

Estado emocional de cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el
municipio de Chigorodó.

Claudia Patricia Gallo Jiménez & Nancy Cardona Restrepo.

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Centro Regional Urabá, Apartadó

Psicología

2019, Mayo

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo de grados a nuestras familias por ser los principales inspiradores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras capacidades, por los principios y valores inculcados, por su apoyo incondicional y su amor infinito.

A Deymer Polo & Wilsair Soto, por su apoyo y motivación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera inicial a Dios, por permitirnos culminar la carrera de Psicología, profesión de servicio que nos posibilita ayudar a los demás.

A nuestras familias por creer en nosotras.

A los docentes Víctor Londoño, Mariana Moreno & Magaly Pacheco por sus enseñanzas compartidas, su apoyo y la formación integral recibida.

Al programa social de discapacidad del municipio de Chigorodó, en especial a Lila Díaz por permitirnos realizar el presente investigación.

A todas las cuidadoras participantes, gracias por brindarnos la posibilidad de mirar la discapacidad desde otra perspectiva.

A todos, nuestros más profundos agradecimientos

Mil gracias.

RESUMEN

La discapacidad es una condición única para cada individuo que no sólo concierne a la persona con discapacidad, sino también a los cuidadores, quienes presentan afectaciones tanto físicas, como psicológicas por el rol desempeñado, de ahí que, esta investigación tiene por objetivo analizar el estado emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, desde la perspectiva de estrés, ansiedad y depresión. Este estudio que está enmarcado en el diseño cuantitativo y para el cual se utilizaron los test psicométricos: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de depresión de Beck, el cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) y una entrevista estructurada, cuyos resultados se correlacionaron a partir de la teoría psicológica la triada cognitiva de Beck, la cual pone de manifiesto la visión negativa del propio individuo, el mundo y su futuro Camacho, (2003) obteniendo como resultados la existencia de ansiedad moderada en la mayoría de los cuidadores, la no presencia de depresión y el uso de la expresión emocional abierta, la focalización de la solución del problema, la evitación y la reevaluación positiva como las estrategias de afrontamiento de estrés más utilizadas por la muestra; lo que permitió concluir, que los cuidadores presentan una afectación emocional por el rol desempeñado.

Palabras clave: Discapacidad múltiple, Cuidador, Estrés, Ansiedad, Depresión.

ABSTRAC

Disability is a unique condition for each individual that not only concerns the person with disability, but also the caregivers, who present both physical and psychological affectations for the role played, hence, this research aims to analyze the state of the caregivers of children and adolescents with multiple disabilities in the municipality of Chigorodó, from the perspective of stress, anxiety and depression. This study is framed in the quantitative design and for which the psychometric tests were used: Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory, the stress coping questionnaire (CAE) and a structured interview, whose results correlated from the psychological theory Beck's cognitive triad, which highlights the negative view of the individual, the world and its future Camacho, (2003) obtaining as results the existence of moderate anxiety in most caregivers , the absence of depression and the use of open emotional expression, the focus on problem solving, avoidance and positive re-evaluation as the stress coping strategies most used by the sample; what allowed to conclude, that the caregivers present an emotional affectation for the role played.

Keywords: Multiple disability, caregiver, stress, anxiety, depression.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Problema de investigación	3
1.2. Formulación de la pregunta problema	4
OBJETIVOS.....	5
1.2.1. Objetivo General.....	5
1.2.2. Objetivos Específicos.....	5
JUSTIFICACIÓN	7
MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Estado del Arte	9
2.2. Marco Teórico	13
2.3. Marco Legal	22
DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1. Enfoque de la investigación	27
3.2. Alcance.....	27
3.3. Población.....	28
3.4. Muestra.....	29
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	29

3.6. Proceso y análisis de la información.....	32
HALLAZGOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	37
4.1. Triangulación de la información.....	37
CONCLUSIONES	59
5.1. Conclusiones	59
5.2 Propuesta de Intervención	61
5.3. Prospectiva	62
REFERENCIAS.....	64
ANEXOS.....	72

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el Municipio de Chigorodó	37
Gráfico 2 Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	48
Gráfico 3 Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	49
Gráfico 4 Factor 3: Religión (RLG)	50
Gráfico 5 Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	51
Gráfico 6 Factor 5: Evitación (EVT)	52
Gráfico 7 Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	53
Gráfico 8 Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	54
Gráfico 9 Resultados predominantes en los cuidadores por cada factor	55
Gráfico 10 Resultados del inventario de Ansiedad de Beck	56
Gráfico 11 Resultados del inventario de Depresión de Beck	57

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)-Anexo	30
Tabla 2 Inventario de depresión de Beck (BDI)-Anexo	31
Tabla 3 Descripción del instrumento empleado- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	33
Tabla 4 Descripción del instrumento empleado- Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)	33
Tabla 5 Descripción del instrumento empleado- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	34
Tabla 6 Descripción del instrumento empleado- Entrevista estructurada.-Anexo	36
Tabla 7 . Resultados generales de la investigación “Estado emocional de cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó”.	43
Tabla 8 Cuidando cuidadores	61

INTRODUCCIÓN

La discapacidad de acuerdo con Egea García & Sarabia Sánchez, (2001) es única para cada individuo, no sólo porque es la manifestación concreta de una limitación o disminución en la capacidad para realizar ciertas actividades, sino porque esta enmarca una condición de salud que se relaciona con factores psicológicos, sociales y emocionales, los cuáles radican en las experiencias, percepciones y actitudes singulares, tanto de las personas con discapacidad como de sus cuidadores, por ello, esta investigación se realizará desde la perspectiva de los cuidadores de personas con discapacidad múltiple, que según el Ministerio de Salud y Protección Social, (2014) es un “tipo de discapacidad que concierne en la presencia de dos o más condiciones asociadas, ya sean dificultades físicas, sensoriales o cognitivas” por tanto, dicha situación requiere de un cuidador de tiempo parcial o completo, con variaciones según la severidad de la situación incapacitante.

En ese sentido, Nava Galán & Ruiz Rios, (2012) definen el cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le impide el desarrollo normal de sus actividades vitales”, por lo tanto, el cuidador es un eslabón en el marco de la discapacidad que propicia el cuidado de la persona discapacitada, la cual según Muñoz, Arancibia & Paredes (1999) citado en Ávila Toscano, García Cuadrado, & Gaitán Ruiz, (2010) requiere de esfuerzos físicos y psíquicos que pueden generar diversos efectos como somatizaciones, cefaleas, agotamiento, descuido de la imagen personal, abandono ocupacional entre otras, suscitando en el cuidador estados de ánimo como ansiedad,

depresión o estrés como consecuencia de su labor; hecho que genera un malestar emocional que se evidencia en su habitual vivir.

Por lo tanto, el presente estudio hace hincapié en el estado emocional del cuidador en su dinámica con el sujeto con discapacidad, dado que la discapacidad no sólo repercute psicológicamente, físicamente, ni socialmente en la persona que la padece, sino también en el cuidador; por ende, se hace relevante conocer las consecuencias emocionales de los cuidadores ya que desde su quehacer se ven alterados diferentes dimensiones vitales de su vida cotidiana, debido a que comúnmente no es una decisión del cuidador, sino una circunstancia, a la cual se adapta. De ahí que, el principal objetivo de este estudio está orientado a analizar el estado emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó.

Para analizar esta problemática se efectuará una investigación de corte cuantitativo, donde la información recolectada será suministrada mediante test psicométricos como: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de depresión de Beck, el cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) y una entrevista estructurada con los cuales se medirán los constructos de ansiedad, depresión y estrés. Los resultados se correlacionan a partir de un análisis crítico desde la teoría psicológica la traída cognitiva de Beck, la cual pone de manifiesto una visión negativa del propio individuo, el mundo y su futuro Camacho, (2003). Por consiguiente, dicha investigación mostrará una parte de la discapacidad, considerando la perspectiva emocional de los cuidadores, desde su experiencia con la labor realizada.

CAPÍTULO 1.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Problema de investigación

De acuerdo con Alfaro Rojas, (2013) “la discapacidad vista desde un paradigma médico-biológico se enfoca en la deficiencia como el factor que determina la condición de discapacidad, haciendo referencia a las disminución, restricciones o pérdidas de cierta habilidad o capacidad” (pág.65); por ello, dentro de esta gama se encuentra la discapacidad múltiple, entendida según Alejandra Grzona, (2014)) como “aquella donde se poseen dos o más discapacidades” (Pág.118); por ende, este tipo de alteración demanda de la labor de un cuidador de asistencia permanente o parcial.

La exigencia del quehacer de un cuidador genera modificaciones en su estilo de vida que según Ávila Toscano, García Cuadrado, & Gaitán Ruiz, (2010) “interfieren en sus relaciones sociales, amistades, intimidad, economía, dinámica familiar y la libertad misma”, lo cual conlleva a indagar ¿Cómo se siente el cuidador frente a la limitación de tiempo, al no poder hacer las tareas que antes solía realizar? dado que se atañen unas consecuencias sobre ¿Qué posibles afectaciones pueden presentar los cuidadores al desempeñar la acción de cuidado, de una persona con discapacidad múltiple? ya que esta implica modificaciones en la vida del cuidador, que repercuten en su habitual vivir y en su salud mental. Además, el ser cuidador como hecho que deriva de la persona que requiere el cuidado, pone de manifiesto que la discapacidad se presenta en cual lugar y sin distinción alguna de raza, religión, sexo, estrato socioeconómico etc.

El municipio de Chigorodó cuenta con un total de 1.135 personas caracterizadas en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD); dichas personas presentan discapacidades tales como: física, sensorial, intelectual, psíquica, visceral y múltiple; dentro de la población ya mencionada se cuenta con un total de 20 niños, niñas y adolescentes en edades entre 0-15 años con discapacidad múltiple, tanto en el área urbana como rural, lo cual es equivalente al 1,7% de la población general; por cada una de estas personas se requiere de un cuidador de tiempo completo o parcial, debido a que esta discapacidad imposibilita a quien la posee a realizar tareas básicas para su propia supervivencia.

En la actualidad, el programa social de discapacidad del municipio de Chigorodó, sólo está enfocado a la persona que posee la discapacidad, por lo tanto, no existe ninguna entidad pública o privada que brinde acompañamiento directo al cuidador.

1.2. Formulación de la pregunta problema

¿Cuál es el estado emocional de los cuidadores de niños niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó?

OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Analizar el estado emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Indagar el estado de estrés de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó.
- Identificar el estado de ansiedad de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple.
- Determinar el estado de depresión de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple.

1.3. Manejo de hipótesis

- Los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el Municipio de Chigorodó presentan un estado de ansiedad moderada.
- Los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el Municipio de Chigorodó presentan estrés debido a limitaciones de tiempo para realizar otras actividades.
- En la mayoría de casos los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el Municipio de Chigorodó son mujeres.

JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se efectuará para conocer aspectos de la esfera psicológica de los cuidadores de personas con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, desde la actividad que realizan en ese rol, lo cual trasciende a dimensiones tales como: salud, economía, proyecto de vida, relaciones sociales entre otras, repercutiendo en el estado emocional del mismo, hecho que afecta directamente su salud mental y su calidad de vida.

Por ende, el proceso de indagación sobre los cuidadores se hace relevante debido a que el foco de las investigaciones ha predominado hacia la persona que posee la discapacidad, dejando en segundo plano al cuidador, siendo este un elemento fundamental en el marco de la discapacidad que de acuerdo con Franco A, (2010) los cuidadores son parte de un proceso de inclusión de las persona con discapacidad, puesto que impulsan y posibilitan el desarrollo de sus capacidades, físicas, cognitivas, emocionales, mentales y sociales, necesarias para su desarrollo como persona.

Se pretende analizar el estado emocional de los cuidadores, referente a la exigencia que demanda su quehacer, lo que permite que el abordaje de este tema sea para afianzar conocimientos desde el campo de la psicología de la salud y la psicología social, además de que los resultados obtenidos pueden aportar herramientas previas, para adoptar mecanismos de acompañamiento e intervención no solo a quien presenta la discapacidad, sino también al

cuidador; hecho que contextualiza las posibles afectaciones que puede desarrollar un sujeto desde la acción de atención, a una persona con discapacidad.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. Estado del Arte

Con el fin de profundizar acerca del estado emocional de los cuidadores de personas con discapacidad múltiple, se consultan otros estudios realizados previamente dentro de esta misma perspectiva “cuidadores”.

Según Gómez-Galindo, Peñas Felizzola , & Parra Esquivel, (2016) en el estudio de *Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá*, el cual tenía como finalidad describir las características socioeconómicas, funciones asumidas y morbilidad sentida de un grupo de cuidadores de personas con discapacidad severa, tomó como muestra a 2.557 cuidadores de personas con discapacidad severa en 19 localidades de Bogotá; investigación que fue abordada mediante visitas domiciliarias interdisciplinaria, arrojando como resultado que:

La mayor parte de la muestra manifiesta experimentar problemas de salud que considera asociados al ejercicio de su labor (77 %). Se reportan principalmente condiciones de estrés, cefalea, lumbalgias y alteraciones del sueño. También se mencionaron manifestaciones de ansiedad y depresión en la mayoría de los cuidadores encuestados (80 % y 82 % respectivamente, entre quienes reconocen problemas de salud). El 58,2 % refiere dificultad para concentrarse, asociada a estados de nerviosismo, tensión, preocupación e irritabilidad. (Fuente scielo; Rev. Salud Pública V. 18; 2016 pág.371)

Dicha investigación, evidencia que los cuidadores presentan una afectación física, psicológica y emocional que repercute en su calidad de vida por el rol desempeñado, lo cual recobra

importancia, debido a que refleja alteraciones en el estado de ánimo de los participantes, situación que no es ajena a la población abordada en la presente investigación, ya que esta busca analizar el estado emocional de los cuidadores frente a dicha labor realizada.

Buitrago Echeverri, Ortiz Rodríguez, & Eslava Albarracín, (2010) por su parte, en su estudio *Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad*, tenía como propósito identificar las necesidades generales en un grupo de cuidadores de personas en situación de discapacidad en la localidad de Fontibón (Bogotá, Colombia), para proponer estrategias de acción que contribuyan a su bienestar y el de las personas que están a su cuidado, para ello tomó una muestra de 42 participantes, obteniendo como resultados lo siguiente:

Los cuidadores manifiestan necesidades ligadas profundamente a las personas que cuidan, haciendo manifiesto problemáticas desde lo económico, anomalías en el sistema de protección, dificultad para acceder a servicios de salud, infraestructura, empleabilidad entre otras; Adicional, esta investigación arrojó como resultado que: “La mayoría de los cuidadores son mujeres (75%) y sólo una cuarta parte son hombres. El rango de edad de los cuidadores se encontró entre los 38 y los 60 años”. (Fuente Redalyc; revista enfermería; 2010 pág.65)

La anterior investigación resulta fundamental, por lo que mide varios indicadores que afectan a los cuidadores, lo cual permite hacer un cotejo de la situación actual que viven los cuidadores del municipio de Chigorodó, frente a servicios de salud, infraestructura, empleabilidad etc.

Por otra parte, la investigación realizada por Porras Reyes, (2014) enfatiza en el *Perfil Psicopatológico Cognitivo de los Cuidadores Primarios de Pacientes en Condición de Discapacidad de la Fundación FANDIC en la Zona Norte de la Ciudad de Bucaramanga*, tomando como muestra a 36 cuidadores primarios de pacientes en condición de discapacidad, para lo cual utilizó los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, y los esquemas mal adaptativos tempranos de Young, los cuales revelaron que:

En términos de los diferentes niveles de depresión evaluados, a través del inventario de Beck se evidenció que el mayor porcentaje (41,67%; f= 15) se encuentra en el nivel de depresión moderada, lo cual corresponde a casi la mitad de los participantes. En orden de prevalencia, se encontraron evidencias de depresión intermitente en el 30,56% (f=11), perturbaciones leves del estado de ánimo (16,67%; f=6), altibajos emotivos normales (8,33%; f=3) y un solo caso de depresión grave (2,78%). (Fuente Base de datos Academia.edu; 2014 pág.34)

Dicho estudio cobra interés, dado que muestra las condiciones psicológicas-emocionales de los cuidadores en otro lugar del país, en relación a los constructos evaluados en la presente investigación (estrés, ansiedad, depresión), lo cual antecede, como base para realizar un comparativo, entre los constructos antes mencionados, con relación a las afectaciones que ocasionan en los cuidadores el rol ejecutado.

Una de las situaciones más relevantes en los cuidadores hace referencia a los posibles deterioros en la salud física y mental, según el estudio realizado por Ballester Ferrando, Juvinyà Cana, Brugada Motjé, Jordi , & Domingo Roura, (2014) en cuanto al estilo de vida, las relaciones y las alteraciones de salud mental; investigación que tenía como objetivo, realizar un perfil del cuidador informal y correlacionar la carga del cuidado con las alteraciones en los sujetos cuidadores; y detectar factores de riesgo que permitan llevar a cabo intervenciones de

enfermedades prematuras para disminuir las alteraciones en los cuidadores informales, para ello tomó una muestra de 269 participantes, en un estudio observacional y transversal que arrojó lo siguiente:

Los Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental obtuvo como resultado que un (67%) manifiesta que presentaba trastornos de salud previos al iniciar el papel de cuidador informal, Un 33% de los cuidadores informales (n=26) se encuentra bajo farmacoterapia por problemas relacionados con la salud mental, destacando un 50% de éstos en tratamiento con antidepresivos, un 25% de ellos con hipnóticos y un 25% con ansiolíticos. (2014 pág.5)

Se puede deducir que los cuidadores de personas con discapacidad se ven enfrentados a diversas situaciones en su diario vivir en relación a su rol, lo cual se refleja en su salud mental y se visibiliza en su calidad de vida, ya que el contexto de su realidad afecta los diferentes ámbitos de su diario vivir. Por lo tanto se toma como fuente de información en la presente investigación *“Estado emocional de cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó”* para contextualizar realidades desde diferentes ópticas.

2.2. Marco Teórico

A partir de la promulgación de la Convención sobre los Derechos la ONU, 2006 citado en Ministerio de Salud y Protección Social, (2014) acogió como propia la idea de que la Discapacidad es:

Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (Pág. 79)

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud, aprueba la discapacidad como un término general que abarca:

Las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (Organización Mundial de la Salud OMS)

De ahí que, según la ley 1145 de 10 de Julio de 2007, las personas con discapacidad se conciben como aquellas que tienen “limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano” El congreso de Colombia, (2007).

Por consiguiente, se entiende por discapacidad múltiple “la restricción manifiesta de más de una deficiencia relacionada con limitaciones motoras, auditivas, visuales y/o cognitivas”

Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, (Pág. 77). Es decir, la discapacidad múltiple son aquellas deficiencias motrices, intelectuales y/o sensoriales permanentes que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás.

La discapacidad múltiple según Sense International, (2011.) Se caracteriza por la presencia de distintas discapacidades en diferentes grados y combinaciones como:

- **Parálisis Cerebral:** Es un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente (irreversible y persistente a lo largo de toda la vida) y no inmutable (no quiere decir que las consecuencias no cambien involutiva o evolutivamente) del tono, la postura y el movimiento (trastorno neuromotor), debido a una lesión no progresiva (no aumenta ni disminuye, es decir, no es un trastorno degenerativo) Confederación Aspace, (2011).
- **Hidrocefalia:** Es el incremento del volumen total de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el interior de la cavidad craneal, lo que conlleva un aumento del tamaño de los espacios que lo contienen (ventrículos, espacios subaracnoideos y cisternas de la base). Puche Mira, (2008)
- **Microcefalia:** Es una malformación neonatal caracterizada por una cabeza de tamaño muy inferior a la de otros niños de la misma edad y sexo. Organización Mundial de la Salud, (2018)

Las cuales pueden tener un rango variable, dependiendo de la edad, así como de la combinación y severidad de sus discapacidades. Vale aclarar, que la discapacidad múltiple no es la suma de los tipos de discapacidad que puede tener una persona, sino la interacción que tienen juntas. Sense International, (2011.) Entendiéndose como tipos de discapacidad los siguientes:

- Deficiencia Visual: Comprende la alteración del sistema visual y que deja como consecuencia dificultades en el desarrollo de actividades que requieran el uso de la visión. Comprende personas ciegas o con baja visión. Ministerio de Salud y Protección Social, (2014) Pág.76
- Deficiencia Auditiva: Se refiere a la alteración de las estructuras y/o funciones sensoriales auditivas, estructuras del oído o del sistema nervioso implicadas en la audición, lo que limita la ejecución de las actividades de comunicación en forma sonora. Comprende personas con sordera o con hipoacusia. Ministerio de Salud y Protección Social, (2014) Pág. 76
- Deficiencia Motora: Está relacionada con trastornos relacionados con la alteración motriz, ya sea por alteraciones en el funcionamiento del sistema óseo articular, muscular y/o nervioso, lo que supone limitaciones para el desarrollo de actividades que implican movilidad. Ministerio de Salud y Protección Social, (2014) Pág.76

- Deficiencia Cognitiva: Alude al desempeño cognitivo de la persona, se refiere a aquella que presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y, por ende, en el aprendizaje. Ministerio de Salud y Protección Social, (2014) Pág.77

De ahí que las personas con discapacidad múltiple según Ruiz Ríos & Nava Galán, (2012) requieren de un cuidador, entendido este como “la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como aseo, alimentación, desplazamiento, entre otras” (Pág.163).

En otras palabras, se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida del otro, es decir, el cuidador es “aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le impide el desarrollo normal de sus actividades vitales”. Ruiz Ríos & Nava Galán, (2012). Por lo tanto, esta definición expresa la necesidad de tener en cuenta los diferentes tipos de cuidadores, los cuales se clasifican de la siguiente manera.

- Cuidador Principal: Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida. Rivas Herrera & Ostiguín Meléndez, (2011)

- Cuidador Formal: Es aquella persona que tiene vinculación laboral legal con una institución o persona natural y que tiene formación para el cuidado. Ministerio de Salud, (2016)
- Cuidador Informal: Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio. Rivas Herrera & Ostiguín Meléndez, (2011)
- Cuidador Primario: Persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Rivas Herrera & Ostiguín Meléndez, (2011)
- Cuidador Primario Informal: Asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente. Rivas Herrera & Ostiguín Meléndez, (2011)
- Cuidador familiar: Es aquella persona que tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado, y que brinda cuidado de forma permanente o transitoria Ministerio de Salud, (2016).

Por lo tanto esta labor desempeñada según Nava Galán & Ruiz Rios, (2012) “trae unas consecuencias latentes en la vida de quienes atienden a una persona dependiente, dado que puede verse afectada de muchas maneras”. (Pág. 164). Es habitual que experimenten cambios en

diferentes dimensiones vitales de su vida cotidiana como: en las relaciones familiares, en el trabajo y en su situación económica, en su tiempo libre, en su salud y en su estado de emocional, expresando sentimientos de tristeza, desesperación, impotencia, desesperanza, sentimientos de enfado e irritabilidad, de preocupación, de ansiedad, de estrés e inclusive de depresión, debido a que comúnmente no es una decisión del cuidador, sino una circunstancia, a la cual se adapta. Un hecho, que genera malestar emocional, el cual se entiende como la “sensación subjetiva por parte de una persona donde su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria”.

Del mismo modo, Salazar Fraile & Sempere Verdú, (2012) describe el estado emocional como sensaciones subjetivas que trascienden tanto a lo físico, a lo social como a lo emocional; emoción que según Oatley (1992) referenciado en Chóliz Montañés , (2005) podría definirse como una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo.

Por consiguiente, dicha situación afecta la salud mental, la cual según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es:

Un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad Organización Mundial de la Salud , (2013).

En otras palabras, la salud mental es un estado de equilibrio del individuo en relación a sus dimensiones habituales, las cuales en el caso de los cuidadores, por el rol empleado puede verse afectada, desencadenando estados de ánimo como estrés, que de acuerdo con Regueiro, (2014) es una “reacción fisiológica del organismo, en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o que hace una demanda incrementada”, en ese sentido Lazarus y Folkman, (1984) citado en Sierra, Ortega, & Zubeidat, (2003) concibe el estrés como una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias que se da en relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Pág. 37), es decir, que el estrés es el resultado de una “valoración” que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos/capacidades, y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas. Rodriguez Marin, Lopez Roig, & Pastor, (1993)

Del mismo modo, también puede repercutir en el cuidador la depresión que según la OMS, Organización Mundial de la Salud, (2017) es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, es decir, y de acuerdo con el Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad, (2014) la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e

impotencia frente a las exigencias de la vida), lo cual genera posibles cambios somáticos, psicológicos, conductuales y cognitivos.

Pero no solo el estrés y la depresión afectan a los cuidadores, también la ansiedad puede ser desarrollada por estos, la cual según Ayuso, (1988); Bulbena, (1986) citado en Sierra, Ortega, & Zubeidat, (2003) es:

Una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno supone unas sensaciones de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, que se manifiestan mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales (Pág. 15).

Barlow y Durand (2005) citado en (Díaz, Carlos Andrés, Luna Viveros, & Salgado, 2010) por su parte afirman que, la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro. En otras palabras, es un trastorno que se determina por producir sensaciones de preocupación. Desde el modelo cognitivo, se considera la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas. Se puede decir entonces, que el individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinada. (Pág. 69)

Por otro lado, se abordara el estado emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple, desde la triada cognitiva del psiquiatra cognitivo Aaron Beck, la cual es ideal para evaluar a los individuos desde tres componentes vitales que determinan la estabilidad mental del ser humano.

La tríada cognitiva reside en tres componentes cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de una manera idiosincrática, Beck, Rush, Shaw, & Emery, (1976) describe la composición de cada componente de la siguiente manera: el primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo, el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico.

El segundo componente de la tríada cognitiva, se centra en la tendencia del interpretar sus experiencias de una manera negativa, donde el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos Beck, Rush, Shaw, & Emery, (1976) El tercer y último componente se centra en la visión negativa acerca del futuro, donde el individuo anticipa sus dificultades o sufrimientos actuales, los cuales continuarán indefinidamente, cuando piensa en realizar una determinada tarea en un futuro inmediato, es inevitablemente que sus expectativas sean de fracaso.

Supuesto teórico que subyace en que los efectos y la conducta de un individuo, están determinados en gran medida por el modo en que dicho individuo estructura el mundo.

2.3. Marco Legal

En Colombia se ha dado un gran desarrollo normativo en favor de las personas con discapacidad en términos de derechos, a partir de la promulgación de la Constitución Política de 1991 enmarcada en un Estado Social de Derecho y fundada en el respeto de la dignidad humana, entendido dignidad humana según Nussbaum, (2007), citado en la Ministerio de Salud y Protección Social , (2014) “como un rasgo inherente a todas las personas, independientemente de sus capacidades o aportes reales o potenciales a la sociedad” desde su normatividad vela entre otras cosas, por proteger los derechos de las personas con discapacidad y propende por el respecto de esta población; tal como lo expresa el artículos 13 de los derechos fundamentales donde se consagra el principio de igualdad para todos los ciudadanos, el cual establece que “todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y, en esta medida, deben recibir la misma protección y trato de las autoridades y gozar de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ningún tipo de discriminación”. Congreso de la Republica de Colombia , (1991)

Del mismo modo, en el Congreso de la Republica de Colombia , (1991) se consagra la acción de promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, hecho donde el estado adopta medidas en favor de los grupos discriminados o marginados como es el caso de las personas con discapacidad, a quienes dentro del articulado de la constitución se les amparan los derechos a la salud, el trabajo, la educación, la participación etc. Con el fin de que esta población tenga participación, inclusión social y un goce efectivo de sus derechos. En ese sentido, la constitución busca garantizar los derechos de las personas con discapacidad y al mismo tiempo, establecer las obligaciones del estado y de la sociedad para con ellos.

A raíz del Congreso de la Republica de Colombia , (1991) se deriva la ley 361 de 1997 la cual está basada en los artículos 13, 47, 54 y 68 de la constitución nacional, que en consideración a la dignidad que le es propia a las personas en situación de discapacidad, reconoce los derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales en forma para su completa realización personal y su integración social, además se destacan mecanismos para la garantía de los derechos y la inclusión social. Por su parte el código de infancia y adolescencia, expedido mediante la Ley 1098 de 2006, en su artículo 36 establece que “los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tienen derecho a gozar de una calidad de vida plena, y a que se les proporcionen las condiciones necesarias por parte del estado para que puedan valerse por sí mismos, e integrarse a la sociedad”. Donde la Ley 1098, (2006) toma acciones tipificadas a reducir la vulnerabilidad y permitir la participación en igualdad de condiciones con las demás personas.

El congreso de la republica de Colombia, (2007) organizó el Sistema Nacional de Discapacidad (SND) a través de la Ley 1145, entendido como el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad contenidos en dicha ley. Además, el SND se organiza como el mecanismo de coordinación de los diferentes actores que intervienen en la inclusión social de la población con discapacidad, en el marco de los Derechos Humanos, con el fin de racionalizar los esfuerzos, aumentar la cobertura y organizar la oferta de programas y servicios, promover la participación de la población fortaleciendo su organización, así como la de las organizaciones públicas y de la sociedad civil que actúan mediante diversas estrategias de planeación, administración, normalización, promoción prevención, habilitación/rehabilitación, investigación, y equiparación de oportunidades.

Además la Ley 1145 de 2007, decreta en su artículo primero el objetivo de impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los derechos humanos. El congreso de Colombia, (2007)

Entendiendo por política publica un mecanismo de acuerdos que expresan objetivos de bienestar colectivo y permiten orientar el desarrollo, distribuir las responsabilidades y los recursos entre los actores sociales, orientadas por principios generales como: sostenibilidad, transversalidad, equidad, corresponsabilidad social, enfoque de derechos entre otros, con la finalidad de garantizar el goce de los derechos en igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Torres Melo & Santander A, (2013)

Por otra parte, en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, se ratifica la sentencia C-293/10 de la Ley 1346 , (2009) frente a la corte constitucional, con el propósito de “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”, como también, promover la comunicación, el lenguaje, la no discriminación, bajo principios generales de respeto, igualdad de oportunidades, accesibilidad, participación e inclusión. Por ello la convención entiende la discapacidad, como la resultante de

la interacción de las deficiencias corporales que presentan las personas, con las barreras actitudinales, físicas y comunicacionales que se encuentran en el entorno. Ley 1346 , (2009)

Además, en el artículo 5o. de la Ley 1346 , (2009) la igualdad y no discriminación se resalta para la convención, que los estados reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella, por tanto, prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva, A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación.

Por otro lado, la ley estatutaria Congreso de la Republica de Colombia, (2013) expone una serie de medidas y acciones afirmativas que amparan a las personas con discapacidad, en un marco de corresponsabilidad, que propende por la igualdad de condiciones para las personas con discapacidad, estableciendo garantías en el ejercicio efectivo de todos los derechos de dicha población; cuyo objetivo es asegurar mediante la adopción de medidas de inclusión, de ajustes razonables y de la eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad los derechos de las personas con discapacidad.

Así mismo, la ley estatutaria Congreso de la Republica de Colombia, (2013) estipula obligaciones para el estado, la sociedad y las entidades públicas del orden nacional, departamental, municipal, distrital y local, en el marco del sistema nacional de discapacidad, los cuales son responsables de la inclusión real y efectiva de las personas con discapacidad a través

de las instancias y organismos responsables; igualmente, contempla acciones transversales que dictan medidas para garantizar derechos como: transporte, cultura, recreación y deporte, información y comunicaciones, trabajo, educación, habilitación y rehabilitación integral, la salud, la protección social, a la vivienda, al acceso a la justicia, entre otros de las personas con discapacidad.

Desde la resolución 00583 del 2018 se implemento la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social, (2018) el cual se implementa en todo el territorio nacional, como base de datos que permite la recopilación de información sobre la persona con discapacidad.

CAPITULO III.

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque de la investigación

El enfoque cuantitativo según Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio ,(2006) es un método científico que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Pág. 15)

De acuerdo con los objetivos planteados en el presente estudio, se desarrollará desde el enfoque cuantitativo, en el cual se plantea un problema delimitado y concreto, con el fin de someter a prueba las hipótesis planteadas, mediante técnicas e instrumentos estandarizados que arrojan información probatoria, utilizando el método deductivo como herramienta que permite ir de lo general, a lo particular; además, se empleara el tipo de investigación descriptiva para la recolección de información sobre las variables suscitadas.

3.2. Alcance

El presente estudio tiene un alcance descriptivo, el cual Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio ,(2006) es entendido como la búsqueda de especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. (Pág. 92)

Es decir que se someta análisis; por tanto, este método permite mostrar con claridad la dimensión del contexto de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, ya que analiza como es y cómo se manifiesta dicho fenómeno y sus componentes. Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio , (2006)

Por otra parte el estado emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple, permite generar información para la construcción de la política pública del municipio de Chigorodó, dado que desde la perspectiva del cuidador, como un agente indirecto de la discapacidad, puede contextualizar la situación desde su vivencia propia, además la acción social de la investigación aporta conocimientos en el campo de la psicología clínica y social.

3.3. Población

Para analizar esta problemática se efectuará una investigación de corte cuantitativo, que según Cadena (1974) citado en Castillo T, (2011) describe como una investigación que representa un proceso secuencial y probatorio, donde se entiende por población a un conjunto de elementos que presentan una característica común". En ese sentido, los participantes del estudio serán 20 cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple del municipio de Chigorodó, equivalentes al 1,7% de la población inscrita en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD. Se denota que la población objeto se

encuentra ubicada tanto en el área urbana como rural, en rangos de edad de 24 a 55 años. Vale aclarar que se tomó como criterio:

- La accesibilidad.
- El diagnóstico de discapacidad múltiple de quien está bajo su cuidado.
- Principal cuidador.

3.4. Muestra

Para la presente investigación se tomó como muestra 10 cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple del área urbana del municipio de Chigorodó, lo cual equivale al 50% de los cuidadores de la población registrada con diagnóstico de discapacidad múltiple, cuidadores que se encuentran en rangos de edad de 24-55 años. Cabe aclarar que sólo fue tomada la población en mención “urbana” por razones de accesibilidad, dado que el resto de personas registradas residen en el área rural.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Para la presente investigación se emplearon los instrumentos psicométricos: entrevista estructurada, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Afrontamiento de Estrés.

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Tabla 1 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)-Anexo

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	
Nombre	Inventario de Ansiedad de Beck.
Autor	Aaron Beck, en 1988.
Constructo evaluado	Ansiedad.
Administración	Autoaplicado.
Objetivo	Valorar la severidad de los síntomas de ansiedad y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Gonzalez Llana, (2007)
Descripción	El inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad, relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV, considerado un instrumento único para valorar los síntomas somáticos de ansiedad. Gonzalez Llana, (2007)
Calificación	La puntuación total es la suma de todos los ítems, donde se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados, cada ítem se puntúa de 0 a 3, la siguiente manera: 0= en absoluto. 1= Levemente, No me molesta mucho. 2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo. 3= Severamente, casi no puedo soportarlo. (Pág. 192)

- Inventario de depresión de Beck (BDI)

Tabla 2 Inventario de depresión de Beck (BDI)-Anexo

Inventario de Depresión de Beck (BDI)	
Nombre	Inventario de depresión de Beck (BDI)
Autor	Aaron Beck, Ward C.H, Meldenson M, Mock J & Erbauhg J, en 1961
Constructo evaluado	Depresión
Administración	Autoaplicado.
Objetivo	Evaluar las manifestaciones de la depresión.
Descripción	<p>Su fundamentación teórica según Gonzalez Llana, (2007) es el enfoque cognitivo, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. (Pág. 200)</p> <p>El cual es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert, interpretación de las puntuaciones se ofrecen 3 puntos de corte, que permiten calificar el nivel de depresión como mínima, leve, moderada o grave. Penalver, (2013)</p>
Calificación	La puntuación total es la suma de todos los ítems, donde se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Penalver, (2013)

- Cuestionario de afrontamiento de estrés

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) según Sandín & Chorot, (2002) es una medida de autoinforme, el concepto de «afrontamiento» del estrés hace referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés; dicho cuestionario está diseñado para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: (1) focalizado en la solución del problema, (2) autofocalización negativa, (3) reevaluación positiva,

(4) expresión emocional abierta, (5) evitación, (6) búsqueda de apoyo social, y (7) religión. (Pág. 39)

- Entrevista estructurada

En la entrevista estructurada según Folgueiras, (2013) se decide de antemano, el tipo de información que se quiere indagar y en base a ello, se establece un guion de entrevista fijo y secuencial, donde el entrevistador sigue el orden marcado y las preguntas están pensadas para ser contestadas por los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple de Chigorodó, la cual tiene el objetivo de fortalecer la información recolectada del estado emocional del cuidador,

3.6. Proceso y análisis de la información

Los instrumentos de recolección de datos empleados en la presente investigación, se aplicaron durante visitas domiciliarias a cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, donde se utilizaron los instrumentos: Inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad de Beck, Cuestionario de Afrontamiento de estrés y entrevista estructurada.

Para la aplicación de los instrumentos se dio a conocer la finalidad de la investigación, la cual era totalmente libre y voluntaria, cuyos resultados obtenidos serian tratados confidencialmente con fines académicos; dicha información quedó consignada en el

consentimiento informado, el cual debía ser firmado previamente a la aplicación de los instrumentos.

- **Análisis de la información, inventario de Ansiedad de Beck (BAI)-Anexo**

Tabla 3 Descripción del instrumento empleado- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Características Generales	
Nombre del instrumento	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Autor	Aaron T. Beck y Robert A. Steer
Constructo evaluado	Ansiedad
Población aplicable	Personas > de 13 años de edad
Población a quien se le aplicó	Cuidadores de niños niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó
Soporte	Administración oral o papel y lápiz
Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas y rangos de evaluación.	La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos y se clasifica en leve, moderado, grave. Penalver, (2013)
Criterios de clasificación de los resultados obtenidos.	La puntuación total es la suma de todos los ítems, Los puntos de corte sugeridos para interpretar los resultados son los siguientes: 00-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada, más de 36 ansiedad severa. Penalver, (2013)

- **Análisis de la información, Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)-Anexo**

Tabla 4 Descripción del instrumento empleado- Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Características Generales	
Nombre del instrumento	Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)
Autor	Aaron T. Beck, Robert A Steer & Gregory K. Brown.
Constructo evaluado	La depresión
Población aplicable	Personas > de 13 años de edad

Población a quien se le aplicó	Cuidadores de niños niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó
Soporte	Administración oral o papel y lápiz
Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas y rangos de evaluación.	El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. (Penalver, 2013)
Criterios de clasificación de los resultados obtenidos.	La puntuación total es la suma de todos los ítems, donde se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Penalver, (2013)

- **Análisis de la información, Cuestionario de afrontamiento de estrés-Anexo**

Tabla 5 Descripción del instrumento empleado- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Características Generales	
Nombre del instrumento	Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)
Autor	Bonifacio Sandín y Paloma Chorot
Constructo evaluado	Estrés
Población aplicable	Personas > de 13 años de edad
Población a quien se le aplicó	Cuidadores de niños niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó
Soporte	Administración oral o papel y lápiz
Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas y rangos de evaluación.	El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 42 ítem, subdividido en 7 escalas Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta, Religión, Focalización en la solución del problema, Evitación, Autofocalización negativa y Reevaluación positiva, donde la puntuación mínima es de 0 y la puntuación máxima es de 24

	<p>por categoría. (Vaca Narváez & Sandoval Villalba, 2016)</p> <p>Factores Evaluados del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)</p> <p>Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Contar los sentimientos a familiares o amigos 13. Pedir consejo a parientes o amigos 20. Pedir información a parientes o amigos 27. Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado 34. Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir 41. Expresar los sentimientos a familiares o amigos <p>Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Descargar el mal humor con los demás 11. Insultar a otras personas 18. Comportarse hostilmente 25. Agredir a alguien 32. Irritarse con la gente 39. Luchar y desahogarse emocionalmente <p>Factor 3: Religión (RLG)</p> <ul style="list-style-type: none"> 7. Asistir a la Iglesia 14. Pedir ayuda espiritual 21. Acudir a la Iglesia para rogar se solucione el problema 28. Confiar en que Dios remediase el problema 35. Rezar 42. Acudir a la Iglesia para poner velas o rezar <p>Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Analizar las causas del problema 8. Seguir unos pasos concretos 15. Establecer un plan de acción 22. Hablar con las personas implicadas¹ 29. Poner en acción soluciones concretas 36. Pensar detenidamente los pasos a seguir <p>Factor 5: Evitación (EVT)</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Concentrarse en otras cosas 12. Volcarse en el trabajo u otras actividades 19. «Salir» para olvidarse del problema 26. No pensar en el problema 33. Practicar deporte para olvidar 40. Tratar de olvidarse de todo <p>Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. Autoconvencerse negativamente 9. No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas 16. Autoculpación 23. Sentir indefensión respecto al problema 30. Asumir la propia incapacidad para resolver la situación 37. Resignarse <p>Factor 7: Reevaluación positiva (REP)</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Ver los aspectos positivos 10. Sacar algo positivo de la situación 17. Descubrir que en la vida hay gente buena¹ 24. Comprender que hay cosas más importantes 31. No hay mal que por bien no venga 38. Pensar que el problema pudo haber sido peor
<p>Criterios de clasificación de los resultados obtenidos.</p>	<p>La puntuación total de cada factor es la suma de todos los ítems, donde se han establecido puntos</p>

	de corte que permiten clasificar el afrontamiento del estrés: 0-6 Nunca 7-12 pocas veces 13-18, a veces y 19-24 casi siempre Vaca Narváez & Sandoval Villalba, (2016)
--	---

Análisis de la información, Entrevista estructurada

La entrevista estructurada se empleó como instrumento para recolectar información acerca del estado emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes; la cual fue elaborada de antemano como un guión fijo y secuencial, con la información que se quería conocer de manera puntual, desde las experiencias, acontecimientos y opiniones de cada cuidador.

Tabla 6 Descripción del instrumento empleado- Entrevista estructurada.-Anexo

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA CUIDADORES DE NIÑO, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE EN EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ.

Objetivo: Fortalecer la información recolectada del estado emocional del Cuidador.

Marque con una X la respuesta con la que se sienta identificada (o), según su situación actual (SI) (NO).

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA CUIDADORES	SI	NO
¿Usted es el cuidador principal?		
¿Se ve limitado a realizar otras actividades, por su labor de cuidador?		
¿El hecho de ser cuidador interfiere en su dinámica habitual de su vivir?		
¿Su labor de cuidar demanda un esfuerzo psicológico y emocional?		
¿Le ha cambiado la vida ser cuidador?		
¿Ha sentido deseos de renunciar al rol de cuidador?		
¿Ha presentado usted depresión, ansiedad y estrés por ser cuidador?		
¿Cree usted que el rol de cuidador conlleva a presentar un deterioro físico-emocional que afecta su calidad de vida?		
¿Se encuentra usted actualmente laborando?		

Activar Windo
la Configuración

CAPÍTULO IV

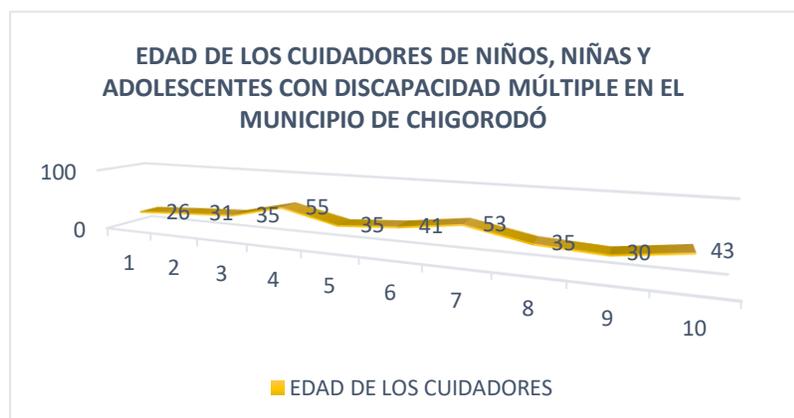
HALLAZGOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

4.1. Triangulación de la información

Desde la información recolectada a través de los instrumentos empleados para analizar el estado emocional de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes en el Municipio de Chigorodó, los cuales se enfocaron desde la perspectiva de ansiedad, depresión y afrontamiento de estrés se obtuvo como resultado los siguientes datos:

A partir del ejercicio de recolección de información se pudo identificar que el 100% de los cuidadores de niño, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó son mujeres, de las cuales el 90% son madres de quien posee la discapacidad y el 10% restante de cuidadores son abuelas maternas, lo que confirma la hipótesis inicialmente planteada de que *“Los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el Municipio Chigorodó, en la mayoría de los casos son mujeres”*.

Gráfico 1 Edad de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el Municipio de Chigorodó



Asimismo se pudo determinar que los cuidadores se encuentran en un promedio de 38 años de edad.

Por otra parte según la información recopilada en la entrevista, se infiere que la labor de cuidador demanda tiempo completo y parcial en la población muestra, haciendo manifiesto las limitaciones para laborar; hecho que se hace evidente no solo en la presente investigación, sino que también se refleja en los resultados de la investigación *“Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad”*, realizada por Buitrago Echeverri, Ortiz Rodríguez, & Eslava Albarracín, (2010) donde argumentó, que los cuidadores presentan problemáticas en lo económico, la accesibilidad y las anomalías en el sistema de protección por la limitación de no tener empleabilidad, debido al rol desempeñado, situación que repercute en diversos ámbitos del individuo como:

1. Situación económica

La situación económica es un factor que afecta a los cuidadores, ya que al no desempeñar una actividad económica, reduce el mejoramiento de la calidad de vida del niño, niña o adolescentes que posee la discapacidad múltiple, dado que esta mediante elementos esenciales como: caminadores con indicaciones médicas específicas, pañales y suplementos nutricionales puede mejorar, y aunque en la Ley Estatutaria 1618 De (2013,) hace responsable a las entidades públicas del orden nacional, departamental, municipal, distrital y local, en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad, de la inclusión real y efectiva de las personas con discapacidad de garantizar el ejercicio total y efectivo de sus derechos, donde la población con discapacidad debe ser atendida dentro de los servicios ya establecidos por el Gobierno Nacional, lo cual apunta a garantizar el goce pleno en el derecho a los servicios de salud entre otros, en la actualidad no se efectúa.

Cabe aclarar, que los elementos anteriormente mencionados deben ser otorgados sin restricción alguna por parte de las diferentes E.P.S (empresa prestadora de servicios de salud), teniendo en cuenta que esta población no goza de una atención diferencial, dicha ordenanza por parte de la ley no se cumple a cabalidad, adicional a esto, se presenta el agravante que el 100% de las cuidadoras no reciben ningún tipo de remuneración económica.

2. Relaciones Interpersonales

De acuerdo con los datos recolectados en la entrevista, se deduce que las relaciones significativas con familiares y amigos de los cuidadores, han disminuido tanto en cantidad como en calidad, esto como consecuencia del rol ejercido, dado que su tiempo de ocio se ve reducido para mantener y establecer nuevas relaciones, además se visibilizo en algunos casos, que los cuidadores no se dedican tiempo a sí mismos, por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si lo hace está abandonando su responsabilidad. La reducción de actividades en general y, sobre todo, de las actividades sociales es muy frecuente y está relacionada con sentimientos de tristeza y de aislamiento. Ruiz Ríos & Nava Galán, (2012)

3. Estado de Ánimo.

La situación de cuidar a otra persona, hace que muchos de los cuidadores participantes en el estudio experimenten sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión, desesperanza, sentimientos de enfado e irritabilidad, de preocupación y ansiedad, sentimientos negativos que afectan psicológicamente al cuidador, y que fueron comprobados en la entrevista aplicada.

Situación que genera malestar emocional y que repercute en la visión del cuidador de sí mismo, el mundo y su futuro.

Percepción de los cuidadores de sí mismos, el mundo y el futuro en relación a la tríada cognitiva de Beck.

Según Beck, Rush, Shaw, & Emery, (1976) el primer componente de la tríada se centra en la visión negativa de sí mismo donde tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo (Pág. 19)

Visión de sí mismo: Los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, argumentaron durante el tiempo de aplicación de los instrumentos frases como “mi vida no es igual, ha cambiado en todos los aspectos” , lo cual se puede interpretar que este se siente atrapado en el rol que desempeña a raíz de dejar de lado actividades que antes solía realizar, las cuales le daba un estado de bienestar, en palabras propias de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes del Municipio de Chigorodó, aluden que “*No soy el mismo pero tampoco me siento capaz de abandonar a esta persona que depende de mí de forma parcial o total*”; visto desde una postura crítica, el cuidador deja de vivir para él, con el fin de servirle de forma íntegra al individuo que presenta la discapacidad múltiple ; en otras palabras el cuidador se percibe como alguien que ha adoptado una responsabilidad que le limita realizar otras actividades.

De igual manera el segundo punto de la triada cognitiva según Beck, Rush, Shaw, & Emery, (1976) se centra en la tendencia del a interpretar sus experiencias de una manera negativa, donde el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperable para alcanzar sus objetivos.

Visión del mundo: Los cuidadores de niños, niñas y adolescentes, suele percibir su entorno desde un plano de pocas oportunidades, viéndose altamente limitado para realizar actividades especialmente en lo laboral por la exigencia de horarios, dado que manifiestan sentirse incomprendido y poco aceptado desde el rol que asume como cuidador; desde la óptica de un cuidador se descubren falencias a partir de la poca culturalización y sensibilización hacia las personas que no han sido tocadas de forma directa e indirecta por la discapacidad, esto apunta a la infraestructura no condicionada para facilitar el desplazamiento de una persona con discapacidad, lo cual tiene una incidencia de daño o alteración directa en el cuidador especialmente en su salud física, por ser el cuidador quien debe buscar mecanismos (obstáculos en el desplazamiento por infraestructura vial) para desplazar al individuo que está bajo su cuidado.

Así mismo el tercer componente de la tríada cognitiva según Beck, Rush, Shaw, & Emery, (1976) se centra en la visión negativa acerca del futuro, donde anticipa sus dificultades o sufrimientos actuales que estos continuarán indefinidamente, cuando piensa en realizar una determinada tarea en un futuro inmediato, es inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

(Pág. 20)

Frente a la visión del futuro: Los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple, durante el ejercicio de recolección de información expresaron pensamientos donde conciben la esperanza que el individuo que presenta la discapacidad múltiple pueda desarrollar ciertas habilidades que le permita adquirir cierta independencia; Una de la preocupación latente de los cuidadores radica principalmente al momento de su propia muerte, donde para ellos surgen preguntas como ¿quién cuidará de él/ella?; la visión de un cuidador hacia el futuro no se ve desde un plano unipersonal, este siempre va ligado a la vida de la persona que presenta la discapacidad, donde creen que nadie puede asumir mejor ese rol, es decir dos vidas, dos personas un solo pensamiento que engloba todo un futuro incierto.

RESULTADOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 7. Resultados generales de la investigación "Estado emocional de cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó".

CASOS	PARENTESCO DEL CUIDADOR	EDAD DEL CUIDADOR	ESTRÉS		ANSIEDAD	DEPRESIÓN
			Factores evaluados	Puntuación y calificación por categorías		
Caso 1	Madre	26 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	18 A Veces	20 puntos Ansiedad muy baja.	12 puntos Mínima Depresión.
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	12 Pocas Veces		
			Factor 3: Religión (RLG)	15 A Veces		
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	15 A Veces		
			Factor 5: Evitación (EVT)	8 Pocas Veces		
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	9 Pocas Veces		
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	16 A Veces		
Caso 2	Madre	31 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	0 Nunca	34 Puntos Ansiedad Moderada	8 Puntos Mínima Depresión.
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	6 Nunca		
			Factor 3: Religión (RLG)	12 Pocas Veces		
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	17 A Veces		
			Factor 5: Evitación (EVT)	9 Pocas Veces		
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	5 Nunca		
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	17 A Veces		

CASOS	PARENTESCO DEL CUIDADOR	EDAD DEL CUIDADOR	ESTRÉS		ANSIEDAD	DEPRESIÓN
			Factores evaluados	Puntuación y calificación por categorías		
Caso 3	Madre	35 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	20 Casi Siempre	28 Puntos Ansiedad Moderada	10 Puntos Mínima Depresión
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	6 Nunca		
			Factor 3: Religión (RLG)	24 Casi Siempre		
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	22 Casi Siempre		
			Factor 5: Evitación (EVT)	88 Pocas Veces		
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	23 Casi Siempre		
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	21 Casi Siempre		
Caso 4	Madre	55 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	15 A Veces	22 Puntos Ansiedad Moderada	9 Puntos Mínima Depresión
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	6 Nunca		
			Factor 3: Religión (RLG)	14 A Veces		
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	18 A Veces		
			Factor 5: Evitación (EVT)	15 A Veces		
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	12 Pocas Veces		
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	18 A Veces		
Caso 5	Madre	35 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	20 Casi Siempre	9 Puntos Ansiedad muy baja	4 Puntos Mínima Depresión
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	3 Nunca		
			Factor 3: Religión (RLG)	14 A Veces		
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	8 Pocas Veces		
			Factor 5: Evitación (EVT)	10 Pocas Veces		

CASOS	PARENTESCO DEL CUIDADOR	EDAD DEL CUIDADOR	ESTRÉS		ANSIEDAD	DEPRESIÓN	
			Factores evaluados	Puntuación y calificación por categorías			
				Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)			7 Pocas Veces
				Factor 7: Reevaluación positiva (REP)			11 Pocas Veces
Caso 6	Madre	41 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	6 Nunca	10 Puntos Ansiedad muy baja.	3 Puntos Mínima Depresión	
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	2 Nunca			
			Factor 3: Religión (RLG)	12 Pocas Veces			
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	14 A Veces			
			Factor 5: Evitación (EVT)	3 Nunca			
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	3 Nunca			
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	13 A Veces			
Caso 7	Abuela	53 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	11 Pocas Veces	2 Puntos Ansiedad Muy Baja.	5 Puntos Mínima Depresión	
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	2 Nunca			
			Factor 3: Religión (RLG)	22 Casi Siempre			
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	12 Pocas Veces			
			Factor 5: Evitación (EVT)	7 Pocas Veces			
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	6 Nunca			
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	16 A Veces			

CASOS	PARENTESCO DEL CUIDADOR	EDAD DEL CUIDADOR	ESTRÉS		ANSIEDAD	DEPRESIÓN
			Factores evaluados	Puntuación y calificación por categorías		
Caso 8	Madre	35 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	4 Nunca	25 Puntos Ansiedad Moderada	18 Puntos Depresión Leve
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	14 A Veces		
			Factor 3: Religión (RLG)	13 A Veces		
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	12 A Veces		
			Factor 5: Evitación (EVT)	6 Nunca		
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	7 Pocas Veces		
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	17 A Veces		
Caso 9	Madre	30 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	13 A Veces	10 Puntos Ansiedad Muy Baja.	7 Puntos Mínima Depresión
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	4 Nunca		
			Factor 3: Religión (RLG)	3 Nunca		
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	21 Casi Siempre		
			Factor 5: Evitación (EVT)	11 Pocas Veces		
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	5 Nunca		
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	12 Pocas Veces		

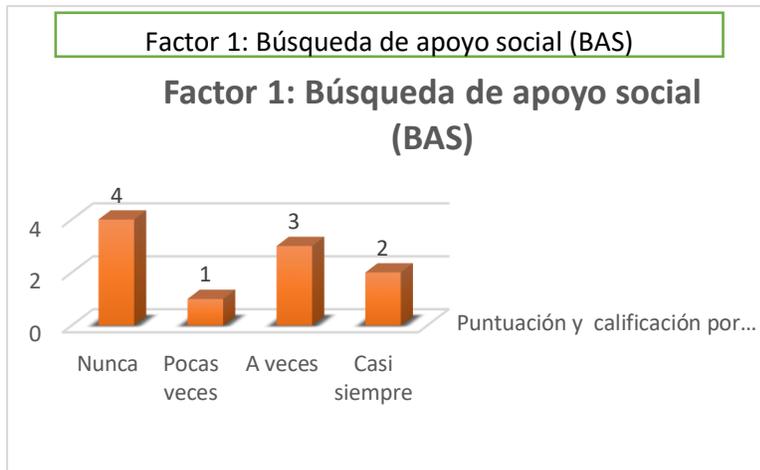
CASOS	PARENTESCO DEL CUIDADOR	EDAD DEL CUIDADOR	ESTRÉS		ANSIEDAD	DEPRESIÓN
			Factores evaluados	Puntuación y calificación por categorías		
Caso 10	Madre	43 Años	Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)	6 Nunca	18 Puntos Ansiedad Muy Baja.	12 Puntos Mínima Depresión
			Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)	3 Nunca		
			Factor 3: Religión (RLG)	21 Casi Siempre		
			Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)	9 Pocas Veces		
			Factor 5: Evitación (EVT)	19 Casi Siempre		
			Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)	13 A Veces		
			Factor 7: Reevaluación positiva (REP)	11 Pocas Veces		

Fuente: Producción propia.

La tabla evidencia los resultados en cuanto a la categoría: Estado emocional de los cuidadores, información que se evidencia a continuación desde las teorías de apoyo y otros autores.

Teniendo en cuenta gráfico 2, la anterior información, se pudo establecer que los resultados del cuestionario de afrontamiento de estrés ponen de manifiesto que los cuidadores de niños, niñas y adolescentes del municipio de Chigorodó, manejan el afrontamiento del estrés desde los siete factores planteados por Sandín y Paloma Chorot de la siguiente forma:

Gráfico 2 Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)

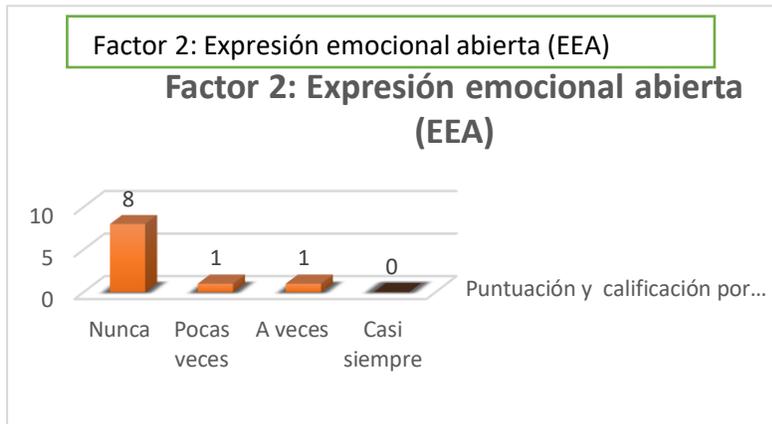


En el factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS) se pudo determinar que: El 40% nunca busca apoyo social, el 30% lo busca a veces, el 20% casi siempre y el 10% busca apoyo social pocas veces, según Garcia, Fantin, &

Pardo, (2016) la búsqueda de apoyo social, identifica la consideración acerca de personas y redes de apoyo, que puedan aportarle un adecuado manejo de la situación estresante al individuo.

De acuerdo con la gráfica, se indica que el 40% de los cuidadores nunca ha buscado apoyo social para enfrentar el conflicto, lo que refiere que los participantes de este estudio no suelen afrontar las situaciones estresantes de manera activa, sino que por el contrario, interiorizan el conflicto para sí mismos, lo que resulta poco favorable para su bienestar emocional y su calidad de vida; dado que la búsqueda de apoyo social según Aguerre y Bouffard, (2008). Citado en Silva, (2016) podría considerarse como un elemento protector en relación con la salud, ya que disminuye los efectos negativos del estrés y aumenta el bienestar y satisfacción con la vida.

Gráfico 3 Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)

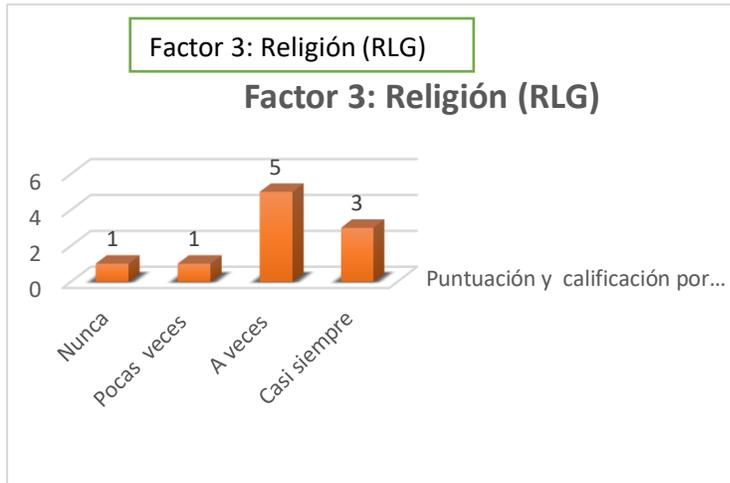


En el factor 2: Expresión emocional abierta (EEA) se pudo comprobar que: El 80% nunca tiene una expresión emocional abierta, el 10% lo hace pocas veces y el 10% a veces manifiesta

expresiones emocionales abiertas con familiares o amigos. Entendiendo la expresión emocional abierta, según Garcia, Fantin, & Pardo, (2016) como una estrategia orientada a una descarga emocional, mediante la externalización del mal humor recurriendo a veces a insultos, hostilidades y cierta irritabilidad por la cual busca desahogarse emocionalmente.

Hecho que la gráfica evidencia con un 80% de que los cuidadores nunca tienen una expresión emocional abierta, es decir, que no buscan la cercanía de otros, donde las emociones tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal, según Plutchik, (1980) referenciado en Piqueras Rodríguez, Ramos Linares, Martínez González, & Oblitas Guadalupe, (2009) la activación del sustrato fisiológico de cada emoción, puede tener consecuencias sobre la salud de los individuos y en general juegan un papel importante en el bienestar/ malestar psicológico de las personas, (Pág. 88) esto puede verse reflejado de forma negativa en la salud física y psicológica del cuidador.

Gráfico 4 Factor 3: Religión (RLG)



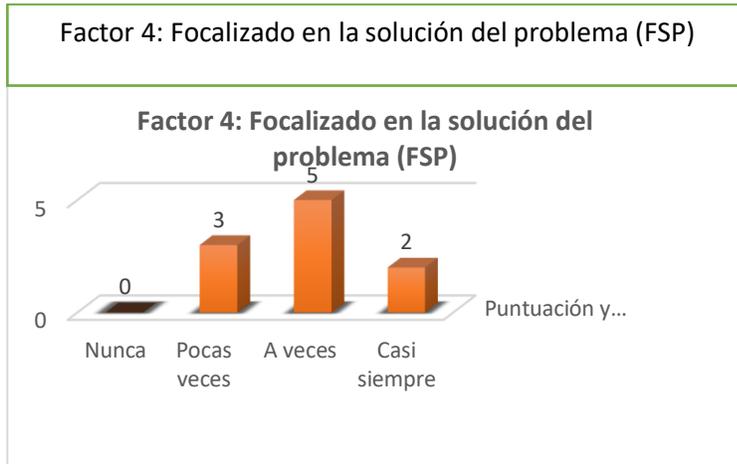
En el factor 3: Religión (RLG) se pudo establecer que: El 50% acude a veces a una iglesia, el 30% acude casi siempre, el 10% acude pocas veces y el 10% no asiste nunca.

Donde según Garcia, Fantin, & Pardo, (2016) la religión refleja una

actitud centrada en la espiritualidad, acudiendo al rezo y a la oración como modo de tolerar o intentar dar una solución a los problemas.

Se evidencia que el 50% de los cuidadores a veces acuden a recintos religiosos como opción de afrontamiento de la situación vivida; hecho que según Osler (1910) citado en Carrasco Rodríguez, (2015), señala como “la fé posee un papel saludable dentro del ámbito de la práctica médica”, haciendo referencia a la manera en la que la religión promueve un afrontamiento positivo frente a las distintas enfermedades, sobre todo, en aquellas de carácter crónico, del mismo modo George Coe (1900) postula la religión como una tendencia que se centra en los aspectos positivos que aportan equilibrio a la salud, tanto física como mental, así como una ayuda que puede beneficiar en situaciones de malestar emocional. (Pág. 16).

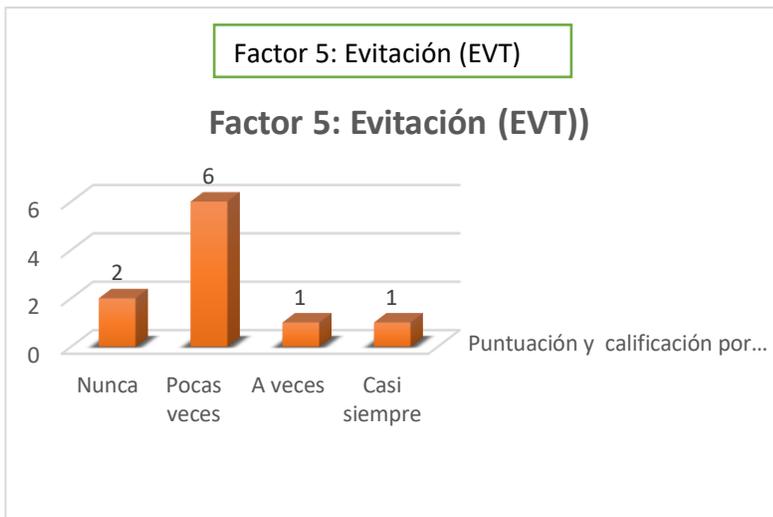
Gráfico 5 Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)



En el factor 4: Focalización en la solución del problema (FSP), se pudo determinar que: El 50% A veces ejecuta soluciones para un problema, el 30% pocas veces lo hace y el 20% lo hace casi siempre. De acuerdo con Garcia, Fantin, & Pardo, (2016) la

Focalización en la solución del problema es la tendencia del sujeto a analizar las causas del problema, planear y ejecutar alternativas para llegar a una resolución; como se evidencia en la gráfica el 50% de la muestra realiza una focalización del conflicto, como una acción racional para solucionar las situaciones problemáticas, acto positivo que genera bienestar emocional en el cuidador, ya que favorece su salud mental, teniendo en cuenta que la reestructuración que hacen, es conforme con sus experiencias pasadas en relación con lo aprendido; el deseo de lograr superar las dificultades les impulsa a dirigir todo su esfuerzo hacia la solución. Mankeliunas, (2009)

Gráfico 6 Factor 5: Evitación (EVT)



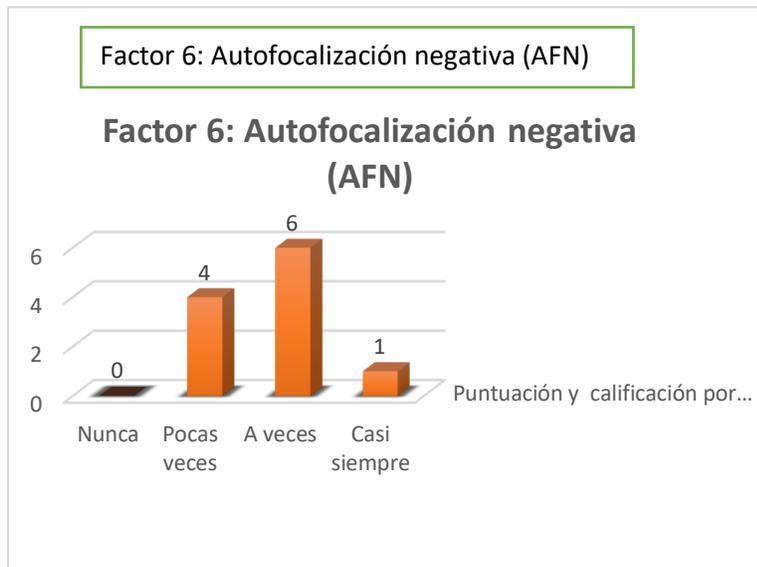
En el Factor 5: Evitación (EVT), se pudo establecer que: El 60% de la muestra pocas veces realiza otras actividades para olvidar un determinado problema, el 20% nunca lo hace, el 10% a veces hace y el 10% casi siempre lo

hace. Entendiese este factor según Garcia, Fantin, & Pardo, (2016) como llevar a cabo actividades o acciones que contribuyan a neutralizar los pensamientos valorados negativos o perturbadores.

De acuerdo con la gráfica, se evidencia que el 60% de los cuidadores usan la evitación como una estrategia para neutralizar los pensamientos valorados negativos, recurriendo a diferentes actividades o acciones que le posibiliten inhibir y/o ignorar las sensaciones asociadas al estrés, optando por alternativas de escape que le permitan liberar la tensión acumulada. Acciones que según Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn, 2007; Pienaar, Rothmann & Van de Vijver, (2006). Citado en Garcia, Fantin, & Pardo, (2016) son susceptibles para que el individuo presente cierta fragilidad emocional, trastornos de ansiedad y depresión, como también comportamientos disfuncionales: abuso de drogas y/o alcohol, aislamiento social, maltrato de pareja e ideación suicida. (Pág. 31); Es decir, que dicha estrategia podría ocasionar un malestar emocional en el cuidador, como consecuencia de la situación de estrés al no hacerle frente, ya

que como afirma Kohlmann (1993), la evitación representa una clara preferencia por no ejercer control. Díaz, Carlos Andrés, Luna Viveros, & Salgado, (2010)

Gráfico 7 Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)

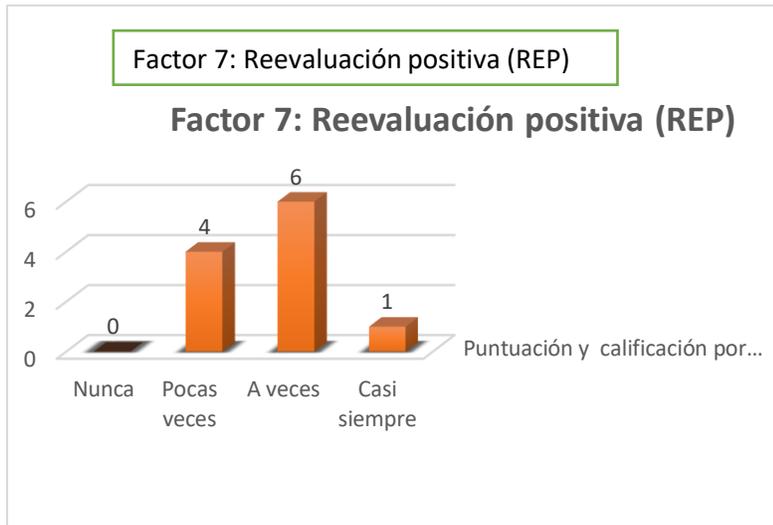


En el factor 6:
Autofocalización negativa (AFN), se pudo comprobar que: El 40% pocas veces tiene autofocalización negativa, el 40% nunca presenta este tipo de sentimientos, el 10% los presentan a veces y el 10% restante, casi siempre los presentan;

lo cual según García, Fantin, & Pardo, (2016) son personas, cuya característica es autoinculparse y tener sentimientos de indefensión, incapacidad y resignación respecto de la situación a enfrentar.

Según lo evidencia la gráfica el 40% de los cuidadores nunca se ha autofocalizado en lo negativo, aunque un 40% de la muestra lo ha hecho pocas veces, estilo de afrontamiento que conlleva a la culpa, sentimientos de incapacidad para afrontar la situación y la creencia de que las cosas suelen salir mal, acciones que afectan de manera considerable las diversas dimensiones de la calidad de vida percibida Contreras (2007) citado en Espinosa, Contreras, & Esguerra, (2009) lo que sugiere, que los cuidadores no pierden el control de su situación para hacerle frente al estrés.

Gráfico 8 Factor 7: Reevaluación positiva (REP)



En el Factor 7:

Reevaluación positiva (REP), se pudo determinar que: El 60% busca a veces sacar lo positivo de los problemas, el 40% pocas veces lo hace y el 10% lo hace casi siempre. Donde la reevaluación positiva según Garcia, Fantin, &

Pardo, (2016) la persona busca aprender de las dificultades experimentadas, centrándose en los aspectos positivos del problema y generando pensamientos que favorezcan la forma de vivir la situación estresante.

De acuerdo con lo que se muestra en la gráfica, se infiere que el 60% de los cuidadores a veces usa la reevaluación positiva como estrategia para aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema, lo que contribuye a generar pensamientos que favorecen la resolución del conflicto, ya que dichas acciones movilizan esfuerzos en distintos tipos de solución Fernández, (1997) citado en Díaz, Carlos Andrés, Luna Viveros, & Salgado, (2010) Es decir, que el afrontamiento de reevaluación positiva involucra estados optimistas en torno a la situación, que benefician la salud mental y la percepción de bienestar y calidad de vida de los individuos Van der Zaag-Loonen, Grootenhuis, Last & Derkx, 2004; Wu, Lee, Baig & Wichaikhum, (2001) citado en Espinosa, Contreras, & Esguerra, (2009)

Gráfico 9 Resultados predominantes en los cuidadores por cada factor

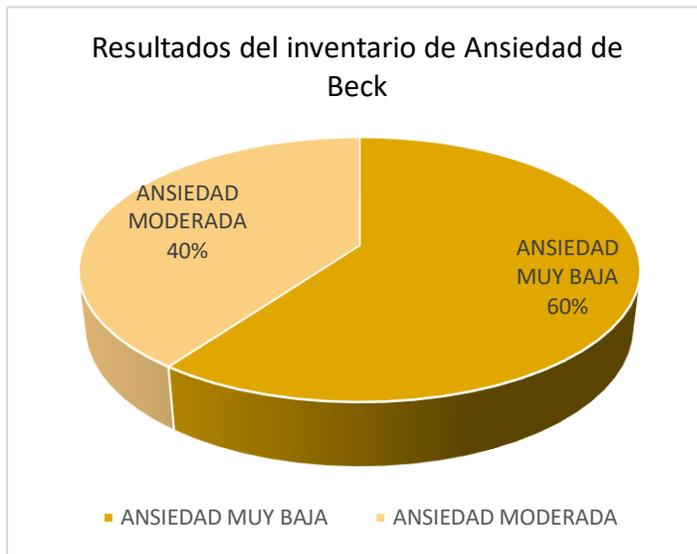


En términos generales se encontraron diferencias significativas en la muestra, referente a los estilos de afrontamiento lógico - racional que sugiere que los cuidadores toman decisiones y asumen

conductas funcionales que conllevan a un manejo adecuado de las demandas provenientes del entorno, Contreras-Torres, Espinosa-Méndez & EsguerraPérez (2009), citado en Garcia, Fantin, & Pardo, (2016) lo que favorece la adaptación social de los cuidadores en su contexto.

Por consiguiente, los estilos de afrontamiento evidenciaron la capacidad de adaptación de la muestra a eventos estresantes, mediante estrategias de afrontamiento como: Expresión emocional abierta, Focalización en la solución del problema, Religión, Evitación y Reevaluación positiva, lo que permite afirmar que si bien los cuidadores emplean estrategias dirigidas al problema ejecutando acciones en pro de resolver el conflicto, buscando soluciones, analizando las causas, sacando lo positivo de la situación, aunque también se refleja cierta prevención al mismo; estrategias que contribuyen al bienestar emocional y psicológico de la persona, dado que la eficacia de las estrategias de afrontamiento, reducen el malestar generado así como sus efectos a largo plazo, Snyder, (1999). Aparicio Cruz & Moreno, (2007)

Gráfico 10 Resultados del inventario de Ansiedad de Beck



De acuerdo con los resultados del inventario de ansiedad de Beck se pudo evidenciar que el 60% de los cuidadores tienen ansiedad muy baja y el 40% de los cuidadores poseen ansiedad moderada; resultados que hacen latentes síntomas como: nerviosismo, sensación de bloqueo,

miedo, temblores en las manos, temor a morir, lo que conlleva a deducir que los cuidadores presentan una afectación emocional, que está relacionada con su rol, dado que desde su perspectiva dicha labor, origina emociones que afectan su estado de ánimo.

Hecho que pone de manifiesto la hipótesis planteada de que *los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el Municipio de Chigorodó presentan un estado de ansiedad moderado*, donde se corrobora que el rol cuidador trae consigo unas consecuencias que desencadenan estados ansiosos, ansiedad que según Beck citado en Sanz, (1993) es producto de la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades que tiene el individuo para enfrentarse a tal peligro. Situación que compone síntomas afectivos, conductuales, y fisiológicos los cuales caracterizan tal estado emocional 1993 (Pág.2), el cual repercute en la salud mental del cuidador.

De ahí que, los cuidadores de personas con discapacidad múltiple desde la triada cognitiva se atribuyen a sí mismos experiencias desagradables de tipo psíquico, moral, o físico que impiden el desarrollo de atributos que consideran esenciales para lograr la alegría y la felicidad, además, visionan el mundo como un escenario que le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, ya que desde la labor de cuidador se ven limitados para desempeñar otras actividades, asimismo, tienen una visión negativa acerca del futuro, dado que los cuidadores se anticipan a que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente, es decir, ven el futuro desesperanzador. Beck, Rush, Shaw, & Emery, (1976).

Gráfico 11 Resultados del inventario de Depresión de Beck



Como se observa el grafico 11 los resultados obtenidos en el test psicométrico inventario de depresión de Beck, se afirma que el 90% de los cuidadores tienen una depresión mínima y el 10% poseen una depresión leve, es decir que no muestran una alteración depresiva

significativa en el estado emocional.

Por tanto, desde la triada cognitiva los cuidadores perciben el mundo como un escenario sin perturbaciones, que les posibilita cambios, interpretando sus experiencias en una forma amena, del mismo modo, su visión de sí mismos, se relaciona con su buena autoestima, con pensamientos de sentirse útiles, en otras palabras, poseen un autoconcepto positivo, por consiguiente, en la visión acerca del futuro, piensan que las dificultades que viven mejorarán y se muestran esperanzados frente al cambio en el futuro inmediato.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

Se pudo establecer que los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, son mujeres.

Las oportunidades de empleo para los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple son mínimas, lo cual imposibilita devengar ingresos económicos para cubrir algunas necesidades básicas en el núcleo familiar, la principal razón radica en el tiempo debido al rol como cuidador, el cual demanda gran cantidad de este, situación que repercute en el estado emocional del cuidador generando estrés.

Una de las preocupaciones latentes en los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, reside en el pensar en su propia muerte, lo cual se debe a lo que puede suceder con la persona que posee la discapacidad, expresando pensamientos como “nadie lo cuidará mejor que yo”, lo cual altera el estado emocional del cuidador, ante cualquier eventualidad que comprometa su salud.

Se logró determinar que los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó no presentan rasgos o registros significativos de depresión, según los relatos el estado depresivo hizo presencia en los primeros meses o años del

diagnóstico, situaciones que mejoró con el pasar del tiempo a partir de la adaptabilidad y resiliencia particular de cada uno de los cuidadores.

Del mismo modo, también se pudo establecer que los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, presentan un estado de ansiedad, el cual deriva de factores tales como: carencia de recursos económicos, restricción de tiempo para realizar otras actividades y las dificultades que se les presentan a diario con el sistema de salud, teniendo que recurrir a instancias legales para restablecer derechos vulnerados de la persona que posee la discapacidad.

Además en los siete factores evaluados de afrontamiento de estrés, se pudo demostrar que los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, no implementa la búsqueda de apoyo social para afrontar el malestar emocional, lo cual imposibilita que estos manifiesten expresiones emocionales abiertas con familiares y amigos, teniendo como recurso alternativo acudir algún recinto religioso como fuente de resignación y posible solución a los problemas presentados, instaurando como mecanismo de defensa, la neutralización de pensamientos negativos especialmente hacia el futuro, tomando como alternativa, medidas donde se centran en los aspectos positivos del problema o situación que altera su estado emocional.

5.2 Propuesta de Intervención

De acuerdo con los planteamientos teóricos antes mencionados (marco teórico) se establece la propuesta de intervención, *Cuidando cuidadores* la cual pone de manifiesto el acompañamiento psicológico que requiere el cuidador.

Tabla 8 Cuidando cuidadores

Cuidando cuidadores			
Objetivo General: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó.			
Objetivos		Metodología	Actividades
Específicos	Brindar información a los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple acerca de ansiedad, depresión y estrés, para la activación de la ruta de atención.	Acompañamiento Psicosocial	* Talleres sobre las temáticas de ansiedad, depresión y estrés desde el reconocimiento de síntomas, manejo y prevención de los trastornos con el profesional idóneo. *Brindar asesorías sobre las diferentes rutas de atención que ofrecen servicios en salud mental.
	Generar espacios de saberes en los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple.	Conversatorios	* Implementación de espacios de diálogo entre cuidadores, que proporcionen información sobre estrategias de cuidado desde la experiencia propia.
	Incentivar a los cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple a desarrollar proyectos productivos desde casa para aumentar ingresos económicos.	Acompañamiento Psicosocial	* Realizar talleres sobre proyectos productivos, desde el acompañamiento del profesional idóneo para cada propuesta.

5.3. Prospectiva

De acuerdo con lo evidenciado en el proceso investigativo sobre el Estado emocional de cuidadores de niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó, se puede inferir que dicha población requiere de un acompañamiento interdisciplinario que involucren procesos integrales, por tanto, se hace importante plantear las siguientes recomendaciones:

Institucionalidad:

Se hace oportuno que el programa social de discapacidad, cuente con un profesional en psicología, con el fin de realizar acompañamiento e intervenciones psicológicas tanto a los cuidadores como a la persona que posee la discapacidad y demás miembros del núcleo familiar, teniendo en cuenta las afectaciones psicológica según los hallazgos obtenidos en campo.

Asimismo se hace importante el trabajo de temáticas como proyecto de vida, autoestima, entre otros, utilizando metodologías que orienten sobre los intereses y las necesidades de los cuidadores, con el propósito de que puedan llevar a cabo procesos que enriquezcan, beneficien, empoderen, mejoren la calidad de vida y la salud mental de esta población.

Del mismo modo se hace conveniente la interrelación de entidades (hospitales, fundaciones etc.) que brinden espacios de capacitación orientada a la labor del cuidador, para

fortalecer las herramientas ya adquiridas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad que tienen bajo su responsabilidad.

Además, es pertinente contar con un asesor jurídico que haga acompañamiento gratuito al programa de discapacidad del municipio de Chigorodó, con el objetivo que apoye desde los trámites legales de tutelas, desacatos, derechos de petición etc. Siendo este uno de los factores del entorno que presenta relevancia ante el grado de estrés de los cuidadores.

Por otra parte, se hace hincapié generar estrategias de empleo para los cuidadores de personas con discapacidad múltiple desde casa, como proyectos productivos (huertas caseras, costura de prendas, criadero de pollos) desde la obtención de ingresos, situación que reducirá significativamente niveles de estrés en los cuidadores.

Cuidadores

Se recomienda fortalecer la red de apoyo familiar que posibilite un acompañamiento en el proceso de cuidado propiciando espacios de mejora en las relaciones interpersonales, además de velar por el debido cumplimiento de los derechos de la persona con discapacidad y su familia, donde el cuidador principal, implemente estrategias de consulta donde ponga de manifiesto cualquier malestar emocional, psicológico o físico con un profesional.

REFERENCIAS

Folgueiras Bertomeu, P. (s.f.). *Entrevista*. Obtenido de Técnica de recogida de información: La entrevista : <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>

Torres Melo, J., & Santander A, J. (Noviembre de 2013). *INTRODUCCIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Obtenido de INTRODUCCIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS: conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía: http://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf

Alejandra Grzona, M. (2014). ALFABETIZACIÓN PARA LOS ESTUDIANTES CON MULTIDISCAPACIDAD. EL DESAFÍO DE LA ACCESIBILIDAD. *Asociacion española de compresion lectora*, 118.

Alfaro Rojas , L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA*, 65.

Ávila Toscano, J. H., García Cuadrado, J. M., & Gaitán Ruiz, J. (Enero-junio de 2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *19*(1), 71-84 . Obtenido de revista colombiana de psicología vol. 19 n.º 1 2010 issn 0121-5469 bogotá colombia pp. 71-84 : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80415077007>

Balart Gritti, M. J. (2013). La empatía: La clave para conectar con los demás. *Observaciones de recursos humanos y relaciones laborales.*, 86.

Ballester Ferrando, D., Juvinyà Cana, D., Brugada Motjé, N., Jordi , D., & Domingo Roura, A. (2014).

Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida relaciones y alteraciones de salud mental. *Rev Presencia* 2006 jul-dic, 5.

BECK , A., RUSH, A., SHAW, B., & EMERY, G. (1976). Terapia Cognitiva de la depresión. *DESCLEÉ*

DE BROUWER, 20. Obtenido de Terapia Cognitiva de la depresión :

<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>

Buitrago Echeverri, M., Ortiz Rodríguez, S., & Eslava Albarracín, D. (2010). Necesidades generales de

los cuidadores de las personas en situación de discapacidad. *Redalyc*, 65.

Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Obtenido de El ABC de la Terapia Cognitiva:

<https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Carrasco Rodríguez, Y. (2015). *LA RELIGIÓN Y SU INFLUENCIA EN LAS CONDUCTAS DE SALUD*.

Obtenido de

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/11985/La_religion_y_su_influencia.pdf?sequence=2

Castillo T, J. (28 de Agosto de 2011). *Introducción a ala investigación* . Obtenido de Introducción a ala

investigación : <https://issuu.com/guadalca/docs/estadistica>

Chóliz Montañés , M. (2005). *PSICOLOGÍA DE LA EMOCIÓN: El proceso Emocional* . Obtenido de

PSICOLOGÍA DE LA EMOCIÓN: El proceso Emocional :

<https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>

Confederación Aspace. (2011). *Descubrimiento de la Paralisis Cerebral*. Obtenido de Descubrimiento de

la Paralisis Cerebral: <https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/726a6-descubriendo-p.-cerebral.pdf>

Congreso de la Republica de Colombia . (13 de Junio de 1991). *CONSTITUCIÓN POLÍTICA 1991*.

Obtenido de CONSTITUCIÓN POLÍTICA 1991:

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

Congreso de la Republica de Colombia. (27 de Febrero de 2013). *LEY ESTATUTARIA 1618 DE 2013*.

Obtenido de LEY ESTATUTARIA 1618 DE 2013:

<https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY%20ESTATUTARIA%201618%20DE%202013.pdf>

Egea García, C., & Sarabia Sánchez, A. (Noviembre de 2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad*. Obtenido de Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/clasificacionsomsdiscapacidad.pdf>

El congreso de Colombia. (10 de Julio de 2007). *Ley 1145 de 10 de julio de 2007*. Obtenido de Ley 1145 de 10 de Julio de 2007:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201145%20DE%202007.pdf

Folgueiras, P. (13 de 04 de 2013). *La entrevista*. Obtenido de La entrevista:

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>

Franco A., E. (2010). *La cuidadora o cuidador de persona con discapacidad* . Obtenido de La cuidadora o cuidador de persona con discapacidad :

https://www.academia.edu/4105167/ARTICULO_CUIDADORAS_Y_CUIDADORES_DE_PERSONAS_CON_DISCAPACIDAD

Garcia, H., Fantin, M., & Pardo, A. (2016). Estrategias de afrontamiento al estrés en aspirantes a Policía de la ciudad de San Luis. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 27.

Gómez-Galindo, A. M., Peñas Felizzola , O. L., & Parra Esquivel, E. I. (2016). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Rev. Salud Pública*, 371.

Gonzalez Llanea, F. (2007). Instrumentos de Evaluación Psicológica . En F. M. Gonzalez Llanea, *Instrumentos de Evaluación Psicológica* (págs. 192-200). Habana: Editorial Ciencias Medicas.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado , C., & Baptista Lucio , P. (2006). Metodología de la investigación. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & P. Baptista Lucio, *Metodología de la investigación* (pág. 15). Mexico: McGraw-Hill.

LEY 1098. (8 de Noviembre de 2006). *LEY 1098 DE 2006*. Obtenido de LEY 1098 DE 2006:
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm#36

Ley 1145. (10 de Julio de 2007). *Ley 1145 de 2007*. Obtenido de Ley 1145 de 2007:
https://oig.cepal.org/sites/default/files/2007_ley1145_col.pdf

Ley 1346 . (31 de Julio de 2009). *Ley 1346 de 2009*. Obtenido de Ley 1346 de 2009:
<http://www.mincit.gov.co/ministerio/ministerio-en-breve/docs/ley-1346-de-2009>

Medina Mora, M., Sarti Gutiérrez, E., & Real Quintanar, T. (2014). LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICO . En M. E. Medina Mora, E. J. Sarti Gutiérrez, & T. Real Quintanar, *LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICO* . Mexico : Academia Nacional de Medicina/ Mexico. Obtenido de
https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf

Ministerio de Salud. (Septiembre de 2016). *Manual de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes*. Obtenido de Manual de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre de 2014). *Discapacidad*. Obtenido de Discapacidad:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre de 2014). *POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL 2013 - 2022*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL 2013 - 2022:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social. (Diciembre de 2014). *Politica Publica Nacional de Discapacidad e inclusión social 2013-2022*. Obtenido de Politica Publica Nacional de Discapacidad e inclusión social 2013-2022:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social resolución número 00583 de 2018. (26 de Febrero de 2018).

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 00583 DE 2018.

Obtenido de MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 00583 DE 2018:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-583-de-2018.pdf>

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. En s. s. Ministerio de Sanidad, *Guía de Práctica Clínica sobre el*

Manejo de la Depresión en el Adulto (pág. 35). NIPO MSSSI Tórculo Comunicación Gráfica, S.

A.

Nava Galán & Ruiz Rios, 2. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)*, 164.

OMS, Organización Mundial de la Salud. (07 de Abril de 2017). *Depresión*. Obtenido de Depresión :

<https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud . (Diciembre de 2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido

de Salud mental: un estado de bienestar: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (16 de Febrero de 2018). *Microcefalia*. Obtenido de Microcefalia:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/microcephaly>

Organización Mundial de la Salud OMS. (s.f.). *Discapacidades*. Obtenido de Discapacidades:

<https://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Penalver, C. (2013). *EVALUACIÓN DEL INVENTARIO*. Obtenido de EVALUACIÓN DEL

INVENTARIO: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

Piqueras Rodríguez, J., Ramos Linares, V., Martínez González, A., & Oblitas Guadalupe, L. (2009).

Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, Vol. 16 No 2, 88.

Porrás Reyes, L. E. (2014). *Perfil Psicopatológico Cognitivo de los Cuidadores Primarios de Pacientes en*

Condición de Discapacidad de la Fundación FANDIC en la Zona Norte de la Ciudad de

Bucaramanga. Obtenido de Perfil Psicopatológico Cognitivo de los Cuidadores Primarios de

Pacientes en Condición de Discapacidad de la Fundación FANDIC en la Zona Norte de la Ciudad

de Bucaramanga: <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/1526> pg 34

Puche Mira, A. (2008). Hidrocefalias – Síndrome de colapso ventricular. *Asociación Española de*

Pediatría, 26.

- Ramirez Lopez, A. (Mayo de 2009). *CUIDADORES DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: ACERCÁNDONOS A SUS TESTIMONIOS*. Obtenido de CUIDADORES DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD: ACERCÁNDONOS A SUS TESTIMONIOS:
http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/969/Tes_RamirezLopezA_CuidadoresPersonasCondicion_2009.pdf?sequence=1
- Regueiro, A. (2014). *CONCEPTOS BÁSICOS: ¿QUE ES EL ESTRÉS Y CÓMO NOS AFECTA?* Obtenido de CONCEPTOS BÁSICOS:¿QUE ES EL ESTRÉS Y CÓMO NOS AFECTA?:
<https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>
- Rivas Herrera, J., & Ostiguín Meléndez, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?
Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM ,
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>.
- Ruiz Ríos, A., & Nava Galán, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)*, 163-164.
- Salazar Fraile, J., & Sempere Verdú, E. (2012). Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria . En J. Salazar Fraile, & E. Sempere Verdú, *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria* (pág. 19). Generalitat. Conselleria de Sanitat.
- SANDÍN , B., & CHOROT , P. (Noviembre de 2002). CUESTIONARIO DE APRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE): DESARROLLO Y VALIDACIÓN PRELIMINAR. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 39. Obtenido de CUESTIONARIO DE APRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE): DESARROLLO Y VALIDACIÓN PRELIMINAR:
http://www.consejeria.net/uploads/3/4/1/6/34163570/cuestionario_afrontamiento_estr.pdf
- Sanz, J. (16 de Septiembre de 1993). *Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck*. Obtenido de Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de

la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck: https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf

Sense International. (Septiembre de 2011.). *GUÍA DE DISCAPACIDAD MÚLTIPLE Y*

SORDOCEGUERA PARA PERSONAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL. Obtenido de GUÍA DE DISCAPACIDAD MÚLTIPLE Y SORDOCEGUERA PARA PERSONAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL:

https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/enterate/Guía_Discapacidad_Multiple.pdf

Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE*, 37.

The Guilford press, New York. (2010). COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION. En N. Y. THE GUILFORD PRESS, *COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION* (págs. 19-20). NEW YORK: DITORIAL DESCLÉE DE BROWER, S.A., 2005.

Vaca Narváez, L., & Sandoval Villalba, J. (Enero de 2016). *INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE, “ESTRÉS Y TIPOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS* . Obtenido de INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE, “ESTRÉS Y TIPOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS : <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/18011/2/LUCIA%20VACA%20-%20ESTRES%20Y%20TIPOS%20DE%20AFRONTAMIENTO%20AL%20ESTRES.pdf>

Velázquez Mendoza, M., & Balcázar N, P. (28 de Febrero de 2013). *SÍNDROME DEL CUIDADOR*. Obtenido de *SÍNDROME DEL CUIDADOR*.

ANEXOS

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

Características Generales	
Nombre del instrumento	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Autor	Aaron T. Beck y Robert A. Steer
Constructo evaluado	Ansiedad
Población aplicable	Personas > de 13 años de edad
Población a quien se le aplicó	Cuidadores de niños niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó
Soporte	Administración oral o papel y lápiz
Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas y rangos de evaluación.	La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos y se clasifica en leve, moderado, grave. Penalver, (2013)
Criterios de clasificación de los resultados obtenidos.	La puntuación total es la suma de todos los ítems, Los puntos de corte sugeridos para interpretar los resultados son los siguientes: 00-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada, más de 36 ansiedad severa. Penalver, (2013)

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Características Generales	
Nombre del instrumento	Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)
Autor	Aaron T. Beck, Robert A Steer & Gregory K. Brown.
Constructo evaluado	La depresión
Población aplicable	Personas > de 13 años de edad

Población a quien se le aplicó	Cuidadores de niños niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó
Soporte	Administración oral o papel y lápiz
Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas y rangos de evaluación.	El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. (Penalver, 2013)
Criterios de clasificación de los resultados obtenidos.	La puntuación total es la suma de todos los ítems, donde se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Penalver, (2013)

- **Cuestionario de afrontamiento de estrés**

Características Generales	
Nombre del instrumento	Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)
Autor	Bonifacio Sandín y Paloma Chorot
Constructo evaluado	Estrés
Población aplicable	Personas > de 13 años de edad
Población a quien se le aplicó	Cuidadores de niños niñas y adolescentes con discapacidad múltiple en el municipio de Chigorodó
Soporte	Administración oral o papel y lápiz
Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas y rangos de evaluación.	El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 42 ítem, subdividido en 7 escalas Búsqueda de apoyo social, Expresión emocional abierta, Religión, Focalización en la solución del problema, Evitación, Autofocalización negativa y Reevaluación positiva, donde la puntuación mínima es de 0 y la puntuación máxima es de 24 por categoría. (Vaca Narváez & Sandoval Villalba, 2016)

	<p>Factores Evaluados del Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)</p> <p>Factor 1: Búsqueda de apoyo social (BAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Contar los sentimientos a familiares o amigos 13. Pedir consejo a parientes o amigos 20. Pedir información a parientes o amigos 27. Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado 34. Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir 41. Expresar los sentimientos a familiares o amigos <p>Factor 2: Expresión emocional abierta (EEA)</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Descargar el mal humor con los demás 11. Insultar a otras personas 18. Comportarse hostilmente 25. Agredir a alguien 32. Irritarse con la gente 39. Luchar y desahogarse emocionalmente <p>Factor 3: Religión (RLG)</p> <ul style="list-style-type: none"> 7. Asistir a la Iglesia 14. Pedir ayuda espiritual 21. Acudir a la Iglesia para rogar se solucione el problema 28. Confiar en que Dios remediase el problema 35. Rezar 42. Acudir a la Iglesia para poner velas o rezar <p>Factor 4: Focalizado en la solución del problema (FSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Analizar las causas del problema 8. Seguir unos pasos concretos 15. Establecer un plan de acción 22. Hablar con las personas implicadas¹ 29. Poner en acción soluciones concretas 36. Pensar detenidamente los pasos a seguir <p>Factor 5: Evitación (EVT)</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Concentrarse en otras cosas 12. Volcarse en el trabajo u otras actividades 19. «Salir» para olvidarse del problema 26. No pensar en el problema 33. Practicar deporte para olvidar 40. Tratar de olvidarse de todo <p>Factor 6: Autofocalización negativa (AFN)</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. Autoconvencerse negativamente 9. No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas 16. Autoculpación 23. Sentir indefensión respecto al problema 30. Asumir la propia incapacidad para resolver la situación 37. Resignarse <p>Factor 7: Reevaluación positiva (REP)</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Ver los aspectos positivos 10. Sacar algo positivo de la situación 17. Descubrir que en la vida hay gente buena¹ 24. Comprender que hay cosas más importantes 31. No hay mal que por bien no venga 38. Pensar que el problema pudo haber sido peor
<p>Criterios de clasificación de los resultados obtenidos.</p>	<p>La puntuación total de cada factor es la suma de todos los ítems, donde se han establecido puntos de corte que permiten clasificar el afrontamiento del estrés: 0-6 Nunca 7-12 pocas veces 13-18, a</p>

veces y 19-24 casi siempre Vaca Narváez &
Sandoval Villalba, (2016)

ANEXO I

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre Edad Sexo

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. le ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Redee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. padece en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente.....	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal.....	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema.....	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás.....	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas.....	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía.....	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia.....	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados.....	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas.....	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema.....	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas.....	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema.....	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.).....	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo.....	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema.....	0	1	2	3	4
17. Descubí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás.....	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás.....	0	1	2	3	4
19. Salté al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema.....	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema.....	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema.....	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación.....	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes.....	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas.....	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema.....	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal.....	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación.....	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas.....	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema.....	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga».....	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente.....	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema.....	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.....	0	1	2	3	4
35. Recé.....	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema.....	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran.....	0	1	2	3	4
38. Compré que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor.....	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos.....	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo.....	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos.....	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar.....	0	1	2	3	4

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
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"/>
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"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
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"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

1) No me siento triste.

Me siento triste.

Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.

Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2) No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.

Me siento desanimado con respecto al futuro.

Siento que no puedo esperar nada del futuro.

Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3) No me siento fracasado.

Siento que he fracasado más que la persona normal.

Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.

Siento que como persona soy un fracaso completo.

4) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.

No disfruto de las cosas como solía hacerlo.

Ya nada me satisface realmente.

Todo me aburre o me desagrada.

5) No siento ninguna culpa particular.

Me siento culpable buena parte del tiempo.

Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

Me siento culpable todo el tiempo.

6) No siento que esté siendo castigado.
Siento que puedo estar siendo castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.

7) No me siento decepcionado en mí mismo.
Estoy decepcionado conmigo.
Estoy harto de mí mismo.
Me odio a mí mismo.

8) No me siento peor que otros.
Me critico por mis debilidades o errores.
Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9) No tengo ninguna idea de matarme.
Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
Me gustaría matarme.
Me mataría si tuviera la oportunidad.

10) No lloro más de lo habitual.
Lloro más que antes.
Ahora lloro todo el tiempo.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11) No me irrito más ahora que antes.
Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
Me siento irritado todo el tiempo.
No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12) No he perdido interés en otras personas.
Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
He perdido todo interés en los demás.

13) Tomo decisiones como siempre.
Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14) No creo que me vea peor que antes.

Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).

Creo que me veo horrible.

15) Puedo trabajar tan bien como antes.

Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.

Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.

No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16) Puedo dormir tan bien como antes.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormir.

17) No me canso más de lo habitual.

Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.

Me canso al hacer cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18) Mi apetito no ha variado.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

Mi apetito es mucho peor que antes.

Ya no tengo nada de apetito.

19) Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

He perdido más de 2 kilos.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 6 kilos.

20) No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.

Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21) No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.

Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.

Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

He perdido por completo mi interés por el sexo.

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA CUIDADORES DE NIÑO, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD
MÚLTIPLE EN EL MUNICIPIO DE CHIGORODÓ.**

Objetivo: Fortalecer la información recolectada del estado emocional del Cuidador.

Marque con una X la respuesta con la que se sienta identificada (o), según su situación actual (SI) (NO).

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA CUIDADORES	SI	NO
¿Usted es el cuidador principal?		
¿Se ve limitado a realizar otras actividades, por su labor de cuidador?		
¿El hecho de ser cuidador interfiere en su dinámica habitual de su vivir?		
¿Su labor de cuidar demanda un esfuerzo psicológico y emocional?		
¿Le ha cambiado la vida ser cuidador?		
¿Ha sentido deseos de renunciar al rol de cuidador?		
¿Ha presentado usted depresión, ansiedad y estrés por ser cuidador?		
¿Cree usted que el rol de cuidador conlleva a presentar un deterioro físico-emocional que afecta su calidad de vida?		
¿Se encuentra usted actualmente laborando?		

Activar Windo
La Configuración

