

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**TÍTULO:**

“Propuesta de programa de intervención grupal basada en Terapia Breve Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia por COVID-19 dirigido a cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down”.

**Autores:**

Frida Betania Ramos Ramos	(RR16063)
María Teresa Reyes Bonilla	(RB13018)
Sergio Esteban Vásquez Letona	(VL16003)

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Docente directora:**

Licda. Roxana María Galdámez Velásquez.

**Coordinador general de procesos de grado:**

Lic. Israel Rivas.

**Ciudad Universitaria Dr. Fabio Castillo, octubre de 2021.**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

**RECTOR**

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA

**VICERRECTOR ACADÉMICO**

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA

**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

MSC. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

**SECRETARIO GENERAL**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES**

LIC. ÓSCAR WUILMAN HERRERA RAMOS

**DECANO**

MAESTRA SANDRA LORENA BENAVIDES DE SERRANO

**VICEDECANA**

MAESTRO JUAN CARLOS CRUZ CUBÍAS

**SECRETARIO GENERAL**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

MSC. BARTOLO ATILIO CASTELLANOS

**JEFE DEL DEPARTAMENTO**

LIC. ISRAEL RIVAS

**COORDINADOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADO**

LICDA. ROXANA MARÍA GALDÁMEZ

**DOCENTE DIRECTORA**

## DEDICATORIA

*Dedicado a todas las personas cuidadoras primarias, sobrevivientes de la pandemia por COVID-19, quienes a pesar del esfuerzo que antes de la pandemia realizaban, han tenido que redoblarlos con creatividad y adaptarse ante la adversidad, esperando que el afecto, la compañía y la resiliencia sigan siendo las bases fundamentales en su camino a seguir en la vida.*

*Dedicada a la Licda. Roxana María Galdámez, docente del Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador, directora de nuestra tesis, mentora ejemplar, mujer que con su calidez nos orienta al autodescubrimiento, a la superación de nuestros límites y nuestro crecimiento profesional y personal. Las palabras jamás serán suficientes, para poder expresar el impacto que ha generado en nuestras vidas.*

### Agradecimientos

El transcurso de mi recorrido por la carrera no ha sido fácil, no soy la misma persona que entró a los 17 años a la Universidad. Solía pensar que no llegaría tan lejos, y ahora siento que las palabras no son suficientes para expresar el cúmulo de emociones que hacen explotar mi ser, porque no solo finalizo mi formación actual, sino también una etapa de mi vida. Quiero agradecer a muchas personas.

A mi tía abuela, Helia Ramos, por ser de mis más grandes apoyos personales y profesionales, todo lo que soy, se lo debo a ella. A mi madre Aurea Ramos, por enseñarme a ser fuerte y resiliente ante las adversidades, gracias por ser un pilar en mi vida. A mi abuela Selva Ramos, por enseñarme que aún en medio de las batallas, se debe aprender a reír, disfrutar y recordar con afecto.

A mis tíos abuelos Hebe y Domingo Ramos, y a mi bisabuela Cándida Ramos, porque aún desde el cielo me siguen inspirando a ser una mejor persona. A mi abuelo Germán Ramos, por apoyarme en todos mis sueños y siempre creer en mí. A mi hermano Fabricio Ramos, por orientarme a descubrir cualidades nuevas de mí y a fortalecer mis habilidades. A mi tío Fred Ramos, por enseñarme sobre flexibilidad mental, análisis crítico y perseverancia para alcanzar los sueños.

A mis amistades y las personas cercanas a mí, la familia que escogí, por brindarme su apoyo incondicional en mi crecimiento personal y profesional. Por ser mis confidentes, mi apoyo en las adversidades, y creer en mí cuando ni siquiera yo podía hacerlo. A mi equipo de tesis, Mayte y Sergio, por estar presentes en cada momento divertido pero también difícil, porque empezamos trabajando académicamente pero la relación floreció a una amistad en medio de las luchas. Gracias por hacerme cuestionarme y crecer.

A mis compañeras y compañeros de luchas sociales, a los colectivos feministas, a las organizaciones ambientales, y todos aquellos espacios en los que compartí, que contribuyeron a fortalecer mi compromiso con la carrera desde un enfoque de género y derechos humanos.

Agradezco a las Licenciadas que marcaron de manera significativa el recorrido de mi carrera, Licenciada Lorena Mezquita, gracias por formarme e interiorizarme en la ética y profesionalismo de la carrera. A la Licenciada y mentora Roxana Galdamez, por su calidez, por inspirarnos a ser mejores profesionales y simultáneamente, mejores seres humanos. A la Licenciada Mariela Velasco, por enseñarme a constantemente actualizarme, pulirme y tratar a las personas desde el afecto, empatía y humanidad.

Dedico mi triunfo a todas las personas que forman parte trascendental de mi vida, que, a través del carisma, el afecto, la alegría, las lágrimas, la lucha constante y la resistencia me han inspirado. A quienes creyeron en mí, a quienes me sostuvieron cuando estuve a punto de caer, a quienes me han corregido, y a quienes me quieren. Desde el fondo de mi ser, gracias.

**Frida Betania Ramos Ramos.**

### Agradecimientos

Agradezco inmensamente a mi padre celestial, por permitirme llegar hasta la culminación de esta etapa tan importante de mi vida, sin duda no fue fácil, pero a lo largo de ella obtuve conocimientos y experiencias que fueron de utilidad para mi crecimiento personal y mi formación como profesional.

A mi madre, Rosy Bonilla, uno de los amores de mi vida y quien ha sido el pilar fundamental a lo largo de mi vida y mi carrera, gracias por esas noches en las que cuidó mis desvelos, por todos los años en los que ha estado pendiente de que no me faltara lo necesario para poder continuar con mis estudios, por cada momento en el que me impulsó para seguir a pesar de las adversidades, por enseñarme que debo ser perseverante, comprometida y responsable, por celebrar cada triunfo conmigo, por llorar conmigo cuando las cosas no salían bien, por guiar mi camino, por todo ese amor inexplicable, las palabras jamás serán suficientes para expresar lo agradecida que estoy con usted, este triunfo es suyo.

A mi padre, por brindarme el apoyo y los recursos, por aportar su granito de arena con amor para que yo pudiera alcanzar mis metas, por celebrar mis triunfos conmigo y por creer en mí.

A mis hermanos Diana Reyes y Fhili Reyes, por brindarme su apoyo en los últimos años de mi carrera, por alegrarse y celebrar conmigo cada logro por muy pequeño que fuera, por confiar en mí, los amo.

A Otoniel Araujo, por su amor y su apoyo incondicional, por darme fuerzas cuando las necesite, por impulsarme y animarme cuando todo se tornaba gris, gracias mi amor por ser comprensivo conmigo, por estar siempre y sobre todo en los malos momentos, sin duda has sido otro pilar fuerte en mi vida y mi carrera, Dios te multiplique todo el amor y apoyo que me has brindado.



A Gilma Gómez, por brindarme su apoyo y cariño, por tratarme como si fuese su hija, por creer en mí y motivarme cada vez que lo necesite, por celebrar mis triunfos y llorar conmigo cuando las cosas no salían bien, Dios le regrese en grande todo ese cariño que ha tenido conmigo.

A mis compañeros y amigos de tesis, por su cariño y por su comprensión, por ser parte de mi edificación personal, por su empatía para conmigo, con ustedes comprendí lo que verdaderamente significa trabajo en equipo, lo que significa la palabra amistad y el poder relacionar ambas cosas sin perder una por la otra, siempre los llevare en mi corazón.

A Victoria Ramírez, por su amistad incondicional, por su cariño y apoyo, sos otra de las personas con las que conocí el verdadero significado de la amistad, que se multiplique todo ese cariño y lealtad que has tenido conmigo.

A mi mentora Licda. Roxana Galdámez, por su calidez, por impulsarme a vencer mis miedos y mis límites, por creer en mí y llevarme a descubrir mis habilidades y capacidades, por enseñarme lo que significa ser una profesional con sentido humano, por enseñarme a ver la solución y no el problema, por empujarme a resolver y proponer, no podré pagarle todo el conocimiento y tiempo que me ha brindado, sin duda alguna siempre será mi ejemplo a seguir.

A Lic. César Ramirez, por abrirme las puertas del conocimiento a un área poco conocida y hermosa en nuestra carrera como lo es la Psicología deportiva, por todo el conocimiento y tiempo brindado, son cosas que jamás le podré pagar ni devolver, que la vida y el creador le multipliquen lo que ha sido conmigo.

**María Teresa Reyes (Mayte)**

### Agradecimientos

"Dios provee" lo decía mi abuelo ante las adversidades, y he crecido con la convicción de, que en las dificultades en mi vida Dios proveerá, por ello he decidido en primer lugar agradecerle a Dios, a él le debo todo lo que en esta vida se me ha dado.

En segundo lugar quiero agradecerle a mi madre, pilar fundamental en mi vida, en quien descansan mis dolores y angustias, madre, tú me has motivado de la forma más particular que solamente tú conoces, con tu amor me has criado y a tí atribuyo las cualidades que me son fundamentales para todas las actividades en las cuales me desenvuelvo, no hay corazón que se iguale al tuyo, ni al mío cuando estoy contigo, porque mi latir puede ser el mismo al de los demás, pero no por igual motivo, y uno de mis motivos eres tú.

También quiero agradecer a mi padre, a sus manos desgastadas, al sudor de su frente, al valor de su dolor y sus heridas con las que me ha apoyado en mi vida, admiro enormemente tu inteligencia y tu saber.

Quiero dedicar un agradecimiento a mi hermano mayor Leonardo, has sido uno de los mayores apoyos y ejemplos a seguir en mi vida, gracias por estar para nosotros y por enseñarme constantemente el valor de la responsabilidad, entrega, dedicación e iniciativa.

A mi hermano Alejandro, de quien aprendí a ver los problemas de la forma más práctica posible, con humor y siempre viendo hacia adelante, con quien he vivido situaciones peculiarmente divertidas, angustiantes e intrigantes. A mi hermana Sofía, confidente, amiga, compañera de aventuras de infancia, no estoy seguro de cuál es el primer recuerdo que tengo de ti, pero tengo certeza que desde tu primer respiro yo te amo, tu valentía, amor, creatividad, espontaneidad, me construyen a diario, y tu fuerza, entrega y perseverancia me impulsan a luchar por alcanzar mis metas. A mi hermana menor, Sarahí, desde que llegaste a mi vida sin importar las adversidades que he enfrentado día a día, tengo una razón por la cual sonreír,

eres el mayor motivo por el cual quiero ser mejor persona en la vida y un recordatorio constante de que el amor existe y que siempre puedo dar un poco más de mí.

Agradezco a mis abuelos, amorosos y fieles consejeros de vida, ejemplo de superación, afecto y compasión, estoy seguro que en donde estén observan mis pasos y celebran conmigo mis logros.

Expreso mis cordiales agradecimientos a mis mentoras, Licda. Roxana Galdámez y Licda. Mariela Velasco, de quienes aprendí que luego del límite hay un sin número de experiencias y aprendizajes, que no hay una sola forma de hacer las cosas y que siempre hay algo que se puede mejorar, incluyendo a uno mismo; por creer en mi e impulsar mi camino al autoconocimiento, cuestionamiento, crecimiento personal y profesional, a partir de su orientación profesional me he convencido del amor que le tengo a mi carrera, por ello nuevamente, muchas gracias. De igual forma agradezco a la Licda. Lorena Mezquita, de quien aprendí que la organización y disciplina son bases fundamentales del actuar profesional.

Agradezco también a mis compañeras y amigas de tesis, por la comprensión, el cariño, los momentos de gracia y dolor, con quienes he crecido a lo largo de la carrera, puedo afirmar que cada experiencia a su lado ha sido significativa e invaluable, y así como ha sido invaluable también inexplicable con palabras, las cuales se quedan cortas e insuficientes para intentar describir la dicha que siento que este camino misterioso llamado vida o quizá un golpe de suerte del destino, nos haya permitido coincidir. Me atrevo a asegurar que, si no era con ustedes, estoy seguro que no hubiese sido con nadie más. "He aquí mi secreto, qué no puede ser más simple: sólo con el corazón se puede ver bien; lo esencial es invisible para los ojos." Saint-Exupéry -El principito.

**-Sergio Esteban Vásquez Letona.**

<b>ÍNDICE</b>	
<b>RESUMEN</b>	13
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	16
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.</b>	18
<b>2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.</b>	20
<b>3. OBJETIVOS</b>	21
<b>4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.</b>	22
<b>4.1. Estudios Previos.</b>	22
<b>4.2. Conceptos básicos.</b>	25
<b>4.3. El Síndrome del Cuidador.</b>	33
<b>4.4. Efectos psicológicos de la pandemia del COVID-19 en la población.</b>	38
<b>4.5. Marco legal del programa de investigación.</b>	42
<b>4.6. Modelos de intervención en programas psicológico</b>	45
<b>5. CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN</b>	59
<b>6. METODOLOGÍA</b>	61
<b>6.4. Población y muestra:</b>	63
<b>6.6. Instrumentos de recolección de datos:</b>	64

	13
<b>7. BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b>	71
<b>8. UBICACIÓN GEOGRÁFICA</b>	72
<b>9. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.</b>	73
<b>10. CONCLUSIONES</b>	199
<b>11. RECOMENDACIONES</b>	200
<b>12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	201
<b>13. Anexos</b>	209
<b>ÍNDICE.</b>	210
<b>13.1 Instrumentos de evaluación</b>	211
<b>13.2 Cartas de validación de instrumentos</b>	220
<b>13.3 Resultados de la recolección de datos.</b>	225
<b>13.3.1 Análisis e Interpretación de DASS-21</b>	225
<b>13.3.2 Análisis e interpretación de Escala dirigida al cuidador primario</b>	232

## RESUMEN

A partir del año 2020, El Salvador transcurrió por una crisis sanitaria a causa de la pandemia por el COVID-19, la cual desató una ola de diferentes desafíos, sometiendo a la población al estado de cuarentena obligatoria, generando diferentes efectos psicológicos con una influencia desfavorable al estado de salud mental y específicamente en las personas cuidadoras primarias de niñez con Síndrome de Down, que ante la pandemia se vió afectada significativamente debido al aumento de responsabilidades, por ello, se identificó la importancia de evaluar los diferentes efectos psicológicos causados por el confinamiento en personas cuidadoras primarias de niñez con Síndrome de Down, encontrándose presencia de ansiedad, estrés y depresión, obteniendo los resultados por medio de la aplicación de pruebas y escalas que posteriormente fueron procesadas y analizadas.

Partiendo de los resultados obtenidos, se diseñó una propuesta de programa enfocada a la disminución de los efectos psicológicos provocados por la pandemia del COVID-19, combinando técnicas del Modelo Cognitivo-Conductual y la Terapia Centrada en Soluciones, el cual está conformado por 10 sesiones de psicoterapia con modalidad grupal.

**Palabras claves:** *Efectos psicológicos por COVID-19, Cuidador primario, Propuesta de programa psicoterapéutico, Modelo Cognitivo-Conductual, Terapia Centrada en Soluciones.*

## 1. PRESENTACIÓN

Tomando de referencia los estragos a nivel psicológico que la pandemia ha producido en la población en general, como también considerando la sobrecarga y efectos que esta ha provocado en la población de cuidadores primarios de la niñez con Síndrome de Down, se realiza la propuesta de un programa psicoterapéutico ante los efectos psicológicos provocados por la pandemia de COVID-19 en los cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down, el cual también está acompañado de un sondeo que sustenta teóricamente dicha propuesta de programa psicoterapéutico tomando como referencia de muestra a las personas cuidadoras de atletas con Síndrome de Down de Olimpiadas Especiales, en la etapa de niñez, a los cuales nos referiremos según su estadio evolutivo durante la investigación.

Dicha propuesta se basa en las necesidades encontradas durante el sondeo y se realiza con un enfoque combinado desde la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual, los cuales se trabajan con base a los recursos personales que posee cada participante, jerarquizando las necesidades presentadas colectivamente, identificando los esquemas cognitivos precipitadores de malestar emocional y redefiniéndolos, priorizando las habilidades y capacidades que poseen y potenciando las mismas para afrontar y disminuir dicho malestar psicológico que manifiestan. La propuesta se estructura bajo una modalidad grupal y presencial estableciendo las medidas de bioseguridad pertinentes, constando de ocho sesiones de intervención, una de inducción y una de cierre con una duración de aproximadamente 90 minutos cada una y una cantidad máxima de 15 participantes. Dicha estructura permitirá su ejecución de manera adecuada en el momento que la institución o la población beneficiaria decida llevarlo a la práctica, teniendo en cuenta que solo podrá ser ejecutado por medio de un profesional de Psicología.

## INTRODUCCIÓN.

El Síndrome de Down es una alteración genética humana a nivel cromosómico, generada en algunos casos por la existencia de una copia extra del cromosoma 21, dicha alteración suele ser causa de un complejo conjunto de patologías en los que claramente se ven involucrados todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, provocando así el desarrollo de diferentes dificultades a nivel físico e intelectual, ubicándola en la categoría de discapacidad intelectual.

Según lo expresado por el Ministerio de Salud (MINSAL)<sup>1</sup> en los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en niños y niñas menores de 10 años con Síndrome de Down, publicado en diciembre del 2019, su incidencia a nivel mundial oscila entre 1 de cada 1,000 a 1 de cada 1,100 recién nacidos, y según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicadas dentro del mismo documento, en el año 2017 en El Salvador, fueron reportados 91 niños afectados con este síndrome, es decir, 1 de cada 1,000 nacidos vivos.

Dadas las características que presentan las personas con Síndrome de Down, es de suma importancia que reciban el cuidado adecuado, para ello también se vuelve de total necesidad garantizar la salud mental de los cuidadores primarios que están a cargo de estas personas, encontrando la dificultad de poca información que abone a los efectos psicológico que sufre dicha población, sin existir programas o instituciones que aborden la problemática.

Por ello, el presente proyecto de investigación está dirigido especialmente a la población de cuidadores primarios de la niñez con Síndrome de Down. En los primeros apartados se aborda la presentación de la propuesta de programa, el planteamiento y la justificación de la problemática, brindando conocimiento de la

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud de El Salvador.



situación actual, de la escasez de información científica y programas de intervención y atención integral hacia los cuidadores primarios de la niñez con Síndrome de Down.

Seguido se plantean los objetivos de la investigación y la fundamentación teórica que da inicio con las investigaciones previas con los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidades, los efectos psicológicos que han tenido los cuidadores a raíz del COVID-19, los enfoques que se utilizaron como base para el diseño de la propuesta del programa de psicoterapia grupal para la disminución de los efectos psicológicos provocados por la pandemia del COVID-19, entre otros elementos teóricos que se consideraron de utilidad para la investigación.

Posteriormente se aborda el contenido de la intervención, población beneficiaria, metodología, localización geográfica del lugar donde se realizó el sondeo, los planes operativos de la propuesta de intervención, las conclusiones y recomendaciones orientadas a futuras investigaciones y propuestas de intervención, finalizando con las referencias bibliográficas y los anexos del presente trabajo.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En la actualidad el síndrome del cuidador se manifiesta como una sobrecarga que implica el trabajo de atender las necesidades básicas, físicas y psicoemocionales de quien requiere de su labor, generando consecuencias significativas en diversas áreas de su vida.

Según un estudio de metaanálisis realizado en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya y la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga sobre 84 estudios diferentes en los que se comparaba a cuidadores y no cuidadores en diferentes variables relacionadas con la salud física y psicológica, demuestra cómo el 72.5 % de los cuidadores están más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y auto-eficacia que los no cuidadores, experimentando una sobrecarga intensa (Pinquart y Sorensen, 2003).

El trabajo de cuidados implica un desgaste significativo en las personas que lo desempeñan, tanto por las responsabilidades laborales, como también por el impacto psicológico experimentado por el cuidador, la impotencia ante las condiciones en las cuales se encuentra el usuario, la constante adaptación de las labores a las diferencias individuales y los cambios contextuales que situaciones como la pandemia del COVID-19 produjo y que dejó al descubierto un sin fin de desigualdades en su salud física y mental, que comparados con la población general, podrían generar mayores índices de morbilidad.

Profundizando un poco más acerca de los efectos que la pandemia COVID-19 ha producido en la población, se identifica que aumentaron las dificultades para ejercer las labores de cuidado, ya que la situación de confinamiento, restricciones y adquisición de nuevos hábitos y medidas preventivas, generan una limitante ante las

actividades a desarrollar, conllevando a un reto de adaptación para todas las personas que se dedican a cuidar.

En el país se observa que la población de cuidadores primarios se compone mayoritariamente de mujeres y, debido a los sistemas de género sus labores diarias no se limitan al cuidado de sus familiares, sino también a las actividades dentro de sus hogares, generando que la mayor parte de su actividad se encuentre vinculada con brindar atención a las necesidades de otras personas y el descuido de sus necesidades personales, esto implica un mayor riesgo de daño a nivel físico y emocional que no se encuentra directamente relacionado a su labor, estos al no ser controlados conllevan el riesgo de aumentos de las afectaciones emocionales, el desarrollo de trastornos y alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, estrés agudo, fatiga, entre otros. Para ello es imprescindible desarrollar programas y estrategias que permitan a esta población potenciar sus recursos de afrontamiento y resiliencia ante las diferentes adversidades, mitigando los niveles de tensión, desgaste físico y mental.

## **2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.**

En el contexto salvadoreño es parte del saber popular que la labor del cuidador primario de niñez con Síndrome de Down es sumamente desgastante, tanto a nivel físico como mental, con énfasis en el contexto actual de la pandemia por COVID-19, a pesar de ello, no se le brinda la debida importancia a dicha labor, invisibilizándola y subestimándola, reflejándose en la escasez de información sobre la temática. Este tipo de investigaciones generan una construcción y enriquecimiento teórico valioso para diagnosticar las necesidades psicológicas, implementar programas psicoterapéuticos de calidad que aporten a la mitigación del malestar emocional de las personas cuidadoras primarias y contribuir a futuras investigaciones.

Con la presente investigación, la población de cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down se vio beneficiada a través de la detección de sus necesidades psicológicas partiendo de su experiencia en la actual pandemia. Un rasgo de la propuesta es la flexibilidad de su diseño, dado que brinda la facilidad de adaptación y aplicación a futuras investigaciones con poblaciones con iguales o con similares características, mejorando así la calidad de vida de los mismos y su estado de salud mental, siendo este el valor metodológico del estudio.

El valor práctico de la propuesta está centrado en la intervención y disminución de las necesidades de atención psicológica a raíz de la pandemia por COVID-19 en los cuidadores primarios, la cual podría ejecutarse a futuro y dotarles de recursos personales, optimizando las estrategias de afrontamiento ya presentes en los mismos, generando como consecuencia la mejoría de la calidad de su salud mental. También brindar una base para la réplica de dicha propuesta teórica y su implementación como programa en otras instituciones u organizaciones que trabajen con dicha población con discapacidad, ampliando el alcance e impacto del mismo.

### 3. OBJETIVOS

**Objetivo general:**

Diseñar una propuesta teórica de intervención grupal sobre los efectos psicológicos generados por la pandemia COVID-19, con enfoque en Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual en los cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down.

**Objetivos específicos:**

- Identificar las principales manifestaciones de los efectos psicológicos producidos por la pandemia de COVID-19 en los cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down para el diseño de una propuesta de intervención.
- Seleccionar estrategias y técnicas que serán incluidas en la propuesta de intervención desde la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual, basadas en las necesidades psicológicas identificadas en el sondeo.
- Orientar el diseño de la propuesta psicoterapéutica al fortalecimiento y desarrollo de recursos en cuanto al cuestionamiento de ideas irracionales y distorsiones en el área cognitiva, desarrollo de relaciones familiares adecuadas en el área emocional y familiar, así como el manejo del estrés crónico y la ansiedad en el área de autocuidado de los cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down.

## **4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.**

### **4.1. Estudios Previos.**

Actualmente no se cuentan con estudios previos específicos sobre la temática de la presente investigación, por lo cual se presentan diferentes estudios realizados a lo largo de los años que se encuentran relacionados y referidos al síndrome del cuidador o de los efectos psicológicos perjudiciales para la salud implícitos en las funciones ejecutadas por las personas cuidadoras.

#### ***4.1.1. Burnout Entre Familiares de Pacientes Psiquiátricos que Asisten a Grupos de Apoyo Psicoeducativo. Por Cuijpers y Stam, año 2000, Suecia.***

Realizaron un estudio con el objetivo de analizar la presencia de “burnout” y valorar la efectividad de intervenciones familiares psicoeducativas en 164 personas familiares de pacientes psiquiátricos. En ellos encuentran que la culpa como tal y el cansancio emocional son los factores que predisponen al desarrollo del síndrome de sobrecarga del cuidador y son éstos los aspectos que deben enfatizarse durante el abordaje de apoyo psicoeducativo a los cuidadores.

#### ***4.1.2. Capacidad de resiliencia y calidad de vida de cuidadores de niños con síndrome Down- cebe auvergne Perú - Francia. Por Jiménez y Mamani, año 2015.***

La tesis fue realizada con el objetivo de determinar la relación en la capacidad de resiliencia con la calidad de vida de cuidadores de niños con Síndrome de Down, realizaron un estudio conformado por 105 cuidadores. El estudio concluye que, a mayor calidad de vida, mayor resiliencia, por lo tanto, existe relación entre la capacidad de resiliencia con la calidad de vida, entendiendo en la calidad de vida como un ente estrechamente relacionado a la salud, por lo cual las personas

cuidadoras también necesitan ser cuidadas en cuanto a sobrecarga de responsabilidades, bajo apoyo social y altos niveles de ansiedad y depresión.

***4.1.3. Estados emocionales de cuidadores principales de personas con Síndrome de Down del municipio de Puerto Berrío - Antioquia. Por Fernández Bolaño, Sánchez Jaramillo y Avendaño Ruíz, año 2018.***

Una de las conclusiones más relevantes del estudio indica que el 45 % de la población estudiada tienen sobrecarga intensa producto del tiempo de cuidado que realizan a sus familiares, afectando su salud física y sus vidas laborales, sociales y personales. Por otro lado, el 35% de los cuidadores están en riesgo de llegar a una sobrecarga intensa, incrementando la población de afectados a un 80 %, los cuales también deben ser tenidos en cuenta para posibles intervenciones. Este tipo de consecuencias sobre el bienestar psicológico puede repercutir en consecuencias severas a largo plazo, por lo cual deben planificarse y ejecutarse estrategias y programas de intervención sobre las necesidades emocionales de la población de personas cuidadoras.

***4.1.4. Nivel de Sobrecarga y Estrategias de Afrontamiento en Padres de Hijos con Síndrome Down. Por López y Huanca, año 2012, Arequipa, Perú.***

El objetivo fue establecer la relación entre el nivel de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento en padres de hijos con Síndrome Down. Utilizando el estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal y diseño correlacional, fue aplicado en una población de 93 padres de hijos con Síndrome Down. Se obtuvo como resultados que el nivel de sobrecarga está relacionado con las estrategias de afrontamiento y dentro de estas, la mejor relación se establece con las estrategias a la

percepción, en relación al nivel de sobrecarga en los padres de hijos con Síndrome de Down fue más frecuente la no sobrecarga (44.23 %).

Teniendo en cuenta los hallazgos de los diferentes estudios y conociendo la amplitud del malestar psicológico presente en los cuidadores, se resalta la importancia y necesidad de una mayor asistencia por parte del Estado y los centros médicos y psicológicos, creando programas específicos de atención en los cuidadores para brindarles recursos en el manejo de las situaciones derivadas de sus funciones de cuidado.

Un estudio de meta-análisis realizado sobre 84 estudios diferentes en los que se comparaba a cuidadores y no cuidadores en diferentes variables relacionadas con la salud física y psicológica demuestra cómo los cuidadores están más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y autoeficacia que los no cuidadores.

Para Zarit 2004 (como se citó en Huanca, 2012) el rol de cuidador supone importantes repercusiones para la salud física y mental de la persona encargada de cuidar, hablando en la actualidad de “síndrome del cuidador” para referirse a dichas consecuencias negativas. Esto se evidencia en los estudios previamente presentados, pues se concluye que la población de personas cuidadoras se encuentra en mayor vulnerabilidad de vivir efectos psicológicos que vulneren su salud mental y física. A lo largo de la investigación, se profundizará en los efectos psicológicos perjudiciales en las personas cuidadoras aplicados al contexto de la crisis sanitaria por COVID-19.



## 4.2. Conceptos básicos.

### 4.2.1. *Síndrome de Down.*

La Fundación Iberoamericana Down 21 (2010) plantea que el Síndrome de Down es “la existencia de un conjunto de síntomas que definen o caracterizan a una determinada condición patológica y que aparece cuando los núcleos de las células tienen 47 cromosomas en lugar de los 46 habituales” (p. 1).

No existe un consenso de la comunidad científica en cuanto a definirlo como discapacidad o limitar su definición en una categoría de trastorno genético/cromosómico. En la mayoría de los casos, su causa es una copia extra del cromosoma 21 (*Human Chromosome 21 Hsa21*). Abarca un conjunto complejo de patologías que involucran prácticamente todos los órganos y sistemas. Las alteraciones más prevalentes y distintivas son la dificultad para el aprendizaje, dismorfias craneofaciales, hipotiroidismo, cardiopatías congénitas, alteraciones gastrointestinales y leucemias.

La mayoría de las personas con Síndrome de Down presentan discapacidad intelectual de grado ligero o moderado. Existe una minoría en la que la discapacidad intelectual es tan pequeña que se encuentra en el límite de la normalidad; y otra en la que la deficiencia es grave, suele ser porque lleva asociada una patología complementaria de carácter neurológico, o porque la persona se encuentra aislada y privada de toda enseñanza académica.

Este cambio se debe tanto a los programas específicos que se aplican en las primeras etapas (estimulación e intervención temprana), como a la apertura y enriquecimiento ambiental que, en conjunto y de manera inespecífica, está actuando sobre todo niño, incluido el que tiene Síndrome de Down en la sociedad actual.

#### 4.2.1.1 Síndrome de Down y COVID-19

La crisis sanitaria causada por el COVID-19 conlleva a una alta afectación de la población en general, considerándose a ciertas personas con mayor probabilidad de hospitalización debido a condiciones médicas previas si se contagian del virus. Los individuos con Síndrome de Down que son mayores son considerados de alto riesgo.

Según las observaciones de Kantar, Mazza, Bonanome, Odoni, Seminara, Dalla, Lovati, Bolognini, D'Antiga (2020), se indica que los niños con Síndrome de Down pueden tener riesgo de padecer un curso más grave de la enfermedad COVID-19 con respecto a sujetos sanos, debido a la patología subyacente de malformaciones cardiovasculares, respiratorias, obesidad y respuesta inmune de este síndrome.

Los CDC<sup>2</sup> (2020) y los National Institutes of Health (NIH) han identificado a las personas que tienen ciertas morbilidades subyacentes como de alto riesgo, significando con ello que es más probable que estas personas enfermen gravemente y requieran hospitalización si se infectan con el COVID-19. Los CDC actualmente han clasificado a las personas con discapacidad como “personas que necesitan tomar precauciones adicionales”. Las personas con Síndrome de Down entran dentro de este grupo de “alto riesgo”.

Entre estas preocupaciones adicionales, las personas con discapacidades pueden prepararse durante el brote de COVID-19 a través de la planificación ante la posibilidad de infección de la persona con discapacidad, creando listas de contactos que puedan apoyar ante la enfermedad, asimismo se deben planificar al menos dos formas de comunicarse desde el hogar y el trabajo que se puedan utilizar rápidamente en caso de emergencia (por ejemplo, teléfono fijo, teléfono celular, mensajes de texto, correo electrónico).

---

<sup>2</sup> CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Control y Prevención de Enfermedades).

Otra recomendación es suministrarse de suficientes artículos para el hogar y comestibles para realizar confinamiento durante algunas semanas, un suministro de al menos 30 días de medicamentos recetados y de venta libre y cualquier equipo o suministros médicos que pueda necesitar, así como realizar una fotocopia de las recetas, apoyando a obtener medicamentos en una situación de emergencia.

Asimismo, según la Fundación Iberoamericana Down21 (2008) los principales cuidadores primarios suelen ser las madres debido a la socialización histórica del género, quienes generalmente deben considerar actividades de cuidado tales como contar más con la participación del cónyuge, dejarse sustituir en lo material, pedir más colaboración familiar y delegar en familiares cercanos una parte de la atención personal de algunas facetas de los otros hijos, descansar, mantener aficiones, hábitos alimenticios adecuados a sus necesidades, mantener relaciones con su círculo social y evitar la culpabilidad al no cumplir con recomendaciones.

#### ***4.2.2. Definición de cuidador.***

A lo largo de la investigación se entenderá el concepto de cuidador como la persona encargada de cuidar a otros que por su estado de salud o por presencia de alguna discapacidad tienen alguna limitación para cuidarse a sí mismos. (Moreno, 2006)

Martínez y Miangolarra (2006) establecen que, el cuidado de otras personas requiere un aprendizaje que se produce a lo largo de toda la vida y que es la suma de la adquisición de una serie de conocimientos, la experiencia personal y el entorno en el que cada persona se ha desenvuelto.

Además, dentro del concepto de cuidado, se tiene la concepción de un componente de eficacia y eficiencia, es decir no puede entenderse el cuidado de otra persona sin un mínimo nivel de diligencia en su ejecución.

La decisión de cuidar se basa en dos componentes: el *personal* donde se toma la decisión de cuidar de manera individual y *el social* donde existen factores estructurales (sociales, económicos y/o culturales) que determinan al cuidador a asumir esta responsabilidad, este último factor es el que incide la decisión del personal cuidador.

#### ***4.2.3. El rol del cuidador primario.***

El cuidador informal o primario es aquel que no está capacitado para dar un cuidado a otro, esta persona no recibe una remuneración por su labor, ya que por lo general este tipo de cuidador es un familiar muy cercano, existiendo una carga emocional que tiene esta persona para con su enfermo (Ríos y Galán, 2012). Nos referiremos a este tipo de cuidador a lo largo de la investigación.

#### ***4.2.4. Habilidades y aptitudes del cuidador primario.***

##### **4.2.4.1. Habilidad de cuidado.**

Según Mayeroff (1971), se considera como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser.

##### **4.2.4.2. Cualidades del cuidador primario.**

Ngozi Nkongho (1990) asume que "las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia". Entre las habilidades que plantea se encuentran las siguientes:

- **Conocimiento:** Las personas se sienten y se comportan de forma diferente en relaciones variadas con otros, lo cual implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye

conocer las propias fortalezas y limitaciones para conocernos a nosotros mismos y al otro.

- **Paciencia:** Esta autora considera que "la paciencia es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración e incluye el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de otros".

Cada una de las definiciones de paciencia involucra una directa relación con el otro, es comprender la situación, sus sufrimientos, respetarlo como ser único, con sus propias actuaciones, pensamientos y sentimientos propios de cada situación, siempre con tolerancia y espera en el tiempo, para dejar que los resultados sean el fruto de esa entrega de cuidado.

- **Valor.** Para esta autora el valor de cuidar se obtiene de experiencias del pasado, es la sensibilidad para estar abierto a las necesidades del presente. Se contempla en cada una de las experiencias vividas con las personas cuidadoras, en el simple hecho de tomar la determinación de cuidar o de asumir esta obligación. Cada una de estas situaciones presenta un grado de valor porque muestra la capacidad de asumir un reto ante lo desconocido, en una situación que posiblemente se prolongue en el tiempo, con incertidumbre en el proceso y en los resultados.

#### ***4.2.5. El estado de salud del cuidador primario.***

A continuación, se detallarán las características implicadas en el estado de salud del cuidador primario, en los próximos apartados se describirán las vivencias emocionales y la significación que implica para las personas cuidadoras.

##### ***4.2.5.1. Cansancio del rol de cuidador***

El cansancio del rol del cuidador es definido por la NANDA<sup>3</sup> como: “dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia”.

Según Suria (2014) el diagnóstico realizado por NANDA describe respuestas humanas a estados de salud o procesos vitales que existen en un individuo y está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) las cuales se exponen a continuación:

<b>Características definitorias</b>
<i>Manifestaciones del cansancio en el rol de cuidador<sup>4</sup></i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inquietud por los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionarlos.</li> <li>● Inquietud por la salud futura del receptor de los cuidados.</li> <li>● Inquietud por la habilidad futura de cuidados para proporcionar cuidados.</li> <li>● Inquietud por la posible institucionalización del receptor de los cuidados.</li> <li>● Dificultad para completar las tareas requeridas.</li> <li>● Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas.</li> <li>● Cambio disfuncional en las actividades del cuidador.</li> <li>● Preocupación por los cuidados habituales.</li> </ul>
<i>Afectación en el cuidador por cansancio.<sup>5</sup></i>

<sup>3</sup> Siglas de la antigua North American Nursing Diagnosis Association es hoy una sociedad científica de enfermería, de carácter internacional, cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería.

<sup>4</sup> Nota aclaratoria: La terminología utilizada por NANDA hacía alusión a “actividades del cuidador” lo cual se ha parafraseado a “manifestaciones del cansancio en el rol de cuidador”.

<sup>5</sup> Nota aclaratoria: La terminología utilizada por NANDA hacía alusión a “estado de salud” lo cual se ha parafraseado a “afectación en el cuidador por cansancio”.

<u>Física:</u> <sup>6</sup>	<u>Emocional:</u>	<u>Socioeconómica:</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermedad cardiovascular.</li> <li>● Diabetes.</li> <li>● Fatiga.</li> <li>● Trastornos gastrointestinales.</li> <li>● Cefaleas.</li> <li>● Hipertensión.</li> <li>● Erupciones.</li> <li>● Cambios ponderales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cólera.</li> <li>● Trastorno del sueño.</li> <li>● Sentimientos de depresión.</li> <li>● Frustración.</li> <li>● Afrontamiento individual deteriorado.</li> <li>● Impaciencia.</li> <li>● Labilidad emocional creciente.</li> <li>● Nerviosismo creciente.</li> <li>● Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.</li> <li>● Somatización.</li> <li>● Estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cambios en las actividades de tiempo libre.</li> <li>● Baja productividad laboral.</li> <li>● Rechazo de promociones profesionales.</li> <li>● No existe participación en la vida social.</li> </ul>

El cuidador establece un módulo social sujeto a las presiones y condiciones de la sociedad, lo económico y político, quien se encargará de brindar apoyo social, funcional o material. De estas exigencias, los cuidadores pueden experimentar

<sup>6</sup> Nota aclaratoria: Se infiere que dichos indicadores parten de la perspectiva médica del autor, el equipo considera que algunos de los mismos pueden aparecer por múltiples factores, no necesariamente debidos al cansancio.

diferentes emociones negativas (ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza) o por el contrario, emociones positivas (amor, aumento de la autoestima y gratificación por la labor realizada), esto último, depende de las experiencias individuales que tienen al asumir el rol de cuidador, al contrario, de quienes experimentan sentimientos importantes de pérdida de su vida o de las expectativas personales proyectadas, no cumplidas por ser un cuidador, provocando como consecuencia constantes deterioros en su estado de ánimo (Flores, et al., 2012).

#### **4.2.6. Tipos de cuidador.**

Según la Fundación Hospital St. Jaime I Sta Magdalena y Laboratorios HARTMANN, S.A, el cuidador puede ser catalogado según sus responsabilidades, retribuciones, parentesco y otras características.

Se conoce como cuidador principal o primario (población objeto de estudio en la presente investigación) del enfermo a la persona que asume la responsabilidad de atender y cuidar al enfermo diariamente. Es el familiar más cercano, generalmente cónyuge que acompaña en el proceso de la enfermedad del paciente desde el inicio de esta, durante todo el proceso de enfermedad y hasta su muerte.

El cuidador formal trabaja de forma remunerada y en el ejercicio de su profesión. Por lo general esta figura la desarrolla el personal socio-sanitario y es frecuente que sea realizada por auxiliares en la clínica. Posteriormente, es relevado por un profesional que puede desarrollar este trabajo a nivel domiciliario, correspondiente, en algunos casos, a su período laboral completo. Su labor también se perfila como parte de la “descarga” que se pretende hacer del cuidador principal.

Por último, figura el cuidador informal, son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención al enfermo.



### 4.3. El Síndrome del Cuidador.

Es un cuadro plurisintomático caracterizado por la prestación de cuidados integrales a personas que requieren asistencia; por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata y que puede conllevar a un agotamiento físico, psíquico y social en todas las esferas del cuidador, afectando su calidad de vida y su desarrollo social (Viera y Yugcha, 2016).

#### 4.3.1. *Causas del síndrome del cuidador.*

Según diversos estudios la causa principal es el estrés crónico continuo, este aparece por la carga y tensión constante que mantiene el cuidador, debido al esfuerzo que conlleva la labor diaria, la enfermedad, la afectación, la discapacidad u otros, de la persona que tiene bajo su cuidado, lo que lógicamente lleva a que agote sus reservas psicológicas y físicas.

La Confederación Española de Alzheimer en un estudio sobre causas, síntomas y estrategias de afrontamiento del síndrome del cuidador quemado realizado en el 2016, menciona que otras de las causas por las que se puede generar el síndrome en los cuidadores primarios son las siguientes:

- **La confusión de roles:** Muchas personas se confunden cuando deben cumplir su papel de cuidador. Puede resultarles difícil separar su rol de cuidador de su rol como esposo(a), amante, hijo, amigo, etc.
- **Generar expectativas poco realistas:** El cuidador puede esperar que su labor haga surgir un efecto positivo en la mejora de los síntomas de la persona, lo cual es muy poco realista, ya que muchas veces la enfermedad tiene síntomas progresivos o que no se pueden revertir de ninguna manera, sino solamente controlar o adaptar.
- **Falta de control sobre la situación:** La falta de recursos materiales, económicos o falta de desarrollo y potenciación de recursos psicológicos como habilidades para

planificar, gestionar y organizar el cuidado de sus seres queridos, puede generar sentimiento de frustración en el cuidador primario.

- **Exigencias poco razonables:** En ocasiones los cuidadores se auto imponen cargas irracionales, lo que sucede al creer que ellos son los únicos responsables del progreso o sostenimiento del usuario. Esto puede generar que algunos miembros de la familia e incluso hasta el mismo paciente, impongan exigencias poco razonables, que repercutan en la carga que ya posee el cuidador.
- **Otros factores:** En muchos casos a los cuidadores se les dificulta conocer cuando están pasando por un desgaste, llevándolos al punto de no realizar sus funciones con eficiencia y generando incluso posibles enfermedades físicas y psicológicas, finalmente, llegan al punto en que no pueden funcionar con eficacia.

Según Hernández (2020), las causas mencionadas en los párrafos anteriores no son los únicos que arrojan los estudios, pues existen otros factores desencadenantes del síndrome del cuidador como, la reducción del tiempo libre dedicado a actividades de ocio, ya que, en los casos de enfermedades progresivas no solamente aumenta la presencia de los síntomas si no también la demanda de atención que requiere el paciente.

Otros factores desencadenantes de que el Síndrome del Cuidador se presenta, pueden ser alteración de las condiciones laborales, ya que en ocasiones se ven obligados a reducir sus horas laborales o a renunciar, el agotamiento físico, puesto que la ayuda necesaria para cumplir con las actividades de la vida diaria requieren grandes dosis de fuerza física y, generalmente, no disponen de dispositivos auxiliares adecuados, la realización de actividades repetitivas y monótonas día tras día y el agotamiento psicológico provocado por el empeoramiento del estado del paciente y la incapacidad por evitarlo.

### **4.3.2. Consecuencias del Síndrome del Cuidador.**

Es importante citar que los síntomas del Síndrome del Cuidador pueden ser progresivos, debido al desgaste generado de manera proporcional al agravamiento de los síntomas clínicos del padecimiento del paciente cuidado. Los más destacados suelen ser: el agotamiento físico mencionado en el apartado anterior, este suele aparecer en un inicio con dolores musculares debidos a tendinitis, contracturas de distinta intensidad, lumbalgia, entre otros asociados a las actividades de cuidados físicos que requieren esfuerzo por parte del cuidador primario, sumándole a eso en algunos casos la edad considerable y sin el entrenamiento necesario para dicha labor.

Según un artículo publicado en el año 2018 por la Revista NGD<sup>7</sup> de Madrid, España, que se dedica a la publicación de artículos de diversos temas, expone que algunos de los síntomas y consecuencias del síndrome en el cuidador primario se manifiestan de la siguiente manera:

#### **En el aspecto físico:**

- Alteraciones del sueño.
- Cansancio.
- Dolores musculares.
- Taquicardias.
- Abandono de su propio cuidado y de su imagen.
- Falta de apetito.

#### **En el aspecto emocional:**

---

<sup>7</sup> Gestión y Negocios de la Dependencia, estudio sobre el síndrome del cuidador quemado y sus consecuencias.

**Agotamiento Emocional.** Según Salanova y Llorrens (2011), el agotamiento emocional puede provocar una despersonalización, la cual suele ser de común aparición en el cuidador primario y en personas con el Síndrome de Burnout, esta conlleva a que la persona con el cargo de cuidador realice acciones no acorde a su función, como apatía, auto sabotaje, aunando síntomas como irritabilidad, falta de concentración y pérdida de memoria, llevando a la desconexión emocional del cuidador con el paciente, llegando a considerarlo como un desconocido y generando aún más estrés, que puede producir tristeza y sentimientos de culpa al no comprender su situación y frustración por considerarse malos cuidadores.

**En el aspecto social:**

Se puede generar la *pérdida de la vida social y deterioro de las relaciones personales*: surgiendo de una inadecuada priorización de labores, es decir el cuidador considera que su labor con la persona con discapacidad intelectual y el bienestar de este, es la actividad más importante y de su total responsabilidad durante su rutina diaria, lo que conlleva al aislamiento de su redes de apoyo es decir, pareja, amigos y familiares, en las actividades fuera de su labor se generan estados de apatía, depresión, insomnio y pérdida de la autoconfianza, ya que consideran que todo lo que realizan por la persona a su cargo es insuficiente, empeorando con el deterioro continuo y la incapacidad por evitarlo.

Según Viera y Yugcha (2016), otras consecuencias podrían ser:

*La falta de apoyo familiar y social hacia el cuidador primario*, generando un impacto negativo, alterando su estado psicológico con la aparición de problemas depresivos crónicos, en el caso de los cuidadores informales se sabe que tienen una peor calidad de vida en comparación con la salud del resto de la población,

especialmente las mujeres quienes padecen más condiciones crónicas lo que perjudica más su vida.

Por otra parte, también es de conocimiento de estos autores que los cuidadores en edad adulta han presentado la capacidad de recuperación psicológica y un mejor afrontamiento de manera eficaz, permitiéndoles anteponerse bastante bien a su papel como cuidadores, adquiriendo mayor experiencia sin mostrar afectación patológica psíquica o física.

Sin embargo, el cuidador en general debe tener como base los conocimientos necesarios para enfrentar las demandas del cuidado, dependiendo no solo de las experiencias previas sino también de factores como: el estatus económico, la personalidad, los roles sociales, la calidad de las relaciones interpersonales, los hábitos de promoción de la salud e incluso factores genéticos.

#### **En el aspecto laboral:**

La labor de cuidador también puede generar cambios en el área laboral de la persona como renunciar al mismo de manera temporal o definitiva, retirarse temprano para reducir horas de trabajo y con repercusiones sobre los ingresos económicos que pudieran afectar a la calidad de vida e incluso el derecho a la jubilación.

EAIIME, 2004 (como se citó en Viera y Yugcha 2016), más de uno de cada cuatro cuidadores supone que no puede plantearse trabajar fuera de su domicilio, el 12 % ha tenido que dejar de trabajar, el 11 % reducir su jornada laboral, el 11 % poseen complicaciones para cumplir horarios y el 7 % consideran que su vida profesional se ha visto afectada.

#### **En el aspecto de las relaciones sociales:**

Debido al tiempo y dedicación que demanda el proceso de cuidado, se dejan de realizar diferentes actividades sociales, personales e interpersonales, lo cual ha

sucedido con mayor frecuencia durante la reciente pandemia generada por el COVID-19, ya que debido a las medidas de confinamiento y distanciamiento, la mayor parte de la población ha tenido que realizar sus actividades laborales, académica y otros ámbitos desde casa, generando dificultades como: el trabajar más horas de las debidas, llevándolos a interrumpir horas de sueño, de alimentación, de ocio familiar, invasión de su espacio personal, entre otros.

#### **4.4. Efectos psicológicos de la pandemia del COVID-19 en la población.**

Las medidas en estados de Emergencia Nacional, cuarentena, aislamiento y estados de excepción suelen generar preocupación intensa que se refleja de diferentes maneras en la población.

Según un estudio salvadoreño realizado por el Núcleo Científico Y Tecnológico en Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de La Frontera, Chile, en conjunto con la Universidad Don Bosco de El Salvador, en el año 2020, se comprobó que la manifestación de síntomas emocionales en los residentes salvadoreños, mayores de edad, durante el estado de emergencia y confinamiento por la pandemia del COVID-19, son un 75 % leves, mientras que el 25 % restante manifiestan los síntomas de manera moderada-severa.

También se encontró que los síntomas de estrés, depresión y ansiedad son de mayor incidencia en mujeres, que cuentan con menos de 32 años de edad y que sus actividades diarias no sólo están limitadas a la dedicación de lo laboral formal, sino también de otras actividades fuera de ello. Otra de las poblaciones mayormente afectada durante la cuarentena fue la estudiantil quienes manifestaron los niveles más elevados en los estados emocionales con respecto a las poblaciones y categorías tomadas como muestra para dicho estudio, esto se generó debido a la adaptación de

las clases de manera virtual, la incertidumbre sobre la continuación de sus estudios por diversos factores, la separación física de su círculo social y las actividades de ocio con los mismos, siendo quienes no trabajan ni estudian la población con menor incidencia negativa en su estado emocional, debido a la adaptación previa de su rutina habituada a la permanencia en casa.

Según Sandín, Valiente, Escalera y Chorot (2020), los 10 miedos más comunes se refieren en su mayoría a temores relacionados con la contaminación, enfermedad y muerte debidos al coronavirus. Le siguen en relevancia los miedos relacionados con el trabajo y la pérdida de ingresos, y los temores al aislamiento social. Los miedos a la carencia de productos de primera necesidad han resultado ser menos frecuentes. La prevalencia de estos miedos es muy elevada, pues más del 20 % de la población estudiada indica haberlos experimentado con una intensidad elevada o extrema, algunos miedos parecen ser especialmente graves ya que son experimentados de forma muy intensa por más del 40 % de los participantes. Entre estos miedos se incluyen los temores a la muerte de un familiar, al contagio de algún familiar, a la propagación del virus, y al aislamiento de familiares y amigos íntimos.

Debido a la magnitud y frecuencia con la que estos temores se presentan durante el período de emergencia por COVID-19, se sostiene que la salud mental se ve afectada de gran manera, pues todo ello ha provocado afectaciones como alteraciones del sueño, tristeza, soledad, irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, preocupación, nerviosismo, agobio e inquietud, síntomas también originados por la desinformación o sobreexposición del tema por parte de los medios de comunicación y redes sociales, obstaculizando maneras más adaptativas de afrontamiento de la situación de confinamiento dentro de los hogares y siendo más difícil la adaptación a una nueva rutina.

#### ***4.4.1. Efectos de la pandemia en el cuidador primario.***

En relación a los efectos causados por la pandemia del COVID-19 en los cuidadores primarios, de acuerdo con la IACO<sup>8</sup>, hay más de 63 millones de cuidadores a nivel internacional.

Como se ha visto en los párrafos anteriores los cuidadores se ven con un cúmulo de presiones a las que hacen frente a diario, pero en 2020 la incertidumbre causada por la pandemia el hecho que estas dificultades se acentúen más de lo normal, puesto que, provocado un impacto global en los sistemas sanitarios, alterando considerablemente la situación de los cuidadores no profesionales de todo el mundo, que se han visto afectado su bienestar económico, físico y psicológico.

Según el informe de Bienestar de Cuidadores, realizado por Embracings Carers<sup>9</sup> en 12 países del mundo, en el año 2020, el cual se realizó con una muestra de 9,000 cuidadores primarios, los efectos psicológicos sobre dicha población fueron los siguientes:

- **Aumento de la carga emocional:** Más de la mitad de los cuidadores (65 %) informan que proporcionar apoyo emocional es una de sus principales responsabilidades como cuidador, con el 57 % de los cuidadores diciendo que esta responsabilidad sólo ha aumentado desde que comenzó el brote. El 61 % de los cuidadores informó que la pandemia de COVID-19 ha empeorado su propia salud mental y emocional.
- **Una mayor exigencia:** La pandemia causó un gran impacto en todo el mundo y aumentó la presión sobre los cuidadores. Ahora asumen una carga mayor que nunca. El estudio determinó que el tiempo que los cuidadores invierten en cuidar creció en un 7.6 horas por semana en relación con el tiempo dedicado antes de la pandemia.

---

<sup>8</sup> (International Alliance of Carer Organizations, IACO)

<sup>9</sup> Iniciativa global liderada por la compañía de ciencia y tecnología Merck en colaboración con algunas de las principales organizaciones internacionales de cuidadores.



- **Nuevas responsabilidades:** Los cuidadores llevan mucho tiempo enfrentándose a obstáculos, pero la pandemia los ha llevado asumir tareas nuevas que amplían sus responsabilidades, como lo son las medidas de bioseguridad para evitar contraer el virus.
- **El impacto sobre los cuidadores:** Los retos físicos, mentales, económicos, sociales y profesionales que conlleva la prestación de cuidados afectan considerablemente al bienestar de los cuidadores.
- **Desigualdades en la prestación de cuidados:** No todos los cuidadores están lidiando con dificultades de la misma manera pues el apoyo familiar para quienes ejercen esta labor, es poco y por lo general la responsabilidad recae solamente en el miembro de la familia más cercano al paciente.

Además 74 % de los cuidadores encuestados señalaron que su salud mental empeoró significativamente desde el inicio de la pandemia, manifestándose a través del miedo intenso a que la persona que cuida vaya a morir a causa del COVID-19, menos tiempo para estar con sus amigos y familiares, sensación de soledad debido al confinamiento, dificultades en el sueño por la preocupación constante de la persona a la que cuida, ansiedad por no poder mantener un equilibrio entre el trabajo remunerado y su responsabilidad como cuidador de su familiar, adaptación de hábitos alimenticios poco saludables, miedo a contagiarse de COVID-19 y no contar con nadie que les ayude con el cuidado de la persona a su cargo.

No obstante, cabe mencionar que no se encontraron estudios que hablarán sobre los efectos psicológicos causados por la pandemia del COVID -19 en los cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down tanto a nivel nacional como internacional, por lo que en apartados posteriores se aportarán los hallazgos encontrados a través del sondeo en esta investigación, que permitan tener un panorama más amplio de la situación de los cuidadores primarios por la pandemia del COVID -19 en El Salvador.

#### ***4.4.2. Efectos de la pandemia en la población con Síndrome de Down.***

Actualmente los datos que respaldan el nivel de afectación de la pandemia del COVID-19 sobre la niñez con Síndrome de Down son inexistentes a nivel nacional, y con escasa información a nivel internacional, sin embargo, se sabe que esta población puede presentar algunos factores preexistentes como enfermedades cardíacas, problemas respiratorios crónicos, asma, apneas del sueño, situaciones de disfunción del sistema inmune, diabetes o tratamientos que favorecen la función inmune, entre otros.

Estos factores podrían afectar la respuesta que su sistema tenga al adquirir el virus, ya que además poseen menos células capaces de proporcionar la debida vigilancia por parte de su sistema inmunitario y las respuestas de este son organizadas más lentamente en comparación con el resto de la población, efecto que se acentúa con la edad, por ello las personas con Síndrome de Down suelen presentar mayor riesgo a los efectos adversos al COVID-19.

Los comportamientos presentados por las personas con Síndrome de Down suelen ser también un factor de riesgo para la adquisición del virus, por ejemplo, algunas personas con este síndrome suelen tocarse los ojos y cara con más frecuencia de lo normal, pueden prestar menos atención a la hora de lavarse las manos o seguir las recomendaciones para la prevención de la enfermedad.

#### **4.5. Marco legal del programa de investigación.**

Como parte de la investigación y del labor en el campo de la Psicología se retoman aspectos legales, considerando aquellos elementos que brindan un soporte a la investigación y que justifican la importancia de la misma, entre los cuales se mencionan El Código de Ética de la Profesión de Psicología, con una directriz en el

actuar de la profesión y consideraciones en la investigación científica, como también se toma en cuenta La Constitución de la República de El Salvador, en donde se establece el compromiso del estado ante las personas por garantizar el derecho a la salud mental y que a partir de la investigación y programa se busca hacer valer, al tomar en cuenta una población invisibilizada con un malestar latente, naturalizado y de importante magnitud.

#### ***4.5.1. Código de Ética de la Profesión de Psicología. (2011)***

Según el capítulo 2 inciso 4 y 6 del Código de Ética de la Profesión de Psicología, se enuncia lo siguiente:

4. “Respeto a los derechos fundamentales. Como profesional respeta los derechos fundamentales, la preservación de la vida, la dignidad y valores de los seres humanos; reconoce las diferencias individuales referidas a edad, sexo, género, religión, ideología política, estado socio-económico, cultura, nacionalidad, etnicidad, discapacidad, idioma y otras; respeta la libre determinación y autonomía de las personas, así como su privacidad y su secreto profesional; no participa en prácticas profesionales que violan la integridad del ser humano.”

6. “Responsabilidad social. Como psicólogo acepta que su compromiso científico y profesional está al servicio de las personas y de la sociedad; se esfuerza por contribuir al desarrollo de la Psicología como disciplina para lograr la salud integral, y en especial la salud mental del individuo y de la comunidad; participa con equipos interdisciplinarios en la atención de problemas psicosociales, en situaciones de crisis y sufrimiento humano; promueve los avances y las investigaciones en el campo de la Psicología; es vigilante del adecuado ejercicio profesional, y colabora con el público y con organismos competentes, en la denuncia de la violación a normas científicas, éticas y legales que regulan el ejercicio de la profesión; es consciente de

que es un agente de cambio social y promueve su trabajo por una sociedad más sana y más justa”.

Como terapeutas es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos contemplados en las normativas éticas de la profesión:

b) Promover el bienestar de las personas, por lo que dedica su quehacer profesional a orientar la resolución de los problemas que afectan la salud mental.

c) Desarrollar sus habilidades y su experiencia profesional relacionada con su área de trabajo, en la prevención de problemas psicológicos de la comunidad.

De igual manera como equipo investigador es importante tomar en cuenta los apartados mencionados a continuación:

a) Asumir responsabilidad de realizar investigaciones que sean útiles al progreso de la Psicología y al fomento del bienestar humano.

b) Respetar los principios éticos y científicos de la investigación, la cual debe realizarse en función de los derechos humanos de los participantes.

d) Especificar con claridad las responsabilidades entre investigador y sujetos de la investigación mediante un acuerdo justo que delimita los compromisos de cada uno.

m) Dirigir la investigación de acuerdo con el protocolo propuesto y aceptado por la institución u organización que lo apoya y autoriza para realizarla.

o) Considerando la naturaleza de la investigación, es recomendable que la población investigada conozca los resultados de la misma.

#### ***4.5.2. Constitución de la República de El Salvador***

Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la

seguridad jurídica y del bien común. Asimismo, reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción. En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

#### ***4.5.3 Ley De Protección Integral Para la Niñez y la Adolescencia (LEPINA).***

Artículo 36.- Niñas, niños y adolescentes con discapacidad.

La familia, el Estado y la sociedad se encuentran obligados a garantizar el goce de una vida digna y eliminar todos los obstáculos físicos, urbanísticos, arquitectónicos, comunicacionales, de transporte, sociales, económicos y culturales, que impidan a las niñas, niños y adolescentes con discapacidad acceder a los servicios de salud.

El acceso a la salud comprende la prevención, la atención, la rehabilitación, los programas de apoyo a las familias y las demás acciones encaminadas a su desarrollo integral.

## **4.6. Modelos de intervención en programas psicológico**

### ***4.6.1. Modelo de intervención en salud:***

**Modelo de Atención Integral:** Según Mattos (2016) el enfoque biopsicosocial en salud comienza a gestarse en el siglo XX, asociado a un cambio en el paradigma científico que incorpora una nueva forma de entender el proceso salud-enfermedad. Surge como una nueva alternativa y complemento a las ineficiencias del

modelo médico hegemónico, considerando aspectos sociales y psicológicos de las personas como determinantes de la salud y la enfermedad.

El proceso salud-enfermedad es multicausal e implica una interrelación de diversos factores que determinan, influyen y condicionan la salud de las personas, grupos y comunidades. Es por ello que los paradigmas desarrollados al respecto se traducen en políticas sanitarias de intervención y tienen su correlación en prácticas sociales vinculadas a la atención en salud que constituyen los modelos de atención.

Dentro de la presente investigación se ha retomado de dicho modelo el impacto en la salud tanto física como psicológica que las condiciones sociales han provocado en las personas, en las cuales, el contexto de pandemia, las alteraciones en las condiciones económicas, laborales y familiares han sido muy significativas.

**El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS):** Es jerarquizado y distingue al menos tres determinantes subsumidos uno en el otro: el determinante estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros; el determinante intermedio está dado por las exposiciones y vulnerabilidades diferenciales de los grupos poblacionales como el familiar, escolar, laboral o social de la persona, el cual trata de las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades; por ejemplo, los servicios de Salud constituyen un determinante intermedio. El determinante proximal está representado por factores de riesgo individuales como las morbilidades de base, la edad, carga genética, el sexo y la etnia. Sin embargo, categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la medida que modifiquen la posición social de la persona y se traduzcan en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud.

En el modelo de determinantes sociales de la OMS se habla de los determinantes sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad. No se trata de factores o variables, las cuales pueden ser sueltas, no relacionadas, que no establecen un mecanismo explicativo-interpretativo, sino de procesos que permiten identificar en forma jerarquizada un determinante estructural dado por contextos y posición social de las personas, familias y comunidades, y un determinante intermedio representado por las llamadas condiciones materiales en que transcurre la trayectoria de vida de las personas, las familias y las comunidades.

Por lo tanto, dentro de los elementos que se han tomado en cuenta partiendo de dicho modelo es el papel importante que juega la vulnerabilidad que ciertos sectores poblacionales poseen, tanto por aspectos económicos, como por características tan individuales como la genética (considerando que la población investigada tiene a su cargo personas con Síndrome de Down) en la salud física y psicológica de la persona. De igual manera se toma en cuenta el hecho que la situación de pandemia ha generado una modificación en las formas de acceso a la salud y educación de las personas a quienes los cuidadores tienen a su cargo, y como las dificultades de adaptación han afectado la salud en general de dichos cuidadores primarios.

#### **4.6.2 Modelos terapéuticos.**

##### ***4.6.2.1. Modelo sistémico e intervención desde la Terapia Centrada en Soluciones (TBCS)***

###### **4.6.2.1.1 Conceptualización del Modelo Sistémico.**

Según Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano (2016), “El Modelo Sistémico se basa en presupuestos meta teóricos que se alejan de los tradicionales (por ej. física clásica) y se inspiran en la Teoría General de Sistemas, primero, y las teorías de la

complejidad después. La noción de sistema implica un todo organizado que es más que la suma de las partes, se sitúa en un orden lógico distinto al de sus componentes. Se define por sus funciones, estructura, circuitos de retroalimentación (feedback) y relaciones de interdependencia. Aplicada a la familia, supone entenderla como un todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas. Forman parte de una danza o patrón interaccional en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás”.

#### **4.6.2.1.2. Conceptualización y procedimiento metodológico de la Terapia Centrada en Soluciones.**

La Terapia Centrada en Soluciones entiende las dificultades de los consultantes como construidas en el lenguaje. Esto no quiere decir que sólo se trate de lenguaje sin implicar la acción, según De Shazer (1995), los problemas de los consultantes tienen que ver con conductas generadas a partir de su visión del mundo.

También según la TBCS la experiencia de la realidad o el significado que le damos a nuestras vivencias se construye a través de interacciones con otras personas y no dependen sólo de cuestiones individuales. Estos enfoques terapéuticos le dan mucha importancia a los factores sociales que posibilitan y/o limitan la manera en la cual se experimentan las vivencias, pues un mismo evento puede ser interpretado de diferentes maneras en distintos contextos culturales, relacionales y lingüísticos.

Jong y Berg, 2002, (citado por Tarragona, 2006) plantean los pasos o etapas de la Terapia Centrada en Soluciones como los siguientes:

1. Explicar al consultante cómo trabaja el terapeuta.
2. Describir el problema, averiguar y amplificar lo que el consultante quiere (utilización de la “Pregunta Milagro”).



3. Explorar las excepciones (uso de escalas).
4. Formular y ofrecer retroalimentación al consultante, ver, amplificar y medir el progreso del consultante.

Por otra parte, Beyebach (2006, como se citó en Avelar, Orantes y Rivera, 2020) sugiere las siguientes estructuras para la primera y las sesiones posteriores, respectivamente.

**Figura 1.**

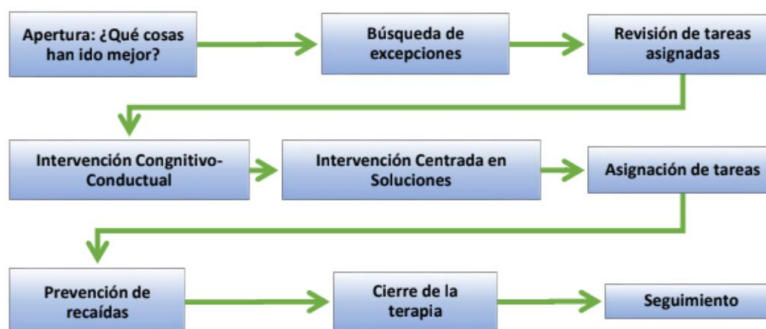
*Esquema de primera sesión de TBCS, Beyebach, 2006.*



*Nota:* Dicho esquema es una adaptación realizada por Avelar, Orantes y Riviera, 2020.

**Figura 2.**

*Esquema de segunda sesión y sesiones posteriores de TBCS, Beyebach, 2006.*



*Nota:* Dicho esquema es una adaptación realizada por Avelar, Orantes y Riviera, 2020.

El objetivo principal de este tipo de terapia es construir e implementar soluciones, por lo tanto, la investigación en profundidad del problema no es un aspecto céntrico de esta terapia. A pesar de ello, sí afirma que es importante conocer lo que aflige al consultante para entender mejor qué es lo que quisiera que fuera diferente en su vida y cuál es el cambio que quiere lograr.

Se puede considerar que la implementación de la TBCS en un programa de intervención sería de relevancia, puesto que actualmente existe una carencia de investigaciones que retomaran las mismas para el trabajo con cuidadores primarios de personas con Síndrome de Down, y más aún, una combinación de las mismas con la terapia Cognitivo-Conductual.

#### **4.6.2.1.3. Aplicación de la Terapia Centrada en Soluciones.**

Con el pasar de los años se están abriendo numerosos campos de aplicación de la TBCS tanto dentro como fuera del ámbito de la psicoterapia, publicándose trabajos sobre el abordaje en problemas como el alcoholismo, la violencia familiar, la esquizofrenia o el abuso sexual; y se han desarrollado interesantes experiencias de aplicación a contextos no-clínicos, como la orientación escolar, el consulting organizacional o el trabajo social.

En todos estos contextos, el énfasis de la TBCS sobre los aspectos no patológicos, los recursos y la colaboración la hace una herramienta útil y sencilla de usar. El carácter formal de esta modalidad, que no prejuzga qué contenidos trabajar y, por tanto, permite aplicarlo a temas y situaciones muy diversas aumenta también su aplicabilidad.

Es importante mencionar su aplicabilidad en el trabajo en formatos nuevos, y en especial en formato grupal (Eakes, Walsh, Markowski, Cain y Swanson, 1997; Kuhn, 1998; Murphy, 1996; Selekman, 1996, como se citó en Góngora, Fuertes y

Ugidos, 1999), donde técnicas como las preguntas de escala parecen resultar especialmente útiles para crear "grupos centrado en las soluciones"

A pesar de lo anteriormente mencionado es crucial considerar la aplicación del enfoque a problemas o patologías específicas, puesto que, en las mismas se plantean algunas dificultades teóricas, por cuanto, implica reconocer que cierto tipo de problemas pueden requerir tipos de soluciones específicas, planteamiento habitual en psicoterapia, en el cual las TBCS puedan ser menos efectivas.

#### **4.6.2.1.4. Beneficios de la Terapia Centrada en Soluciones.**

La TCS parece eficaz en un considerable porcentaje de los casos en los que se emplea: tanto en estudios americanos como españoles y europeos en general, en torno a tres cuartas partes de los consultantes tratados con esta modalidad de terapia informaron en el seguimiento que el problema por el que consultaron se había resuelto del todo, o que había mejorado de forma significativa.

De igual manera la tasa de recaídas tras la terapia es muy pequeña, y no supera el 10% de los casos tratados con éxito (Beyebach y Cols, 1997). Además, rara vez aparecen problemas nuevos tras la terapia, por lo que puede descartarse que se produzca una "sustitución de síntomas". Es más, el efecto es el contrario: en un considerable porcentaje de los casos se informa, en el seguimiento, de que tras la terminación de la terapia se han producido cambios nuevos y otras mejoras.

Otro de los beneficios de la TBCS es que, al menos el 70 % de las terapias duran cinco o menos sesiones (Beyebach y cols., 1997; De Jong y Hopwood, 1996). Estos datos apoyan la eficiencia de esta modalidad de terapia y que la TBCS no sólo es un tratamiento eficaz en muchos casos, sino que consigue estos resultados con un bajo coste tanto a nivel temporal, económico y emocional.

Cabe resaltar que el hecho de que no se registren diferencias significativas entre terapeutas expertos y novatos ni en el éxito ni en la duración de la terapia parece sugerir que la TBCS son, tal y como suele considerarse, un enfoque terapéutico con una modalidad relativamente sencilla de aprender, y que no requiere una extensa formación para ser aplicada de forma exitosa.

#### **4.6.2.1.5. Áreas de abordaje desde la Terapia Centrada en Soluciones.**

Según (Beyebach y Cols, 1997), la TBCS trabaja en primer término con las soluciones, ayudando a los consultantes a identificar lo que quieren conseguir, trabajando para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que lo consiguen (trabajo con excepciones) y fomentando que los consultantes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos. Sin embargo, si esta línea de trabajo no genera avances suficientes, el terapeuta puede abordar la situación desde el planteamiento complementario, intentando reducir la conducta problema, y retomando la línea de las soluciones cuando aparecen los cambios.

La terapia es vista como un proceso conversacional y se piensa que el diálogo y la conversación son generadores de significados. La forma en la que pensamos y hablamos de nuestros problemas o dificultades puede contribuir a que nos hundamos más en ellos o podamos contemplar nuevas formas de verlos, de solucionarlos o transformarlos. La TBCS también confiere importancia a las tareas fuera de sesión, al reconocimiento de los avances, recursos y cambios mínimos en los consultantes, estimulando la participación de los mismos en la terapia, además, se centra en el presente del problema hacia el futuro de su resolución con base en los recursos, experiencias previas o capacidades y redefinición del problema por parte de los y las consultantes.

#### 4.6.2.1.6. Técnicas desde la Terapia Centrada en Soluciones.

Según The Solution Focused Brief Association (2013) dentro de las técnicas claves para dicha terapia, se encuentran los siguientes:

- *Búsqueda de excepciones:* Una excepción es considerada como un momento en que un problema pudo haber ocurrido, pero no ocurrió, es algo que sucede en lugar del problema, con o sin la intención del consultante o tal vez incluso con o sin su comprensión.
- *El cambio de pre-sesión:* Al principio o cerca del principio de la primera sesión de terapia, los profesionales centrados en la solución pueden preguntar: "¿Qué cambios nota usted que han ocurrido o comenzado a suceder desde que tomó la hora para esta sesión?".
- *Objetivos centrados en soluciones:* El establecimiento de objetivos personales relevantes, claros, específicos y alcanzables es un componente importante de la TBCS. Siempre que sea posible, el profesional intenta evocar metas pequeñas en lugar de metas grandes.
- *Pregunta de milagro:* Es una manera de preguntar por el objetivo de una persona de una manera que comunica respeto por la inmensidad del problema, y al mismo tiempo conduce a la persona a dar con las piezas más pequeñas y manejables de la meta. También es una manera para que muchos hagan un "ensayo virtual" de su futuro preferido.
- *Preguntas de escala:* Si la persona o familia dan metas específicas directamente o bien, a través de la pregunta del milagro, una siguiente intervención en TBCS es hacer que ellos evalúen su estado actual en una escala de 0 a 10. Las preguntas de escala son posibles y útiles.

- *Elogios:* Los elogios son otra parte esencial de la TBCS. La validación de lo que los consultantes ya están haciendo bien. Los elogios en las sesiones de terapia pueden ayudar a acentuar lo que las personas están haciendo y que está funcionando bien.
- *Experimentos y tareas:* Los profesionales a menudo terminan la sesión sugiriendo un posible experimento para que las familias o personas prueben entre sesiones, si así lo desean. Estos experimentos se basan en algo que ellos ya están haciendo (excepciones), pensando, sintiendo, etc.

#### **4.7. Intervención desde la Terapia Cognitivo- Conductual.**

##### ***4.7.1. Conceptualización y procedimiento metodológico de la Terapia Cognitivo-Conductual.***

La terapia cognitivo conductual observa al ser humano y su comportamiento, partiendo del pensamiento desde una perspectiva científica y asimismo maneja el interior del ser humano para hacer más completo su análisis, objetivo y su planteamiento. Dicha terapia lleva al paciente a descubrir otras posibilidades de solución, siendo esta un trabajo terapéutico directivo, ya que amplía un mundo de perspectivas a partir de las cuales puede enfocar aquello que provoca conflicto, llevando al paciente a encontrar por él mismo lo que los teóricos denominan pensamientos irracionales, realizando así una reestructuración cognitiva, lo que promoverá en el consultante una mejor adaptación a su ambiente. Es precisamente el pensamiento irracional o distorsionado el que lleva de alguna manera a la actuación del mismo.

#### ***4.7.2 Aplicación de la Terapia Cognitivo- Conductual.***

Según Ramirez y Rodríguez (2012), en la Revista Electrónica de Psicología Iztacala, a lo largo de los años, se han estudiado distintos puntos de vista acerca de la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales. Estas técnicas son de gran utilidad, tanto para el análisis como para la intervención de numerosos trastornos y problemáticas psicológicas, que llevan a los pacientes a tomar psicoterapia. En añadidura a esta opinión, mencionan que las técnicas cognitivo conductuales son efectivas principalmente por el componente conductual que conllevan, más que por el cognitivo. No obstante, los autores consideran que el elemento cognitivo también juega un papel especial para lograr el cambio en las personas y que el complemento de ambos es lo que hace que se logre los resultados tan eficaces que se obtienen en este tipo de terapia.

Por otra parte, el Royal College of Psychiatrists citado por la Sociedad Española de Psiquiatría (2009), afirma que se ha demostrado que es útil tratando diferentes patologías como: ansiedad, depresión, pánico, agorafobia y otras fobias como la fobia social, también la bulimia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y esquizofrenia.

#### ***4.7.3. Beneficios de la Terapia Cognitivo- Conductual.***

La terapia cognitivo conductual, según lo presenta la revista Psicomag, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos (Caballo, 1998, pág. 513). Está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado,

aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas.

También, paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede. Esta terapia tiende a fomentar la independencia del paciente.

Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades inter-sesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente y está centrada en los síntomas y su resolución. Todo esto se hace con el fin de aumentar o reducir conductas específicas, como, por ejemplo, ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. En esta terapia se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia donde apunta la terapia.

Según The Royal College of Psychiatrists y Sociedad Española de Psiquiatría, 2009, la TCC fomenta el análisis a detalle de los problemas experimentados, visualizando conexiones entre los mismos y la forma en la cual estos afectan a la persona. Pueden ser una situación, un problema o un hecho adverso

Es uno de los tratamientos más eficaces para trastornos donde la ansiedad o la depresión es el principal problema. Es la forma más eficaz de tratamiento psicológico para casos moderados y graves de depresión y es tan eficaz como los antidepresivos para muchos tipos de depresión.



#### **4.7.4 Áreas de abordaje desde la terapia Cognitivo- Conductual.**

Según Escartí y Tarín (2012), el modelo cognitivo-conductual ayuda a entender mejor el problema analizando diferentes áreas a evaluar, tales como:

- Estímulos disparadores.
- Pensamientos.
- Emociones y síntomas físicos.
- Conducta.
- Consecuencias.
- Organismo y factores medioambientales.

Se reconoce que los pensamientos, las emociones, sensaciones físicas, el comportamiento, como también el funcionamiento a nivel intrapersonal, y social son áreas de relevancia para el modelo y que cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Es decir, los pensamientos sobre un problema pueden afectar la experiencia física y emocional de la persona, como también pueden alterar la conducta en respuesta de la persona en diferentes situaciones.

##### **4.7.4.1 Técnicas desde el Modelo Cognitivo-Conductual.**

Según Ibáñez y Manzanera (2011), como también Oblitaz (2010), algunas de las técnicas a retomar son las siguientes:

- *Técnicas de control físico:* Las estrategias de control físico, relajación muscular y respiración profunda potencian el control de las emociones negativas como la ansiedad, el enfado, el dolor o la ira.
- *Esquema ABC:* El cual consiste en un análisis acerca de las ideas, en donde A es cualquier evento, B, son las creencias tanto racionales como irracionales y C, son las

consecuencias o respuestas conductuales y emocionales. Esta técnica tiene como objetivo identificar y transformar dichas ideas irracionales.

- *Diálogo socrático*: El cual consiste en un conjunto de cuestionamientos a la persona con el objetivo de cambiar o modificar los pensamientos inadaptativos que la otra persona presenta.
- *Ejecución de Tareas*: Las cuales pueden consistir, desde llevar a cabo un proceso de auto observación a partir de auto registros, hasta poner en práctica los ensayos conductuales realizados en las sesiones.

Se consideró pertinente la combinación de la Terapia Centrada en Soluciones y el Modelo Cognitivo - Conductual, ambos modelos por separado han demostrado una efectividad en su aplicación y con el objetivo de proponer un programa piloto que permita a futuras investigaciones implementar y corroborar su efectividad, se decidió la combinación de ambos enfoques.

La propuesta cuenta con la precisión metodológica que otorga el modelo Cognitivo-Conductual y la flexibilidad práctica de la Terapia Centrada en Soluciones, además, posee una connotación novedosa debido a la carencia de investigaciones en el país en relación a la combinación de ambos cortes terapéuticos.

## 5. CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN

La intervención está relacionada con aspectos de definición, reconstrucción y encuentro con los propios recursos, habilidades, capacidades, intereses y necesidades de las personas participantes, para ello es necesario el establecimiento de técnicas psicológicas adaptadas a las necesidades encontradas en la fase de aplicación de instrumentos de recolección de datos.

El contenido de la intervención está planteado bajo la combinación de los modelos Cognitivo Conductual y Terapia Centrada en Soluciones, por lo cual los principales ejes de trabajo se centran en la reestructuración de las cogniciones que generan malestar emocional y disfuncionalidad, así como la redefinición y/o re significación brindada a las experiencias construidas a través de las interacciones con otras personas, construyendo e implementando soluciones.

Es de suma importancia intervenir en el área cognitiva para que las personas cuidadoras primarias de niñez con Síndrome de Down desarrollen las habilidades de reestructurar las ideas irracionales y distorsiones cognitivas que se puedan presentar en su vida cotidiana, para lo cual se plantean técnicas relativas al modelo ABC, distorsiones cognitivas, introducción al auto cuestionamiento y elaboración de pensamientos alternativos.

Asimismo, se prioriza el trabajo en el área conductual partiendo desde lo físico y el autocuidado, en donde se proponen técnicas de relajación con el objetivo de incrementar el control de las personas sobre su propio cuerpo y mente, disminuyendo los estados de tensión y efectos psicofisiológicos generados por el estrés. Relacionadas con esta, se encuentran las técnicas orientadas a dirigir la atención de las personas hacia aquellos elementos relativos a su salud y bienestar global, como lo son

mantener adecuados hábitos alimenticios, una buena higiene del sueño, organización del tiempo, espacios de recreación, entre otros.

Dentro del área emocional el trabajo con los procesos conversacionales es primordial, pues el diálogo es generador de significados, por lo cual, constantemente se plantean técnicas orientadas a la búsqueda de excepciones, establecimiento de objetivos orientados en soluciones, preguntas que conduzcan a las personas participantes a evaluar su estado actual y desfragmentar metas, entre otras.

El presente proceso pretende el reencuentro en las personas participantes de aquellos propios recursos, habilidades, capacidades, necesidades, intereses, objetivos y cuidado que por producto de la sobrecarga en el rol han abandonado, de este modo, reforzarlos y fortalecerlos, dotándolos de recursos de afrontamiento ante el estrés crónico.

Cada sesión tiene un método de evaluación orientada a establecer nuevas metodologías adaptadas a las necesidades colectivas o para estabilizar recursos metodológicos y procedimentales ya establecidos y/o utilizados, así como se establecen tareas orientadas a cumplir los objetivos de las personas participantes, en función de la disminución de su malestar emocional y la potenciación sus habilidades.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Enfoque metodológico del estudio: Cuantitativo.

Puesto que no se realiza un diagnóstico, ni estudios de casos clínicos y no se profundiza en las experiencias de las personas, basándose en dicho enfoque se recogieron y analizaron datos a través de un sondeo<sup>10</sup>, utilizando una escala para el cuidador, una guía de observación estructurada, las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), se integraron hallazgos y se formularon inferencias utilizando estadísticos simples, con base a ello se desarrollaron estrategias de intervención en pro de la disminución de conductas problemáticas y en función de generar conductas adaptativas, las cuales serán registradas al final del proceso psicoterapéutico a partir de un grupo focal que evalúa la efectividad del programa a través de diversas técnicas según las expectativas y las conductas objetivas generadas en la primera sesión.

Según Sampieri (2014), “el enfoque cuantitativo representa un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a las siguientes. El orden es riguroso, aunque desde luego, se pueden redefinir fases. Parte de una idea que va acotándose, y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y se determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones”.

---

<sup>10</sup> Nota aclaratoria: En el presente estudio, se comprenderá el sondeo realizado como una somera recolección de datos por parte del equipo en relación a las dificultades experimentadas por las personas cuidadoras en el tiempo de pandemia, para la identificación de áreas de mayor afectación.

## **6.2 Tipo de estudio:** Documental - Descriptivo

De manera central la investigación posee un tipo de estudio documental-descriptivo. Se evidencia el tipo documental puesto que se consultó información a partir de diversas fuentes que contribuyeron para la creación e implementación de instrumentos de recolección de datos aplicados como un sondeo general y que fueron útiles para identificar las áreas más afectadas en la población, lo cual también le otorga a la misma un corte exploratorio, puesto que se partió de un tema poco estudiado que ofrece una referencia para futuras investigaciones e implementaciones en el cual no se plantean hipótesis pero si se profundiza un poco más en temáticas que carecen de bagaje bibliográfico. Seguido de ello, la aplicación de los instrumentos para el sondeo se realizó de manera presencial y directa, brindando una connotación de campo al tipo de estudio.

Asimismo, partiendo de la información recolectada se plantean las problemáticas experimentadas por la población, explicándolas de manera general y mencionando las características de la misma a partir de un sondeo aplicado a la población objeto de estudio, igualmente, las diferentes formas de valoración de las sesiones del programa y del programa como tal, se realizan a partir de instrumentos que definen las experiencias de las personas, lo cual genera que el tipo de estudio también sea de corte descriptivo.

## **6.3 Diseño de estudio:** bibliográfico, transversal y no experimental.

Según Sampieri (2014), el diseño transversal o transeccional se encuentra dentro de las investigaciones no experimentales en las cuales se recolecta la información en un único momento y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

El diseño de investigación fue transversal, no experimental, ya que se recolectaron los datos en un único momento a partir de instrumentos de recolección de datos cuantitativos y no se centró en el desarrollo ni la evolución de las variables a lo largo del tiempo, no se midieron las variables ni se hizo uso de grupos control.

Según La UNIR, (s.f)<sup>11</sup>,(citada por La Universidad Nacional Autónoma de México, 2018), la investigación bibliográfica se caracteriza por la utilización de los datos secundarios como fuente de información, comprendido como material de información creado por otros autores.

Por lo tanto, el presente estudio también es de tipo bibliográfico puesto que se relacionaron datos recabados de diferentes fuentes de información secundarias como: tesis, investigaciones, publicaciones de revistas científicas, artículos, libros, entre otras.

#### **6.4. Población y muestra:**

Del promedio de padres o familiares de la niñez con Síndrome de Down que participa activamente en el área de Olimpiadas Especiales, se obtuvo la participación de un total de 15 cuidadores primarios.

#### **6.5. Tipo de muestreo**

Por lo tanto, para esta investigación, se utilizó el muestreo no probabilístico, específicamente el muestreo por conveniencia. Esta es una técnica de muestreo donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para los investigadores. Se consideró una persona por niño o niña con Síndrome de Down, y mayores de 18 años, que mostraron interés de participar en la investigación. Para abordar a los cuidadores se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

---

<sup>11</sup> Universidad Internacional de La Rioja, España.

- ***Criterios de inclusión***

Se consideraron los cuidadores primarios de sexo masculino y femenino, que sean personas mayores de 18 años, cuya persona a quien cuidan este en la etapa de desarrollo de la niñez y que mostraron interés de participar en dicha investigación.

- ***Criterios de exclusión***

No se consideraron los cuidadores primarios que sean menores de 18 años, que cuidaran personas con Síndrome de Down no correspondientes a la etapa de la niñez y cuyo trabajo de cuidado fuera remunerado.

## **6.6. Instrumentos de recolección de datos:**

### **6.6.1 Métodos de recolección de datos.**

- ***Observación.***

El método de observación permitió describir y explicar el comportamiento de los y las participantes al momento de aplicar las pruebas, brindando información en relación a la actitud de las personas evaluadas, las medidas de bioseguridad, su conducta motora y aspecto físico, indicadores que suman a la recolección de datos.

### **6.6.2 Técnicas de recolección de datos**

- ***Observación dirigida.***

Es lo que ocurre cuando hay un objetivo concreto, se conocen claramente cuáles son los aspectos a observar, para alcanzar tal objetivo supone haber anteriormente una elección. Esta elección determina a la vez lo que se debe o no seleccionar.



- *Escala de evaluación numérica.*

Las escalas de evaluación permiten recabar información de manera ágil sobre un tema en específico, en este caso la escala de evaluación numérica lleva a obtener los datos por medio de indicadores medidos por números a su equivalente descriptivo.

- *Prueba psicométrica*

Segun Tovar, s.f, (como se citó en Villarroel, 2014), el test psicométrico es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración, forma, expresión y significado (pág. 87).

Para la realización del sondeo de esta investigación se aplicó la escala DASS-21 la cual permitió extraer y confirmar información que se contrastó con los demás instrumentos aplicados.

### **6.6.3 Instrumentos de recolección de datos**

- *Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21).*

El DASS-21 posee tres subescalas, depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems (ver anexo 13).

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

- ***Depresión:***

5-6 depresión leve

7-10 depresión moderada

11-13 depresión severa

14 o más, depresión extremadamente severa.

- ***Ansiedad:***

4 ansiedad leve

5-7 ansiedad moderada

8-9 ansiedad severa

10 o más, ansiedad extremadamente severa.

- ***Estrés:***

8-9 estrés leve

10-12 estrés moderado

13-16 estrés severo

17 o más, estrés extremadamente severo.

- *Escala para el cuidador primario de niñez con Síndrome de Down sobre efectos psicológicos ante la pandemia del COVID-19.*

Este instrumento fue diseñado por el equipo de investigadores y consiste en una escala tipo Likert auto aplicada, que contiene 24 indicadores y 3 preguntas

abiertas que permiten conocer los recursos de afrontamiento con los que cuenta la persona, abonando al diseño del programa (ver anexo 13.3).

Esta escala está dividida en 3 grandes áreas siendo estas las siguientes:

- Afectación en la labor de cuidados:

Esta área está compuesta por los indicadores del 1 al 5.

- Efectos psicológicos por el COVID-19:

Esta área se integra con los indicadores del 6 al 24.

- Evaluación de los recursos personales de afrontamiento:

Contiene las siguientes preguntas:

1. ¿Qué complicaciones experimentó en sus actividades a raíz del confinamiento? y ¿qué complicaciones observó en la persona a quién cuida?

2. ¿Qué estrategias ha implementado para adaptarse o afrontar las diversas situaciones que se le han presentado a nivel personal, familiar y laboral a raíz del COVID? ¿Le sirvieron?

3. Si su respuesta a la pregunta anterior es NO, explique. La respuesta de esta última claramente dependerá de la respuesta dada en la pregunta anterior.

- En relación con la medición y evaluación se tiene lo siguiente:

La intensidad con la que la persona ha experimentado los indicadores se mide a través de 3 opciones siendo estas: nada, poco o mucho. Esto debe responderse basándose en lo experimentado por la persona en los últimos 6 meses.

Las preguntas abiertas son con el objetivo de obtener mayor información sobre los recursos de afrontamiento personal con los que cuenta cada persona, teniendo su utilidad en el diseño del programa.

- *Guía de Observación.*

Esta guía fue diseñada por el equipo con el objetivo de recuperar información en relación a las actitudes manifestadas por las personas participantes durante la aplicación de las pruebas en el proceso de investigación, esto con el fin de brindar al programa una orientación con base en las necesidades encontradas en la integración de los instrumentos de evaluación.

Dicha guía contiene está estructurada con los siguientes aspectos:

- Aspecto físico.

En este apartado se valora la presencia o ausencia de los siguientes indicadores: Ropa aseada, ojeras marcadas, desaliñado y sequedad en el rostro.

- Actitud.

En este apartado se valora la presencia o ausencia de los siguientes indicadores: irritado/amable, sigue instrucciones, realiza preguntas respecto al instrumento o a la temática, impaciencia, mirada esquiva o cabizbaja.

- Conducta motora.

En este apartado se valora la presencia o ausencia de los siguientes indicadores: respiración agitada, movimiento constante de piernas, se levanta o sienta a cada momento (inquietud), temblor en las manos y tics en alguna parte del cuerpo

- Medidas de bioseguridad.

En este apartado se valora la presencia o ausencia de los siguientes indicadores: uso de mascarilla, uso de careta, constantemente se aplica el

alcohol gel, desinfecta muebles u objetos cercanos y si mantiene el distanciamiento con los demás.

- En relación con la medición y evaluación se tiene lo siguiente:

Esta guía puede llevarse a ser aplicada de manera individual o colectiva (según objetivos y necesidades de las investigaciones en las que se decida utilizar), siendo la aplicada de manera colectiva en esta investigación debido al origen grupal de la propuesta de programa. Su puntuación se divide de la siguiente manera:

0: No existe presencia

1: Poca presencia

2: Presencia moderada

3: Presencia grave

### **6.7 Procedimiento metodológico**

Para el desarrollo del diseño de la propuesta de programa psicoterapéutico dirigido a cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down, se detallan las actividades que se realizaron:

#### **FASE INICIAL DE LA INVESTIGACIÓN:**

- **Selección y aprobación del tema de investigación:** consistió en la propuesta de tres temas, de los cuales se seleccionó uno, siendo enviado a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias y Humanidades para su posterior aprobación.
- **Elaboración de marco referencial:** una vez aprobado el tema de investigación, se procedió al momento de recolección de contenido

bibliográfico para la elaboración del marco referencial, obteniendo todos los elementos base significativos para el posterior diseño del programa.

- **Diseño de instrumentos:** obtenidos todos los elementos teóricos requeridos, se diseñaron y seleccionaron los instrumentos que evalúan los efectos psicológicos de la pandemia por COVID-19 en los cuidadores primarios.
- **Validación de instrumentos:** al diseñar los instrumentos, se realizó la validación de los mismos a través de criterios de jueces externos a la universidad.
- **Sondeo y aplicación de instrumentos:** se convocó presencialmente a los cuidadores primarios contactados a través de la gerencia de Olimpiadas Especiales, para aplicar los instrumentos de la prueba psicométrica del DASS-21, la Escala dirigida al cuidador primario creada por el equipo y la guía de observación, a través de un sondeo para obtener los datos.
- **Análisis e interpretación de resultados:** se contrastaron los datos obtenidos a través del sondeo junto con la información teórica. Se realizaron gráficos por instrumentos y áreas propuestas, así como la interpretación de las mismas de manera sintética.
- **Diseño de la propuesta del programa de intervención psicoterapéutico:** se seleccionaron las técnicas y estrategias combinadas del Modelo Cognitivo-Conductual y Terapia Centrada en Soluciones, adecuadas a las necesidades psicológicas encontradas en los instrumentos, con el objetivo de minimizar los efectos de malestar y maximizar los recursos de los participantes. Los lineamientos de evaluación del programa se encuentran dentro del mismo. La propuesta de programa no ha sido validada a partir de criterio de jueces puesto que se espera que dicha validación sea brindada por pruebas pilotos ejecutadas

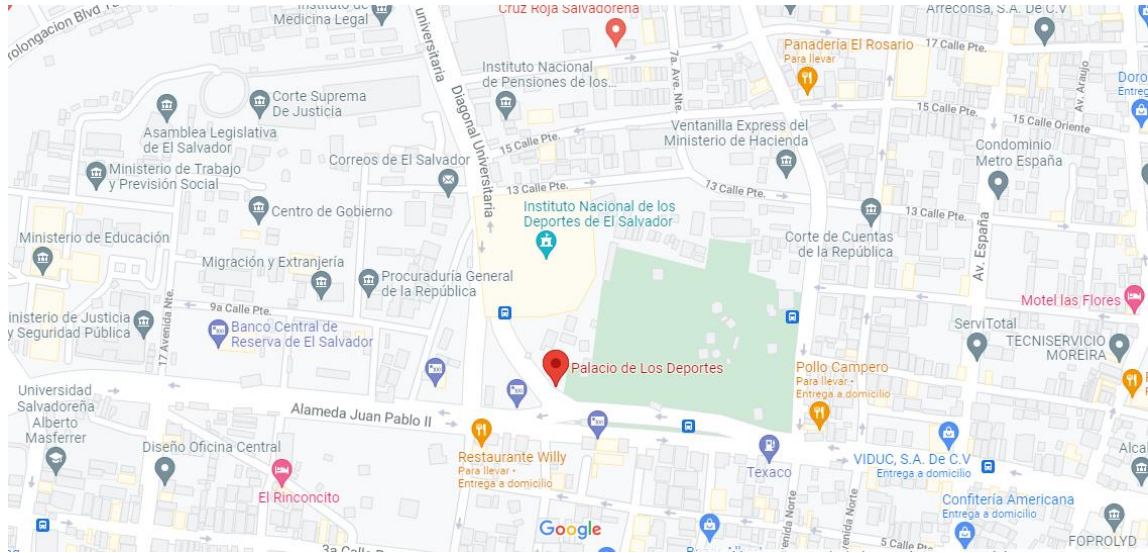
en futuras investigaciones, para que se hagan las mejoras en la puesta en marcha y de manera global al final de su primera ejecución.

## **7. BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

La propuesta está dirigida a hombres y mujeres entre edades de 18 a 70 años que fungen como cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down, de diferentes estatus económicos y familiares, con diversos niveles académicos y que se verán favorecidas a nivel intra e interpersonal, favoreciendo también la estabilidad psicológica no solo de las personas beneficiadas sino también de la niñez a su cargo.

## 8. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El sondeo realizado para la recolección de datos se realizó en un salón con el apoyo de Olimpiadas Especiales, dentro del Palacio de los Deportes, ubicado en PR43+2PM, Diagonal Universitaria, San Salvador.





## 9.PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

**Universidad De El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**

*Título de la propuesta.*



“Propuesta de programa de intervención grupal basada en Terapia Breve Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia por COVID-19 dirigido a cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down”.

### ***Autores:***

Ramos Ramos Frida Betania. (RR16063)

Reyes Bonilla María Teresa. (RB13018)

Vásquez Letona Sergio Esteban. (VL16003)

***Docente directora:*** Licda. Roxana María Galdámez Velásquez.

***Coordinador general del proceso de grado:*** Lic. Israel Rivas.

**Ciudad Universitaria Dr. Fabio Castillo, octubre de 2021.**

## **1. Introducción**

La crisis sanitaria generada por COVID-19 ha provocado un impacto particular en toda la población, desencadenando varios efectos psicológicos desde estrés crónico hasta síntomas de ansiedad, depresión, dificultades en las relaciones interpersonales, familiares y laborales, y específicamente en el cuidador primario de personas con Síndrome de Down, ha generado un mayor impacto todavía. Partiendo de ello se plantea el siguiente objetivo “Diseñar una propuesta teórica de intervención grupal sobre los efectos psicológicos generados por la pandemia COVID-19, con enfoque en Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual en los cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down”.

Dicho programa posee en su contenido la respectiva justificación del mismo, en donde se esclarece los antecedentes de la situación problema a abordar, el impacto de la propuesta y también su valor metodológico. Por otra parte, también se establecen los objetivos del programa, sus características y sus normas de aplicación.

Dentro de dicha propuesta de intervención se brinda una explicación de la metodología del programa, mencionando la población beneficiada, los métodos de registros evaluativos, un resumen de las técnicas a implementar en el mismo y las estrategias de evaluación. Para finalizar, se presentan los planes operativos de cada jornada y sus respectivos materiales de trabajo.

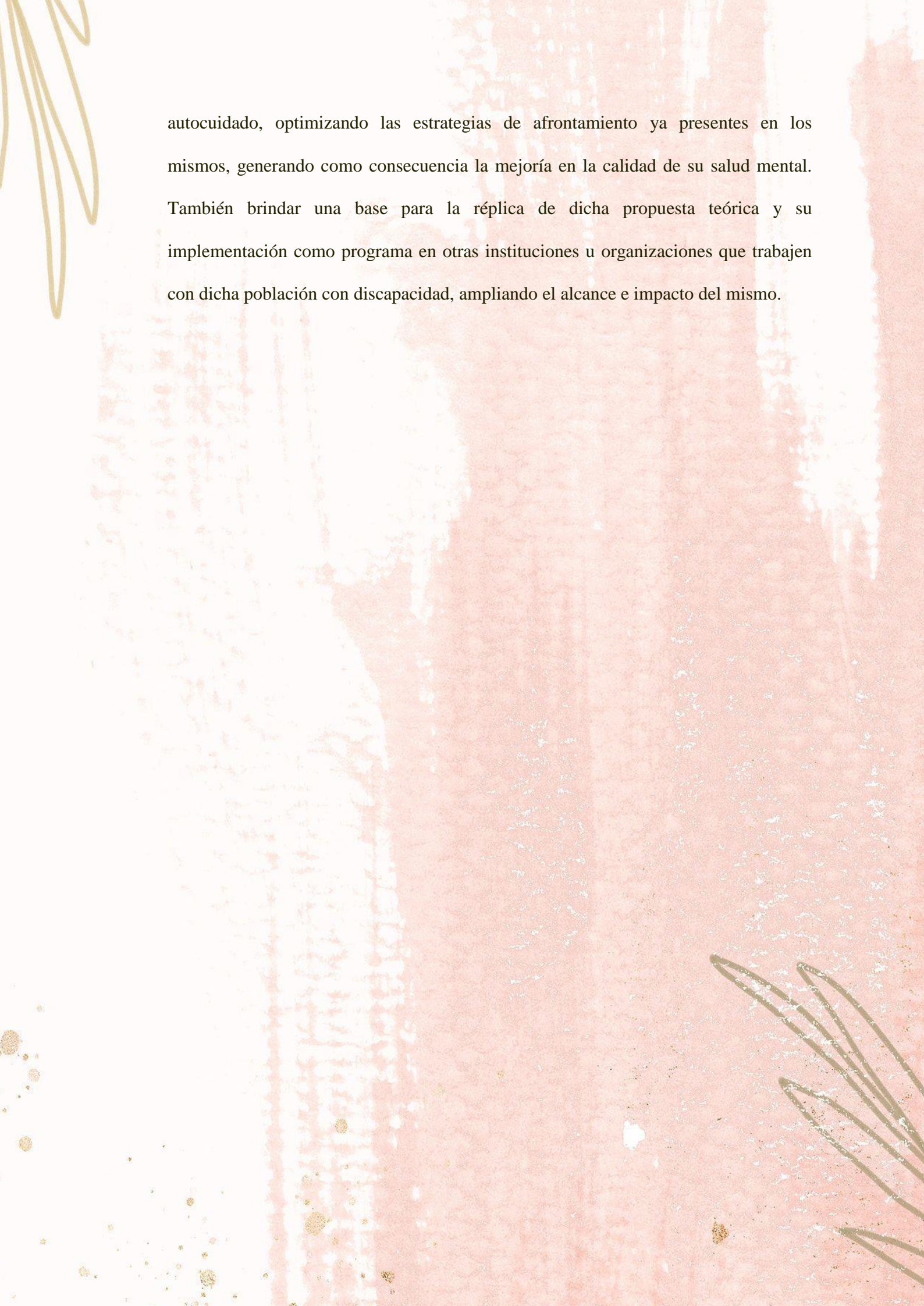
## 2. Justificación

En el contexto salvadoreño es parte del saber popular que la labor del cuidador primario de personas con Síndrome de Down es sumamente desgastante, tanto a nivel físico como mental, con énfasis en el contexto actual de la pandemia por COVID-19, a pesar de ello, no se le brinda la debida importancia a dicha labor, invisibilizándola y subestimándola, reflejándose en la escasez de información sobre la temática. Este tipo de investigaciones generan una construcción y enriquecimiento teórico valioso para diagnosticar las necesidades psicológicas, implementar programas psicoterapéuticos de calidad que aporten a la mitigación del malestar emocional de las personas cuidadoras primarias y contribuir a futuras investigaciones.

Con la presente investigación, la población de cuidadores primarios de personas con Síndrome de Down se vio beneficiada a través de la detección de sus necesidades psicológicas partiendo de su experiencia en la actual pandemia por medio de un sondeo que evidenció la presencia de estrés, ansiedad, síntomas de depresión, dificultades en el control de las emociones, malestares que llevan a manifestar dificultad dentro de los diferentes ámbitos personales como el familiar, afectando la comunicación y la relación con quienes los rodean.

Un rasgo de la propuesta es la flexibilidad de su diseño, dado que brinda la facilidad de adaptación y aplicación a futuras investigaciones con poblaciones con iguales o con similares características, mejorando así la calidad de vida de los mismos y su estado de salud mental, siendo este el valor metodológico del estudio.

El valor práctico de la propuesta está centrado en la intervención y disminución de las necesidades de atención psicológica a raíz de la pandemia por COVID-19 en los cuidadores primarios, la cual podría ejecutarse a futuro y dotarles de recursos personales en las áreas cognitiva, conductual, emocional, física y de




autocuidado, optimizando las estrategias de afrontamiento ya presentes en los mismos, generando como consecuencia la mejoría en la calidad de su salud mental. También brindar una base para la réplica de dicha propuesta teórica y su implementación como programa en otras instituciones u organizaciones que trabajen con dicha población con discapacidad, ampliando el alcance e impacto del mismo.

### 3. Situación problema.

En la actualidad y bajo la situación de crisis sanitaria los cuidadores primarios de la niñez con Síndrome de Down, se han visto afectados por múltiples factores y es de importante mención que ante las diferentes situaciones desestabilizadoras las personas cuidadoras han desarrollado diferentes mecanismos de afrontamiento, que sirven como un recurso para la adecuada adaptación a los tiempo de crisis sanitaria actuales, tales como: recreación y actividades familiares, cursos formativos en línea y emprendimiento, refugio en lo espiritual, medidas de bioseguridad y cuidado personal, permitiéndoles que los efectos psicológicos experimentados no se hayan exacerbado.

Dentro de los efectos psicológicos experimentados por los cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down, pertenecientes a Olimpiadas Especiales de El Salvador, ocasionados por la pandemia de COVID-19, se encuentran, el estrés crónico continuo, siendo este un elemento habitual en la vida de las personas cuidadoras actualmente, apareciendo por la carga y tensión que mantienen los mismos, debido al esfuerzo que conlleva la labor diaria, la enfermedad, el contexto social, político, económico, la preocupación constante por la salud actual y las condiciones de vida en un futuro de la persona a quien cuida y otros factores que exige cuidar a una persona con Síndrome de Down, lo que conlleva al agotamiento de sus reservas psicológicas, físicas y un deterioro significativo en su salud.

Según el sondeo general realizado por el equipo de investigación, más de 60 % de la población manifestó complicaciones relacionadas a la ansiedad, siendo la afectación psicológica que más presencia tuvo en la población encuestada; el estrés es otra de las afectaciones psicológicas más relevantes dentro de dicha población, generando entre ambas preocupación excesiva, suscitada por el miedo al contagio de



sí mismos como también de contagiar a su familiar, miedo constante relacionado a la muerte, problemas del sueño, desesperanza y tristeza, hábitos no adecuados de alimentación entre otros. A su vez se encuentra la depresión como comorbilidad del estrés y la ansiedad, a consecuencia del confinamiento generado por la pandemia del COVID-19 en El Salvador.

## 4. Objetivos

### *Objetivo general:*

- Disminuir los efectos psicológicos generados por la pandemia COVID-19 en los cuidadores primarios de Olimpiadas Especiales de El Salvador, a través del enfoque en Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo-Conductual.

### *Objetivos específicos:*

- Potenciar a través de las técnicas basadas en la Terapia Centrada en Soluciones combinada con la terapia Cognitiva-Conductual, la optimización de los recursos de las personas participantes, focalizando sus habilidades e incentivando el reconocimiento de logros y progresos.
- Orientar al cuestionamiento y redefinición de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas de las personas cuidadoras de niñez con Síndrome de Down, con el propósito de implementar ideas más funcionales que orienten al bienestar en los cuidados que deben tener, desmontando los mitos y creencias sobre el COVID-19.
- Crear estrategias de afrontamiento basadas en la realidad de los cuidadores, centradas en las adecuadas relaciones en la esfera familiar, a través de tareas que aporten al bienestar psicoemocional de esta población.
- Implementar técnicas y estrategias que potencien los recursos personales en el área emocional y en el autocuidado, enfocadas al manejo del estrés crónico y la ansiedad, en los cuidadores de niñez con Síndrome de Down.

## 5. Características del programa

El programa psicoterapéutico cuenta con las siguientes características:

- Uno de sus elementos fundamentales es la flexibilidad de ser adaptado a las necesidades del grupo meta y a sus contextos de la realidad, pues se fundamenta en los elementos teóricos sólidos de la sintomatología presentada por la población de personas cuidadoras primarias.
- La presente propuesta de intervención ha sido diseñada para una implementación de manera grupal con una cantidad de participantes según sea conveniente para la persona que lo aplica.
- La propuesta de intervención ha sido diseñada con un total de diez sesiones, de las cuales ocho son psicoterapéuticas y dos son metodológicas con una duración aproximada de 1 hora y media.
- El marco ético en el cual se respalda la propuesta es el Código de Ética de la Profesión de Psicología y la Constitución de la República de El Salvador.
- La propuesta cuenta con dos momentos de evaluación: durante la fase intermedia del programa se realizará un sondeo general de los avances y dificultades experimentados por las personas participantes, y en la etapa final del programa, a través de un sondeo de avances y cambios vividos a lo largo del proceso.
- La propuesta no está estructurada a partir de un diagnóstico, si no que parte de un sondeo que llevó al esclarecimiento sobre la presencia de diversas preocupaciones encontradas en la teoría, por ello los conocimientos de los pensamientos específicos que afectan las cogniciones de las personas cuidadoras primarias se irán identificando en las primeras sesiones.



## **6. Normas de aplicación**

La aplicación de la propuesta de programa psicoterapéutico es de uso exclusivo de profesionales o estudiantes en niveles avanzados en la Licenciatura en Psicología, de preferencia con experiencia previa en la aplicación de técnicas del Modelo Cognitivo-Conductual y/o Terapia Centrada en Soluciones. Asimismo, se necesita un número mínimo de cinco participantes y un número máximo de quince, con la facilitación de entre dos a tres terapeutas.

La aplicación de dicho programa está dirigida para diferentes poblaciones que presenten una sintomatología común debida a confinamiento, crisis sanitaria o, según su debida adaptación, a cualquier tipo de sintomatología relacionada a la ansiedad, estrés crónico y depresión.

## 7. Metodología

A continuación, se presentan los procesos y estrategias metodológicas a aplicar en la propuesta de intervención de la presente investigación.

- *Población beneficiada:* La población beneficiada con la implementación del programa psicoterapéutico son hombres y mujeres cuidadoras de niñez con Síndrome de Down, con un rango de edad entre 20 a 65 años, con diversos estados socioeconómicos y familiares que presenten sintomatología psicológica relacionada al confinamiento por la pandemia del COVID-19.
- *Métodos de registros meta evaluativos de las sesiones:* El equipo de psicoterapeutas registrará bitácoras de observación en cada sesión basadas en los indicadores de evaluación asignados por áreas, de igual forma partirá de las hojas de trabajo de las personas participantes para la evaluación de progresos y limitaciones que serán de utilidad para la adaptación del programa según las necesidades de la población con la cual se trabaje.

**Cuadro organizativo de técnicas del programa.**

<b>Número de sesión</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Técnicas y tareas a aplicar</b>
<b>Primera sesión</b>	<p>Informar a las personas participantes acerca de la labor del psicólogo y el proceso metodológico a tomar en cuenta a lo largo del programa de intervención, orientando el establecimiento de normas de convivencia, el establecimiento de expectativas relacionadas al proceso psicoterapéutico.</p>	<p>Desmitificación del profesional de Psicología, creación de normas de convivencia, devolución de resultados, firma de convenio, sondeo de expectativas a través de la pregunta milagro, pregunta de escala.</p>
<b>Segunda sesión</b>	<p>Brindar a los participantes los recursos teóricos y prácticos sobre la función de cada una de las emociones y su relación con los pensamientos.</p>	<p>Psicoeducación en modelo ABC, respiración diafragmática, preguntas de escala, excepciones, autorregistro, evaluación de la sesión, mensaje final.</p>
<b>Tercera sesión</b>	<p>Implementar estrategias para la identificación y comprensión de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas presentes en las personas participantes.</p>	<p>Psicoeducación, distorsiones cognitivas, respiración diafragmática, preguntas de escala, excepciones, autorregistro para</p>

		distorsiones cognitivas, evaluación de la sesión, mensaje final.
<b>Cuarta sesión</b>	Brindar a las personas participantes estrategias en función del cuestionamiento de sus propias distorsiones y la redefinición de las mismas en pensamientos más adaptativos.	Psicoeducación, diálogo socrático, pensamientos alternativos, respiración diafragmática, preguntas de escala, excepciones, autorregistro para diálogo socrático, evaluación de la sesión, mensaje final.
<b>Quinta sesión</b>	Aplicar técnicas orientadas a la autorregulación y diversificación de pensamientos adaptativos.	Parada de pensamiento, auto instrucciones, relajación muscular progresiva (primer grupo), preguntas de escala, excepciones, autorregistro para parada del pensamiento y auto instrucciones, evaluación de la sesión, mensaje final.
<b>Sexta sesión</b>	Concientizar a las personas participantes sobre el control que pueden tener sobre los síntomas de ansiedad y estrés que por tiempos prolongados, a través de	Relajación muscular progresiva (segundo grupo), pregunta escala,

	actividades que conlleven al autocuidado físico y mental.	excepciones, espacio libre de ansiedad (modificada), autorregistro para los espacios libre de ansiedad, evaluación de la sesión, mensaje final.
<b>Séptima sesión</b>	Orientar al desbloqueo de situaciones disfuncionales, para generar la búsqueda de nuevas soluciones .	Relajación muscular progresiva (tercer grupo), excepciones, pregunta escala, desbloqueando círculos viciosos, autorregistro de búsqueda de soluciones, mensaje final.
<b>Octava sesión</b>	Orientar a la identificación de sus logros durante el proceso psicoterapéutico, utilizándolos para connotar y aportar de manera positiva a los demás y a sí mismo.	Cartas terapéuticas, relajación muscular progresiva (cuarto grupo), círculo de las soluciones (adaptación de la técnica “Cartas terapéuticas”), excepciones autorregistro, pregunta escala, mensaje final.
<b>Novena</b>	Re direccionar la perspectiva sobre la	Relajación muscular

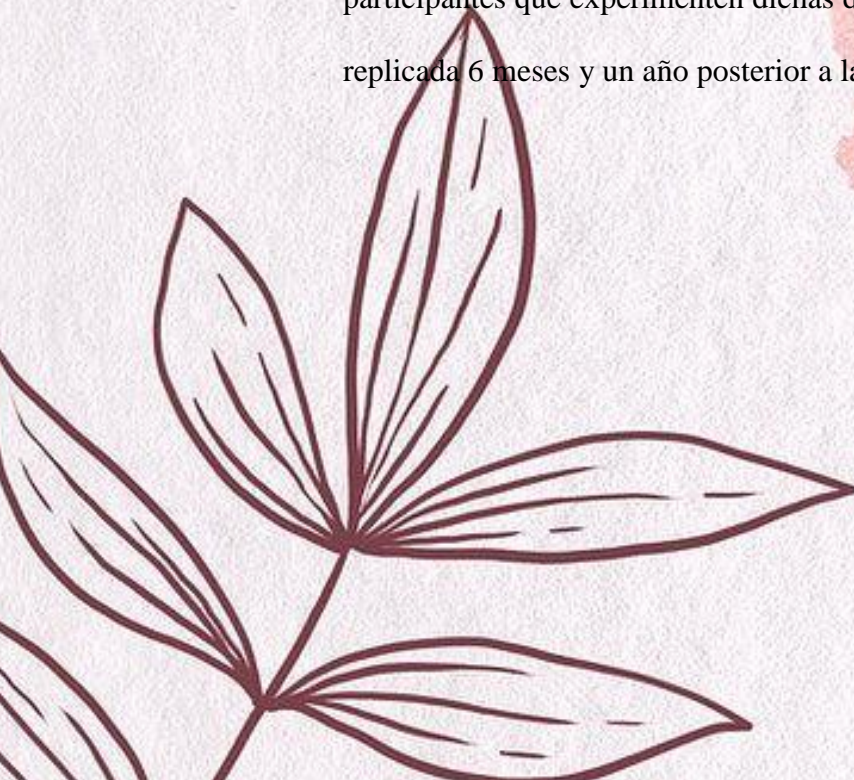
<p><b>sesión</b></p>	<p>historia personal hacia una más adaptativa a través de la adquisición de nuevos recursos y habilidades.</p>	<p>progresiva (retroalimentación), excepciones, pregunta escala, externalización y carta adiós/hola (adaptación por el equipo de investigación), el amuleto, mensaje final.</p>
<p><b>Décima sesión</b></p>	<p>Evaluar el cumplimiento de los objetivos y expectativas generadas en el programa desde la valoración realizada por las personas participantes y facilitadores.</p>	<p>El árbol de cerezo, mis expectativas, carta a los recursos, excepciones cartas para los días malos, kit de primeros auxilios, pregunta escala, mensaje final, cierre.</p>

### **Evaluación del programa de intervención.**

- Se realizarán evaluaciones continuas en donde se evaluará la efectividad de las técnicas realizadas, registrando las técnicas que han sido útiles y cuáles no, como también los efectos que dichas técnicas han generado en el malestar psicológico experimentados por las personas participantes, con el fin de adaptar las sesiones a las necesidades de las personas participantes.
- Se realizará una evaluación final a partir de un grupo focal en donde se recabará la experiencia de las personas participantes ante el proceso, si las expectativas en un principio de las sesiones fueron cumplidas, qué técnicas fueron más

complicadas de realizar por las mismas y cuales han tenido un impacto favorable en la disminución de los efectos psicológicos experimentados. De igual forma se indagarán las sugerencias de las personas participantes ante la implementación del programa.

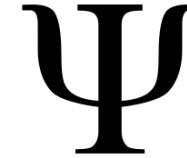
- Al final de la aplicación del programa, si es posible, se entrevistará a otro familiar que sea o no cuidador y que no haya participado en el programa, con el fin de conocer su percepción de cambios que puedan denotar en el cuidador principal.
- Los elementos a considerar para la efectividad de la psicoterapia son: la motivación de la población participante, la disciplina y constancia en la aplicación de las técnicas por parte de los mismo, la claridad del contrato o convenio realizado con los/las integrantes del grupo y la forma de aplicación de las sesiones de seguimiento.
- Un mes posterior a la finalización del proceso terapéutico se establecerá una reunión de seguimiento con las personas participantes, en donde se realizarán actividades con el fin de identificar las técnicas que continúen aplicando, como también las dificultades que puedan ser experimentadas, de igual manera se incentivara a que los miembros del grupo brinden alternativas a las personas participantes que experimenten dichas dificultades. La sesión de seguimiento será replicada 6 meses y un año posterior a la última reunión de manera virtual.



## 8. Planes Operativos



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Encuadre

**Nº de sesión:** 1

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Informar a las personas participantes acerca de la labor del psicólogo y el proceso metodológico a tomar en cuenta a lo largo del programa de intervención, orientando el establecimiento de normas de convivencia, el establecimiento de expectativas relacionadas al proceso psicoterapéutico.

<b>TÉCNICA ESPECÍFICA</b>	<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>EVALUACIÓN (INDICADORES)</b>
Bienvenida y presentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar la bienvenida a cada participante</li> <li>- Proporcionar un gafete a cada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gafetes.</li> <li>- Hojas de papel bond.</li> </ul>	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación de los beneficiarios</li> </ul>



	<p>participante para ubicar su nombre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar páginas, colores, pinturas y plumones, y brindar la siguiente consigna: “dibujen un símbolo o frase con el cual se sientan identificadas”.</li> <li>- Socializar los resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colores,</li> <li>- plumones,</li> <li>- lápices,</li> <li>- borradores,</li> <li>- sacapuntas.</li> </ul>	minutos	<p>en cada una de las técnicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> </ul>
<p>Presentación del programa.</p> <p>Desmitificación del rol del psicólogo. “Los globos”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se mostrará la presentación de Power point en la cual se explicará las generalidades del programa como: la definición de la psicoterapia grupal a través de un video didáctico, el objetivo general implementado y la metodología básica del mismo (ver anexo 1.1).</li> <li>- Se realizará la desmitificación del rol del psicólogo a través de una dinámica de 4 globos con una</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laptop.</li> <li>- Proyector.</li> <li>- Globos.</li> <li>- Papeles con preguntas.</li> </ul>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> <li>- Participación de los</li> </ul>

	<p>pregunta dentro del mismo sobre un papel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A cada participante se le brindará un globo para que lo explote, y a quien le corresponda el globo con pregunta, deberá dar respuesta con base a sus conocimientos y experiencias previas con el psicólogo.</li> </ul>			<p>beneficiarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toma conciencia de las expectativas realistas que se esperan del proceso psicoterapéutico .</li> </ul>
<p>Generación de expectativas a través de la pregunta milagro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindara una hoja de trabajo en la cual se encontrará la “pregunta milagro” , luego se les proporcionará unas estrellas, hechas con papel de colores en los cuales deberán escribir la expectativa que tienen del proceso tomando como base la respuesta de la pregunta milagro o la pregunta misma, las estrellas quedarán en el lugar donde se realizarán las sesiones y el post it</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de trabajo.</li> <li>- Estrellas de papel.</li> <li>- Lápiceros.</li> <li>- Plumones.</li> </ul>	<p>15 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación de los beneficiarios.</li> <li>- Participación activa de los beneficiarios.</li> <li>- Participación activa de los beneficiarios,</li> </ul>

	con la pregunta milagro quedará sellado en una cajita, la cual se abrirá al finalizar el proceso terapéutico (ver anexo 1.2).			- Disposición con expectativas para la siguiente sesión.
Creación de normas grupales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación de la importancia de la creación de las normas de convivencia.</li> <li>- Se solicitará a cada participante que exprese una norma que le gustaría establecer.</li> <li>- Se le brindará una estrella grande para que cada participante escriba la norma y la pegaran en el lugar correspondiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estrellas de cartulina.</li> <li>- Plumones.</li> <li>- Tape.</li> </ul>	15 minutos	
Firma del convenio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dará lectura al convenio de atención psicoterapéutica simultáneamente con los participantes del grupo, detallando lo que consentirá para tener el derecho a participar durante las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convenio psicoterapéutico.</li> <li>- Lapiceros.</li> </ul>	15 minutos	

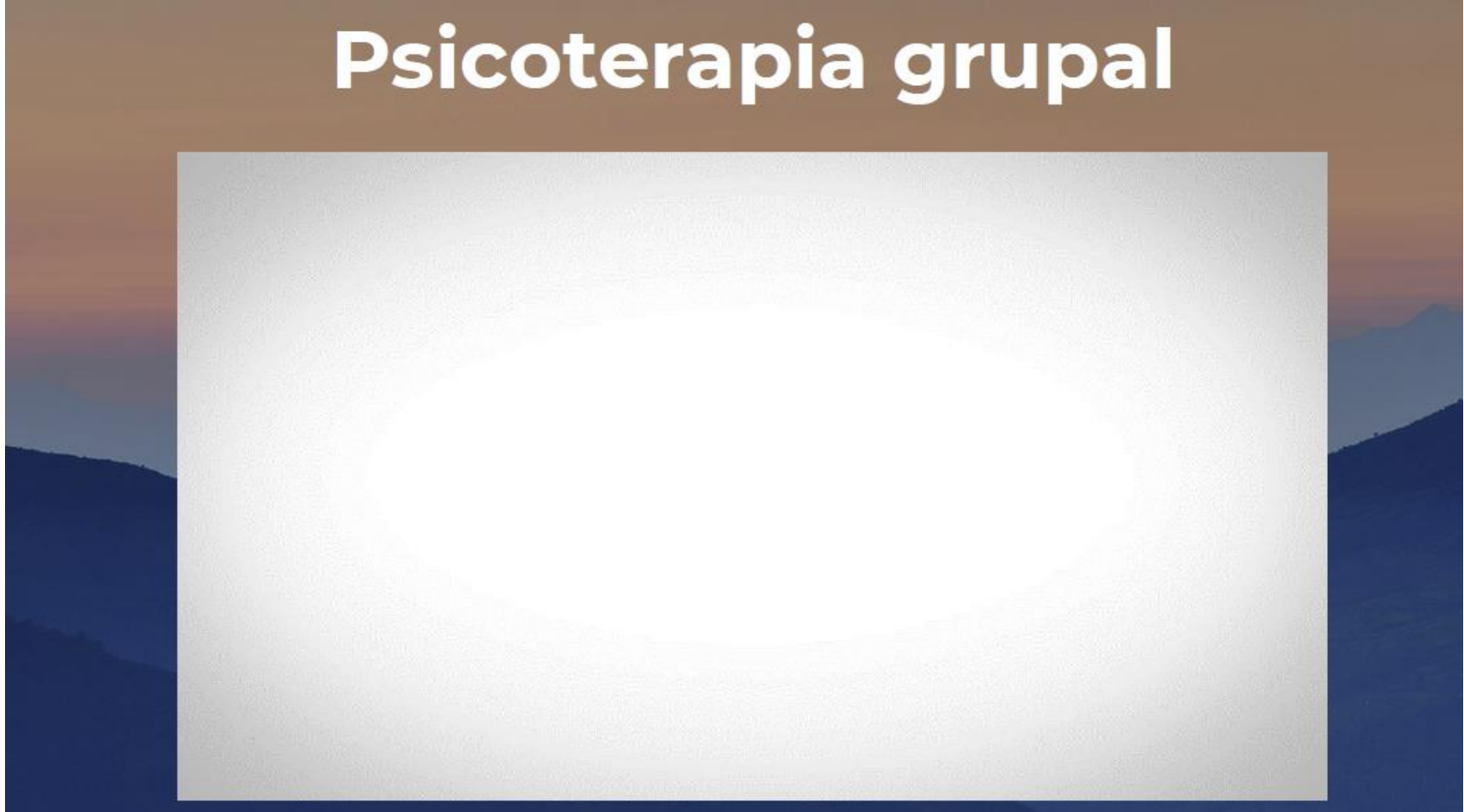
	sesiones (ver anexo 1.3).			
Pregunta de escala	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas participantes una hoja de trabajo en donde se les realizará la siguiente pregunta:</li> <li>- "En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual, del 1 a 10?".</li> <li>- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de trabajo</li> <li>- Post its.</li> </ul>		
Evaluación de la sesión y Cierre .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se brindará el recordatorio de la siguiente sesión y la expectativa</li> </ul>			

	<p>de la presencia de cada una, se les felicitará por la decisión tomada.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En todas las sesiones se evaluará por medio de una bitácora de observación (ver anexo 1.4).</li></ul>		5 minutos	
--	---	--	-----------	--

*Anexo 1.1: Presentación de bienvenida*



# Psicoterapia grupal



# Estructura del programa

Se desarrollaran 10 sesiones a lo largo de 10 semanas.

En las sesiones se trabajará la sintomatología producida por los afectos psicológicos generados a raíz del confinamiento por la pandemia del COVID-19, asimismo se desarrollaran habilidades de afrontamiento ante los síntomas y se potenciaran los recursos personales de cada participante, teniendo como consecuencia una mejoría en su salud física y emocional, todo ello se realizara a través del la Terapia Breve Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual.



# Objetivo final del programa

Disminuir los efectos psicológicos generados por la pandemia COVID-19, en los cuidadores primarios de Olimpiadas Especiales de El Salvador, a través del enfoque en Terapia Breve Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual.

*Anexo 1.2: Pregunta milagro*

\*Suponga que esta noche, mientras está durmiendo, sucede una especie de milagro y el problema tal como se ha presentado se resuelve, no como en la vida real, poco a poco y con esfuerzo, sino de repente, de forma milagrosa. Como está durmiendo no se da cuenta de que este milagro se ha producido. ¿Qué cosas va a notar diferentes mañana que le hagan darse cuenta de que este milagro se produjo?\*

---

---

---

---

### Anexo 1.3: Convenio psicoterapéutico

En la ciudad de San Salvador, a las \_\_\_\_\_ horas y \_\_\_\_\_ minutos del día \_\_\_\_\_

Presente \_\_\_\_\_ que reside en \_\_\_\_\_ departamento de \_\_\_\_\_. Presentes también los estudiantes Frida Betania Ramos, María Teresa Reyes y Sergio Esteban Vásquez, del domicilio de San Salvador, departamento de San Salvador.

La persona participante acepta que se le proporcionen servicios psicológicos en psicoterapia grupal, en este caso se compromete a participar activamente y brindar la información que se considere necesaria para el éxito del proceso terapéutico y al cumplimiento de tareas, así como asistir puntualmente a dichas sesiones y a finalizar el proceso.

Se autoriza por este medio la aplicación de técnicas psicológicas necesarias, la utilización de materiales como libreta de anotar, entre otros.

Por su parte los estudiantes, en calidad de psicoterapeutas, se comprometen a realizar sesiones psicoterapéuticas que tengan una duración de hora y media, también se comprometen a brindar un servicio profesional con responsabilidad, puntualidad, confidencialidad y ética, así como también se comprometen a brindar una devolución de los resultados obtenidos.

Finalmente, ambas partes acuerdan en que durante la realización de las sesiones se deberá pedir la palabra para dar una opinión, se evitará cualquier acción que dañe la integridad física y psicológica de los presentes, de igual forma no se permitirá la presencia de teléfonos celulares, se seguirán las medidas de bioseguridad pertinentes para evitar contagios de COVID-19.

Las sesiones se llevarán a cabo los días, \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_

Para efectos del proceso psicoterapéutico se autentica este contrato a las \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_.

F. \_\_\_\_\_

Participante

F. \_\_\_\_\_

María Teresa Reyes

F. \_\_\_\_\_

Sergio Vásquez

F. \_\_\_\_\_

Frida Betania Ramos

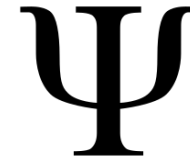
### Anexo 1.4 Bitácora de observación de la sesión<sup>12</sup>.

<p><b>Indicadores de la sesión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Participación.</li><li>● Apertura.</li><li>● Integración.</li><li>● Lenguaje verbal.</li><li>● Lenguaje no verbal.</li><li>● Calidad de aportes.</li></ul>	<p><b>Bitácora de la sesión</b> <span>☐</span> <span>☐</span> <span>✕</span></p> <div style="background-color: #fce4ec; height: 400px; border: 1px solid #c0392b; border-radius: 15px;"></div>
---	--

<sup>12</sup> Esta bitácora de observación será utilizada en todas las sesiones para realizar la evaluación conductual.



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



***“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.***

**Área:** Cognitiva

**Nº de sesión:** 2

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Brindar a los participantes los recursos teóricos y prácticos sobre la función de cada una de las emociones y su relación con los pensamientos.

<b><i>TÉCNICA ESPECÍFICA</i></b>	<b><i>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</i></b>	<b><i>RECURSOS MATERIALES</i></b>	<b><i>TIEMPO</i></b>	<b><i>EVALUACIÓN (INDICADORES)</i></b>
Saludo y bienvenida	- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integran a la sesión, realizando un breve rapport grupal sobre las		15 minutos	- Participación de los beneficiarios en cada una de las técnicas.

	<p>experiencias personales de la semana.</p> <p><b>Excepciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> </ul>
<p>Actividad de integración: Los globos emocionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará un círculo con los y las participantes sentados en sus sillas, se brindará de manera individual un globo, y posteriormente cada participante se enumerará en los rangos de 1-2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Globos.</li> </ul>	<p>10 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes logran identificar la relación entre emociones y pensamientos.</li> </ul>

	<p>en orden de silla. Se les solicitará que inflen su globo del tamaño de sus problemas, sin reventar el globo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luego, se les brindará las siguientes consignas:</li> </ul> <p>“A quienes son número 1, tienen que reventar el globo. A quienes son número 2, tienen que desinflar el globo sin que este se reviente”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando se cumplan las indicaciones, se preguntará aleatoria o voluntariamente su experiencia con los globos. Luego de las participaciones, se realizará la metáfora con los globos, orientando la reflexión sobre las consecuencias que generan los</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes expresan funcionalidad con la técnica de respiración.</li> <li>- Los participantes logran aplicar situaciones de la vida cotidiana a la teoría.</li> </ul>
--	---	--	--	---

	estallidos emocionales, y las consecuencias que generan el realizar catarsis emocional de manera progresiva y pausada.			
Psicoeducación sobre respiración diafragmática y modelo ABC	<p>Se dividirá en dos partes:</p> <p>a) Explicación sobre la importancia de la respiración en el autocontrol emocional, en este caso se explicará los pasos de la respiración diafragmática, los beneficios, su eficacia y contraindicaciones.</p> <p>b) Explicación sobre el modelo ABC, desglosamiento del significado de cada letra, la influencia de los pensamientos en la conducta y las emociones e introducción hacia los propios recursos personales que cada individuo posee para controlar los pensamientos que le</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de trabajo.</li> <li>- Hojas educativas.</li> </ul>	30 minutos.	



	generen malestar (ver anexo 2.1).			
Técnica de relajación: Respiración diafragmática	<p>Se les brindarán a los participantes las siguientes consignas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Póngase en una posición cómoda. Puede ser de pie, sentado o acostado boca arriba.</li> <li>2) Póngase una mano en el pecho y la otra en el estómago. La mano en su pecho no debe moverse. La mano encima de su estómago permitirá que sienta su estómago subir y bajar al respirar.</li> <li>3) Inhale por la nariz si puede, por 3 a 5 segundos o tanto como te sientas cómodo. Permita que el estómago suba conforme el aire entra a sus pulmones.</li> <li>4) Exhale por la boca si puede por 3-5 segundos o tanto como se sienta cómodo. Permita que su estómago</li> </ol>		10 minutos.	

	<p>baje conforme el aire sale de sus pulmones</p> <p>5) Se repetirá 5 veces.</p>			
<p>Técnica central: Modelo ABC</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En una pizarra colocada en la pared, se realizará un cuadro triple entrada con los elementos del modelo ABC, para lo cual se socializarán diferentes situaciones de la vida cotidiana y se brindarán ejemplos en conjunto sobre las diversas interpretaciones y estados emocionales que puede contener una misma situación.</li> <li>- Se escribirán en la pizarra para una mejor visualización sobre la multiplicidad de interpretaciones de una misma situación y cómo estas influyen en los estados emocionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pizarra.</li> <li>- Plumones.</li> <li>- Post its.</li> </ul>	45 minutos.	
<p>Asignación de tarea:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asignará un autorregistro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de autorregistro.</li> </ul>		

Autorregistro del modelo ABC	orientado al modelo ABC, explicando la naturaleza, la función, sus objetivos e indicaciones, completando conjuntamente la primera casilla a manera de ejemplo y modelado sobre su ejecución (ver anexo 2.2).			
Evaluación de la sesión: El juego de la gallinita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El juego consiste en tomar una cuchara, sujetar con la boca y trasladar un huevo relleno de confeti del punto 'A' al 'C', donde se encontrará la cesta en la que deberán colocar el huevo en el espacio que corresponda a la calificación que cada consultante asigne a su terapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huevos rellenos de confeti.</li> <li>- Cucharas plásticas.</li> <li>- Una canasta para huevos.</li> <li>- Hojas de trabajo.</li> <li>- Lapiceros.</li> </ul>	15 minutos.	
Cierre Pregunta escala y mensaje final	<p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas participantes una hoja de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post its.</li> <li>- Hoja de trabajo.</li> </ul>	10 minutos.	

	<p>en donde se les realizará la siguiente pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- "En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual, del 1 a 10?".</li><li>- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.</li></ul> <p><b>Mensaje final.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la sesión y connotando positivamente a los participantes por su desempeño a</li></ul>			
--	---	--	--	--

	<p>lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados en la sesión y señalando los recursos que facilitaron los avances de cada participante. La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.</p>			
--	---	--	--	--

## Anexo 2.1: Psicoeducación Modelo ABC

### Modelo ABC

El modelo ABC es una teoría planteada por el psicoterapeuta cognitivo Albert Ellis (1913-2007), el cual trata de explicar por qué las personas, pese a vivir un mismo evento, pueden desarrollar respuestas diferentes en función de sus propias creencias. Estas creencias son un pilar fundamental a la hora de comprender cómo ve la persona el mundo y cómo decide hacerle frente a las demandas de la vida cotidiana.

La idea detrás del modelo está inspirada en una cita del filósofo griego Epicteto, "las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Es decir, no es el hecho en sí lo que afecta positiva o negativamente a una persona, sino la forma que tiene el individuo de verlo y tratarlo.

# Componentes

Se proponen tres componentes para explicar y entender la forma de comportarse de un individuo.



*Acontecimiento activador: puede ser una situación externa al individuo, como un accidente, la enfermedad de un familiar, una discusión con otra persona, o algo interno de la persona, como un pensamiento.*



*Pensamientos: a toda la serie de cogniciones que conforman la forma de ser y ver el mundo de la persona. Realmente, dentro de este componente se incluyen pensamientos, recuerdos, supuestos, inferencias, imágenes, normas, valores, actitudes, esquemas y otros aspectos que moldean la forma de percibir tanto las amenazas como las oportunidades.*



*Consecuencias: tanto emocionales como conductuales. Estas son la respuesta que da el individuo ante un determinado acontecimiento activador y modulado por su propio sistema de creencias.*

*Anexo 2.2: Autorregistro Modelo ABC*

**AUTORREGISTRO DEL MODELO ABC**

**Nombre:**

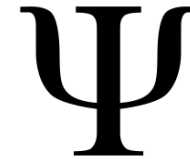
**Indicaciones:** Complementa la casilla con la información que se te solicita

¿QUÉ PASÓ?	¿QUÉ PENSÉ EN ESE MOMENTO?	¿CÓMO ME SENTÍ Y/O ACTUÉ ANTE LA SITUACIÓN?
------------	----------------------------	---





**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Cognitiva

**Nº de sesión:** 3

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Implementar estrategias para la identificación y comprensión de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas presentes en las personas participantes.

<b>TÉCNICA ESPECÍFICA</b>	<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>EVALUACIÓN (INDICADORES)</b>
Saludo y bienvenida	- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integren a la sesión, realizando un breve rapport grupal sobre las experiencias personales de la semana.			- Participación de los beneficiarios en cada una de las técnicas.

	<p><b>Excepciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliada.</li> </ul>		5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> </ul>
Revisión de tareas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará la revisión de tarea y consecuentemente él o la terapeuta a cargo solicitará la participación voluntaria de alguno de los presentes, para que socialicen como realizaron su tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistro asignado en la sesión anterior</li> </ul>	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes ubican ejemplos propios de sus pensamientos en distorsiones cognitivas</li> <li>- Los participantes expresan funcionalidad con la técnica de</li> </ul>
Actividad de integración: Lazarillo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se formarán parejas al azar, lanzado una moneda al aire se decidirá qué miembro de la pareja será el que se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vendas.</li> <li>- Monedas.</li> </ul>	10	

	<p>vendara los ojos, mientras que el otro lo guiará en el exterior de las instalaciones, al finalizar la dinámica se socializará la experiencia de cada participante, partiendo de los pensamientos que cada uno tuvo al momento de estar realizando la dinámica, esta servirá como preámbulo para el tema central y la psicoeducación.</p>		minutos	<p>respiración</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes logran aplicar situaciones de la vida cotidiana a la teoría.</li> <li>- Los participantes realizaron la tarea de la sesión anterior</li> </ul>
<p>Técnica de relajación: Respiración diafragmática</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará nuevamente la técnica de la respiración diafragmática, en esta ocasión se le pedirá a los y las participantes que sean ellos quienes la dirijan.</li> </ul>		15 minutos	
<p>Psicoeducación: Ideas irracionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les entregará un folleto de tres páginas que contendrá información sobre las ideas irracionales y las distorsiones cognitivas (ver anexos 3.1 y 3.2).</li> </ul>		15 minutos	

<p>Técnica central: Distorsiones cognitivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les proporcionará una metáfora llamada el nacimiento del río, metáfora creada por los terapeutas responsables del grupo, con el fin de que a través de esta metáfora las/los participantes comprendan y conozcan los orígenes, causa y mantenimiento de las distorsiones cognitivas e ideas irracionales, para luego aprender a controlar sus pensamientos. (ver anexo 3.3).</li> </ul> <p><b><i>“La pecera de las distorsiones”</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consistirá en que cada una de las participantes tome con un pequeño anzuelo un pez de papel ,de una cajita creada como peceras por los terapeutas, los peces contendrán partes de canciones, al obtener el pez deberán leer el fragmento de la canción e identificar qué distorsión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas educativas sobre las distorsiones cognitivas .</li> <li>- Papelógrafo con historia.</li> <li>- Peces de cartulina</li> <li>- Caja simulando pecera.</li> <li>- Varita con alambre simulando anzuelo.</li> </ul>	<p>40 minutos</p>	
---	--	--	-------------------	--

	cognitiva está presente en ella, ubicando cada pez en un papelógrafo que contenga las 6 distorsiones cognitivas básicas, creadas por Albert Ellis (ver anexo 3.4).	- Papelógrafo con distorsiones.		
Asignación de tareas: Autorregistro de distorsiones	- Se asignará un autorregistro orientado a la identificación de distorsiones cognitivas, explicando la naturaleza, la función, sus objetivos e indicaciones, completando conjuntamente las primeras casillas a manera de ejemplo y modelado sobre su ejecución (ver anexo 3.5).	- Hoja de autorregistro.	5 minutos.	
Evaluación de la sesión: El cofre de las sugerencias	- A cada participante se le brindarán post its para responder las siguientes preguntas: ¿Qué fue lo que más me gustó? ¿Qué cosas cambiaría de la sesión? ¿En qué pueden mejorar los facilitadores? ¿Las actividades	- Post its. - Cofre de sugerencias.	10 minutos	

	<p>realizadas se relacionan con mi problema?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Al finalizar las respuestas, las hojas se colocarán en un cofre.</li> </ul>			
<p>Cierre Pregunta escala y Mensaje final</p>	<p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas participantes una hoja de trabajo en donde se les realizará la siguiente pregunta:</li> </ul> <p>"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual, del 1 a 10?".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post its.</li> <li>- Hoja de trabajo.</li> </ul>	<p>10 minutos</p>	

	<p><b>Mensaje final.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la sesión y connotando positivamente a los participantes por su desempeño a lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados en la sesión y señalando los recursos que facilitaron los avances de cada participante. La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.</li></ul>			
--	--	--	--	--

## IDEAS IRRACIONALES

Es una creencia rígida y poco realista que suele estar en lo más profundo de la conciencia y forma parte de nuestros valores fundamentales y de nuestra identidad. Suelen incluir contenidos acerca de:

- Nosotros mismos ("soy débil, soy incompetente, los demás no me respetan, no valgo nada...").
- Los demás ("la gente no es de fiar, la gente me puede hacer daño...").
- La vida y del mundo ("la vida es muy dura, la vida es absurda, este mundo es un asco...")

Por lo tanto, una idea es irracional cuando:

- Es ilógica y no consistente con la realidad (no se apoyan en la experiencia, distorsionan y exageran).
- Es inflexible (se expresa en términos de exigencias o necesidades muy urgentes).
- Produce emociones intensas, de las que se suele intentar escapar impulsivamente.
- No sirve para conseguir metas y objetivos.

Podemos tener muchas y distintas ideas irracionales, sin embargo, en múltiples ocasiones estas llegan a la misma conclusión, por lo cual se pueden sintetizar en lo que son las distorsiones cognitivas.

### Anexo 3.1: Ideas Irracionales



*Anexo 3.2: Distorsiones cognitivas*

## DISTORSIONES COGNITIVAS

Son aquellas maneras erróneas que tenemos de procesar la información, es decir, malinterpretaciones de lo que ocurre a nuestro alrededor, generando múltiples consecuencias negativas.

### ABSTRACCIÓN SELECTIVA

Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen.

### PENSAMIENTO ABSOLUTISTA

Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios.

### SOBREGENE- RALIZACIÓN

Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente.

### PERSONALI- ZACIÓN

Consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.

### INFERENCIA ARBITRARIA

Consiste en dar por hecho determinadas suposiciones, aunque no exista evidencia por ello.

### MÁXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN

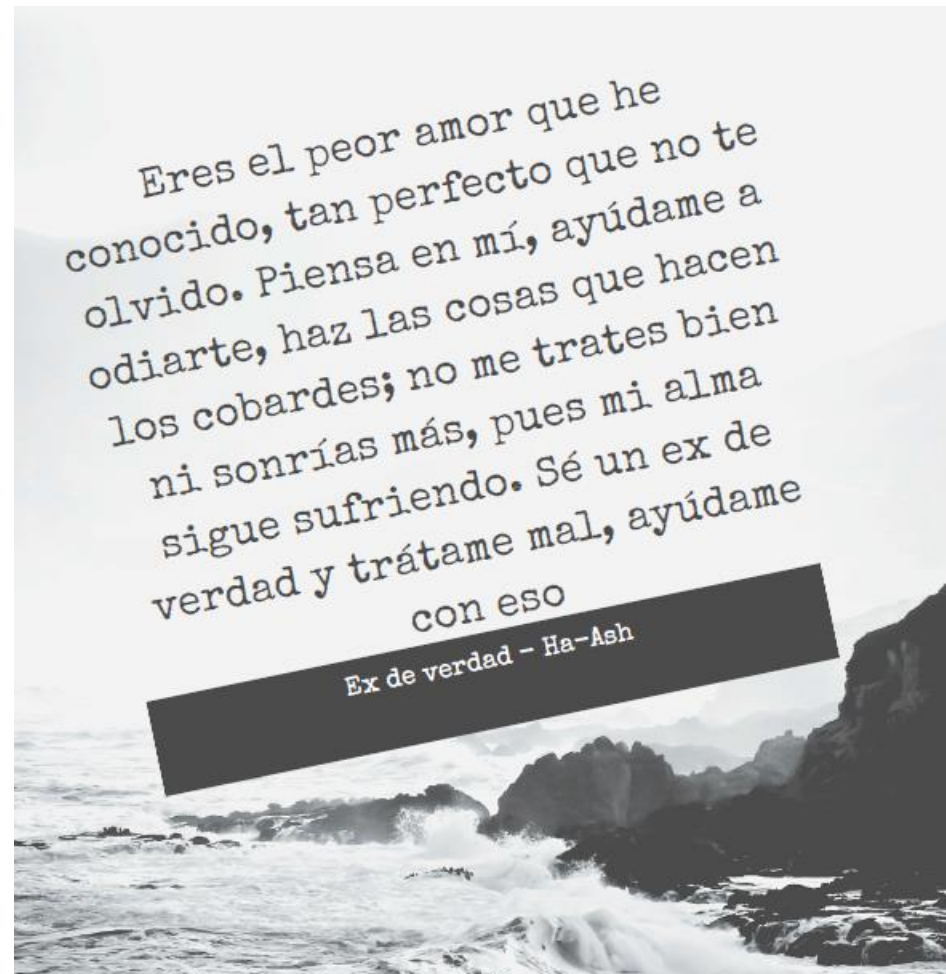
Consiste en magnificar los errores propios y los éxitos de los demás, y minimizar los propios éxitos y los errores de los otros.

Una comunidad yacía en las cercanías del nacimiento de un río que desemboca en el mar, lanzaban todo tipo de desechos al nacimiento, contaminando así todo su caudal, llevando esos desechos hasta las aguas del mar, el cual las mantenía en el fondo sin poder expulsarla. Debido a ello los visitantes no querían introducirse en sus aguas, pues temían encontrarse con algo que les lastimara, sin imaginar que aún con todos los desechos que el río había arrastrado, el mar en sus profundidades tenía vida sumamente encantadora e inimaginable. Algunos buceadores decidieron realizar campañas de limpieza en dicho mar, lograron con ello descontaminarlo en gran parte.

Sin embargo, a los días el mar estaba en iguales condiciones que las anteriores, pues los diferentes desechos aparecieron de nuevo, llegando así a la conclusión que no era el mar el culpable de su contaminación, si no la comunidad y sus personas, que tiraban grandes cantidades de desechos a diario y el río las arrastraba consigo hasta el mar.  
¿Cuál es la solución para evitar la contaminación del mar?

### Anexo 3.3: Metáfora

*Anexo 3.4: Ejemplos de distorsiones*

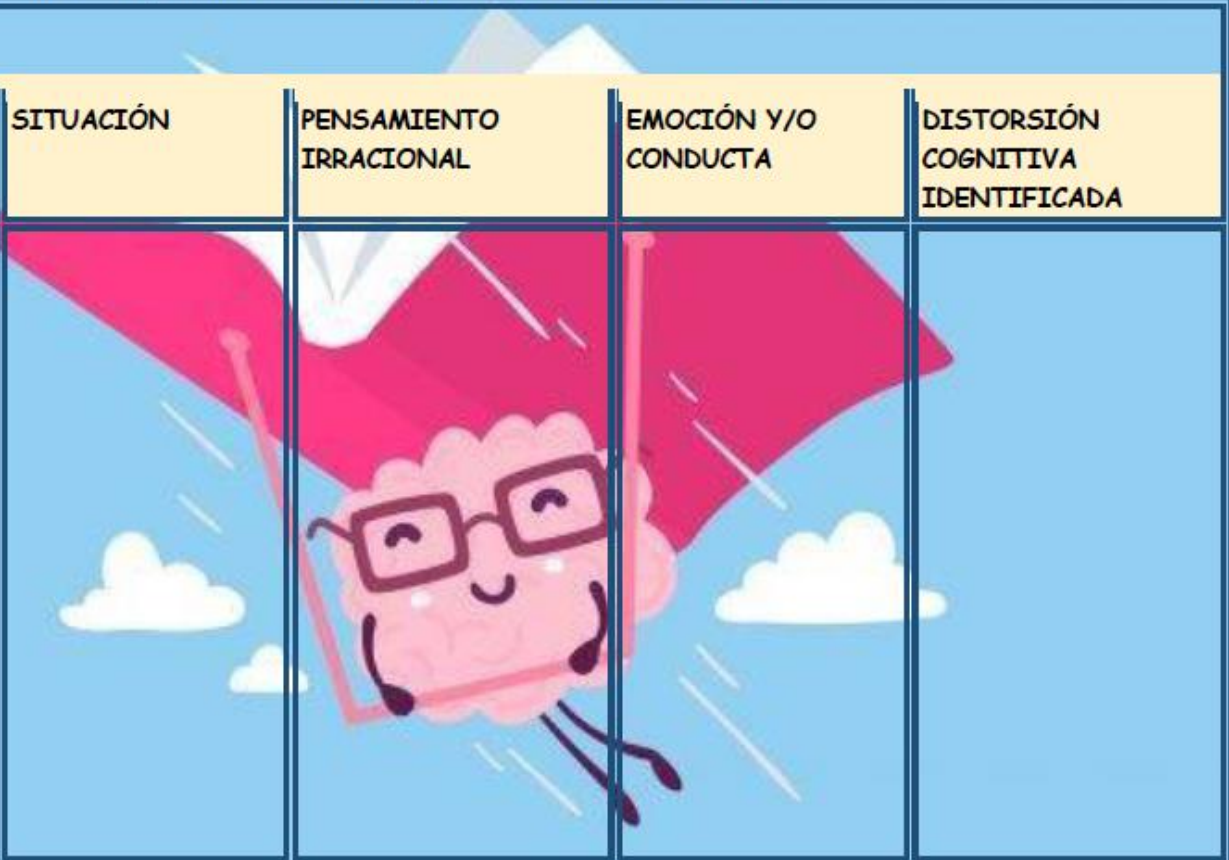


*Anexo 3.5: Autorregistro de distorsiones cognitivas*

Autorregistro distorsiones cognitivas

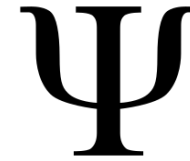
Nombre: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Indicaciones: llenar de forma clara y sincera la información que se le solicita en cada columna.

HORA Y FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO IRRACIONAL	EMOCIÓN Y/O CONDUCTA	DISTORSIÓN COGNITIVA IDENTIFICADA
				



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Cognitiva

**Nº de sesión:** 4

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Brindar a las personas participantes estrategias en función del cuestionamiento de sus propias distorsiones y la redefinición de las mismas en pensamientos más adaptativos.

<i><b>TÉCNICA ESPECÍFICA</b></i>	<i><b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b></i>	<i><b>RECURSOS MATERIALES</b></i>	<i><b>TIEMPO</b></i>	<i><b>EVALUACIÓN (INDICADORES)</b></i>
--------------------------------------	--	---------------------------------------	----------------------	--

Saludo y bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integren a la sesión, realizando un breve rapport grupal sobre las experiencias personales de la semana.</li> </ul> <p><b>Excepciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.</li> </ul>		5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participación de los beneficiarios en cada una de las técnicas.</li> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> </ul>
Revisión de tarea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará la revisión de tarea y consecuentemente él o la terapeuta a cargo solicitará la participación voluntaria de alguno de los presentes, para que socialicen como realizaron</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro.</li> </ul>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes comprenden los elementos de racionalidad, realismo y</li> </ul>

	su tarea.			utilidad del diálogo socrático.
Actividad de integración: Nudo humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizarán dos grupos con los participantes y se les solicitará que cada grupo haga un círculo poniendo las manos en el centro de su círculo. Luego se les brindará las siguientes consiga:</li> </ul> <p>“Tomen la mano de dos compañeros diferentes, expandan el círculo y deshagan el nudo”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuando ambos grupos hayan terminado de deshacer el nudo se les preguntará a los participantes cuál fue su experiencia con la actividad y se realizará la reflexión de la misma enfocándola a cómo en ocasiones los pensamientos son similares a un nudo que debe irse resolviendo poco a poco con ayuda de diálogo, análisis e</li> </ul>		10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes expresan funcionalidad con la técnica de respiración.</li> <li>- Los participantes logran aplicar situaciones de la vida cotidiana a la teoría.</li> <li>- Los participantes realizaron la tarea de la sesión anterior.</li> </ul>

	introspección.			
Técnica de relajación: Respiración diafragmática	- Se realizará nuevamente la técnica de la respiración diafragmática, en esta ocasión se le pedirá a los y las participantes que sean ellos quienes la dirijan.		10 minutos	
Psicoeducación: Diálogo socrático y pensamientos alternativos	Se realizará en dos actividades: a. Explicación de la importancia del análisis y cuestionamiento de las propias distorsiones a partir del diálogo socrática evaluación del pensamiento. b. Se brindará una explicación en relación a la forma de generar pensamientos alternativos (ver anexo 4.1).	- Hojas educativas. s.	20 minutos	
Técnica central: Diálogo socrático	- Se aplicará la técnica del diálogo socrático con los participantes, solicitando de manera voluntaria que uno de los integrantes haga mención del pensamiento que quiera trabajar, en	- Hojas de trabajo.		



	<p>caso de no haber voluntarios se realizará un modelado con uno de los terapeutas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posterior al modelado se les entregarán a las personas hojas de trabajo en donde deberán aplicar el diálogo socrático con la evaluación del pensamiento y la elaboración de pensamientos alternativos (anexo 4.2).</li> </ul>		45 minutos	
<p>Asignación de tarea: Autorregistro de dialogo socrático</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asignará un autorregistro orientado a la utilización del diálogo socrático, explicando la naturaleza, la función, sus objetivos e indicaciones, completando conjuntamente la primera casilla a manera de ejemplo y modelado sobre su ejecución (ver anexos 4.3).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro.</li> </ul>	10 minutos	
<p>Evaluación de la sesión: Preguntas sorpresa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La actividad consistirá en que los participantes deberán buscar un papel debajo de sus asientos, en donde encontrarán un papel de color, con ello</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Globos de colores</li> <li>- Papeles de colores</li> </ul>	10	

	<p>en una pared con globos deberán reventar el globo del color coincidente con el papel encontrado. Dentro de los globos habrá preguntas relacionadas a lo que más disfrutaron de la sesión, sus aprendizajes y sugerencias.</p>		minutos	
<p>Cierre Pregunta escala y Mensaje final</p>	<p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas participantes una hoja de trabajo en donde se les realizará la siguiente pregunta:</li> </ul> <p>"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual , del 1 a 10?".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post its</li> <li>- Hoja de trabajo</li> </ul>	10 minutos	

	<p>relación a los avances y necesidades para los mismos.</p> <p><b>Mensaje final.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la sesión y connotando positivamente a los participantes por su desempeño a lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados en la sesión y señalando los recursos que facilitaron los avances de cada participante. La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.</li></ul>			
--	---	--	--	--

## Anexo 4.1: Psicoeducación diálogo socrático y pensamientos alternativos

### **Dialogo socratico y evaluación del pensamiento**

*Son un conjunto de preguntas que nos ayudan a identificar la veracidad de nuestros pensamientos, como también a distinguir las consecuencias de cambiarlos o mantenerlos, algunas de las preguntas son:*

- ¿Qué pruebas tengo de que mi forma de pensar es certera?
- ¿Que probabilidad hay que suceda lo que estoy pensando?
- ¿Qué le diría a mi amiga/o si estuviera en mi situación?
- ¿Que pruebas contradicen lo que pienso?
- ¿Pensar de esta forma me ayuda a resolver el problema?
- ¿cuales son las ventajas y desventajas de pensar así?
- ¿que consecuencias agradables y desagradables tendría si sigo pensando así?

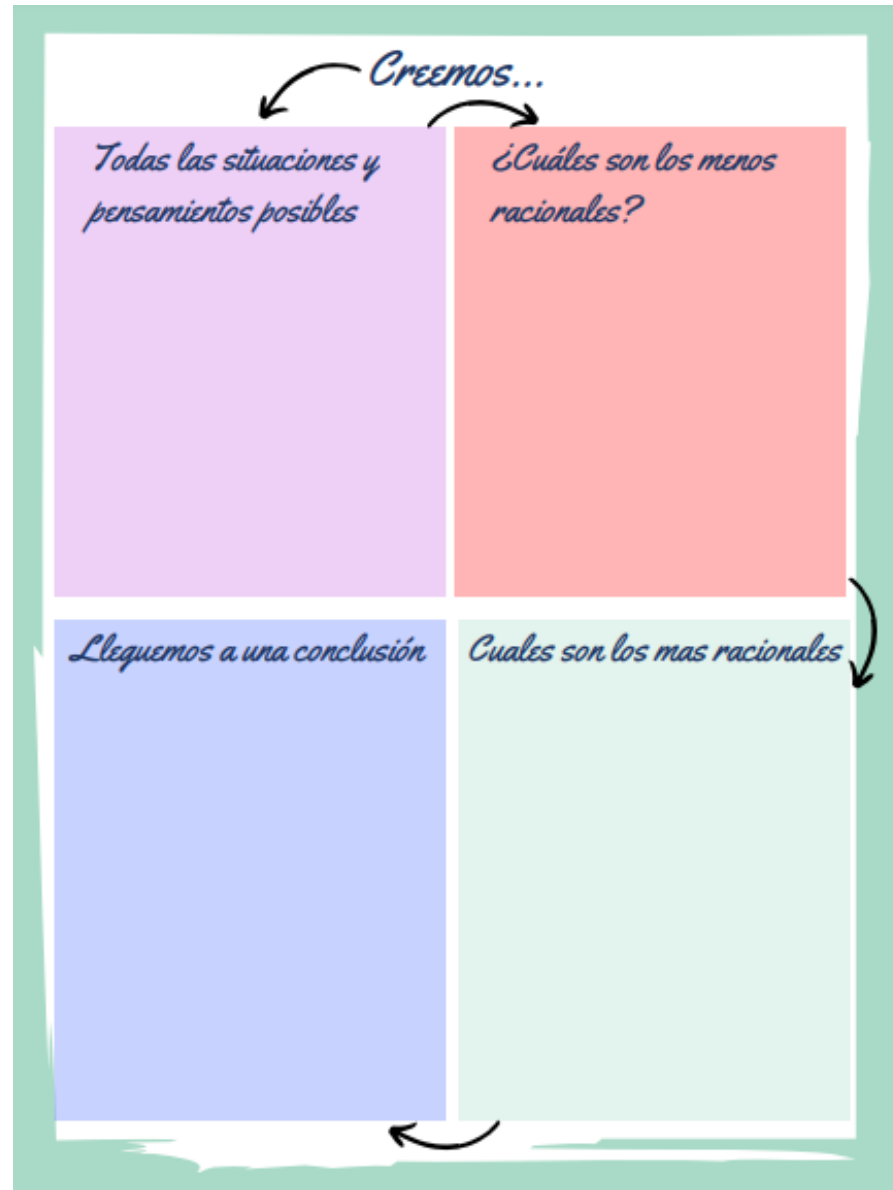
### **Pensamiento alternativo**

*No es un pensamiento mas positivo, mas bien, es una forma de pensar mas acorde con la realidad y mas adaptativo. Los pasos son:*

- 1-piensa en toda las posibilidades existentes ante la situación problema y enlista todas las posibles formas de pensar ante la misma, agradables y desagradables.
- 2-Analiza cada una de las posibilidades y selecciona las mas desfavorables según tu criterio.
- 3-Cuestiona ese pensamiento con ayuda del dialogo socrático y evaluación de pensamiento.
- 4-Crea una alternativa con ayuda de las situaciones o formas de pensar mas probables.

## Anexo 4.2: Técnica central

<p><i>Selecciona un pensamiento:</i></p> <p><i>A cuestionar</i></p> <p><i>¿Qué pruebas tengo de que mi forma de pensar es certera?</i></p> <p><i>¿Pensar de esta forma me ayuda a resolver el problema?</i></p> <p><i>¿Qué le diría a mi amiga/o si estuviera en mi situación?</i></p> <p><i>¿Qué pruebas contradicen lo que pienso?</i></p> <p><i>¿Pensar de esta forma de ayuda a resolver el problema?</i></p>	<p><i>Evaluemos...</i></p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1144 491 1503 922"> <p><i>Ventajas de pensar así</i></p> </td> <td data-bbox="1503 491 1861 922"> <p><i>desventajas de pensar así</i></p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1144 938 1503 1305"> <p><i>consecuencias agradables</i></p> </td> <td data-bbox="1503 938 1861 1305"> <p><i>consecuencias desagradables</i></p> </td> </tr> </table>	<p><i>Ventajas de pensar así</i></p>	<p><i>desventajas de pensar así</i></p>	<p><i>consecuencias agradables</i></p>	<p><i>consecuencias desagradables</i></p>
<p><i>Ventajas de pensar así</i></p>	<p><i>desventajas de pensar así</i></p>				
<p><i>consecuencias agradables</i></p>	<p><i>consecuencias desagradables</i></p>				



### Anexo 4.3: Autorregistro

#### Autorregistro Dialogo Socrático

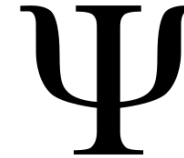
Nombre: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

INDICACIONES : llenar de forma clara y sincera la información que se le solicita en ca-

SITUACION	PENSAMIENTO	DISTORCION COGNITIVA	EVALUACION DEL PENSAMIENTO		
			OBJETIVIDAD	VERACIDAD	UTILIDAD
			¿Qué tan racional es?	¿Qué tan realista es lo que estoy pensando?	¿Qué tan útil y adaptativo me resulta esta forma de pensar?



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Cognitiva

**Nº de sesión:** 5

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Aplicar técnicas orientadas a la autorregulación y diversificación de pensamientos adaptativos.

<b><i>TÉCNICA ESPECÍFICA</i></b>	<b><i>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</i></b>	<b><i>RECURSOS MATERIALES</i></b>	<b><i>TIEMPO</i></b>	<b><i>EVALUACIÓN (INDICADORES)</i></b>
Saludo y bienvenida	- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integren a la sesión, realizando un breve rapport grupal sobre las experiencias personales de la semana.			- Participación de los beneficiarios en cada una de las técnicas.



	<p><b>Excepciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.</li> </ul>		5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> </ul>
Revisión de tarea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará la revisión de tarea y consecuentemente él o la terapeuta a cargo solicitará la participación voluntaria de alguno de los presentes, para que socialicen como realizaron su tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro.</li> </ul>	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes comprenden los elementos de racionalidad, realismo y utilidad.</li> </ul>
Actividad de integración: Mis dedos te saludan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta solicita que las personas participantes hagan un círculo.</li> <li>- El terapeuta mencionara la siguiente</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes</li> </ul>

	<p>consigna:</p> <p>“Aplauda con un dedo a la persona que está frente a usted y dígame:</p> <p>Buen día compañero/a”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el transcurso de la actividad se irán aumentando el número de dedos y por cada dedo las personas cambiarán de posición y realizarán un saludo diferente. Por cada dedo el terapeuta mencionará las actividades realizadas, dependiendo de la sesión que el dedo simboliza.</li> </ul>		5 minutos	<p>comprenden el concepto de externalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes aplican adecuadamente los pasos de la parada de pensamiento</li> <li>- Los participantes logran aplicar situaciones de la vida cotidiana a la teoría.</li> </ul>
<p>Psicoeducación: Relajación muscular progresiva, autoinstrucciones y parada de pensamiento</p>	<p>Se realizará de 3 maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Explicación de las funciones, beneficios y aplicaciones de la relajación muscular progresiva.</li> <li>Introducción de la conceptualización y caracterización de las auto instrucciones y su</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas educativas sobre pasos de las técnicas de parada</li> </ul>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes realizaron la tarea de la sesión anterior.</li> <li>- Los participantes</li> </ul>

	<p>relación intrínseca con la consecución de objetivos y metas, y generador de emociones. (ver anexos 5.1).</p> <p>c. Educación acerca de la técnica de parada de pensamiento, aplicaciones y pasos (ver anexos 5.2).</p>	de pensamiento y entrenamiento en autoinstrucciones.		expresan funcionalidad con la técnica de relajación.
Técnica de relajación: Relajación muscular progresiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pedirá a los participantes que adopten la posición en la cual sientan mayor comodidad y se trabajarán los grupos de músculos de la frente, ojos, nariz, mejillas, mandíbula y orejas.</li> </ul>		15 minutos	
Técnica central: Parada de pensamiento y autoinstrucciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará un laberinto (ver anexos 5.3) para explicar los pasos de la generación de autoinstrucciones, asimismo se brindará una hoja en la que conjuntamente explorarán y generarán autoinstrucciones favorables utilizando la externalización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de trabajo</li> </ul>	30 minutos	

	<p>de problemas (ver anexos 5.4) a sus condiciones de vida y cotidianidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posteriormente, se trabajará en una hoja (ver anexo 5.5) la jerarquización de pensamientos ante determinada situación, su clasificación y las alternativas favorables ante estos. Se realizará una técnica de visualización guiada, en donde se plantean escenarios que generen ansiedad o malestar emocional, aplicando la técnica de parada de pensamiento previamente practicada y explicada.</li> </ul>			
<p>Asignación de tarea: Autorregistro de parada de pensamiento y auto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se asignará un autorregistro orientado a la utilización de parada de pensamiento y auto instrucciones, explicando la naturaleza, la función, sus objetivos e indicaciones,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro</li> </ul>	10 minutos	

instrucciones	completando conjuntamente la primera casilla a manera de ejemplo y modelado sobre su ejecución (ver anexo 5.6).			
Evaluación de la sesión: Cofre de sugerencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A cada participante se le brindarán post its para responder las siguientes preguntas: ¿qué fue lo que más me gustó?, ¿qué cosas cambiaría de la sesión?, ¿en qué pueden mejorar los facilitadores?, ¿las actividades realizadas se relacionan con mi problema?</li>   <li>- Al finalizar las respuestas, las hojas se colocarán en un cofre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post its</li> <li>- Cofre</li> </ul>	5 minutos	
Cierre Pregunta Escala y Mensaje final	<p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas participantes una hoja de trabajo en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post its</li> <li>- Hoja de trabajo</li> </ul>	10	

	<p>donde se les realizará la siguiente pregunta:</p> <p>"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual, del 1 a 10?".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.</li> </ul> <p><b>Mensaje final.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la sesión y connotando positivamente a los participantes por su desempeño a lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados en la sesión y señalando los recursos</li> </ul>		minutos	
--	--	--	---------	--

	<p>que facilitaron los avances de cada participante. La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.</p>			
--	--	--	--	--

## ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

LAS AUTOINSTRUCCIONES TAMBIÉN PUEDEN DENOMINARSE AUTOVERBALIZACIONES Y CONSTITUYEN LA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA HABLARNOS A NOSOTROS MISMOS A TRAVÉS DE UN DIÁLOGO INTERNO (O EXTERNO).

ASÍ, SE TRATA DE UNA SERIE DE PENSAMIENTOS, IDEAS O PASOS QUE LA PERSONA VERBALIZA (O PIENSA) PARA LLEGAR A UNA META O CONCLUIR UNA TAREA. EN OTRAS PALABRAS: CONSTITUYEN PAUTAS QUE NOS GUÍAN Y NOS AYUDAN A RESOLVER TAREAS DE FORMA AUTÓNOMA.

POR EJEMPLO PODEMOS UTILIZAR EXPRESIONES COMO, "SI OTROS PUEDEN YO TAMBIÉN, VOY A INTENTARLO" "POCO A POCO IRÉ ADQUIRIENDO AUTOCONTROL" "NO TENGO POR QUÉ CONSEGUIR LAS COSAS A LA PRIMERA" "¡VOY BIEN!" "VOY A PONER EN ELLO TODO MI EMPEÑO" "SI QUIERO PUEDO" "PUEDO HACERLO, SÓLO TENGO QUE INTENTARLO" "HASTA AHORA LO HE PASADO MUY MAL PERO HA LLEGADO EL MOMENTO DE ACTUAR, TENGO A MI FAMILIA, A MIS AMIGOS PERO SOBRE TODO VOY A INTENTARLO POR MÍ".

ESTE LENGUAJE INTERNO, A TRAVÉS DEL CUAL LA PERSONA SE HABLA A SÍ MISMA, ES UN MECANISMO QUE PUEDE AYUDARNOS A ENCONTRAR LA SOLUCIÓN O A ACTUAR DE UNA FORMA MUCHO MÁS EFICAZ EN EL MOMENTO OPORTUNO.



## PASOS PARA EL ENTRENAMIENTO EN AUTOINSTRUCCIONES

DEFINICIÓN DEL  
PROBLEMA

¿QUÉ TENGO QUE HACER? HE DE  
CONOCER QUE TENGO QUE HACER  
EXACTAMENTE.

APROXIMACIÓN DEL  
PROBLEMA

¿DE CUANTOS ELEMENTOS  
DISPONGO PARA REALIZAR ESTA  
TAREA? .

FOCALIZACIÓN DE LA  
ATENCIÓN

TENGO QUE PRESTAR ATENCIÓN A LO  
QUE ESTOY HACIENDO EN ESTOS  
MOMENTOS Y PROCURAR NO  
DISTRAERME CON NINGUNA OTRA COSA

AUTO - REFUERZO

TENGO QUE FELICITARME POR LAS  
COSAS QUE VOY HACIENDO BIEN.

VERBALIZACIONES  
FRENTE A ERRORES

SI COMENTO UN ERROR PUEDO  
INTENTAR CORREGIRLO, Y SI NO LO  
CONSIGO, LA PROXIMA VEZ QUE LO  
INTENTE, PROCURARÉ QUE ME SALGA  
MEJOR

AUTO - EVALUACIÓN

TENGO QUE FIJARME EN CÓMO VOY  
HACIENDO LAS COSAS.

AUTO - REFUERZO

TENGO QUE FELICITARME CUANDO  
HE REALIZADO BIEN EL TRABAJO.

# PARADA DEL PENSAMIENTO

Técnica utilizada para controlar pensamientos negativos y así reducir rumiación, autocríticas, ideas depresivas e irracionales

## PASO 01

Hacer una lista de pensamientos molestos



## PASO 02

Evaluar cuánto me molestan (De 0-10), comenzar con los más pequeños



## PASO 03

Imaginar situaciones para que surjan los pensamientos



## PASO 04

Interrumpir las ideas haciendo un ruido o gritando "Alto".

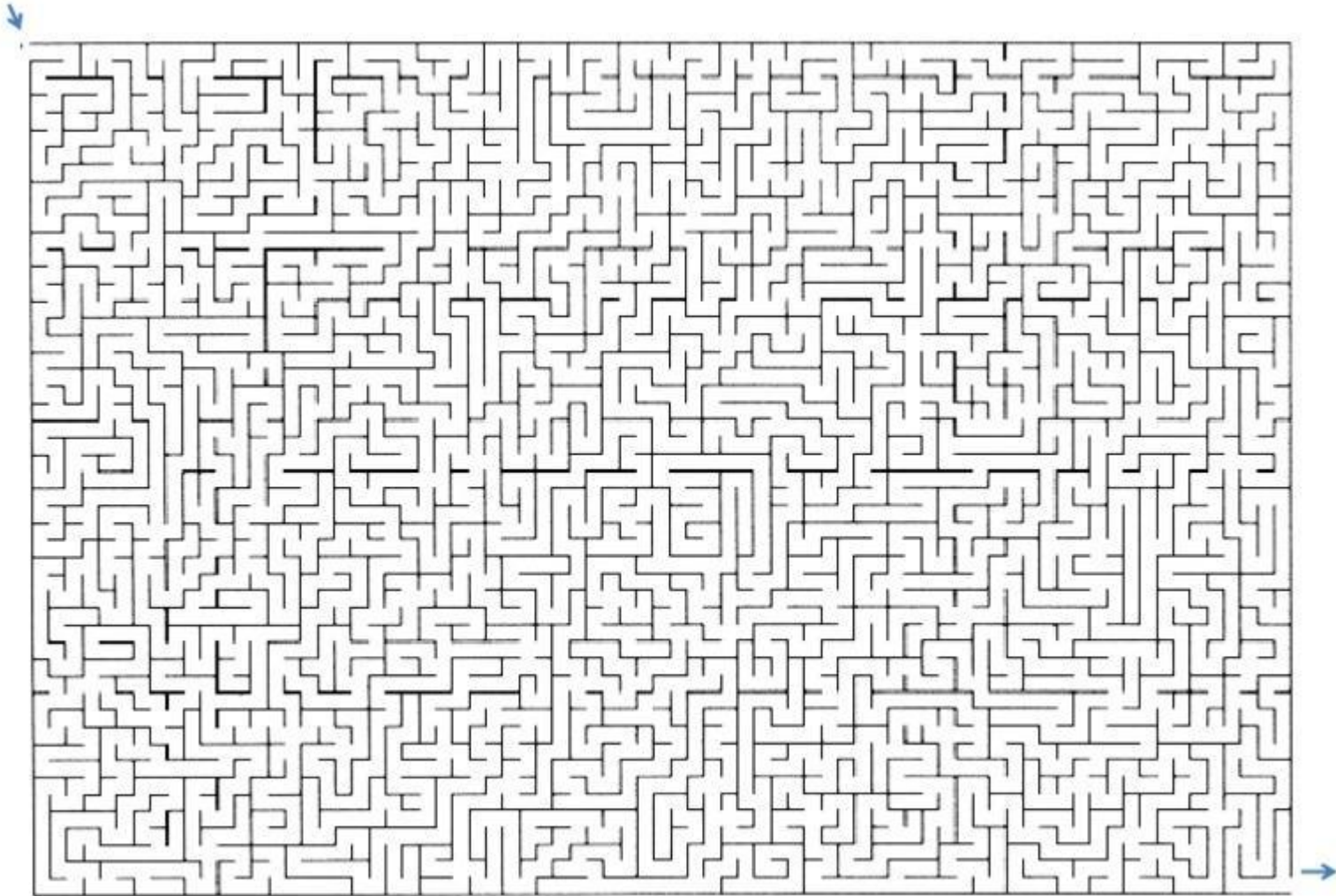


## PASO 05

Una vez que los pueda detener, cambiarlos por un pensamiento alternativo



*Anexo 5.3: Laberinto*



*Anexo 5.4: Realizando mis auto instrucciones*



*Anexo 5.5: Identificando mis pensamientos*

**Mis pensamientos**

**PENSAMIENTOS MOLESTOS**

**NIVEL DE AFECTACIÓN**

**PENSAMIENTO ALTERNATIVO**

The worksheet features a light pink background with decorative elements: a red heart with a white ECG line in the top left, a black vine with leaves and small flowers on the left side, a cartoon dog's head in the top right, and a line drawing of a flower in the bottom right. The three columns are separated by vertical lines and have a decorative horizontal bar at the top of each column.

*Anexo 5.6: Autorregistro*

## AUTORREGISTRO DEL MODELO ABC

**Nombre:**

**Indicaciones:** Complementa la casilla con la información que se te solicita

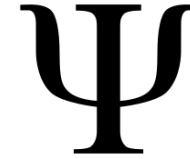
¿QUÉ PASÓ?	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	ESTE PENSAMIENTO ¿ME SIRVE? ¿ES REAL? ¿ES RACIONAL?	DEL 1 - 10 ¿QUÉ TANTO DETUVE EL PENSAMIENTO?	PENSAMIENTO ALTERNATIVO O AUTOINSTRUCCIÓN
------------	------------------------	---	--	---

Green Tree during Sunset





**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Conductual y autocuidado físico y mental

**Nº de sesión:** 6

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Concientizar a las personas participantes sobre el control que pueden tener sobre los síntomas de ansiedad y estrés que por tiempos prolongados, a través de actividades que conlleven al autocuidado físico y mental.

<b><i>TÉCNICA ESPECÍFICA</i></b>	<b><i>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</i></b>	<b><i>RECURSOS MATERIALES</i></b>	<b><i>TIEMPO</i></b>	<b><i>EVALUACIÓN (INDICADORES)</i></b>
Saludo y bienvenida	- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integren a la sesión, realizando un breve rapport grupal sobre las experiencias personales de la			- Participación de las personas beneficiarias en cada una de las

	<p>semana.</p> <p><b>Excepciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.</li> </ul>		5 minutos	<p>técnicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> </ul>
Revisión de tarea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará la revisión de tarea y consecuentemente él o la terapeuta a cargo solicitará la participación voluntaria de alguno de los presentes, para que socialicen como realizaron su tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro</li> </ul>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas participantes logran relajarse y dejar de pensar en la</li> </ul>
Actividad de integración:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta solicita que las</li> </ul>			



Mis dedos te saludan	<p>personas participantes hagan un círculo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta mencionara la siguiente consigna:  “Aplauda con un dedo a la persona que está frente a usted y dígame:  Buen día compañero/a”.</li> <li>- En el transcurso de la actividad se irán aumentando el número de dedos y por cada dedo las personas cambiarán de posición y realizarán un saludo diferente. Por cada dedo el terapeuta mencionará las actividades realizadas, dependiendo de la sesión que el dedo simboliza.</li> </ul>		5 minutos	<p>ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes realizaron la tarea de la sesión anterior.</li> <li>- Los participantes expresan funcionalidad con la técnica de relajación.</li> </ul>
Técnica de relajación:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pedirá a los participantes que</li> </ul>		15	

Relajación muscular progresivo	adopten la posición en la cual sientan mayor comodidad y se trabajarán los grupos de músculos del cuello, hombros y brazos.		minutos	
Técnica central: Espacio libre de ansiedad. (Adaptada por el equipo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dividirá el grupo en tríos.</li> <li>- Se presentarán diversas actividades recreativas, tales como: círculo de masajes, juego con pintura, juego con plastilina, uso de pelotas antiestrés y caminar al aire libre.</li> <li>- Cada actividad tendrá un espacio designado y todos los grupos pasarán a realizar cada una por un tiempo máximo de 5 minutos en donde tendrán prohibido hablar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapiceros.</li> <li>- Plastilina.</li> <li>- Hojas de papel bond.</li> <li>- Pinturas.</li> <li>- Pelotas antiestrés.</li> <li>- Toallas.</li> </ul>	40 minutos	

	<p>del estrés o ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Al terminar los 5 minutos de cada actividad se tomarán 2 minutos para consultar cómo se han sentido en ese pequeño momento libre de ansiedad, y posterior a ello se realizará la siguiente actividad.</li> <li>- Se realizará una reflexión final de la actividad.</li> </ul>			
<p>Asignación de tarea: Espacio libre de ansiedad y autorregistro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se solicitará a las personas participantes que seleccionen actividades que sean gratas para ellos y que las ubiquen en el espacio correspondiente en el autorregistro, luego de ello deberán elegir el tiempo específico por día para poder realizar dicha actividad y generar ese espacio libre de ansiedad, al finalizar cada actividad deberán llenar los espacios correspondientes a la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro.</li> </ul>	5 minutos	

	<p>evaluación ubicados en el autorregistro, además deberá ir aumentándole el número de horas «libres de ansiedad» y plantear incluso un «día libre de ansiedad» o un «fin de semana libre de ansiedad» (ver anexo 6.1).</p>			
<p>Evaluación de la sesión: Cofre de sugerencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A cada participante se le brindarán post its para responder las siguientes preguntas: ¿qué fue lo que más me gustó?, ¿qué cosas cambiaría de la sesión?, ¿en qué pueden mejorar los facilitadores?, ¿las actividades realizadas se relacionan con mi problema?</li> <li>- Al finalizar las respuestas, las hojas se colocarán en un cofre.</li> </ul>		5 minutos	
<p>Cierre Pregunta escala y Mensaje final</p>	<p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post it.</li> <li>- Hoja de trabajo.</li> </ul>		

	<p>participantes una hoja de trabajo en donde se les realizará la siguiente pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual, del 1 a 10?".</li> <li>- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.</li> </ul> <p><b>Mensaje final.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la sesión y</li> </ul>		<p>10 minutos</p>	
--	--	--	-------------------	--

	<p>connotando positivamente a los participantes por su desempeño a lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados en la sesión y señalando los recursos que facilitaron los avances de cada participante. La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.</p>			
--	---	--	--	--

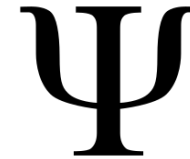
*Anexo 6.1: Hoja de autorregistro de espacio libre de ansiedad*

Nombre:

Actividades recreativas.	Día.	Actividad elegida.	Tiempo dedicado.	¿Cómo se sintió?



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Emocional

**Nº de sesión:** 7

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Orientar al desbloqueo de situaciones disfuncionales, para generar la búsqueda de nuevas soluciones.

<b>TÉCNICA ESPECÍFICA</b>	<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>EVALUACIÓN (INDICADORES)</b>
Saludo y bienvenida	- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integren a la sesión, realizando un breve rapport grupal sobre las experiencias personales de la semana.			- Participación de los beneficiarios en cada una de las técnicas. - Apertura e



	<p><b>Excepciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.</li> </ul>		5 minutos	<p>integración en cada una de las técnicas a realizarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> </ul>
Revisión de tarea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará la revisión de tarea y consecuentemente él o la terapeuta a cargo solicitará la participación voluntaria de alguno de los presentes, para que socialicen como realizaron su tarea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro.</li> </ul>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas participantes logran identificar las soluciones que no han sido</li> </ul>
Actividad de integración: Mis dedos te saludan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- -El terapeuta solicita que las personas participantes hagan un círculo.</li> <li>- El terapeuta mencionara la siguiente</li> </ul>			

	<p>consigna:</p> <p>“Aplauda con un dedo a la persona que está frente a usted y dígame:</p> <p>Buen día compañero/a”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el transcurso de la actividad se irán aumentando el número de dedos y por cada dedo las personas cambiarán de posición y realizarán un saludo diferente. Por cada dedo el terapeuta mencionará las actividades realizadas, dependiendo de la sesión que el dedo simboliza.</li> </ul>		5 minutos	<p>útiles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas participantes logran identificar las causas de la ineficacia de dichas soluciones.</li> <li>- Las personas participantes son capaces de identificar la relación entre sus soluciones fallidas.</li> <li>- Las personas participantes son capaces de crear nuevas</li> </ul>
Técnica de relajación: Relajación muscular progresiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pedirá a los participantes que adopten la posición en la cual sientan mayor comodidad y se trabajarán los grupos de músculos de la espalda alta, espalda baja y abdomen.</li> </ul>		15 minutos	

<p>Técnica central: Desbloqueando círculos viciosos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les explicará a las personas participantes que en ocasiones los problemas experimentados están acompañados de un conglomerado de soluciones ineficaces encerradas en círculos viciosos y que es importante dejar de realizar lo que no nos sirve y buscar nuevas soluciones.</li>   <li>- Seguido de ello se les entregará a las personas participante una hoja de trabajo de cuatro entradas, en el cual, como encabezado deberán colocar la problemática que les aqueja y que quieren abordar, posterior a ello en la primera columna deberán colocar todas las soluciones que recuerden han aplicado para solucionar su problema y que no lo han resuelto o lo hayan mantenido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de trabajo.</li> <li>- Lapiceros.</li> </ul>	<p>45 minutos</p>	<p>soluciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes expresan funcionalidad con la técnica de relajación.</li> </ul>
---	---	---	-------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luego de ello, en la segunda columna deberán colocar el motivo por el cual dichas estrategias no fueron funcionales.</li>   <li>- Continuando con la tercera columna las personas participantes buscarán el agente en común en cada una de las soluciones fallidas y las ubicaran en dicha columna.</li>   <li>- Para terminar, en la cuarta columna deberán colocar nuevas soluciones, diferentes a las anteriormente utilizadas y planteadas con acciones concretas y operativas (ver anexo 7.1).</li> </ul>			
Asignación de tarea:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De las soluciones creadas en la actividad anterior, los participantes seleccionarán las soluciones que mejor consideren aplicables para su semana, y cada noche, antes de dormir llenaran un registro en el cual colocarán, la estrategia que</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro.</li> </ul>	10 minutos	

Autorregistro.	seleccionaron, mencionaran las dificultades experimentadas, su experiencia aplicando dicha solución y en una escala del 1 al 10 que tanto la solución a contribuido a resolver el problema (ver anexo 7.2).			
Evaluación de la sesión: El cofre de sugerencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A cada participante se le brindarán post its para responder las siguientes preguntas: ¿qué fue lo que más me gustó?, ¿qué cosas cambiaría de la sesión?, ¿en qué pueden mejorar los facilitadores?, ¿las actividades realizadas se relacionan con mi problema?</li> <li>- Al finalizar las respuestas, las hojas se colocarán en un cofre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de trabajo</li> <li>- Post its</li> </ul>	10 minutos	
Cierre Pregunta escala y Mensaje final	<p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas participantes una hoja de trabajo en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de trabajo.</li> <li>- Post it.</li> </ul>	10 minutos	

	<p>donde se les realizará la siguiente pregunta:</p> <p>"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual, del 1 a 10?".</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.</li></ul> <p><b>Mensaje final.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la sesión y connotando positivamente a los participantes por su desempeño a lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados</li></ul>			
--	--	--	--	--

	<p>en la sesión y señalando los recursos que facilitaron los avances de cada participante.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.</li></ul>			
--	--	--	--	--

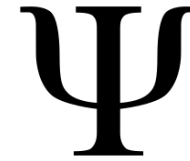








**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Emocional y relaciones familiares

**Nº de sesión:** 8

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Orientar a la identificación de sus logros durante el proceso psicoterapéutico, utilizándolos para connotar y aportar de manera positiva a los demás y a sí mismo.

<b>TÉCNICA ESPECÍFICA</b>	<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>RECURSOS MATERIA LES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>EVALUACIÓN (INDICADORES)</b>
Saludo y bienvenida	- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integren a la sesión,			- Participación de

	<p>realizando un breve rapport grupal sobre las experiencias personales de la semana.</p> <p><b>Excepciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.</li> </ul>		5 minutos	<p>los beneficiarios en cada una de las técnicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> <li>- Los participantes identifican las estrategias efectivas aprendidas en psicoterapia y</li> </ul>
Revisión de tarea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará la revisión de tarea y consecuentemente él o la terapeuta a cargo solicitará la participación voluntaria de alguno de los presentes, para que socialicen como realizaron su tarea.</li> </ul>	Hoja de autorregistr o	10 minutos	
Actividad de integración: Mis dedos te saludan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta solicita que las personas participantes hagan un círculo.</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta mencionara la siguiente consigna:  “Aplauda con un dedo a la persona que está frente a usted y dígame:  Buen día compañero/a”.</li> <li>- En el transcurso de la actividad se irán aumentando el número de dedos y por cada dedo las personas cambiarán de posición y realizarán un saludo diferente. Por cada dedo el terapeuta menciona las actividades realizadas, dependiendo de la sesión que el dedo simboliza.</li> </ul>		5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>son capaces de recomendarlas.</li> <li>- Las personas participantes logran seleccionar estrategias de solución recomendadas por sus compañeros.</li> <li>- Los participantes realizaron la tarea de la sesión anterior.</li> </ul>
Técnica de relajación: Relajación muscular progresiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pedirá a los participantes que adopten la posición en la cual sientan mayor comodidad y se trabajarán los grupos de músculos de glúteos, piernas, pantorrillas, tobillos y pies.</li> </ul>		15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes expresan funcionalidad con la técnica de</li> </ul>
Técnica central: Círculo de las	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se formarán dos grupos por afinidad. Una vez formados los grupos, se formará un</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notas</li> </ul>	40 minutos	

<p>soluciones (Adaptación de la técnica “Cartas terapéuticas”).</p>	<p>círculo con sillas y una persona voluntaria pasará a sentarse en medio (todas las personas pasarán). Se le brindará una caja para que agarre una nota al azar, en donde leerá en voz alta un problema anónimo familiar escrito en la sesión anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas que rodean el círculo le darán soluciones creativas u anteriormente implementadas ante la problemática expresada. El objetivo es encontrar alternativas nuevas para superar y enfrentar las problemáticas.</li> </ul>	<p>con los problemas familiares anterioresmente realizados.</p>		<p>relajación.</p>
<p>Asignación de tarea: Práctica de la carta por autorregistro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partiendo de las soluciones planteadas en los círculos, cada persona deberá elegir una de las alternativas que sus compañeros de grupo propuso en la sesión y deberá ponerla en práctica al menos 2 veces por semana. Esto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de autorregistro</li> </ul>	<p>10 minutos</p>	

	se evaluará a través de un autorregistro (ver anexo 8.1).	o.		
Evaluación de la sesión: El cofre de las sugerencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A cada participante se le brindarán post its para responder las siguientes preguntas: ¿qué fue lo que más me gustó?, ¿qué cosas cambiaría de la sesión?, ¿en qué pueden mejorar los facilitadores?, ¿las actividades realizadas se relacionan con mi problema?</li> <li>- Al finalizar las respuestas, las hojas se colocarán en un cofre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post its</li> <li>- Cofre de sugerencias</li> </ul>	10 minutos	
Cierre Pregunta escala y Mensaje final	<p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas participantes una hoja de trabajo en donde se les realizará la siguiente pregunta:</li> </ul> <p>"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de trabajo.</li> <li>- Post it.</li> </ul>	5 minutos	

mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual , del 1 a 10?".

- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.

**Mensaje final.**

- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la sesión y connotando positivamente a los participantes por su desempeño a lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados en la sesión y señalando los recursos que facilitaron los avances de cada participante. La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.

*Anexo 8.1: Autorregistro.*

## AUTORREGISTRO DE ALTERNATIVAS

**Nombre:**

**Indicaciones:** Complementa la casilla con la información que se te solicita

¿QUÉ PASÓ?

SOLUCIÓN QUE  
SIEMPRE SE  
IMPLEMENTABA

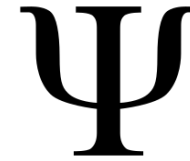
NUEVA  
SOLUCIÓN  
APLICADA

DEL 1 - 10  
¿QUÉ TANTO  
ME SIRVIÓ LA  
ALTERNATIVA?





**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Emocional

**Nº de sesión:** 9

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Redireccionar la perspectiva sobre la historia personal hacia una más adaptativa a través de la adquisición de nuevos recursos y habilidades.

<b>TÉCNICA ESPECÍFICA</b>	<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>EVALUACIÓN (INDICADORES)</b>
Saludo y bienvenida	- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integren a la sesión, realizando un breve rapport			- Participación de los beneficiarios en cada una de

	<p>grupal sobre las experiencias personales de la semana.</p> <p><b>Excepciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.</li> </ul>		5 minutos	<p>las técnicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> </ul>
Revisión de tarea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará la revisión de tarea y consecuentemente él o la terapeuta a cargo solicitará la participación voluntaria de alguno de los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja autorregistro .</li> </ul>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes</li> </ul>

	presentes, para que socialicen como realizaron su tarea.			realizaron la tarea de la sesión anterior.
Actividad de integración: Mis dedos te saludan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta solicita que las personas participantes hagan un círculo.</li> <li>- El terapeuta mencionara la siguiente consigna:  “Aplauda con un dedo a la persona que está frente a usted y dígame:  Buen día compañero/a”.</li> <li>- En el transcurso de la actividad se irán aumentando el número de dedos y por cada dedo las personas cambiarán de posición y realizarán un saludo</li> </ul>		5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes expresan funcionalidad con la técnica de relajación</li> <li>- Los participantes logran externalizar su situación problema con ayuda de la figura creada y</li> </ul>

	diferente. Por cada dedo el terapeuta mencionará las actividades realizadas, dependiendo de la sesión que el dedo simboliza.			generar reflexiones en función de la actividad.
Técnica de relajación: Relajación muscular progresiva	- Se realizará una retroalimentación de toda la técnica de relajación muscular progresiva.		15 minutos	- Los participantes expresan la funcionalidad, experiencias y reflexiones orientadas a la fase de despedida y bienvenida.
Técnica central: Externalización y Carta adiós/hola (Adaptación por el equipo de investigación)	<b>Fase 1:</b>  - Se brindara a cada participante un juego de plastilinas, con el cual deberán crear un muñeco de lo que para ellos representa cualquier emoción que le genere malestar y le deberán poner un nombre, luego se les pedirá que escojan un	- Plastilina. - Limpia pipas. - Ojos de plástico. - Lana.	30 minutos	

	<p>lugar en el salón donde se sientan cómodos, y que le realicen una pequeña entrevista a su muñeco, entrevista que ira dirigida por uno de los facilitadores con las siguientes preguntas: ¿desde cuando estas en la vida de...?, ¿por qué creíste en ese momento que... (nombre del consultante) te necesitaba?, ¿qué hay en la vida de... (nombre) que te hace pensar que aún te necesita?, ¿qué tendría que pasar para que te desapareciera?</p> <p><b>Fase 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luego la persona participante deberá dirigirse a la figura</li> </ul>			
--	--	--	--	--

	<p>creada mencionandole como le recuerda, sus conductas, formas de pensar y dificultades antes del proceso psicoterapéutico y que tiene la disposición de dejarle ir, agradeciendo el tiempo que le acompañó y las lecciones que le brindó.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Luego de ello destruirá la figura y de esa misma creara una nueva en la cual le dará la bienvenida y le pondrá su nombre y le expresara palabras de agradecimiento y consuelo por todas las complicaciones que pudo experimentar antes de llegar, como también mencionará su emoción por tenerle en su vida y los compromisos que</li></ul>			
--	---	--	--	--

	<p>adquiere con su llegada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luego de la actividad se realizará una reflexión con las personas participantes.</li> </ul>			
<p>Asignación de tarea: El amuleto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas participantes deberán elegir o construir en su casa, un “amuleto” que le recuerde la nueva persona que quiere ser (o la persona que quiere volver a ser). Llevará encima el amuleto como un recordatorio de sus objetivos, de esta forma se reforzará la apuesta por el cambio en las personas.</li> <li>- Luego deberá ubicar en una página los compromisos que ha adquirido consigo misma y los ubicará en un lugar donde pueda observarlos todos los días, llevándolo así</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Símbolo material escogido o creado por la persona.</li> <li>- Hoja con compromisos adquiridos.</li> </ul>	10 minutos	

	a ponerlos en práctica cada vez que sea necesario.			
Evaluación de la sesión: Cofre de sugerencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A cada participante se le brindarán post its para responder las siguientes preguntas: ¿qué fue lo que más me gustó?, ¿qué cosas cambiaría de la sesión?, ¿en qué pueden mejorar los facilitadores?, ¿las actividades realizadas se relacionan con mi problema?</li> <li>- Al finalizar las respuestas, las hojas se colocarán en un cofre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Post its</li> <li>- Cofre de sugerencias.</li> </ul>	10 minutos	
Cierre Pregunta escala y Mensaje final	<p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindarán a las personas participantes una</li> </ul>			



hoja de trabajo en donde se les realizará la siguiente pregunta:

"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual , del 1 a 10?".

- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.

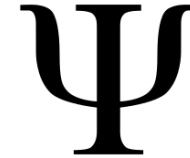
**Mensaje final.**

- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la

	<p>sesión y connotando positivamente a los participantes por su desempeño a lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados en la sesión y señalando los recursos que facilitaron los avances de cada participante. La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.</p>			
--	--	--	--	--



**Universidad de El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*“Programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de la niñez con Síndrome de Down”.*

**Área:** Cierre

**Nº de sesión:** 10

**Lugar:** Centro de Olimpiadas Especiales

**Objetivo de la sesión:** Evaluar el cumplimiento de los objetivos y expectativas generadas en el programa desde la valoración realizada por las personas participantes y facilitadores.

<b>TÉCNICA ESPECÍFICA</b>	<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>RECURSOS MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>EVALUACIÓN (INDICADORES)</b>
	- Se les brindará la bienvenida a los y las participantes que se integren a la sesión, realizando un breve rapport			- Participación de los beneficiarios en cada

<p>Saludo y bienvenida</p>	<p>grupales sobre las experiencias personales de la semana.</p> <p><b>Excepciones.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante el desarrollo de la sesión, se estará haciendo aplicación de la técnica de las excepciones en donde los terapeutas se centrarán en aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrastan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliada.</li> </ul>		<p>5 minutos</p>	<p>una de las técnicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apertura e integración en cada una de las técnicas a realizarse.</li> <li>- El logro de un ambiente de confianza y empatía entre los participantes y facilitadores.</li> <li>- Los participantes logran aplicar situaciones de la vida cotidiana a la teoría.</li> </ul>
<p>Revisión de la tarea</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les solicitará a las personas participantes brindar su experiencia con la actividad asignada en la sesión anterior, así como también se les pedirá que muestren el “amuleto” creado y que socialicen</li> </ul>		<p>10 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los participantes realizaron la tarea de la sesión anterior</li> </ul>

	su significado.			
Actividad de integración: Mis dedos se saludan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El terapeuta solicita que las personas participantes hagan un círculo.</li>   <li>- El terapeuta mencionara la siguiente consigna:   “Aplauda con un dedo a la persona que está frente a usted y dígame:   Buen día compañero/a”.</li>   <li>- En el transcurso de la actividad se irán aumentando el número de dedos y por cada dedo las personas cambiarán de posición y realizarán un saludo diferente. Por cada dedo el terapeuta mencionará las actividades realizadas, dependiendo de la sesión que el dedo simboliza.</li> </ul>		5 minutos	- A los participantes se les facilita evidenciar su crecimiento a lo largo del proceso psicoterapéutico.

El árbol de cerezo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les brindará a cada participante imágenes de flores de cerezo (ver anexo 10.1) y se realizará una reflexión en relación al crecimiento de cada uno de los integrantes a lo largo del proceso de psicoterapia, a continuación, se les solicitará que en las flores que se les han brindado (anexo 10.2) coloquen los cambios a nivel individual que han logrado ver en sí mismos, cambios que otras personas notaron, y logros obtenidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagen de árbol de cerezo y flores.</li> </ul>	45 minutos	
Mis expectativas y recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les entregarán a los participantes las expectativas y compromisos (ver anexo 10.3) que redactaron en la primera sesión y se les solicitará coloque en una página cuáles fueron las expectativas que se cumplieron y cuáles no, como también mencionar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de trabajo</li> </ul>	10 minutos	

	logros que no se esperaban y sugerencias.			
La carta para los días malos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se propondrá a las personas consultantes que, en un momento en que se sienta bien, escriba una carta dirigida a sí misma en un mal día. En esta carta, deberá expresar su apoyo a sí misma, y también dar algunos buenos consejos (con base a las cosas que identificaron previamente que les funcionan para solventar las dificultades que se les presentan) sobre qué puede hacer para sobrellevar ese mal día o incluso convertirlo en uno bueno.</li> <li>- Esta carta servirá para salir de un estado negativo y tomar medidas para superarlo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Páginas de papel bond y lápices.</li> </ul>	20 minutos	
Cierre Kit de auxilio psicológico,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se les solicitará a las personas participantes hacer un círculo y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kit de auxilio</li> </ul>	20	

Pregunta escala y mensaje final	<p>tomarse de las manos, a continuación, se les brindará una pequeña caja con diferentes objetos adentro con un significado terapéutico cada uno, los cuales se explicarán a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Tomarse de las manos:</b> simboliza la unión del grupo y que en algún momento han necesitado de una mano amiga y en otro han sido la mano amiga de alguien más.</li> <li>- <b>Un espejo:</b> simboliza la importancia de ver hacia sí mismos, sus acciones y sus pensamientos.</li> <li>- <b>Una oreja:</b> para no olvidar tomar el tiempo de escuchar a alguien más y escucharse a sí mismos.</li> <li>- <b>Un borrador:</b> para recordar que siempre se puede volver a comenzar y que los errores son parte de la vida.</li> </ul>	psicológico.	minutos	
---------------------------------	---	--------------	---------	--



	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Una vela:</b> Para no olvidar que, así como el proceso fue luz para los participantes, ellos también han sido luz para alguien más y que no hay que dejar apagar la esperanza y luz interna.</li><li>- <b>Una liga:</b> que simboliza la flexibilidad que como personas hay que mantener en la vida para adaptarse al cambio.</li><li>- <b>Su nombre:</b> que simboliza que nunca están en soledad, puesto que siempre se tienen a sí mismos.</li><li>- <b>Una vaca:</b> para recordar que, así como se aprovecha cada uno de los recursos que la vaca le brinda al ser humano hay que aprovechar las oportunidades que la vida brinda.</li><li>- <b>Un corazón:</b> para recordar que la compasión y el amor empieza en uno mismo.</li></ul>			
--	--	--	--	--

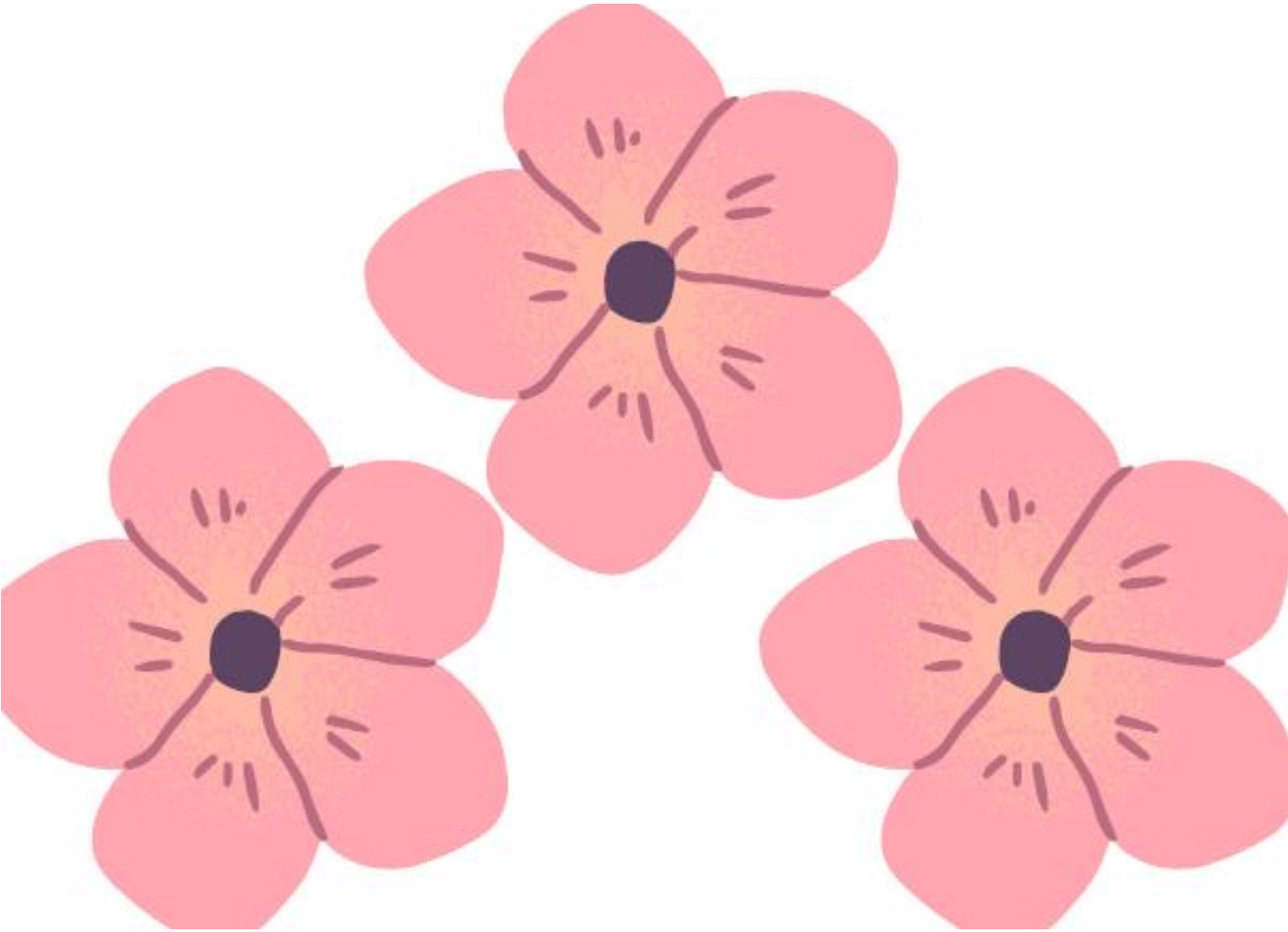
	<p>Se finaliza la sesión con la despedida y cierre.</p> <p><b>Pregunta de escala.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se les brindarán a las personas participantes una hoja de trabajo en donde se les realizará la siguiente pregunta:</li></ul> <p>"En una escala de 1 a 10, en la que 1 sería el momento en que las cosas estuvieron peor, y 10 el momento en el que la situación que le aqueja haya mejorado... Díganme ¿dónde pondrías tú avance desde la sesión pasada a la actual , del 1 a 10?".</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Partiendo de la escala cada participante deberá responder ciertos elementos en relación a los avances y necesidades para los mismos.</li></ul>			
--	--	--	--	--

	<p><b>Mensaje final.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se realizará de manera grupal centrándose en los avances obtenidos a lo largo de la sesión y connotando positivamente a los participantes por su desempeño a lo largo de la jornada, mencionando los contenidos abordados en la sesión y señalando los recursos que facilitaron los avances de cada participante.</li><li>- La connotación positiva se realizará a través de post its, en los cuales los y las terapeutas escribirán los recursos presentes que cada participante manifestó en la sesión.</li></ul>			
--	--	--	--	--

Anexos 10.1: árbol de cerezo



Anexo 10.2: Flores



Anexo 10.3: Expectativas y compromisos



## 10. CONCLUSIONES

A partir de la propuesta se realizan las siguientes conclusiones:

- Se encontró que los efectos más experimentados por la población de cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down son, el estrés crónico, la ansiedad, síntomas de depresión, el miedo a la muerte, la incertidumbre del futuro de sus familiares, causando malestar altamente significativo.
- Las redes primarias de apoyo, actividades recreativas y la espiritualidad han sido unos de los mayores recursos de afrontamiento ante los efectos causados por la pandemia del COVID-19 en los cuidadores primarios de la niñez con Síndrome de Down.
- Es de especial importancia que se les permita a las personas cuidadoras primarias de niñez con Síndrome de Down, la exploración de sus pensamientos, de sus recursos, los reconocimientos de sus logros, y la valoración de las posibles soluciones ante sus dificultades, la gestión emocional, el manejo del estrés, ansiedad y autocuidado, siendo todas áreas de especial atención.
- La mayor parte de las personas cuidadoras son mujeres, debido a los roles de género establecidos en nuestro contexto, lo cual las hace una población con altos índices de desgaste físico y psicológico, ya que, aparte de realizar la labor de cuidados con su familiar, una gran cantidad de las mismas deben de llevar a cabo tareas domésticas en sus hogares.

## 11. RECOMENDACIONES

En función de las conclusiones previamente planteadas se realizan las siguientes recomendaciones:

Al Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador:

- Diseñar investigaciones focalizadas en cuidadores primarios de personas con Síndrome de Down, orientada a la exploración de los efectos psicológicos experimentados exclusivamente en la labor de cuidados.
- Realizar investigaciones cualitativas dirigidas al registro de las experiencias de dicha población que expandan la bibliografía en relación a esta temática en nuestro contexto y desde un enfoque psicosocial y de género.

A las instituciones de salud:

- Guiar los programas hacia la generación y desarrollo de soluciones y recursos personales y familiares que permitan a las personas cuidadoras primarias de la niñez con Síndrome de Down, adaptarse de manera adecuada a las situaciones que se puedan presentar en futuras crisis sanitarias.

A los estudiantes egresados y en prácticas de la carrera de Licenciatura en Psicología:

- Implementar programas aplicados a cuidadores de personas con Síndrome de Down, combinando enfoques y formas de terapia a nivel individual y grupal en pro de la disminución de los efectos psicológicos generados a causa de la pandemia por COVID-19 y la labor de cuidados.



## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avelar, W. Orantes, B. y Rivera, D. (2020) *Diseño e implementación de un programa psicoterapéutico grupal Centrado en Soluciones- Cognitivo Conductual y su efectividad en el establecimiento de actitudes hacia el afrontamiento de la indefensión aprendida de adultos mayores en la asociación tecleña de personas adultas mayores*. [ Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad de El Salvador]. <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/21344/1/14103765.pdf>
- Aguñada, M. Coronado, R. y Sanchez, M. (2017) *Diagnóstico de la sobrecarga emocional en el cuidador primario de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas recibiendo cuidados paliativos, ingresados en el hospital divina providencia durante el año 2017* [ Tesis de posgrado de licenciatura en Psicología, Universidad de El Salvador] <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/15836/>
- Barrera O., Galvis L., Moreno M., Pinto A., Pinzón R., Romero G. y Sánchez H. (2006). La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 24(1): 36-46. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400003.pdf>
- Beyebach, M. (S.f). *Introducción a la Terapia Breve Centrada en Soluciones*. Universidad Pontificia de Salamanca. <https://Psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/IntroduccionTBCS.pdf>
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2010). *200 Tareas en Terapia Breve*. Herder Editorial.
- Beyebach, M. (2012). *24 Ideas para una psicoterapia Breve*. Herder Editorial.
- Buaiz, Y. (2013). *Ley de Protección Integral de la niñez y adolescencia*.

- Caballo, V. (1998) . Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conductas. Siglo 21 Editores.  
[https://www.academia.edu/34466685/Caballo\\_Vicente\\_E\\_Manual\\_De\\_Tecnicas\\_De\\_Terapia\\_Y\\_Modificacion\\_De\\_Conducta\\_4ed](https://www.academia.edu/34466685/Caballo_Vicente_E_Manual_De_Tecnicas_De_Terapia_Y_Modificacion_De_Conducta_4ed)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *People with Disabilities*. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-disabilities.html>
- Confederación Española de Personas con Alzheimer. (2016). *Causas, síntomas y estrategias de afrontamiento del síndrome del cuidador quemado*.  
<https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/causas-sintomas-y-estrategias-de-afrontamiento-del-sindrome-del-cuidador-quemado#:~:text=La%20mayor%20parte%20de%20la,que%20tiene%20a%20su%20cuidado>
- Cuijpers, P. y Stam, H. (2000) Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services* 51, 375-379.  
<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.51.3.375>
- Feixas i Viaplana, G., Muñoz Cano, D., Compañ, V., y Montesano del Campo, A. (2012). *El modelo sistémico en la intervención familiar*.  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo\\_Sistemic\\_Enero2016.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistemic_Enero2016.pdf)
- Fernández, S., Jaramillo, M. y Avendaño, L. (2018). *Estados emocionales de cuidadores principales de personas con Síndrome de Down del municipio de Puerto Berrío - Antioquia*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Antioquia].  
[http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/15526/1/FernandezSandra\\_2018\\_EstadosEmocionalesCuidadores.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/15526/1/FernandezSandra_2018_EstadosEmocionalesCuidadores.pdf)

- Fernández-Ballesteros, R. (1980). La observación. En R. Fernández-Ballesteros, *Introducción a la evaluación psicológica I* (pp. 137-182). Madrid, España: Pirámide.
- Fuertes, A. y Ugidos, T. (1999). *Introducción a la Terapia Breve en las Soluciones. Intervención y Prevención en Salud Mental*.  
<https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/IntroduccionTBCS.pdf>
- Fundación Catalana de Síndrome de Down. (2020). *Covid.19 y Síndrome de Down*.  
<https://www.fcsd.org/wp-content/uploads/2020/04/Covid-19-y-SD-castellano.pdf>
- Fundación Hospital St. Jaume I Sta Magdalena y Laboratorios HARTMANN. *Guía de atención al cuidador*. [Archivo PDF]. <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf>
- Fundación Iberoamericana Down21. (2008). *Cuidar al cuidador*.  
<https://www.down21.org/revista-virtual/118-revista-virtual-2008/revista-virtual-julio-2008/editorial-julio-2008/1488-cuidar-al-cuidador.html>
- Fundación Iberoamericana Down 21. (2017). *Llega tu bebé. ¿Qué es el Síndrome Down?*  
<http://www.down21.org/llega-tu-bebe/1022-nuevos-padres-llega-tu-bebe/que-es-el-sindrome-de-down.html>
- Fundación Iberoamericana Down21. (2020). *Investigación mundial del Síndrome de Down frente al Coronavirus*. <https://www.down21.org/noticias/3440-investigacion-mundial-sindrome-de-down-frente-al-coronavirus.html>
- García, F. (2010). *Terapia Breve Centrada en la Solución- Hacia una psicoterapia positiva*. Escuela de Psicología, Universidad de Concepción.

- García, M. (1993). *Métodos y técnicas de investigación*. Madrid, España: Alianza Universidad.
- Gestión y Negocios de la dependencia. (2018). Síndrome del cuidador quemado. Efectos y consecuencias. <https://gestionydependencia.com/noticia/2108/dependencia/sindrome-del-cuidador-quemado.-efectos-y-consecuencias.html>
- Harvey, K. (2002). The effect of intensive case management on the relatives of patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 53, 1580-1585. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.53.12.1580>
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., y Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud pública*, 19, 393-395. <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/393-395/>.
- Huanca, G. y Lopez, N. (2013) *Nivel de Sobrecarga y Estrategias de Afrontamiento en Padres de Hijos con Síndrome Down Institución de Educación Especial Unámonos - Arequipa 2012*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2315>
- Ibáñez-Tarín, C., y Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 38(6), 377-387. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.019>
- Ibáñez-Tarín, C., y Manzanera-Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *SEMERGEN-Medicina de familia*, 38(6), 377-387. <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/11/Tecnicas-cognitivo-conductuales-de-facil-aplicacion-en-atencion-primaria-parte-1.pdf>

- Jimenez, S, y Mamani, S. (2015). *Capacidad de resiliencia y calidad de vida de cuidadores de niños con Síndrome de Down - Cebe Auvergne Perú Francia*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/362>
- Junta de vigilancia de la profesión en Psicología. (2009). *Código de ética para el ejercicio de la profesión de Psicología en El Salvador*. <http://cssp.gob.sv/wp-content/uploads/2016/06/codigo-de-etica-bisnieto-2009-2011.pdf>
- Kantar, A., Mazza, A., Bonanome, E., Odoni, M., Seminara M., Dalla, I., Lovati, C., Bolognini, S. y D'Antiga, L. (2020). COVID-19 and children with Down syndrome: is there any real reason to worry? Two case reports with severe course. *BMC Pediatrics*, 20, 561. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02471-5>
- Legislativa, A. (1983). Constitución de la República de El Salvador. *El Salvador, San Salvador: Centro de Documentación Legislativa*.
- Martínez Piedrola, R. y Miangolarra Page, JC. (2006). *El cuidador y la enfermedad de Alzheimer. Formación y asistencia*. Editorial Universitaria Ramón Areces. España.  
[https://books.google.com.sv/books/about/El\\_cuidador\\_y\\_la\\_Enfermedad\\_de\\_Alzheimer.html?id=KWKnDAAAQBAJyprintsec=frontcoverysource=kp\\_read\\_buttonyhl=es-419yredir\\_esc=y#v=onepageyqyf=false](https://books.google.com.sv/books/about/El_cuidador_y_la_Enfermedad_de_Alzheimer.html?id=KWKnDAAAQBAJyprintsec=frontcoverysource=kp_read_buttonyhl=es-419yredir_esc=y#v=onepageyqyf=false)
- Mattos, N. (2016). *Modelos para armar: modelos de atención en salud y la intervención del trabajo social*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de la República de Uruguay].  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/22961>
- Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York: Harper y Row.

Ministerio de Salud de El Salvador (Diciembre de 2019). *Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en niños y niñas menores de 10 años con Síndrome de Down*

<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientosatencionninezsindromedownv1.pdf>

Morales, J. (2020). *Síndrome del Quemado en cuidadores de pacientes con Enfermedades Neurodegenerativas en tres municipios del Norte de Tenerife* [Trabajo de fin de grado, Universidad de la Laguna]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20282/Sindrome%20del%20Quemado%20en%20cuidadores%20de%20pacientes%20con%20Enfermedades%20Neurodegenerativas%20en%20tres%20municipios%20del%20Norte%20de%20Tenerife..pdf>.

Ngozi Nkongho (1990). *The caring ability inventory. Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills*. New York: Springer [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0120-53072006000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0120-53072006000100004)

Ramírez, J., y Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 610–630. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2012/epi122n.pdf>

Ríos, A. y Galán, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica* 11(3): 163-169. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

Royal College of Psychiatrists y Sociedad Española de Psiquiatría. (2009). *La terapia cognitiva - conductual (TCC)*.

<https://www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf>

Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill Education.

<https://drive.google.com/file/d/1ZqMJESMRNgHhCnZLAXnWcUK42Run5zw9/view>

Seguí J., Ortiz-Tallo M. y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología* <https://www.redalyc.org/pdf/167/16724112.pdf>

Solution Focused Brief Association. (2013). *Manual de Terapia Breve Centrada en Soluciones*. (K. Suitt y H. Camarena, trad). SFBTA. (Obra original publicada en 2013). <https://irp-cdn.multiscreensite.com/f39d2222/files/uploaded/MANUAL%20TERAPIA%20OBREVE%20CENTRADA%20EN%20LAS%20SOLUCIONES.pdf>

Suria, E. (2014). Cansancio del rol del cuidador: análisis de sus factores relacionados. *Reduca*, 6 (3): 261-292. <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1708/1724>

UNAM. (2018). *Investigación bibliográfica*. UNIR.

<http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/ss/wp-content/uploads/2018/10/12.pdf>

Viera, D. y Yugcha, S. *Síndrome del cuidador cansado y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al centro de salud de chimbacalle, en el período comprendido entre junio a julio del 2016*. [Tesis de posgrado, Universidad Católica del Ecuador].

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12591/TESIS%20%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR%20%20VIERA-YUGCHA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Villamar, R. (2014). *Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Guayaquil].  
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6283/1/TESIS%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR.pdf>

Villaruel, J. (2014). Epistemología de las pruebas psicológicas para el ingreso a la universidad. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, (16), 249-273. ISSN: 1390-3861. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846097012>



# 13. Anexos

<b>ÍNDICE.</b>	<b>Pág.</b>
<b><u>13.1 Instrumentos de evaluación</u></b>	<b><u>211</u></b>
<b><u>13.2 Cartas de validación de instrumentos</u></b>	<b><u>220</u></b>
<b><u>13.3 Resultados de la recolección de datos.</u></b>	<b><u>225</u></b>
<b><u>13.3.1 Análisis e Interpretación de DASS-21</u></b>	<b><u>225</u></b>
<b><u>13.3.2 Análisis e interpretación de Escala dirigida al cuidador primario</u></b>	<b><u>232</u></b>

### 13.1 Instrumentos de evaluación

#### 13.1.1 Escala para el cuidador primario de niñez con Síndrome de Down



Universidad De El Salvador  
Facultad de Ciencias y Humanidades  
Departamento de Psicología



*Escala para el cuidador primario de niñez con Síndrome de Down  
sobre efectos psicológicos ante la pandemia del COVID-19*

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Estado familiar:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

**Género:**

- Femenino \_\_\_\_\_
- Masculino \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

**Edad de la persona a la que cuida:**

**Objetivo:** Indagar sobre los efectos psicológicos generados por la pandemia COVID-19 en el cuidador primario de niñez con Síndrome de Down.

**Indicaciones:** Basándose en las diversas situaciones que se le presentaron a raíz de la crisis de emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19, marque con una ‘x’ según la intensidad con la cual experimenta los elementos que se le presentan a continuación en los últimos 6 meses. No existen respuestas correctas e incorrectas. Las respuestas serán de sentido confidencial y de uso exclusivo para el estudio.

<b>Intensidad de los efectos psicológicos generados por la pandemia del COVID-19</b>				
<i>Áreas</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Intensidad en que ha experimentado el indicador</i>		
		<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Mucho</i>
<i>Afectación en la labor de cuidados</i>	1. Siento que mi labor está causando un impacto positivo en la persona a quien cuido.			
	2. Considero que el progreso de la persona a quien cuido depende solo de mí.			
	3. Siento que los recursos materiales con los que cuento son suficientes para cuidar de manera adecuada.			
	4. Siento que mis habilidades son suficientes para cuidar adecuadamente.			
	5. Siento que se me facilita gestionar el tiempo que presto entre los cuidados y otros intereses personales.			
	Con base a como se ha sentido durante la pandemia de COVID-19 conteste los siguientes ítems:			

<i>Efectos psicológicos del COVID-19.</i>	6. Me he sentido irritada/o más de lo usual en estos últimos 8 meses.			
	7. He tenido dificultades para concentrarse y recordar aspectos importantes.			
	8. Debido a las complicaciones que se me han presentado durante la pandemia de COVID-19 me he interesado menos por las emociones y sentimientos de los demás.			
	9. Siento que me estreso con mayor facilidad.			
	10. Me he sentido triste y desesperanzada/o ante la situación de la pandemia por COVID-19.			
	11. He dejado de realizar actividades que antes me eran placenteras.			
	12. La preocupación por el cuidado de mi familiar en contexto de pandemia me ha generado dificultades para conciliar o mantener el sueño.			
	13. He sentido preocupación excesiva en contraer el COVID-19.			

	14. He sentido preocupación excesiva por contagiar a los demás de COVID-19.			
	15. He sentido excesivo temor a la muerte de mi persona o mi familiar debido al COVID-19.			
	16. Mis hábitos alimenticios se han modificado de manera negativa.			
	17. He experimentado tristeza a raíz de la muerte de un familiar o personas que aprecié.			
	18. Me he sentido incomprendido por mi familia.			
	19. Siento que discuto frecuentemente con los demás.			
	20. Desde el confinamiento por COVID-19 tengo menos energías para realizar mis actividades diarias.			
	21. Debido a la pandemia de COVID-19 le dedico más tiempo al cuidado de mi familiar.			
	22. He tenido miedo a contagiarme por COVID-19 y no saber quién cuidará a			







### 13.1.2 Consentimiento informado

**Universidad De El Salvador**



**Facultad de Ciencias y Humanidades**

**Departamento de Psicología**

*Consentimiento Informado*



Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, declaro lo siguiente:

Los estudiantes de Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador:

Frida Betania Ramos Ramos con DUE RR16063

María Teresa Reyes Bonilla con DUE RB13018

Sergio Esteban Vásquez Letona con DUE VL16003

Me han explicado que los datos que les proporcione serán utilizados exclusivamente con fines académicos y serán base para la elaboración de una propuesta de programa de intervención grupal para investigación que están realizando sobre los efectos psicológicos causados por la pandemia del COVID-19 en cuidadores primarios de personas con Síndrome de Down, por lo que estoy totalmente de acuerdo, ya que este estudio no está condicionado a ninguna gestión, por lo que mis datos estarán salvaguardados bajo anonimato.

Por tanto, después de leer y entender la importancia de mi participación y de las condiciones bajo las cuales sucederá, confirmo mi consentimiento, realizando la firma correspondiente y teniendo todas mis dudas aclaradas a mi entera satisfacción.

Firma del cuidador \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

## 13.1.3 Guía de observación



**Universidad De El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*Guía de observación sobre el cuidador primario de niñez con Síndrome de Down sobre los efectos psicológicos ante la pandemia del COVID-19*

**Lugar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**N° de participantes:** \_\_\_\_\_

**Investigadores:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Objetivo:** Recuperar información en relación a las actitudes manifestadas por los participantes durante la aplicación de las pruebas en el proceso de investigación, con el fin de brindar al programa orientación con base en las necesidades encontradas en la integración de los instrumentos de evaluación.

- Puntuación:**
- 0: No existe presencia**
  - 1: Poca presencia**
  - 2: Presencia moderada**
  - 3: Presencia grave**

Aspectos	Indicadores	0	1	2	3
Aspecto físico	Ropa aseada				
	Ojeras marcadas				
	Desaliñado/a				

	Sequedad en el rostro				
Actitud	Irritado/a				
	Amable				
	Sigue instrucciones				
	Realiza preguntas respecto al instrumento o la temática				
	Impaciencia				
	Mirada esquiva o cabizbaja				
Conducta Motora	Respiración agitada				
	Movimiento constante de piernas.				
	Se levanta o se sienta a cada momento (inquietud)				
	Temblor en las manos				
	Tics en alguna parte del cuerpo				
Medidas de bioseguridad	Uso de mascarilla				
	Uso de careta				
	Constantemente se aplica alcohol gel				
	Desinfecta muebles u objetos cercanos				
	Mantiene el distanciamiento con los demás.				

**Otros comentarios:**

### 13.2 Cartas de validación de instrumentos



**Universidad De El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*Carta de validación de instrumentos de evaluación sobre los efectos psicológicos generados por la pandemia del COVID-19 dirigido a cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down.*

Yo, Eymi Lisseth Ramírez Cartagena, profesional de la Psicología con número de registro 8627 en la Junta de Vigilancia de la Profesión de Psicología, dando cumplimiento al apartado 2.10, inciso A del código de ética de la profesión de Psicología, en la investigación de tesis “Propuesta de programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de niñez con Síndrome de Down” he revisado los instrumentos de evaluación, tales como: guía de observación, escala para el personal cuidador, realizando las observaciones y correcciones siguientes:

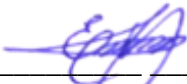
<i>Observaciones generales</i>	
<i>Escala para el cuidador profesional</i>	<i>Guía de observación</i>
<p>Todos los ítems son pertinentes y adecuados; sin embargo, se pueden contemplar algunos aspectos que beneficiarían a la investigación.</p>	<p>Todos los ítems son pertinentes y adecuados; sin embargo, se pueden contemplar algunos aspectos que beneficiarían a la investigación.</p>

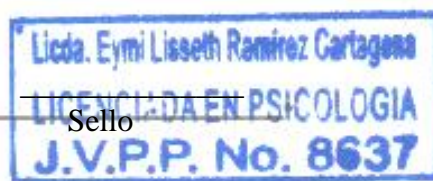
Por lo tanto, luego de las valoraciones pertinente:

Apruebo los instrumentos sin observaciones: \_\_\_\_\_

Apruebo los instrumentos con observaciones: X

Fecha:

  
\_\_\_\_\_  
Firma de psicóloga





**Universidad De El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*Carta de validación de instrumentos de evaluación sobre los efectos psicológicos generados por la pandemia del COVID-19 dirigido a cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down.*

Yo, Verónica Arely Agala, profesional de la psicología con número de registro 8671 en la Junta de Vigilancia de la Profesión de Psicología, dando cumplimiento al apartado 2.10, inciso A del código de ética de la profesión de psicología, en la investigación de tesis "Propuesta de programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de niñez con Síndrome de Down" he revisado los instrumentos de evaluación, tales como: guía de observación, escala para el personal cuidador, realizando las observaciones y correcciones siguientes:

<i>Observaciones generales</i>	
<i>Escala para el cuidador profesional</i>	<i>Guía de observación</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los datos generales, agregar la opción "ocupación", podría darles información por el contexto de la investigación.</li> <li>• Número de ítems (agregar).</li> <li>• Revisar redacción de ítem 8.</li> <li>• Dejar por rubros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El ítem "signos de cansancio me parece más de actitud que físico."</li> </ul>

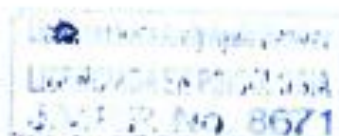
Por lo tanto, luego de las valoraciones pertinente:

Apruebo los instrumentos sin observaciones: \_\_\_\_\_

Apruebo los instrumentos con observaciones:  \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
 Firma del psicólogo/a



\_\_\_\_\_  
 Sello



**Universidad De El Salvador**  
**Facultad de Ciencias y Humanidades**  
**Departamento de Psicología**



*Carta de validación de instrumentos de evaluación sobre los efectos psicológicos generados por la pandemia del COVID-19 dirigido a cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down.*

Yo, Priscila Yuseth Ramos Argueta, profesional de la psicología con número de registro 9325 en la Junta de Vigilancia de la Profesión de Psicología, dando cumplimiento al apartado 2.10, inciso A del código de ética de la profesión de psicología, en la investigación de tesis "Propuesta de programa de intervención grupal basado en la Terapia Centrada en Soluciones y Cognitivo Conductual para la disminución de efectos psicológicos generados ante la pandemia del COVID-19 dirigido al cuidador primario de niñez con Síndrome de Down" he revisado los instrumentos de evaluación, tales como: guía de observación, escala para el personal cuidador, realizando las observaciones y correcciones siguientes:

<i>Observaciones generales</i>	
<i>Escala para el cuidador profesional</i>	<i>Guía de observación</i>
	<p>Como Sugerencia tener cuidado en el límite entre medidas de bioseguridad con el uso de alcohol gel para no confundir con un problema de ansiedad, o cambiar la palabra "constantemente" por: "se aplica alcohol gel".</p>

Por lo tanto, luego de las valoraciones pertinente:

Apruebo los instrumentos sin observaciones: \_\_\_\_\_

Apruebo los instrumentos con observaciones:  \_\_\_\_\_

Fecha:



Firma del psicólogo/a

Licda. Priscila Yuseth Ramos Argueta  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
J.V.P.P. No. 9325

Sello



### 13.3 Resultados de la recolección de datos.

#### 13.3.1 Análisis e Interpretación de DASS-21

##### Resultados cuantitativos de la aplicación de escala DASS-21

A continuación, se presentan los resultados de puntajes totales de cada sujeto. Para mayor facilidad de interpretación de datos, se utilizarán códigos en casa sub-área evaluada, siendo estos:

NE: No existe presencia

L: Presencia leve

M: Presencia moderada

S: Presencia severa

ES: Presencia extremadamente severa

Por lo cual, cada puntaje directo correspondiente al sub-área se encuentra ubicado en el rango de intensidad que corresponde.

Sujeto	Puntaje y rango de depresión					Puntaje y rango de ansiedad					Puntaje y rango de estrés					Puntaje global
	NEP	L	M	S	ES	NEP	L	M	S	ES	NEP	L	M	S	ES	
1	1					2					5					8
2	3							6				8				17
3				13						10					17	40
4					18					21					18	57
5			9						9				11			29
6	2					0					1					3
7	3								8					13		24
8			9						9						14	32
9		6						4					11			21
10	0					0					1					1

11			9						11					14	34
12	3					0				5					17
13	1					0				2					6
14	2					0				2					4
15	2					3				3					8
	<i>Puntaje total por área:</i>					<i>Puntaje total por área:</i>					<i>Puntaje total por área:</i>				
	81					87					133				

### Presentación, interpretación y análisis de resultados de escala DASS-21

Con el propósito de facilitar la comprensión del análisis de datos, a continuación, se presentan los resultados de las diferentes áreas evaluadas de manera global con los y las cuidadores primarios de niñez con Síndrome de Down pertenecientes a Olimpiadas Especiales.

**Tabla 1**

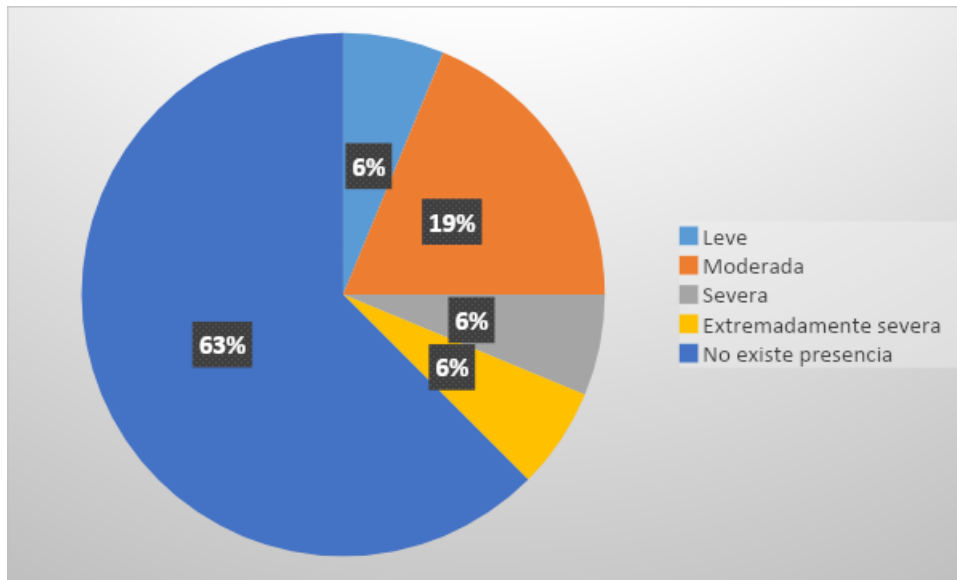
*Índices de depresión global*

Intensidad de sintomatología de depresión	
Leve	1
Moderada	3
Severa	1
Extremadamente severa	1
No existe presencia	8

*Nota:* A continuación, se expresa la cantidad de personas que presentan sintomatología leve, moderada, severa, extremadamente severa o inexistente de depresión.

### Gráfico 1

*Área evaluada: Depresión*



*Interpretación:* Según los ítems utilizados para evaluar los índices de depresión en la población de cuidadores primarios se obtuvo que un 6 % presenta sintomatología leve, el 19 % evidencio presencia moderada, otro 6 % evidencio la presencia de sintomatología severa, el otro 6 % presentó sintomatología extremadamente severa, el restante 63 % expresa que no existe presencia de sintomatología de depresión.

*Análisis:* En la depresión se retomaron los ítems “no podía sentir ningún sentimiento positivo”, “se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas”, “he sentido que no había nada que me ilusionara”, “me sentí triste y deprimido”, “no me pude entusiasmar por nada”, “sentí que valía muy poco como persona” y “sentí que la vida no tenía ningún sentido”. A partir de los resultados, se puede inferir que este tipo de cogniciones se presentaron de manera leve en la mayoría de participantes, y de manera moderada en un

pequeño porcentaje de la muestra, que podrían ser desencadenantes de tristeza, desmotivación, desesperanza ante el futuro, causando cierto grado de malestar emocional.

**Tabla 2**

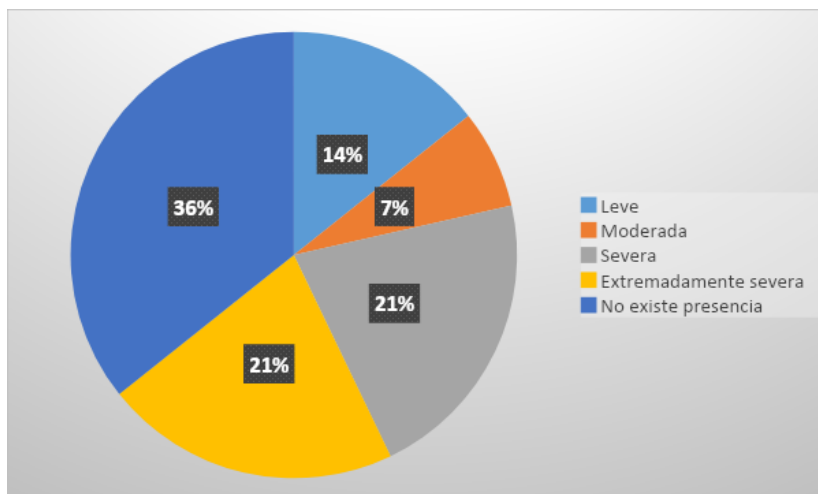
*Índices de ansiedad global*

Intensidad de la sintomatología de ansiedad	
Leve	2
Moderada	1
Severa	3
Extremadamente severa	3
No existe presencia	5

*Nota:* A continuación, se expresa la cantidad de personas que presentan sintomatología leve, moderada, severa, extremadamente severa o inexistente de ansiedad.

**Gráfico 2**

*Área evaluada: Ansiedad.*



*Interpretación:* Según los ítems utilizados para evaluar los índices de ansiedad en la población de cuidadores primarios se obtuvo que un 14 % presenta sintomatología leve, el 7 % evidencio presencia moderada, otro 22 % evidencio la presencia de sintomatología severa, el otro 21 % presentó sintomatología extremadamente severa, el restante 36 % expresa que no existe presencia de sintomatología de ansiedad.

*Análisis:* Se retomaron los ítems de ‘‘me di cuenta que tenía la boca seca’’, ‘‘se me hizo difícil respirar’’, ‘‘sentí que mis manos temblaban’’, ‘‘estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo’’, ‘‘sentí que estaba al punto de pánico’’, ‘‘sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico’’, ‘‘tuve miedo sin razón’’. A partir de los resultados, se evidencian altos índices de ansiedad referidos a sintomatología fisiológica, como sequedad en la boca, opresión en el pecho, temblor, preocupación excesiva sobre el futuro y temores constantes. La constante aparición de esta sintomatología sin ejercer control sobre estos, puede desencadenar al desarrollo de trastornos de ansiedad y sus comorbilidades, afectando de manera grave el estado de salud mental de la persona que lo padece.

### **Tabla 3**

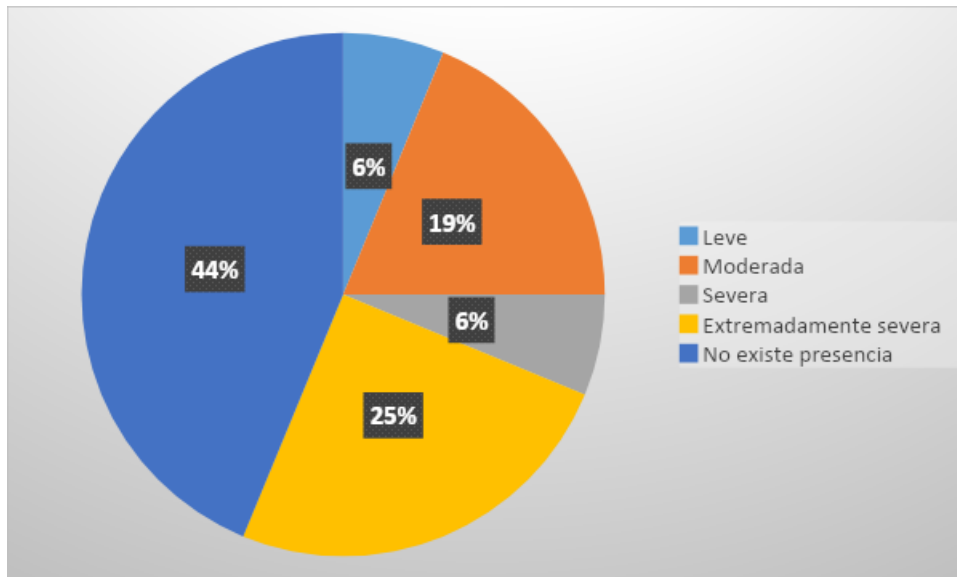
#### *Índices de estrés global*

<b>Intensidad de sintomatología de estrés</b>	
Leve	1
Moderada	3
Severa	1
Extremadamente severa	4
No existe presencia	5

*Nota:* A continuación, se expresa la cantidad de personas que presentan sintomatología leve, moderada, severa, extremadamente severa o inexistente de estrés.

### Gráfico 3

*Área evaluada: Estrés*



*Interpretación:* Según los ítems utilizados para evaluar los índices de estrés en la población de cuidadores primarios se obtuvo que un 6 % presenta sintomatología leve, el 19 % evidencio presencia moderada, otro 6 % evidencio la presencia de sintomatología severa, el otro 25 % presentó sintomatología extremadamente severa, el restante 44 % expresa que no existe presencia de sintomatología de estrés.

*Análisis:* Se retomaron los ítems “me ha costado mucho descargar la tensión”, “reaccioné exageradamente en ciertas situaciones”, “he sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía”, “me he sentido inquieto”, “se me hizo difícil relajarme”, “no toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo” y “he tendido a sentirme enfadado con facilidad”. A partir de los resultados obtenidos, se infiere que el estrés es el elemento

que afecta con mayor intensidad y gravedad a la muestra de cuidadores a través de síntomas fisiológicos y psicológicos que, de no manejarse de la manera adecuada, conlleva a la vulnerabilidad de enfermedades físicas, trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo y sus comorbilidades.

***Interpretación global:***

Según los resultados obtenidos en la escala del DASS-21, existe una baja presencia de sintomatología asociada a la depresión, sin embargo, la presencia existente corresponde a una intensidad moderada. En el área de ansiedad, existe fuerte presencia de sintomatología asociada a la misma, pues más de la mitad de las personas participantes la presentan en diferentes intensidades. En cuanto al área del estrés, se evidencia fuerte presencia de índices altos de sintomatología. Por lo anteriormente procesado, se infiere que las personas cuidadoras primarias de niñez con Síndrome de Down pertenecientes a Olimpiadas Especiales, presentan sintomatología de ansiedad y estrés, afectándoles en su salud mental y, por ende, en su labor de cuidados.

Según diversos estudios, el estrés crónico continuo es un elemento constante en la vida de las personas cuidadoras, aparece por la carga y tensión constante que mantiene el cuidador debido al esfuerzo que conlleva la labor diaria, la enfermedad, el contexto social, político y económico y otros factores de la persona que tiene bajo su cuidado, lo que conlleva al agotamiento de sus reservas psicológicas y físicas, que se constatan de manera adecuada en los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento de DASS-21, a partir de los cuales se evidencia que es el estrés el mayor de los síntomas presentados por la muestra.

El constante desgaste sin un tratamiento físico y psicológico adecuado puede conllevar de manera proporcional a un probable padecimiento de síntomas clínicos de la persona

cuidadora y al agravamiento de los mismos. Esto conlleva a consecuencias que se manifiestan en el aspecto físico, emocional, social y laboral. Por lo cual, el tratamiento e intervención desde el área psicológica es de suma importancia para dotar a las personas de recursos y potenciar sus habilidades asociadas al autocuidado de su salud física y mental.

### 13.3.2 Análisis e interpretación de Escala dirigida al cuidador primario

**Tabla 1**

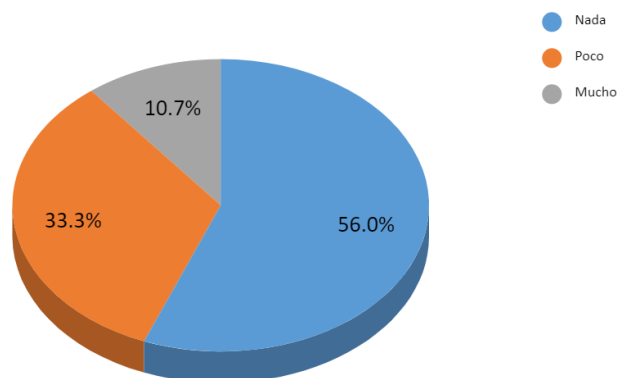
*Área en la labor de cuidados*

Área	Ítems del Área	Valores	Puntuación general	Promedio	Porcentaje
Afectación en la labor de cuidados	1, 2, 3, 4 y 5	Nada	42	8	56 %
		Poco	25	5	33 %
		Mucho	8	2	11 %

*Nota:* A continuación, se visualiza la cantidad de personas que expresan experimentar afectación en la labor de cuidados a raíz del confinamiento por el COVID-19, a través de la puntuación de mucho, poco o nada.

**Gráfico 1**

*Área en la labor de cuidados*



*Descripción:* Según los porcentajes obtenidos en los ítems 1, 2, 3, 4 y 5, que engloban la categoría de la labor de cuidados, el 56 % de las personas encuestadas no presentaron



alteraciones u inconvenientes en su rol de cuidadores, un 33.3 % manifestó poca presencia de afectación en sus labores de cuidados, mientras que el 10.7 % expresaron a experimentar mucha afectación.

*Análisis:* Para esta área se retomaron como unidades de análisis los siguientes ítems: ‘‘siento que mi labor está causando un impacto positivo en la persona a quien cuido’’, ‘‘considero que el progreso de la persona a quien cuido depende solo de mi’’, ‘‘siento que los recursos materiales con los que cuento son suficientes para cuidar de manera adecuada’’, ‘‘siento que mis habilidades son suficientes para cuidar adecuadamente’’ y ‘‘siento que se me facilita gestionar el tiempo que prestó entre los cuidados y otros intereses personales’’. A partir de los resultados obtenidos, se infiere que la mayor parte de los sujetos participantes no presentan afectaciones significativas en el ámbito de la autopercepción, locus de control, autoconfianza y gestión del tiempo.

**Tabla 2**

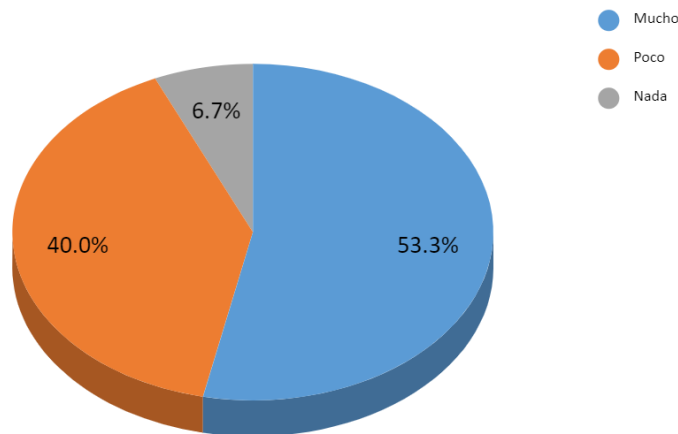
*Área de afectación física*

Área	Ítems del área	Valores	Puntuación general	Promedio	Porcentaje
Afectación física	9, 12, 16, 20	Mucho	34	8	53 %
		Poco	23	6	40 %
		Nada	3	1	7 %

*Nota:* A continuación, se visualiza la cantidad de personas que expresan experimentar afectación física a raíz del confinamiento por el COVID-19, a través de la puntuación de mucho, poco o nada.

## Gráfico 2

### Afectación física



*Descripción:* Según los porcentajes obtenidos en los ítems 9, 16, 20 y 12, que engloban la categoría de afectación física, el 6.7 % de las personas encuestadas presentaron nada de afectación física, un 40.0 % manifestó poca presencia de afectación física, mientras que el 53.3 % expresaron experimentar mucha afectación física.

*Análisis:* Para esta área se retomaron como unidades de análisis los siguientes ítems: “siento que me estreso con mayor facilidad”, “Mis hábitos alimenticios se han modificado de manera negativa”, “Desde el confinamiento por COVID-19 tengo menos energías para realizar mis actividades diarias”, “La preocupación por el cuidado de mi familiar en contexto de pandemia me ha generado dificultades para conciliar o mantener el sueño”. A partir de los resultados obtenidos, se infiere que la mayor parte de los sujetos participantes presentan afectaciones significativas en cuanto a la esfera física, ya que han presentado mayores índices de dificultades en el sueño, desgaste de energía para realizar sus actividades de cuidado con la niñez a su cargo, de igual forma sus hábitos alimenticios se vieron modificados de manera negativa, lo que podría llegar a ocasionar enfermedades, alteraciones o desgaste a nivel macro o micro anatómico que componen nuestro cuerpo.

**Tabla 3.**

*Área de afectación psicológica.*

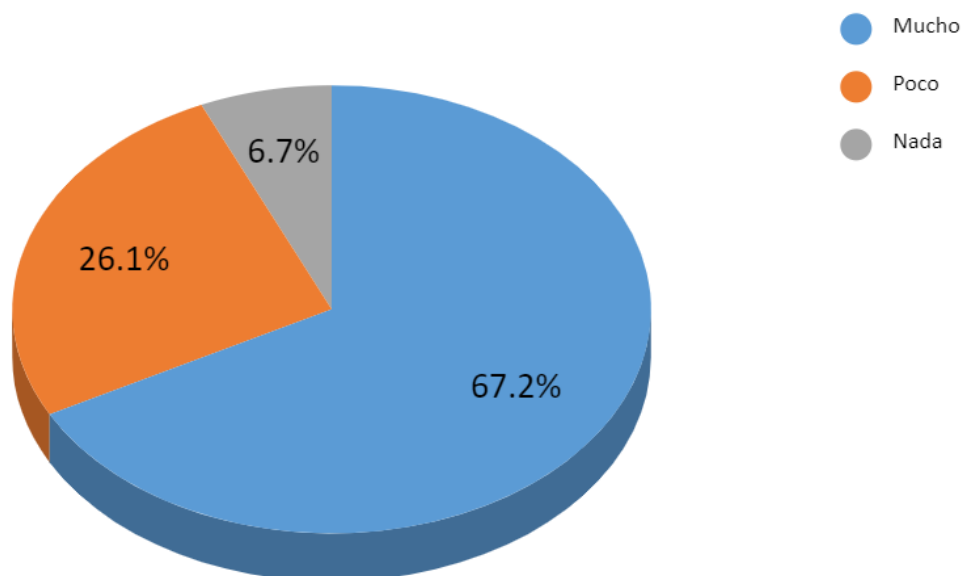
Área	Ítems del área	Valores	Puntuación general	Promedio	Porcentaje
Afectación psicológica	6, 7, 10, 13, 14, 15, 17, 22, 23 y 24	Mucho	99	10	67 %
		Poco	37	4	26 %
		Nada	10	1	7 %

*Nota:* A continuación, se visualiza la cantidad de personas que expresan experimentar afectación psicológica a raíz del confinamiento por el COVID-19, a través de la puntuación de mucho, poco o nada.

**Gráfico 3**

*Área de afectación psicológica.*

### Afectación psicológica



*Descripción:* Según los porcentajes obtenidos en los ítems 6, 7, 10, 13, 14, 15, 17, 22, 23 y 24, que engloba la categoría de afectación psicológica, el 67 % de las personas encuestadas

manifiestan experimentar mucho nivel de afectación, mientras un 26.1 % expresó poca presencia de afectación en dicha área, por otra parte, el 6.7 % no se ven afectados.

*Análisis:* Para esta área se retomaron como unidades de análisis los siguientes ítems: “Me he sentido irritada/o más de lo usual en estos últimos 8 meses” “He tenido dificultades para concentrarme y recordar aspectos importantes” “Me he sentido triste y desesperanzada/o ante la situación de la pandemia por COVID-19” “Me he sentido triste y desesperanzada/o ante la situación de la pandemia por COVID-19” “He sentido preocupación excesiva en contraer el COVID-19” “He sentido preocupación excesiva por contagiar a los demás de COVID-19” “He sentido excesivo temor a la muerte de mi persona o mi familiar debido al COVID-19” “He experimentado tristeza a raíz de la muerte de un familiar o personas que aprecié” “He tenido miedo a contagiarme por COVID-19 y no saber quién cuidará a mi familiar” “Me preocupo constantemente por el futuro del familiar a quien cuido” “Ese pensamiento causa un malestar significativo en mí, a tal punto de evitarme realizar algunas actividades”. A partir de los resultados obtenidos, se infiere que la mayor parte de los sujetos participantes presentan afectaciones significativas en al esfera psicológica, experimentando mayores índices de estrés, irritabilidad, desesperanza ante la resolución de la pandemia, temor a la muerte de las mismas personas y de sus familiares, como también la incertidumbre del futuro de la persona a quien cuida, expresándose en la escala que dichas preocupaciones generan un malestar tan significativo que les impide hacer sus actividad con facilidad.

**Tabla 4.**

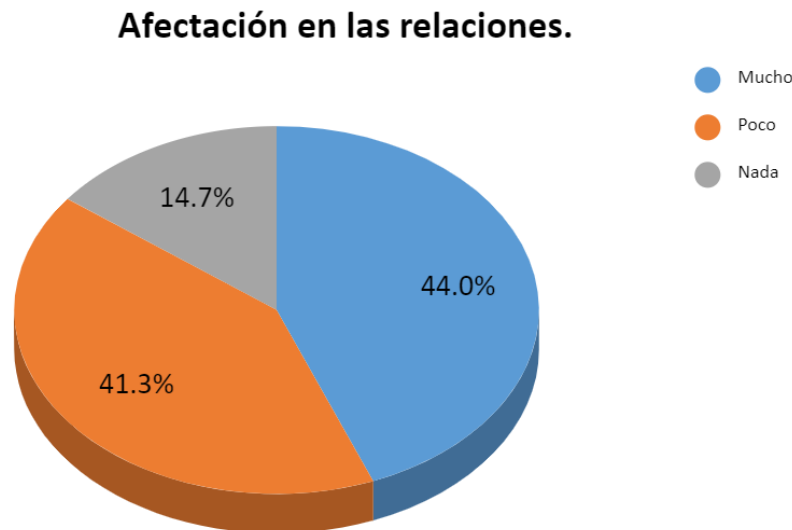
*Área de afectación en las relaciones sociales.*

Área	Ítems del área	Valores	Puntuación general	Promedio	Porcentaje
Afectación en las relaciones sociales.	8, 11, 18, 19, 21	Mucho	33	7	44 %
		Poco	31	6	41 %
		Nada	11	2	15 %

*Nota:* A continuación se visualiza la cantidad de personas que expresan experimentar afectación en sus relaciones sociales a raíz del confinamiento por el COVID-19, a través de la puntuación de mucho, poco o nada.

#### Gráfico 4

*Área de afectación en las relaciones sociales.*



*Descripción:* Según los porcentajes obtenidos en los ítems 8, 11, 18, 19, 21, que engloban la categoría de afectación en las relaciones sociales, el 44.0 % de las personas encuestadas presentaron mucha afectación en sus relaciones sociales, mientras el 41.3 % manifestó poca presencia de afectación en dicha área y el 14.7 % expresaron experimentar nada de afectación social.

*Análisis:* Para esta área se retomaron como unidades de análisis los siguientes ítems: “Debido a las complicaciones que se me han presentado durante la pandemia de COVID-19 me he interesado menos por las emociones y sentimientos de los demás” “He dejado de realizar actividades que antes me eran placenteras” “Me he sentido incomprendido por mi familia” “Siento que discuto frecuentemente con los demás” “ Debido a la pandemia de COVID-19 le dedico más tiempo al cuidado de mi familiar”. A partir de los resultados obtenidos, se infiere que la mayor parte de los sujetos participantes presentan afectaciones significativas en la esfera de sus relaciones sociales, manifestando una disminución de la empatía de los participantes, mencionando en la escala que les ha dejado de interesar mucho los sentimientos de las demás personas. De igual manera la afectación en el área de relaciones sociales se ha visto afectada en un deceso por la realización de actividades placenteras, probablemente debido a que a partir de la pandemia las participantes expresan haber experimentado la necesidad de dedicarle más tiempo a su familiar. También se ha evidenciado en los resultados

un crecimiento del sentido de incomprensión por el círculo primario de apoyo y también un aumento de las discusiones con las demás personas.

**Tabla 5**

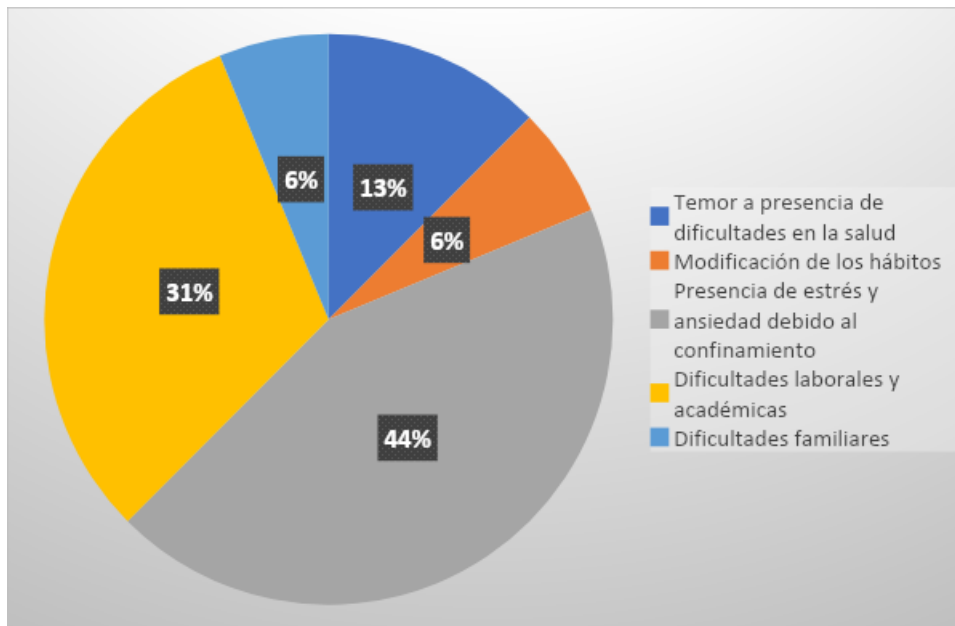
*Área de estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19.*

Área	Ítems	Respuestas	Puntuación general	Promedio	Porcentaje
<b>Estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19</b>	¿Qué complicaciones experimentó en sus actividades a raíz del confinamiento?	Temor a presencia de dificultades en la salud	2	0.4	13 %
		Modificación de los hábitos	1	0.2	6 %
	Y ¿Qué complicaciones observó en la persona que cuida?	Presencia de estrés y ansiedad debido al confinamiento	7	1.4	44 %
		Dificultades laborales y académicas	5	1	31 %
		Dificultades familiares	1	0.2	6 %

Descripción: A continuación, se expresan las complicaciones que las personas cuidadoras experimentaron durante el confinamiento, así como las complicaciones que observaron en la persona a la que cuidan.

**Gráfico 5**

*Área de estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19.*



*Descripción:* Según los porcentajes obtenidos en el ítems de complicaciones experimentadas por la persona cuidadora y observadas en la persona a la que cuida se expresa que, el 6 % tuvo modificación de los hábitos alimenticios, otro 6 % vivenció dificultades familiares, un 13 % de las experimentaron temor a la presencia de dificultades en la salud, al 31 % se le presentaron dificultades laborales y académicas y un 44 % restante manifestó haber experimentado estrés y ansiedad debido al confinamiento.

**Tabla 6**

*Estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19*

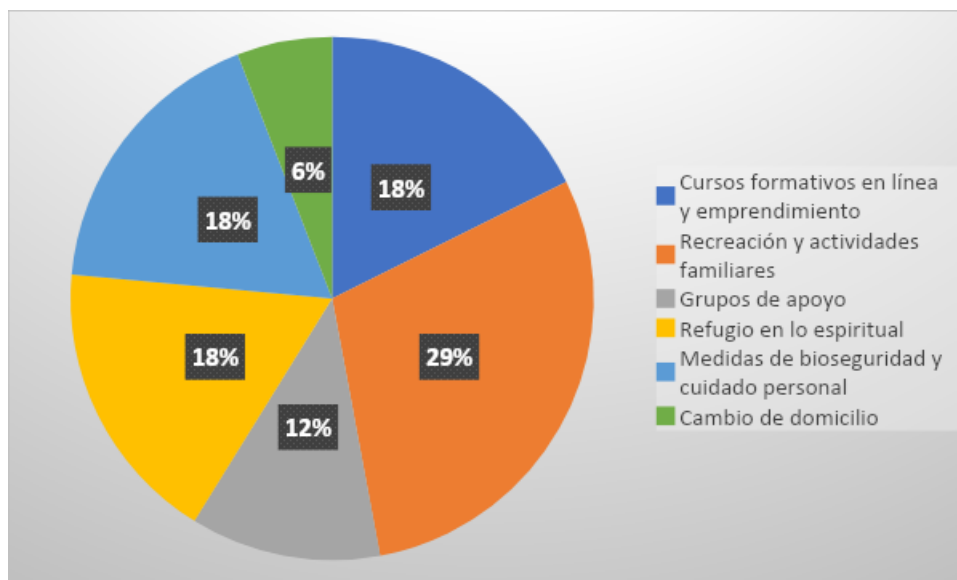
Área	Ítems	Respuestas	Puntuación general	Promedio	Porcentaje
<b>Estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19</b>	¿Qué estrategias han implementado para adaptarse o afrontar las	Cursos formativos en línea y emprendimiento	3	0.5	17 %
		Recreación y actividades	5	1	29 %

diversas situaciones que se le han presentado a nivel personal, familiar y laboral a raíz del COVID-19?, ¿Le sirvieron?	familiares				
	Grupos de apoyo	de 2		0.33	12 %
	Refugio en lo espiritual	3		0.5	18 %
	Medidas de bioseguridad y cuidado personal	de 3		0.5	18 %
	Cambio de domicilio	de 1		0.16	6 %

Descripción: A continuación, se expresan las estrategias que las personas cuidadoras han experimentado para adaptarse o afrontar las diversas situaciones presentadas a raíz del COVID-19.

### Gráfico 6

Área de estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19.



Descripción: Según los porcentajes obtenidos en el ítems de las estrategias implementadas para adaptarse o afrontar las diversas situaciones causadas a raíz del COVID-19, expresa que, el 6 % optó por cambiar su domicilio, un 12 % se unió a grupos de apoyo, el 17 % se inscribió a cursos formativos en línea y realizó emprendimiento, mientras que un 18 %



implementó las medidas de bioseguridad y cuidado personal, otro 18% busco refugio en lo espiritual y un 29 % restante realiza actividades y recreación con su familia.

**Tabla 7**

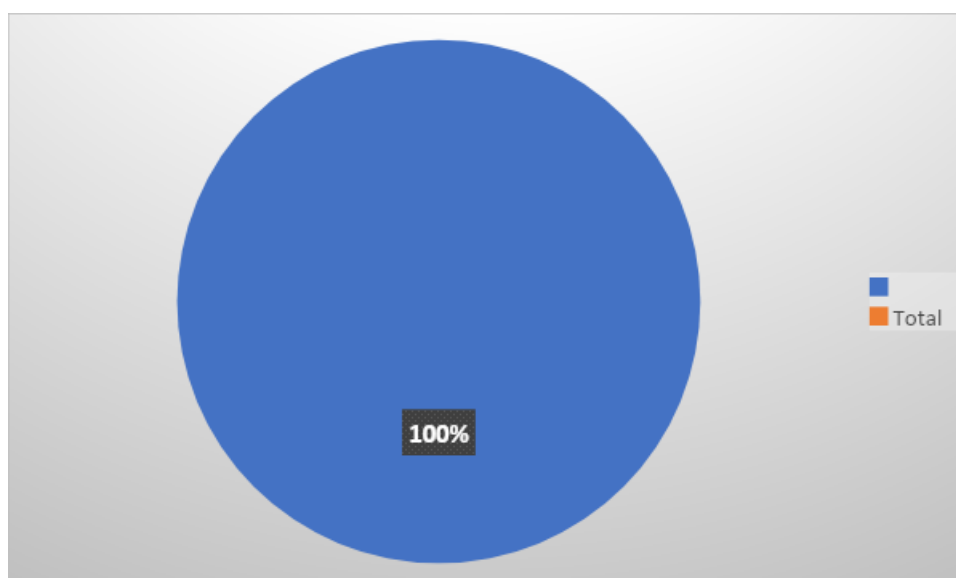
*Estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19*

Área	Ítems	Respuestas	Puntuación general	Promedio	Porcentaje
<b>Estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19</b>	Si su respuesta a la pregunta anterior es NO, explique:	Todas las estrategias fueron útiles.	15	15	100 %

*Nota:* A continuación, se expresa si las estrategias implementadas por las personas cuidadoras fueron útiles o no.

**Gráfico 7**

*Área de estrategias y complicaciones, vivenciadas durante el confinamiento por COVID-19.*



*Descripción:* Según los porcentajes obtenidos en el ítem que evalúa si fueron útiles o no las estrategias implementadas por las personas cuidadoras para afrontar las situaciones provocadas por la pandemia, el 100% de las personas encuestadas expresó que todas las estrategias utilizadas les fueron útiles.

*Análisis:* Para esta área se retomaron como unidades de análisis los siguientes ítems: “¿Qué complicaciones experimentó en sus actividades a raíz del confinamiento? y ¿Qué complicaciones observó en la persona que cuida?”, “¿qué estrategias han implementado para adaptarse o afrontar las diversas situaciones que se le han presentado a nivel personal, familiar y laboral a raíz del COVID-19?, ¿le sirvieron?”, “si su respuesta a la pregunta anterior es NO, explique”. Partiendo de los resultados obtenidos, se infiere que la mayoría de complicaciones que presentaron los participantes a raíz del confinamiento por COVID-19 se relacionan a las dificultades laborales y académicas, las cuales también han llevado a manifestar presencia de estrés y ansiedad, así como también el temor a las dificultades de salud, las dificultades académicas, el estrés y la ansiedad, son complicaciones que también fueron observadas por los cuidadores primarios en la niñez con Síndrome de Down que tienen a su cargo; a pesar de las complicaciones presentadas las personas participantes optaron por buscar estrategias para poder sobrellevar las situaciones que estaban ocasionando el confinamiento, las estrategias más utilizadas fueron: Recreación y actividades familiares, cursos formativos en línea y emprendimiento, refugio en lo espiritual, medidas de bioseguridad y cuidado personal, las cuales fueron útiles para adaptarse y disminuir las complicaciones generadas por el confinamiento.

### **Interpretación global:**

Según los resultados obtenidos de la Escala para el Cuidador Primario se puede inferir que la población evaluada posee una adecuada autopercepción acerca de su rol como cuidador, autoconfianza, gestión del tiempo y un equilibrado locus de control, lo cual les ha permitido en la situación de crisis sanitaria por COVID-19 una facilidad al buscar estrategias de afrontamiento en la etapa de confinamiento, tales como: recreación y actividades familiares, cursos formativos en línea y emprendimiento, refugio en lo espiritual, medidas de

bioseguridad y cuidado personal, permitiéndoles que los efectos psicológicos experimentados no se hayan exacerbado.

Sin embargo, también se evidenciaron áreas que necesitan reforzamiento e intervención orientadas a mejorar la salud mental de las personas cuidadoras, tales como la esfera del cuidado físico en alteraciones de la higiene de sueño y cambios perjudiciales en los hábitos alimenticios, alteraciones en el área psicológica manifestadas como sintomatología perteneciente a ansiedad y estrés crónico, lo cual se infiere conlleva a una comorbilidad con sintomatología de depresión, afectando el área de sus relaciones sociales, expresadas en el desinterés por las emociones de las demás personas, disminución de actividades placenteras, sentido de incompreensión en sus círculos familiares, aumento del tiempo invertido en los roles de cuidados y aumento de conflictos. Asimismo, se han presentado dificultades académicas y laborales a partir del confinamiento por la pandemia del COVID-19. Se considera de vital importancia la implementación de un programa de intervención en función de la disminución de los efectos psicológicos experimentados por la población evaluada, puesto que, de no abordarse dichos efectos de manera psicoterapéutica la salud física y psicológica de las personas puede verse disminuida.

### 13.5 Bitácora de observación de la sesión.

<p><b>Indicadores de la sesión</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Participación.</li><li>● Apertura.</li><li>● Integración.</li><li>● Lenguaje verbal.</li><li>● Lenguaje no verbal.</li><li>● Calidad de aportes.</li></ul>	<div data-bbox="683 282 1334 931"><p><b>Bitácora de la sesión</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p><p></p></div>
---	---