



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADO



**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MENCION EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TITULO

**“NIVELES DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES DE
PERSONAS CON DIFERENTES TIPOS DE DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE
SALUD CORAZÓN DE JESÚS 2021”**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título Magister en
Salud Pública con Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**

DIRECTOR:

MsC. Henry Rafael Cadena Povea

AUTOR:

Pamela Estefanía Maldonado Naranjo

IBARRA - ECUADOR

2022

DEDICATORIA

A mis padres, que han sido el pilar en mi formación académica, que lograron educarme en valores y principios, alentarme en las situaciones difíciles, pero sobre todo a mi padre Jaime, que tras su condición genética me convierte no solo en investigadora de este estudio sino en cuidadora, que dará su mejor esfuerzo como hija y enfermera cuando él lo necesite.

A mi esposo e hijo quienes han estado en aquellas noches de desvelo, por su amor incondicional y paciencia en este largo camino profesional.

A mi abuela materna, quien puso a prueba a través de su enfermedad mi vocación profesional, quien en sus últimos días me hizo ver la importancia de ayudar y servir.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser esa fuerza intangible que hace que todo suceda conforme a su voluntad y por no desampararme en las dificultades de este largo caminar llamado vida.

A todos quienes conforman en Centro de Salud Corazón de Jesús por abrirme las puertas una vez más para continuar con mi formación profesional y realizar mi investigación.

De manera especial quiero agradecer al MsC. Henry Cadena, por ser parte fundamental y guía para la realización de esta investigación, brindándome los conocimientos necesarios para su finalización.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1004409601		
APELLIDOS Y NOMBRES	Maldonado Naranjo Pamela Estefanía		
DIRECCIÓN	Quito, Tumbaco		
EMAIL	pamela_stefy93@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL:	0994038189

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	NIVEL DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD CORAZÓN DE JESÚS 2021
AUTOR (ES):	Maldonado Naranjo Pamela Estefanía
FECHA: DD/MM/AAAA	18/2/2022
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	
TÍTULO POR EL QUE OPTA	MAGISTER EN SALUD PUBLICA CON MENCION EN ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TUTOR	MsC. Henry Rafael Cadena Povea

2. CONSTANCIAS

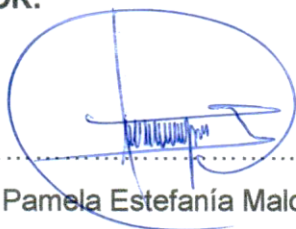
El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 21 días del mes de febrero de 2022

EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: Pamela Estefanía Maldonado Naranjo





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001- 073 CEAACES - 2013 - 13

INSTITUTO DE POSGRADO

C.6 Conformidad con el documento final

Diciembre 15, 2021

Doctora

Lucía Yépez

DIRECTORA INSTITUTO DE POSGRADO UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor (a) Tutor (a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de “Nivel de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con discapacidad pertenecientes al Centro de Salud Corazón de Jesús 2021”, del maestrante Maldonado Naranjo Pamela Estefanía, de la Maestría de Salud Pública Mención Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor	Cadena Povea Henry Rafael	
Asesor	Tito Pineda Amparo Paola	

Tabla de contenido

Introducción.....	1
Capítulo I.....	3
El Problema.....	3
Planteamiento del problema	3
Formulación del problema	5
Antecedentes	6
Objetivos de la investigación	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
Preguntas de Investigación	9
Justificación.....	10
Capítulo II.....	12
Marco Referencial.....	12
Marco teórico	12
Teoría de las 14 necesidades - Virginia Henderson	12
Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson.....	14
Teoría General de los Sistemas - Ludwing Von Bertalanffy.....	18
Teoría de la autorrealización - Abraham Maslow.	19
Discapacidad.....	20
Discapacidad congénita.....	21
El cuidador	22
Definición: Estrés	24
Depresión.....	25
Clasificación de la Depresión	25
Identificación de Signos y Síntomas de la depresión	26

Ansiedad	26
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	27
Inventario de Depresión de Beck-II	28
Escala de Zarit	29
Marco legal.....	29
Constitución de la República del Ecuador	30
Ley Orgánica de Salud	32
Ley Orgánica de Discapacidades.....	33
Plan Nacional de Creación de Oportunidades 2021-2025	33
Capítulo III.....	35
Marco Metodológico.....	35
Descripción del área de estudio	35
Descripción del grupo de estudio	35
Enfoque y tipo de investigación.....	35
Enfoque Mixto	35
Investigación Bibliográfica	36
Investigación descriptiva.....	37
Investigación no experimental	37
Investigación correlacional	37
Corte transversal.....	38
Procedimiento de la investigación.....	38
Consideraciones Bioéticas	39
Capítulo IV	41
Resultados y Discusión	41
Características Sociodemográficas del Cuidador	41
Análisis de niveles de estrés, ansiedad y depresión en las cuidadoras.....	54
Relación estrés - ansiedad	63

Conclusiones.....	67
Recomendaciones	69
Bibliografía	70
Anexos	80

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios de Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck.....	27
Tabla 2 . Criterios de Evaluación del Inventario de Depresión de Beck-II	28
Tabla 3. Criterios de Evaluación de la Escala de Zarit	29
Tabla 4. Información demográfica de los cuidadores.	41
Tabla 5. Comorbilidades en el Cuidador	45
Tabla 6. Relación Edad de la Persona con Discapacidad, Tiempo de Cuidado y Porcentaje de Discapacidad.	51

Índice de Figuras

Figura 1. Número de Integrantes de la Familia del Cuidador	44
Figura 2. Grupos de Atención Prioritaria que Conforman el Círculo Familiar del Cuidador ..	46
Figura 3. Parentesco entre el Cuidador y la Persona con Discapacidad.	48
Figura 4. Tipos de Discapacidad.....	49
Figura 5. Percepción del Cuidador Respecto al Nivel de Carga del Cuidado en el Contexto de la Pandemia por Covid19.	52
Figura 6. Niveles de Estrés y Ansiedad en las Cuidadoras.....	54
Figura 7. Relación Nivel de Ansiedad y GAP del Círculo Familiar del Cuidador.	55
Figura 8. Relación de Parentesco y Niveles de Ansiedad del Cuidador.....	57
Figura 9. Relación entre Parentesco del Cuidador y su Nivel de Salud Mental.....	58
Figura 10. Nivel de Ansiedad de las Cuidadoras, Según el Porcentaje de Discapacidad de las Personas que Cuidan.	60
Figura 11. Nivel de Ansiedad y Tiempo de Cuidado.....	62
Figura 12. Nivel de Salud Mental y Nivel de Ansiedad en las Cuidadoras.	63
Figura 13. Nivel de Salud Mental y Nivel de Sobrecarga.	65

Índice de anexos

Anexo 1. Validación de Ficha Sociodemográfica 1	80
Anexo 2. Validación de Ficha Sociodemográfica 2.....	82
Anexo 3. Consentimiento Informado	84
Anexo 4. Ficha Sociodemográfica.....	87
Anexo 5. Escala de Zarit.....	91
Anexo 6. Inventario de Depresión de Beck.....	94
Anexo 7. Test de Ansiedad de Beck	98
Anexo 8. Solicitud de Permiso para desarrollar la Investigación.....	100
Anexo 9. Respuesta de entidades del Distrito 17D03	101
Anexo 10. Segunda solicitud de permiso para realizar la investigación	102
Anexo 11. Aprobación para realizar la Investigación.....	103
Anexo 12. Carta de Compromiso	104
Anexo 13. Carta de Deslinde de Responsabilidad	105

Resumen

El cuidador de una persona con discapacidad está sometido a varios estresores internos y externos que afectan la salud y calidad de vida a pesar de ello no figuran como grupo de atención prioritaria en salud ni existen programas exclusivos dirigidos hacia el cuidador que ayuden a mermar la carga. **Objetivo:** Identificar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad y su relación con el estado de salud mental. **Metodología:** esta investigación fue de tipo descriptivo, no experimental, correlacional y de corte transversal. **Resultados:** Los cuidadores de personas con discapacidad tienen riesgo de presentar alteraciones en su salud mental, pero el riesgo y la vulnerabilidad será directamente proporcional a la influencia negativa de uno o más factores sociodemográficos. El tiempo de cuidado entre los cuidadores tuvo diferencias estadísticas significativas ya que a menor tiempo de cuidado tanto el estrés y ansiedad tienen niveles más altos. No se encontraron cuidadores con afectaciones graves para depresión. **Conclusión:** Los cuidadores con niveles de estrés y ansiedad altos, mostraron mayor afectación psicológica por ende no gozan de una buena salud mental y requieren de estrategias de afrontamiento para desarrollar resiliencia.

Palabras Clave: Salud mental, estrés, ansiedad, depresión, discapacidad.

Abstract

The caregiver of a person with a disability is subjected to various internal and external stressors that affect health and quality of life, despite this they are not listed as a priority health care group, nor are there exclusive programs aimed at the caregiver that help reduce the burden. **Objective:** To identify the levels of stress, depression and anxiety in caregivers of people with different types of disabilities and their relationship with the state of mental health. **Methodology:** this research was descriptive, non-experimental, correlational and cross-sectional. **Results:** Caregivers of people with disabilities are at risk of presenting alterations in their mental health, but the risk and vulnerability will be directly proportional to the negative influence of one or more sociodemographic factors. The time of care between the caregivers had statistically significant differences since the shorter the time of care, both the stress and anxiety have higher levels. No caregivers with serious affectations for depression were found. **Conclusion:** Caregivers with high levels of stress and anxiety, showed greater psychological affectation, therefore they do not enjoy good mental health and require coping strategies to develop resilience.

Key Words: Mental health, stress, anxiety, depression, disability.

Introducción

La prevalencia de la discapacidad en Ecuador ha ido en aumento, según reportes generados por El Consejo Nacional para la Igualdad de las Discapacidades (CONADIS), que estima que existen 470.820 personas con discapacidad registrada actualmente y que la prevalencia de discapacidad ha aumentado a un 2,76% respecto al año 2020.

En la actualidad se evidencia un crecimiento en cuanto a la demanda de cuidadores, de personas con discapacidad, donde se puede observar al cuidador informal que generalmente es un familiar o conocido cercano a la persona con discapacidad; y al cuidador formal que es un profesional que cuenta con el conocimiento y adiestramiento técnico para brindar asistencia a personas dependientes a cambio de una remuneración.

En Ecuador la mayoría de los cuidadores son informales, que aceptan la responsabilidad de cuidar a una persona con discapacidad, sin tomar en cuenta las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que implica el cuidado repercutiendo en la salud mental del cuidador.

El impacto que genera dentro del círculo familiar tener una persona con discapacidad repercute en la organización familiar y la responsabilidad de velar por la persona dependiente de cuidados se convierte en tarea de un solo miembro dando lugar al cuidador principal, quien en su afán de cuidar deja de lado su propia salud convirtiéndose en una persona vulnerable para presentar estrés, ansiedad inclusive depresión.

A pesar de las altas cifras de discapacidad en Ecuador y de la implementación de políticas cuyos esfuerzos se enfocan principalmente en la persona con discapacidad, se hace necesarios enfatizar en la afectación física y psicológica a la que está sujeto el cuidador ya que con el pasar de los años los problemas de salud pueden agudizarse por completo, causando repercusiones graves para el cuidador pudiendo convertirse en una persona con necesidades latentes de cuidado.

Con base en lo antes mencionado, se considera de vital importancia el desarrollo de esta investigación, en la cual se pretende identificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los cuidadores de personas con discapacidad y su relación con el estado de salud mental, para acercarnos a la realidad de un grupo de individuos desatendidos que deben ser considerados prioritarios debido a la exposición diaria, desgaste emocional, físico y mental al realizar sus funciones de cuidador con personas que presentan discapacidad severa como es la población en estudio.

Capítulo I

El Problema

Planteamiento del problema

A nivel mundial la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su sitio web, emite una conceptualización base para el término “Discapacidad”, donde lo plantea como un término a través del cual se hace referencia a diversas deficiencias físicas o fisiológicas que limitan a una persona al momento de realizar una actividad o ser partícipe de una acción. Por deficiencia, explica que son complicaciones que afectan la estructura natural del cuerpo humano o reduce la funcionalidad de algún órgano, mientras que por limitaciones se hace referencia a la dificultad que tiene una persona para desarrollar una tarea en específico y finalmente se deja por sentado que las restricciones son problemas que le impiden ser partícipe de eventos vitales para el ser humano (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En un informe emitido por la OMS, sobre estadísticas de personas con discapacidad, menciona que el número de personas que padecen discapacidades asciende a un aproximado de 1000 millones, lo que equivale al 15% de la población mundial, dentro de esta estadística se manifiesta que el 3.8% de las personas en cuestión requieren asistencia sanitaria, por presentar dificultades significativas para desarrollar actividades o atenderse a sí mismos, lo que en cifras reales se traduce a 190 millones de personas. En este informe la OMS, explica que se experimenta un aumento de personas con discapacidad, mismo que se debe a factores tales como el envejecimiento de la población mundial, así como también una mayor prevalencia en enfermedades crónicas. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

A nivel Nacional, el Ministerio de Salud Pública (MSP), a través del Consejo Nacional para la Igualdad de las Discapacidades (CONADIS), realiza informes estadísticos anuales, los cuales están disponibles en su web site, donde hasta lo que va del 2021, se

cuenta con el registro de un aproximado de 470.820 personas registradas con algún tipo de discapacidad, de las cuales 207.431 son mujeres, 264.757 son hombres y los restantes 25 corresponden a la comunidad LGBTI. (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2021)

En el contexto local, en la ciudad de Quito, el número de personas con discapacidades registradas legalmente en el CONADIS, asciende a 67.263 personas, de las cuales 45.78% mujeres, mientras que el restante 54.21% son hombres. Las discapacidades más comunes son las físicas, que se evidencia en el 42.22% de los casos, seguida de las intelectuales con 22.71%, las de tipo auditiva aparecen en el 16.09% de los casos, la discapacidad visual se da en el 11.95% de los casos y las de tipo psicosocial en el 7.04%. (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2021).

Para dar respuesta a las necesidades generadas del incremento de casos de discapacidad, desde el año 2009 en Ecuador, se ha implementado el apoyo económico y social a las personas con discapacidad, a través del Programa “Joaquín Gallegos Lara”, que confiere una remuneración a los cuidadores para solventar las demandas del cuidado de la persona con discapacidad, cuyo monto es de \$ 240.00 USD mensuales; el cual está enfocado en asegurar la salud, higiene, rehabilitación, nutrición, derechos y autoestima de la persona con discapacidad, pero no se enfatiza en el bienestar físico y mental del cuidador.

Los sentimientos de agotamiento físico y mental, desencadenados por el cuidado de la persona con discapacidad, afectan a varias áreas de la vida individual, familiar y social, son denominados síndrome del cuidador y puede manifestarse con la aparición de sentimientos negativos hacia los enfermos a quienes cuida, desmotivación, angustia, depresión, trastornos psicosomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad y despersonalización (Gualpa, Yambay, Ramírez, & Vásquez, pág. 34).

A pesar de las repercusiones físicas y psicológicas que sufren los cuidadores por lo general no reciben atención médica de forma oportuna e integral, debido a que las atenciones se centran en la persona con discapacidad, minimizando las necesidades de su cuidador; esta desatención en el cuidador con el pasar del tiempo, puede convertirlo en un individuo dependiente de cuidados debido a la agudización de enfermedades por la acumulación de estresores.

La ausencia de salud mental en el cuidador debido a los elevados niveles de estrés, ansiedad y depresión tienen repercusiones a nivel individual, familiar y social en donde el cuidador aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades, disminuye la calidad del cuidado, disminuye la esperanza de vida debido a que las personas con depresión y ansiedad mueren de 10 a 20 años antes que la población general, aumenta el costo en salud y para el estado ya que los trastornos como depresión y ansiedad son consideradas como una discapacidad mental (Organización Panamericana de la Salud , 2020).

El problema de este estudio se fundamenta en que se desconoce la afectación psicológica a la que están sujetos los cuidadores de personas con discapacidad, por lo que se hace necesario conocer que niveles de estrés, ansiedad y depresión presentan y la relación de estos con su salud mental, la misma que ha sido poco estudiada en este grupo poblacional, a pesar de tener factores de riesgo para presentar una mala salud mental.

Formulación del problema

¿Cuáles son los niveles de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad y su relación con la salud mental en el Centro de Salud Corazón de Jesús 2021?

Antecedentes

En el presente apartado se procede a seleccionar estudios relacionados con la presente investigación, cabe mencionar que los estudios que se presentarán a continuación tienen un grado de antigüedad de máximo 5 años.

En la ciudad de Santiago de Chile, en el año (2018), tuvo lugar un estudio titulado “Nivel de Estrés, Depresión y Ansiedad en Cuidadores Informales de pacientes con Alzheimer”, en el cual se estableció que el objetivo era “Conocer los niveles de estrés, ansiedad y depresión en cuidadores informales de enfermos de alzheimer de la Corporación de Alzheimer Chile”. Este estudio era de tipo descriptivo y correlacional, donde la población objeto de estudio estaba conformada por 20 cuidadores y el instrumento de medición fue la escala DASS 21, donde se plantean conocer los niveles de estrés, ansiedad y depresión en estos cuidadores (García M. , 2018).

Las conclusiones de este estudio explican que en las mujeres los niveles de estrés, ansiedad y depresión son moderados en comparación con los registrados en cuidadores de género masculino, sin embargo, esta comparación no es significativa, puesto que, estas perturbaciones psicológicas no radican en el género sino en la complejidad e intensidad de los cuidados.

En este estudio se puede evidenciar que las mujeres son más propensas a sufrir cuadros de estrés, ansiedad y depresión cuando se desempeñan como cuidadoras de personas con discapacidad, además de que se aplica un instrumento de recolección de información con alto nivel de dinamismo por contrastar diferentes variables en su medición.

En la ciudad de Cuenca, durante el año (2019), se desarrolló un estudio titulado “Carga laboral y ansiedad en cuidadores de personas con discapacidad severa”, mismo que tenía como finalidad “Identificar la carga laboral y su relación con la ansiedad en los cuidadores de personas con discapacidad severa en el cantón Azogues”, esta investigación

contó con una metodología correlacional y un enfoque cualitativo, donde la población objeto de estudio, está conformada por 150 cuidadores, los cuales fueron evaluados con instrumentos tales como la Escala de Zarit y la Goldberg. (Gualpa, Yambay, Ramírez, & Vásquez, 2019)

Las conclusiones de este estudio mencionan la alta propensión que tienen los cuidadores de presentar cuadros de sobrecarga física y mental, no obstante, esta situación dependerá de factores tales como su edad, el tiempo que dedica a los cuidados del paciente y el posible descuido de su salud.

Este estudio aporta una idea sobre los instrumentos que se podrían usar en el presente estudio, los cuales abarcan dos de las psicopatologías antes mencionadas que en este caso son el estrés y la ansiedad, además de que brinda información de los factores que intervienen en la generación de estas afectaciones.

En la ciudad de Nuevo León – México, en el año 2018, se efectuó un estudio cuyo título es “Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México”, cuyo fin era “Determinar el grado de sobrecarga y la presencia de ansiedad y depresión en los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en un hospital general de zona (HGZ)”. El estudio es descriptivo, transversal y prospectivo, la muestra objeto de estudio se compone de 480 cuidadores y el instrumento aplicado para la recolección de información son las escalas Katz (incapacidad), Zarit (sobrecarga) y Goldberg (ansiedad-depresión). (Hernández, Sayeg, Villegas, & Pérez, 2018)

Poco más de la mitad de los cuidadores encuestados son mujeres, las cuales mayormente se dedican a los quehaceres del hogar, donde la edad promedio es de 42 años, estos cuidadores conviven con patologías tales como la diabetes y la hipertensión, en este caso los resultados indican que los niveles de ansiedad, estrés y depresión se

relacionan de manera significativa con el tiempo que estos cuidadores pasan dentro del hospital.

Las conclusiones establecen que dado el hecho de que muchos cuidadores son hijos de personas que se encuentran hospitalizadas en dicha casa de salud, es preciso, la alternancia con otros cuidadores para mitigar o reducir la posibilidad de experimentar depresión. Además de que se menciona que estas afectaciones psicológicas se originan por una estancia prolongada en los hospitales.

Este estudio permite conocer que los cuidadores no solo están destinados para personas adultas mayores o con discapacidades, sino que también pueden atender público de todas las edades en este caso, personas que son internadas en un hospital por concepto de un procedimiento invasivo como puede ser alguna cirugía.

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Identificar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad y su relación con el estado de salud mental.

Objetivos Específicos

- ❖ Analizar las características sociodemográficas del cuidador y de la persona con discapacidad
- ❖ Determinar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad del Centro de Salud Corazón de Jesús, a través de baterías psicológicas.
- ❖ Relacionar los niveles de estrés, depresión y ansiedad con el estado de salud mental de los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad.

Preguntas de Investigación

- ❖ ¿Cuáles son las características sociodemográficas del cuidador?
- ❖ ¿Cuáles son los niveles de estrés, depresión y ansiedad en los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad del Centro de Salud Corazón de Jesús?
- ❖ ¿Cómo se relaciona los niveles de estrés, depresión y ansiedad con el estado de salud mental de los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad?

Justificación

Esta investigación estuvo dirigida a los cuidadores de personas con discapacidad, ya que si el cuidador no goza de una buena salud tampoco éste podrá dar cuidados de calidad a quien tiene a su cuidado y puede convertirse en un proceso estresante y hasta perjudicial tanto para el cuidador como para quien necesita el cuidado.

El cuidar a una persona con discapacidad da un giro total a la vida del cuidador, debido a que se hace necesario, modificar las actividades a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades, realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona con dependencia de cuidado.

En este estudio se logró dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025 en cuyo Objetivo 1 establece “Desarrollar las condiciones para el goce del derecho a la salud de manera integral con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita con énfasis en los grupos vulnerables y de atención prioritaria (Secretaría Nacional de Planificación, 2021), ya que no se puede hablar de salud y dejar de lado a la salud mental que es parte integral y fundamental de la atención en salud, en aquellos grupos de atención prioritaria que en esta investigación son los cuidadores de personas con discapacidad debido a la suma de factores de riesgo que presentan los cuales pueden afectar la salud física, psicológica y por ende su calidad de vida.

Además esta investigación benefició a los 11 cuidadores de personas con discapacidad severa que pertenecen al Programa Joaquín Gallegos Lara del Centro de

Salud Corazón de Jesús perteneciente a la Dirección Distrital de Salud 17D03; a las personas dependientes de cuidado y a la familia en general, porque los datos obtenidos permitieron el acercamiento a la realidad que viven los cuidadores, para iniciar la planificación y ejecución de acciones preventivas con intervenciones oportunas que contribuyan a sobrellevar la carga del cuidado, mejorar el estado de salud mental del cuidador, la calidad de atención y cuidados que se brindan a la persona con discapacidad.

Del mismo modo se logró contribuir con la línea de investigación de Salud y Bienestar Integral de la Universidad Técnica del Norte, dando a conocer una problemática social y de salud en donde los datos obtenidos sirvan de base para dar una resolución a la misma.

Capítulo II

Marco Referencial

Marco teórico

En esta sección se desarrollará el sustento teórico de este estudio, para lo cual, se citarán teorías relacionadas con la temática abordada que son los niveles de estrés, ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, adicionalmente también se desarrollarán conceptualizaciones a términos inherente a dicha temática.

Teoría de las 14 necesidades - Virginia Henderson

Dentro del planteamiento de su teoría se establece el rol del personal de enfermería que es ayudar a la persona, sana o enferma, a preservar o recuperar su salud; y de esta manera cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos básicos. Así mismo, enfermería fortalecería la independencia en el paciente lográndolo de una manera cómoda, rápida y humanamente posible (López, Múnera, Restrepo, & Vargas, 2019, pág. 5).

La finalidad de desarrollar estas acciones es que el paciente recupere su independencia con prontitud, ya que este componente es de vital importancia para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria de la persona, dentro de la teoría de las 14 necesidades, se evidencian aspectos que se ven limitados casi en su totalidad al momento de que aparece una determinada discapacidad.

En el caso de discapacidades físicas, que impidan su libre movilización el paciente, requerirá ayuda para realizar sus necesidades fisiológicas, para lo cual, el cuidador se verá en la necesidad de asistirlo para la movilización, el baño, el cambio de pañales y el posterior aseo, también será necesario asistir al paciente para que este pueda vestirse, es decir todas estas actividades demandan de esfuerzo físico para el cuidador.

Varios son los deberes del cuidador de una persona con discapacidad, que van desde velar porque este mantenga su higiene, así como también estar alerta ante cualquier peligro que pudiera ocasionarle alguna lesión, asistirlo para que este pueda disfrutar de actividades recreativas, pero lograr la independencia del paciente debido a la condición discapacitante es una tarea desgastante y en varios casos imposible. A continuación, se presentan las 14 necesidades que componen esta teoría:

- ❖ Respirar normalmente
- ❖ Comer y beber adecuadamente
- ❖ Eliminar por todas las vías corporales
- ❖ Moverse y mantener posturas adecuada
- ❖ Dormir y descansar
- ❖ Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse
- ❖ Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando y modificando el ambiente
- ❖ Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- ❖ Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas
- ❖ Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades temores u opiniones
- ❖ Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores
- ❖ Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
- ❖ Participar en actividades recreativas

- ❖ Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles (*López Pérez, 2019, pág. 9*).

Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

Esta teoría toma como base un estado de armonía entre elementos básico del ser humano como son mente, cuerpo y alma, esto coadyuva a que se cree una relación de asistencia y confianza entre el paciente que en este caso es una persona con discapacidad y el cuidador que puede ser un familiar, allegado o un profesional del cuidado. (Guerrero, Meneses, & De la Cruz, 2017, pág. 130)

El enfoque de esta teoría es de tipo filosófico con influencia de la espiritualidad, lo cual, hace que el cuidado se plantee como un concepto moral y ético de la práctica enfermera, motivo por el cual, esta teoría explica que el cuidado a los pacientes, representa un compromiso moral de los cuidadores, el cual, consiste, protegerlo de un riesgo emergente, brindarle la oportunidad de tener una convivencia digna que se extrapola más allá del pronóstico de la discapacidad.

En esta teoría se hace necesario contar con un compromiso por parte de los profesionales o cuidadores, lo cual, supone que cada persona, este en buen estado de salud o se encuentre siendo afectado por una patología, mejorar sus condiciones de vida, en base a la intervención educativa sobre las esencialidades de su condición de salud, de manera que se vea mejorada la percepción que tiene los pacientes con respecto al cuidado humanizado.

La teoría del cuidado humanizado resulta de vital importancia dentro de lo que respecta al cuidado de pacientes con discapacidades, puesto que, se orienta a la mejora de la calidad de vida de los pacientes, lo cual afecta de manera positiva a algunos cuidadores, dependiendo del nivel de resiliencia que estos tengan, ya que ser responsable del cuidado

de una persona dependiente puede generar un sensación de sentirse útil y satisfecho reduciendo el progreso precipitado del deterioro físico y psicológico.

La percepción del cuidado por parte de los pacientes, puede verse afectado si el cuidador no goza de buena salud, es decir los factores exógenos pueden afectar la prestación de cuidados, por lo tanto el cuidado humanizado que propone esta teoría también debe ser aplicado al cuidador.

Jean Watson en su teoría del cuidado humanizo, resalta la importancia de realizar una integración de las premisas de su teoría en el desarrollo de la práctica de enfermería en los diferentes aspectos que la componen como son procesos de enseñanza – aprendizaje e investigación. Se debe tomar en cuenta que cuando se habla de cuidado transpersonal, el actor clave es el enfermero, que, en este caso, dicho rol es asumido por los cuidadores de personas con discapacidad, quienes están enteramente comprometidos a precautelar la salud integral de su paciente y asistirlo para que pueda aceptar su discapacidad y aprenda a sobrellevarla, de manera que pueda tener una vida digna.

Cabe mencionar que dentro de la teoría del cuidado se establecieron un conjunto de factores que inciden para que los profesionales de enfermería presten servicios de calidad, tomando en cuenta que, con su atención no busca manipular al paciente para que acceda a un tratamiento o tome sus medicamentos sino más bien para entender sus miedos y preocupaciones para posteriormente aclarar sus dudas y brindarles seguridad.

El primer factor, consiste en formar un **sistema humanista a base de valores**, que es básicamente brindar un trato humanizado a los pacientes, tomando en consideración que este aspecto influye considerablemente en los pacientes, debido a que estos terminan por encontrar en el enfermero o cuidador una figura de apoyo y confianza, lo que coadyuba a que este reduzca el estrés que le produce su padecimiento. (Alvarado, 2017, pág. 38)

La inculcación de la fe y esperanza, supone la integración de valores que abarcan todos los elementos que componen al ser humano, este es de vital importancia para fortalecer la relación enfermero – paciente, puesto que, en pocas palabras consiste en asistir al paciente para que encuentre un motivo para luchar y sobreponerse a la enfermedad, de manera que este se muestre dispuesto a respetar el régimen de medicación prescrito por el médico de cabecera. (Salazar, 2016, pág. 29)

Que un **profesional sea capaz de reconocer su sensibilidad**, supone un gran avance en cuanto a la prestación de cuidados de enfermería, puesto que, estos tienden a reservar sus sentimientos e incluso mostrarse rígidos ante situaciones que en el fondo los quebranta, solo por mantener una postura profesional, aceptarse a sí mismo como una persona sensible, permite que esto se muestre más empáticos con los pacientes. (Albán & Macías, 2019, pág. 28)

Fomentar la relación ayuda – confianza, toma como actores principales al enfermero/a o cuidador y al paciente, esta consiste básicamente en que se promueve a que el paciente tenga la libertad de expresar sus sentimientos, pensamientos, percepciones o expectativas, indiferentemente de ser negativas o positivas, lo cual, constituye una comunicación eficiente y oportuna de entre estos actores. (Intriago & Villavicencio, 2020, pág. 15)

El fomento y la aceptación de la manifestación de los sentimientos, conlleva a que el personal de enfermería esté debidamente capacitado para lidiar con las expresiones positivas o negativas que pudiera emitir el paciente durante una situación en específico. El sexto factor es el **uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones**, lo que influye de manera positiva, ya que se disipa la imagen errónea de que una enfermera es ayudante del médico, puesto que, en realidad estos profesionales cuentan con la autonomía de gestionar y tomar decisiones que permitan

salvar la vida del paciente, en casos donde el médico de turno se ausenta. (Guerrero, Meneses, & De La Cruz, 2016, pág. 129)

Los **procesos de enseñanza – aprendizaje**, son factores de vital importancia dentro de lo que respecta al cuidado humanizado, debido a que, además de enfocarse en el cuidado, también se realiza una intervención de tipo educativa, en donde se les brinda a los pacientes información concerniente sobre su estado de salud, las precauciones que debe tomar y las acciones a seguir en caso de experimentar determinadas complicaciones. (Albán & Macías, 2019, pág. 31)

La provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, no es otra cosa que el reconocimiento de la influencia aspectos tales como el confort, la salubridad y la estética de la sala en la cual se encuentra internado el paciente para su pronta recuperación, no obstante, también existe influencia de factores internos, que son elementos del ser humano como cultura y creencia, lo que sirve para que este se muestre dispuesto u optimista de que su salud mejorará. (Agurto & Solis, 2019)

Asistir a los pacientes para que estos puedan satisfacer sus necesidades humanas, conlleva a que se establezcan clasificación de prioridades, donde las de mayor rango son aquellas que pueden perjudicar el funcionamiento del cuerpo humano como son el alimentar o la excreción, mientras que, por otro lado, se considera de menor rango actividades tales como la sexualidad y la inactividad. (Intriago & Villavicencio, 2020, pág. 16)

Finalmente, está la **fenomenología**, que es la descripción de datos sobre una situación en específico que permiten comprender un fenómeno, este es incluido con la finalidad de fomentar la comprensión de los males que aquejan al paciente y encontrar una posible solución frente a estos. (Alvarado, 2017, pág. 55)

Teoría General de los Sistemas - Ludwing Von Bertalanffy.

Desde los preceptos de esta teoría, es posible aplicar un enfoque con base en la ecología del desarrollo humano, esto debido a la interacción que se genera en la unidad familiar en el momento que aparece una discapacidad en alguno de sus miembros, lo cual, afecta progresivamente a la familia, que esta está directamente involucrada con dicha discapacidad, motivo por el cual, es indispensable que todos los miembros estén debidamente informados y prestos para hacerle frente a la discapacidad, siendo necesario intervenir a nivel individual, familiar y comunitario.

Esta teoría resalta que todos los miembros de la unidad familiar, estén debidamente involucrados en cuanto a la asistencia del paciente, que en este caso es una persona con discapacidad, que lleva a crear un entorno de confianza y apoyo emocional, sin embargo, para esto deberán tener pleno conocimiento sobre los proceso a seguir durante el tratamiento del paciente, de manera que puedan desempeñarse como asistentes del cuidador principal, sobre todo, porque con el pasar de los años son mayores las complicaciones y el cuidador deberá adaptarse a las exigencias del cuidado.

Los cambios que deberá enfrentar el cuidador con respecto a su labor conllevan a que su dedicación y asistencia se intensifiquen, a esto se le denomina transición ecológica, ya que además del cuidador la familia también deberá asumir un rol en la satisfacción de las demandas de cuidados de enfermería y soporte.

Según esta teoría dentro de los sistemas se divisa un factor comunicacional, el cual se ve afectado o interrumpido con la consecuente intervención de los familiares del paciente, pasando de una comunicación abierta a una cerrada, producto de la compleja situación que experimenten al convivir con la discapacidad dentro del hogar, lastimosamente esta presión hace que muchas familia por diversos motivos se muestren incapaces y resistentes a asumir la responsabilidad del cuidado y terminan designando a

una sola personas como cuidador principal sobre el cual recae la sobrecarga. (García M. , 2018, pág. 37).

Teoría de la autorrealización - Abraham Maslow.

Esta teoría explica que toda persona tiene necesidades que se enfocan en su desarrollo personal, lo que trae implícito, el hecho de crecer y desarrollar competencias y habilidades, hasta el punto de alcanzar el mayor potencial que pueda desarrollar. En este aspecto se puede evidenciar que una persona que cuenta con una discapacidad experimenta limitaciones, las cuales, le impide desarrollar su máximo potencial.

Dentro de los elementos que se engloban dentro de las necesidades de autorrealización, constan la moral, la disposición a ayudar a los demás, la consecución de objetivos y el fortalecimiento saberes, habilidades y destrezas, en este caso, una de estas necesidades que es la de ayudar a los demás, se relaciona directamente con el cuidador, mismo que a su vez plantea objetivos con respecto a la salud de su paciente. (Sabater, 2021)

La autorrealización trae intrínseco el principio de universalidad, motivo por el cual esta es considerada como la necesidad que fundamenta todas las que pudieran generarse durante el ciclo de vida de una personas, sin embargo, es preciso tener en cuenta que enfocarse netamente en la autorrealización, puede ser complicado sin las necesidades básicas se encuentran desatendidas, en este caso una persona discapacitada no puede sentirse realizada cuando se ve limitada o imposibilitada de satisfacer necesidades de movilidad, alimentación o aseo, no obstante, el cuidador cumple la función de ayudarlo a satisfacer estas necesidades y acercarlo aunque sea un poco a la autorrealización.

La autorrealización consiste en satisfacer las necesidades personales más elevadas entre las cuales se encuentran aspiraciones afectivas, lo cual, tiene relación con el presente

estudio, debido a que los cuidadores informales, a los que se hace referencia son en su mayoría familiares de una persona con discapacidad, misma que como aspiración afectiva tiene la búsqueda constante del bienestar de su familiar.

Por autorrealización también se tiene la búsqueda del significado de la vida tanto para sí mismo como para los demás, esto supone que los cuidadores, entren la motivación para asumir la responsabilidad de cuidar a su familiar, además de mostrarle o motivarlo para que este luche por sobrevivir y buscar una vida digna.

Discapacidad

Según una definición brindada por la OMS, se emplea el término discapacidad para hacer referencia a deficiencias con respecto a la funcionalidad del cuerpo humano, las limitaciones que podría experimentar en cuanto a movilidad o imposibilidad de participar de alguna actividad. La discapacidad es considerada como un fenómeno con alto nivel de complejidad, en el cual, se evidencia la interrelación entre los rasgos característicos y esenciales de organismo de una persona y las características etnográficas, sociales y culturales de la comunidad en la que esta se desenvuelve. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Es preciso mencionar que las personas con discapacidad deben enfrentar muchas barreras al momento de gestionar atención de salud, donde para empezar, tiene que incurrir en altos costos por recibir servicios de salud, el costo de movilización, este aspecto hace que más de la mitad de las personas con discapacidad no tengan acceso a servicios de salud por falta de recursos económicos.

Los altos costos de estos servicios de salud se deben a que no existe una oferta adaptada a las necesidades de personas con discapacidad, lo que desencadena un alto grado de desatención en la prestación de servicios de salud orientados para personas con

discapacidad en países con ingresos bajos o subdesarrollados, cabe mencionar que estas situaciones más agravadas en zonas rurales.

Otra razón por la que estas personas tienen un limitado acceso a los servicios de salud, son las rutas de acceso a los recintos hospitalarios, donde muchas veces los equipos médicos no se adaptan a sus limitaciones, no existe una buena señalización, ni puertas o baños adaptados para estas necesidades.

Discapacidad congénita

Las discapacidades congénitas son aquellas deficiencias presentes desde el nacimiento de una persona, según cifras de la OMS (2020), anualmente da el deceso de un aproximado de 303.000 neonatos, cuyo fallecimiento se da durante el primer mes de nacido por discapacidad congénita, las cuales pueden volverse crónicas y sus efectos trascienden a los familiares, los sistemas de salud pública y la sociedad en general. Las discapacidades congénitas más comunes a nivel mundial son malformaciones cardíacas, defecto del tubo neural y el síndrome de Down. (Organización Mundial de la Salud , 2020)

Es preciso mencionar que estas discapacidades pueden originarse por diferentes factores, donde se tiene falla en la genética, infección o por contaminación ambiental, no obstante, aún persiste la dificultad para identificar la causa de las misma. Existen medidas preventivas para este tipo de discapacidades, como pueden ser la vacunación, consumo de ácido fólico durante el embarazo y el cumplimiento de las citas médicas por controles prenatales.

Los factores de riesgo de las discapacidades congénitas son la situación socioeconómica, ya que, países con ingresos reducidos, el 94% de esta se deben a la mala alimentación o por consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas, mientras que en cuanto a demografía se tiene que existe riesgo de alteraciones cromosómicas como es el caso del

síndrome de Down, en mujeres con edades avanzadas. (Organización Mundial de la Salud , 2020)

El riesgo por factores genéticos se da en embarazo donde la pareja guarda lazos de consanguinidad, es decir, embarazos entre primos, donde el riesgo de discapacidad intelectual se duplica. El factor de infecciones se activa en casos donde la mujer embarazada experimenta infecciones de transmisión sexual como es el caso de la sífilis o infecciones respiratorias como la rubeola, mismo que son comunes en países con ingresos medios o bajos.

El factor nutricional, consiste en la falta de yodo y folato, la falta de este incrementa la posibilidad de una deformidad del tubo neural, también están los padecimientos de obesidad o diabetes mellitus, sin contar que el exceso de vitamina A afecta al embrión en cuanto a su desarrollo. Por factores ambientales se tiene la exposición de mujeres embarazadas a plaguicidas o cualquier otro químico dañino para el organismo.

Es preciso mencionar que el motivo por el cual se abarca esta temática es que los cuidadores que formarán parte de este estudio, en su mayoría tiene a su cargo personas con discapacidades congénitas, donde las más comunes son las de tipo intelectual, física y auditiva.

El cuidador

Se entiende por cuidador a individuos u organizaciones que asumen la responsabilidad de cuidar a pacientes que presentan determinado nivel de dependencia, estos pueden ser padres, hermanos, hijos, familiares cercanos, allegados o incluso una persona contratada para realizar dicha labor. El 80% de los cuidadores son mujeres que dedican su tiempo a prestar cuidados a personas con discapacidades permanentes, es preciso tener en consideración que de 5% a 10% de estos pacientes tiene edades

superiores a los 65 años y se ven limitados en cuanto a la aplicación de cuidados de sí mismos y para movilizarse, no obstante, esta labor se mantiene invisibilizada y cuenta con poco reconocimiento a nivel social. (DISCAPNET, 2021)

Las actividades que realiza el cuidador en su afán de asistir a su familiar pueden ser enteramente grata y fortalece los lazos afectivos con su familiar, no obstante, este puede tornarse estresante y abrumador, ya que, durante el cuidado, puede requerirse cubrir necesidades con alto nivel de complejidad, si contar con la capacitación o asistencia necesaria, esto a largo plazo conlleva a que el cuidador descuide su propia salud. (MedlinePlus, 2021)

Es muy común encontrar cuadros de estrés en el cuidador, lo cual, lo induce a experimentar psicopatologías como la ansiedad y la depresión, no obstante, a continuación, se presentan demás afectaciones que se originan a partir del estrés:

- ❖ Debilitación del sistema inmune
- ❖ Cuadros de obesidad
- ❖ Enfermedades crónicas como el cáncer, diabetes, hipertensión y cardiovasculares.
- ❖ Falta de descanso
- ❖ Pérdida de peso
- ❖ Dolores de cabeza
- ❖ Malestar general

Definición: Estrés

Se define como estrés a la tensión que ocasionan determinadas circunstancias, misma que agobian a una persona, causándole afectaciones psicosomáticas o psicopatologías que muchas veces tienden a agravarse, cabe mencionar que este puede persistir, conforme aparecen dificultades o necesidades propias de la vida misma, este tiene como consecuencia la escasa tolerancia a experimentar frustraciones. (Román, Vinet, & Alarcón Muñoz, 2014, pág. 181).

Como consecuencia de la labor del cuidador, este puede verse afectado en su salud, en el ámbito, físico, psicológico y económico, a estos se les denomina sobrecarga, misma que tiene dos naturalezas, la objetivo que hace referencia a la interrupción instantánea de la vida social del cuidador, el recurso económico empleado para satisfacer la demanda de servicios de salud y los problemas de conducta que podría experimentar el paciente.

En lo que respecta a la sobrecarga subjetiva, esta consiste en la autopercepción del cuidador y en su percepción sobre las necesidades del paciente y los problemas que acarrea brindar estos cuidados, es preciso mencionar que esta influye de manera directa sobre la vida tanto del paciente como del familiar que se desempeña como cuidador principal. (Pérez Perdomo & Llibre Rodríguez, 2016, pág. 111)

Para los autores Morocho y Mosquera (2019), la sobre carga es atribuible a cierta variables entre las cuales se pueden identificar las siguientes: la pérdida de autonomía y/o el grado de deterioro y determinantes sociodemográficos como la edad, y sexo; sumado a otros relacionados con el cuidado, entre estos la motivación, la presencia o no de redes de apoyo y el tiempo y relación afectiva entre la diada respectivamente (Morocho & Mosquera, 2019, pág. 28)

Depresión

La depresión es una psicopatología cuya sintomatología es predominante en el ámbito afectivo, donde se pueden identificar trastornos tales como tristeza patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. Es preciso mencionar que estas pueden presentarse en menor o mayor proporción, no obstante, también se experimentan síntomas cognitivos, lo que supone que esta tiene efectos en la psicología y físico de las personas, pero con énfasis en el ámbito afectivo. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003, pág. 36)

Las variación en el estado anímico de las personas, están en función de las experiencias cotidianas, donde lo más común es que el estado de tristeza dure un determinado periodo de tiempo, sin embargo, se habla de depresión cuando esta se prolonga por más de una semana, para en determinado punto convertirse en una afectación crónica y persistente, que imposibilita a la personas para desarrollar actividades cotidiana, por el decaimiento que presenta. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador , 2017).

El nivel de prevalencia de la depresión es de 8.3% durante el ciclo de vida de una persona, no obstante, durante la maternidad, esta puede triplicarse. La depresión tiene mayor incidencia en personas con edades que oscilan entre los 25 y 44 años, sin embargo, esta pueda aparecer a cualquier edad, de manera que puede aparecer tanto en un infante como en un adulto mayor. Las personas que sufre este trastorno experimentan dificultades para aceptar el padecimiento y buscar ayuda. (Prado Cueva, 2020)

Clasificación de la Depresión

Depresiones secundarias: Son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas. la esquizofrenia, los estados de ansiedad aguda, los alcohólicos y otros adictos.

Depresiones primarias: Son las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica. Aparecen de manera autónoma o una vez que se producen los desencadenamientos antes descritos (Vargas Polanco, 2018, pág. 24)

Identificación de Signos y Síntomas de la depresión

Estado de ánimo. Este se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable.

Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. El paciente ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. El pedirle a los deprimidos que «le eche ganas»; «Que no se den por vencido»; «Que se esfuerce y socialice», es solicitarle que vaya a contractarse y a sentirse peor.

Sentimientos de culpa. Ellos pueden pensar que están deprimidos por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aún más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad.

Ideación suicida. Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que, al hacer semiología en esta área, puede «despertar» la ideación suicida (Vargas Polanco, 2018, pág. 25).

Ansiedad

Es un término que se emplea para hacer referencia a expresiones físicas o mentales que no se relacionan con peligros reales, más bien tienden a manifestarse como una crisis o estados difusos, que en determinados casos desembocan en pánico, sin embargo, también

pueden presentarse otras afectaciones neuróticas como son la obsesión o la histeria, que no están dentro del dominio clínico, si bien este trastorno es muy cercano al miedo, se debe tener en claro que el miedo aparece con estímulos reales mientras que la ansiedad se aparece de manera anticipada a peligros que están por aparecer y que son poco previsibles. (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003, pág. 45).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Este inventario permite evaluar y detectar síntomas somáticos, es decir, síntomas a nivel corporal, relacionados con la ansiedad, de manera que se posibilita la evaluación de trastornos ocasionados por la ansiedad, así como también por la depresión, este inventario, se encuentra compuesto por 21 reactivos, donde la puntuación más baja es cero y la más alta es 63. Donde cada ítem tiene como puntuación máxima 3. (García & Herrera, 2021).

Tabla 1.

Criterios de Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck.

Rangos	Criterios de evaluación
00–21	Ansiedad muy baja
22–35	Ansiedad moderada
más de 36	Ansiedad severa

Adaptado de "Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)".

La cobertura de los síntomas de ansiedad de este test, puede ser mayormente aceptable, si se toma en consideración dos factores, el primero es que los ítems contenidos, den cobertura a por lo menos el 78% de los síntomas presentes en una crisis de angustia, lo cual, es importante en la evaluación clínica de la ansiedad y segundo factor, es que mientras más síntomas se abordan se requiere de mayor cantidad de ítems en el test, lo

que compromete la puesta en práctica de este instrumento (Sanz, Paz, & Fortún, 2012, pág. 571).

Inventario de Depresión de Beck-II

Este un cuestionario que se caracteriza por ser autoadministrado y este compuesto por 21 reactivos con múltiples opciones de respuesta, este es muy popular en cuanto a la medición de la severidad de la depresión, en la actualidad este tiene mayor campo de aplicación y es aplicado en niños de 13 años. A continuación, se presentan los criterios de evaluación de esta prueba:

Tabla 2 .

Criterios de Evaluación del Inventario de Depresión de Beck-II

Rangos	Criterios de evaluación
00-13	Mínima depresión
14-19	Depresión leve
20-28	Depresión moderada
29-63	Depresión grave

Adaptado de "Inventario de depresión de Beck (II)".

Este inventario cuenta con las mismas cualidades que el de ansiedad, no obstante, existen evidencia sobre lo consistente que es su estructura interna y su validez es superior a la del test de ansiedad, esto debido a lo cercano que puede estar de la conceptualización que se brinda actualmente a los trastornos depresivos mayores y de la distimia, con lo cual, se refleja en sus reactivos casi todos los criterios para el diagnóstico de síntomas somáticos. (Melipillán, Cova, Rincón, & Valdivia, 2008, págs. 59-69)

Escala de Zarit

Esta un instrumento que permite evaluar los aspectos psicométricos, que generalmente es empleado para conocer el nivel de afectación que tiene la actividad de cuidado de pacientes con demencia o discapacidad de medición compuesto por 22 reactivos con respuestas que incorporan la escala de Likert. Este fue pensado con la intención de medir cuan consientes son los cuidadores sobre la afectación que tiene su actividad en su vida personal y su percepción sobre su estilo de vida. (Carrillo, 2020)

Tabla 3.

Criterios de Evaluación de la Escala de Zarit

Rangos	Criterios de evaluación
22- 46	Sin sobrecarga
47-55	Sobrecarga
56-110	Sobrecarga intensa

Adaptado de Escala de Zarit

La escala permite identificar si un cuidador, se ve afectado por el síndrome del cuidador, la puntuación máxima obtenible a través de este instrumento es de 110 y los criterios antes mencionados, indican el nivel de afectación que experimentan los cuidadores.

Marco legal

En el presente aparatado se proceder a realizar una revisión bibliográfica a diferentes cuerpos legales o legislaciones ecuatoriana en estado activo, con la finalidad de sustentar legalmente el presente estudio, cabe mencionar que esta revisión empezará por la carta magna de la república y posteriormente recaerá en legislación específica relacionada con la interacción paciente con discapacidad – cuidador informal.

Constitución de la República del Ecuador

En la Constitución se deja por sentado en el artículo 3, que el Estado, tiene como deber brindar garantías sobre el acceso a salud, sin discriminación alguna, en este caso tomando en consideración las limitaciones económicas y de movilidad de las personas con discapacidad se puede evidenciar que el Estado, ha hecho inversión en la red de salud pública para brindar mayor inclusión con respecto al acceso a recintos de salud, sin embargo, ha descuidado el acceso a salud para los cuidadores de personas con discapacidad, en casos donde el estrés, ansiedad y depresión, no solo se requiera acceso a salud física sino también tratamientos psicológico.

Con la finalidad de prevenir cualquier distorsión del sentido real de esta legislación a continuación se presenta el contenido textual, del artículo antes mencionado:

Título I – *“Elementos Constitutivos del Estado; Capítulo primero - Principios fundamentales, Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”.* (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

En el artículo 32, se menciona que el Estado, presenta la salud, como un derecho de los ecuatorianos, donde además se menciona que estos recibirán tanto promoción de salud, que en este caso podrían ser charlas orientadas a los cuidadores para que estos puedan aplicar cuidados de manera fácil y oportuna, como salud integral, lo que supone que se abarcan aspectos no solo físicos sino también mentales, en este caso la garantía abarca afectaciones tales como el estrés, depresión y ansiedad.

Título II – *“Derechos; Capítulo segundo - Derechos del buen vivir; Sección séptima – Salud, Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula*

al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional". (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

El Estado considera a las personas con discapacidad como un grupo que requiere de atención prioritaria, en este aspecto, se puede apreciar, la preocupación que existe por estas personas, en el diseño y ejecución de planes de transferencias de conocimiento dirigidos para cuidadores, con la finalidad de que las personas con discapacidad puedan convivir con sus limitaciones de manera digna.

Título II – “Derechos, Capítulo tercero - Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad". (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

En el artículo 66, se da garantías a los ecuatorianos de una integridad física y psíquica, esto se relaciona con la temática abarcada, puesto que, el estrés, la ansiedad y la

depresión, suponen un fuerte atentado contra la integridad psicológica de los cuidadores por el esfuerzo sobrehumano que hacen para garantizar el bienestar de sus familiares, pues viven en constante zozobra por cualquier complicación que pudiera aparecer y poner en riesgo su salud.

Capítulo sexto - Derechos de libertad, Art. 66.- *“Se reconoce y garantizará a las personas: 3. El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual”.* (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Ley Orgánica de Salud

Dentro de esta ley, específicamente en el artículo 14, pone de manifiesto que, en la red de salud pública, se desarrollarán y ejecutarán planes de salud mental, mismos que deberán enfocarse entre otras cosas en la unidad familiar, tomando en consideración que una discapacidad no solo afecta a las personas que la padecen, sino también todos los miembros de la familia, con especial énfasis en la persona que asume la responsabilidad de cuidador.

Ley Orgánica de Salud (2015),” Capítulo I - Disposiciones comunes; Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental” (Asamblea Nacional Constituyente, 2015).

Ley Orgánica de Discapacidades

En el artículo 5, de esta legislación, se pone de manifiesto, que están dentro del amparo de esta ley, las personas con alguna discapacidad, así como también personas encargadas de su cuidado y que sean al menos parientes en cuarto nivel, esto debido a las remuneraciones de manera que esos valores no sean empleados para otros fines, haciendo que el cuidador demuestre que está plenamente encargado de la persona con discapacidad.

Ley Orgánica de Discapacidades (2012) TÍTULO II – “De las personas con discapacidad, sus derechos, garantías y beneficios; Capítulo Primero - De las personas con discapacidad y demás sujetos de ley; Sección Primera - De Los Sujetos”.

Artículo 5.- Sujetos. - “Se encuentran amparados por esta Ley: d) Las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho, representante legal o las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad”. (Asamblea Nacional Constituyente, 2012)

Plan Nacional de Creación de Oportunidades 2021-2025

Se considera que el presente estudio guarda relación con esta planificación estratégica, debido a que en su afán dar garantías de una vida digna para los ecuatorianos, establecen políticas donde buscan brindar salud integral durante todo el ciclo de vida haciendo énfasis en grupos de atención prioritaria, lo que supone que los cuidadores también gozarían de este beneficio.

Objetivo 6: “Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad. Política 6.1. Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad. Literal C.1. Promover servicios de atención integral

a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de igualdad” (Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

Capítulo III

Marco Metodológico

Descripción del área de estudio

El Barrio Corazón de Jesús, está ubicado en la Provincia de Pichincha situado al norte de Quito, Parroquia Carcelén, se limita al norte con la calle Francisco Sánchez, al sur la calle Pedro De Argandoña, al este la Av. Diego de Vásquez y al oeste: Quebrada de Carcelén y bosque.

El barrio cuenta con todos los servicios básicos, respecto a los servicios de salud sus moradores cuentan con un Centro de Salud tipo A ubicado estratégicamente en el centro del barrio facilitando el acceso de los usuarios. En el contexto sociocultural se puede observar que existe población que han migrado hacia este lugar en busca de trabajo por lo que encontramos afroecuatorianos, mestizos, Indígenas, colombianos y venezolanos.

Descripción del grupo de estudio

El grupo de estudio en esta investigación lo conforman 11 cuidadoras de personas con diferentes tipos de discapacidad, pertenecientes al Centro de Salud Corazón de Jesús, es decir la población total en esta investigación son 11 mujeres, las mismas que cumplieron con los criterios de inclusión: estar a cargo del cuidado de pacientes con diferentes tipos de discapacidad, residir en el Barrio Corazón de Jesús; se excluyeron a los cuidadores que eran profesionales del cuidado (enfermería y afines); se consideró como criterio de salida a aquellas personas que no deseen participar o se nieguen a dar información.

Enfoque y tipo de investigación

Enfoque Mixto

Enfoque Cuantitativo: es un conglomerado de estrategias, que permiten gestionar información y procesarla, mediante técnicas formales como son encuestas o fichas de

observación y analizar los datos recabados a través de programas estadísticos o de procesamiento de datos. (Amaya, 2020).

Enfoque Cualitativo: la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas (Amaya, 2020).

Esta investigación tiene un enfoque mixto, es cuantitativa ya que se emplearon 1 escala y 2 inventarios para detectar la presencia del estrés, depresión y ansiedad en los cuidadores, los cuales tras ser tabulados en programas informáticos SPSS v26 arrojaron datos estadísticamente significativos que fueron analizados mediante gráficos y tablas; es cualitativa debido a que se analizó las implicaciones socioculturales que influyen en elevar la carga del cuidador y las características de la población en estudio.

Investigación Bibliográfica

Este tipo de investigación realiza una aportación significativa en la determinación de la problemática objeto de estudio, ya que, se elaboran elementos teóricos o históricos, esta permite que el investigador pueda generar ideas inéditas, mismas que son contextualizadas desde un punto de vista teórico, esta tiene como fin, realizar el procesamiento de textos sobre teorías generales para obtener premisas particulares, que se adapten a la temática abordada. (Salas, 2019)

El presente estudio utilizó la investigación bibliográfica mediante la cual a través de la revisión bibliográfica permitió crear un metaanálisis de artículos científicos con información específica sobre el problema objeto de estudio para desarrollar la discusión de este estudio, además permitió establecer los antecedentes referenciales de esta investigación donde se exponen similitudes y hallazgos de estudios realizados en periodos anteriores.

Investigación descriptiva

Este tipo de investigación permite tener pleno conocimiento del “qué”, el cual representa la problemática del estudio, es preciso mencionar que esta no tiene influencia sobre el fenómeno, sino más bien se enfoca en observar cómo se desarrolla para posteriormente emitir una descripción ordenada y detallada. Esta investigación tiene la desventaja que no brinda explicación alguna sobre cómo se generó la problemática o que efecto tiene sobre la comunidad. (Mejia, 2020).

Investigación no experimental

Este tipo de investigación supone una observación desde el contexto en el que se desarrolla el fenómeno objeto de estudio, para posteriormente registrar comportamientos o información adyacente al mismo, en este caso el investigador no tiene control alguno sobre los participantes de la investigación, de manera que no existe manipulación o presión alguno sobre estos, de manera que el análisis se basa en interpretación de datos para emitir una conclusión. (Mata, 2019)

La presente investigación se considera descriptiva no experimental debido a que no se manipulan variables, sino que se aprecian en su estado natural dentro de una realidad, pues solo se describe para su estudio el nivel de estrés, depresión y ansiedad desarrollado en los cuidadores de personas con discapacidad.

Investigación correlacional

Esta investigación permite que el investigador realice una medición de la interrelación entre diferentes variables, a través de esta se posibilita el establecimiento de relaciones estadísticas entre las variables seleccionadas, sin tener que introducir variables exógenas para alcanzar una conclusión de alta relevancia. (Rus, 2020)

Se decide aplicar la investigación correlacional debido a que en este estudio se pretende indagar como influye o relaciona las variables independientes con la dependiente, es decir cómo influye los niveles de estrés, ansiedad y depresión con la salud mental del cuidador de personas con discapacidad.

Corte transversal

Para la autora Maite Ayala (2021), Este tipo de investigación, cuenta con otras denominaciones como son investigación vertical o de prevalencia, es generalmente aceptada en carreras o estudios relacionados con la medicina, esto debido a que entre otras cosas cuenta con un carácter etnográfico, estadístico y epidemiológico, su característica principal es que esta ejecuta el proceso de recolección de datos en un determinado espacio y tiempo, de manera que sus hallazgos provienen de la población que estuvo presente en el momento de aplicar los instrumentos de recolección de información. (Ayala, 2021)

La investigación desarrollada en cuidadores de personas con discapacidad se considera de corte transversal, debido a que se realizó en un período determinado de tiempo establecido para realizar la presente investigación que es de mayo a julio del 2021.

Procedimiento de la investigación

Para analizar las características sociodemográficas del cuidador y de la persona con discapacidad, se procedió a elaborar una ficha sociodemográfica, la cual fue sometida a validación por juicio de 2 expertos en el área de discapacidades. Una vez obtenida la firma de aprobación del instrumento se procedió a aplicar en 3 visitas a los cuidadores que conformaron la población en estudio.

Cumpliendo con el segundo objetivo específico de esta investigación para determinar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad del Centro de Salud Corazón de Jesús, se procedió a indagar instrumentos validados que fueron utilizados en estudios similares, llegando a

seleccionar aquellos con mayor fiabilidad como el Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck y por último la Escala de Zarit para medir el nivel de estrés o sobrecarga del cuidador, los cuales tienen más de 20 ítems y debido a la extensión de estos instrumentos se optó por aplicarlos en 3 visitas al cuidador de la persona con discapacidad

Finalmente, para relacionar los niveles de estrés, depresión y ansiedad con el estado de salud mental de los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad se hizo necesario tabular los datos y crear una base en Microsoft Excel, misma que mediante el uso del SPSS versión 26 permitió crear tablas y cruzar las variables para analizar la influencia de las variables independientes sobre la salud mental de los cuidadores de personas con discapacidad.

Consideraciones Bioéticas

Consentimiento informado: En la presente investigación se elaboró un consentimiento informado de fácil entendimiento, en el cual consta de la descripción de la investigación, se da a conocer el objetivo de esta, la confidencialidad, la participación voluntaria y retiro, así como los fines de la investigación, por último, el participante luego de haber leído coloca sus nombres completos, firma y fecha en la cual acepta participar de este estudio.

Obtención de permisos para la investigación: durante la investigación se hizo necesario obtener el permiso respectivo de la directora del Distrito 17D03, al cual pertenece el Centro de Salud Corazón de Jesús, la Dra. Gabriela Meza, quien además solicitó una carta de compromiso y de deslinde de responsabilidad para obtener el permiso, por lo cual se envió un oficio con nombre, firma y sello de la directora del Instituto de Posgrado, MsC. Lucía Yépez, quien solicitó a nombre del maestrante, se brinde las facilidades para obtener la información necesaria en el desarrollo de la investigación. Una vez obtenido el permiso y

aprobación por escrito de la directora de la unidad de salud se procedió a aplicar los instrumentos de recopilación de información en este caso 4 por cada participante.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

En el presente capítulo se desarrollará el análisis de los resultados o hallazgos obtenidos a partir de la ficha sociodemográfica, inventarios y escalas, entre las cuales constan el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck-II y la Escala de Zarit; que fueron aplicadas a 11 cuidadores informales de personas con discapacidad.

Características Sociodemográficas del Cuidador

Tabla 4.

Información demográfica de los cuidadores.

Edad del Cuidador	Frecuencia	Proporcionalidad
31-40	5	45%
41-50	2	18%
> 51	4	36%
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Proporcionalidad
Secundaria	4	36%
Primaria	7	64%
Estado civil	Frecuencia	Proporcionalidad
Casada	8	73%
Soltera	1	9%
Unión libre	2	18%

La población en estudio conformada por 11 cuidadoras, de auto identificación étnica mestiza, en su totalidad mujeres, tuvo una edad promedio de 31-40 años; la mayoría de esta población son madres de las personas con discapacidad y según su edad cronológica son adultos medios, con las características propias de esa edad, que puede ser un factor contribuyente para el incremento de los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

Los resultados obtenidos sobre la edad y género de las cuidadoras informales guardan relación con estudios preexistentes, dentro de los cuales resalta el de (Bustillo, Gómez, & Guillen, 2018), donde se menciona que el perfil más frecuente de cuidador informal es el de una mujer, con una edad media superior a 50 años, casada, que suele ser la hija o la cónyuge de la persona que precisa de cuidados (pág. 89).

De igual forma confirmando que el sexo es una variable poco cambiante en el cuidador informal, una revisión teórica de 29 artículos científicos desarrollado por (Navarro, 2017) concluye que, una variable interesante para perfilar el cuidador informal es el sexo, donde la totalidad de artículos revisados para ese estudio, indican que en su mayoría la mujer se encarga de ejercer el cuidado informal (pág. 71).

En los estudios mencionados anteriormente se evidencia una mayor representación del género femenino de edad adulta media, por lo que se demuestra que socialmente son las mujeres quienes asumen el rol de cuidador y son las principales proveedoras de cuidado en la familia y asumen este rol sin tener en cuenta los efectos negativos hacia su salud física y mental.

Respecto al nivel de instrucción del cuidador es importante conocer si este puede ser un factor determinante para aumentar o disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión, tomando en cuenta que todos los cuidadores de este estudio son informales sin preparación alguna para brindar cuidados, los resultados revelan predominio de instrucción primaria, seguida de secundaria, sin embargo, en ambos casos se pudo constatar niveles de estrés y ansiedad en un rango de leve a moderado.

Los resultados obtenidos sobre la escolaridad de los cuidadores guardan relación con los obtenidos por (Flores & Montesdeoca, 2018), donde sus hallazgos muestran que aquellos cuidadores con un bajo nivel de escolaridad, los hace un 2.5 veces más propensos a experimentar sobrecarga (pág. 57).

No obstante, en una investigación realizada por (Martín, y otros, 2019), esclarece que la escolaridad, es una variable que no se asocia con la sobrecarga (pág. 61), sin embargo, en su estudio la sobrecarga fue más frecuente en quienes contaban con escolaridad media.

El nivel de escolaridad, puede influir o no en la salud mental del cuidador, pero no es una variable directamente proporcional para la sobrecarga, ansiedad y depresión, sin embargo analizada con otras variables como el nivel socioeconómico puede tener relevancia desde la arista de ingresos económicos cuya escases y la falta de oportunidades para lograr un trabajo digno son factores que pueden incrementar el nivel de estrés en el cuidador y desencadenar niveles de ansiedad y depresión considerables.

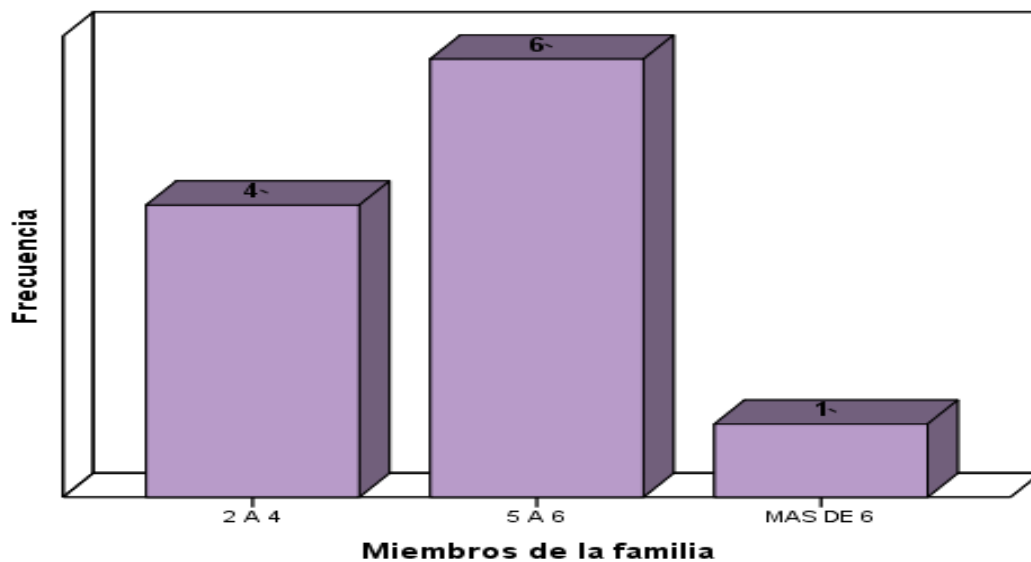
En cuanto al estado civil del cuidador los resultados muestran que, la mayoría de cuidadoras son casadas, solo unas pocas viven en unión libre y otras son solteras, esta situación denota que las cuidadoras no solo tienen la responsabilidad del cuidado de la persona con discapacidad, sino de una familia, y al compatibilizar estas dos funciones se pueden crear tensiones en el ejercicio del rol como conflictos familiares por la modificación en la organización familiar, repercutiendo de forma negativa sobre el bienestar físico y psicológico del cuidador.

En el presente estudio los hallazgos encontrados arrojaron una población de estado civil casada que presentó niveles significativos de estrés y ansiedad; que es similar al estudio desarrollado por, (Cañizares, 2016), menciona que la mayoría de los cuidadores con altos niveles de sobrecarga eran casados, en su estudio estos representaban el 37.7% de la muestra (pág. 38). En contraste el estudio de (Alvarez & Yáñez, 2019), afirma que la mayor parte de los cuidadores correspondientes al 23% eran solteros, siendo estos propensos a presentar mayor sobrecarga (pág. 41).

Finalmente se puede aludir que tanto cuidadores solteros como casados pueden estar sujetos a estrés, ansiedad y depresión, ya que por un lado el cuidador casado tiene un factor protector que es la posible ayuda que este puede recibir de su cónyuge, pero también se debe considerar la estresante tarea de compaginar roles del hogar con roles de cuidado hacia una persona con discapacidad, por otro lado el cuidador soltero de igual forma, asume un rol extenuante que ocupa todo su tiempo con la idea de pensar que vivirá el resto de su vida al cuidado de una persona dependiente.

Figura 1.

Número de Integrantes de la Familia del Cuidador



Se evidencia que más de la mitad de cuidadoras tienen familias numerosas con más de 5 integrantes; el número de integrantes de una familia con un miembro con discapacidad puede convertirse en un factor generador de estrés para el cuidador, analizado desde la afectación de la economía familiar, debido a los gastos para sustentar una familia grande, así como los costes extras que surgen de la atención para la persona con discapacidad, sin mencionar la limitación de recursos que enfrenta la familia por la falta de actividad laboral de

la persona cuidadora, todo esto en conjunto puede afectar la salud física y mental del cuidador.

Concentrándonos más en el aspecto familiar del cuidador también es importante conocer si los miembros de la familia son facilitadores del cuidado o potenciadores de estrés como revela la investigación de (Comelin, 2017) donde evidencia que un 53,3% de los cuidadores no recibe ayuda de sus parientes en tareas del rol y que del porcentaje de cuidadores que, si recibe apoyo, éste provenga mayoritariamente de las hijas (pág. 125).

Este hecho es trascendental en la calidad de vida del cuidador, ya que no existe un apoyo permanente por parte de los miembros de la familia, a pesar de ser familias numerosas y aunque los resultados de esta investigación no se pueden generalizar se podría decir que, a mayor número de integrantes en la unidad familiar, mayor será la sobrecarga debido a la suma de tareas del hogar para el cuidado de una familia grande y los altos cuidados que se brinda a una persona con discapacidad teniendo como limitante el factor económico.

Tabla 5.

Comorbilidades en el Cuidador

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	1	9,1
Hipertensión Arterial	3	27,3
Hipertensión Arterial y diabetes mellitus	1	9,1
Hipertensión Arterial, hipotiroidismo, diabetes mellitus, discapacidad física y auditiva	1	9,1
Ninguna	4	36,4
Osteoporosis	1	9,1
Total	11	100,0

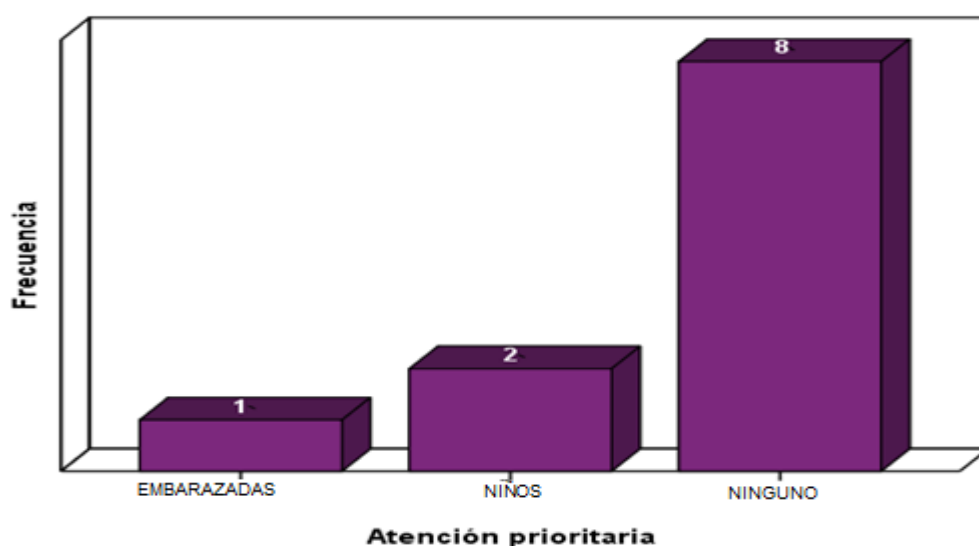
Un aspecto que llama la atención en este estudio es la presencia de enfermedades crónicas en el cuidador, pues la mayoría de cuidadoras presentan múltiples comorbilidades, en donde la hipertensión arterial tiene mayor prevalencia, seguida de la diabetes mellitus

tipo 2, hipotiroidismo, osteoporosis y solo algunas no presentaron comorbilidades, Así mismo se aprecia la existencia de una cuidadora con discapacidad física y auditiva desempeñando su rol de cuidador a pesar de tener limitaciones para brindar el cuidado.

Según (Cabada & Martínez, 2017) en su estudio de síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador determina que el 36% de los cuidadores se ven afectados por diabetes mellitus II e hipertensión arterial, los cuales presentaron sobrecarga significativa (pág. 57), este hecho guarda relación con lo encontrado en esta investigación, ratificando que es más probable que el cuidador tenga sobrecarga o ansiedad cuando padece enfermedades crónicas, que cuando no las padece pues una enfermedad crónica implica cuidados en la alimentación, tomar medicación, controles periódicos y el tener la responsabilidad de cuidar a una persona con discapacidad que requiere igual o mayor cuidado puede propiciar un ambiente estresante capaz de desencadenar complicaciones que van desde descompensaciones diabéticas hasta eventos cerebro vasculares generando graves secuelas para el cuidador.

Figura 2.

Grupos de Atención Prioritaria que Conforman el Círculo Familiar del Cuidador



Se evidencia que la mayoría de las cuidadoras no tienen dentro de su círculo a familiares pertenecientes a grupos de atención prioritaria (GAP), evidenciándose poca o nada incidencia con respecto a los niveles de estrés y ansiedad; mientras que las cuidadoras que si tenían a cargo GAP (embarazo, niños) presentaron niveles más altos asociados a las variables d estudios. Un aspecto por destacar es que en la población de estudio se contó con una persona de los GAP en el rol de cuidadora obteniendo resultados altos en los niveles de estrés y ansiedad.

El tener GAP dentro de la familia representa altos costos económicos, que pueden afectar las finanzas y la calidad de vida de la familia entera, debido a que los recursos económicos se destinan en gran parte a la persona con discapacidad y a los GAP, desatendiendo a los demás miembros de la familia y al cuidador mismo, esta situación pueden influir de manera negativa en el cuidador aumentando los niveles de estrés, ansiedad y depresión, por la impotencia de no poder aportar económicamente al hogar, ya que su labor como cuidador principal le impide conseguir un empleo formal y mejorar la situación económica de la familia.

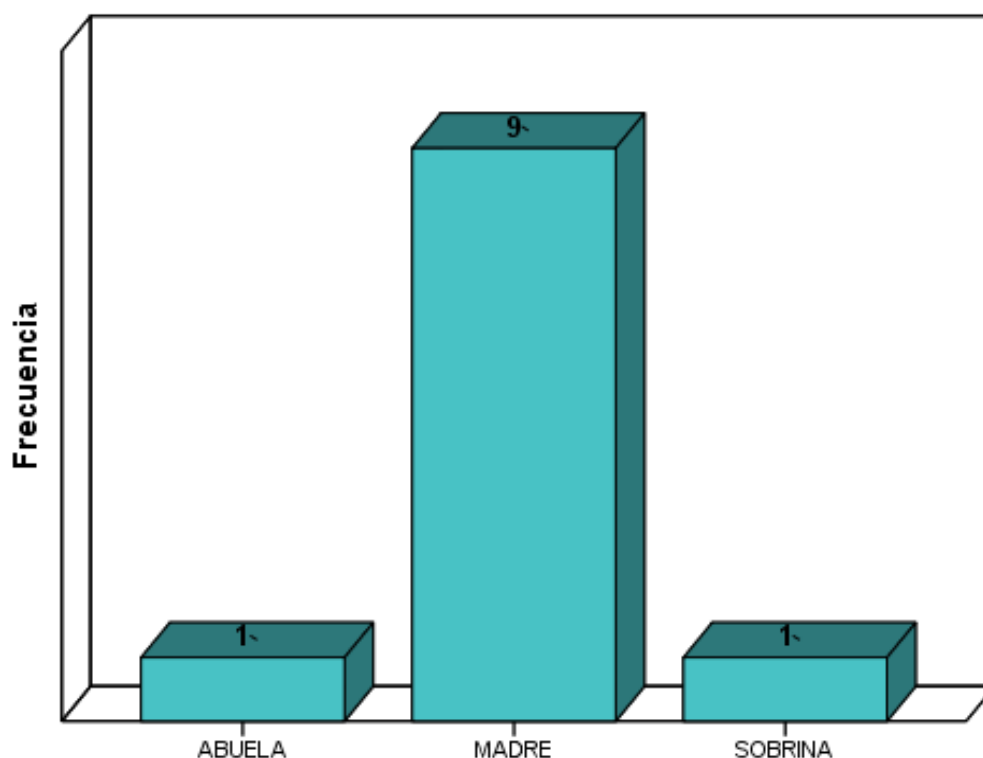
Un estudio desarrollado por (Pérez Ayesa, 2016) confirma esta situación y señala que, en muchas ocasiones la consecuencia de cuidar a una persona dependiente se traduce en no poder trabajar fuera de casa, reducir el tiempo de trabajo o renunciar a él para poder pasar más tiempo junto a la persona afectada (pág. 14).

La extralimitación del cuidador bajo la asistencia a una persona con discapacidad y de los GAP, ciertamente le impiden conseguir un trabajo, el cual es importante tanto para la economía familiar, como para la realización personal, a más de servir como un medio de distracción para el cuidador; pero la falta de un cuidador secundario y el escaso apoyo familiar impiden el acceso a una oportunidad laboral.

Además de la repercusión económica que representan los GAP dentro del círculo familiar del cuidador, está la demanda de cuidados extra que estos representan, donde las mujeres continúan asumiendo la mayor carga de responsabilidades de cuidado pese al deterioro de su crecimiento personal, profesional y económico, lo cual va desencadenando niveles de estrés, ansiedad y depresión considerables en los mismos.

Figura 3.

Parentesco entre el Cuidador y la Persona con Discapacidad.



Respecto al parentesco del cuidador y la persona que tiene discapacidad, se puede observar que la mayoría de las cuidadoras son madres, al cuidado desde el nacimiento, mientras que en menor proporción existen cuidadoras sin relación paternofamiliar con la persona dependiente. El parentesco y el género con frecuencia delimitan quien debe ser el encargado del cuidado de la persona con discapacidad, como observamos en este estudio, las madres han asumido el rol principal, postergándose como mujeres, esposas y madres

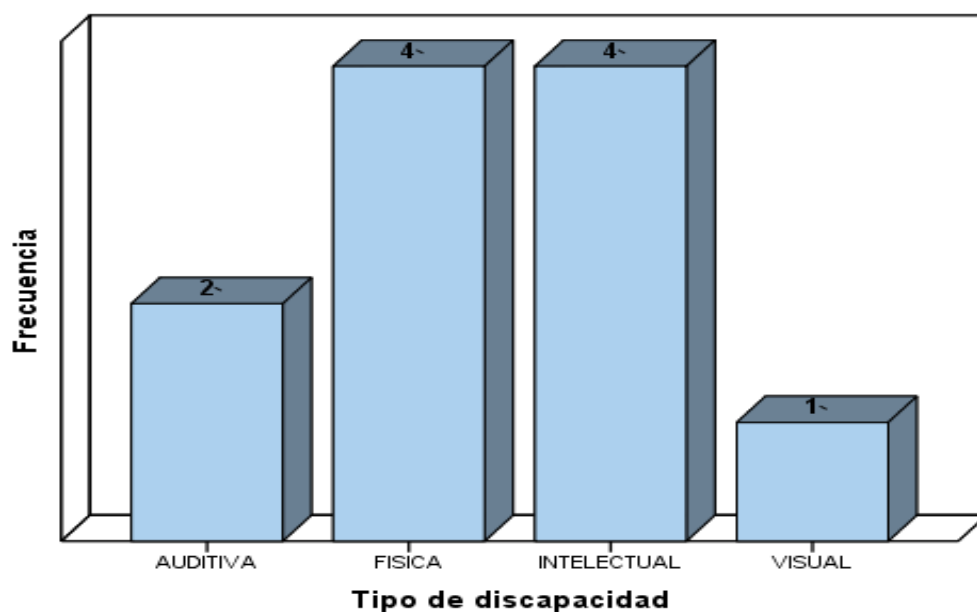
de sus otros hijos, con la consecuente afectación física, social y mental. No obstante, el tener parentesco lejano o no tenerlo también resulta negativo y frustrante para el cuidador, porque el cuidar puede ser visto como una tarea obligada para el rol de mujer.

Los resultados de esta investigación guardan relación con los estudios de (Cañizares, 2016), donde se evidenció que la persona con mayor frecuencia que ejerce el cuidado informal es la madre y además existe una asociación entre ser madre y presentar sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa, constituyendo uno de los factores de riesgo con una prevalencia de 65,3 % (pág. 40).

Si bien existen familias que se distribuyen la responsabilidad del cuidado de forma igualitaria, otras son más selectivas con estereotipos sociales, colocando la responsabilidad sólo en algunos miembros de la familia, de preferencia en las mujeres, en este caso las madres, ya que, desde antes de convertirse formalmente en sus cuidadoras, ya eran responsables del cuidado de la familia entera.

Figura 4.

Tipos de Discapacidad.



En cuanto el tipo de discapacidad de las personas dependientes de cuidado, es importante destacar la presencia de cuatro tipos de discapacidad donde observamos la prevalencia de la discapacidad física e intelectual, seguidos en menor proporción de la auditiva y visual; el tipo de discapacidad es un factor de riesgo que puede influir en elevar los niveles de estrés, depresión y ansiedad del cuidador, ya que los cuidados proporcionados dependerán del tipo de discapacidad, siendo mayor el esfuerzo físico empleado en discapacidades físicas e intelectuales.

Un estudio realizado por (Urbina & Zapata, 2017) respecto al tipo de discapacidad y sobrecarga indica que los encuestados quienes desarrollaron sobrecarga tienen a cargo en su mayoría pacientes con discapacidad física en un 47% seguido de discapacidad intelectual en un 40%, así mismo señalan que el cuidado de pacientes con discapacidad visual, auditiva y psicológica aportan en conjunto 13% de sobrecarga (pág. 59). Tanto la discapacidad física e intelectual supondrían un mayor desgaste en el cuidador como indica el anterior estudio, ya que la discapacidad física e intelectual severa, requieren de total asistencia para la realización de todas las actividades básicas de la vida diaria, al contrario de las personas con discapacidad auditiva y visual, que no suponen mayor esfuerzo físico para su cuidado, pues estas personas son capaces de realizar algunas actividades para su propio cuidado sin ayuda.

Es necesario mencionar que en este estudio mayor desgaste presentaron aquellas cuidadoras de personas con discapacidad auditiva y visual, donde la variable asociada a esta sobrecarga fue el tiempo de cuidado como se observa en la tabla 5, por lo tanto se puede aludir que el tipo de discapacidad por sí solo no delimita los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión, sino el tiempo de cuidado y la consecuente capacidad de resiliencia que el cuidador adquiere para sobrellevar los cuidados según el tipo de discapacidad.

Tabla 6.

Relación Edad de la Persona con Discapacidad, Tiempo de Cuidado y Porcentaje de Discapacidad.

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad de la persona con discapacidad	11	6,0	65,0	20,364	17,5743
Tiempo cuidando a la persona con discapacidad	11	1,0	36,0	14,182	10,8703
Porcentaje de discapacidad	11	80,00	95,00	85,6364	4,38800

En análisis anteriores se ha observado como ciertas variables sociodemográficas del cuidador se asocian con los niveles de estrés, ansiedad y depresión, por lo que es importante también analizar algunas variables de la persona con discapacidad.

Se aprecia que la mayoría de las cuidadoras están a cargo de personas con discapacidad severa según su porcentaje de discapacidad, y que de acuerdo con su edad estas personas son niños y adultos mayores, que han demandado de cuidados por varios años desde su nacimiento y que solo en algunos casos el tiempo de cuidado es reciente como mínimo de un año. La diferencia en cuanto al tiempo de cuidado podría suponer un factor importante a la hora de analizar los niveles de estrés, ansiedad y depresión, ya que con el pasar de los años el cuidador podría haber desarrollado estrategias de afrontamiento, así como mayor resiliencia.

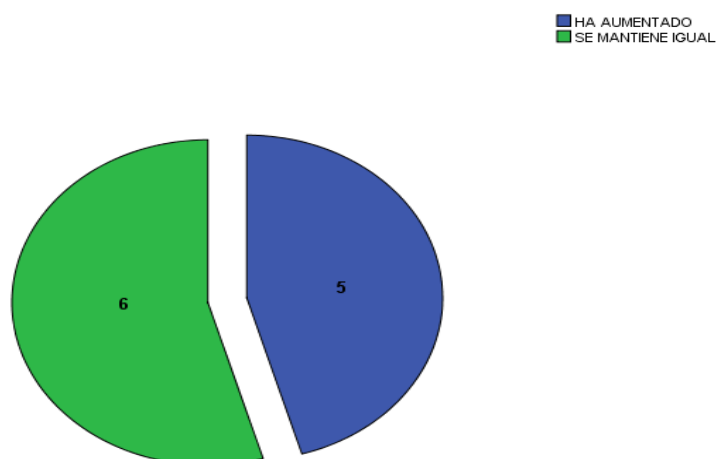
Además, respecto al tiempo de cuidado (Urbina & Zapata, 2017) entre sus hallazgos reportan que no se encontró asociación positiva entre el tiempo de exposición al cuidado y sobrecarga, y que a mayores años de cuidado a pacientes con discapacidad grave y muy

grave no existe mayor probabilidad de desarrollar síndrome de sobrecarga del cuidador. (pág. 66). Si bien en el estudio mencionado el tiempo de cuidado no tiene mayor significancia a mayores años de cuidado, en esta investigación los resultados evidencian que las cuidadoras que llevaban menor tiempo al cuidado de personas con discapacidad mostraron niveles de estrés intensos, así como ansiedad moderada, y en ningún caso se presentó depresión.

El cuidado de una persona con discapacidad severa supondría mayor carga, pero en este estudio todas las cuidadoras tenían a su cargo personas con discapacidad severa y la única variable relevante fue el tiempo de cuidado, esto puede deberse a que la falta de descanso y actividades recreativas acarrea que se generen altos niveles de estrés, mayormente en los primeros años de cuidado, ya que las cuidadoras asumen la responsabilidad sin tener previa capacitación, no obstante, con el pasar del tiempo los cuidadores pueden desarrollar destrezas y técnicas que les permitan afrontar de mejor manera las exigencias del cuidado.

Figura 5.

Percepción del Cuidador Respecto al Nivel de Carga del Cuidado en el Contexto de la Pandemia por Covid19.



Debido a la crisis generada por el Covid19, se hizo necesario consultar a las cuidadoras sobre la percepción del cuidado durante la pandemia, ya que el confinamiento y el distanciamiento social obligaron a realizar cambios y adaptaciones a familias enteras, pero de acuerdo a los resultados obtenidos un poco más de la mitad manifiesta que el tiempo de dedicación al cuidado de la persona con discapacidad se mantiene igual mientras que otras perciben que este tiempo de dedicación ha aumentado, lo que puede ser debido al miedo, al encierro y al aislamiento social.

En los resultados obtenidos se pueden evidenciar que no existe una tendencia marcada sobre la percepción de carga del cuidador en el contexto del COVID – 19, sin embargo, se trae a colación, un estudio desarrollado por (Zorzo & Abril Herrero, 2021), que expresa lo siguiente: en un año donde las personas discapacitadas dependientes han tenido que pasar la mayor parte del tiempo confinadas y apartadas de sus actividades, familias y lazos sociales, es decir, todo aquello que para la persona es significativo en su vida, el cuidador informal ha tenido que asumir no solo los cuidados que anteriormente realizaba, sino una gestión emocional y terapéutica por la falta de los anteriores recursos (pág. 451).

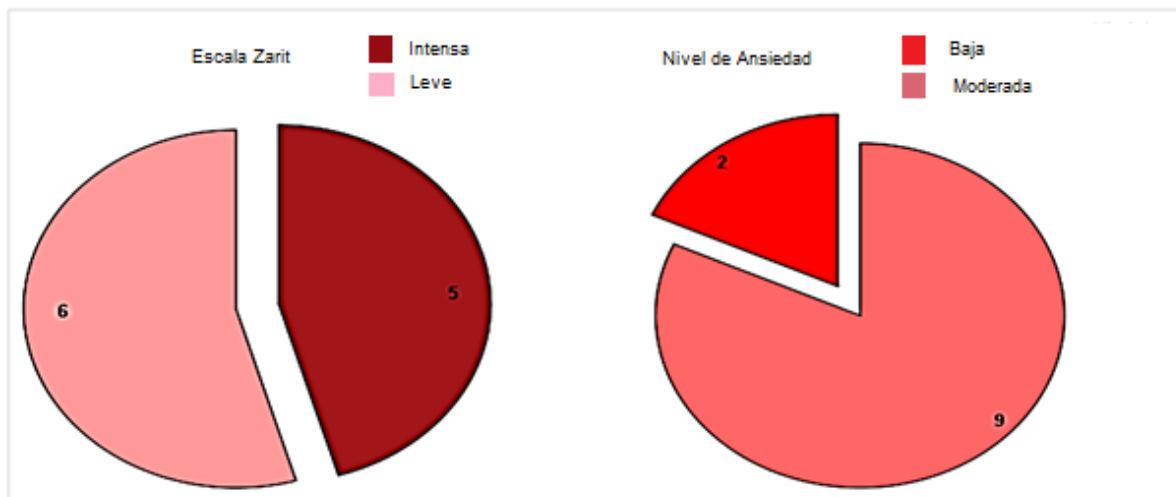
Tener una persona con discapacidad dentro del círculo familiar supone un desgaste emocional, físico y mental que puede ser tolerado con soporte interno de parte de los familiares o cuidadores secundarios, así como el soporte externo proveniente de actividades recreativas y de ocio, pero en vista del distanciamiento social y confinamiento, la ausencia de estos soportes, sin duda han provocado que casi la mitad de las cuidadoras percibieran un aumento en el cuidado y por ende se hayan incrementado los niveles de estrés, inclusive la ansiedad y depresión ausentes antes de la pandemia pudiesen estar desencadenadas por la misma.

Análisis de niveles de estrés, ansiedad y depresión en las cuidadoras

Dentro del segundo objetivo de este estudio que es “Determinar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad del Centro de Salud Corazón de Jesús, a través de baterías psicológicas”, se aplicó las escalas e inventarios antes descritos. Cabe recalcar que para este objetivo se midió la depresión, pero no se obtuvo significancia estadística por lo que no se presentará en el análisis de resultados.

Figura 6.

Niveles de Estrés y Ansiedad en las Cuidadoras.

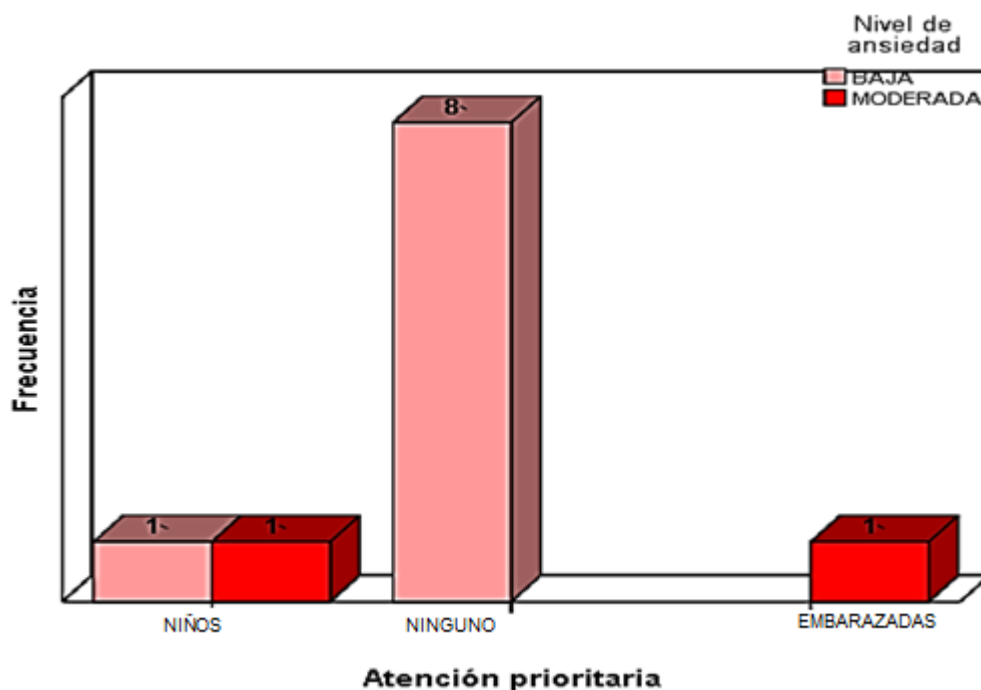


El presente gráfico muestra que todas las cuidadoras presentaron estrés y ansiedad en distintos niveles, pero un rasgo importante a destacar en este estudio es la correlación dada entre las dos variables ya que algunas cuidadoras con niveles intensos de estrés también presentaron ansiedad moderada, relación dada debido a que los cuidadores expuestos a situaciones de estrés constante incrementan el riesgo de padecer problemas emocionales como ansiedad.

Un estudio realizado en Azogues (Gualpa, Yambay, Ramírez, & Vásquez, 2019) para determinar la carga laboral y ansiedad en 150 cuidadores de personas con discapacidad severa, mostró asociación significativa ($p < 0,05$) entre las variables sociodemográficas con la sobrecarga laboral y la ansiedad (pág. 37). Este hallazgo podría explicar lo encontrado en la presente investigación, si partimos de la relación directa que existe entre ansiedad y sobrecarga, se esperaría que todas las cuidadoras de este estudio, que presentaron sobrecarga intensa también tendrían ansiedad moderada, pero esta relación está en gran parte determinada por el perfil del cuidador, tiempo de cuidado, tipo y porcentaje de discapacidad así como la percepción de carga del cuidador en el contexto del Covid19, pues bien el estrés y ansiedad podrían haberse somatizado como efecto del confinamiento y distanciamiento social asociado al rol del cuidado.

Figura 7.

Relación Nivel de Ansiedad y GAP del Círculo Familiar del Cuidador.



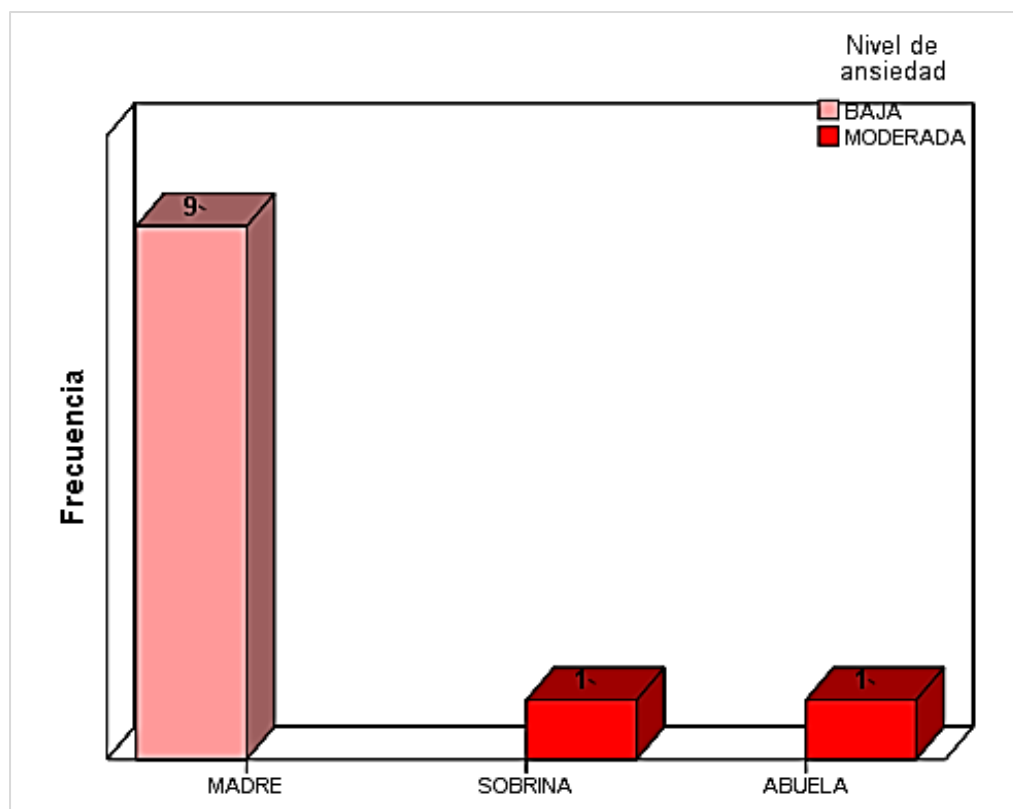
En referencia a los GAP, se aprecia ansiedad moderada en las cuidadoras cuyas familias están conformadas además de la persona con discapacidad por niños y embarazadas, esto podría estar marcado por el intento de compatibilizar el rol del cuidador con las actividades domésticas y con la asistencia a varios miembros del hogar que demandan cuidado. Así mismo se observó que las cuidadoras que no tienen grupos prioritarios en su círculo familiar presentaron ansiedad baja en este estudio, estableciendo la existencia de diferencias estadísticas significativas entre el tener o no GAP dentro del círculo familiar del cuidador y los niveles de ansiedad que este puede presentar.

Dentro de la literatura no se encontraron muchos estudios que analicen la correlación entre ansiedad y grupos de atención prioritaria dentro de la familia del cuidador, solo un estudio realizado por (Gómez, Peñas, & Parra, 2016) indican que, del total de su muestra de cuidadores de personas con discapacidad severa, una tercera parte asumió también el cuidado de niños menores de 10 años (32 %) y mencionaron tener manifestaciones de ansiedad y depresión (pág. 376).

Por lo anterior expuesto los niveles de ansiedad que mostraron las cuidadoras a cargo de niños y embarazadas en este estudio puede estar sujeto a la responsabilidad que implica encargarse simultáneamente por actividades de cuidado de la persona con discapacidad severa, por las actividades del hogar y por aquellas de índole personal, sumándose el tiempo de exposición al cuidado que estas presentaron como se apreció en la tabla 2.

Figura 8.

Relación de Parentesco y Niveles de Ansiedad del Cuidador.



Los resultados en esta investigación arrojaron diferencias estadísticas significativas entre el parentesco que tiene el cuidador con las personas dependientes de cuidado y los niveles de ansiedad de las cuidadoras. Se aprecia cuidadoras que son madres de las personas con discapacidad y llevan varios años al cuidado, quienes mostraron menores niveles de ansiedad; mientras que aquellas con segundo y tercer grado de consanguinidad con menos años ejerciendo el rol de cuidador, presentaron ansiedad moderada, lo que puede estar sujeto a la relación filial lejana donde el componente afectivo que ayuda a sobrellevar la difícil tarea del cuidado este ausente o sea menor que en las madres.

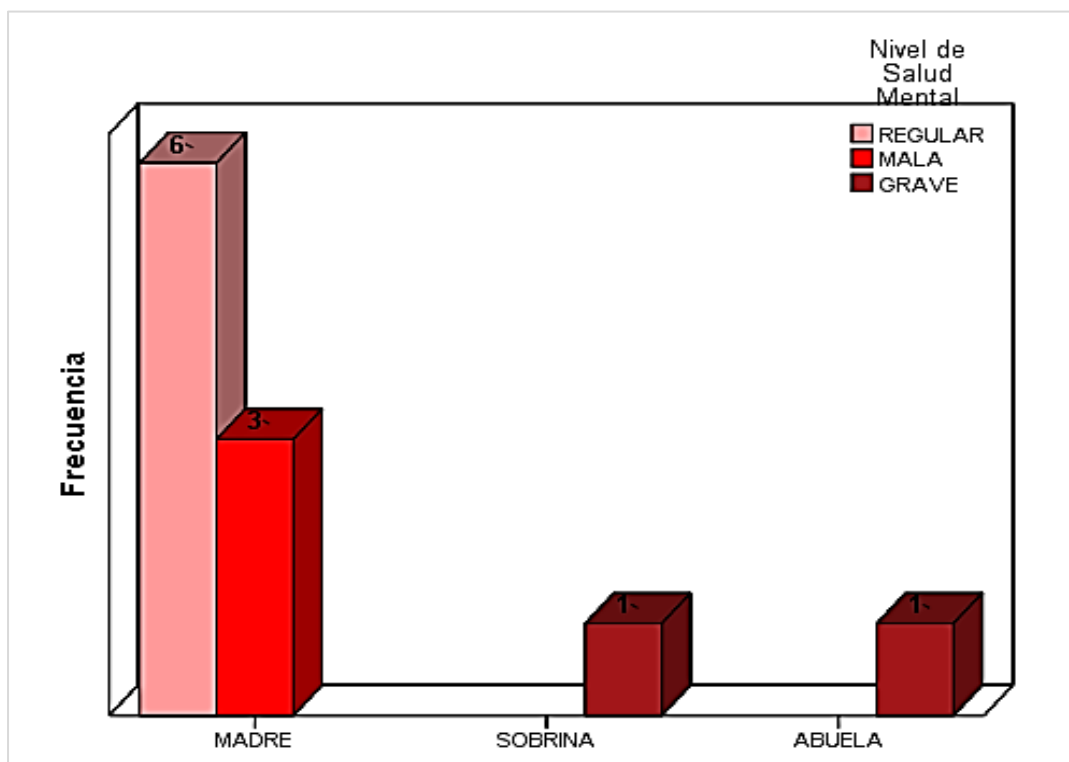
Son pocos los estudios que asocian los niveles de ansiedad con el parentesco del cuidador, como el estudio de (Domínguez, y otros, 2017), el cual reporta que el nivel de

ansiedad en su muestra fue de 81.3%, en cuidadores que guardan relación de parentesco como madres (pág. 20). Otro estudio (Gualpa, Yambay, Ramírez, & Vásquez, 2019) en contraste menciona que entre las variables sociodemográficas que influyen en la presentación de ansiedad del cuidador, se destacan el estado civil (0,87); la edad (0,78); la residencia (0,76) y el tipo de discapacidad (0,72) (pág. 36), pero no se menciona al parentesco como variable que influya en los niveles de ansiedad.

En este sentido la relación parentesco ansiedad en este estudio estaría sujeta al nivel de adaptación y tiempo de cuidado que presentan las madres ya que brindan cuidados desde el nacimiento, y pueden desarrollar un mayor nivel de resiliencia, mientras que la ansiedad va a ser más intensa a menor tiempo de cuidado donde el cuidador comienza a percibir los cambios y ajustes en su vida debido a la responsabilidad y demanda de cuidado que una persona con discapacidad severa exige.

Figura 9.

Relación entre Parentesco del Cuidador y su Nivel de Salud Mental.

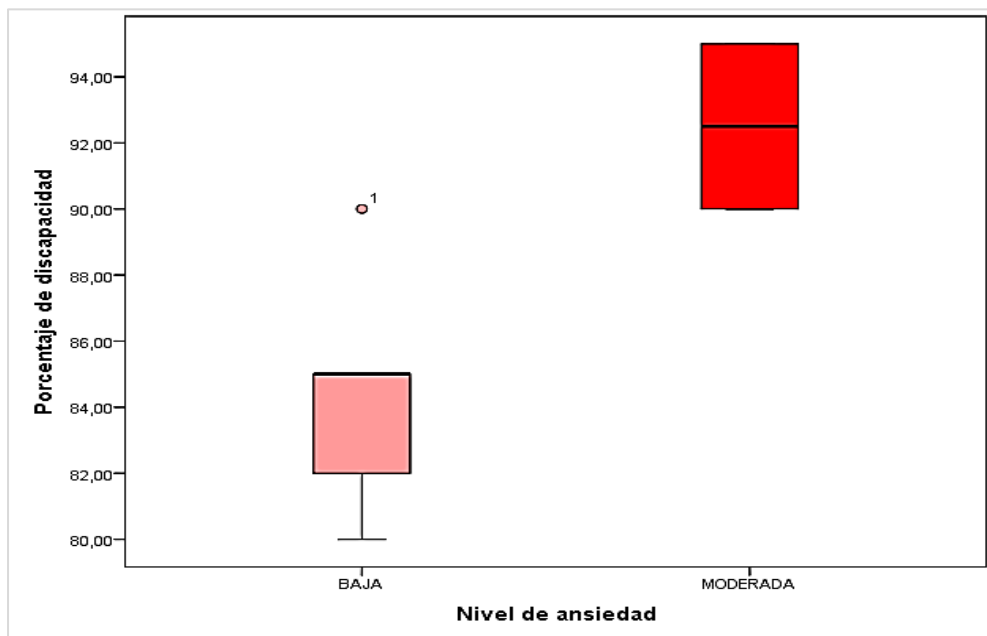


Se establecen diferencias estadísticas significativas entre el parentesco del cuidador con la persona dependiente del cuidado y los niveles de salud mental de las cuidadoras. En este gráfico se aprecia que todas las cuidadoras tienen su salud mental afectada ya sea en menor o mayor medida según el parentesco. Por otro lado, es preocupante el nivel de salud mental grave que presentaron en este estudio las cuidadoras que no son madres y que llevan poco tiempo brindando cuidados a una persona en condición de discapacidad severa, pues se había mencionado anteriormente que el componente afectivo que ayuda a sobrellevar la difícil tarea del cuidado puede ser menor o ausente en cuidadores con segundo o tercer grado de parentesco.

Si bien la relación parentesco y nivel de salud mental no está claramente definida en la literatura, en este estudio llama la atención que toda la población presenta un nivel de salud mental alterado, donde el más grave se asocia al grado de parentesco, por lo que se sugiere que dicha alteración puede estar sujeta a la variable tiempo de cuidado, como explica (Piñeiro, Rodríguez, Albite, Freire, & Ferradás, 2017) cuyos resultados exponen diferencias significativas entre aquellos que llevan menos de 4 años cuidando de su familiar y aquellos que llevan más de 18 años; siendo peor la percepción de salud general, para aquellos que llevan cuidando del familiar menos tiempo. (pág. 192). De esta forma las cuidadoras que participaron en este estudio, con menor tiempo brindando cuidados no han desarrollado habilidades de cuidado, que disminuyan la intensidad de la respuesta emocional desarrollando niveles considerables de estrés y ansiedad lo que agrava su salud mental.

Figura 10.

Nivel de Ansiedad de las Cuidadoras, Según el Porcentaje de Discapacidad de las Personas que Cuidan.



Existe una relación lineal significativa entre el porcentaje de discapacidad y el nivel de ansiedad, donde las cuidadoras de personas que tienen un porcentaje de discapacidad severa del 80 a 85% muestran un nivel de ansiedad bajo, mientras que aquellas a cargo de personas con discapacidad mayor del 90% muestran un moderado nivel de ansiedad.

Un aspecto interesante en estos hallazgos es que 1 cuidadora presenta nivel de ansiedad bajo a pesar de tener a su cuidado una persona con 90% de discapacidad. Esta relación puede estar sujeta debido al nivel de cuidados que exige una persona con discapacidad grave con porcentajes mayores del 90%, pues es dependiente en todas de actividades básicas de la vida diaria, especialmente la de traslado, ya que pueden ocurrir eventos adversos como caídas lo que desencadena miedo y la consecuente ansiedad del cuidador al realizar sus funciones.

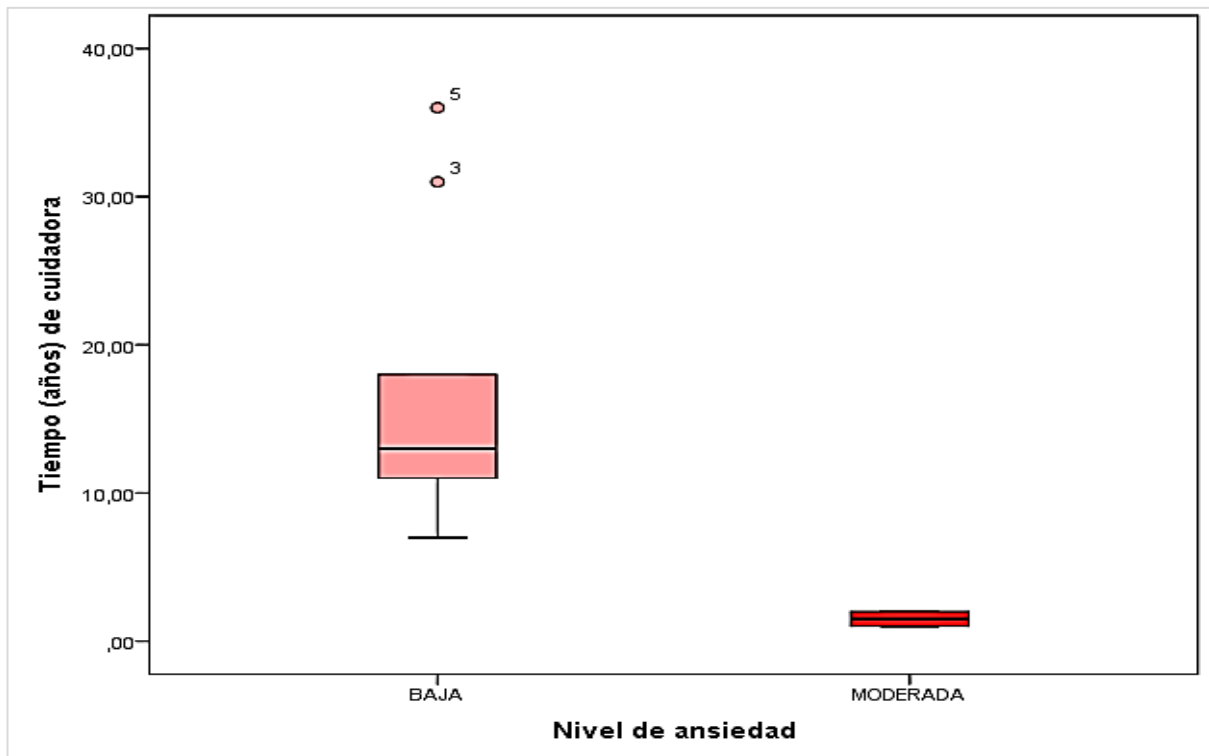
Los resultados obtenidos tienen similitud al estudio de (Luzuriaga, 2016), donde el grado de discapacidad es otro de los factores influyentes en la presencia de cuadros de ansiedad en los cuidadores, siendo así que el 100% de cuidadores que cuidan a su familiar con grado de discapacidad leve presentaron ansiedad leve; los cuidadores de pacientes con discapacidad moderada presentaron 61,9% ansiedad moderada; y finalmente quienes cuidan a familiares con discapacidad grave presentaron el 75% ansiedad grave (pág. 57).

Por lo anterior expuesto se alude que cuanto más alto es el porcentaje de discapacidad más alta será la demanda de cuidados, por la dependencia que se presenta para la realización de todas las actividades básicas de vida diaria como alimentación, vestido, baño e higiene, traslado, etc. Sin embargo, puede existir cuidadores que presenten ansiedad baja y brinden cuidados a personas con porcentajes altos de discapacidad, pudiendo asociarse a las adaptaciones adquiridas a través del tiempo de cuidado.

De esta manera los niveles de ansiedad del cuidador podrían ser el resultado de una afectación emocional crónica desencadenada por la impotencia de nunca obtener mejoría notable de la persona con discapacidad, pese a todos los esfuerzos que el cuidador realiza, la aceptación o no de este hecho puede influir en los niveles de ansiedad.

Figura 11.

Nivel de Ansiedad y Tiempo de Cuidado.



En esta investigación las cuidadoras presentaron ansiedad baja a mayor tiempo de cuidado, mientras que aquellas que llevaban menos años de cuidado mostraron ansiedad moderada, debido a que, respecto al tiempo, el cuidador desarrolla más habilidades de cuidado, disminuyendo así la intensidad de la respuesta emocional, adquiriendo un entrenamiento a medida que aumenta el tiempo. Por lo cual en este estudio queda establecida una relación lineal negativa entre el nivel de ansiedad y el tiempo de cuidado.

Los resultados antes mencionados, encuentran similitud con un estudio desarrollado por (Luzuriaga, 2016) que establece que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables tiempo de cuidado, tipo y grado de discapacidad del paciente y la presencia de sintomatología ansiosa en sus diferentes niveles ya sea leve, moderado o

grave y sus manifestaciones a nivel somático, que se presentó en el 100% de los cuidadores (pág. 57).

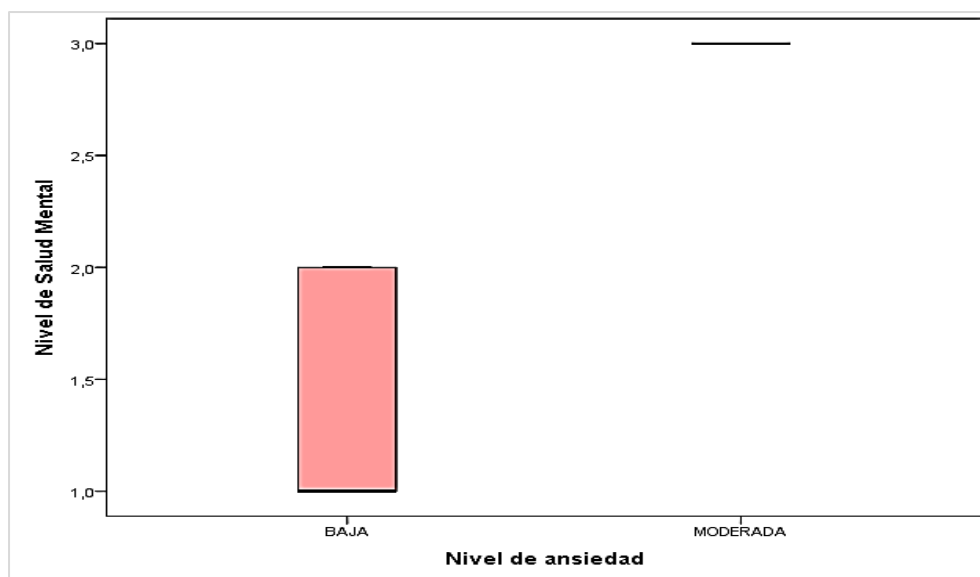
Esto puede explicarse debido a que algunos cuidadores son capaces de adaptarse con éxito a la situación de asistir a un familiar dependiente, es decir desarrollan altos niveles de resiliencia a través de los años, teniendo menos probabilidad de presentar sintomatología ansiosa, pero no todos los cuidadores responden de la misma manera y menos aquellos que inician esta labor.

Relación estrés - ansiedad

En el marco del tercer objetivo específico de esta investigación que consiste en “Relacionar los niveles de estrés, depresión y ansiedad con el estado de salud mental de los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad”, se presenta únicamente los resultados de estrés, así como de ansiedad, ya que la depresión en esta relación tampoco tuvo relevancia estadística en este estudio.

Figura 12.

Nivel de Salud Mental y Nivel de Ansiedad en las Cuidadoras.



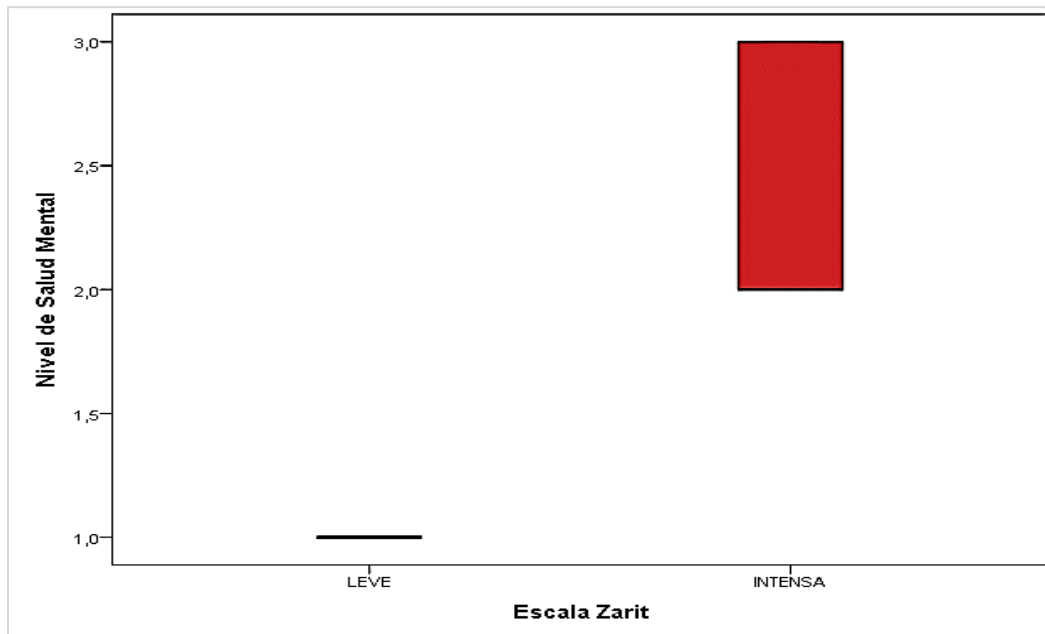
Se evidencia que mientras el nivel de ansiedad fue bajo en las cuidadoras, estas presentaron una salud mental regular, pero aquellas con niveles de ansiedad moderado tuvieron una salud mental grave. Por lo cual se establece una relación lineal significativa entre el nivel de salud mental y el nivel de ansiedad de las cuidadoras ($r_s = 0,742$; $p - valor = 0,009$). La presencia de ansiedad independientemente del nivel con que esta se presente, influye en la calidad de vida del cuidador.

A pesar que los resultados indican correlación entre las dos variables es escasa la literatura que corrobore este hallazgo, Por otro lado de manera general el estudio de (Cuevas Fernández-Gallegos, 2016) aplicado a cuidadoras con un perfil similar a las cuidadoras de esta investigación, estipula que las cuidadoras que tenían signos de ansiedad (...) reflejaron una percepción de mala calidad de vida relacionada con la salud, también establece que la simultaneidad de roles genera peor salud mental y mayor sobrecarga en las personas cuidadoras, ya que se enfrentan a mayores desafíos emocionales derivados de las dificultades del equilibrio de la prestación de cuidados, de otras obligaciones familiares y de las laborales. (pág. 228).

La presencia de ansiedad en distintos niveles denota una disminución de la salud mental positiva, pues algunas cuidadoras ejerciendo el rol pudieron experimentar miedo constante sobre el futuro de su familiar, así como eventos adversos relacionados al cuidado, de manera que este miedo amplificado pudo dar paso a la ansiedad. En este estudio se desconoce el inicio de la ansiedad en las cuidadoras, pero está claro que fue mayor en aquellas que llevaban menor tiempo cuidando a su familiar, que pudo verse agravado por la actual crisis sanitaria y posterior confinamiento a causa del Covid19.

Figura 13.

Nivel de Salud Mental y Nivel de Sobrecarga.



Se evidenció una relación lineal significativa entre el nivel de salud mental y el nivel de sobrecarga (escala Zarit) de las cuidadoras ($r_s = 0,957$; $p - valor = 0,000 < \alpha = 0,07$). Como se observa en esta figura, aquellas cuidadoras con niveles de sobrecarga intensa presentaron salud mental grave, mientras que aquellas con sobrecarga leve reportaron una salud mental regular, en ambos casos la salud mental de las cuidadoras se vio afectada ya sea en mayor o menor proporción,

(Gallego, Mosquera, González , & Ocampo, 2018) mencionan que la sobrecarga es un índice de la disminución de salud mental positiva de los cuidadores, cuando invierten la mayor parte del tiempo únicamente en actividades orientadas al bienestar del familiar, dejando de lado las propias necesidades e importancia como individuo, aislándose de amigos y familiares, lo que puede provocar una desesperanza con respecto a su futuro, ya que suelen pensar que el resto de su vida será dedicada al cuidado de dicha persona (pág.

38). Lo anterior citado coincide con el presente estudio revelando que, a mayor nivel de estrés, menor nivel de salud mental positiva.

Los resultados encontrados sobre salud mental en el cuidador son trascendentales ya que la salud mental es un tema poco estudiado sobre todo en el cuidador, actualmente se desarrollan talleres, para brindar la formación necesaria a los cuidadores, sin embargo, se considera que el apoyo social, emocional y soporte interno por parte de los familiares como cuidadores secundarios aún es escaso, por lo que tenemos cuidadoras extralimitadas en su rol de cuidador, con niveles de salud mental preocupantes.

Conclusiones

Se pudo determinar que la totalidad de la población en estudio fueron mujeres, donde la mayoría guarda el parentesco de madres y solo dos no lo son, no existió variación en el estado civil pues todas son casadas, hubo variación en el nivel de instrucción, evidenciándose primaria y secundaria, sin embargo, el parentesco fue la única variante que presentó asociación estadística para elevar los niveles de estrés y ansiedad en dos cuidadoras.

En esta investigación se mostró asociación significativa entre las variables sociodemográficas con los niveles de estrés y ansiedad, por lo que se concluye que todos los cuidadores de personas con discapacidad tienen riesgo de presentar alteraciones en su salud mental, pero el riesgo y la vulnerabilidad será directamente proporcional a la influencia negativa de uno o más factores sociodemográficos.

La implicación de tener grupos prioritarios en el círculo familiar del cuidador aumenta los niveles para estrés y ansiedad. Respecto al parentesco del cuidador y la persona con discapacidad de cierta forma el ser madre de la persona dependiente de cuidados crea una forma de resiliencia, mientras que aquellos cuidadores que tuvieron otro grado de parentesco presentaron ansiedad moderada.

Los niveles de ansiedad en este estudio se relacionaron directamente con el porcentaje de discapacidad, en donde las cuidadoras a cargo de personas con porcentajes de discapacidad severa del 80 a 85% mostraron niveles de ansiedad bajo; mientras que aquellas a cargo de personas con discapacidad cuyos porcentajes son mayores del 90% mostraron un nivel de ansiedad moderado.

El tiempo de cuidado tuvo diferencias significativas respecto al aumento de niveles de estrés y ansiedad, ya que los resultados arrojaron que a menor tiempo de cuidado tanto el estrés como la ansiedad tienen niveles más altos.

Se determinaron niveles de estrés y ansiedad en los cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad del Centro de Salud Corazón de Jesús, donde se pudo concluir que las 11 cuidadoras mostraron niveles de depresión mínimo, no obstante, hubo variaciones en los niveles de estrés desde leve a intenso, además se observó 2 cuidadoras con niveles de ansiedad moderado.

La relación entre los niveles de estrés y ansiedad con el estado de salud mental de los cuidadores evidenció que todas las cuidadoras de este estudio presentaron alteraciones en su salud mental por lo que se concluye que a mayores niveles de estrés y ansiedad asociados a las variables sociodemográficas mayor probabilidad de afectación en la salud mental de las cuidadoras.

Recomendaciones

Al Ministerio de Salud Pública, crear programas centrados en el cuidador con el fin de velar por la salud mental de los mismos, y promover nuevos programas que brinden estrategias de afrontamiento y desarrollen resiliencia en los cuidadores de personas con discapacidad.

Al personal sanitario, establecer intervenciones encaminadas a precautelar la salud mental del cuidador, tomando en cuenta las necesidades de acuerdo con las fases de cuidado, dichas intervenciones deben ser precoces y genéricas de tipo informativo que disminuyan la incertidumbre inherente a los cambios acaecidos con el fin de disminuir los efectos negativos que conlleva este proceso de cuidado y fomentar los aspectos positivos del mismo.

A las instituciones de educación superior a nivel nacional, desarrollar programas de vinculación con la colectividad dirigidos a cuidadores informales, a través de los cuales se desarrolle una transferencia de conocimientos que les permita aprender y desarrollar nuevas destrezas y técnicas que les faciliten ejecutar las actividades de cuidados con mayor facilidad, mejorando así su calidad de vida.

Bibliografía

- Prado Cueva, K. J. (2020). *“Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N°3, Loja. Quito.*
- Agurto, E., & Solis, F. (2019). *Modelos y teorías de Margaret Jean Harman Watson y Patricia Benner.* Milagros: Universidad Estatal de Milagro. Obtenido de <https://idoc.pub/download/filosofia-y-teoria-del-cuidado-de-margaret-jean-harman-watson-1-1-en5k8m39p5no>
- Albán, M., & Macías, N. (2019). *Percepción de los pacientes de cuidados paliativos sobre la espiritualidad, Centro de Salud Luchadores del Norte, Mayo – Agosto 2019.* Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/53754/1/1459-TESIS-ALBAN-MACIAS-LIC.LINA%20CALDERON.pdf>
- Alvarado, A. (2017). *El cuidado humanizado de internos e internas de enfermería; Un expresion de calidad en el Hospital Teófilo Dávila de Machala. Loja: Universidad Nacional de Loja.* Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18955/1/TESIS%20ANGELICA%20ALVARADO.pdf>
- Alvarez, J., & Yáñez, H. (2019). *Síndrome de sobrecarga en cuidadores de personas con discapacidad física en el Centro de Salud de San Miguel, Provincia de Bolívar, período 2019. Guaranda: Universidad Estatal de Bolívar.* Obtenido de <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fdspace.ueb.edu.ec%2Fbitstream%2F123456789%2F3099%2F1%2FPROYECTO%2520FINAL.pdf&clen=4178057>

Amaya, M. (11 de Noviembre de 2020). *Qué es le método cuantitativo, características y diferencia con el cualitativo*. Obtenido de Tendencias :

<https://tendencias.com/life/que-es-el-metodo-cuantitativo/>

Asamblea Nacional Constituyente. (2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Quito: Registro

Oficial. Obtenido de chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.consejodiscapacidades.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdownloads%2F2014%2F02%2Fley_organica_discapacidades.pdf&clen=318515&chunk=true

Asamblea Nacional Constituyente. (2015). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: Lexis Finder.

Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

Ayala, M. (30 de Mayo de 2021). *Investigación transversal*. Obtenido de Liferder :

<https://www.liferder.com/investigacion-transversal/>

Bustillo, L., Gómez, M., & Guillen, A. I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud, XXIX(2)*, 89 - 100.

doi:<https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13>

Cabada, E., & Martínez, V. (Enero-Junio de 2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud, XXVII(1)*, 53-59. Obtenido de

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2436/4287>

Cañizares, V. (2016). Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa en la Magdalena y Chilibulo, periodo de marzo a octubre de 2016. Quito: Universidad Central del Ecuador. Obtenido de chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.dspace.uce.edu.ec%2Fbitstream%2F25000%2F10447%2F1%2FT-UCE-0006-014.pdf&clen=1302554

Carrillo, A. (3 de Septiembre de 2020). *Escala de Zarit: ¿qué es y para qué sirve este test psicológico?* Obtenido de Psicología y mente :

<https://psicologiaymente.com/clinica/escala-de-zarit>

Comelin, A. (2017). ¿Quién cuida a los familiares que cuidan adultos mayores dependientes? *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*(50), 111-127.

Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (11 de Junio de 2021). *Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades*. Recuperado el 24 de Junio de 2021, de Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades:

<https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>

Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución del Ecuador*. Montecristi: Ediciones legales.

Cuevas Fernández-Gallegos, M. M. (2016). Salud mental, sobrecarga, calidad de vida y utilización de servicios de salud, en cuidadores familiares de solicitantes de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia. España: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga.

DISCAPNET. (3 de Septiembre de 2021). *El cuidador: concepto y perfil*. Obtenido de DISCAPNET: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>

Domínguez, J., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. (2017). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SERMERGEN* -

Medicina Familiar, XXXVIII(1), 16-23. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ansiedad-depresion-cuidadores-pacientes-dependientes-S1138359311002486>

Flores, A., & Montesdeoca, P. (2018). Percepción de autoeficacia, síntomas depresivos y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal "3 de Diciembre" y Escuela de Educación Básica Especial "Jefferson Perez". Lago Agrio - Sucumbíos. Junio. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Frepository.puce.edu.ec%2Fbitstream%2Fhandle%2F22000%2F15415%2FTesis%2520Final.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&clen=4386156

Gallego, L., Mosquera, N., González, D., & Ocampo, E. (2018). Salud mental positiva y sobrecarga en el cuidador principal de personas con discapacidad de tipo cognitivo en una fundación de la Ciudad de Armenia. *REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU*, 30-43.

García, C., & Herrera, A. (3 de Septiembre de 2021). *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Obtenido de Clínica Las Condes: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Inventario-de-Ansiedad-de-Beck>

García, M. (2018). Nivel de Estrés, Depresión y Ansiedad en Cuidadores Informales de pacientes con Alzheimer. Santiago: Universidad Miguel de Cervantes. Obtenido de <https://www.uncervantes.cl/wp-content/uploads/2019/05/Nivel-de-Estres-Depresi%C3%B3n-y-Ansiedad-en-cuidadores-informales-de-pacientes-con-Alzheimer-.pdf>

- Gómez, A., Peñas, O., & Parra, E. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 376-378.
- Gualpa, M., Yambay, X., Ramírez, A., & Vásquez, A. (Diciembre de 2019). Carga Laboral y ansiedad en cuidadores de personas con discapacidad severa. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, XXIII(95), 33 - 39. Obtenido de <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/download/243/431/>
- Guerrero, R., Meneses, M., & De La Cruz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Revista de Enfermería Herediana*, IX(2), 133-142. Obtenido de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017/2967>
- Guerrero, R., Meneses, M., & De la Cruz, M. (2017). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina. *Revista de Enfermería Herediana*, IX(2), 127-136. Obtenido de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
- Hernández, E., Sayeg, A., Villegas, V., & Pérez, J. (2018). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, XXV(III), 2013 - 220. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173h.pdf>
- Intriago, J., & Villavicencio, M. (2020). Percepción del personal de enfermería sobre la espiritualidad durante su formación. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/54033/1/1632-TESES-INTRIAGO-VILLAVICENCIO-LIC.LINA%20CALDERON.pdf>

- López Pérez, A. C. (2019). Implementación de un Cuaderno de comunicación aumentativa/alternativa basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes intubados conscientes. Tenerife: Universidad de La Laguna.
- López, I., Múnera, M., Restrepo, N., & Vargas, M. (2019). Necesidades del adulto mayor según el modelo de Virginia Henderson. Medellín: Universidad CES. Obtenido de https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4509/6/Necesidades%20del%20adulto%20mayor%20seg%C3%BAAn%20el%20mdelo%20de%20Virginia%20Henderson%20C%20Envidado2018_2020.pdf
- Luzuriaga, J. (2016). Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental) que acuden al Área de Salud N°3 de la ciudad de Loja período 2016. Loja.
- Martín, A., Medina, P., Hernández, R., Correa, S., Peralta, S., & Vargas, M. (2019). Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enfermería Global*(56), 57 - 67.
doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.361401>
- Mata, L. (30 de Julio de 2019). *Diseños de investigaciones con enfoque cuantitativo de tipo no experimental*. Obtenido de Investigalia :
<https://investigaliacr.com/investigacion/disenos-de-investigaciones-con-enfoque-cuantitativo-de-tipo-no-experimental/>
- MedlinePlus. (3 de Septiembre de 2021). *Salud del cuidador*. Obtenido de MedlinePlus:
<https://medlineplus.gov/spanish/caregiverhealth.html>
- Mejía, T. (27 de Agosto de 2020). *Investigación descriptiva: características, técnicas, ejemplos*. Obtenido de Lifeder : <https://www.lifeder.com/investigacion-descriptiva/>

- Mejia, T. (27 de Agosto de 2020). *Investigación explicativa: características, técnicas, ejemplos*. Obtenido de Lifer: <https://www.lifer.com/investigacion-explicativa/>
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., & Valdivia, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, XXVI(1), 59-69. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100005
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo*. Quito.
- Morocho, E., & Mosquera, C. (2019). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos del Instituto Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Cuenca 2019. *Proyecto de investigación previo a la obtención de título de médico*, 27-29.
- Navarro, V. (2017). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*(77), 63 - 83. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0004>
- Organizacion Mundial de la Salud . (1 de Diciembre de 2020). *Anomalías congénitas*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud (OMS): <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Diciembre de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 6 de Junio de 2021, de Discapacidad y Salud.: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud . (12 de Diciembre de 2020). *Plan de Acción sobre Discapacidades y Rehabilitación de la OPS 2014-19*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud (OPS): <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

- Pérez Ayesa, A. (2016). Impacto de la discapacidad en el núcleo familiar. Universidad de Navarra.
- Pérez Perdomo, M., & Llibre Rodríguez, J. (2016). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 110-122.
- Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., & Ferradás, M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 185-196.
- Román, M. F., Vinet, E. V., & Alarcón Muñoz, A. (2014). Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarias de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII, 179-190.
- Rus, E. (8 de Diciembre de 2020). *Investigación correlacional: características, tipos y ejemplos*. Obtenido de Investigación correlacional: <https://economipedia.com/definiciones/investigacion-correlacional.html>
- Sabater, V. (26 de Julio de 2021). *La teoría de la autorrealización: la clave del potencial humano*. Obtenido de La mente es maravillosa : <https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-la-autorrealizacion-la-clave-del-potencial-humano/>
- Salas, D. (3 de Diciembre de 2019). *Investigación bibliográfica*. Obtenido de Investigalia : <https://investigaliacr.com/investigacion/investigacion-bibliografica/>
- Salazar, M. (2016). Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado del enfermero a pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional Sede San Borja. Lima: Universidad Nacional de San Marcos. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/323342353.pdf>

Sanz, J., Paz, M., & Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck" (BAI):

Propiedades psicométrica de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology*, XX(3), 563-583. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.behavioralpsycho.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F08%2F05.Sanz_20-30a.pdf&clen=509095&chunk=true

Secretaría Nacional de Planificación. (2021). *Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación.

Secretaría Nacional de Planificación. (Mayo de 2021). *Plan Nacional de Desarrollo 2021 - 2025*. Obtenido de Entremos en Planificación : <http://encontremonos.planificacion.gob.ec/>

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 10-59.

Urbina, M., & Zapata, G. (2017). Síndrome de sobrecarga del cuidador y su relación con el cuidado de personas con discapacidad grave y muy grave registrado en el Centro de Salud N°2 "Las Casas" pertenecientes al Distrito 17D05 en la ciudad de Quito, 2016.". Quito: Pontificia universidad Católica del Ecuador. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Frepository.puce.edu.ec%2Fbitstream%2Fhandle%2F22000%2F12982%2FTESIS%2F520DRAS.%2520ZAPATA%2520Y%2520URBINA.pdf%3Fsequence%3D1%26isAlloved%3Dy&clen=2867985

Vargas Polanco, A. (2018). "NIVELES DE ESTRÉS, DEPRESION Y ANSIEDAD EN RELACION AL ESTADO NUTRICIONAL A GRAN ALTURA EN ESTUDIANTES

UNIVERSITARIOS DEL PRIMER NIVEL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNA-PUNO 2016". Perú: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO.

Zorzo, M. E., & Abril Herrero, M. F. (13 de Julio de 2021). Pandemia covid-19: mejora de la calidad de vida de los cuidadores informales mediante la aceptación y orientación en valores. (I. R. Psicología, Ed.) *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 443-450. Recuperado el Lunes de Octubre de 2021, de Universidad Americana de Europa: <https://unade.edu.mx/noticias-investigacion/covid-19-cuidadores-informales/>

Anexos

Anexo 1. Validación de Ficha Sociodemográfica 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Instrucciones: En el siguiente formato, indique según la escala excelente (E), bueno (B) o mejorable (M) en cada ítem, de acuerdo a los criterios de validación (coherencia, pertinencia, redacción), si es necesario agregue las observaciones que considere. Al final se deja un espacio para agregar observaciones generales.

Ítem Nro.	Validación			Observación
	Coherencia	Pertinencia	Redacción	
1	E	E	E	
2	E	E	E	
3	E	E	E	
4	E	E	E	
5	E	E	E	
6	E	E	E	
7	E	E	E	
8	E	E	E	
9	E	E	E	
10	E	E	E	
11	E	E	E	

12	E	E	E	
13	E	E	E	
14	E	E	E	

Observaciones generales

- ✓ La estructura de la **FICHA SOCIODEMOGRÁFICA** es adecuada, considero que está expresada con claridad .
- ✓ El lenguaje empleado en el instrumento es claro y comprensivo.



MSc. Olga Echeverría G.

Anexo 2. Validación de Ficha Sociodemográfica 2



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Instrucciones: En el siguiente formato, indique según la escala excelente (E), bueno (B) o mejorable (M) en cada ítem, de acuerdo a los criterios de validación (coherencia, pertinencia, redacción), si es necesario agregue las observaciones que considere. Al final se deja un espacio para agregar observaciones generales.

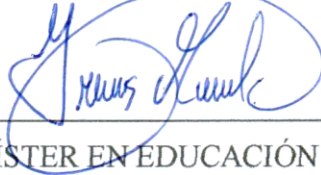
Ítem Nro.	Validación			Observación
	Coherencia	Pertinencia	Redacción	
1	B	B	M	El término género permite la autodefinición de las personas con libertad, puede presentar otras opciones para que el campo no quede libre de información.
2	E	E	E	
3	E	E	M	Si la respuesta señalada es otro , hace falta el espacio para que el entrevistado pueda escribir su etnia.
4	E	E	E	
5	E	E	E	
6	E	E	E	

7	E	E	E	
8	E	E	E	
9	E	E	E	
10	E	E	B	Es importante agregar multidiscapacidad, ya que el carnet muchas describe solo la condición visible y no la más discapacitante.
11	E	E	M	Podría agregar una pregunta sobre las causas de la discapacidad. No tiene el mismo impacto una discapacidad antes o durante el embarazo, que una adquirida.
12	E	E	E	
13	E	E	M	Si agrega menos de una hora, también tendrá respuesta, ya que existen cuidadores de menores de edad y que son autónomos.
14	E	E	E	

Observaciones generales

- Si el objetivo de la ficha es “Identificar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con discapacidad...”, hace falta mencionar aspectos puntuales sobre el tema de investigación.
- La estructura de la ficha sociodemográfica en sí, es adecuada porque se ajusta a la población a ser encuestada, ya que el lenguaje utilizado es claro y comprensible.

Msc Irene Morales



MAGÍSTER EN EDUCACIÓN ESPECIAL

Anexo 3. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Título de la investigación:

“NIVELES DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DIFERENTES TIPOS DE DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE SALUD CORAZÓN DE JESÚS 2021”,

Actuando en mi calidad de mayor de edad, manifiesto que acepto participar en la investigación que dirige el maestrante de la **Universidad Técnica del Norte: Maldonado Naranjo Pamela Estefanía**. Se tiene como objetivo identificar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad y su relación con el estado de salud mental.

Para cumplir con este objetivo, entiendo que los cuestionarios hacen referencia a aspectos relacionados desde mi rol de cuidador de una persona con discapacidad, por lo cual expresaré con total libertad y hasta donde desee hacerlo. Por esta razón, la información que suministre será mantenida en total confidencialidad y en custodia por parte de la investigadora, quien garantiza que ninguna otra persona o institución pueda tener acceso a su contenido.

Entiendo que la decisión de participar en esta investigación es totalmente voluntaria y me tomará un tiempo aproximado de 30 min por visita. Si no deseo participar, no debo hacerlo. Así mismo, conozco que puedo retirarme de la investigación cuando lo desee, incluso después de haber firmado este consentimiento. Si decido participar, se me solicitará firmar este documento y podré obtener una copia de mis respuestas si la solicito. Si decido no participar, esta decisión no tendrá consecuencias de ninguna índole en las

Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

áreas personales de mi vida, ni en mi integridad personal.

También me ha sido explicado que la información obtenida no será analizada de manera individual sino en conjunto con el total de cuestionarios que se aplicarán con fines investigativos exclusivamente. Así mismo, conozco que los resultados finales obtenidos después del análisis de este material podrán ser presentados en actividades de tipo académico e investigativo, tales como seminarios, publicaciones y conferencias, conservando siempre el anonimato.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y acepto su contenido.

Nombres Completos: _____

Firma _____

Fecha _____

Anexo 4. Ficha Sociodemográfica



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA PARA EL CUIDADOR

Nombre o Código: _____

Instrucción: Marque con una (X) la opción seleccionada y escriba la respuesta según corresponda.

1. Seleccione su género.

Masculino Femenino Otro

2. ¿Señale con una X el grupo de edad al que Ud. Pertenece?

20-30 años 40-50años más de 50 años

3. Señale la etnia con la cual Ud. Se identifica.

- Indígena
- Mestizo
- Afro ecuatoriano
- Otro

4. Marque con una X su Estado Civil.

- Soltero
- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Unión libre

5. Indique con una X su nivel de escolaridad



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Posgrado

6. ¿Padece de alguna enfermedad crónica? Señale con una X en el casillero correspondiente:

- Diabetes
- Hipertensión arterial,
- Hipotiroidismo,
- Osteoporosis
- Otra

Indique ¿Cuál?

7. ¿De cuantas personas o miembros está constituida la familia a la que Ud. Pertenece?

- 2-4 5-6 más de 6 miembros

8. Indique el número de personas que pertenecen a grupos de atención prioritaria y que conforman su círculo familiar

- Niños
- Adultos mayores (mayor de 80 años)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

- Mujeres embarazadas
- Ninguno

9. ¿Cuál es el parentesco que tiene Ud. con la persona que presenta discapacidad y que está a su cuidado?

- Madre
- Padre
- Hijo
- Tío/a
- Otro

Si su respuesta es otro indique ¿cuál?.....

10. ¿Qué tipo de discapacidad y porcentaje tiene la persona a su cuidado?

- Física
- Intelectual
- Visual
- Auditiva
- Multidiscapacidad

11. ¿Qué edad tiene la persona a su cuidado y desde qué edad tiene la discapacidad?

Edad actual..... Tiempo de discapacidad

12. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a la persona con discapacidad?

Menos de 1 año 1-5 años 6-10 años más de 10 años

13. ¿Cuántas horas al día Ud. dedica cuidando a la persona con discapacidad?



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

- 8 horas al día
- Más de 8 horas al día

14. Con la presencia de la actual situación de pandemia por Covid19 su tiempo de dedicación al cuidado de la persona con discapacidad

- Ha aumentado
- Ha disminuido
- Se mantiene igual.

Gracias por su colaboración.

Anexo 5. Escala de Zarit

Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

Escala de Zarit

La presente escala consta de 22 preguntas cuya finalidad es medir la sobrecarga del cuidador, a continuación se presenta un listado de preguntas, cuyas respuestas reflejan cómo se sienten, a veces las personas que cuidan a otra persona. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas.

Nombre o código: _____

Instrucción: Lea detenidamente las preguntas y marque rellenando el círculo correspondiente a como se siente usted para cada ítem.

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



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

Pregunta	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

6. ¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Resolución No. 001-073 CEACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Resolución No. 001-073 CEACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Puntuación final:

- < 46: No hay sobrecarga.
- 47 – 55: Sobrecarga Leve.
- > 56: Sobrecarga Intensa.

Puntaje Final para el encuestado: _____

Nombre del Investigador: _____

Anexo 6. Inventario de Depresión de Beck



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

El presente inventario consta de 21 ítems que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con depresión, el objetivo de este inventario es identificar cuáles son los signos y síntomas que usted está desarrollando al realizar su función de cuidador. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas.

Nombre o código: _____

Instrucciones:

- Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente.
- Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.
- Marque con una X en los recuadros de la izquierda el enunciado elegido.

Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

Marque una X	Enunciado	Puntaje
	1. Tristeza	
	No me siento triste.	0
	Me siento triste gran parte del tiempo	1
	Me siento triste todo el tiempo	2
	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	3
	2. Pesimismo	
	No estoy desalentado respecto del mi futuro.	0
	Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	1
	No espero que las cosas funcionen para mi	2
	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar	3
	3. Fracaso	
	No me siento como un fracasado.	0



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

	He fracasado más de lo que hubiera debido.	1
	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.	2
	Siento que como persona soy un fracaso total.	3
	4. Pérdida del placer	
	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.	0
	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	1
	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	2
	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar	3
	5. Sentimientos de Culpa	
	No me siento particularmente culpable.	0
	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.	1
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	2
	Me siento culpable todo el tiempo.	3
	6. Sentimientos de Castigo	
	No siento que este siendo castigado	0
	Siento que tal vez pueda ser castigado.	1
	Espero ser castigado.	2
	Siento que estoy siendo castigado.	3
	7. Disconformidad con uno mismo	
	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.	0
	He perdido la confianza en mí mismo.	1
	Estoy decepcionado conmigo mismo.	2
	No me gusto a mí mismo.	3
	8. Autocrítica	
	No me critico ni me culpo más de lo habitual	0
	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	1
	Me critico a mí mismo por todos mis errores	2
	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	3
	9. Pensamientos o Deseos Suicidas	
	No tengo ningún pensamiento de matarme.	0
	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	1
	Querría matarme	2
	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	3
	10. Llanto	
	No lloro más de lo que solía hacerlo.	0
	Lloro más de lo que solía hacerlo	1
	Lloro por cualquier pequeñez.	2
	Siento ganas de llorar pero no puedo.	3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

11. Agitación		
No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.		0
Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.		1
Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto		2
Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo		3
12. Pérdida de Interés		
No he perdido el interés en otras actividades o personas.		0
Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.		1
He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.		2
Me es difícil interesarme por algo.		3
13. Indecisión		
Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.		0
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones		1
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones		2
Tengo problemas para tomar cualquier decisión.		3
14. Desvalorización		
No siento que yo no sea valioso		0
No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme		1
Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.		2
Siento que no valgo nada.		3
15. Pérdida de Energía		
Tengo tanta energía como siempre.		0
Tengo menos energía que la que solía tener		1
No tengo suficiente energía para hacer demasiado		2
No tengo energía suficiente para hacer nada.		3
16. Cambios en los Hábitos de Sueño		
No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño		0
1ª. Duermo un poco más que lo habitual.		1
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.		
2a. Duermo mucho más que lo habitual		2
2b. Duermo mucho menos que lo habitual		
3ª. Duermo la mayor parte del día		3
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme		
17. Irritabilidad		
No estoy tan irritable que lo habitual.		0
Estoy más irritable que lo habitual.		1
Estoy mucho más irritable que lo habitual.		2



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

	Estoy irritable todo el tiempo.	3
	18. Cambios en el Apetito	
	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	0
	1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	1
	2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual	2
	3ª. No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.	3
	19. Dificultad de Concentración	
	Puedo concentrarme tan bien como siempre	0
	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	1
	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	2
	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	3
	20. Cansancio o Fatiga	
	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	0
	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.	1
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	2
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	3
	21. Pérdida de Interés en el Sexo	
	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	0
	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	1
	Estoy mucho menos interesado en el sexo.	2
	He perdido completamente el interés en el sexo.	3

Puntaje Total:

- 0-13: mínima depresión
- 14-19: depresión leve
- 20-28: depresión moderada
- 29-63: depresión grave.

Puntaje final para el encuestado: _____

Nombre del Investigador: _____

Anexo 7. Test de Ansiedad de Beck



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

Inventario de Ansiedad de Beck

El presente inventario consta de 21 ítems donde se mencionan los principales signos y síntomas para una persona que se encuentra con ansiedad, el objetivo de este inventario es identificar cuáles son los signos y síntomas que usted está desarrollando al realizar su función de cuidador. Recuerde que a la hora de responder no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas.

Nombre o código: _____

Instrucciones:

- Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.
- Seleccione su respuesta rellinando el círculo correspondiente.

0: En absoluto.

1: Levemente.

2: Moderadamente.

3: Severamente.

Signos y síntomas	0	1	2	3
1. Torpe o entumecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Acalorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Con temblor en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEACES-2013-13
 INSTITUTO DE POSGRADO

6. Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
8. Inestable	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
9. Atemorizado o asustado	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
10. Nervioso	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11. Con sensación de bloqueo	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
12. Con temblores en las manos.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
13. Inquieto inseguro	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
14. Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15. Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
16. Con temor a morir.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
17. Con miedo.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
18. Con problemas digestivos.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
19. Con desvanecimientos.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
20. Con rubor facial.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
21. Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Puntuación Total:

- 00-21 - Ansiedad muy baja
- 22-35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

Anexo 8. Solicitud de Permiso para desarrollar la Investigación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001- 073 CEAACES - 2013 - 13

INSTITUTO DE POSGRADO

Oficio 229-D
Mayo 27, 2021

Doctor.

Juan Pablo Barbecho

DIRECTOR DIRECCIÓN DISTRITAL 17D03 CONDADO A CALACALÍ -SALUD

De mi consideración:

Solicito de manera comedida se brinde las facilidades y acceso a información requerida de la institución que usted acertadamente dirige a la licenciada De La Maldonado Naranjo Pamela Estefanía, estudiante de la maestría en Salud Pública mención Enfermería Familiar y Comunitaria, que se encuentran desarrollando su proyecto de trabajo de grado orientado a: **“NIVELES DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DIFERENTES TIPOS DE DISCAPACIDAD DEL CENTRO DE SALUD CORAZÓN DE JESÚS 2021”**.

Por la atención, le agradezco.

Cordialmente,

“CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO”,

MSc. Lucía Yépez V.
DIRECTORA POSGRADO

María E. R.



Anexo 9. Respuesta de entidades del Distrito 17D03



Ministerio de Salud Pública
 Coordinación Zonal 9 - Salud
 Distrito 17D03

Oficio Nro. MSP-CZ9-D17D03-2021-0567-O

Quito, D.M., 02 de junio de 2021

Asunto: UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE , SOLICITA FACILIDADES DE ACCESO A INFORMACIÓN A LA LICENCIADA MALDONADO NARANJO PAMELA ESTEFANÍA PARA EL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO.

Señora Magíster
 Lucía Cumandá Yépez Vásquez
Directora del Instituto de Postgrado
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-GESVENT-17D03-2021-0526-E suscrito por la Sra. Magíster Lucía Cumandá Yépez Vasquéz, Directora del Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte en donde solicita, FACILIDADES DE ACCESO A INFORMACIÓN A LA LICENCIADA MALDONADO NARANJO PAMELA ESTEFANÍA PARA EL PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO, para recoger información de historias clínicas de pacientes del Centro de Salud Corazon de Jesús. En respuesta solicito se adjunte a esta solicitud el protocolo aprobado por la máxima autoridad de nuestra Institución y los contactos de la investigadora para poder coordinar la actividad en caso de la aprobación del proceso.

El contacto en el Distrito 17D03 es la Dra. Katty Lozano al telefono 0984113612.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Juan Pablo Barbecho Guaman
DIRECTOR DISTRITAL 17D03 - CZ9

Referencias:
 - MSP-GESVENT-17D03-2021-0526-E

Dirección: Av. La Prensa N44-08 y Edmundo Carvajal. **Código Postal:** 170612 / Quito Ecuador
Teléfono: 593-2-244-3962 - www.salud.gob.ec

*Documento generado por Quipuz



Anexo 10. Segunda solicitud de permiso para realizar la investigación

Quito, D.M., 11 de junio de 2021

Asunto: Solicitud para estudio de investigación en el Centro de Salud Corazón de Jesús

Señora Doctora
Paola Gabriela Meza Brito
DIRECTOR DISTRITAL 17D03 - CZ9

De mi consideración:

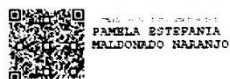
En respuesta al **Oficio Nro. MSP-CZ9-D17D03-2021-0567-O**, suscrito por el Dr. Juan Pablo Barbecho Guamán, anterior Director Distrital 17D03 - CZ9, a la Sra. Magister Lucía Cumandá Yépez Vasquéz, Directora del Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte, en cual menciona, "*solicito se adjunte a esta solicitud el protocolo aprobado por la máxima autoridad de nuestra Institución y los contactos de la investigadora para poder coordinar la actividad en caso de la aprobación del proceso*"; me permito responder aclarando que dentro de los fines investigativos No se requiere la indagación y uso de información en las Historias Clínicas de la población objeto de estudio.

En este contexto solicito el acceso a la información de la **Matriz de seguimiento de las personas con discapacidad y de los cuidadores del Centro de Salud Corazón de Jesús**, para desarrollar la investigación titulada: Niveles de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad del Centro de Salud Corazón De Jesús 2021".


Adjunto la Resolución de Aprobación de Trabajos de Investigación por parte del Honorable Consejo Directivo del Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte, donde se esclarece el tema y objetivos de la investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Leda. Pamela Estefanía Maldonado Naranjo
ENFERMERA 3
Maestrante investigadora en Salud Pública de la Universidad Técnica del Norte.
CI: 1004409601
pemaldonadon@utn.edu.ec
0994038180

 Ministerio de Salud Pública DISTRITO 17D03 - SALUD	
Fecha:	10 JUN 2021 Hora: 15:47
Recibe:	Pamela Maldonado Naranjo 05941-E
Anexos:	8 de los 101 211139415 E x 1 2021
VENTANILLA ÚNICA	

Anexo 11. Aprobación para realizar la Investigación



Ministerio de Salud Pública
 Coordinación Zonal 9 - Salud
 Distrito 17D03

Oficio Nro. MSP-CZ9-D17D03-2021-0642-O

Quito, D.M., 18 de junio de 2021

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CORAZÓN DE JESÚS "MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE LOS CUIDADORES DEL CENTRO DE SALUD CORAZÓN DE JESÚS"

Licenciada Enfermería
 Pamela Estefanía Maldonado Naranjo
 En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al trámite ingresado No. MSP-GESVENT-17D03-2021-0591-E, suscrito por Pamela Estefanía Maldonado Naranjo, en donde realiza la "SOLICITUD PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CORAZÓN DE JESÚS "MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DE LOS CUIDADORES DEL CENTRO DE SALUD CORAZÓN DE JESÚS ADJUNTA CARTA DE DESLINDE Y DE COMPROMISO (8 FOJAS ADJUNTAS)".

En base a lo mencionado, se autoriza el acceso a la información de la base de datos solicitada de la matriz de seguimiento de las personas con discapacidad y de los cuidadores del Centro de salud, la información se podrá facilitar en coordinación con la administración técnica del ESPN Corazón de Jesús, la Dra. Erika Flores con el teléfono de contacto 0995015068, respetando y cumpliendo los compromisos establecidos en los documentos adjuntos.

Particular que informo para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Paola Gabriela Meza Brito
DIRECTORA DISTRITAL 17D03 - CZ9

Dirección: Av. La Prensa N44-08 y Edmundo Carvajal. **Código Postal:**170612 / Quito Ecuador
Teléfono: 593-2-244-3962 - www.salud.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Quijux



Anexo 12. Carta de Compromiso



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

CARTA DE COMPROMISO

Yo **Pamela Estefanía Maldonado Naranjo**, con CI: **1004409601**, a los 11 días del mes de junio del 2021, en mi calidad de maestrante en Salud Pública de la Universidad Técnica del Norte, durante el desarrollo de la investigación titulada *"Niveles de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad del Centro de Salud Corazón De Jesús 2021"* me comprometo a:

1. Utilizar la información obtenida en el estudio únicamente para fines investigativos y no hacer mal uso de los hallazgos encontrados.
2. Mantener en confidencialidad la información que suministren los participantes en custodia de la investigadora, quien garantiza que ninguna otra persona o institución pueda tener acceso a su contenido.
3. Que los resultados finales obtenidos después del análisis de este estudio serán presentados únicamente en actividades de tipo académico e investigativo, tales como seminarios, publicaciones y conferencias, conservando siempre el anonimato de los participantes.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**PAMELA ESTEFANIA
MALDONADO NARANJO**

Lcda. Pamela Estefanía Maldonado Naranjo
ENFERMERA 3
Maestrante investigadora en Salud Pública de la Universidad Técnica del Norte
CI: **1004409601**
pemaldonadon@utn.edu.ec
0994038189

Anexo 13. Carta de Deslinde de Responsabilidad



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

CARTA DE DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Yo **Pamela Estefanía Maldonado Naranjo**, con CI: **1004409601**, a los 11 días del mes de junio del 2021, en mi calidad de maestrante en Salud Pública de la Universidad Técnica del Norte, **libero de toda responsabilidad al Ministerio de Salud Pública, a las autoridades del Distrito 17D03 y del Centro de Salud Corazón de Jesús**, por cualquier hecho o circunstancia que se presente durante el desarrollo de la investigación titulada *“Niveles de estrés, depresión y ansiedad en cuidadores de personas con diferentes tipos de discapacidad del Centro de Salud Corazón De Jesús 2021”* y que pueda comprometer la integridad de las autoridades antes mencionadas. Para los efectos legales pertinentes, suscribo el presente documento.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**PAMELA ESTEFANIA
MALDONADO NARANJO**

Lcda. Pamela Estefanía Maldonado Naranjo
ENFERMERA 3
Maestrante investigadora en Salud Pública de la Universidad Técnica del Norte
CI: 1004409601
pemaldonadon@utn.edu.ec
0994038189