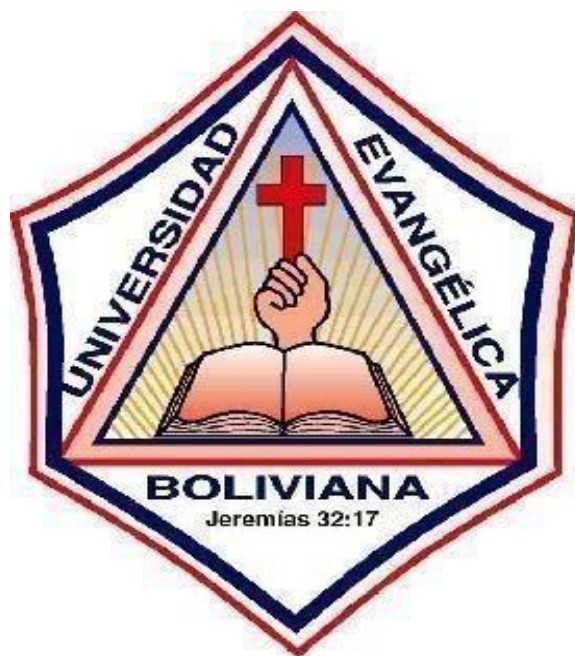


**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA BOLIVIANA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS TEOLÓGICAS, EDUCATIVAS Y SOCIALES**  
**CARRERA: PSICOLOGÍA**



**MODALIDAD DE GRADUACIÓN**

**TESIS**

**TÍTULO**

**“NIVELES DE COMPONENTES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL PRESENTES  
SEGÚN EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR, EN CUIDADORES DE  
PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HOSPITAL DE SEGUNDO  
NIVEL DE RIBERALTA”**

**Postulante:** Camila Suárez Bowles

**Asesor:** M.S.c Marcelo Deymar Espinoza Urquidi

**Carrera:** Psicología

**PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Santa Cruz de la Sierra, septiembre 2025**

## **DEDICATORIA**

*A mis padres, por ser mi mayor fuerza y apoyo en cada etapa de mi vida.*

*Por enseñarme a creer en mis sueños, por sostenerme cuando dudaba y por acompañarme con su amor incondicional en cada paso de este camino. Todo lo que hoy logro nace de lo que ustedes han sembrado en mí.*

*A mis abuelos, cuyos abrazos, palabras y presencia han llenado mi infancia y mi vida con calidez y amor. Por ser fuente de constante inspiración, de cariño genuino y de apoyo. Este logro lleva también un pedacito de ustedes.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios, por iluminar mi camino y concederme la fortaleza necesaria para culminar esta etapa. Su guía y protección han sido fundamentales en todo este proceso a mis Padres, por su amor infinito, por su apoyo en los momentos difíciles y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Gracias por ser mi mayor motivación y sostén permanente.

A mis abuelos, cuyo cariño ha acompañado cada uno de mis logros. Han sido una inspiración constante en mi vida.

A los tutores Marcelo Espinoza Urquidi, Cira Segovia Fernández, Andrea Barrios, por la dedicación, paciencia y compromiso brindados durante este proceso. Su orientación académica y humana ha sido fundamental para la realización de este trabajo.

A mis amistades y compañeros más cercanos, por estar presentes en mis días difíciles y en mis momentos de alegría, por su ánimo, comprensión y por recordarme siempre la importancia de continuar. Su compañía ha hecho este camino más ligero y significativo.

Agradezco profundamente a la Universidad Evangélica Boliviana, por brindarme la formación académica, los valores y el espacio para crecer profesional y personalmente. Su acompañamiento ha sido fundamental en mi desarrollo.

## ÍNDICE GENERAL

|                                                                                   |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| DEDICATORIA .....                                                                 | 2                             |
| AGRADECIMIENTOS .....                                                             | 3                             |
| ÍNDICE GENERAL .....                                                              | 4                             |
| ÍNDICE DE TABLAS .....                                                            | ¡Error! Marcador no definido. |
| ÍNDICE DE FIGURAS .....                                                           | 7                             |
| RESUMEN .....                                                                     | ¡Error! Marcador no definido. |
| INTRODUCCIÓN .....                                                                | 8                             |
| CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....                                        | 10                            |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                                             | 10                            |
| 1.1.1. Antecedentes del problema.....                                             | 10                            |
| 1.1.2. Descripción del problema.....                                              | 15                            |
| 1.1.3. Pregunta de Investigación .....                                            | 16                            |
| 1.2. HIPÓTESIS.....                                                               | 16                            |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN .....                                                          | 16                            |
| 1.3.1. Justificación social .....                                                 | 16                            |
| 1.3.2. Justificación científica .....                                             | 17                            |
| 1.3.3. Justificación personal .....                                               | 18                            |
| 1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN .....                                             | 18                            |
| 1.4.1. Objetivo General .....                                                     | 18                            |
| 1.4.2. Objetivos Específicos .....                                                | 19                            |
| 1.5. DELIMITACIÓN.....                                                            | 19                            |
| 1.5.1. Espacial.....                                                              | 19                            |
| 1.5.2. Temporal .....                                                             | 19                            |
| 1.5.3. Sustantiva.....                                                            | 19                            |
| CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....                                                   | 20                            |
| 2.1. Enfoque Teórico.....                                                         | 20                            |
| 2.1.1. Terapia cognitivo conductual (TCC).....                                    | 20                            |
| 2.1.2. Raíces históricas de la Terapia de la Conducta .....                       | 21                            |
| 2.1.3. Integración cognitiva y surgimiento del enfoque cognitivo-conductual ..... | 22                            |
| 2.1.4. Definición de la TCC y características .....                               | 23                            |
| 2.2. Marco Conceptual.....                                                        | 24                            |
| 2.2.1. Inteligencia emocional .....                                               | 24                            |

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.2.2. Asertividad.....                                                                         | 24 |
| 2.3. Marco Referencial.....                                                                     | 26 |
| 2.3.1. Variable dependiente: Sobrecarga del cuidador .....                                      | 26 |
| 2.3.2. Variable independiente: Inteligencia emocional .....                                     | 27 |
| 2.4. Fundamentación teórica.....                                                                | 28 |
| 2.4.1. Sobrecarga del cuidador.....                                                             | 28 |
| 2.4.2. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit .....                                         | 29 |
| 2.4.3. Consecuencias y factores de riesgo .....                                                 | 30 |
| 2.4.4. Inteligencia Emocional.....                                                              | 30 |
| 2.4.5. Modelo de Bar-On (1997): Inteligencia emocional como competencia<br>socioemocional ..... | 32 |
| CAPITULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....                                              | 33 |
| 3.1. Operacionalización de Variables .....                                                      | 33 |
| 3.1.1. Variable dependiente Sobrecarga del Cuidador.....                                        | 33 |
| 3.1.2. Variable independiente Inteligencia Emocional.....                                       | 34 |
| 3.2. Enfoque metodológico de la investigación .....                                             | 36 |
| 3.3. Tipo y diseño de investigación .....                                                       | 36 |
| 3.4. Universo y Muestra .....                                                                   | 36 |
| 3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....                                       | 37 |
| 3.5.1. Ficha técnica Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.....                            | 37 |
| 3.5.2. Ficha Técnica del Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On (EQ-i) .....            | 38 |
| 3.6. Procedimientos .....                                                                       | 40 |
| CAPITULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....                                                | 42 |
| 4.1. Resultados .....                                                                           | 42 |
| 4.2. Discusión Teórica .....                                                                    | 58 |
| CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....                                                 | 60 |
| 5.1. Conclusiones .....                                                                         | 60 |
| 5.2. Recomendaciones .....                                                                      | 64 |
| BIBLIOGRAFÍA.....                                                                               | 65 |
| ANEXOS.....                                                                                     | 71 |
| Anexo 1. Escala de Sobrecarga del Cuidador .....                                                | 71 |
| Anexo 2. Cuestionario.....                                                                      | 73 |

**INDICE DE TABLAS**

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabla 1.</b> Operacionalización de variable Sobrecarga del cuidador .....                                    | 33 |
| <b>Tabla 2.</b> Operacionalización de variable Inteligencia Emocional .....                                     | 34 |
| <b>Tabla 3.</b> Tabla comparativa de niveles de los componentes de inteligencia emocional<br>de cuidadores..... | 55 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> Nivel de sobrecarga de los cuidadores de pacientes que asisten al Hospital de segundo nivel de Riberalta.....                | 42 |
| <b>Figura 2</b> .Nivel de Inteligencia emocional general en cuidadores de pacientes que asisten al Hospital de Segundo nivel Riberalta ..... | 44 |
| <b>Figura 3</b> .Niveles del componente de Inteligencia emocional: Estado de ánimo en cuidadores con sobrecarga ligera .....                 | 45 |
| <b>Figura 4</b> Niveles del Componente de Inteligencia emocional: Estado de ánimo en cuidadores con sobrecarga intensa.....                  | 46 |
| <b>Figura 5</b> Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Manejo del estrés en cuidadores con sobrecarga ligera .....                | 47 |
| <b>Figura 6</b> Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Manejo del estrés de cuidadores que tienen sobrecarga intensa.....         | 48 |
| <b>Figura 7</b> . Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Adaptabilidad en cuidadores con sobrecarga ligera .....                  | 49 |
| <b>Figura 8</b> . Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Adaptabilidad en cuidadores con sobrecarga .....                         | 50 |
| <b>Figura 9</b> . Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Interpersonal en cuidadores que tienen sobrecarga Ligera .....           | 51 |
| <b>Figura 10</b> . Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Interpersonal en cuidadores con sobrecarga intensa.....                 | 52 |
| <b>Figura 11</b> . Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Intrapersonal, de personas con sobrecarga ligera .....                  | 53 |
| <b>Figura 12</b> . Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Intrapersonal de cuidadores con sobrecarga intensa.....                 | 54 |

## INTRODUCCIÓN

La atención a personas con enfermedades crónicas constituye un desafío emocional y físico significativo para quienes asumen el rol de cuidadores. En este contexto, la inteligencia emocional se convierte en un recurso esencial, ya que contribuye a la regulación de emociones, manejo del estrés y a la capacidad de adaptación frente a las exigencias propias del cuidado informal. Estos recursos internos permiten que el cuidador mantenga un equilibrio personal y relacional, incluso ante situaciones estresantes prolongadas.

El presente estudio aborda como variable dependiente la sobrecarga del cuidador, un estado caracterizado por fatiga persistente, irritabilidad, ansiedad, disminución de energía y dificultades en las relaciones interpersonales. Como variable independiente se considera la Inteligencia Emocional entendida como el conjunto de habilidades que posibilitan reconocer, comprender y gestionar adecuadamente las emociones propias y ajenas, así como establecer vínculos saludables con los demás.

El propósito central de la investigación es determinar los componentes de la Inteligencia emocional presentes en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas, según el nivel de sobrecarga (leve o intenso) que presentan, en el Hospital General de Segundo Nivel de Riberalta-Beni. Para ello, se planteó un objetivo general orientado a identificar que componentes de Inteligencia Emocional asociadas a la sobrecarga del cuidado y se establecieron 3 objetivos específicos que guían el análisis:

1. Describir las características de la sobrecarga del cuidador según el nivel que presentan
2. Describir los niveles de Inteligencia Emocional en los cuidadores de pacientes que asisten al Hospital General de Segundo Nivel de Riberalta-Beni
3. Comparar los componentes de la Inteligencia emocional entre cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, de acuerdo con el nivel de sobrecarga experimentado.

La relevancia del estudio radica en la necesidad de fortalecer las competencias emocionales de los cuidadores primarios con el propósito de promover una afrontación más resiliente ante las demandas del cuidado, reducir el impacto del estrés en su bienestar psicológico y, en última instancia, favorecer un acompañamiento de mayor calidad hacia sus familiares.

Este trabajo se estructura en cuatro capítulos. El primer capítulo presenta el planteamiento del problema, los antecedentes de ambas variables, la hipótesis, los objetivos y la justificación del estudio. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico y conceptual, sustentado en el modelo y la teoría pertinente para la investigación. El tercer capítulo describe el diseño metodológico, incluyendo la operacionalización de variables, la población y muestra, así como los instrumentos empleados para la recolección de datos. Finalmente, el cuarto capítulo expone los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On y la Escala de Sobrecarga de Zarit a 24 cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas del Hospital mencionado.

## CAPITULO I

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### 1.1.1. Antecedentes del problema

La sobrecarga del cuidador ha sido definida por Zarit, Agudelo-Hernández et al., (2007). como el grado en que la labor del cuidado afecta la salud emocional, física y social del cuidador. Entre las manifestaciones más comunes de esta sobrecarga se incluyen: trastornos del sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacciones exageradas a las críticas, dificultades en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza, resentimiento hacia la persona cuidada, pensamientos de suicidio o abandono, dolores frecuentes de cabeza y espalda, pérdida de energía, aislamiento, falta concentración y problemas de memoria.

Diversas investigaciones evidencian que la sobrecarga del cuidador tiene importantes consecuencias en la salud física, emocional y social. Se ha encontrado que el cuidado prolongado aumenta los niveles de estrés, fatiga y síntomas ansiosos/depresivos, así como disminución de la calidad de vida (Given et al., 1992; Montgomery et al., 1985). Estos hallazgos incrementan la importancia de identificar y evaluar la sobrecarga de manera oportuna, para implementar herramientas y estrategias de apoyo que beneficien al cuidador y a la persona dependiente.

El cuidado informal de adultos mayores es una labor constituida por individuos de diversos grupos demográficos y contextos socioculturales, y presenta características comunes en cuando a su impacto en la salud mental. En este sentido, informes de American Psychiatric Association Foundation (2025) señalan que aproximadamente el 70% de los cuidadores en Estados Unidos reportan experimentar síntomas de ansiedad y depresión. Debido a las exigencias del rol de cuidado y la poca disponibilidad de tiempo para el autocuidado y atender las propias necesidades, los cuidadores que además mantienen una actividad laboral suelen presentar mayores dificultades para el manejo de su bienestar emocional. En este contexto, se destaca la

importancia del papel de los profesionales en la implementación de estrategias orientadas a la salud mental de esta población.

De acuerdo con Valero Gracia (2019), los cuidadores familiares de niños con tumores cerebrales presentan una elevada carga física, mental y social. Mediante una revisión bibliográfica, la autora elaboró un programa preventivo del síndrome del cuidador en el marco de su Trabajo de Fin de Grado en la Universidad de Zaragoza, concluyendo que la educación para la salud y el apoyo de distintos profesionales son clave para reducir el desgaste emocional de los cuidadores.

En Colombia, Dueñas et al. (2006) explican que los hijos del paciente son quienes con mayor frecuencia asumen el rol del cuidador principal, seguidos por el conyugue y los hermanos. La mayoría de los cuidadores son mujeres (87,3%), encargadas de brindar atención a personas con daño cerebral.

Diversos estudios en Latinoamérica abordan la sobrecarga en cuidadores. En Medellín (Colombia), Cardona et al. (2013) realizaron un estudio con 310 cuidadores primarios de adultos mayores y encontraron una prevalencia de sobrecarga de 12,17% (IC 95 %: 8,39-15,96). Los autores identificaron como factores asociados: edad, el parentesco, el número de hijos, las horas diarias dedicadas al cuidado, el estado de salud del cuidador. Destacaron además, que la independencia funcional y el buen estado de salud del adulto mayor actúan como factores protectores.

La sobrecarga en cuidadores primarios informales es un tema cada vez más relevante en Colombia, debido al envejecimiento progresivo de la población y al aumento de adultos mayores que requieren cuidados. Abarracín Rodríguez et al. (2016) realizaron un estudio instrumental sobre la estructura factorial y la confiabilidad de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en una muestra de 100 cuidadores primarios (edad promedio = 45,72 años; DE = 16,68). El estudio confirmó la validez y la buena consistencia del instrumento ( $\alpha = 0,88$ ) en el contexto hispanoamericano, mostrando que la escala es multidimensional y confiable. El análisis factorial

exploratorio reveló cuatro factores que explican el 68,35% de la varianza total. Estos resultados respaldan el uso de la Escala Zarit para evaluar la carga percibida en cuidadores informales y aportan soporte metodológico para investigaciones posteriores en la región.

Asimismo , en la Clínica Universidad de la Sabana (Colombia) , Vásquez Cubillos et al. (2012) evaluaron a 70 cuidadores informales, de los cuales 21, 1% presentó sobrecarga, con predominio de mujeres. Se observó que quienes dedican mas de 13 horas diarias al cuidado tienen un mayor riesgo de sobrecarga.

En Cuenca (Ecuador), Coello Nieto (2019) identificó altos niveles de estrés (85%) en cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos , principalmente mujeres. La sobrecarga se relacionó con la responsabilidad familiar , el numero de hijos y el limitado tiempo para el autocuidado.

En La Habana (Cuba), Concepción (2008) reportó que los cuidadores familiares experimentan estrés , insomnio , fatiga , aislamiento y síntomas depresivos. Además señaló la insuficiencia de estudios que analicen la situación del cuidador desde una perspectiva integral en contextos latinoamericanos.

En Bolivia, estudios recientes han abordado la sobrecarga en diferentes contextos. Por ejemplo, Aponte et al.(2020) encontraron que la sobrecarga del cuidador , el síndrome de burnout y ciertas características sociolaborales predicen negativamente la calidad de vida relacionada con la compasión en enfermeras y enfermeros bolivianos. Aunque este estudio se centró en personal de salud profesional y no en cuidadores informales , ofrece información valiosa sobre el impacto del agotamiento emocional en contextos de asistencia.

Por otro lado , Jaen Varas et al. (2012) evaluaron a cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia en el Hospital de Psiquiatría ´´Dr. José María Alvarado´´ de La Paz. Los resultados mostraron que el 84,2% de los cuidadores informales eran mujeres , en su mayoría madres (72,5%), y que el 75% dedicaba mas de 4 horas diarias al cuidado. A pesar de ello , la mayoría mantenía una buena relación con el paciente y no percibía su labor como una carga

negativa ni para ellas ni para su familia.

Asimismo, Arandia Barrios (2012) analizó la sobrecarga y la dependencia emocional en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer atendidos en el Hospital Geriátrico de la Caja Nacional de Salud en La Paz. El estudio demostró que el 50% de los cuidadores presentó una sobrecarga intensa y el 57% evidenció dependencia emocional. Estos niveles estuvieron influidos por factores como las horas dedicadas al cuidado, el grado de parentesco y el insuficiente apoyo social.

La sobrecarga del cuidador se manifiesta a través de síntomas físicos, emocionales y sociales. Si bien ambos niveles tienen las mismas áreas afectadas, la diferencia se concentra en la frecuencia e intensidad de los síntomas. En niveles de sobrecarga ligera puede observarse signos iniciales como: cansancio ocasional, irritabilidad leve, preocupación frecuente, disminución del tiempo personal y tensión emocional, generalmente sin un deterioro significativo.

Cuando la sobrecarga es intensa, estas mismas áreas se ven afectada profundamente, manifestándose a través del agotamiento físico y emocional persistente, ansiedad elevada, aislamiento social, sentimientos de desesperanza y bienestar psicológico deteriorado. Existen factores personales que influyen en la forma en que el cuidador percibe, o hace frente a las demandas del cuidado. El nivel de sobrecarga ligero o intenso puede estar influido por múltiples factores personales, familiares y contextuales, como la personalidad, la estructura cognitiva, el tipo de enfermedad crónica y el tiempo de cuidado.

Aunque existen múltiples factores que influyen en la intensidad de sobrecarga del cuidador, la inteligencia emocional se destaca como un factor importante que puede modificarse. A diferencia de variables más estables o contextuales, la inteligencia emocional comprende un conjunto de componentes (estado de ánimo, manejo del estrés, adaptabilidad, intrapersonales e interpersonales) que pueden desarrollarse mediante herramientas y estrategias psicológicas.

Diversos estudios han demostrado que una mayor inteligencia emocional se asocia con mejores estrategias de afrontamiento, menor agotamiento emocional y mayor resiliencia en

cuidadores (García, 2022; García Trinidad, 2017; Gázquez Linares et al., 2015). Al centrar el presente estudio en la inteligencia emocional, se busca contribuir al desarrollo de futuras intervenciones preventivas y terapéuticas que fortalezcan estos componentes y mejoren el bienestar de los cuidadores.

La inteligencia emocional, según Bar-On (2006), es un conjunto de habilidades emocionales, personales y sociales que permiten a la persona comprenderse a sí misma, relacionarse adecuadamente con los demás y afrontar eficazmente las demandas del entorno. Su modelo socioemocional incluye cinco componentes principales: intrapersonal, interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo, que son determinantes para la regulación emocional y la gestión de situaciones estresantes.

El modelo de Bar-On distingue capacidades básicas (autoconciencia, asertividad, empatía, manejo de impulsos y solución de problemas) y facilitadoras (optimismo, auto realización, alegría, independencia emocional y responsabilidad social, las cuales influyen directamente en el funcionamiento emocional y afrontamiento positivo del estrés (Bar-On, 2006).

Investigaciones internacionales han analizado la relación entre inteligencia emocional y variables vinculadas al estrés y al cuidado de personas dependientes. García Trinidad (2017), en España reportó que los cuidadores familiares de pacientes con demencia que presentan mayor inteligencia emocional muestran mejores niveles de resiliencia y autocuidado.

Otros estudios realizados en España indican que una mayor inteligencia emocional se relaciona con menor agotamiento emocional y mejores habilidades de afrontamiento, en cuidadores formales (Cotelo Mosqueira, 2015; Gázquez Linares et al., 2015).

Investigaciones internacionales han analizado la relación entre inteligencia emocional y variables vinculadas al estrés y cuidado de personas dependientes. Trinidad (2017), en España,

reporta que cuidadores con mayor inteligencia emocional presentan mejores niveles de resiliencia y autocuidado. Otros estudios en España señalan que una mayor inteligencia emocional se relaciona con menor agotamiento emocional y mejores habilidades de afrontamiento en profesionales del cuidado y estudiantes sociosanitarios (Cotelo, 2015; Gázquez, 2015; Belmar, 2016).

En Bolivia, estudios recientes en personal de enfermería muestran que mayores competencias emocionales (atención, claridad y reparación) se asocian con menor agotamiento psicológico y mejor afrontamiento del estrés asistencial. (Ticona, 2025).

### **1.1.2. Descripción del problema**

En el Hospital de Segundo Nivel de Riberalta se observa que los cuidadores primarios, principalmente sin formación específica, asumen el cuidado continuo de pacientes con enfermedades crónicas que requieren asistencia permanente en actividades básicas como la higiene personal, administración de medicamentos y supervisión constante. Esta responsabilidad implica una carga física, emocional y mental significativa, especialmente cuando los cuidadores deben combinar el cuidado con responsabilidades familiares, laborales, económicas y cuando carecen de redes de apoyo o recursos personales para afrontar las demandas diarias. Como consecuencia, muchos cuidadores experimentan acumulación progresiva de cansancio, estrés y desgaste emocional.

Dentro de esta realidad, la sobrecarga del cuidador se manifiesta con diferentes niveles de intensidad. En fases ligeras se observan síntomas como cansancio físico frecuente pero manejable, irritabilidad, preocupación constante por el paciente, dificultades moderadas de concentración, alteraciones del sueño y disminución del tiempo destinado al autocuidado y actividades personales. Cuando la sobrecarga alcanza niveles intensos, las manifestaciones se vuelven más críticas, evidenciándose agotamiento físico y emocional persistente, sentimientos frecuentes de frustración, impotencia o culpa, síntomas ansiosos o depresivos, aislamiento social y pérdida significativa del interés por actividades cotidianas.

Con el propósito de describir esta situación en el contexto hospitalario, se aplicaron instrumentos a 24 cuidadores primarios del Hospital de Segundo Nivel de Riberalta. Para evaluar la sobrecarga del cuidador se utilizó la Escala de Sobrecarga de Zarit, mientras que para valorar la inteligencia emocional se empleó el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On. Los resultados obtenidos muestran que 24 cuidadores presentan niveles de sobrecarga, evidenciándose un 18 tienen sobrecarga ligera y 6 tienen sobrecarga intensa. Estos datos reflejan que, aunque algunos cuidadores logran adaptarse a las demandas del cuidado, existe un grupo importante que experimenta niveles significativos de desgaste emocional y físico.

### **1.1.3. Pregunta de Investigación**

¿Qué componentes de inteligencia emocional están relacionados con el nivel de sobrecarga del cuidador ligera/intensa en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital de Segundo Nivel de Riberalta-Beni durante la gestión 2024?

## **1.2. HIPÓTESIS**

Los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas de Hospital de Segundo Nivel de Riberalta-Beni (gestión 2024) que presentan sobrecarga ligera muestran un mayor desarrollo de los componentes de inteligencia emocional en comparación con aquellos que presentan una sobrecarga intensa.

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

### **1.3.1. Justificación social**

La presente investigación posee una importancia social considerable, ya que aborda una problemática que afecta tanto la calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedades crónicas como la calidad del cuidado que estos proporcionan. El rol del cuidador suele implicar una carga física, emocional y social que cuando no se gestiona adecuadamente, puede desarrollar estrés, ansiedad, agotamiento, aislamiento y diversas afectaciones en el bienestar psicológico.

Analizar la relación entre inteligencia emocional y la sobrecarga del cuidador permite

identificar que recursos emocionales podrían actuar como factores protectores frente a la demanda constante de su rol. Con ello, se busca reconocer aquellos componentes emocionales que favorecen una mejor regulación del estrés, una mayor capacidad de adaptación y un afrontamiento más saludable ante las exigencias diarias del cuidado. Esta información resulta valiosa para orientar intervenciones que promuevan estrategias de autocuidado, fortalecimiento emocional y manejo adecuado de emociones.

El fortalecimiento del bienestar emocional del cuidador no solo contribuye a prevenir la sobrecarga, sino que también influye directamente en la calidad del cuidado brindado, favoreciendo un acompañamiento más empático, humanizado y estable. En este sentido los resultados de la investigación pueden aportar elementos fundamentales para diseño de programas de apoyo y acciones dirigidas a mejorar la salud mental de los cuidadores reconociendo su papel fundamental dentro del proceso de atención de personas con enfermedades crónicas.

### **1.3.2. Justificación científica**

Esta investigación busca contribuir al avance del conocimiento científico al enfocarse en una temática poco explorada a nivel regional y nacional: la relación entre inteligencia emocional y sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedades crónicas.

El estudio se aporta en el modelo de Reuven Bar-On que describe la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades personales, sociales y emocionales que permiten a las personas afrontar de manera adecuada las demandas del entorno. Este enfoque ofrece una guía teórica para entender cómo los componentes de la inteligencia emocional pueden actuar como factores protectores frente al agotamiento físico y emocional que caracteriza al síndrome del cuidador quemado.

Desde el punto de vista metodológico, este estudio ofrece información sobre la relación entre inteligencia emocional y sobrecarga en cuidadores en un contexto poco investigado. Al usar instrumentos válidos y un análisis correlacional, permitirá identificar qué habilidades emocionales

ayudan a proteger frente al síndrome del cuidador quemado. Así, se genera evidencia que amplía el conocimiento sobre estas variables y sirve de base para futuras investigaciones o programas que fortalezcan las competencias emocionales y las estrategias de afrontamiento de los cuidadores.

Estos hallazgos podrán ser utilizados por profesionales de la salud y ciencias sociales, psicólogos, enfermeros y terapeutas ocupacionales para desarrollar programas preventivos y de acompañamiento emocional promoviendo el bienestar psicológico del cuidador.

### **1.3.3. Justificación personal**

La investigación aporta comprensión una oportunidad significativa para la autora en cuanto a crecimiento académico y profesional dentro del campo de la psicología, especialmente en áreas relacionadas con la salud emocional. El interés por estudiar la relación entre inteligencia emocional y sobrecarga en cuidadores surge no solo de una motivación científica, sino que también de la experiencia directa al observar las dificultades que enfrentan quienes asumen este rol. A través de vivencias en contextos familiares ha podido comprender como el desgaste físico y emocional afecta la vida de los cuidadores y repercute en la calidad del cuidado que brindan a los pacientes.

Este estudio permite a la autora profundizar en la comprensión de los recursos emocionales que fortalecen la resiliencia y el afrontamiento, así como en los factores que incrementan la vulnerabilidad frente a la sobrecarga. Los conocimientos generados constituyen una base sólida para futuras investigaciones, para intervenciones y acciones preventivas que mejoren la salud emocional de los cuidadores como la calidad del cuidado que brindan.

## **1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar los componentes de la inteligencia emocional presentes en los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, según el nivel de Sobrecarga (ligera o intensa) que presenten.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Describir las características de la Sobrecarga del cuidador según el nivel que presenten los cuidadores de pacientes que asisten al Hospital General De Segundo Nivel de Riberalta-Beni.

Describir componentes de inteligencia emocional en cuidadores de pacientes que asisten al Hospital General de Segundo Nivel de Riberalta-Beni

Comparar los niveles de componentes de la inteligencia emocional en los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, según el nivel de Sobrecarga que presenten.

## **1.5. DELIMITACIÓN**

### **1.5.1. Espacial**

La investigación se desarrollará en el Hospital de Segundo Nivel de Riberalta, ubicado frente al Siringalito sobre la Av. Beni Mamoré, en el departamento del Beni. Este hospital brinda atención integral a personas con enfermedades crónicas, ofreciendo servicios médicos, seguimiento clínico y programas de apoyo al paciente y su familia. El estudio se enfocará en los cuidadores principales de estos pacientes, reconociendo su rol fundamental en el acompañamiento, cuidado y tratamiento continuo que requieren.

### **1.5.2. Temporal**

La investigación se desarrolló en febrero del 2024 y finales del mismo.

### **1.5.3. Sustantiva**

En esta investigación se utilizará el Inventario de Cociente Emocional de Bar-On que estará fundamentado teóricamente con la teoría de Daniel Goleman, ya que comprende la inteligencia emocional como un conjunto de recursos personales y sociales que favorecen la autorrealización, la adaptación y el bienestar. Y para medir el síndrome del cuidador quemado se utilizará la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit).

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Enfoque Teórico**

##### **2.1.1. Terapia cognitivo conductual (TCC)**

La terapia cognitivo conductual (TCC) es la aplicación clínica de la psicología basada en procedimientos y principios respaldados empíricamente (Plaud, 2001, citado en Ruiz et al., 2012).

Desde sus orígenes a mediados del siglo XX, la terapia de conducta se ha fundamentado en las teorías del aprendizaje. Con el tiempo, ha evolucionado e incorporado aportes de la psicología evolutiva, social y cognitiva (Ruiz et al., 2012). Surgió como una alternativa al psicoanálisis predominante, al postular que tanto las conductas adaptativas como las desadaptativas son aprendidas y, por tanto, pueden modificarse mediante los principios de aprendizaje. Este enfoque desplazo el énfasis de los conflictos internos hacia la observación del comportamiento y su relación con el ambiente, promoviendo el desarrollo de la evaluación conductual como alternativa a los modelos diagnósticos tradicionales (Ruiz et al., 2012).

A lo largo de su historia, la TCC ha enfrentado diversos retos, tales como la falta de una teoría unificada del aprendizaje, los debates sobre el rol de los procesos cognitivos y la emergencia de nuevas perspectivas. No obstante, pese a esta diversidad conceptual, todas las aproximaciones de la TCC comparten objetivos comunes: identificar y modificar conductas, pensamientos y respuestas emocionales desadaptativas. Las variantes pueden ir desde intervenciones mas conductuales hasta propuestas más cognitivas o constructivistas, pero todas han evolucionado de manera conjunta, enriqueciendo sus principios y métodos (Ruiz et al., 2012).

En su descripción actual, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se caracteriza por cuatro rasgos principales (Ruiz et al., 2012). En primer lugar, aborda las respuestas aprendidas (físicas , emocionales , cognitivas y conductuales) que se han convertidos en hábitos desadaptativos partiendo de la premisa de que las personas pueden ejercer control sobre los procesos que les

afectan.

En segundo lugar, dispone de técnicas específicas para diferentes trastornos, lo que la configura como una intervención generalmente de tiempo limitado.

En tercer lugar, presenta un fuerte enfoque educativo, con módulos y explicaciones claras sobre el problema y su tratamiento.

Por último, mantiene un carácter empírico y de autoevaluación continua, heredado del conductismo metodológico, siendo esta una de sus características mas distintivas

### **2.1.2. Raíces históricas de la Terapia de la Conducta**

Los intentos por modificar la conducta humana mediante procedimientos similares a los que hoy conforman la terapia cognitivo-conductual (TCC) tienen antecedentes muy antiguos. Por ejemplo, Plinio el Viejo, en la Roma del siglo I, utilizaba estrategias aversivas para tratar el abuso de alcohol al colocar arañas en descomposición en los vasos de bebida.

Del mismo modo, en el siglo XVII, en el caso del “niño salvaje de Aveyron”, se aplicaron técnicas que actualmente se identifican como modelado, refuerzo positivo o retirada de reforzadores. Ya en el siglo XIX, Alexander Maconochie utilizó principios equivalentes a la economía de fichas para promover obediencia en instituciones penales, mientras que otros profesionales empleaban estrategias similares a la parada del pensamiento para intervenir en ideas obsesivas (Ruiz et al., 2012).

Aunque estos ejemplos muestran que la modificación de conducta tiene raíces antiguas, la Terapia de Conducta como enfoque formal dentro de la salud mental no surge sino hasta la década de 1950, lo que convierte a la TCC en una disciplina relativamente joven (Ruiz et al., 2012).

El desarrollo histórico de este enfoque está relacionado con la evolución de la psicología como ciencia. La psicología moderna surgió cuando los filósofos europeos con orientación científica comenzaron a estudiar la mente como un fenómeno estructural, dando origen al estructuralismo, corriente que utiliza la introspección como método principal de investigación.

Esta tradición, iniciada por Wundt y trasladada a Estados Unidos por Titchener, se caracteriza por un enfoque subjetivo que pronto demuestra limitaciones, especialmente por su falta de objetividad y de resultados replicables (Ruiz et al., 2012).

Ante estas dificultades, la psicología se orientó hacia métodos más observables y cuantificables, tomando como guía a las ciencias naturales. Esta transición impulsó una revolución a inicios del siglo XX en la psicología estadounidense, de la cual surgieron 3 grandes escuelas: la Gestalt, el funcionalismo y el conductismo. Todas buscaban en la psicología un fundamento científico comparable al de disciplinas como física y biología (Ruiz et al., 2012).

Durante este tiempo, el interés por los problemas conductuales era escaso, en parte porque la concepción de la salud mental era rudimentaria: se clasificaba a las personas como “normales”, “locas”, “criminales”, sin considerar la necesidad de intervenciones específicas para dificultades del comportamiento (Ruiz et al., 2012).

Entre estas escuelas, el funcionalismo logró una mejor organización interna y promovió el estudio de la mente en acción. Sin embargo, no desarrolló una orientación terapéutica debido al crecimiento del conductismo, que adoptó una posición firme y crítica hacia las otras corrientes. El conductismo, influido por el positivismo lógico, defendía que el conocimiento debía basarse estrictamente en observaciones verificables. Esta postura fue determinante para el surgimiento de la Terapia de conducta moderna (Ruiz et al., 2012).

### **2.1.3. Integración cognitiva y surgimiento del enfoque cognitivo-conductual**

Durante la década de 1960, la psicología experimentó un importante giro hacia el estudio de los procesos mentales, consolidando la llamada revolución cognitiva. Dos autores resultaron fundamentales en este proceso: Albert Ellis, quien desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) partiendo de la idea de que las emociones surgen de creencias irracionales y Aaron T. Beck, pionero de la Terapia Cognitiva, quien introdujo los conceptos de distorsiones cognitivas y esquemas, destacando la influencia directa de los pensamientos en las emociones y comportamientos. Estas aproximaciones integraron elementos conductuales y cognitivos,

dando origen a la terapia cognitivo-conductual (TCC) actual (Beck, 2011; Ellis, 1997).

#### **2.1.4. Definición de la TCC y características**

Definir la terapia cognitivo-conductual (TCC) es complejo, ya que con el tiempo sus técnicas y aplicaciones se han diversificado considerablemente, haciendo difícil establecer una definición única y concreta. Aunque en sus orígenes existía un acuerdo más claro, actualmente ese enfoque unitario ha desaparecido (Ruiz et al., 2012).

La TCC se concibe como una intervención psicológica basada en principios científicos que combina técnicas con respaldo empírico y procedimientos derivados de la experiencia clínica, tales como la reestructuración cognitiva, la relajación o las técnicas paradójicas. Su principal objetivo de intervención es la conducta, entendida en sus dimensiones cognitivas, emocionales, fisiológicas y comportamentales. Desde esta perspectiva, la conducta se considera un fenómeno aprendido, influido tanto por las experiencias del individuo como por factores biológicos y sociales (Ruiz et al., 2012).

El objetivo central de la TCC es promover cambios cognitivos, emocionales y conductuales, eliminando patrones desadaptativos y fortaleciendo conductas más ajustadas, así como los procesos cognitivos que las sostienen. Esta aproximación pone especial énfasis en las causas actuales del problema, aunque sin ignorar los antecedentes históricos que ayudan a explicar su origen. Metodológicamente, adopta un enfoque empírico que guía de forma interdependiente cada etapa del proceso terapéutico: evaluación, formulación del caso, intervención y análisis de resultados (Ruiz et al., 2012).

## **2.2. Marco Conceptual**

### **2.2.1. Inteligencia emocional**

Se entiende como un conjunto de competencias, habilidades y facilitadores emocionales y sociales que permiten a la persona comprender y expresar sus emociones, relacionarse adecuadamente con los demás y afrontar eficazmente las demandas del entorno. (Bar-On, 2006)

### **2.2.2. Asertividad**

Es el conjunto de conductas que permite expresar sentimientos, actitudes, deseos y opiniones de manera directa, honesta y firme, respetando los derechos y emociones de los demás (Alberti & Emmons, 2001).

### **2.2.3. Empatía**

Según Barón-Cohen (2001), la empatía corresponde a la habilidad de comprender y sintonizar con los pensamientos y emociones de otra persona, independientemente de la situación.

### **2.2.4. Autorregulación**

La autorregulación se define como la capacidad de generar pensamientos, emociones y acciones que se planifican, supervisan y ajustan de manera continua con el fin de alcanzar metas personales. (Zimmerman, 2000)

### **2.2.5. Estrés y afrontamiento**

El estrés se concibe como la respuesta del individuo ante demandas internas o externas que percibe como desbordantes. El afrontamiento implica los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar dichas demandas y minimizar su impacto negativo. (Lazarus & Folkman, 1984)

### **2.2.6. Resiliencia**

Es la capacidad de adaptarse positivamente frente a la adversidad, el estrés o la enfermedad, manteniendo el equilibrio emocional y funcionalidad en la vida diaria. (Masten, 2001)

### **2.2.7. Sobrecarga emocional /Síndrome del Cuidador Quemado**

Se describe como un estado en el que la persona enfrenta emociones intensas o demandas estresantes que superan su capacidad de afrontamiento, generando agotamiento emocional, despersonalización y reducción del bienestar (Maslach, 1996).

#### **2.2.8. Apoyo Social**

Se refiere a la red de recursos afectivos, informativos y materiales que reciben los cuidadores, la cual puede moderar el impacto del estrés y la sobrecarga emocional (Cohen & Wills, 1985).

#### **2.2.9. Calidad de Vida**

Se refiere al conjunto de condiciones físicas, psicológicas, sociales y ambientales que contribuyen a que la vida de una persona sea satisfactoria, significativa y funcional (Fernández-López et al., 2010).

#### **2.2.10. Bienestar psicológico**

Es el estado de equilibrio emocional que permite a la persona funcionar efectivamente en la vida diaria y mantener relaciones saludables. (Ryff, 1989)

#### **2.2.11. Enfermedades crónicas**

Son procesos patológicos de larga duración, con evolución poco predecible y múltiples factores de riesgo. Estas enfermedades generan alta carga social, económica y emocional debido a la dependencia y discapacidad que ocasionan (Biomédica, 2018).

#### **2.2.12. Tolerancia**

Se La tolerancia se entiende como el respeto, la aceptación y el aprecio de la rica diversidad de las culturas de nuestro mundo, de nuestras formas de expresión y de las maneras de ser humano. Se trata de una actitud de apertura, respeto y aceptación de las diferencias (UNESCO, 1995).

## **2.3. Marco Referencial**

### **2.3.1. Variable dependiente: Sobrecarga del cuidador**

La sobrecarga del cuidador es una condición que afecta de manera significativa el bienestar físico, emocional y social de quienes asumen un rol de cuidado prolongado. Aunque suele pasar desapercibida, su impacto en la calidad de vida del cuidador es considerable, especialmente cuando las demandas del cuidado son constantes e intensas.

Cárdenas-Paredes (2022) en un estudio realizado con 50 cuidadores de personas con discapacidad en el primer nivel de atención de la parroquia Pilahuín, aplicó una encuesta de calidad de vida y el Zarit Burden Interview (ZBI). Los resultados mostraron que el 52 % presentaba sobrecarga leve, el 16 % sobrecarga intensa y un 32 % no registraba sobrecarga; además, el 76 % reportó un nivel medio-alto de calidad de vida. La autora concluye que la sobrecarga influye significativamente en el bienestar físico, emocional y social de los cuidadores, afectando la capacidad para mantener actividades personales y redes de apoyo, lo que evidencia la necesidad de intervenciones preventivas y apoyo institucional. (Cárdenas-Paredes, 2022)

Por su parte, Perguachi Ortiz (2022) analizó la prevalencia del síndrome del cuidador en 77 cuidadores de personas con discapacidad intelectual severa beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara en el cantón Azogues (2019–2020). Mediante la Escala de Zarit se identificó una prevalencia del 51 % de sobrecarga, distribuida en 34 % leve y 17 % intensa, lo que evidencia el impacto físico y psicológico asociado al rol de cuidado en contextos de alta dependencia.

En otro estudio, Mendoza-Suárez (2014) evaluó a 68 cuidadores de pacientes con enfermedad neurológica crónica utilizando la Entrevista de Zarit y el Índice de Barthel. Se encontró que el 72,1 % presentaba sobrecarga intensa, asociada principalmente al grado de dependencia funcional del paciente. Los casos de secuelas de enfermedad cerebrovascular y parálisis cerebral infantil generaron mayor carga, reforzando la relación entre discapacidad severa y sobrecarga del cuidador.

Asimismo, Peña-Ibáñez et al. (2016) reportaron, en un estudio descriptivo transversal con

cuidadores informales de pacientes inmovilizados, que el 65 % eran mujeres (edad media  $\approx$  62 años) y presentaban altos niveles de sobrecarga, especialmente aquellas con mayores indicadores de ansiedad y depresión. Los autores recomiendan la identificación temprana de riesgo y el apoyo dirigido a cuidadoras informales para reducir la carga y proteger su salud mental.

En conjunto, estos estudios muestran una tendencia consistente: la sobrecarga del cuidador está estrechamente relacionada con el grado de dependencia del paciente y con factores sociodemográficos —principalmente el predominio femenino y la edad media elevada—, así como con deterioro del bienestar físico y psicológico. No obstante, la mayoría de estas evidencias provienen de estudios transversales, por lo que las diferencias en prevalencia pueden deberse a variaciones en el contexto, los instrumentos utilizados y el tamaño muestral. En consecuencia, se recomienda que futuras investigaciones empleen diseños longitudinales y evalúen intervenciones centradas en el autocuidado, las redes de apoyo y la capacitación formal para cuidadores.

### **2.3.2. Variable independiente: Inteligencia emocional**

La Inteligencia Emocional (IE) constituye un factor clave para comprender cómo los cuidadores afrontan las demandas emocionales, físicas y sociales asociadas al cuidado de personas con enfermedades crónicas o neurodegenerativas. La evidencia señala que un adecuado manejo de las emociones favorece el bienestar del cuidador y mejora la calidad del cuidado brindado.

En su Trabajo de Fin de Máster, Cuidarme para cuidarte, Vázquez (2021) analizó la relación entre autocuidado y competencias emocionales en cuidadores familiares. A través de una revisión bibliográfica y del análisis de programas de intervención, identificó que la falta de autocuidado es una de las principales carencias de los cuidadores y afecta directamente su bienestar emocional. La propuesta de intervención del estudio promueve el fortalecimiento de competencias emocionales y el uso de estrategias de autocuidado, evidenciándose que la IE

contribuye significativamente al bienestar psicológico y emocional de los cuidadores (Vázquez, 2021).

Asimismo, Rosel Peniche et al. (2015) desarrollaron un programa psicoterapéutico grupal para padres cuidadores de niños con cáncer, basado en el modelo de IE de Mayer y Salovey (1997) y en la Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis. El programa, compuesto por seis sesiones, fortaleció las habilidades emocionales, mejoró el manejo de necesidades afectivas y aumentó los recursos personales y sociales de los cuidadores, impactando positivamente en su estado emocional y su funcionamiento general.

En el ámbito del cuidado de adultos mayores, García Trinidad (2017) evaluó a 144 cuidadores principales de personas con demencia en Extremadura, encontrando que mayores niveles de IE se relacionaban con mejor aprovechamiento del tiempo para autocuidado, mayor satisfacción ocupacional y mejor funcionamiento familiar. Esto evidencia que la IE y la resiliencia actúan como factores protectores del bienestar del cuidador.

Finalmente, Portal Moreno (2009) analizó a hijas cuidadoras de familiares con demencia y encontró que altos niveles de IE se asociaban con una adecuada adaptación, explicada por mayores niveles de bienestar subjetivo, valores, control percibido y resiliencia. En contraste, bajos niveles de IE se relacionaban con síntomas conductuales del paciente, creencias irracionales, evitación y malestar ante acontecimientos vitales.

En síntesis, la evidencia muestra que la IE no solo contribuye a reducir la sobrecarga y el estrés del cuidador, sino que también actúa como un factor protector, fortaleciendo la resiliencia, el autocuidado y la adaptación familiar. Esto la consolida como un componente central en programas dirigidos a mejorar el bienestar de los cuidadores familiares.

## **2.4. Fundamentación teórica**

### **2.4.1. Sobrecarga del cuidador**

De acuerdo con De la Revilla-Ahumada et al. (2019), la sobrecarga del cuidador o cuidadora principal se entiende como la percepción del impacto que genera la responsabilidad

de atender a una persona con distintos grados de dependencia o discapacidad en las diversas áreas de la vida del cuidador. Este impacto incluye tanto las demandas propias del acto de cuidar como las dificultades adicionales que deben afrontarse durante la realización de estas tareas, afectando dimensiones personales, sociales, emocionales y laborales.

En esta misma línea, los cuidadores informales —también denominados cuidadores familiares— son aquellas personas pertenecientes a la red de apoyo social del paciente (familiares, amigos o vecinos) que asumen de manera no remunerada la asistencia continua de una persona con enfermedad crónica. La literatura científica los identifica como “segundas víctimas” o “pacientes ocultos”, dado que las exigencias físicas, emocionales y sociales del rol generan repercusiones negativas en su salud y bienestar, pese a no contar con formación especializada. Además, se ha evidenciado que este rol recae de manera predominante en mujeres, especialmente en esposas e hijas, quienes suelen constituirse como las principales proveedoras del cuidado (Tartaglini & Stefani, 2012).

#### **2.4.2. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit**

La Fundación Pasqual Maragall (2021) señala que una de las herramientas más utilizadas para evaluar la sobrecarga del cuidador es la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview). Este instrumento permite medir el malestar percibido por los cuidadores y analizar cómo las demandas de cuidado afectan su bienestar emocional, físico y social, convirtiéndose en un referente fundamental para comprender la experiencia subjetiva de sobrecarga.

La escala, desarrollada inicialmente por Zarit et al. (1980), evalúa la sobrecarga percibida considerando dimensiones como la calidad de vida, la capacidad de autocuidado, la red de apoyo disponible y las competencias para enfrentar problemas conductuales y clínicos del paciente (Breinbauer et al., 2009). Puede administrarse de forma auto aplicada o mediante un profesional de salud. Utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde “nunca” (1) hasta “casi siempre” (5). La puntuación total, que oscila entre 22 y 110 puntos, permite clasificar la

sobrecarga en ausencia ( $\leq 46$ ), ligera (47–55) o intensa ( $\geq 56$ ). La sobrecarga ligera se considera un factor de riesgo para evolucionar hacia una sobrecarga intensa, la cual suele asociarse con mayores niveles de morbilidad del cuidador y requiere una intervención profesional oportuna. Incluso la ausencia de sobrecarga requiere seguimiento, especialmente cuando las demandas del cuidado aumentan con el tiempo.

### **2.4.3. Consecuencias y factores de riesgo**

Entre los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que un cuidador desarrolle sobrecarga se encuentran la avanzada edad de la persona dependiente, la presencia de conductas agresivas, la coexistencia de múltiples patologías físicas o psicológicas, la falta de colaboración familiar, la ausencia de formación específica para el cuidado y la no participación en asociaciones o grupos de apoyo.

Asimismo, los cuidadores suelen presentar síntomas como estrés, ansiedad, depresión, cansancio persistente, disminución de la energía, dificultades de concentración, irritabilidad, insomnio, palpitaciones, tensión emocional, apatía, cambios frecuentes de humor y un progresivo abandono de sus propias necesidades y actividades recreativas (Martínez Pizarro, 2020).

### **2.4.4. Inteligencia Emocional**

La inteligencia emocional (IE) es un constructo psicológico que ha adquirido gran relevancia en las últimas décadas debido a su papel en el bienestar personal, el manejo del estrés y el funcionamiento interpersonal. De acuerdo con Salovey y Mayer (1990) quienes introdujeron el concepto, la inteligencia emocional se define como la capacidad para percibir, comprender y regular las emociones propias y ajenas, así como para utilizar esta información emocional de manera adaptativa en la vida cotidiana.

Posteriormente, Goleman (1995) popularizó el término y amplió su definición, señalando que la IE comprende habilidades como la autoconciencia, la autorregulación, la automotivación, la empatía y las competencias sociales. Este enfoque destaca que la gestión emocional no solo implica comprender lo que se siente, sino también actuar de manera adecuada frente a diversas

situaciones, favoreciendo el equilibrio emocional y las relaciones interpersonales saludable.

Diversos estudios han demostrado que la inteligencia emocional cumple un papel fundamental en la salud mental y el bienestar psicológico. Extremera y Fernández-Berrocal (2006) señalan que las personas con mayores habilidades emocionales tienden a presentar niveles más bajos de estrés, ansiedad y malestar general, debido a que emplean estrategias de afrontamiento más adaptativas frente a situaciones exigentes. Según estos autores, una regulación emocional adecuada actúa como un factor protector que favorece la estabilidad psicológica, el funcionamiento social positivo y una mejor capacidad para manejar demandas emocionales intensas en la vida cotidiana.

La inteligencia emocional, según Mayer, Salovey y Caruso (2000, citados en Bisquerra, 2020) se estructura en un modelo de 4 ramas interrelacionadas: percepción emocional, regulación emocional, comprensión emocional (Bisquerra, 2023)

**Percepción emocional:** Implica identificar, valorar y expresar emociones propias y ajenas de manera adecuada, tanto a través del lenguaje como de la conducta o expresiones artísticas. Esta habilidad permite discriminar entre emociones precisas e imprecisas y evaluar su autenticidad (Bisquerra, 2020).

**Facilitación emocional del pensamiento:** las emociones funcionan como señales que orientan la atención y priorizan la información relevante, integrando emoción y cognición. Por ejemplo, un estado de bienestar puede favorecer la creatividad, mientras que la tristeza puede facilitar la reflexión profunda (Bisquerra, 2020).

**Comprensión emocional:** consiste en analizar y razonar sobre las emociones propias y ajenas, reconociendo relaciones complejas entre sentimientos y situaciones, así como las transiciones emocionales que ocurren en diferentes contextos, como la alternancia entre el amor y odio hacia un ser querido durante un conflicto (Bisquerra, 2020).

**Regulación emocional:** se refiere a la capacidad de gestionar las emociones de manera reflexiva, promoviendo el crecimiento personal, intelectual y social. Incluye de manera reflexiva,

promoviendo al crecimiento personal, intelectual y social. Incluye la habilidad de regular emociones negativas y potenciar las positivas, tanto en uno mismo como en los demás, sin reprimirlas ni exagerarlas (Bisquerra, 2020).

#### **2.4.5. Modelo de Bar-On (2006) : Inteligencia emocional como competencia socioemocional**

Uno de los modelos más utilizados para evaluar la inteligencia emocional es el propuesto por Reuven Bar-On (2006) quien la define como un conjunto de habilidades emocionales, sociales y personales que influyen en la capacidad del individuo para afrontar demandas y presiones del entorno. De acuerdo con este autor, la inteligencia emocional se organiza en cinco grandes dimensiones:

**Intrapersonal:** capacidad para reconocer y expresar las propias emociones, así como mantener una autoestima sólida.

**Interpersonal:** habilidades relacionadas con la empatía, la responsabilidad social y las relaciones interpersonales.

**Adaptabilidad:** capacidad para resolver problemas y ajustarse a los cambios.

**Manejo del estrés:** tolerancia al estrés y control de impulsos.

**Estado de ánimo:** nivel de optimismo y sensación de bienestar general.

El modelo de Bar-On ha sido ampliamente aplicado en Latinoamérica debido a su sólida validez psicométrica y a su utilidad en contextos educativos, clínicos y organizacionales. Según Bar-On y Parker (2000), la inteligencia emocional se relaciona directamente con la capacidad para manejar presiones ambientales, regular emociones intensas y mantener relaciones sociales funcionales, lo que resulta especialmente relevante en contextos de cuidado de personas dependientes

## CAPITULO III

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

## 3.1. Operacionalización de Variables

## 3.1.1. Variable dependiente Sobrecarga del Cuidador

Tabla 1. Operacionalización de variable Sobrecarga del cuidador

| Variable Dependiente    | Definición conceptual/ Operacional                                                                                                                                                                                                                                                                 | Dimensiones            | Indicadores                                                                                                                                | Instrumento                                                             | Ítems                              |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Sobrecarga del cuidador | Conjunto de efectos físicos, emocionales, psicológicos, sociales y económicos que experimenta una persona cuando las demandas del rol de cuidado superan sus recursos personales, generando estrés, agotamiento y afectación del bienestar (Zarit et al., 1980; Fundación Pasqual Maragall, 2021). | Ausencia de sobrecarga | No percibe estrés ni agotamiento significativo<br><br>Mantiene equilibrio emocional, social y                                              | Zarit Burden Interview (ZBI)<br>Cuestionario de sobrecarga del Cuidador | (22-46 puntos)                     |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sobrecarga Ligera      | Percepción de estrés moderado<br><br>Leve interferencia en actividades personales o sociales<br><br>Cansancio físico o emocional ocasional |                                                                         | Sobrecarga Leve (47-55 puntos)     |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sobrecarga Intensa     | Estrés elevado y agotamiento emocional significativo<br><br>Interferencia importante                                                       |                                                                         | Sobrecarga Intensa (56-110 puntos) |

|  |  |  |                                                                                                                                             |  |  |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  |  |  | <p>en la vida personal y social</p> <p>Deterioro de bienestar físico y psicológico</p> <p>Necesidad de intervención o apoyo profesional</p> |  |  |
|--|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

Fuente: Elaboración Propia

### 3.1.2. Variable independiente Inteligencia Emocional

**Tabla 2.** Operacionalización de variable Inteligencia Emocional

| Variable Dependiente   | Definición conceptual/ Operacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Dimensiones   | Indicadores                                                                                                            | Ítems        |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Inteligencia Emocional | <p>Conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales que influyen en la capacidad del individuo para adaptarse, afrontar demandas y presiones del entorno, y regular sus emociones de manera efectiva (Bar-On, 1997, 2000).</p> <p>El puntaje obtenido del Inventario de Barón ICE NA, con respecto a las dimensiones Intrapersonal,</p> | Intrapersonal | <p>Comprende emociones. Expresa sentimientos y emociones sin dañar a los demás. Reconoce sus aspectos positivismo.</p> | 3, 7, 17, 28 |

|  |                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                                                                                                          |                              |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|  | Interpersonal, manejo del estrés, estado de ánimo general, adaptabilidad. El puntaje 69 y menos como deficiente: de 70 a 79 baja: de 110 a 119 muy alta y de 130 y más excelentemente desarrollada. |                         |                                                                                                                                          |                              |
|  |                                                                                                                                                                                                     | Interpersonal           | Mantiene relaciones. Demuestra que escucha a los demás. Comprende los sentimientos de los demás                                          | 2, 5, 10, 14, 20, 24         |
|  |                                                                                                                                                                                                     | Adaptabilidad           | Demuestra flexibilidad en el manejo de sus actitudes. Se adapta fácilmente a cambios ambientales                                         | 8, 12, 16, 22, 25, 27, 30    |
|  |                                                                                                                                                                                                     | Manejo de Estrés        | Demuestra calma y tranquilidad en situaciones adversas. Demuestra control de sus impulsos. Responde adecuadamente a eventos estresantes. | 4, 6, 11, 19, 23, 29         |
|  |                                                                                                                                                                                                     | Estado de ánimo General | Se siente satisfecho con su vida. Mantiene una actitud positiva ante los                                                                 | 1, 9, 13, 15, 18, 21, 26, 31 |

|  |  |  |                                                            |  |
|--|--|--|------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  | sentimientos<br>negativos.<br>Es visionario y<br>Optimista |  |
|--|--|--|------------------------------------------------------------|--|

Fuente: Elaboración propia

### 3.2. Enfoque metodológico de la investigación

La investigación tiene un enfoque metodológico mixto, debido a que combina métodos cuantitativos y cualitativos. Por un lado, se utilizan instrumentos estandarizados (ICE Bar-On y Escala de Sobrecarga de Zarit) para medir y analizar la inteligencia emocional y sobrecarga de cuidadores. Por otro lado, se realizan observaciones directas de los cuidadores durante la toma de test.

### 3.3. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es descriptivo y el diseño es no experimental. Según Hernández Sampieri et al. (2014), la investigación descriptiva tiene como propósito principal especificar las propiedades, las características importantes y los perfiles de personas, grupos, procesos o fenómenos que se someten a análisis. En este caso se busca describir los componentes de la inteligencia emocional presentes en los cuidadores de pacientes, según el nivel de sobrecarga.

Es un diseño no experimental porque las variables (sobrecarga del cuidador e inteligencia emocional) no serán manipuladas. Se estudiarán tal como ocurren de manera natural en el contexto del Hospital General de Segundo Nivel de Riberalta Hernández Sampieri et al. (2014)

### 3.4. Universo y Muestra

El universo de estudio está conformado por todas las personas acompañan a pacientes que asisten al Hospital General de Segundo Nivel de Riberalta durante la gestión 2024 y El que actúan como principales cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas.

La muestra se conformó por cuidadores principales de pacientes con enfermedades crónicas que asisten regularmente al hospital y que presentan algún nivel de sobrecarga

### 3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

#### 3.5.1. Ficha técnica Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

- **Nombre**

La versión adaptada se denomina Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, mientras que la versión original se conoce como Caregiver Burden Interview.

- **Autor**

La versión adaptada fue desarrollada por Marín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussing (1996), basada en el instrumento original de Zarit, Reeve y Bach-Peterson (1980).

- **Referencia**

La adaptación para nuestro medio se publicó en la Revista de Gerontología (1996; 6: 338-346), mientras que el estudio original aparece en Gerontologist (1980; 20: 649-655).

- **Tipo de instrumento y administración**

Se trata de un instrumento estructurado, diseñado para ser auto aplicado. Su administración puede ser individual o grupal y el tiempo estimado de aplicación es de hasta 10 minutos.

- **Descripción**

La escala consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas del rol de cuidado sobre distintas áreas de la vida diaria del cuidador: salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación total se obtiene sumando los 22 ítems, con un rango de 22 a 110 puntos. Los puntos de corte para clasificar la sobrecarga, según la adaptación española, son: sin sobrecarga (22-46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (56-110).

- **Propiedades psicométricas**

La escala presenta una consistencia interna de 0,91 y fiabilidad test-retest de 0,96, lo que

la convierte en un instrumento confiable y válido para evaluar la sobrecarga del cuidador.

- **Población y ámbito de aplicación**

Está indicada para cuidadores de adultos mayores y personas dependientes, y se utiliza en contextos clínicos, educativos, médicos e investigativos. Evalúa áreas relacionadas con el funcionamiento y la calidad de vida, así como el impacto familiar y social del rol de cuidado.

### **3.5.2. Ficha Técnica del Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On (EQ-i)**

- **Nombre Original:** EQ-i (Bar-On Emotional Quotient Inventory)
- **Autor:** Reuven Bar-On, Ph. D.
- **Procedencia:** Multi-Health Systems Inc.
- **Adaptación peruana:** Zoila Abanto, Leonardo Higuera y Jorge Cueto
- **Administración:** Individual y grupal
- **Duración:** Entre 20 y 25 minutos
- **Aplicación:** A partir de 16 años
- **Significación:** Evaluación de las aptitudes emocionales de la personalidad como determinantes para alcanzar el éxito general y mantener una salud emocional positiva
- **Ámbitos de Aplicación:** Corporativos, Educativos, Clínicos, Médicos, Investigación
- **Breve descripción del instrumento**

El inventario genera un Cociente Emocional (CE) global y cinco cocientes emocionales compuestos, basados en la puntuación de 15 subcomponentes. Evalúa diferentes dimensiones de la inteligencia personal, emocional y social, agrupadas en cinco componentes principales:

#### **A. Componente Intrapersonal (CIA)**

- **Dimensiones:** Comprensión emocional de sí mismo, Asertividad, Autoconcepto, Autorrealización e Independencia
- **Ítems:** 3, 7, 17, 28
- **Subcomponentes:**

- ✓ **Comprensión emocional de sí mismo (CM):** Capacidad de identificar y comprender las propias emociones y los motivos que las originan.
- ✓ **Asertividad (AS):** Habilidad de expresar pensamientos y emociones de manera adecuada, protegiendo los derechos propios sin dañar a otros.
- ✓ **Autoconcepto (AC):** Capacidad de percibirse y valorarse de manera realista, reconociendo fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.
- ✓ **Autorrealización (AR):** Capacidad de perseguir y alcanzar metas significativas y satisfactorias.
- ✓ **Independencia (IN):** Capacidad de actuar y tomar decisiones de manera autónoma, con seguridad en las propias habilidades y juicio emocional.

#### **B. Componente Interpersonal (CIE)**

- **Dimensiones:** Empatía, Relaciones Interpersonales, Responsabilidad Social
- **Ítems:** 2, 5, 10, 14, 20, 24
- **Subcomponentes:**
  - ✓ **Empatía (EM):** Capacidad de percibir y comprender los sentimientos de los demás.
  - ✓ **Relaciones Interpersonales (RI):** Habilidad para construir y mantener vínculos positivos, respetuosos y recíprocos.
  - ✓ **Responsabilidad Social (RS):** Capacidad de integrarse y contribuir de manera útil y valiosa dentro de un grupo social.

#### **C. Componente de Adaptabilidad (CAD)**

- **Dimensiones:** Prueba de la realidad, Flexibilidad, Solución de Problemas
- **Ítems:** 8, 12, 16, 22, 25, 27, 30
- **Subcomponentes:**
  - ✓ **Solución de Problemas (SP):** Habilidad para identificar problemas, generar

alternativas y tomar decisiones efectivas.

- ✓ **Flexibilidad (FL):** Capacidad de ajustarse a situaciones cambiantes y manejar la incertidumbre.
- ✓ **Prueba de la Realidad (PR):** Capacidad de evaluar objetivamente situaciones y actuar de manera efectiva según las demandas del entorno.

#### **D. Componente de Manejo de la Tensión (CME)**

- **Dimensiones:** Tolerancia a la tensión, Control de impulsos
- **Ítems:** 4, 6, 11, 19, 23, 29
- **Subcomponentes:**
  - ✓ **Tolerancia a la Tensión (TT):** Capacidad para soportar presión, estrés o situaciones conflictivas sin perder el equilibrio emocional.
  - ✓ **Control de Impulsos (CI):** Habilidad para regular las reacciones emocionales inmediatas, evitando respuestas precipitadas o inapropiadas.

#### **E. Componente de Estado de Ánimo General (CAG)**

- **Dimensiones:** Felicidad y Optimismo
- **Ítems:** 1, 9, 13, 15, 18, 21, 26, 31
- **Subcomponentes:**
  - ✓ **Felicidad (FE):** Sensación general de satisfacción con la vida y bienestar subjetivo.
  - ✓ **Optimismo (OP):** Tendencia a mantener una actitud positiva frente al futuro y las circunstancias adversas.

### **3.6. Procedimientos**

#### **Fase 1**

En esta fase se coordinó directamente con el personal del hospital de segundo nivel de

Riberalta para identificar a los cuidadores de personas con enfermedades crónicas que participarían en el estudio. Esta coordinación permitió asegurar la disposición de los participantes y establecer un entorno adecuado para la aplicación de los instrumentos de medición.

## **Fase 2**

Una vez identificados los participantes, se procedió a la aplicación de los instrumentos de medición, incluyendo escalas de inteligencia emocional y de sobrecarga del cuidador. Durante esta etapa se proporcionaron instrucciones claras y se supervisó que cada participante comprendiera cómo completar correctamente las pruebas. Se aseguró además la confidencialidad y el anonimato de la información recolectada.

## **Fase 3**

Tras la recolección de los datos, se realizó su verificación y análisis. Este proceso incluyó la revisión de la información para evaluar la relación entre los componentes de la inteligencia emocional y los niveles de sobrecarga en los cuidadores.

## **Fase 4**

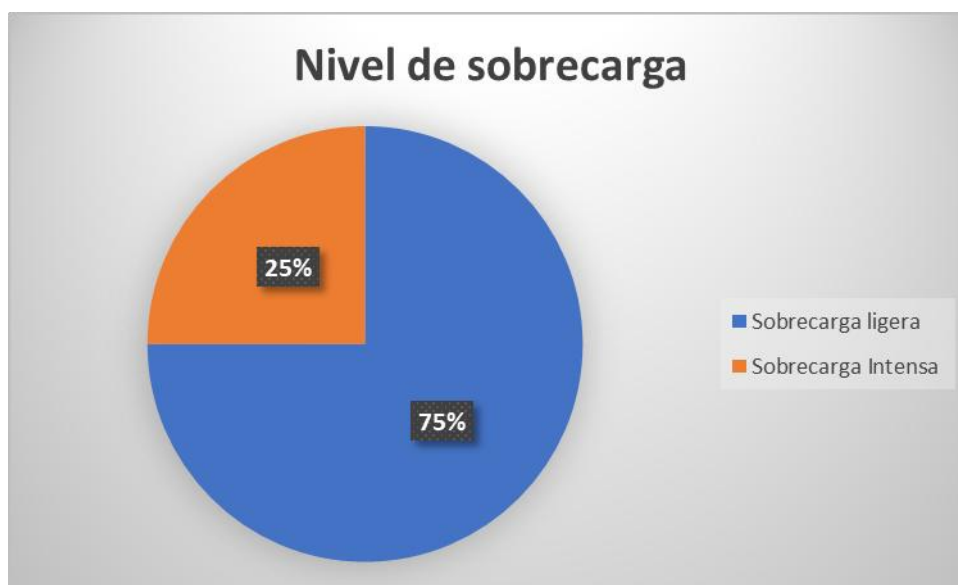
Finalmente, los resultados obtenidos fueron organizados y presentados en un informe de investigación. Este documento incluyó tablas, gráficos y análisis estadísticos que permitieron interpretar los hallazgos en relación con los objetivos del estudio. La presentación de los resultados se estructuró de manera clara y precisa para comunicar los aportes del estudio, destacando sus implicaciones en la práctica profesional y en la promoción del bienestar psicológico de los cuidadores familiares.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1. Resultados

**Figura 1** Nivel de sobrecarga de los cuidadores de pacientes que asisten al Hospital de segundo nivel de Riberalta



Nota: Elaboración propia

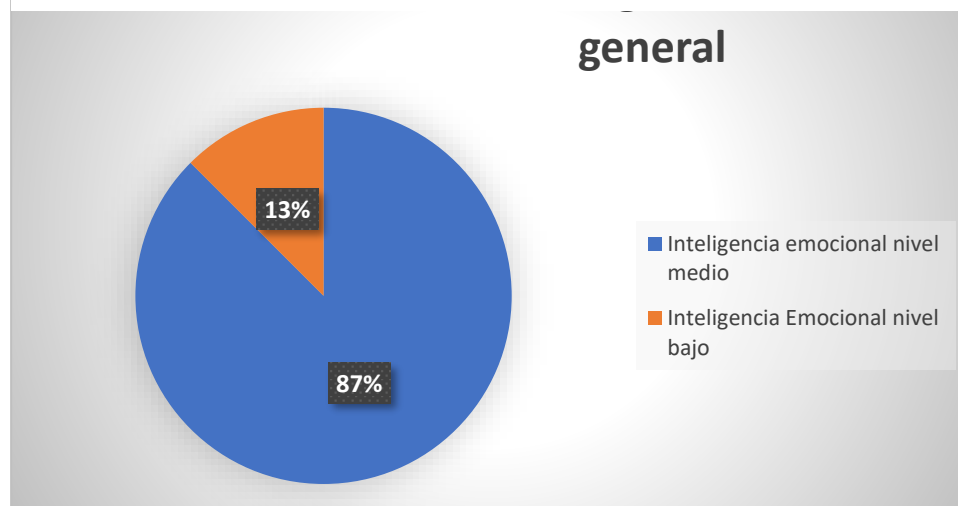
De la población evaluada, 18 cuidadores presentan un nivel de sobrecarga ligera, lo que refleja que, aunque aún no se evidencia un deterioro extremo en su salud física o emocional, sí existe un impacto significativo derivado de las exigencias cotidianas del rol de cuidado. Este nivel de sobrecarga suele manifestarse en sentimientos de cansancio, reducción del tiempo personal, preocupación constante por el estado del familiar y una creciente dificultad para equilibrar la vida personal con las responsabilidades del cuidado. Aunque se considera una fase inicial, es importante señalar que la sobrecarga ligera tiende a incrementarse con el tiempo, especialmente cuando no se cuenta con apoyo social, recursos suficientes o estrategias adecuadas de afrontamiento, pudiendo evolucionar hacia niveles más severos.

Por otra parte, 6 cuidadores presentan una sobrecarga intensa, lo cual indica un estado de mayor vulnerabilidad caracterizado por agotamiento físico, tensión emocional persistente y

mayor estrés debido a las demandas continuas del cuidado. Este grupo suele experimentar sentimientos de frustración, desesperanza, irritabilidad y una marcada disminución de su calidad de vida, además de posibles afectaciones en su salud física y mental. La presencia de una proporción considerable de cuidadores en este nivel evidencia la necesidad de implementar estrategias de intervención, programas de apoyo emocional y medidas de acompañamiento que permitan reducir los efectos negativos asociados al cuidado prolongado.

En conjunto, estos resultados muestran que la mayoría de los cuidadores ya se encuentran experimentando algún grado de afectación, y que una parte significativa presenta niveles críticos que requieren atención prioritaria. Esto resalta la importancia de reconocer la labor del cuidador como un rol demandante que necesita apoyo multidisciplinario para prevenir el deterioro emocional y físico asociado a la sobrecarga.

**Figura 2 .Nivel de Inteligencia emocional general en cuidadores de pacientes que asisten al Hospital de Segundo nivel Riberalta**



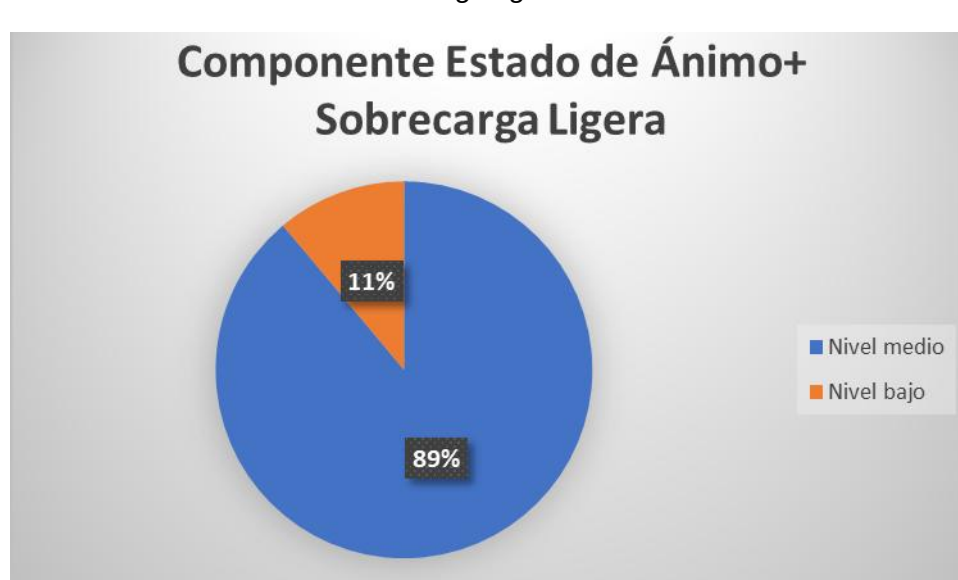
Nota: Elaboración propia

De los 24 cuidadores evaluados mediante el Inventario de Cociente Emocional de Bar-On, 21 participantes (87,5%) obtuvieron un nivel medio de inteligencia emocional, contar con un nivel medio de inteligencia emocional sugiere que estos cuidadores aún disponen de recursos internos que les permiten afrontar de manera funcional las exigencias emocionales del rol de cuidado, especialmente frente al estrés cotidiano y la responsabilidad prolongada. No obstante, este nivel también refleja que sus habilidades emocionales no están completamente fortalecidas, por lo que podrían experimentar dificultades ante situaciones de mayor carga emocional o conflicto.

Por otro lado, los 3 cuidadores (12,5%) que presentan un nivel bajo de inteligencia emocional constituyen un grupo de mayor vulnerabilidad. Un nivel reducido en esta área puede asociarse con dificultades para reconocer las propias emociones, baja capacidad de regulación emocional, respuestas impulsivas, menor tolerancia al estrés y desafíos para resolver conflictos o mantener relaciones saludables. Estas limitaciones pueden repercutir negativamente tanto en su bienestar personal como en la calidad del cuidado brindado, aumentando el riesgo de agotamiento emocional y predisposición al estrés crónico. En conjunto, estos resultados

evidencian la importancia de fortalecer las habilidades emocionales en los cuidadores para reducir riesgos y promover un desempeño más saludable y equilibrado en sus funciones.

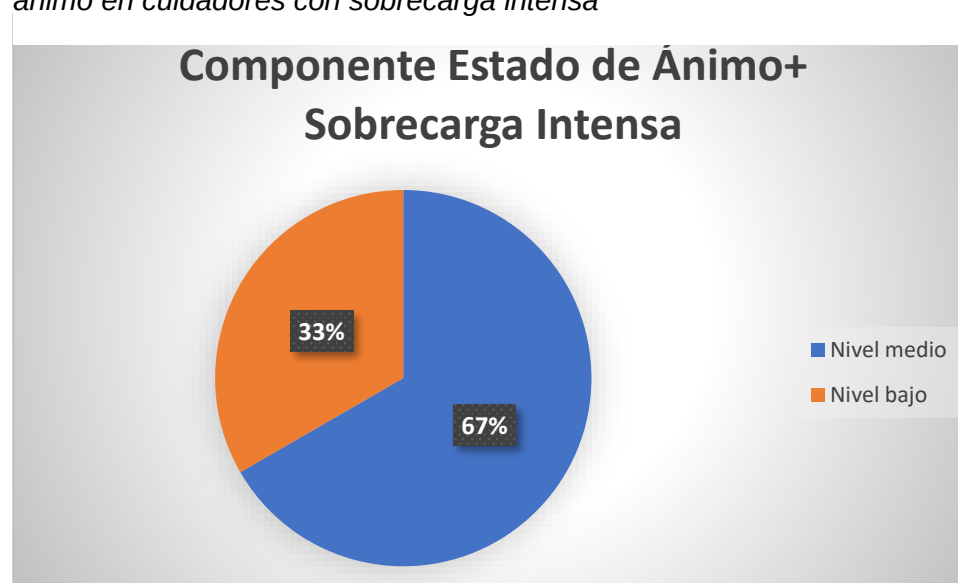
**Figura 3.** Niveles del componente de Inteligencia emocional: Estado de ánimo en cuidadores con sobrecarga ligera



Fuente: Elaboración propia

Entre los cuidadores con sobrecarga ligera, el 89% de cuidadores con sobrecarga ligera se ubican en un nivel medio del componente estado de ánimo, mientras que un 11% presentan un nivel bajo. Dentro de este grupo el estado de ánimo se sitúa en niveles moderados esto podría indicar que pese a las demandas del cuidado los cuidadores logran mantener cierto equilibrio emocional. No obstante, si la sobrecarga aumenta, contar con un nivel medio en este componente podría no ser suficiente para afrontar adecuadamente las exigencias del cuidado.

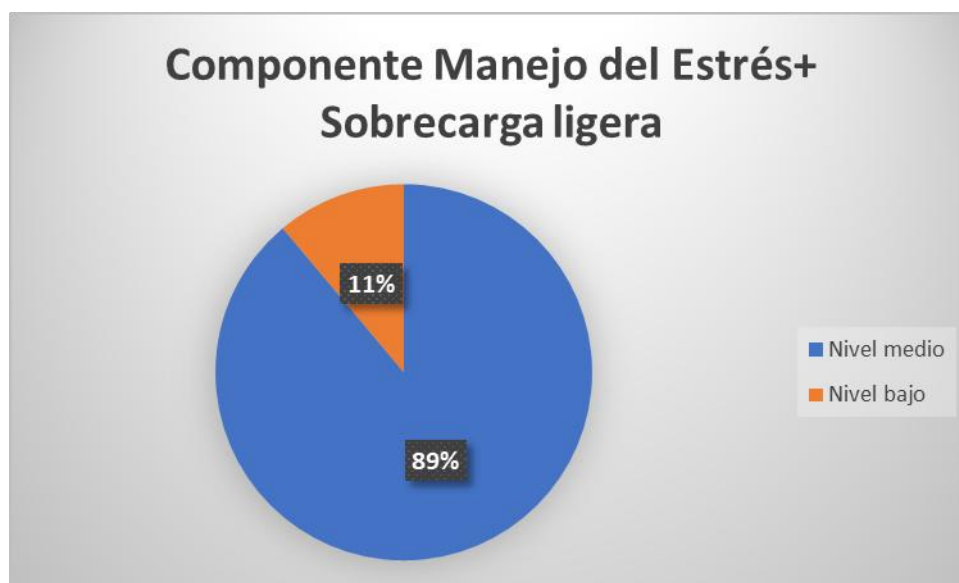
**Figura 4** Niveles del Componente de Inteligencia emocional: Estado de ánimo en cuidadores con sobrecarga intensa



Nota: Elaboración propia

El grupo que cuenta con sobrecarga intensa 4 se ubican en un nivel medio del componente estado de ánimo mientras que 2 presentan un nivel bajo. Estos resultados muestran que aun en condiciones de alta exigencia, el estado de ánimo se mantiene en niveles moderados. Sin embargo, la presencia de niveles bajos sugiere una mayor afectación emocional en parte de los cuidadores, lo que estaría relacionado con las altas demandas del cuidado y dificultad de afrontamiento de sobrecarga.

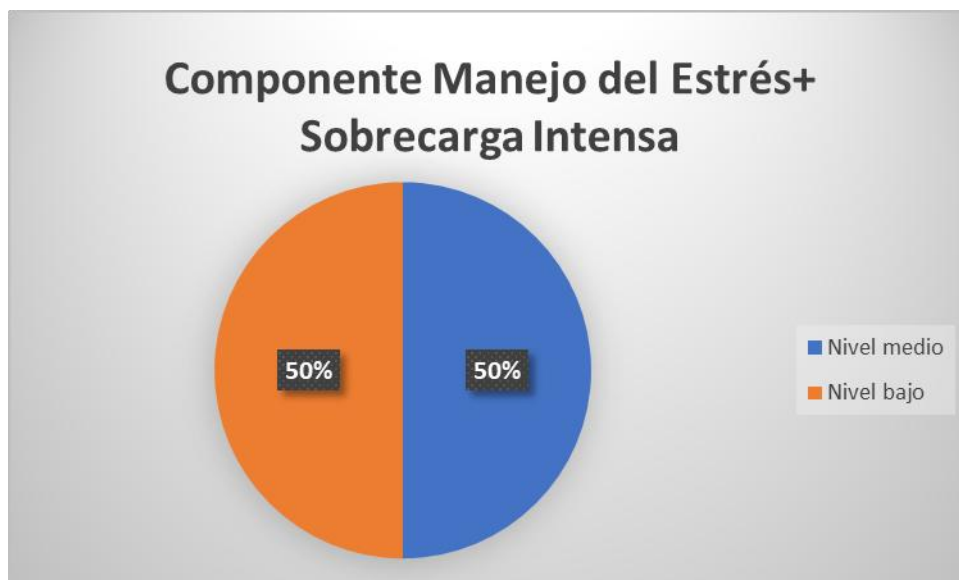
**Figura 5** Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Manejo del estrés en cuidadores con sobrecarga ligera



Nota : Elaboración propia

En el grupo de cuidadores con sobrecarga ligera 89% presentan un nivel medio en el manejo del estrés y 11% un nivel bajo. Esto demuestra que en general, los cuidadores logran manejar el estrés de forma relativamente adecuada frente a las exigencias del cuidado. Sin embargo quienes presentan un nivel bajo en este componente podrían mostrar mayor vulnerabilidad ante situaciones demandantes, lo que puede contribuir al incremento de la sobrecarga.

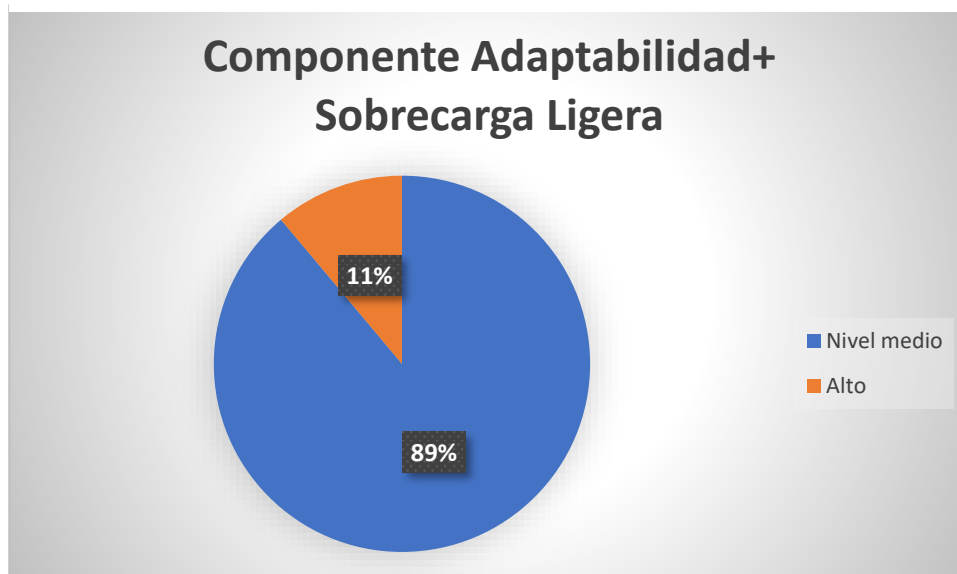
**Figura 6** Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Manejo del estrés de cuidadores que tienen sobrecarga intensa



Fuente : Elaboración propia

En el grupo de cuidadores con sobrecarga intensa, 3 se ubican en un nivel medio en el componente manejo de estrés y 3 en un nivel bajo. Frente a altas demandas no todos logran responder de la misma manera a pesar de todos contar con sobrecarga intensa. Una parte de cuidadores tienen manejo moderado del estrés y otros presentan mayores dificultades para regularlo.

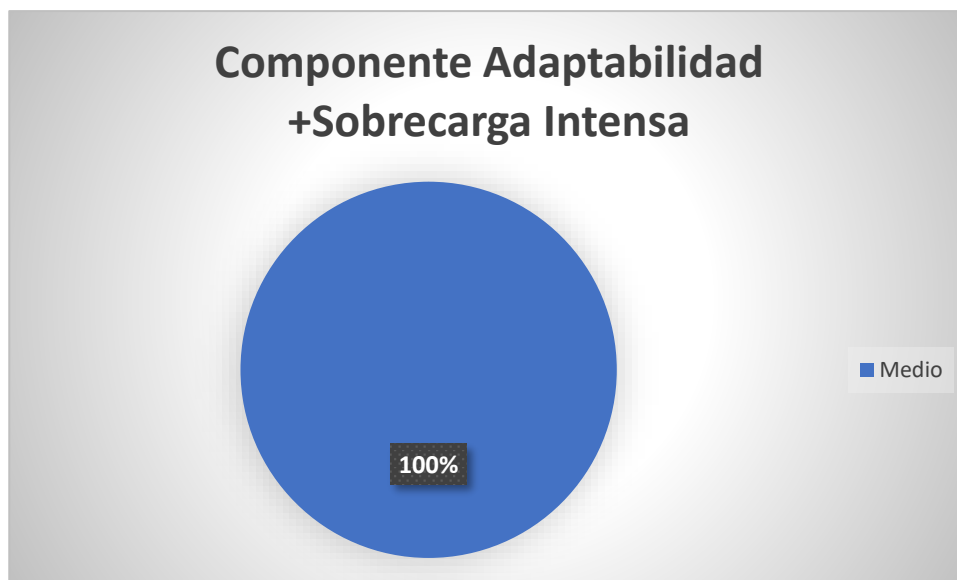
**Figura 7.** Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Adaptabilidad en cuidadores con sobrecarga ligera



Fuente: Elaboración propia

En los cuidadores con sobrecarga ligera 89% presentan un nivel medio de adaptabilidad y 11% un nivel alto. Estos resultados muestran que en general los cuidadores cuentan con una capacidad moderada para ajustarse a las exigencias del cuidado, mientras que algunos destacan en niveles altos de este componente la adaptabilidad podría actuar como un factor favorable ya que facilita el afrontamiento de la sobrecarga.

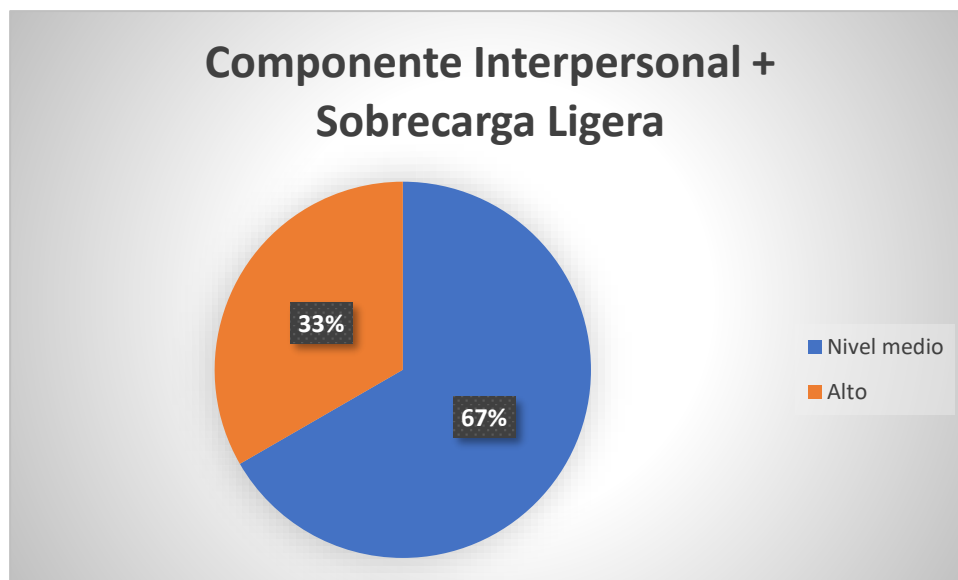
**Figura 8.** Niveles del componente de Inteligencia Emocional:  
*Adaptabilidad en cuidadores con sobrecarga*



Fuente: Elaboración propia

Los cuidadores con sobrecarga intensa, se ubican en un nivel medio del componente adaptabilidad. Esto sugiere que a pesar de las altas demandas del cuidado siguen manteniendo una capacidad moderada para ajustarse a las situaciones de estrés. Sin embargo, al no registrarse niveles altos, esta adaptabilidad podría no ser suficiente para responder de manera optima ante la sobrecarga intensa.

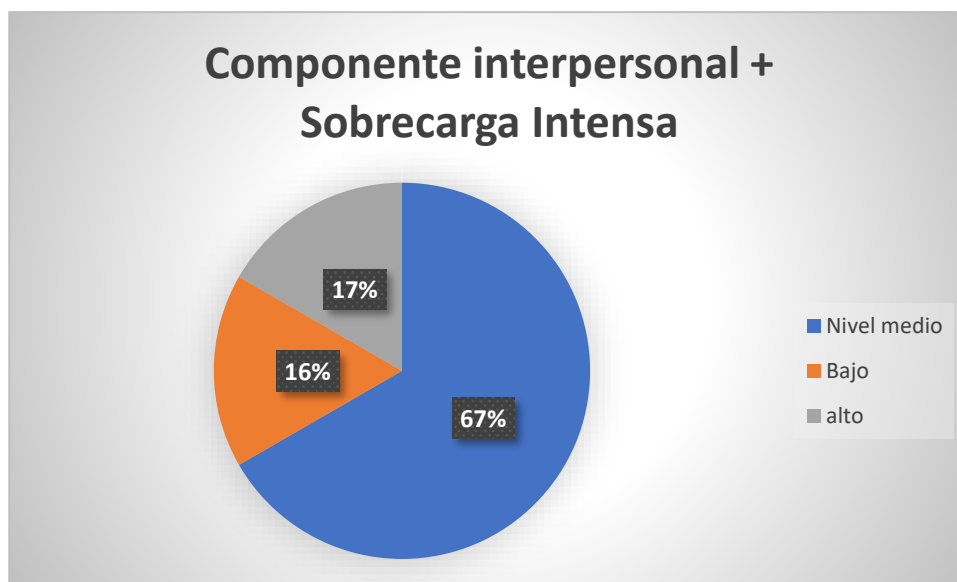
**Figura 9.** Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Interpersonal en cuidadores que tienen sobrecarga Ligera



Fuentes: Elaboración propia

En el componente interpersonal, 67% de los cuidadores tienen un nivel medio y 33% tienen un nivel alto. Los resultados demuestran que los cuidadores en general cuentan con las habilidades necesarias para relacionarse con otras personas, lo que puede favorecer a la red de apoyo del cuidador. La presencia de niveles elevados demuestra que algunos disponen con mayores recursos interpersonales lo que podría facilitar el afrontamiento de demandas.

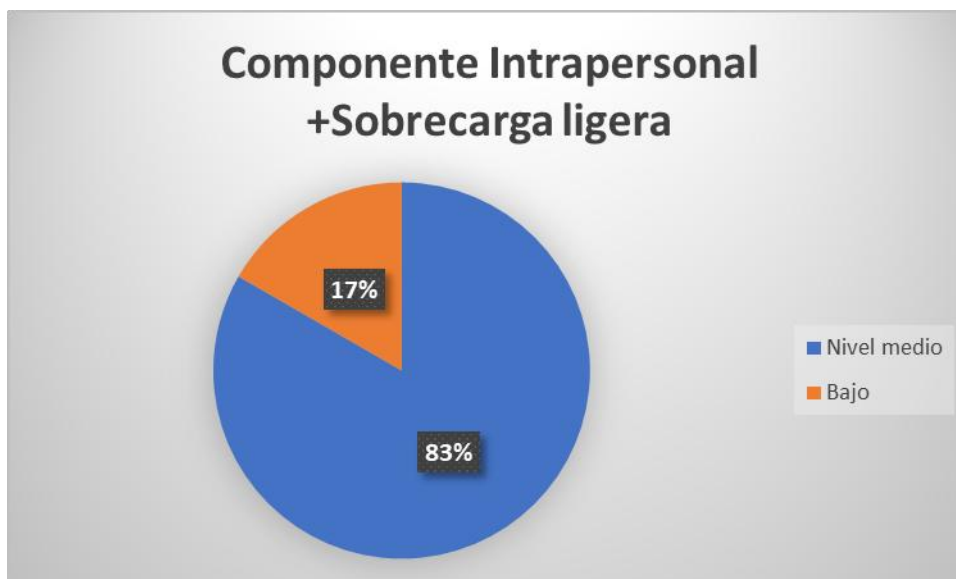
**Figura 10.** Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Interpersonal en cuidadores con sobrecarga intensa



Fuentes: Elaboración propia

En el componente interpersonal 67% se ubica en un nivel medio, 16% en nivel bajo y 17% en nivel alto. Estos resultados demuestran que las habilidades para relacionarse con otros se presentan de forma variada dentro del grupo de cuidadores con sobrecarga intensa.

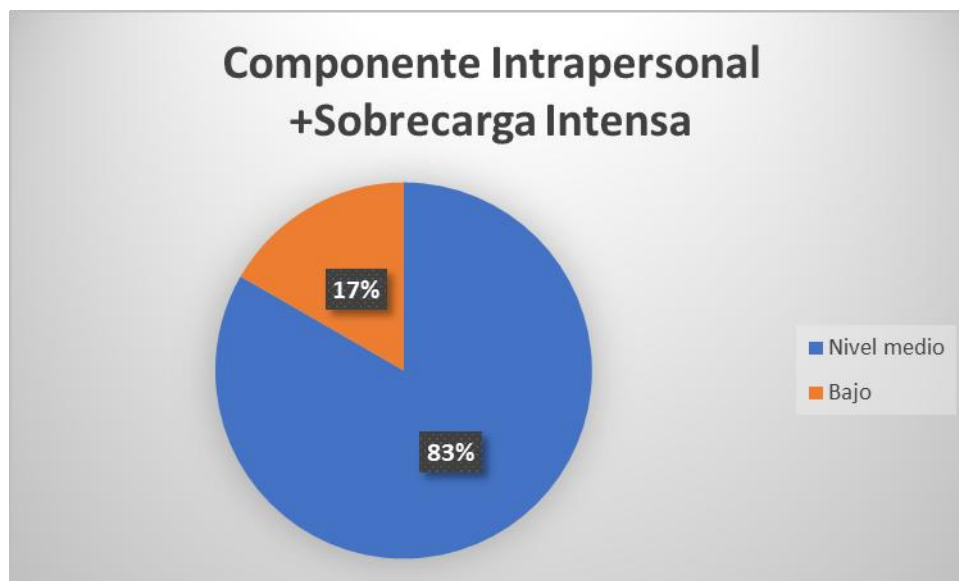
**Figura 11.** Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Intrapersonal, de personas con sobrecarga ligera



Fuente: Elaboración propia

En el componente intrapersonal 83% cuidadores obtienen un nivel medio y 17% un nivel bajo. Esto refleja que existe mantienen moderados niveles de reconocimiento y manejo de sus propias emociones. Los que tienen un nivel bajo en este componente podrían tener dificultad para expresar emociones, reconocerlas y dificultad para regularlas.

**Figura 12.** Niveles del componente de Inteligencia Emocional: Intrapersonal de cuidadores con sobrecarga intensa



Fuente: Elaboración propia

En el componente interpersonal, el 83% de los cuidadores se ubica en un nivel medio, mientras que el 17% presenta un nivel bajo. Estos resultados muestran que las habilidades para relacionarse con otros se mantienen en un nivel moderado en la mayoría de los casos, aunque también se evidencian dificultades en una parte del grupo, lo que podría influir en su forma de interactuar dentro del contexto del cuidado.

### Comparación de los componentes de la inteligencia emocional según el nivel de sobrecarga que presentan

En la siguiente tabla se comparan los componentes de la inteligencia emocional en relación con los niveles de sobrecargas experimentados por los cuidadores.

**Fuente: Elaboración propia**

**Tabla 3.** *Tabla comparativa de niveles de los componentes de inteligencia emocional de cuidadores*

| Nivel de Inteligencia emocional de los cuidadores | Niveles de Componentes de inteligencia emocional                                                                                                     | Sobrecarga del cuidador | Relación entre sobrecarga y componentes presentes                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inteligencia emocional<br>Nivel medio             | -Adaptabilidad (Medio-Alto)<br>-Manejo del estrés (Medio)<br>-Interpersonal (Medio-Alto)<br>-Intrapersonal (Medio)<br>-Estado de ánimo (Nivel medio) | Sobrecarga Ligera       | Los componentes presentes podrían actuar como factores protectores ante el estrés.<br><b>Adaptabilidad:</b><br>Permite al cuidador ajustarse a los cambios.<br><b>Manejo del estrés:</b><br>Es la capacidad de mantener la calma bajo presión<br><b>Interpersonal:</b> Este componente podría ayudar al cuidador a pedir apoyo y |

|                                                 |                                                                                                                                                     |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                 |                                                                                                                                                     |                           | <p>mantener buenas relaciones con otros.</p> <p><b>Intrapersonal:</b><br/>Permite que el cuidador reconozca su estado, su cansancio y ponerse límites.</p> <p><b>Estado de ánimo:</b><br/>Es mantener motivación y positivismo lo que ayuda a amortiguar el peso de las tareas.</p>                                     |
| <p>Inteligencia emocional</p> <p>Nivel bajo</p> | <p>Adaptabilidad (Medio)</p> <p>Estado de ánimo (Bajo)</p> <p>Manejo del estrés (Bajo)</p> <p>Intrapersonal (Bajo)</p> <p>Interpersonal (medio)</p> | <p>Sobrecarga intensa</p> | <p><b>Adaptabilidad</b>, el cuidador intenta ajustarse a los cambios.</p> <p><b>Intrapersonal e interpersonal:</b> No reconoce su propio agotamiento y se le dificulta pedir ayuda o tener red de apoyo.</p> <p><b>Manejo de estrés y estado de ánimo bajo</b>, al no controlar las emociones y tener ánimo decaído</p> |

|  |  |  |                                  |
|--|--|--|----------------------------------|
|  |  |  | la presión externa lo sobrepasa. |
|--|--|--|----------------------------------|

Los cuidadores que presentan un nivel medio de inteligencia emocional y sobrecarga ligera (75%) suelen experimentar una sobrecarga más leve. Este nivel medio incluye los componentes de adaptabilidad, manejo del estrés, habilidades intrapersonales e interpersonales y estado de ánimo positivo. Estos componentes actuales como factores protectores frente al estrés y la sobrecarga del cuidador.

La adaptabilidad permite al cuidador ajustarse a los cambios y demandas del familiar a su cargo. El manejo del estrés le ayuda a mantener la calma bajo presión. Las habilidades interpersonales facilitan pedir ayuda, comunicarse de forma efectiva y mantener buenas relaciones. Las habilidades interpersonales permiten reconocer sus propias emociones, identificar el cansancio a tiempo y establecer límites saludables. El buen estado de ánimo (mantiene una motivación y una actitud positiva) ayuda a amortiguar el impacto psicológico de las tareas y presión diaria.

En contraste, los cuidadores que tienen un nivel bajo de inteligencia emocional y sobrecarga intensa (25%) muestran más vulnerabilidad. Esto se ve reflejado en la limitada adaptabilidad, el estado de ánimo decaído, el poco manejo de estrés. A nivel intrapersonal podrían no reconocer su propio agotamiento emocional lo que les impide el autocuidado. A nivel interpersonal les resultaría difícil pedir ayuda o construir una red de apoyo sólida. Esta combinación genera una sobrecarga intensa: al no poder controlar las emociones ni regular el estado de ánimo, cualquier presión externa los sobrepasa.

Como se puede ver en la tabla, se comprueba que a menor inteligencia emocional existe mayor sobrecarga. Los componentes más afectados en los cuidadores con sobrecarga intensa, en comparación con aquellos que tienen sobrecarga ligera, son: la adaptabilidad (mucho más limitada), el manejo del estrés (claramente deficiente), el estado de ánimo (notablemente decaído), las habilidades intrapersonales (dificultad para reconocer el agotamiento y establecer límites) y las habilidades interpersonales (gran dificultad para pedir ayuda y mantener redes de apoyo).

## 4.2. Discusión Teórica

Los hallazgos de esta investigación evidencian una relación clara entre los niveles de sobrecarga que experimentan los cuidadores y sus competencias en inteligencia emocional (IE). La mayoría de los participantes (75 %) presenta sobrecarga ligera, mostrando, en estos casos, niveles medios o altos de IE en componentes como manejo del estrés, adaptabilidad e intrapersonal.

Estos resultados coinciden con lo planteado por Zarit et al. (1980), quienes señalan que cierto grado de impacto negativo es propio del rol del cuidador crónico. Sin embargo, el predominio de sobrecarga ligera sugiere que la IE podría funcionar como un factor protector. Los cuidadores con niveles medios o altos en los componentes como manejo del estrés y adaptabilidad parecen amortiguar las exigencias emocionales del cuidado, respaldando lo señalado por Bar-On (1997) y Trinidad (2017) sobre el efecto regulador de la IE y su capacidad de contrarrestar factores de riesgo como los descritos por Cardona et al. (2012), evitando un deterioro acelerado del bienestar del cuidador.

Por otro lado, el 25 % de la muestra que presenta sobrecarga intensa refleja una mayor vulnerabilidad, evidenciada por bajos niveles de IE, particularmente en manejo del estrés y estado de ánimo. Este hallazgo confirma que las debilidades en estas áreas aumentan la probabilidad de agotamiento y sobrecarga severa, subrayando la importancia de implementar estrategias de apoyo orientadas al fortalecimiento de la IE, tal como sugieren San José Vázquez (2021) y otros estudios, para prevenir el desgaste psicológico de los cuidadores.

Un aspecto relevante es que, aunque la mayoría de los cuidadores (87,5 %) presenta un nivel medio de IE, todos los participantes (100 %) experimentan algún grado de sobrecarga, ya sea ligera (75 %) o intensa (25 %). Esto indica que, en contextos de cuidado prolongado, una IE moderada no basta para proteger completamente frente a las exigencias del rol. Si bien permite mantener la sobrecarga en niveles iniciales para la mayoría, también revela una vulnerabilidad latente: la capacidad de identificar y regular emociones es limitada y puede verse superada si

aumenta la carga emocional, lo que explica la presencia de sobrecarga incluso entre quienes no presentan déficit emocional evidente.

Los hallazgos tienen implicaciones importantes para la práctica clínica y el diseño de programas de apoyo a cuidadores familiares. Fortalecer competencias emocionales, como manejo del estrés, adaptabilidad y autorregulación, puede actuar como un amortiguador frente a la sobrecarga y reducir el riesgo de agotamiento severo. Por lo tanto, los programas de intervención deberían incluir entrenamiento en IE, estrategias de autocuidado y herramientas para gestionar emociones, beneficiando tanto al cuidador como a la calidad del cuidado brindado.

No obstante, esta investigación presenta limitaciones que deben considerarse. La muestra fue reducida, y los datos fueron obtenidos mediante instrumentos auto informados, lo que podría introducir sesgos de percepción. Futuras investigaciones podrían abordar estos aspectos incorporando muestras más amplias y diversas.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. Conclusiones**

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el nivel de los componentes de la inteligencia emocional presentes en los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas según el nivel de sobrecarga (ligera/intensa) que presenten, en el Hospital General de Segundo Nivel de Riberalta-Beni. A partir de los resultados obtenidos, se cumple el objetivo ya que se logró identificar y analizar el nivel de los componentes de (IE) en relación directa con los dos niveles de sobrecarga del cuidador detectados en la población estudiada. De esta manera, se logra responder a los 3 objetivos específicos planteados, permitiendo concluir que existe una relación entre el desarrollo de la inteligencia emocional y la intensidad de la carga que experimentan los cuidadores.

De acuerdo con el objetivo específico 1: describir las características de la sobrecarga del cuidador según el nivel que presenten los cuidadores de pacientes que asisten al Hospital General de Segundo Nivel de Riberalta-Beni. Los hallazgos revelan que el 75% de los cuidadores presenta una sobrecarga ligera. Este nivel de sobrecarga se caracteriza principalmente por cansancio físico moderado, preocupación por el estado de salud del paciente, dificultad para equilibrar las responsabilidades del cuidado con la vida personal y familiar. Estos cuidadores logran mantener un grado de funcionalidad, diaria, aunque experimentan estrés acumulado. Por otro lado, el 25% de los cuidadores enfrenta una sobrecarga intensa que puede verse manifestada por un agotamiento físico grave, tensión emocional elevada, disminución notable de la calidad de vida, síntomas depresivos y aislamiento social. Estos resultados demuestran que la sobrecarga no es un fenómeno uniforme, sino que varía de factores como nivel de demanda, recursos personales, tiempo del cuidado, grado de parentesco con el paciente con la enfermedad crónica.

En relación con el objetivo específico 2: Describir los componentes de la inteligencia

emocional en cuidadores de pacientes que asisten al Hospital General de Segundo Nivel de Riberalta-Beni, se determinó que el 87% de los cuidadores alcanzan niveles medios de inteligencia emocional, lo que indica una capacidad moderada para reconocer, comprender, regular y manejar emociones, así como para establecer relaciones interpersonales efectivas.

El 13% restante presenta niveles bajos de IE, reflejando una mayor vulnerabilidad ante el estrés crónico y dificultades importantes para regular las emociones. Los resultados del grupo mayoritario evidencian que tienen niveles de inteligencia emocional caracterizados por una adaptabilidad en nivel medio-alto, manejo del estrés en nivel medio, componente interpersonal nivel medio-alto, componente intrapersonal en nivel medio y estado de ánimo nivel medio. Estos niveles indican que, en general los participantes poseen habilidades emocionales funcionales, es decir cuentan con los recursos para conocer, comprender y regular emociones. Sin embargo, dichas capacidades pueden aún pueden fortalecerse para evitar llegar a un nivel bajo de IE que podría empeorar la sobrecarga.

El objetivo específico 3: Comparar los niveles de los componentes de la inteligencia emocional según el nivel de sobrecarga, permitió establecer diferencias entre ambos grupos. Los cuidadores con sobrecarga ligera (75%) tienden a mostrar niveles medios o altos en todos los componentes de inteligencia emocional, especialmente en adaptabilidad (capacidad para ajustarse a los cambios y demandas constantes del paciente), manejo del estrés (mantener la calma bajo presión) habilidades intrapersonales (reconocer las propias emociones , identificar el cansancio a tiempo y establecer límites saludables), habilidades interpersonales (pedir ayuda , comunicarse efectivamente y mantener redes de apoyo) y estado de ánimo positivo (mantener motivación y actitud optimista. Estos niveles funcionan como factores protectores y permiten afrontar las demandas del cuidado de manera más equilibrada y reducen el agotamiento.

En contraste, los cuidadores con sobrecarga intensa (25%) presentan niveles bajos en los mismos componentes. La adaptabilidad (nivel medio) es mucho más limitada, lo que genera rigidez ante los cambios; el manejo de estrés deficiente (nivel bajo) , estado de ánimo (nivel bajo)

muy afectado deteriorando la motivación , las habilidades intrapersonales en niveles bajos genera dificultad para reconocer el propio agotamiento emocional lo que impide el autocuidado y las habilidades interpersonales en nivel medio aun no son suficiente para hacer frente a la sobrecarga intensa, en la tabla se observa que mientras más bajos los niveles de los componentes mayor sobrecarga .

Estos hallazgos confirman lo que plantea la hipótesis de la investigación: los cuidadores con sobrecarga ligera presentan un mayor nivel o desarrollo de componentes de inteligencia emocional en comparación con aquellos que presentan una sobrecarga intensa. La capacidad de reconocer, regular y manejar las emociones se podría relacionar con la intensidad de la sobrecarga. Los cuidadores que poseen niveles medios de IE y sobrecarga ligera experimentan una carga tolerable precisamente porque los componentes que poseen actúan como amortiguadores ante la exigente demanda. Los que tienen baja IE y sobrecarga intensa cuentan con los mismos componentes, pero en niveles bajos lo que genera vulnerabilidad emocional y agrava el deterioro del cuidador.

Es importante destacar que, a diferencia de otros factores contextuales como: el tipo de enfermedad crónica del paciente, el tiempo del cuidado, situación económica, nivel de parentesco, o el grado de dependencia funcional, la inteligencia emocional es un factor modificable. Las condiciones anteriores suelen ser difíciles o imposibles de cambiar, la inteligencia emocional puede desarrollarse y fortalecerse a través de intervenciones intencionadas a esta área. Por esta razón resulta especialmente valioso trabajar en el fortalecimiento de la inteligencia emocional, ya que representa una herramienta interna poderosa y accesible que permite a los cuidadores sobrellevar mejor las situaciones de estrés, propias del rol del cuidado , independientemente de las circunstancias que los rodean.

En conclusión, la presente investigación demuestra que la inteligencia emocional no es tan solo un rasgo individual, sino un factor clave en la salud y bienestar de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas. Se recomienda implementar programas de capacitación

en inteligencia emocional dirigidos a cuidadores, que incluyan talleres de manejo del estrés, técnicas de regulación emocional, entrenamiento en habilidades intrapersonales e interpersonales y estrategias de autocuidado. Estas acciones reducirán el nivel de sobrecarga y paralelamente mejorarán la calidad del cuidado proporcionado al paciente.

Se sugiere que las instituciones de salud como el Hospital General de Segundo Nivel incorpore la evaluación rutinaria de la sobrecarga del cuidador y la inteligencia emocional como protocolo de atención a pacientes crónicos. De esta forma se puede detectar tempranamente a los cuidadores vulnerables de sobrecarga intensa y ofrecerles apoyo psicológico oportuno. Futuras investigaciones podrían ampliar el estudio a otras regiones del país, comparar resultados según el tipo de enfermedad crónica o implementar intervenciones que midan el impacto de los programas de fortalecimiento de IE en la reducción de sobrecarga.

Los hallazgos de esta investigación contribuyen al campo de la psicología clínica y la enfermería familiar en Bolivia, al evidenciar que invertir en el desarrollo emocional de los cuidadores no es un lujo, sino una necesidad. Fortalecer la inteligencia emocional de quienes cuidan a los más vulnerables significa mejorar el sistema de salud y promover el bienestar integral de las familias.

De esta manera se cierra el ciclo de investigación respondiendo a los objetivos planteados y abriendo puertas para futuras acciones que beneficien a los cuidadores y por extensión a los pacientes con enfermedades crónicas.

## 5.2. Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos en este estudio, se formulan las siguientes recomendaciones:

- Fortalecimiento de la inteligencia emocional en cuidadores: Promover el diseño e implementación de programas de intervención orientados al desarrollo de la IE en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con énfasis en los componentes: manejo del estrés, adaptabilidad, estado de ánimo, habilidades intrapersonales e interpersonales.
- Capacitación de los profesionales de la salud: Incorporar en la formación académica de psicólogos, enfermeras, médicos que tienen contacto directo con cuidadores informales, para fomentar un abordaje integral de la sobrecarga del cuidador. Esto podría incluir herramientas de evaluación de sobrecarga (como la Escala de Zarit) y de inteligencia emocional, así como estrategias de acompañamiento emocional que permitan identificar las situaciones de riesgo de agotamiento.
- Investigaciones futuras : Atendiendo las limitaciones del presente estudio, se recomienda que futuras investigaciones amplíen el tamaño de la muestra y la diversidad de la población (incluyendo diferentes tipos de enfermedades crónicas , rangos de edad y contextos rurales/urbanos).De misma manera se sugiere incorporar metodologías complementarias a los instrumentos de autoinforme (como observación , entrevistas) con el fin de mejorar la precisión de los resultados y profundizar el análisis de la relación entre inteligencia emocional y sobrecarga del cuidador.

## BIBLIOGRAFÍA

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (2001). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (8th ed.). Impact Publishers.

Albarracín Rodríguez, Á. P., Cerquera Córdoba, A. M., & Pabón Poches, D. K. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: Estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 87–99. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a06>

Agudelo-Hernández, S., Salinas-Ossa, J., & Salamanca-Sanabria, A. (2007). Características clínicas del síndrome de sobrecarga en el cuidador principal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 529–538. <https://doi.org/10.1590/S0034-74502007000500005>

American Psychiatric Association Foundation. (2023). *Addressing the mental health needs of working caregivers: A resource guide*. Center for Workplace Mental Health. <https://workplacementalhealth.org/getmedia/744b90ab-e523-4b1c-bc78-599150480fe1/Supporting-Caregivers-in-the-Workplace.pdf>

Aponte, V., García, F., Pinto, B., Illanes, R., Roth, E., & Taboada, R. (2020). Calidad de vida relacionada a la compasión, burnout y sobrecarga del cuidador en enfermeras/os bolivianos. *Psychologia*, 14(2), 49–59. <https://doi.org/10.21500/19002386.4712>

Arandia Barrios, M. (2012). *Nivel de sobrecarga y dependencia emocional en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, atendidos en el Hospital Geriátrico – Caja Nacional de Salud, 2012, La Paz - Bolivia* [Tesis de grado, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio UMSA. <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/29007>

Ardila, E. (2018). Las enfermedades crónicas. *Biomédica*, 38(Supl. 1), 5–6. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.4525>

Baron-Cohen, S. (2011). *The science of evil: On empathy and the origins of cruelty*. Basic Books.

Bar-On, R. (2006). *The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)*. *Psicothema*, 18, 13–25.

Bar-On, R., & Parker, J. D. A. (2000). *The handbook of emotional intelligence*. Jossey-Bass.

Beck, A. T. (2011). Desarrollo de la terapia cognitiva. Instituto de Psicoterapias Avanzadas (IPSIA). <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva/>

Bisquerra, R. (2020). La inteligencia emocional según Salovey y Mayer. <https://www.rafaelbisquerra.com/la-inteligencia-emocional-segun-salovey-y-mayer/>

Bisquerra, R. (2023). Concepto de competencia emocional. <https://www.rafaelbisquerra.com/concepto-de-competencia-emocional/>

Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 137(5), 657–665. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>

Cárdenas-Paredes, D. V. (2022). Síndrome de sobrecarga y calidad de vida del cuidador de pacientes con discapacidad en el primer nivel de atención. *Revista Multidisciplinar de Innovación y Estudios Aplicados*, 7(1), 702–717. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3504>

Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D. Y., & Agudelo, M. A. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 30–39. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v31n1a04>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Coello Nieto, M. F. (2019). *Prevalencia del síndrome de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento en los cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos en el Centro de Acogida para Niños con Cáncer “EMAUS”* [Trabajo de titulación, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/9376>

Concepción, Y. E. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004)

Cotelo Mosqueira, M. (2015). *Estudio piloto: Inteligencia emocional en cuidadores formales, burnout y satisfacción laboral* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de da Coruña].

De la Revilla-Ahumada, L., De los Ríos-Álvarez, A. M., Prados-Quel, M. A., & Abril-Garrido, A. M. (2019). La sobrecarga de la cuidadora principal: Análisis de las circunstancias que intervienen en su producción. *Med Fam Andal*, 20(2), 45–54. [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2\\_O\\_sobrecargaCP.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2_O_sobrecargaCP.pdf)

Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S., & Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(2), 31–38.

Ellis, A. (1997). Albert Ellis on rational emotive behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 51(3), 309–316.

Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). La inteligencia emocional y la salud mental: El papel mediador de las estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(23–24). <https://reme.uji.es/articulos/numero25/article3/article3.pdf>

Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169–184. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000200005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005)

Fundación Pasqual Maragall. (2021, 15 de julio). Test de Zarit: una herramienta para medir la sobrecarga de quienes cuidan. Blog Fundación Pasqual Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/test-de-zarit>

García, I. de-Torres. (2022). Inteligencia emocional en cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido y déficit cognitivo: ¿existe relación con la sobrecarga o la resiliencia? *Ansiedad y Estrés*, 28(1), 55–61. <https://doi.org/10.5093/anyes2022a6>

García Trinidad, M. N. (2017). Relación de la resiliencia y la inteligencia emocional con el desempeño ocupacional y el funcionamiento familiar de los familiares cuidadores de pacientes con demencia de Extremadura [Tesis de maestría, Universidad de Extremadura]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=71224>

Gázquez Linares, J. J., Pérez Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., & Mercader, I. (2015). Inteligencia emocional y calidad de vida del cuidador familiar de pacientes con demencia. *Revista de Comunicación y Salud*, 5(1), 1–15. [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2015.5\(1\).1-15](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2015.5(1).1-15)

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.

Jaen Varas, D. C., Callisaya Quispecahuana, E. W., & Quisbert Gutiérrez, H. F. (2012). Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría “Dr. José María Alvarado”. *Revista Médica La Paz*, 18(2), 21–26. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582012000200004&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582012000200004&script=sci_abstract)

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. *Revista de Enfermería*, 14(1), e14118. <https://doi.org/10.4321/s1988-348x2020000100018>

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.

- Mendoza-Suárez, G. E. (2014). Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 27(1), 12–18. <https://doi.org/10.36393/spmi.v27i1.162>
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(1), 19–26. <https://doi.org/10.2307/583753>
- Peña-Ibáñez, F., Álvarez-Ramírez, M. Á., & Melero-Marín, J. (2016). Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enfermería Global*, 15(43), 100–111. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.229041>
- Perguachi Ortiz, M. O. (2022). Prevalencia del “Síndrome del Cuidador” en cuidadores primarios de personas con discapacidad intelectual severa que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara del cantón Azogues en el periodo 2019-2020 [Trabajo de titulación, Universidad Politécnica Salesiana]. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/22588>
- Portal Moreno, R. (2009). *Inteligencia emocional y adaptación en hijas que cuidan a su familiar con demencia* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/38530>
- Rosel Peniche, R. E., Sosa Correa, M., & Castillo León, M. T. (2015). *Inteligencia emocional en el cuidador primario: Una propuesta para su fortalecimiento*. *Temas Antropológicos*, 37(2), 75–88.
- Ruiz Fernández, M. Á., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CD>
- Tartaglini, M. F., & Stefani, D. (2012). Trastornos psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Boletín de Psicología*, (106), 65–79. <http://hdl.handle.net/11336/67827>

Ticona, DL, Apaza, SEQ, Velasco, SC, Muñoz, MVR, Ponce, MVL, Escalante, JC, Morales, ABL, & Mamani, MA (2025). Gestión de emociones en enfermería: un enfoque desde la inteligencia emocional percibida a través del TMMS-24. *Revista de Desarrollo del Sur de Florida*, 6 (8), e5690. <https://doi.org/10.46932/sfjdv6n8-026>

UNESCO. (1995). Declaration of principles on tolerance. Adopted by the General Conference of UNESCO at its twenty-eighth session, Paris, 16 November 1995. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000151830>

Valero Gracia, M. J. (2019). *Programa preventivo del síndrome del cuidador dirigido a los cuidadores familiares de niños con tumor cerebral* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaquan.unizar.es/record/88991>

Vásquez, S. J. (2021). *Cuidarme para cuidarte: Propuesta de intervención psicopedagógica en inteligencia emocional para el autocuidado de familias que tienen hijos con enfermedades raras* [Trabajo de fin de máster, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/49579>

Vásquez Cubillos, L. F., Baena Rivero, L. A., & Ulloa Rodríguez, M. (2012). Prevalencia de sobrecarga del cuidador, factores asociados y su asociación con la función familiar, en los cuidadores de los pacientes atendidos en el proceso interdisciplinario de rehabilitación de la Clínica Universidad de la Sabana. *Atención Primaria*, 44(suppl. 1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.009>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zimmerman, B. J. (2000). *Attaining self-regulation: A social cognitive perspective*. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13–39). Academic Press.

## ANEXOS

### Anexo 1. Escala de Sobrecarga del Cuidador

#### Instrucciones:

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con la experiencia de cuidar a un familiar. Marque la opción que mejor describa con qué frecuencia se identifica con cada afirmación.

- ✓ 0 = Nunca
- ✓ 1 = Rara vez
- ✓ = **Algunas veces**
- ✓ = **Bastantes veces**
- ✓ = **Casi siempre**

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?

¿Piensa que, debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?

¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?

¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?

¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?

¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?

¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?

¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?

¿Piensa que su familiar depende de usted?

¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?

¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?

¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?

¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar de su familiar?

¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?

¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?

¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?

¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?

¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?

¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?

¿Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?

## Anexo 2. Cuestionario

### CUESTIONARIO

1. Rara Vez o Nunca.
2. Pocas Veces.
3. Algunas Veces.
4. Muchas Veces.
5. Muy frecuentemente o Siempre.

1. Para superar las dificultades que se me presentan actúo paso a paso.
2. Me resulta difícil disfrutar la vida.
3. Prefiero un tipo de trabajo en el cual me indiquen casi todo lo que debo hacer.
4. Sé cómo manejar los problemas más desagradables.
5. Me agradan las personas que conozco.
6. Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.
7. Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.
8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto (a).
9. Entro fácilmente en contacto con mis emociones.
10. Soy incapaz de demostrar afecto.
11. Me siento seguro (a) de mí mismo (a) en la mayoría de las situaciones.
12. Tengo la sensación que algo no está bien en mi cabeza.
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enoja.
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.
15. Frente a una situación problemática obtengo la mayor cantidad de información pos para comprender mejor lo que está pasando.
16. Me gusta ayudar a la gente.
17. Me es difícil sonreír.
18. Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otras personas, tiendo a confiar más en las ideas de los den que en las mías propias.
20. Creo que tengo la capacidad para poder controlar las situaciones difíciles.
21. No puedo identificar mis cualidades, no sé realmente para qué cosas soy bueno (a).
22. No soy capaz de expresar mis pensamientos.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos.
24. No tengo confianza en mí mismo (a).
25. Creo que he perdido la cabeza.
26. Casi todo lo que hago, lo hago con optimismo.
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme a los cambios.
29. Antes de intentar solucionar un problema me gusta obtener un panorama general mismo.
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.
31. Soy una persona bastante alegre y optimista.
32. Prefiero que los otros tomen las decisiones por mí.
33. Puedo manejar situaciones de estrés sin ponerme demasiado nervioso (a).
34. Tengo pensamientos positivos para con los demás.
35. Me es difícil entender cómo me siento.
36. He logrado muy poco en los últimos años.
37. Cuando estoy enojado (a) con alguien se lo puedo decir.
38. He tenido experiencias extrañas que son inexplicables.
39. Me resulta fácil hacer amigos (as).
40. Me tengo mucho respeto.
41. Hago cosas muy raras.
42. Soy impulsivo (a) y esto me trae problemas.
43. Me resulta difícil cambiar de opinión.
44. Tengo la capacidad para comprender los sentimientos ajenos.
45. Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.

## CUESTIONARIO

1. **Rara Vez o Nunca.**
2. **Pocas Veces.**
3. **Algunas Veces.**
4. **Muchas Veces.**
5. **Muy frecuentemente o Siempre.**

- 
46. A la gente le resulta difícil confiar en mí.
  47. Estoy contento (a) con mi vida.
  48. Me resulta difícil tomar decisiones por mi mismo (a).
  49. No resisto el estrés.
  50. En mi vida no hago nada malo.
  51. No disfruto lo que hago.
  52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.
  53. La gente no comprende mi manera de pensar.
  54. En general, espero que suceda lo mejor.
  55. Mis amistades me confían sus intimidades.
  56. No me siento bien conmigo mismo (a).
  57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven.
  58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.
  59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
  60. Frente a una situación problemática, analizo todas las opciones y luego opto por la que considero mejor.
  61. Si veo a un niño llorando me detengo a ayudarlo a encontrar a sus padres, aunque ese momento tengo otro compromiso.
  62. Soy una persona divertida.
  63. Soy consciente de cómo me siento.
  64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.
  65. Nada me perturba.
  66. No me entusiasman muchos mis intereses.
  67. Cuando no estoy de acuerdo con alguien siento que se lo puedo decir.
  68. Tengo una tendencia a perder contacto con la realidad ya fantasear.
  69. Me es difícil relacionarme con los demás.
  70. Me resulta difícil aceptarme tal como soy.
  71. Me siento como si estuviera separado (a) de mi cuerpo.
  72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
  73. Soy impaciente.
  74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
  75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
  76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
  77. Me deprimó.
  78. Sé cómo mantener la calma en situaciones difíciles.
  79. Nunca he mentido.
  80. En general me siento motivado (a) para seguir adelante, incluso cuando las cosas ponen dificultades.
  81. Trato de seguir adelante con las cosas que me gustan.
  82. Me resulta difícil decir no aunque tenga el deseo de hacerlo.
  83. Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.
  84. Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos.
  85. Me siento feliz conmigo mismo (a).
  86. Tengo reacciones fuertes, intensas que son difíciles de controlar.
  87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.
  88. Soy consciente de lo que me está pasando, aún cuando estoy alterado (a).

## CUESTIONARIO

- 1. Rara Vez o Nunca.**
- 2. Pocas Veces.**
- 3. Algunas Veces.**
- 4. Muchas Veces.**
- 5. Muy frecuentemente o Siempre.**

- 
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.
  90. Soy respetuoso (a) con los demás.
  91. No estoy muy contento (a) con mi vida.
  92. Prefiero seguir a otros, a ser líder.
  93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
  94. Nunca he violado la ley.
  95. Disfruto de las cosas que me interesan.
  96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.
  97. Tengo tendencia a exagerar.
  98. Soy sensible a los sentimientos de las otras personas.
  99. Mantengo buenas relaciones con la gente.
  100. Estoy contento (a) con mi cuerpo.
  101. Soy una persona muy extraña.
  102. Soy impulsivo (a).
  103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres.
  104. Considero que es importante ser un (a) ciudadano (a) que respeta la ley.
  105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
  106. En general: tengo una actitud positiva para todo, aún cuando surjan inconvenientes.
  107. Tengo tendencia a apegarme demasiado a la gente.
  108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles.
  109. No me siento avergonzado (a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
  110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan.
  111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
  112. Soy capaz de dejar de fantasear para inmediatamente ponerme a tono con la realidad.
  113. Los demás opinan que soy una persona sociable.
  114. Estoy contento (a) con la forma en que me veo.
  115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.
  116. Me es difícil describir lo que siento.
  117. Tengo mal carácter.
  118. Por lo general, me trabo cuando analizo diferentes opciones para resolver un problema.
  119. Me es difícil ver sufrir a la gente.
  120. Me gusta divertirme.
  121. Me parece que necesito de los demás, más de lo que ellos me necesitan.
  122. Me pongo ansioso.
  123. Nunca tengo un mal día.
  124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
  125. No tengo idea de lo que quiero hacer en mi vida.
  126. Me es difícil hacer valer mis derechos.
  127. Me es difícil ser realista.
  128. No mantengo relación con mis amistades.
  129. Mis cualidades superan a mis defectos y esto me permite estar contento (a) conmigo mismo (a).
  130. Tengo una tendencia de explotar de rabia fácilmente.
  131. Si me viera obligado (a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
  132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación que voy a fracasar.
  133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.