incluirlos de manera más precisa. Se puede pensar que es a partir de lo antes mencionado que el cuidado a las personas con discapacidad se ha tornado especialmente relevante.

No obstante, la atención adecuada hacia los adultos mayores constituye todo un proceso con ribetes históricos bien definidos, pero también ha sido y es visto con desdén desde las políticas regionales que pugnan por espacios de poder motivados por reconocimientos materiales, eufóricos e intrascendentes.

En los últimos años el cuidado de adultos mayores con discapacidad física se ha convertido en un tema que resalta de otros parecidos, tanto desde el punto de vista social y clínico, debido al incremento de enfermedades degenerativas comunes en edades geriátricas que ocasiona en el adulto una dependencia a un cuidador debido a su inoperancia ocasionada por las propias comorbilidades que pueden limitar su movimiento como el tan comúnmente mencionado

parkinsonismo y a otros componentes psicológicos patológicos que pueden generar dificultades al realizar actividades diarias.

A causa del paso de los años, una persona al encontrarse en el final de un ciclo vital, que como en cualquier otro ser viviente es un proceso irreversible, se encuentra en un estado de deterioro físico propio del envejecimiento del individuo y con ello la aparición de una discapacidad que se encontrará afectando directamente al sistema familiar en su funcionamiento por ser fuente principal de ayuda y asistencia ya sea el caso de que el cuidador principal sea directo (parte de la familia) o indirecto (cuidador particular) ya que en ambos casos representa un gasto económico que muchos núcleos familiares no pueden costear. Siendo el cumplimiento de sus labores de cubrir o ayudar en las necesidades básicas y psicosociales del adulto mayor una profesión que como muy pocas, requiere un amplio sentimiento de vocación.

En España Arroyo E., Arana A., Garrido R. y Crespo R. (2018) mediante una revisión bibliográfica de estudios que se realizaron entre los años 2010-2018 determinaron que la mayoría de los cuidadores de adultos mayores pacientes de diálisis, grupo de pacientes que comúnmente encuentran su movilidad reducida, refieren presentar sobrecarga en mayor o menor medida. De igual manera Garzón M., Pascual Y. y Collazo E. (2016) determinaron en la ciudad de la Habana que, como consecuencia de asumir el cuidado de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer, el cuidador puede presentar malestares moderados desgastando así recursos psicosociales que van mermando su salud mental.

Por su parte, ya en Sudamérica, en el país vecino de Colombia, no se encuentran excepciones en este fenómeno ya que Corredor C., Diaz S., González L., y Montaña M. (2019) identificaron una incidencia de sobrecarga del 60% en cuidadores de adultos mayores con algún tipo de discapacidad o dependencia. Considerándose así que en la mayoría de casos se presentarían secuelas negativas y altos niveles de estrés que afectarían directamente el desarrollo personal, la autoestima y ocasionarían un deterioro en la calidad de vida y el bienestar psicológico; siendo resultado de asumir las responsabilidades propias del rol de cuidador que requieren estar en constante exposición a situaciones generadoras de estrés, depresión y aislamiento social; y el factor de la poca preparación profesional que se suele encontrar en muchos casos no proporcionan a los cuidadores de las estrategias de afrontamientos adecuadas ocasionando así una mayor vulnerabilidad psicológica al manejar altos niveles de estrés y tendrán como

consecuencia el sufrimiento trastornos depresivos y ansiosos.

El presente trabajo de investigación está orientado hacia la caracterización de estrategias de afrontamiento para los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física, como herramienta funcional para la mitigación del estrés ocasionado por dicha actividad que está expuesta a altos niveles de presión y responsabilidad.

## **1.1 Planteamiento del problema**

Al tomar en cuenta la complejidad y variedad de funciones y responsabilidades que conlleva realizar la labor de los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física, es inevitable percatarse de la posibilidad del acontecimiento de situaciones de estrés que afectan el estado físico, mental, emocional e incluso económico del cuidador. Todo esto ante la ardua tarea de cubrir necesidades básicas y psicosociales del paciente además de (en muchos casos) ser el elector y mandatario de las acciones que el mismo realizará destacando así la necesidad de tomar decisiones de manera rápida y premeditada que al tratarse de un grupo vulnerable expone a sobremanera el juicio del cuidador a través de su accionar y el estrés emocional al que estará sujeto.

El constante desgaste de recursos psicosociales en su actividad laboral diaria ha estado teniendo como resultado el surgimiento de consecuencias negativas frente a todas las esferas del desarrollo humano y siendo fácilmente evidenciado en trabajos de investigación documentados a lo largo de todo el globo terráqueo y acuñando términos como “burn-out” que hoy se encuentran ampliamente estudiados. Además, todas estas condiciones desfavorables han incrementado los niveles de estrés, dando como resultado dificultades y discrepancias en el funcionamiento familiar y que de manera ulterior concluirán con la activación de recursos para enfrentar los efectos de asumir el rol mencionado.

Dichos recursos pueden ser distintas estrategias de afrontamiento por ser un suceso generador de estrés, frente a ello, en un estudio realizado en España por Rodríguez, P. Abreu, S. Rojas, O. y Pino, C. (2017) en cuidadores principales de adultos mayores en condición de discapacidad física, encontraron que la calidad de vida en ellos está relacionada con las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores familiares fueron: la religión, la espera, la solución de problemas, búsqueda de apoyo.

Con el fin de cubrir esta necesidad desde la psicología, es necesario realizar una caracterización en estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de estrés que poseen los cuidadores de adultos mayores con dependencia física y mental por lo que se formula la siguiente pregunta científica: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento y niveles de estrés en cuidadores de adultos mayores con discapacidad física de la Unidad de Atención Gerontológica Carita feliz de la comunidad del Cerrito del Cantón Rocafuerte? Y de esta pregunta se desprenden otras interrogantes:

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento en los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física?
- ¿Cuáles son los niveles de estrés en los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física?
- ¿Cuál es la relación entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de estrés en los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física?

## **1.2 Antecedentes**

Desde el año 1903 cuando el científico ruso Elías Metchnikoff introdujo el término “gerontología” como el estudio de varios aspectos del envejecimiento pasando por el posterior surgimiento de la geriatría como su aspecto médico en el artículo del médico Ignatz Nascher en el año 1909 y que finalmente sería afianzado en el libro del mismo escritor denominado “geriatría, las enfermedades de la vejez y su tratamiento” el cuidado de los adultos mayores tomó un envión creciente de necesidad de su estudio con el objetivo de obtener mayor información sobre un grupo etario que cada vez se hacía más grande y que con el paso de los años encontraba nuevos agentes patológicos y eventos fisiológicos adversos que con el creciente aumento de la expectativa de vida y la siempre cambiante evolución de la medicina en aquellos años no podía quedarse desapercibida.

Ante mayor edad, mayor el grado de vulnerabilidad que posee una persona y así mismo mayor la necesidad de un cuidado directo que de preferencia será realizado por un personal altamente capacitado. Identificar el origen o génesis del cuidado de adultos mayores como profesión se torna complicado sobre todo si tomamos en cuenta que es una labor que tradicionalmente y hasta el día de hoy se encuentra estrechamente ligada al núcleo familiar pudiéndose encontrar

en muchos casos que esta afinidad es uno de los factores que más va a influenciar en la sobrecarga que pueden presentar los cuidadores.

La naturaleza humana se ha encargado de proveer herramientas para casi todas las situaciones presentables en la vida, incluso las adversas, entre ellas el estrés y la ya mencionada sobrecarga, para las cuales el afrontamiento es uno de los principales medios para sobrellevarlo. Término que según la Real Academia de la Lengua Española podemos definir el término afrontar como: “hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida”.

### **1.2.1 Contexto macro**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el porcentaje de adultos mayores sigue en incremento y se estima que esta tendencia se mantenga en los próximos años, a tal punto que para el 2050, llegue al 21% (3–5). En el Ecuador, el número de adultos mayores también se ha elevado, representando el 6,7% del total de habitantes, con una expectativa de vida que llega a los 75 años. Si bien se trata de un logro de la sociedad a nivel mundial, este grupo etario es propenso a sufrir un mayor número de patologías crónicas, entre ellas problemas cardíacos, neurológicos y neumológicos, con diversos grados de afectación física y mental, siendo cada vez mayor, el número de personas en situación de dependencia, que necesitan cuidados permanentes.

### **1.2.2 Contexto meso**

En lo que respecta Latinoamérica en Brasil, Baptista (2012), realizó una revisión sistemática de 27 artículos, encontrando una prevalencia de estrés en cuidadores, del 62,96%. Por su parte, Martins (2012) publicó un estudio con 124 cuidadores, en el cual el 57,6%, presentaban estrés leve a moderada, siendo la discapacidad funcional del adulto mayor, sexo del cuidador y el número de horas para el cuidado, factores de estrés ( $p < 0,05$ ) (12).

Mientras, que en la investigación de Salazar y Torres (2015), en el centro de atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con 222 cuidadores, la prevalencia de estrés fue del 33%; ahí también se observó que 26% de adultos mayores tenían discapacidad moderada y el 38%, discapacidad severa.

### **1.2.3 Contexto micro**

En la comunidad El Cerrito perteneciente al cantón Rocafuerte de la provincia de Manabí se concentra un número de 85 adultos mayores que son atendidos por medio de la unidad de

cuidados geriátrico Carita Feliz, donde se realizará la investigación ya que es de suma importancia medir el nivel de estrés de los cuidadores de adultos mayores de esta institución y así aplicar las estrategias de afrontamiento adecuadas para combatir todos los problemas generados por el estrés que desencadena esta actividad para una mejor salud mental tanto para el cuidador como para el adulto.

### **1.3 Justificación**

Con el paso de los años se ha identificado que los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física han venido incrementando (Aravena & Alvarado, 2010); sin embargo, más allá del acompañamiento que brinda el cuidador al adulto mayor en su enfermedad, éste debe asumir situaciones de estrés que afecta el estado físico, mental, emocional e incluso económico, denotándose así, el por qué en los últimos años esta población ha venido demandando atención desde diferentes áreas de conocimiento.

#### **1.3.1 Conveniencia:**

Los alcances de la investigación fueron considerados como convenientes ya que van a servir para generar estrategias efectivas de afrontamiento frente a las amenazas del contexto y que originan estrés cuando el cuidador de un adulto mayor en condición de discapacidad desgasta los recursos psicosociales, es decir que, en la mayoría de cuidadores se presentarían consecuencias negativas a nivel de desarrollo personal, autoestima, apoyo social y deterioro en calidad de vida frente al bienestar psicológico. Es mayúsculo el compromiso profesional y humano de asumir las responsabilidades propias del rol de cuidador de adultos mayores con discapacidad física, pues es innegable la exposición constante a situaciones generadoras de estrés, depresión y aislamiento social, propias de esta actividad laboral.

Vale reiterar, entonces que, por las situaciones de estrés, depresión o ansiedad a las que se exponen los cuidadores de adultos mayores, la investigación efectuada servirá para profundizar la trascendencia de las estrategias de afrontamiento utilizadas y niveles de estrés que surgen como consecuencia de la interacción entre los involucrados; sin desconocer que algún modelo de atención gerontológica debe primar al momento de respetar la dignidad de un grupo etario tan sensible como son los adultos mayores.

#### **1.3.2 Relevancia social:**

La relevancia social que el presente estudio plantea es levantar teoría acerca de la

caracterización de estrategias de afrontamiento y niveles de estrés en cuidadores de adultos mayores con dependencia física y mental, como un factor importante para el diseño de futuras intervenciones psicológicas en cuidadores que permitan contribuir positivamente en la calidad de vida tanto de ellos como del adulto mayor. El crecimiento significativo de la población que sobrepasa los 60 años de edad y por ende el aumento en el número de cuidadores es una realidad incuestionable que demanda la adopción de políticas sociales amparadas en derechos y tratados internacionales referentes al respeto de la dignidad humana.

Los beneficiarios de la investigación son los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física de la unidad de atención gerontológica CARITA FELIZ de la comunidad EL CERRITO del cantón Rocafuerte, de modo que con la aplicación de las estrategias de afrontamiento expuestas en la investigación puedan actuar como factor mitigador del estrés, ansiedad e incluso la depresión provocada por lo tedioso del trabajo de cuidador.

### **1.3.3 Implicaciones prácticas:**

Las implicaciones prácticas de la investigación ayudarán a mitigar los niveles altos de estrés de los cuidadores de adultos mayores para que generen recursos propios de afrontamiento como procesos cognitivos conductuales cambiantes, desarrollados para manejar situaciones de difícil adaptación en sus labores diarias de trabajo.

Las implicaciones trascendentales de la investigación está en la importancia que tienen las estrategias de afrontamiento que proporcionan menores niveles estresantes en los cuidadores ya que día a día deben afrontar demandas sociales, físicas y psicológicas que generan la puesta en marcha de recursos para enfrentar las mismas, aspectos que incrementan notablemente los niveles de estrés y ansiedad del cuidador.

### **1.3.4 Valor teórico:**

El presente estudio plantea aportar teóricamente la caracterización de estrategias de afrontamiento para disminuir el estrés en los cuidadores y contribuir en la investigación en psicología clínica, de manera que se pueda seguir indagando sobre la temática y aportar bases investigativas para la fundamentación teórica de futuras intervenciones en familiares cuidadores, donde se pueda identificar cuáles son las características propias de dicha población de cuidadores y la forma en que pueden afectar el desempeño del rol y la asistencia directa al adulto mayor en condición de dependencia física y mental.

## 1.4 Variables

### 1.4.1 Variable independiente

- Cuidadores de adultos mayores con discapacidad física

### 1.4.2 Variable dependiente

- Estrategias de afrontamiento.
- Niveles de estrés.

## 1.5 Operacionalización de las variables

### 1.5.1 Variable independiente

Variable independiente	Definición	Dimensión	Escala valorativa	Tipo de variable	Fuente
Cuidadores de adultos mayores con discapacidad física	Persona capacitada para cumplir con las necesidades que requiera una persona de la tercera edad.	Cuidadores	SI/NO	Cuantitativa Dicotómica	Encuesta

### 1.5.2 Variables dependientes

Variable dependiente	Definición	Dimensión	Escala valorativa	Tipo de variable	Fuente
Estrés	Sentimiento de tensión física o emocional que cursa una persona al encontrarse ante un agente estresor.	Estrés	1.- Casi nunca esta estresado  2.- De vez en cuando esta estresado  3.- A menudo esta estresado  4.- Muy a menudo esta estresado	Cuantitativa Politómica	Encuesta

Variable dependiente	Definición	Dimensión	Escala valorativa	Tipo de variable	Fuente
Estrategias de Afrontamiento	Conjunto de aptitudes, actitudes y pensamientos que tienen como función el manejo de los eventos estresantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento funcional</li> <li>• Afrontamiento disfuncional</li> <li>• Afrontamiento evitativo</li> <li>• Afrontamiento centrado en la emoción</li> </ul>	SI/NO	Cuantitativa Dicotómica	Encuesta

## **1.6 Hipótesis**

### **1.6.1 Hipótesis General**

Los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física presentan niveles moderados-altos de estrés de forma recurrente para lo cual utilizan diversos tipos de estrategias de afrontamiento.

### **1.6.2 Hipótesis específica**

Los cuidadores de adultos mayores hacen uso mayoritariamente de estrategias de afrontamiento de tipo funcional.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1 Objetivo General**

Determinar las estrategias de afrontamiento y niveles de estrés en cuidadores de adultos mayores con discapacidad física de la Unidad de Atención Gerontológica Carita Feliz de la Comunidad del Cerrito, cantón Rocafuerte.

### **1.7.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar las estrategias de afrontamiento que presentan los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física en relación con su desempeño específico.
- Identificar los niveles de estrés en los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física.
- Establecer relaciones entre el cuidado que se proporciona a los adultos mayores con discapacidad física y la calidad de vida de los cuidadores.

## **CAPÍTULO II**

### **2 Marco Referencial**

#### **2.1 Cuidador de los adultos mayores**

A nivel de salud y explícitamente hablando en el ámbito nacional se define a un adulto mayor como la persona que se puede encasillar dentro del grupo de aquellos individuos cuyo rango de edad comienza desde los 65 años de vida en adelante, sin embargo, en algunos países como en México se lo define desde los 60 años (1). Estas definiciones toman interés al proveer a este grupo etario de derechos propios por ser una población vulnerable tanto en salud como social y económicamente.

Históricamente y de manera arbitraria se tiende a asignar al cuidado de las personas con cualquier tipo de limitante en capacidades tanto motrices como psicológicas al o los familiares más cercanos de la persona en cuestión (2). Al hablar del cuidado de un adulto mayor este rol recae casi exclusivamente sobre los hijos que en el mejor de los casos pudo haber procreado y criado personalmente, sin embargo, excepciones desde el no tener hijos biológicos, hasta el no haber formado parte del proceso de crianza de los hijos dificultan el proceso de asignación de un cuidador de adultos mayores, proceso en el cual factores económicos y sociales pasan a tener una mayor relevancia.

Parte de lo expuesto en el párrafo anterior explica la creciente tendencia al no cuidado de adultos mayores por parte de familiares de primer grado, siendo así que la función pasa a ser delegada a organizaciones lucrativas o sin fines de lucro encargadas a este tipo de servicios. Esta palpable realidad social ha realzado la necesidad de estandarizar el perfil de cuidadores de los adultos mayores, siendo así que en el año 2020 se realizó un estudio en el cual mediante revisiones bibliográficas se sintetizó los siguientes requerimientos en el perfil de un cuidador de adultos mayores: debe tratarse de una persona adulta que preferentemente tenga un vínculo con el adulto mayor que por su situación de salud demande cuidados personalizados (3).

##### **2.1.1 Perfil del cuidador de adultos mayores**

A pesar de los avances tecnológicos, científicos y las tácticas desarrolladas por el sector salud en relación con la promoción y la atención de la salud, el cuidado informal sigue siendo la forma más preponderante y fundamental para el cuidado de las enfermedades crónicas o

de larga duración que ocupan cada vez un lugar más dominante en el perfil epidemiológico de los países desarrollados y en vías de.

Esta responsabilidad requiere más cuidado donde generalmente hay una persona integrante de la familia llamado cuidador principal, que asume la responsabilidad de la asistencia de la persona enferma en forma permanente y en la mayoría de los casos, sin ninguna preparación previa para asumir y desempeñar este rol.

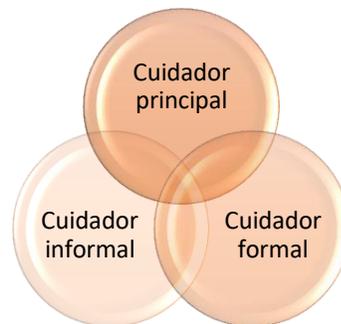
Cuidar significa, dedicación, compromiso, conocimiento, experiencia, afecto, responsabilidad, vigilancia y preocupación hacia otros, estas son algunas de las características de cualquier tipo de cuidador para así brindar un cuidado eficaz y oportuno, centrado en las necesidades de los sujetos de cuidado en este caso de los adultos mayores con el fin de promover la salud, prevenir la aparición de complicaciones evitando el deterioro de la calidad de vida.

Algunas de las actividades más comunes que realiza el cuidador es realizar el acompañamiento a las citas médicas y compras, la administración de medicamentos, curaciones, preparación de comida y la ayuda de las realizaciones de las actividades de la vida diaria, especialmente con las funciones de higiene personal y alimentación entre otras.

Según datos del IMSERSO en España se estima que el porcentaje de personas mayores que presentan una dependencia importante está entre un 10% y un 15 % de las personas mayores de 65 años (56). Hay que reconocer la existencia de los problemas comunitarios relativos a las necesidades particulares de las personas mayores y que éstos deben ser afrontados con políticas adecuadas referidas a salud, alimentación, vivienda, familia, medioambiente, bienestar social, seguridad de pensiones y empleo.

### 2.1.2 Tipos de cuidadores

El cuidador familiar o informal en su conjunto está compuesto por el 85% de mujeres, que se dedican a actividades diarias al cuidado de un sujeto con dependencias o discapacidades permanentes (2), existen varios tipos de cuidadores representados en la figura 1.



*Figura 1.* Tipos de cuidadores

*Fuente:* elaboración propia

El cuidador principal es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo, suele vivir en el mismo domicilio o muy cerca de la persona que será atendida o suele tener una relación familiar muy próxima (3). Este tipo de cuidador suministra el principal apoyo ya que es un miembro de la familia que asume la máxima responsabilidad y soporta las sobrecargas físicas y emocionales del cuidado del paciente.

El cuidador principal transmite educación porque quiere conservar a sus seres queridos y se siente responsable de aportar conocimientos, habilidades y ciertos ideales por lo que el clima familiar está inmerso en el calor de la afectividad, donde se brinda un menú lectivo con mínima o nula elección de platos, pero con gran condimento afectivo de los que se ofrecen (4).

Los estudios sobre la salud del cuidador principal han encontrada menos efecto sobre la salud física que sobre la salud psicológica, donde sus problemas de salud van a estar relacionados con el comportamiento del enfermo que, con el nivel de dependencia y la intensidad de los cuidados, este puede desarrollar desde una depresión a cambios conductuales, reacción de

duelo, alteraciones afectivas, estrés, dependencia, irritabilidad, ansiedad, soledad y sobrecarga de trabajo (4).

El cuidador formal es aquella persona con una formación adecuada para satisfacer las necesidades diarias de otra persona, sus responsabilidades pueden variar desde vestir, bañar, ayudar con la movilidad, preparar comida, administrar medicamentos y comunicarse con el personal médico. A estos tipos de cuidadores se les paga por sus servicios, ya que reciben una capacitación y educación para brindar cuidados (5).

Los cuidadores formales son un grupo de profesionales cuyo trabajo es de alto riesgo ya que tienen duras condiciones de trabajo, salarios bajos, numerosas guardias y turnos muy largos (6). Por ello, los cuidadores formales necesitan atención ya que su trabajo puede generar problemas tanto físicos como emocionales (7), encontramos además consecuencias sobre la salud física de los cuidadores como dolor crónico, cansancio o un posible trastorno cardiovascular.

Los cuidadores informales son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida a la atención del enfermo en las actividades de la vida diaria como aseó, alimentación, movilidad, administración de tratamiento o acudir a los servicios de salud, entre otras (8).

El cuidador principal informal, es aquella persona encargada de ayudar en las necesidades básicas instrumentales de la vida diaria del paciente, durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello, contribuyendo a que la persona dependiente se mantenga en su entorno social. Este tipo de personas están expuestas, a padecer una gran sobrecarga, que puede llevarlos a padecer el síndrome de burnout que puede repercutir en su salud.

En América Latina y el Caribe la cantidad de personas de 60 años o más que viven aumentará a cien millones en los 2025 y dos mil millones en el 2050, en el 22% de los habitantes del planeta. El envejecimiento es proceso gradual y continuo de cambio natural que se inicia en edad adulta temprana que se origina dentro de un proceso dinámico, progresivo e irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos (9).

Los problemas de salud asociados con el envejecimiento representan una parte importante de la carga mundial de enfermedades, si bien las condiciones crónicas contribuyen principalmente a la mortalidad en esta población, gran parte de la carga de los años vividos con discapacidad proviene de la demencia y los problemas de conducta relacionados. Entre los cuidadores informales de adultos mayores con problemas de salud como la demencia, las consecuencias adversas de las demandas de atención constante son numerosas. A su vez, es más probable que estas experiencias de los cuidadores se asocien con la salud emocional y física de los adultos mayores a su cuidado y son factores predictivos importantes de su institucionalización y una mayor utilización del servicio.

El cuidado de un anciano enfermo necesita de la dedicación de algún familiar cercano y casi siempre recae en una sola persona el cuidador. El cuidador puede tener dificultades en su salud, debido a la sobrecarga emocional, física y hasta económica que requiere ese anciano enfermo (10).

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, responsabilidad hace referencia al compromiso u obligación de tipo moral que surge de la posible equivocación cometida por un individuo en un asunto específico. La responsabilidad es también, la obligación de reparar un error y compensar los males ocasionados cuando la situación lo amerita, es un valor que está en la conciencia de la persona que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos (11).

Es amplio el debate sobre cual tipo de cuidador es más efectivo, varios autores aseguran que los síntomas de “burn out” son más comunes y significativos en aquellos que no reciben remuneración, conllevando un desempeño relativamente peor que aquellos que cumplen funciones formales. Por otra parte, un grupo de autores coincide en que el cuidado directo de un familiar sobre una persona con capacidades limitadas es más efectivo al tener un mayor conocimiento de las necesidades del cuidado.

En cuanto a otras características no necesariamente diferenciales de los cuidadores de adultos mayores, un estudio realizado en Barcelona que tuvo como muestra a 312 personas (156 personas cuidadoras y 156 personas de grupo de control) concluyó que la edad media entre los cuidadores es de 57,6 años y que cerca del 88% son mujeres (7).

La función principal del cuidador permite que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone. Son muchas las variables que se pudieran relacionar con el malestar del cuidador, pero está bien asentada la relación entre niveles altos de depresión y ser cuidador de un enfermo de Alzheimer. La falta de apoyo social y la falta de satisfacción con los lazos sociales se relacionan con un peor estado psicológico del cuidador.

El cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas experimentan. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son demasiados los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. El por qué se cuida y a quién se cuida, así como la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se imponen los cuidadores son sin duda factores que intervienen en la calidad de vida tanto del enfermo como del cuidador (12).

La vida de quienes atienden a una persona dependiente puede verse afectada de muchas maneras exponiéndose a cambios que se muestran en la figura 2.



*Figura 2.* Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador

*Fuente:* elaboración propia

En las relaciones familiares suelen aparecer conflictos por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el compromiso, decisiones y actitudes de unos u otros hacia la persona que se le proporciona los cuidados (13).

Es frecuente que la persona dependiente viva con el cuidador principal y su familia, donde se puede generar conflictos por la nueva situación, no siempre deseada. El cuidado de una persona dependiente implica muchas tareas, tiempo y dedicación que en ocasiones la pareja o los hijos echan de menos para ellos. Para muchos cuidadores es conflictivo mantener un trabajo a la vez que se realiza las tareas de cuidado.

También son habituales las dificultades económicas, ya sea porque disminuye los ingresos o aumenta los gastos derivados de los cuidados.

Los cambios en el tiempo ya que una parte sustancial de este se dedicaba al ocio. Amigos hay que dedicarla ahora la tarea de cuidar. Es habitual que el familiar cuidador perciba que no tiene tiempo para sus actividades recreacionales, incluso que no se dedique a si mismo por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si lo hace está abandonando su responsabilidad (14).

Otro aspecto habitual en los cuidadores es el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan a su familiar. La edad de los cuidadores principales según la lectura es de 52 años y que un 20% son mayores de 65 años, por tanto, es probable que en ellos estén comenzando algunos de los cambios que conllevan al envejecimiento.

La situación de cuidar a otra persona hace que los cuidadores experimenten sentimientos positivos El simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien puede hacerle experimentar esos sentimientos. La persona a la que se cuida puede mostrarle su agradecimiento y eso le hace sentir bien. Al igual que cuidar día a día a una persona enferma tiene consecuencias psicológicas negativas como la tristeza, desesperación, indefensión, ansiedad, preocupación y sentimientos de culpa (15).

### **2.1.3 Actividades del cuidador**

El numero o la complejidad de los procesos que conllevan al cuidado de un adulto mayor son relativos y dependientes del estado de salud de cada individuo a ser cuidado, condiciones incapacitantes como diversas enfermedades degenerativas (principalmente las neurodegenerativas) comunes en pacientes de este grupo etario como la artritis, los diversos tipos de demencia ya sea vascular o de tipo Alzheimer además de otras diversas patologías crónicas como la diabetes e hipertensión complican las funciones de cuidado, además de

necesitar una vigilancia estricta sobre el apego terapéutico que muchas veces no es cumplido, ya sea por indiferencia del adulto mayor o por falta de cooperación. A diferencia de aquellos adultos mayores que no tengan condiciones incapacitantes o morbilidades en cuyo caso el cuidado se limitara a funciones básicas y de prevención.

Entre las actividades más comunes que debe realizar un cuidador de un adulto mayor destacan las siguientes en la figura 3.

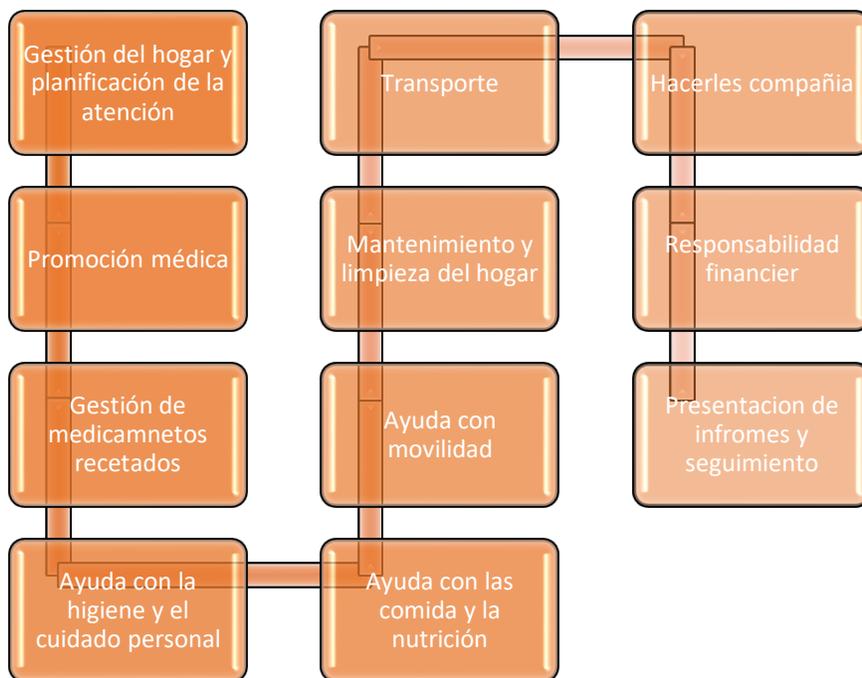


Figura 3. Actividades comunes en un cuidador de adultos mayores

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera adulto mayor a cualquier persona mayor de 60 años. Algunos de ellos se consideran adultos mayores disfuncionales debido a la causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Además, las personas de la tercera edad son más vulnerables a diversas enfermedades y por lo tanto requieren una constante observación y atención médica (16).

El adulto en su vida cotidiana debe presentar en su desarrollo cotidiano los cuidados personales por ello debemos de someter al mismo a un chequeo médico en compañía de su cuidador para el bienestar del adulto mayor. Al senescente se le motiva que haga una rutina sencilla de ejercicios diariamente si se encuentra en condiciones médicas para hacerlo.

Para prevenir los accidentes como caídas en la tercera edad hay que mantener una buena iluminación en escaleras, baño, cocina y dormitorio; reparar los mobiliarios y utensilios pocos estables; agregar barandas en las escaleras, baños y pasillos; utilizar alfombras antideslizantes y no dejar objetos en el suelo. Al igual el adulto mayor presenta dificultades para dormir y suelen tener sueños cortos y despertares bruscos, para ello hay que establecer rutinas como levantarlo y acostarlo a una misma hora, evitar que tome té o café antes de irse a dormir, no someterlos a que vean programas que le pueden llegar a poner nervioso y no mantener conversaciones emotivas antes de llevarlos a la cama (17).

El cuidado personal relacionada con el maquillaje para las mujeres, cepillado del cabello, la higiene bucal, el cuidado de las uñas y la acción de afeitarse requiere ayuda del cuidador ya que las personas de la tercera edad carecen de habilidades motoras o de memoria para hacerlas por ellos mismos.

La alimentación en las personas de la tercera edad debe ser sugerida por el médico e ir cumpliendo los pasos; por lo tanto, la labor del cuidador consistirá en una serie de acciones para favorecer la dieta del senescente como arreglar la mesa en forma atractiva, usar manteles, platos y vasos de plástico de colores vivos para evitar que se rompan y el adulto mayor no se lastime, verificar la temperatura adecuada de los alimentos para que no estén demasiado calientes o muy fríos. La nutrición de este es importante ya que forma parte de un estilo de vida que contribuye a disminuir la pérdida de tejidos y funciones del cuerpo; una mala alimentación puede ocasionar enfermedades crónicas degenerativas las cuales son frecuentes al incrementarse la edad (18)(19).

Al ser la acción de cuidar una cualidad humana influenciada directamente por aspectos sociales y educacionales, concluye siendo el objeto de los valores personales a pesar de ser esto un aspecto intrínseco. Además, se puede asegurar que la motivación para la realización de las actividades de cuidador es diversas y van mucho más allá del reconocimiento

económico y profesional, tocando temas de normas sociales, vocacionales y creencias personales de lo que es correcto por parte del cuidador.

## **2.2 Afrontamiento**

La esperanza de vida en el ser humano ha incrementado significativamente en las últimas décadas, esto consecuencia directa de los avances científicos en el ámbito de la salud que a su vez son fruto del deseo innato de supervivencia presente en cualquier ser vivo, pero más específicamente de una condición que parece ser propia del ser humano, la búsqueda incesante de una mejor calidad de vida. En el ámbito de la psicología, toda estrategia o recurso destinado a sobrellevar de mejor manera o resolver desacuerdos e incomodidades por parte de un individuo son denominadas estrategias de afrontamiento.

Citando a Fernández Abascal el afrontamiento es considerado como todo proceso de la psiquis humana que se produce como respuesta de situaciones estresantes, mismas que se constituyen bajo la forma de características personales. De manera tal que tiene como objetivo conseguir una resolución al evento o agente perturbador, si logra su cometido evitará sensaciones de malestar en la persona, de lo contrario la perturbación puede alcanzar niveles lo suficientemente nocivos para afectar la salud alterando diversas tasas de morbilidad y mortalidad (4).

Lazarus y Folkman 1984 establecen que entre entres y afrontamiento existe una conducta apropiada relativa al estrés, se comenta por los mismos autores la conducta relacionada con el estrés que incluye dos géneros de respuesta, una de la conducta respondiente que se compone primero de percepción no solo de peligro, pedida o daño sino también de la demanda y segundo de la reacción y la alteración emocional (20).

Costa, Somerfield y McCrae (1996) resaltan que debe distinguirse entre adaptación, término muy amplio que cubre la totalidad de la conducta y afrontamiento, una especial categoría de adaptación felicitada en el individuo por circunstancias inusualmente abrumadoras (21).

El afrontamiento es siempre en alguna medida extraer recursos de la falta de recursos, tiene que ver con el momento de la apreciación en el período que se da el juicio primario, el que aprecia el evento-fuente del estrés como dañino, amenazante, desafiante y otro período de juicio secundario en el que se vuelve a apreciar la situación se valora y sopesan (22).

### **2.2.1 Definición de afrontamiento**

En el afrontamiento no siempre se atienden las demandas objetivas y no siempre se resuelven las amenazas, se evita la pérdida o se disipa el daño; simplemente se negocia con la realidad, se reduce o mitiga hasta donde se puede. También hay afrontamiento en situaciones como la del aterrizaje como puedas. El afrontamiento, en suma, entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación, pero un control que oscila mucho desde el dominio, el hacerse dueño de la situación un somero control de sólo las emociones suscitadas por el evento estresante.

La acción completa de afrontamiento incluye un componente instrumental y operante de alguna transformación en el medio, más no siempre del medio exterior, a veces se trata de transformación del medio interior.

Con lo dicho anteriormente Lazarus y Folkman 1984 distinguen dos tipos de funciones de afrontamiento uno centrado en el problema, que tiene como objeto manejar o alterar el problema que está causando el malestar y otro centrado en la emoción, que implica métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Frydenberg (2008) define afrontamiento como pensamientos, sentimientos y acciones que un individuo usa para tratar situaciones problemáticas de su vida diaria (23). Zimmer-Gembeck y Skinner (2016) refieren que el afrontamiento es un conjunto de procesos de adaptación básico que se reorganizan con la edad, proceso adaptativo funcional que tiene un valor de evolución que permite a las personas detectar, manejar y aprender potencialmente de los desafíos a los que nos enfrentamos (24).

Richaud (2006) define el afrontamiento disfuncional como aquellas estrategias que no disminuyen el nivel de amenaza percibido por el individuo, tales como evitación cognitiva, parálisis y descontrol emocional. Las estrategias funcionales, por su parte, se consideran adecuadas para resolver el problema y disminuir el nivel de amenaza percibido por el individuo, tales como el análisis lógico, la reestructuración cognitiva y la búsqueda de apoyo (25).

Es importante poner en manifiesto que no hay estrategias definitivamente funcionales o disfuncionales, ya que algunas pueden ser efectivas en un contexto determinado y no ser apropiadas en otro.

### **2.3 Estrategias de afrontamiento**

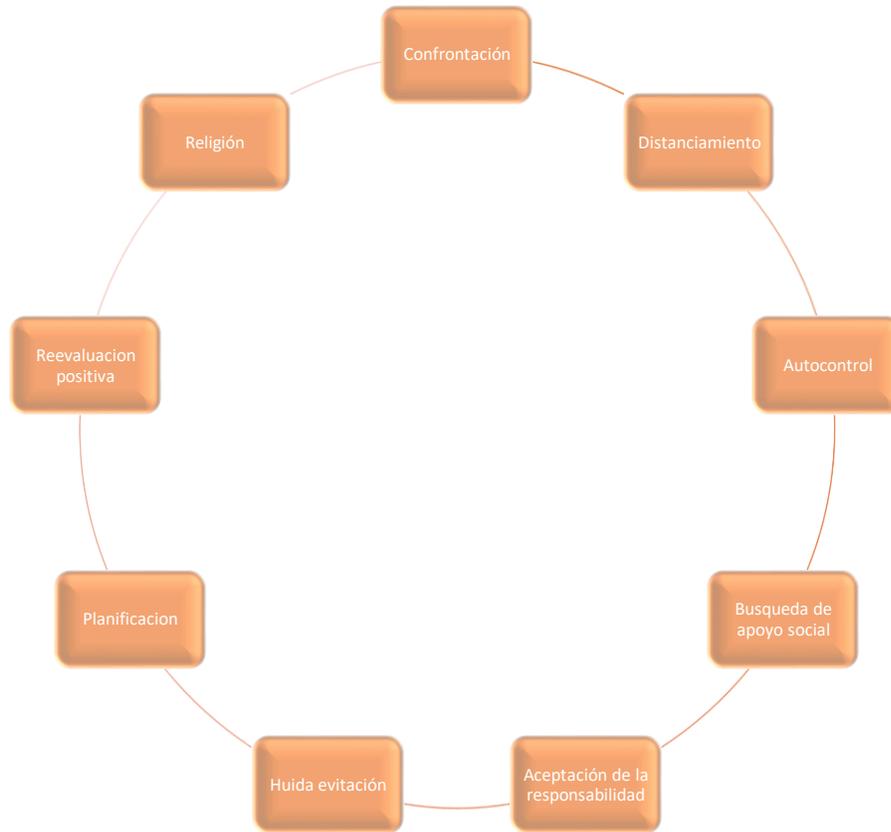
Las estrategias de afrontamiento pueden además definirse como intentos cognitivos y/o conductuales que cambien en función a las características del evento estresante y de los efectos que tienen en el ambiente (5), es decir, son puntuales a eventos concretos, a situaciones específicas y son altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

En ocasiones, las estrategias de afrontamiento obedecen a mecanismos de defensa primarios, que no necesariamente racionalizan concretamente las necesidades para solucionar un evento, sino que se concentran en evitar la sensación de malestar y el daño sin encargarse de la resolución del agente causal.

Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek (1987) expusieron que las personas mayores tienen mayor capacidad para tomar distancia con respecto a las escenarios estresantes y reevaluarlas positivamente, además se ha evidenciado que los adultos mayores pasan de un estilo centrado en el problema a uno que en mayor medida está centrado en la emoción(26), tal y como señalaba Labouvie-Vief (1999) las personas mayores saben identificar mejor sus emociones que los jóvenes y elaboran mejores y más apropiadas estrategias para actuar eficazmente en las situaciones conflictivas (27).

En relación con la edad, Trouillet, Gana, Lourel y Fort (2009) observaron cómo ésta predice cambios en los recursos de afrontamiento, incluyendo la disminución del apoyo social y el aumento de los niveles de estrés percibido; estas modificaciones implican un mayor uso del afrontamiento centrado en la emoción, de este modo, los intentos de controlar la tensión interna se afrontarían evitando situaciones de estrés o reevaluando positivamente situaciones aversivas

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas según Lazarus y Folkman se exponen en la figura 4 (6):



*Figura 4. Estrategias de afrontamiento*

*Fuente:* elaboración propia

La estrategia de afrontamiento individual privilegia la dimensión social del ser humano al contemplar que el afrontamiento florece de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte de las personas (28). Como lo plantea Blanco (1995) los postulados de la interacción simbólica en el individuo a medida en que pertenece a un contexto sociocultural, es partícipe activo de una realidad simbólica unida por el lenguaje (29).

Por otro lado, el afrontamiento dirigido al problema se da principalmente cuando las condiciones que se le presentan a la persona resultan valoradas como susceptibles de cambio.

Estas estrategias están dirigidas a la definición del problema se buscan soluciones para este y se consideran disímiles elecciones en función de costo y beneficio.

Cervantes (2005) encuentra en los jóvenes la tendencia de un afrontamiento dirigido al problema, sin embargo, este tiende a ser paliativo cuando se combinan estrategias, tales como la evitación, ignorar el problema, entre otras (30).

Aguir y Muñoz (2002) encontraron que profesionales de la salud tendían a utilizar estrategias emocionales, como la desconexión conductual, la búsqueda de apoyo social y de apoyo emocional en la familia, el consumo de fármacos y tabacos, desahogarse en momentos de estrés puntual y la desconexión mental, como mecanismos para hacer cara a las situaciones desbordantes que se les presentaban (31).

Es de señalar la importancia que tiene el afrontamiento para el bienestar de las personas mayores tal y como señalan Tomás, Sancho, Melendez, y Mayordomo (2012) (32). La relación entre las estrategias de afrontamiento y la edad parecen ser contradictorios a los encontrados en la literatura (33), ya que la edad no muestra relación con las estrategias de afrontamiento, sino que permanece estable a lo largo del tiempo. Por el uso de ambos tipos de afrontamiento disminuyen con la edad, excepto para el uso de la búsqueda de apoyo social, que se mantiene estable en el tiempo (34), a excepción de la estrategia religión muestra una significativa y positiva con la edad. Cabe señalar que el uso de este tipo de estrategias en personas mayores ha sido demostrado como una característica diferencial en comparación con jóvenes y adultos (35). Además, esta es una etapa con importantes pérdidas sobre las que el sujeto mayor no dispone de control, de modo que la aplicación de este tipo de estrategias puede facilitar la adaptación. Además, autores como Bosworth, Park, McQuoid, Hays y Steffens (2003) indican que los mecanismos religiosos pueden ser positivos para la reevaluación que se da ante una situación estresante.

Como estos autores lo indican en cada uno de estos tipos de afrontamiento pueden utilizarse estrategias de carácter funcional y/o disfuncional. Las estrategias centradas en el problema parecen ser utilizadas en condiciones de estrés controlable, a su vez las estrategias centradas en las emociones tienden a ser utilizadas cuando se percibe un nivel de estrés incontrolable, como el que se experimenta ante el peligro de muerte y las estrategias basadas en la evitación tiende a manejarse en casos donde la persona asume retrasar el afrontamiento activo por la necesidad

de establecer y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente el medio.

### 2.3.1 Clasificación de las estrategias de afrontamiento

	ACTIVAS	PASIVAS	EVITATIVAS	
COGNITIVAS	1.Revaloración positiva	2.- Pesimismo o Reacción Depresiva	3.- Negación	A la Situación
	4.- Planear	5.- Conformismo	6.- Desconexión Mental	A la Acción
	7.-Desarrollo Personal	8.-Inhibición o Control Emocional	9.- Distanciamiento	A la Emoción
CONDUCTUALES	10.-Supresión de Actividades Distractoras	11.-Apoyo Informacional /Refrenación o Afrontamiento	12.-Evitación Comportamental	A la Situación

*Cuadro 1.* Clasificación de las estrategias de afrontamiento

*Fuente:* elaboración propia

Un estudio sobre la relación de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por cuidadores de adultos mayores con discapacidad física realizado por Alcaraz en el 2015 en donde se recabo información de 100 personas divididos en dos grupos de cuidadores uno con adultos mayores con discapacidad física y otro con adultos mayores con discapacidad mental se obtuvo como resultado que en el grupo de cuidadores de adultos mayores con discapacidad física las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las religión con un 52% de

aceptación y búsqueda de apoyo profesional con un 50%. Mientras las estrategias de afrontamiento más frecuentes en cuidadores de personas con discapacidad mental fueron la religión con un 62% seguida por la reevaluación positiva con un 42% de los casos.

Además, en este estudio se determinó que las estrategias menos utilizadas fueron la expresión de la dificultad de afrontamiento con un 2%, reacción agresiva con un 8% y solución de problemas con un 14% (8).

## **2.4 Discapacidad**

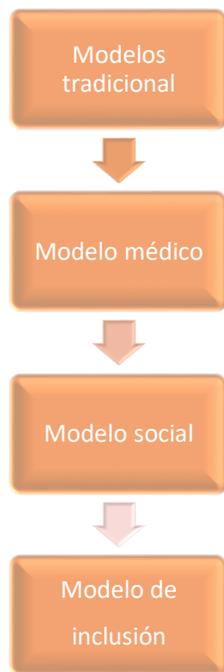
A lo largo de la historia las condiciones incapacitantes y las personas con discapacidad han sido denominadas y señaladas con recelo y discriminación. La contextualización misma de estos ha estado sujeta a varios cambios y determinantes con el paso del tiempo, siendo apenas en 1975 que la asamblea general de las Naciones Unidas tomó relevancia al sociabilizarse la declaración de derechos de los “impedidos” como se los denominaba en aquellos tiempos (12).

Además de los variantes cambios de concepto, el termino de discapacidad se ha encontrado sujeto a cambios correspondientes a las diversas instituciones encargadas de designarlos, en Ecuador el crecimiento institucional y los reglamentos judiciales han encargado al Ministerio de Salud Pública como ente rector en salud y responsable de la categorización de discapacidad, definiendo así mediante el artículo 1 de la Ley Orgánica de Discapacidades como persona con discapacidad a todo aquel que, a causa de una o más deficiencias física, mentales, intelectuales o sensoriales, independientemente de su causa, vea restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria (13).

Lograr el desarrollo pleno y productivo de las personas con discapacidad es un asunto prioritario. De las estrategias, programas y opciones de atención a esta población depende en buena medida, la posibilidad de fundar una sociedad con una cultura de inclusión, respeto a la dignidad y diversidad de las personas.

Es por ello que la atención a las personas con discapacidad cobra una significativa importancia, en la medida que la sociedad en su conjunto ha tomado conciencia que la discapacidad, al ser un riesgo potencial en cada ser humano de padecerlo, afecta a un número

importante y creciente de personas por lo que existen modelos de atención en la discapacidad expuestos en la figura 5.



*Figura 5. Modelos de atención en la discapacidad*

*Fuente:* elaboración propia

El modelo tradicional se basa en conocimientos, opiniones y prácticas determinadas por la cultura y la religión. Dependiendo de la cosmología, la organización social y otros factores; las culturas muestran una amplia gama de perspectiva donde la gente con discapacidad es ubicada a la largo de una línea, de lo humano a lo no humano. Bajo este modelo se reflexionaba que la discapacidad era efecto del enojo de los dioses, así mismo se conceptuaba que la vida de las personas con discapacidad no merecía la pena ser subsistida, lo que conllevaba a la aplicación de medidas eugenésicas o se situaba en zonas destinadas para anormales y clases pobres. Esta conceptualización da a notar que en el modelo tradicional o de prescindencia, las personas con discapacidad carecían de derecho alguno al ser tratados como objetos de caridad y sujetos de asistencia (36).

Albarrán (2015) menciona que “el modelo tradicional o de prescindencia se caracteriza por considerar a la discapacidad como parte de símbolo de maldad y desavenencia hacia el portador/a y sus familiares. Dentro del mundo mágico-religioso, lo cotidiano era ser semejante a ese dios o dioses invisibles, pero que promovían perfección. Es así como todo individuo que no coincidía con lo “esperado” tenía que ser execrado y eliminado de la sociedad”. Se consideró que los aspectos teóricos de la concepción parten de modelos de prescindencia que denotan aspectos no tan significativos que mantiene una actitud excluyente y perfeccionista al considerar a la personas con discapacidad como “símbolos de maldad “y de desacuerdo hacia esta y sus familiares. Por otro lado esta conceptualización nos aporta una perspectiva de cómo ha ido evolucionado la concepción de la discapacidad (37).

Según el modelo médico, rehabilitador o individual tener una discapacidad es análogo de poseer un cuerpo defectuoso, impedimento o deficiencia que condiciona y restringe la experiencia vital de la persona con discapacidad (38). La discapacidad es atribuida al individuo y es vista como una variación negativa de la norma biológica. El modelo médico se basa en la idea de que los problemas y dificultades que sufren las personas con discapacidad están directamente relacionados con su impedimento físico, sensorial o intelectual (39-41).

La discapacidad disuade las capacidades funcionales del individuo con discapacidad. De este modo, los enfermos son involuntariamente relegados de cualquier expectativa y responsabilidad social, lo que conlleva su institucionalización. Este modelo se basa en el diagnóstico clínico y la categorización concediéndole el papel primordial a los médicos y profesionales como enfermeras, educadores especiales, expertos en rehabilitación, etc., que puedan curar este defecto o enfermedad, o que hagan de las personas con discapacidad lo más normales posibles. El cuadro 1 ofrece una comparación de los dos modelos individuales, el tradicional y el médico.

*Cuadro 2. Comparación de los modelos individuales. La discapacidad entendida como impedimento.*

<b>Comparación de los modelos individualistas</b>	<b>La discapacidad como condición tradicional.</b>	<b>La discapacidad como condición médica</b>
<b>Significado</b>	La discapacidad es vista como un defecto causado por un fallo moral o un pecado. Incluye el mito de que, cuando un sentido se ve perjudicado por la discapacidad, otro se intensifica.	La discapacidad es un problema médico que reside en el individuo: un defecto o falla del sistema corporal que es intrínsecamente anormal y patológico. El impedimento y la discapacidad se combinan.
<b>Implicación moral</b>	Es una vergüenza para la persona con discapacidad y su familia. La familia debe soportar la naturaleza inmoral que conlleva la presencia de un miembro de la familia con discapacidad.	Rechaza la visión de la discapacidad como una lesión en el alma, pero puede culpar a la persona o la familia por los hábitos de atención médica y promulga la visión de la discapacidad como una tragedia personal.
<b>Ejemplos</b>	Dios nos da lo que podemos soportar’.	Los pacientes se describen clínicamente (por ejemplo, el paciente sufre de Trisomía, Síndrome de Down o tiene una lesión en el nivel C4). La persona con discapacidad es vista

		como atípica, anormal y patológica.
<b>Origen</b>	Es el modelo más antiguo de todos y sigue siendo el más frecuente en todo el mundo.	A mediados de 1800 en adelante. Supone el origen de la mayoría de las instituciones y revistas de rehabilitación de los países ricos.
<b>Objetivos de intervención</b>	Espiritual divina o aceptación. Aumento de la fe y la tolerancia. Encontrar significado y propósito en la aflicción.	Se espera que los pacientes o clientes utilicen los servicios ofrecidos por los profesionales entrenados con la promesa de curación, rehabilitación o adaptación
<b>Beneficios del modelo</b>	La aceptación de ser 'elegido' para tener una discapacidad, sentir una relación con Dios, tener un mayor sentido de propósito. Algunos impedimentos se entienden como evidencia de encarnación espiritual.	Promueve la fe en la intervención médica y ofrece una etiqueta como explicación. Los avances médicos y tecnológicos como servicios clave del estado de bienestar han mejorado las vidas de las personas con discapacidad.
<b>Efectos negativos</b>	Ser excluido de la familia y la comunidad, sentimiento de vergüenza, tener que ocultar los síntomas de discapacidad. La discapacidad expone las vidas pecaminosas	Paternalismo, patologización y promoción de la benevolencia. Promueve el empleo de personas externas y servicios para las personas con

---

(pasadas y presentes) de la familia.	discapacidad, quienes no son incluidas en los procesos.
--------------------------------------	---

---

*Fuente:* Oliver (1996), Goodley (2000), Olkin (2001, 2002), Barnes y Mercer (2003) (42-46).

El modelo social de la discapacidad desafía el retrato negativo de las personas con discapacidad, lo cual a veces es característicos del modelo individual/ médico. Los movimientos y organizaciones han apuntado a visibilizar las capacidades de las personas con discapacidades ya que estas no solo son capaces de desempeñar un papel activo e las actividades cotidianas u sociales sino también en la planificación de los servicios y programas que los afectan (47).

Este modelo alternativo resalta, la estrecha conexión que existe entre las limitaciones experimentadas por los individuos con discapacidades y el entorno que los rodea. Así el problema no es la persona con la discapacidad sino más bien la sociedad en la que vive que no provee las condiciones necesarias como edificios accesibles, libros de braille, intérpretes de lenguaje de signos entre otros: donde se minusvalía a la persona al no permitirle su inclusión.

El modelo de la inclusión social está basado en el reconocimiento por el estado y la sociedad de los derechos humanos, civiles y políticos de las personas con discapacidad desde la concepción hasta la defunción.

La sociedad debe ser un sistema integral de atención permanente a las personas con discapacidad con toda normalidad, integralidad, permanencia y previsibilidad, así como establece el sistema de prevención y protección para personas ancianas y jubiladas

## **2.5 Tipos de discapacidad**

Al igual que en el apartado anterior, al hablar de tipos de discapacidad históricamente ha existido controversia, por lo tanto, en el 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la Familia de Clasificaciones Internacionales dispuso el manual de clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud (CIF) cuyo objetivo principal no fue

más que consolidar definiciones y proporcionar una guía de referencia en cuanto a tipos de discapacidad (14).

Es así como se distinguen los cuatro tipos de discapacidad en el cuadro 2:

*Cuadro 3. Tipos de discapacidad*

<i>Tipo de discapacidad</i>	<i>Concepto</i>
<i>Discapacidad Física</i>	Se denomina discapacidad física a aquella que compromete parcial o totalmente una parte del cuerpo, impidiendo las funciones normales de una persona por medios convencionales.
<i>Discapacidad Sensorial</i>	Las capacidades sensoriales son todas aquellas que permiten al ser humano percibir el ambiente que lo rodea, siendo así las pérdidas de capacidades visuales, auditivas o de lenguaje (afasias de cualquier tipo) serán consideradas como discapacidades sensoriales.
<i>Discapacidad Intelectual</i>	Es reconocida como capacidad intelectual a toda serie de limitaciones en el aprendizaje de funciones diarias por parte de una persona, estas son irreversibles y dificultan la comunicación y comprensión de las personas que la sufren.
<i>Discapacidad Psíquica</i>	Este apartado corresponde directamente a personas con alteraciones del comportamiento, a consecuencia de diversas patologías psicológicas como la depresión mayor, la bipolaridad, trastornos de pánico o esquizofrenia por nombrar algunas.

*Fuente:* elaboración propia

## **2.6 Adultos mayores con discapacidad física**

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: Tercera edad: 60 – 74 años, Cuarta edad: 75 – 89 años, longevos: 90 – 99 años y centenarios: >100 años (48). La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), estimó en el año 2000 que la población mayor de 60 años en América Latina era de 41 millones representado en un 8% de la población total y que para el año 2025 a dicha cantidad se le sumarán 57 millones de adultos mayores más, totalizando 14.7% de la población total (49).

El fenómeno de envejecimiento poblacional ha contribuido a que la prevalencia de discapacidad en los adultos mayores vaya en acrecimiento. Según el Informe Mundial de Discapacidad de la OMS (2011) el riesgo de discapacidad es más alto a mayor edad. La prevalencia mundial para esta población se estimó en 38.1%. En este informe se describió la prevalencia de discapacidad según su severidad en países de mediano a bajo ingreso. La prevalencia de discapacidad grave en adultos mayores en estos países a nivel mundial fue 10.2%, muy cercano a la encontrada en los países de igual condición en la región de las Américas (9.2%). La discapacidad moderada fue considerablemente de mayor magnitud, encontrándose en 46.1% de las personas mayores de 60 años a nivel mundial y 44.3% a nivel de las Américas. (50).

En el Informe Mundial de la Discapacidad, se discute que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) encontró que la principal enfermedad asociada a discapacidad en mayores de 65 años fue el reumatismo con un 30% seguido de las cardiopatías con un 23%, hipertensión, diabetes y enfermedad cerebrovascular, entre otros. Asimismo, se discute que en la India se encontró asociación entre discapacidad y las siguientes enfermedades crónicas como la anemia, tuberculosis y en los factores sociales, encontraron asociación con edad, sexo mujer y analfabetismo (50).

La población mundial está envejeciendo a expensas de la calidad de vida, debido a las enfermedades crónico-degenerativas las cuales, en su mayoría, se pueden prevenir y representan el 60% de la morbilidad en los adultos mayores (51).

El adulto mayor sólo por alcanzar su edad y sin importar el país en donde vive, es doblemente vulnerable. En primer lugar, porque el envejecimiento fisiológico conduce a deterioro de las

funciones del cuerpo y en segundo lugar porque son más propensos a la discapacidad en detrimento de sus ya frágiles cuerpos.

Los principales patrocinos del adulto mayor incluyen aspectos como el descuento de la tercera edad y el derecho a no esperar en fila, sin embargo, las áreas de mayor relevancia para la calidad de vida del adulto mayor quedan desatendidas como la salud, ingresos, educación y accesibilidad, donde se considera que la realidad puede cambiar. La Facultad de Ciencias Médicas UNAH, puede contribuir a estos cambios a través de investigaciones que permitan el desarrollo de políticas públicas para la implementación de programas de envejecimiento saludable y prevención de discapacidad que mejoren la calidad de vida y la inclusión social del adulto mayor en general.

### **2.6.1 Características psicológicas del adulto mayor con discapacidad**

Inequívocamente y de manera empírica se puede asegurar que la mayor parte de los pacientes geriátricos son también pacientes psicológicos. Situaciones como incapacidad para realizar funciones laborales, fallecimiento de pareja y amigos de similar edad, abandono familiar y enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Parkinson contribuyen a la aparición de patologías como depresión y ansiedad, siendo estos los más comunes en este grupo etario.

A pesar de esto, caracterizar de manera general a este tipo de paciente resulta muy complicado, puesto que el estado psicológico de los mismos dependerá de muchas variables tanto sociales como de salud que influirá directamente en el adulto mayor. Sin embargo, existen teorías como la del último estadio de Erikson, la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación que intentan explicar los cambios psicológicos que se producen en un adulto mayor con miras a obtener una mejor adaptación, estas teorías sin llegar a un consenso necesariamente (15).

### **2.7 Incidencia de la atención a los adultos mayores en los cuidadores**

En América Latina el proceso de modernización se caracteriza por el desarrollo de cambios profundos frecuentemente difíciles de interpretar, la acción de los especialistas hasta el

momento en que el impacto de estos problemas sobre los patrones de desarrollo es inevitable. Eso es lo que ocurre con el fenómeno del envejecimiento de la población en el subcontinente; en un mundo acostumbrado a planificar en términos de la explosión demográfica, ha resultado difícil reconocer y ajustarse a las nuevas condiciones impuestas por una población en rápido proceso de envejecimiento que impacta los patrones de desarrollo de la región (52).

El incremento de la población de longevos ha originado la necesidad de personal preparado en el campo de la gerontología, lo que implica cambios de actitud hacia el adulto mayor, además del suministro de servicios, los individuos de edad avanzada requieren tener una relación estrecha con quienes los suministran y que en ocasiones pueden actuar también como acompañantes o confidentes (53).

La evolución de las corporaciones prestadoras de salud es una muestra muy concreta de la respuesta social hacia la vejez ya que señala cómo la sociedad invirtió en la salud de la población económicamente activa con servicios diseñados para atender a los trabajadores y sus familias.

En muchos países los principales elementos que impiden la fundación de geriátricos contienen la carencia de información esencial y comparable, los fracasos para vigilar los programas existentes, la carencia de personal con conocimientos y adiestramiento en esta área, la iliquidez de recursos económicos, la duplicidad de funciones, los intereses políticos diversos y la falta de un punto de vista adecuado a las condiciones locales y nacionales. Se ha demostrado que las medidas preventivas, el diagnóstico eficaz, los procedimientos apropiados para la guía de los pacientes crónicos y los cuidados geriátricos proporcionados por la comunidad optimizan la capacidad funcional, la adaptación a la vejez y en general el bienestar y la independencia.

Tomando en cuenta las propuestas del Plan Nacional Gerontológico se incluyen los modelos de atención geriátrica donde se debe reunir las siguientes características (54):

- Estar ubicada en un centro urbano con una población geriátrica importante.
- Destinar servicios únicos y exclusivamente a personas de 60 años o más.

- Tener derecho, cualquier persona que cumpla con la exigencia anterior, a solicitar los servicios, sin importar su clase o posición socioeconómica.
- Tener notificado al paciente sobre sus escenarios de salud, para decidir junto con el equipo multidisciplinario las metas del tratamiento.
- Cobrar los servicios dependiendo de los recursos de cada persona.
- Especificar que sólo en casos de urgencia el profesional de la salud correspondiente acudirá al domicilio del paciente.
- Determinar que, preferentemente la institución dependerá del gobierno, o sea, del sector público.
- Tener en consideración que la mayoría de las personas sólo puede pagar por consulta médica un equivalente a dos dólares, aproximadamente.
- Especificar que los servicios que no se refieran a la consulta médica como estudios de gabinete, análisis, rehabilitación, curaciones, tratamientos dentales, psicológicos, psiquiátricos y otros se cobrarán dependiendo de los recursos de la persona.
- Contar con los servicios de expertos en personas mayores, como médicos, psicólogos, enfermeras, gericulturistas, trabajadoras sociales, nutriólogos, dietistas, odontólogos, podólogos y otros.
- Establecer que sólo se dará consulta o cualquier otro servicio para el mejoramiento de la salud de tipo externo; no dispondrá de instalaciones para aquellos pacientes que requieran hospitalización.
- Señalar que en lo que se refiere a la adquisición de medicamentos, el gobierno deberá instaurar un plan para que los mismos sean accesibles, en especial por aquellas personas que carecen de recursos económicos.
- Llevar a cabo programas destinados a la prevención de enfermedades y al autocuidado de la salud.
- Incluir a los servicios de rehabilitación como parte de las funciones.
- Instaurar como política principal que el trato que se dé a los pacientes deberá ser de calidad total, lo cual quiere decir que, además de que la atención médica o de cualquier otro tipo sea excelente, el cuidado que se les brinde sea expedito, amable, paciente y afectuoso.

- Diseñar las instalaciones para que sean funcionales, armoniosas, motivadoras y adecuadas al propósito buscado en lo correspondiente a áreas verdes, consultorios, salas de rehabilitación, de espera, área de recepción, de información y demás.

## **2.8 Estrés**

Es importante para este trabajo de investigación la definición oportuna del estrés y los trastornos resultantes de este, el estrés no es más que el cansancio mental producido como circunstancia de situaciones o exigencias extremas a las cuales una persona es expuesta, siendo estas situaciones producidas en el mayor porcentaje de casos por exigencias laborales, aunque no exclusivas de estas, ya que pueden ocasionarse a consecuencia de exigencias sociales o familiares por nombrar algunas.

La literatura científica especializada, de fácil acceso público sostiene que estados prolongados de estrés no son capaces solamente de ocasionar trastornos mentales o psicológicos, sino que también pueden evolucionar a un tipo de afectación somática y presentar sintomatología clínica característica de diversos aparatos del cuerpo humano diferentes al sistema nervioso.

Entre los trastornos ocasionados por estrés en los últimos años ha ganado realce el síndrome de “burn out” o agotamiento laboral, que se presenta en pacientes con malestares crónicos en cuanto a exigencias laborales se refiere. Se encuentra caracterizado por decaimiento en el rendimiento laboral, agotamiento emocional, sensación de incapacidad para cumplir con trabajos asignados que antes se cumplían normalmente, cuestionamientos sobre las actividades a realizar, despersonalización y mala atención a usuarios del servicio que se brinda. Comúnmente este síndrome encuentra una incidencia más alta en profesionales que brindan servicios que requieren de las interacciones directas con el usuario, por ejemplo, psicólogos, trabajadores en el sector de hotelería, médicas, maestras de cualquier nivel de educación entre otros (9).

Además, cambios negativos en el mercado laboral y en el estado socioeconómico de poblaciones como la nuestra al verse afectadas por el decaimiento comercial ocurrido durante la pandemia del SARS-Cov2 son factores directamente influyentes.

### 2.8.1 Fuentes de estrés

Son diversas las fuentes de estrés que pueden perturbar a una persona durante sus actividades diarias y pueden variar ampliamente entre los diferentes grupos etarios, ya que, ningún grupo de edad se encuentra exento del riesgo de sufrir trastornos derivados del estrés. Es así como en personas correspondientes al grupo de edad entre 15-20 años al hacerse encuestas lo más probable será que los factores estresantes más comunes sean referentes a la educación, procesos de aprendizaje y tareas derivadas de las mismas; muy diferente a los factores estresantes que aquejarían personas en rangos de edad de 40-55 años y mucho más cambiantes en relación con aquellos que se presentan en adultos mayores.

A continuación, se enumerará solamente aquellos factores o fuentes de estrés considerados a afectar a personas con las características sociales que tendría un cuidador de un adulto mayor, según el criterio de los autores:

1. Carga laboral excesiva. - a diferencia de lo que se pensaría al leer el encabezado de este apartado, al hablar de carga laboral excesiva no nos referimos exclusivamente a la cantidad de trabajo que se realiza, sino al horario laboral al que están sujetos los trabajadores, que en muchos de estos debe ser sobrepasado de lo estipulado para poder cumplir con exigencias de los empleadores.
2. Baja autorrealización personal. – es normal hasta cierto punto para el ser humano la creación de expectativas al iniciar una carrera laboral o una carrera de estudios, en muchos de los casos las expectativas superan a la realidad no dando al trabajador el realce social o la satisfacción profesional que esperan.
3. Remuneración económica no acorde a lo esperado. – no se puede ni se debe pensar en el mercado laboral como una línea plana que mantiene sus valores constantes, muy por el contrario, al hablar del mercado laboral podemos ejemplificar curvas flexibles y altamente cambiantes, sujetas a la oferta y la demanda de servicios que haya en una población específica. Diversas ramas laborales son las que se encuentran infravaloradas debido a la alta oferta, baja demanda o en muchas ocasiones ambas.
4. Riesgos laborales. – si bien todas las profesiones se encuentran sujetas a accidentes laborales, partiendo desde el concepto de que todo accidente que ocurra desde el trayecto del domicilio del trabajador hasta su puesto de trabajo es considerado accidente laboral, el riesgo es mayor en algunas de ellas. Todo profesional que brinda servicios de salud

desde el médico hasta el psicólogo se encuentran ampliamente expuestos a accidentes laborales al tratar directamente con personas en adversos estados de salud.

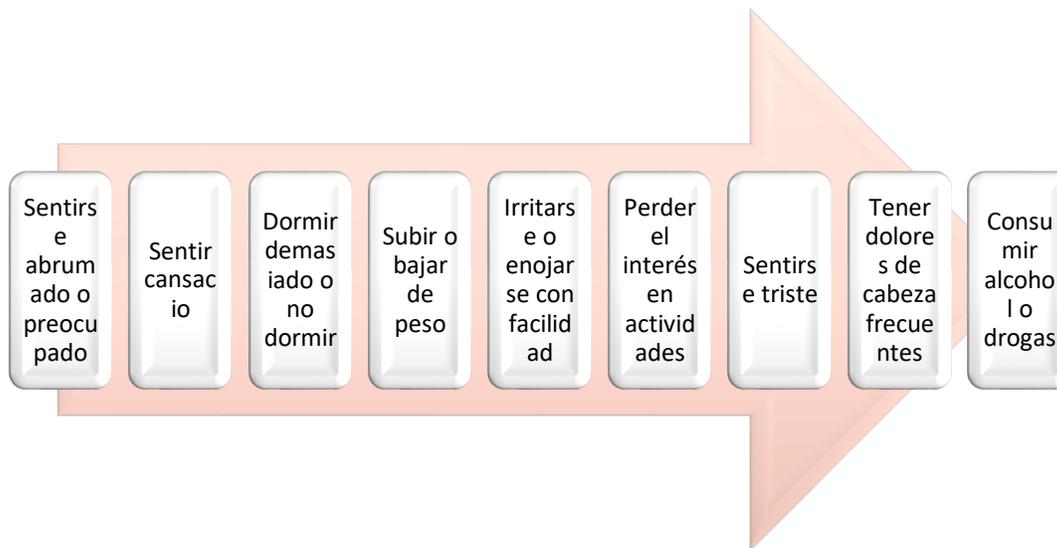
5. Ambiente laboral inadecuado. – al hablar de un ambiente laboral no solo nos referimos a cuestiones materiales o implementos necesarios para cumplir con una tarea, sino que también tratamos recursos humanos y caracteres organizacionales. Mala distribución de trabajo o mala organización en cuanto a horarios y tareas a realizar en puestos de trabajo que requieren actuación de equipos multidisciplinarios deben ser considerados como factores estresantes que además disminuyen productividad en el trabajador.

### **2.8.2 Estrés en el cuidador del adulto mayor**

Los cuidados de un adulto mayor dependiendo de sus capacidades funcionales o su capacidad de cumplir con actividades cotidianas como el aseo, la vestimenta y la comida; es un trabajo de tiempo completo ya que al referirnos a personas cuyas necesidades biológicas son dependientes de ayuda para ser satisfechas no se puede esperar a que estas necesidades sean agendadas a horarios específicos, sobre todo cuando hablamos de una población como la nuestra en donde no es extraño encontrar adultos mayores con varios problemas orgánicos de salud como incontinencia urinaria o incontinencia general de esfínteres y más aún si estas personas son pacientes aquejados con condiciones crónicas como la diabetes en la cual las monitorizaciones deben ser constantes en necesidad de evitar complicaciones (10).

Ante lo expuesto en el párrafo anterior, es normal la relevancia científica que ha tenido en los últimos años los trastornos de estrés y ansiedad que presentan los cuidadores de adultos mayores, ya que en años anteriores han sido subdiagnosticados. Es así como en el año 2018 un estudio realizado en Tailandia determinó que de los 103 cuidadores de adultos mayores estudiados el 21.4% presentaba síntomas moderados de estrés y el 3.9% síntomas graves (11).

Como cuidador de los longevos, se podría estar tan concentrado en la salud de su ser querido que uno mismo pudiese afectarse su propia salud y poner su bienestar en riesgo en la figura 6 se pone en manifiesto algunos de los signos de estrés en el cuidador.



*Figura 6. Signos de estrés en el cuidador*

*Fuente:* elaboración propia

Sufrir mucho estrés por mucho tiempo puede perjudicar la salud del individuo. Los cuidadores tienen más probabilidades de presentar síntomas de depresión o de ansiedad. Además, es posible que no duerman ni ejerciten lo suficiente, ni lleven una alimentación equilibrada; todo esto aumenta el riesgo de tener problemas de salud como enfermedades cardíacas y diabetes.

La sobrecarga de trabajo en el cuidador origina cambios en las relaciones familiares, en el trabajo, económico, tiempo libre, estado de salud y estado de ánimo. Cuando esta condición es habitual, puede convertirse en una disputa diaria frente a la enfermedad del adulto mayor, debido a las tareas monótonas y repetitivas que pueden agotar las reservas psicofísicas de la persona, llevándola a desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia el longevo.

Según la OMS, la salud es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto pone de manifiesto la necesidad de identificar y tratar el desgaste acumulado del cuidador, para mejorar el cuidado brindado al adulto mayor.

La salud mental en el cuidador está relacionada con las actividades directas e indirectas afines al bienestar. La persona está consciente de sus propias capacidades, enfrentando tensiones normales en su día a día (55). Es la capacidad del individuo de situarse en relación consigo mismo con los otros y con la vida. Investigadores brasileños reportaron que los cuidadores con peor salud mental pertenecen al sexo femenino son mayores de edad, vulnerables al estrés y con mayor sobrecarga de trabajo. Por esta razón, urge la necesidad de que el personal de enfermería realice intervenciones para ayudar a la familia a proporcionar un ambiente de bienestar familiar al cuidador.

### 2.8.3 Métodos de tamizaje de estrés

Según la OMS define tamizaje como “el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas” (57). Por su parte el servicio de fuerzas preventivas de Estados Unidos (the U.S. Preventive Services Task Force), puntualiza que tamizaje son, “aquellas acciones preventivas en las cuales una prueba o examen sistematizado es usado, para identificar a los pacientes que requieren una intervención especial” (58).

El diseñar una nueva prueba de tamizaje para detectar una patología no es algo fortuito, sino, que responde a una serie de estudios epidemiológicos propios de cada nación, que si responden favorablemente, se pueden volver pruebas de ámbito mundial (tamizaje). En términos generales, se siguen utilizando con leves modificaciones los requisitos propuestos por Wilson y Jurger en 1968, y que se enlistan en el cuadro 3 (59).

*Cuadro 4.* Requisitos exigibles a los programas de cribado

<p>1. Conocimiento de la enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe ser un problema importante</li> <li>• Las etapas latentes o la sintomatología inicial deben ser detectables</li> <li>• La historia natural de la condición, incluyendo el desarrollo desde la fase de</li> </ul>
---	--

	latencia a la de las manifestaciones debe comprenderse suficientemente
2. Conocimiento de la prueba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prueba o examen debe ser válida y reproducible</li> <li>• La prueba es aceptable para la población</li> <li>• El proceso de búsqueda de casos debe ser continuo y no único</li> </ul>
3. Tratamiento de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptable para los pacientes diagnosticados</li> <li>• Disponibilidad de recursos para el diagnóstico y tratamiento</li> <li>• Acuerdo sobre el tratamiento de los pacientes</li> </ul>
4. Consideraciones económicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El coste de la detección (incluido el del diagnóstico y tratamiento de los positivos) debe ser equilibrado en relación con el conjunto del gasto sanitario</li> </ul>

Siendo el estrés una respuesta que se produce por la interacción de una persona con su entorno, es un proceso dinámico, cambiante por medio de la relación que se da entre los estímulos del medio y los recursos personales que se utilizan para manejar o reducir las demandas internas o externas que son vistas como desbordantes para la persona. Lo anterior se explica a través del modelo de estrés percibido el cual define que este depende del significado que la persona les dé a los diferentes eventos, al ser valorada de manera positiva la situación es beneficiosa para el individuo, pero si por lo contrario lo identifica como amenazante o desafiante desencadenaría la respuesta de estrés.

Las enfermedades psicológicas, aunque bien descritas suelen compartirse en cuadros sindrómicos o bien compartir síntomas tal es el caso entre la ansiedad, estrés y depresión como ejemplo de esto se encuentra la escala DASS que fue creada con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad.

El DASS fue desarrollado para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autor reporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto involucra que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas que radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (60)

## **CAPÍTULO III**

### **3 Metodología**

#### **3.1 Enfoque y tipo de investigación**

La investigación realizada fue predominantemente cuantitativa, de tipo descriptiva por la revisión exhaustiva de antecedentes vinculados al problema central formulado. El enfoque cuantitativo se materializó gracias al concurso de instrumentos adecuados como test y encuesta para identificar el nivel de estrés de los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física, asociado al desempeño laboral. El carácter descriptivo se concretó a través de una serie de estrategias para alcanzar un conocimiento específico del estrés como núcleo central del proceso investigativo.

#### **3.2 Métodos, técnicas e instrumentos**

Los métodos utilizados durante la secuencia investigativa fueron el exploratorio, analítico, sintético. Sistemáticamente se indagó en las diferentes y complejas realidades en las que interactúa el cuidador de adultos mayores con discapacidad física; así se obtuvo información relevante y pertinente, facilitándose el respectivo proceso analítico de los resultados y la remozada síntesis e interpretación, sustentando científicamente la investigación.

#### **3.3 Técnicas e instrumentos**

La Escala de estrés percibido, esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a

menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

Se aplicó también la encuesta, como técnica funcional para la recolección de datos que fueron analizados e interpretados convenientemente. Cada una de las preguntas se formularon en concordancia con los objetivos de estudio; esto facilitó el establecimiento de conclusiones y recomendaciones funcionales que se ajustan a los requerimientos actuales que demanda el sector gerontológico, en no pocas veces postergado o subordinado en el escenario de la versatilidad y funcionalidad social.

### **3.4 Población**

La población abordada fue de 20 cuidadores de adultos mayores con discapacidad física de la unidad de cuidados geriátricos Carita Feliz de la comunidad El Cerrito del cantón Rocafuerte.

#### **3.4.1 Criterios de inclusión:**

- Llevar mínimo tres meses desempeñando el rol de cuidador informal.
- El cuidador debe estar a cargo de un adulto mayor de 60 años o más; así mismo, el adulto debe poseer una incapacidad física (de tipo visual, auditivo, motoras, musculares u otras) o el diagnóstico de afectación mental, ya sea trastorno neurocognitivo mayor (TNM) u otras afectaciones mentales incapacitantes, avalado el diagnóstico por neurología o psiquiatría.
- Convivir con el adulto mayor dependiente y desempeñar el rol mínimo 8 horas diarias.
- El cuidador debe reflexionar y saber que tiene derechos uno de los cuales es llevar una vida propia, así mismo delegar a su familia responsabilidades para lograr un buen cuidado del adulto mayor, ser honesto con sus sentimientos y miedos ya que es importante que el cuidador no sienta una carga al tomar decisiones por toda la familia al encontrarse al frente de él.

### 3.5 Muestra:

Para el presente estudio, se realizó un tipo de muestreo probabilístico. Siendo una población pequeña se tomó la muestra total del universo que son 20 cuidadores de adultos mayores con discapacidad física.

### 3.6 Recursos

#### 3.6.1 Talento humano

- Estudiantes investigadores: Carlos Montes y Néstor Zevallos
- Tutor de la Universidad Técnica de Manabí
- Cuidadores de la unidad geriátrica Carita Feliz.

#### 3.6.2 Materiales

- De oficina
- Tecnológicos
- Financiero. El desarrollo de este estudio significó un costo de \$1000; el 100% de este valor fue cubierto por los investigadores. El detalle es como sigue:

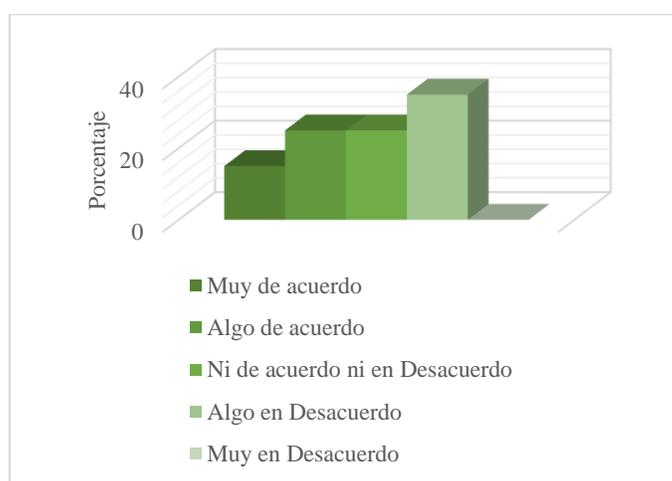
MATERIALES	VALOR
De oficina	\$450
Copias	\$50
Internet	\$100
Movilización	\$200
Empastados	\$100
Imprevistos	\$100
TOTAL	\$1000

## CAPÍTULO IV

### 4 Resultados

Al Centro Gerontológico Carita Feliz del sector Cerrito del cantón Rocafuerte en el periodo de realización de este trabajo de investigación acudieron de manera regular 20 cuidadores de adultos mayores con sus respectivos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Los resultados obtenidos de las encuestas son los siguientes:

**Gráfico 1. En los últimos 6 meses ha sentido alguno de los siguientes síntomas: Falta de energía, rigidez de cuello y mandíbula, malestar estomacal y/o cefalea.**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 1. En los últimos 6 meses ha sentido alguno de los siguientes síntomas: Falta de energía, rigidez de cuello y mandíbula, malestar estomacal y/o cefalea.**

Presencia de síntomas de estrés		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	3	15%
Algo de acuerdo	5	25%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	25%
Algo en desacuerdo	7	35%
Muy en desacuerdo	0	0%

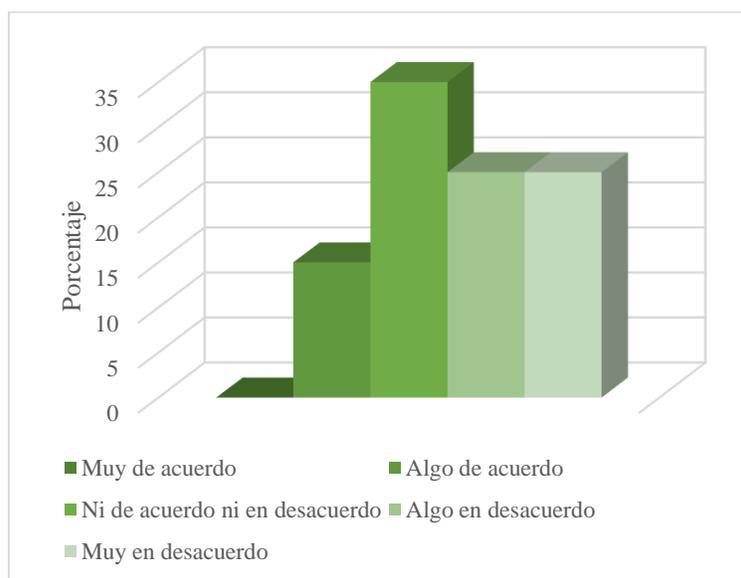
Total	20	100%
-------	----	------

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis e interpretación:** Consultados los 20 cuidadores acerca de si en los últimos 6 meses han sentido alguno de los siguientes síntomas: Falta de energía, rigidez de cuello y mandíbula, malestar estomacal y/o cefalea, se obtuvieron los siguientes resultados:

3 de ellos, que corresponde al 15%, declararon estar muy de acuerdo; 5 casos, que equivale al 25% mencionaron estar algo de acuerdo; 5 casos, que corresponde al 25%, dijeron ni de acuerdo ni en desacuerdo; 7 casos, que equivale al 35%, expresaron algo en desacuerdo; y, ningún caso, que corresponde al 0%, optó por la opción muy en desacuerdo. La sumatoria de las opciones ni de acuerdo ni en desacuerdo y algo en desacuerdo, esto es, el 70%, consideró no experimentar la sintomatología establecida por espacio de 6 meses.

**Gráfico 2. Actualmente tengo pensamientos ansiosos, me falla la memoria, no puedo concentrarme, me centro en lo negativo**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 2. Actualmente tengo pensamientos ansiosos, me falla la memoria, no puedo concentrarme, me centro en lo negativo.**

Presencia de síntomas de ansiedad
-----------------------------------

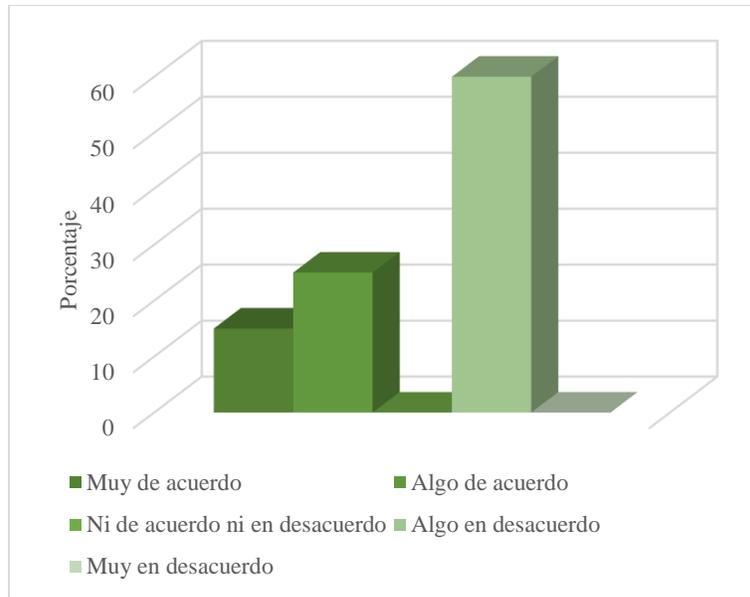
	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	0	0%
Algo de acuerdo	3	15%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	35%
Algo en desacuerdo	5	25%
Muy en desacuerdo	5	25%
Total	20	100%

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis e interpretación:** Requeridos los cuidadores de adultos mayores con discapacidad, acerca de si actualmente presentaban pensamientos ansiosos, falla de memoria, falla de concentración o si se centraban en lo negativo, se obtuvieron los siguientes resultados:

Ninguno de ellos, correspondiente al 0%, estuvo muy de acuerdo; 3 casos, equivalente al 15%, destacaron algo de acuerdo; 7 casos, correspondiente al 35%, expresó ni en acuerdo ni en desacuerdo; 5 casos, equivalente al 25%, mencionaron estar algo en desacuerdo; y, 5 casos, correspondiente al 25%. consideraron estar muy en desacuerdo. Se concluye que el 50% de los involucrados, en la actualidad no presenta pensamientos ansiosos, ni falla la memoria, ni dificultades de concentración, ni problemas para centrarse en lo negativo. Al parecer, el otro 50% sí experimenta las dificultades señaladas.

**Gráfico 3. No me gusta cuidar a los adultos mayores con discapacidad física; pero, la falta de trabajo me obliga a hacerlo.**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 3. No me gusta cuidar a los adultos mayores con discapacidad física; pero, la falta de trabajo me obliga a hacerlo.**

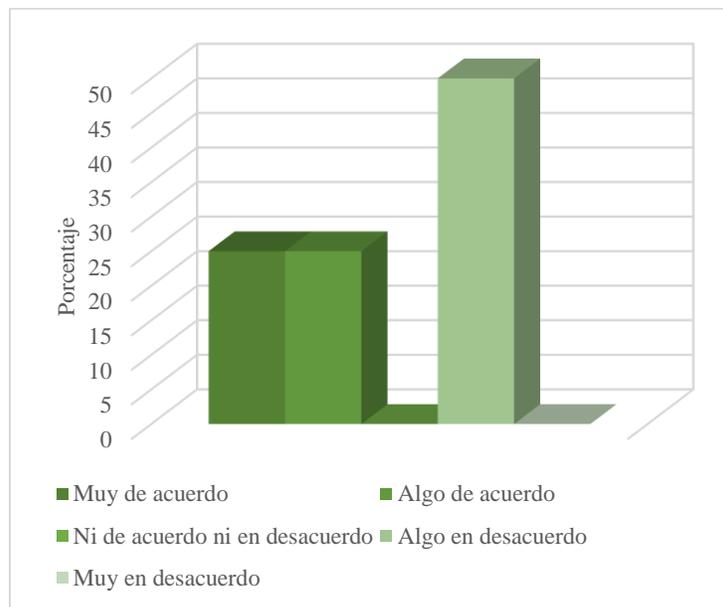
Necesidad de trabajo		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	3	15%
Algo de acuerdo	5	25%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0%
Algo en desacuerdo	12	60%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	20	100%

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis e interpretación:** Frente al cuestionamiento: **No me gusta cuidar a los adultos mayores con discapacidad física; pero, la falta de trabajo me obliga a hacerlo**, los 20 cuidadores de adultos mayores respondieron de la siguiente manera: 3 personas, correspondiente al 15%, estuvieron muy de acuerdo; 5 personas, equivalente al 25%, expresaron algo de acuerdo; ninguna persona (0%), optó por ni de acuerdo ni en desacuerdo; 12 personas, correspondiente al 60%,

indicaron algo en desacuerdo; y, ninguna persona (0%) se inclinó por la opción muy en desacuerdo. Se colige que la minoría de los cuidadores encuestados no se siente a gusto con la actividad que realizan; aunque, el 60% revela que en algo está en desacuerdo con el planteamiento formulado, lo que agudiza el problema; esto es, los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física no estarían contentos ni motivados para cumplir a cabalidad por la actividad de la que reciben emolumentos.

**Gráfico 4. Ante situaciones estresantes, busco diversiones relajantes, me fijo en lo positivo de la situación, me concentro en resolver el problema y/o busco distracciones físicas.**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 4. Ante situaciones estresantes, busco diversiones relajantes, me fijo en lo positivo de la situación, me concentro en resolver el problema y/o busco distracciones físicas.**

Afrontamiento funcional y evitativo		
	Frecuencia	Porcentaje

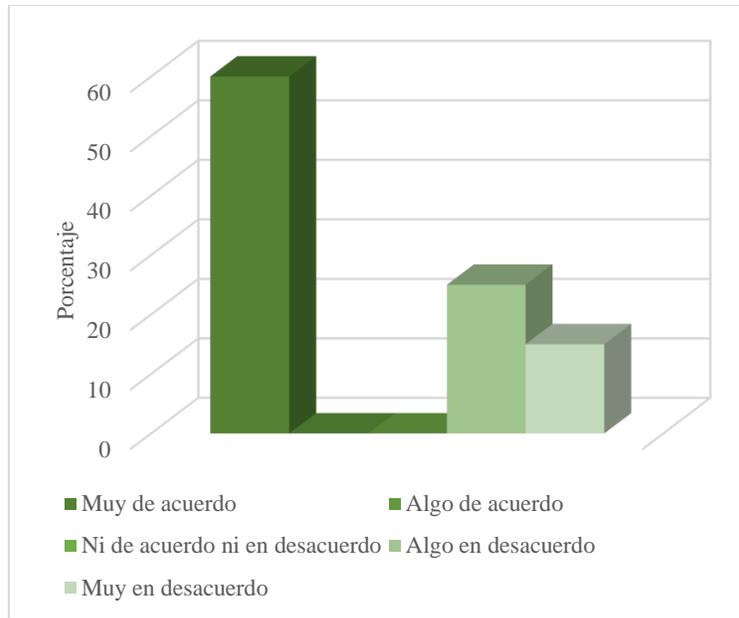
Muy de acuerdo	5	25%
Algo de acuerdo	5	25%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0%
Algo en desacuerdo	10	50%
Muy en desacuerdo	0	0%
Total	20	100%

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis:** Encuestados los 20 cuidadores de adultos mayores con discapacidad física acerca de: **Ante situaciones estresantes, busco diversiones relajantes, me fijo en lo positivo de la situación, me concentro en resolver el problema y/o busco distracciones físicas**

5 personas, correspondiente al 25%, expresaron estar muy de acuerdo; otras 5 personas, equivalente al 25%, (un 25% más) declararon estar algo de acuerdo; ninguna persona (0%), optó por la alternativa ni de acuerdo ni en desacuerdo; 10 personas, correspondiente al 50%, manifestaron estar algo en desacuerdo; en tanto que, ninguna persona (0%) se inclinó por la opción muy en desacuerdo. Esto refleja que el 50% de los involucrados no estaría exhibiendo competencias propias del perfil de un cuidador de adultos mayores con discapacidad física.

**Gráfico 5. Cuando me siento estresado busco ayuda espiritual, ayuda profesional, apoyo social y/o busco ayuda en amigos íntimos.**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 5. Cuando me siento estresado busco ayuda espiritual, ayuda profesional, apoyo social y/o busco ayuda en amigos íntimos.**

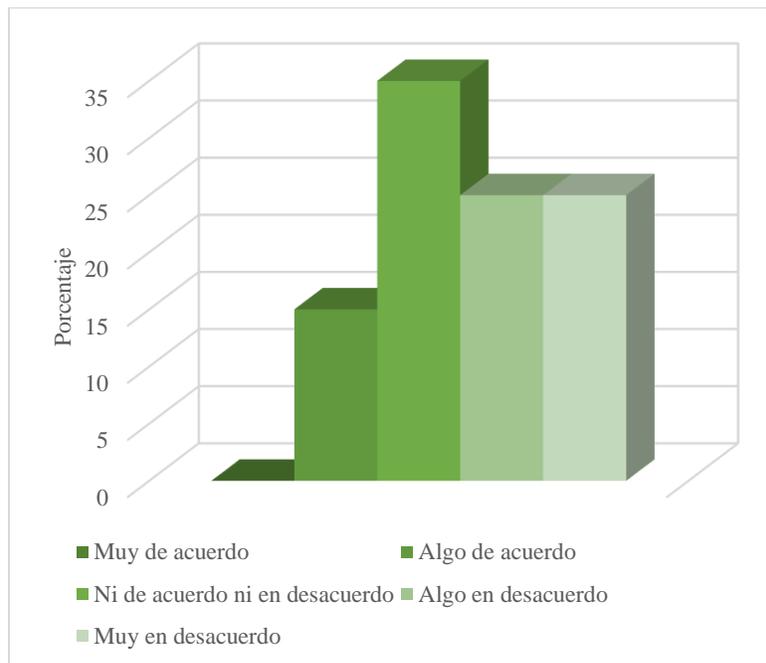
Afrontamiento centrado en la emoción		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	12	60%
Algo de acuerdo	0	0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0%
Algo en desacuerdo	5	25%
Muy en desacuerdo	3	15%
Total	20	100%

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis:** Al cuestionárseles si cuando están estresados buscan ayuda espiritual, profesional, social y/o buscan ayuda en amigos íntimos, los encuestados respondieron de la siguiente manera:

12 cuidadores, correspondiente al 60%, declararon estar muy de acuerdo; ningún cuidado (0%) marcó la opción algo de acuerdo; ningún caso se inclinó por la alternativa ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5 cuidadores, equivalente al 25%, indicaron estar algo en desacuerdo; y, 3 cuidadores, correspondiente al 15%, consideraron muy en desacuerdo. Se concluye que, ante síntomas de estrés, la mayoría de los cuidadores busca ayuda espiritual, ayuda profesional, apoyo social y/o ayuda en amigos íntimos. No obstante, un porcentaje significativo (40%) está propenso a sufrir las secuelas del estrés, lo que afectaría el desempeño laboral.

**Gráfico 6.** Frente al estrés, tengo mi propia manera de actuar, como, por ejemplo, me auto inculpo por la situación, ignoro el problema, no hago nada y/o me preocupo.



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 6. Frente al estrés, tengo mi propia manera de actuar, como por ejemplo, me auto inculpo por la situación, ignoro el problema, no hago nada y/o me preocupo.**

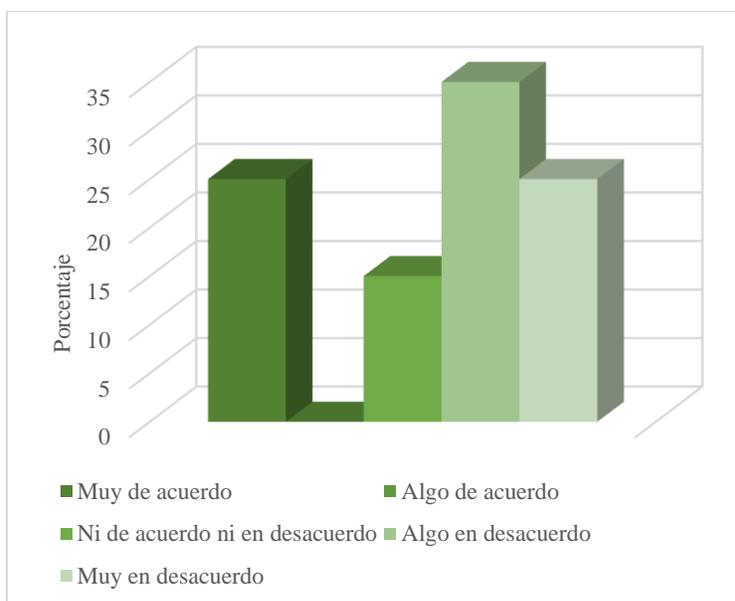
Afrontamiento disfuncional		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	0	0%
Algo de acuerdo	3	15%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7	35%
Algo en desacuerdo	5	25%
Muy en desacuerdo	5	25%
Total	20	100%

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis:** Los encuestados fueron consultados si frente al estrés tienen su propia manera de actuar, como por ejemplo auto inculpándose por la situación, ignorar el problema, no hacer nada y/o se preocupan. Los resultados son los siguientes:

Ningún cuidador (0%) estuvo muy de acuerdo; 3 cuidadores, correspondiente al 15%, reconocieron estar algo de acuerdo; 7 cuidadores, equivalente al 35%, optaron por ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5 cuidadores, correspondiente al 25%, mencionaron estar algo en desacuerdo; y, 5 cuidadores, correspondiente al 25%, dijeron estar muy en desacuerdo. Se infiere que el 50% de los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física, prácticamente no concuerdan con el cuestionamiento planteado; significa esto que frente al estrés son presas de la incertidumbre, no sabiendo qué hacer, lo que incide en el desempeño laboral.

**Gráfico 7. Las actividades que realizo como cuidador de un adulto mayor con discapacidad física no inciden en la muy buena calidad de vida que tengo.**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 7. Las actividades que realizo como cuidador de un adulto mayor con discapacidad física no inciden en la muy buena calidad de vida que tengo.**

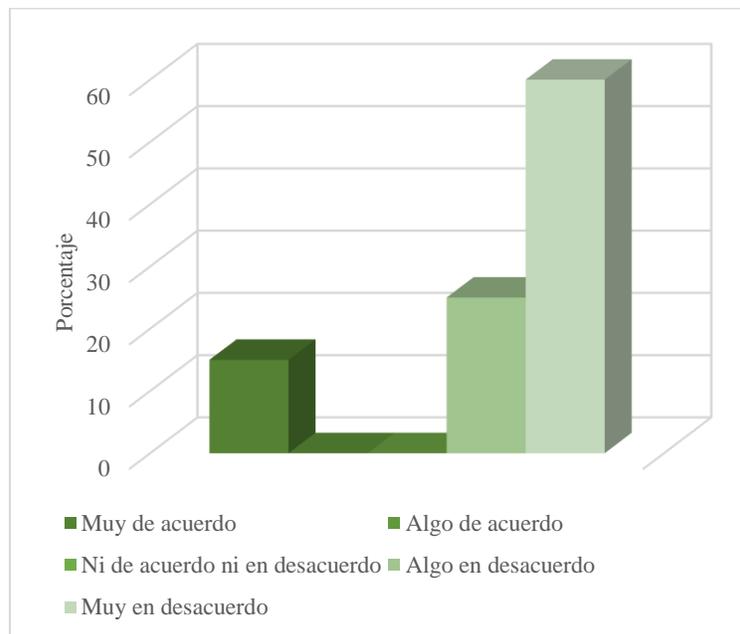
Calidad de vida		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	5	25%
Algo de acuerdo	0	0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	15%
Algo en desacuerdo	7	35%
Muy en desacuerdo	5	25%
Total	20	100%

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis:** Al preguntarles si sus actividades como cuidadores de un adulto mayor con discapacidad física no inciden en la muy buena calidad de vida que tienen, los encuestados respondieron de la siguiente manera:

5 personas, correspondiente al 25%, consideraron estar muy de acuerdo; por su parte, ninguna persona (0%) marcó la opción algo de acuerdo; 3 personas, equivalente al 15%, declararon ni de acuerdo ni en desacuerdo; 7 personas, correspondiente al 35%, expresaron estar algo en desacuerdo; y, 5 personas, equivalente al 25%, marcaron estar muy en desacuerdo con la afirmación. La sumatoria de las dos últimas alternativas (Algo en desacuerdo – Muy en desacuerdo), esto es el 60%, refleja que los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física sí experimentan dificultades en la calidad de vida. Si a esto se agrega que el 15% manifiesta ni de acuerdo ni en desacuerdo, se observa que la calidad de vida del 75 % de los cuidadores estaría siendo afectada.

**Gráfico 8. Mi salud (física, psicológica y social) ha decaído desde que cumpla el rol oficial de cuidador de un adulto mayor con discapacidad física.**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 8. Mi salud (física, psicológica y social) ha decaído desde que cumplo el rol oficial de cuidador de un adulto mayor con discapacidad física.**

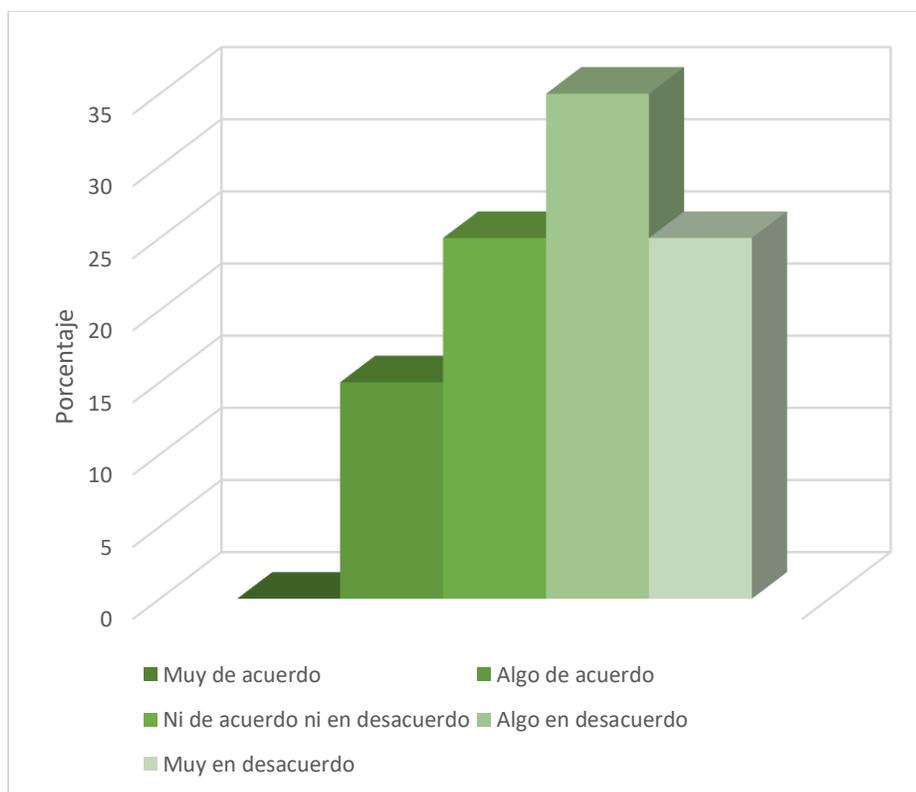
Estado de salud		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	3	15%
Algo de acuerdo	0	0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	0	0%
Algo en desacuerdo	5	25%
Muy en desacuerdo	12	60%
Total	20	100%

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis:** Los 20 encuestados fueron consultados acerca de si han experimentado decaimiento en la salud (física, psicológica y social) desde que son cuidadores de adultos mayores. Los resultados son como siguen:

3 personas, equivalente al 15%, afirmaron estar muy de acuerdo; ninguna persona (0%) marcó la opción algo de acuerdo; ninguna persona (0%) optó por la alternativa ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5 personas, correspondiente al 25%, declararon algo en desacuerdo; y, 12 personas, equivalente al 60%, mencionaron estar muy en desacuerdo. En consecuencia, el 85% de los cuidadores (sumatoria de las alternativas Algo en desacuerdo – Muy en desacuerdo), revela que el estado de salud (física, psicológica y social) ha decaído desde que cumplen el rol oficial de cuidador de un adulto mayor con discapacidad física.

**Gráfico 9. Las labores como cuidador de un adulto mayor con discapacidad física interfieren en mis actividades familiares, acudir a citas médicas o realizar actividades de prevención de enfermedades.**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Tabla 9. Las labores como cuidador de un adulto mayor con discapacidad física interfieren en mis actividades familiares, acudir a citas médicas o realizar actividades de prevención de enfermedades.**

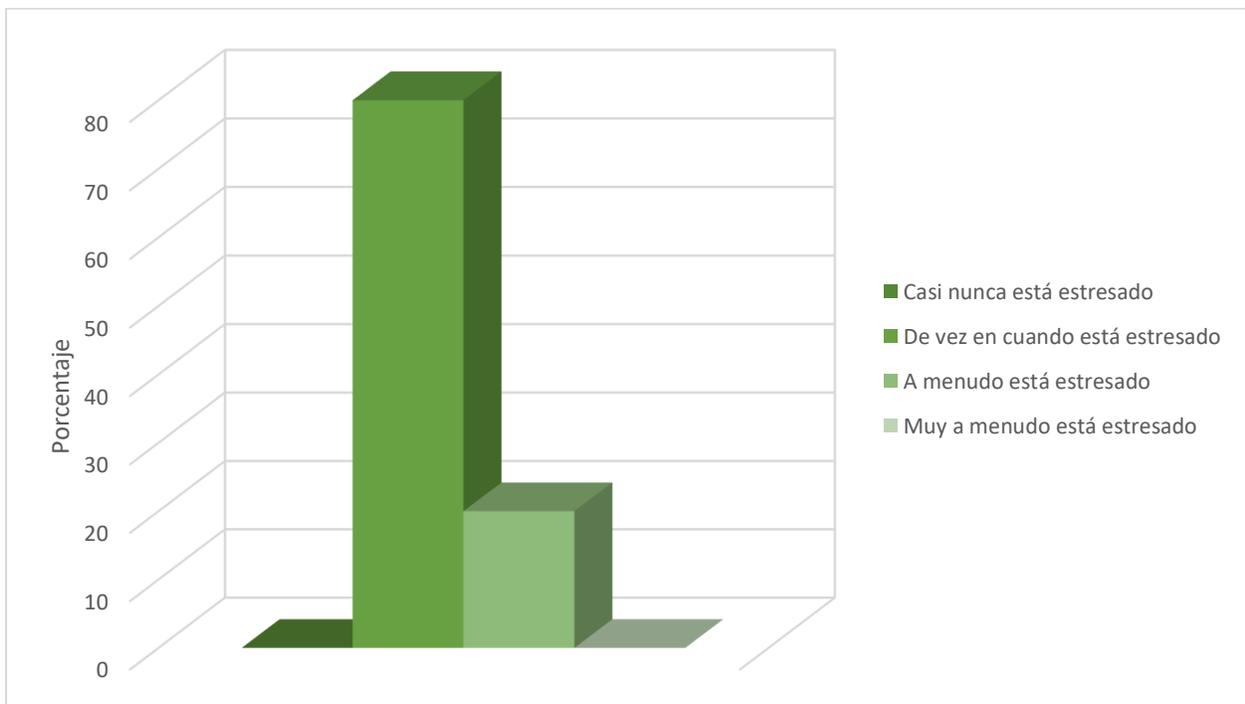
Actividades personales		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy de acuerdo	0	0%
Algo de acuerdo	3	15%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	25%
Algo en desacuerdo	7	35%
Muy en desacuerdo	5	25%
Total	20	100%

*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis:** Al preguntarles si sus labores como cuidadores de un adulto mayor con discapacidad física interfieren en sus actividades familiares, acudir a citas médicas o realizar actividades de prevención de enfermedades, los encuestados contestaron de la siguiente manera:

Ninguna persona (0%) marcó la opción muy de acuerdo; 3 personas, correspondiente al 15%, contestaron estar algo de acuerdo; 5 personas, equivalente al 25%, marcaron ni de acuerdo ni en desacuerdo; 7 personas, correspondiente al 35% confirmaron estar algo en desacuerdo; y, 5 personas equivalente al 25% mencionaron estar muy en desacuerdo. En conclusión, la mayoría de las personas encuestadas (85%: sumatoria de las alternativas Ni de acuerdo ni en desacuerdo – Algo en desacuerdo – Muy en desacuerdo), admite que las labores como cuidadores de un adulto mayor con discapacidad física no interfieren en las actividades familiares, acudir a citas médicas o realizar actividades de prevención de enfermedades.

**Gráfico 10. Escala de estrés percibido.**



*Fuente:* Elaboración propia a través de los resultados de la encuesta.

**Análisis:** Según los resultados analizados mediante la Escala de Estrés Percibido se determinó que 16 cuidadores o el 80% “de vez en cuando están estresados” y sólo 4 cuidadores, correspondiente

al 20% “a menudo están estresados”. Mientras que ninguno de los encuestados se encuentra “muy a menudo estresados” ni “casi nunca estresados”.

## CAPÍTULO V

### 5 Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1 Conclusiones

El presente trabajo de titulación concluye que de los 20 cuidadores de adultos mayores encuestados, 12 de ellos buscan ayuda espiritual, profesional, apoyo social y/o ayuda en amigos íntimos usando así estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, 10 de ellos buscan diversiones relajantes, se fijan en lo positivo de la situación, se concentran en resolver el problema y/o buscan distracciones físicas usando así estrategias de evitamiento y funcionales; y, sólo 3 de ellos se auto inculpan por la situación, ignoran el problema, no hacen nada y/o se preocupan usando de tal manera estrategias disfuncionales, teniendo en cuenta que un cuidador puede hacer uso de más de un tipo de afrontamiento.

En función de los resultados obtenidos de las encuestas y la aplicación de la Escala de Estrés Percibido, se establece que el 80% de los cuidadores de adultos mayores “de vez en cuando está estresado” y el 20% restante “a menudo está estresado”; mientras que ninguno de los encuestados “casi nunca está estresado” ni “muy a menudo está estresado”

En el contexto del estudio realizado; luego de la correlación entre el estilo de vida, estado de salud y disponibilidad de tiempo para actividades personales con la actividad de cuidador de un adulto mayor con discapacidad, se colige que la mayoría de los trabajadores involucrados en su mayoría no perciben la magnitud de lo que hacen; por tanto, no se considera a esta actividad laboral específica como determinante para el surgimiento del estrés.

De acuerdo a los resultados arrojados por la encuesta, existe una interesante y clara relación entre la calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física y las actividades laborales desempeñadas. Ellos revelan que el estado de salud (física, psicológica y social) ha decaído desde que cumplen el rol oficial de cuidador de un adulto mayor con discapacidad física. No obstante, un porcentaje estimativo (85%: sumatoria de las alternativas Ni de acuerdo ni en desacuerdo – Algo en desacuerdo – Muy en desacuerdo), considera que no hay interferencia entre las labores como cuidadores de un adulto mayor con discapacidad física con las actividades familiares, acudir a citas médicas o realizar

actividades de prevención de enfermedades.

## **5.2 Recomendaciones**

Se recomienda la implementación de actividades funcionales que organicen más a los trabajadores dedicados al cuidado de adultos mayores en la zona, como planear reuniones y practicar monitoreos profesionales –con la orientación de psicólogos clínicos que se encarguen de supervisar el cumplimiento de derechos en temas como el tratamiento científico a los adultos mayores y la carga horaria.

Se sugiere también, desarrollar talleres con fines educativos para poder socializar y transmitir conocimientos y vivencias a los cuidadores de los adultos mayores con discapacidad. Temas como el estrés, síntomas, prevenciones y cuidados, son cruciales para desarrollar estrategias de afrontamiento y rutas de atención profesional centrados no sólo en la esfera cognitiva, sino también en la emocional, forjando y garantizando una apropiada calidad de vida para todos los involucrados. Ahora bien, conceptos como autonomía e independencia son ejes transversales en la atención integral del adulto mayor, buscando siempre el mayor beneficio terapéutico.

La atención gerontológica es un eje fundamental en la supervivencia de la especie y la sociedad; es vital la imbricación de políticas nacionales, regionales y locales que brinden atención especializada en el ámbito actualmente estudiado. Es trascendental una mayor difusión científica de patologías subdiagnosticadas, como el estrés, que potencialmente servirá a la familia y a la comunidad en general. El abordaje científico de tales patologías marcará el camino para alcanzar niveles satisfactorios de felicidad.

Además de lo expuesto, es imperativo asumir el modelo de atención gerontológica centrado en la persona; pues, los adultos mayores son muy vulnerables al menoscabo de su dignidad, fenómeno tan recurrente como censurable. Todas las personas, en cualquier grupo etario, son merecedoras de respeto, al margen del sexo, raza, edad y singularidades físicas y psicológicas. El trato digno es impostergable, y para ello es muy importante la reeducación.

## BIBLIOGRAFÍA

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2012). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer de atención. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144\\_GPC\\_DEMENCIA\\_AM/IMSS\\_144\\_08\\_EyR\\_DEMEN820139CIA\\_AM.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMEN820139CIA_AM.pdf)

Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó M de LD, Dos Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Gaucha Enferm. 2012;33(1):147–56.

Salazar-Ramírez SC, Torres-Arévalo JT. Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los/as pacientes del centro de atención ambulatoria 302 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca Ecuador, 2014 [Internet]. [Cuenca]: Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22499/1/TESIS.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. WHO. 2015 Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Mendoza G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica [Internet]. Vol. 27, Rev Soc Peru Med Interna. 2014. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4508/1/Mendoza\\_sg.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4508/1/Mendoza_sg.pdf)

Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud pública de México*, 53(1), 26-33.

1. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/8277/1/Evoluci%C3%B3n%20hist%C3%B3rica%20y%20conceptual%20de%20la%20discapacidad%20y%20el%20respaldo%20jur%C3%ADico-pol%C3%ADtico%20internacional.pdf>
2. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192016000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300012)
3. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842018000300213](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842018000300213)
4. <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/2640>

5. <https://dle.rae.es/afrontar?m=form>
6. <https://www.gob.mx/pensionisste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
7. <https://www.scielo.br/j/rngen/a/zSKW7vdcgHNzG3wy36FL6fD/?format=pdf&lang=pt>
8. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192020000100017&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192020000100017&script=sci_arttext&tlng=en)
9. <http://imerso.gob.es/InterPresent1/groups/imerso/documents/binario/min150completo.pdf>
10. [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual\\_cuidados-generales.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf)
11. <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>
12. <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf>
13. [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap\\_08.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_08.pdf)
14. <https://carefirst.staywellsolutionsonline.com/spanish/Encyclopedia/85,P03695>
15. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-caracteristicas-factores-relacionados-con-sobrecarga-S1138359313001044>
16. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-del-hecho-cuidar-salud-S0212656700786501>
17. <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/164/144#:~:text=INTRODUCCI%C3%93N.-,Se%20denominan%20cuidadores%20informales%20a%20las%20personas%20que%20realizan%20la,acudir%20a%20los%20servicios%20de>
18. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004)
19. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202019000500385](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000500385)
20. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007)
21. <https://dle.rae.es/>
22. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
23. <https://grupolasmimosas.com/mimoonline/cambios-en-la-vida-del-nuevo-cuidador/>
24. <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161015610007.pdf>
25. <https://portalgeriatrico.com.ar/animo-cuidador-familiar/>
26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1025412>

27. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000200001#:~:text=Cabe%20se%C3%B1alar%20que%20la%20Organizaci%C3%B3n,mundiales%20para%20tratar%20este%20problema.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001#:~:text=Cabe%20se%C3%B1alar%20que%20la%20Organizaci%C3%B3n,mundiales%20para%20tratar%20este%20problema.)
28. <https://www.cotidian.cl/articulos/tips-de-cuidados-para-el-adulto-mayor>
29. <https://verdeza.com/2018/07/02/como-debe-ser-la-alimentacion-para-un-adulto-mayor/>
30. [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual\\_cuidados-generales.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf)
31. <http://www.moldesmentales.com/otros/mar.htm>
32. [https://www.researchgate.net/publication/232564739\\_Personality\\_and\\_coping\\_A\\_reconceptualization](https://www.researchgate.net/publication/232564739_Personality_and_coping_A_reconceptualization)
33. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/420>
34. [https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/estres\\_afrontamiento\\_y\\_adaptacion.pdf](https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf)
35. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203938706/adolescent-coping-erica-frydenberg>
36. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119125556.devpsy410>
37. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/102464>
38. <https://www.jstor.org/stable/2136617?origin=crossref>
39. <https://psycnet.apa.org/record/1998-06521-012>
40. [http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrentamiento&category\\_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225](http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrentamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225)
41. [https://www.researchgate.net/profile/Amalio-Blanco/publication/31698291\\_Cinco\\_tradiciones\\_en\\_la\\_psicologia\\_social\\_A\\_Blanco\\_Abarca\\_prol\\_de\\_F\\_Jimenez\\_Burillo/links/5b5581e3a6fdcc8dae3c2312/Cinco-tradiciones-en-la-psicologia-social-A-Blanco-Abarca-prol-de-F-Jimenez-Burillo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Amalio-Blanco/publication/31698291_Cinco_tradiciones_en_la_psicologia_social_A_Blanco_Abarca_prol_de_F_Jimenez_Burillo/links/5b5581e3a6fdcc8dae3c2312/Cinco-tradiciones-en-la-psicologia-social-A-Blanco-Abarca-prol-de-F-Jimenez-Burillo.pdf)
42. [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=+Estrategias+de+afrentamiento+en+adolescentes+que+manifiestan+comportamientos+agresivos+y+asertivos+entre+los+13+y+17+a%C3%B1os+de+edad,+y+que+cursan+b%C3%A1sica+secundaria+en+la+instituci%C3%B3n+educativa+CASD,+Quind%C3%ADO&author=Cervantes+A&publication\\_year=2005](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Estrategias+de+afrentamiento+en+adolescentes+que+manifiestan+comportamientos+agresivos+y+asertivos+entre+los+13+y+17+a%C3%B1os+de+edad,+y+que+cursan+b%C3%A1sica+secundaria+en+la+instituci%C3%B3n+educativa+CASD,+Quind%C3%ADO&author=Cervantes+A&publication_year=2005)
43. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500019&script=sci\\_abstract&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500019&script=sci_abstract&lng=es)
44. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/14278>

45. Priestley, M. (2001): Disability and the Life Course Global Perspectives. Londres: Cambridge University Press.
46. <https://www.salud.gob.ec/calificacion-o-recalificacion-de-personas-con-discapacidad-2/>
47. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2011.615737>
48. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
49. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2011.628975>
50. <https://www.cambridge.org/core/journals/spanish-journal-of-psychology/article/abs/coping-strategies-gender-differences-and-development-throughout-life-span/295125CB95CDBBC379D910D2F6FBB42B>
51. <https://famiavance.com/modelo-de-prescendencia-o-tradicional/>
52. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_ac/article/view/11295](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ac/article/view/11295)
53. <https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130045A>
54. <https://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html>
55. <https://www.mdpi.com/2075-471X/5/3/35>
56. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf>
57. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-349-24269-6>
58. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-349-24269-6>
59. <https://link.springer.com/article/10.1057/sub.2014.15>
60. <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/429>
61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11987590/>
62. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0041-86332013000300008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008)
63. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/777>
64. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>
65. [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
66. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2020/im201g.pdf>
67. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/serie28.pdf>
68. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009)
69. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/07/planpam.pdf>

70. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
71. [https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1)
72. <https://www.ahrq.gov/cpi/about/otherwebsites/uspstf/index.html#:~:text=The%20U.S.%20Preventive%20Services%20Task,counseling%20services%2C%20and%20preventive%20medications.>
73. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650>
74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7726811/>

## ANEXOS

### Anexo 1. Formato de escala de estrés percibido

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

## Anexo 2. Formato de encuesta realizada

### ENCUESTA

Encuesta dirigida a los cuidadores de adultos mayores con discapacidad física de la comunidad El Cerrito de Rocafuerte.

1) En los últimos 6 meses he sentido alguno de los siguientes síntomas:

Falta de energía, rigidez de cuello y mandíbula, malestar estomacal y/o cefalea.

- a) Muy de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Algo en desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

2) Actualmente tengo pensamientos ansiosos, me falla la memoria, no puedo concentrarme, me centro en lo negativo.

- a) Muy de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Algo en desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

3) No me gusta cuidar a los adultos mayores con discapacidad física; pero, la falta de trabajo me obliga a hacerlo

- a) Muy de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Algo en desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

- 4) Ante situaciones estresantes, busco diversiones relajantes, me fijo en lo positivo de la situación, me concentro en resolver el problema y/o busco distracciones físicas.
- a) Muy de acuerdo.
  - b) Algo de acuerdo.
  - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
  - d) Algo en desacuerdo.
  - e) Muy en desacuerdo.
- 5) Cuando me siento estresado busco ayuda espiritual, ayuda profesional, apoyo social y/o busco ayuda en amigos íntimos.
- a) Muy de acuerdo.
  - b) Algo de acuerdo.
  - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
  - d) Algo en desacuerdo.
  - e) Muy en desacuerdo.
- 6) Frente al estrés, tengo mi propia manera de actuar, como por ejemplo, me auto inculpo por la situación, ignoro el problema, no hago nada y/o me preocupo.
- a) Muy de acuerdo.
  - b) Algo de acuerdo.
  - c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
  - d) Algo en desacuerdo.
  - e) Muy en desacuerdos
- 7) Las actividades que realizo como cuidador de un adulto mayor con discapacidad física no inciden en la muy buena calidad de vida que tengo.

- a) Muy de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Algo en desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

8) Mi salud (física, psicológica y social) ha decaído desde que cumplo el rol oficial de cuidador de un adulto mayor con discapacidad física.

- a) Muy de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Algo en desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

9) Las labores como cuidador de un adulto mayor con discapacidad física interfieren en mis actividades familiares, acudir a citas médicas o realizar actividades de prevención de enfermedades.

- a) Muy de acuerdo.
- b) Algo de acuerdo.
- c) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Algo en desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

Anexo3. Fotos

