

NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LAS CUIDADORAS
INFORMALES DE PACIENTES CON ALZHEIMER DE ALGUNOS BARRIOS DE
YARUMAL ANTIOQUIA, 2019

TRABAJO DE GRADO PARA OBTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGAS

Presentado por:

Elizabeth Corredor Sora 405043

Manuela Lopera Fernández 378783

Asesor:

Andrés Alejandro Rodríguez,

Máster en Neurociencias Básicas y Aplicadas.

COORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

UNIMINUTO SECCIONAL BELLO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

BELLO – COLOMBIA

2020 – 1

Dedicatoria

En primer lugar, a Dios, ya que gracias a él y a sus innumerables bendiciones me es posible llegar a este punto de mi formación. A mi madre que me ha enseñado la disciplina, perseverancia y el significado de su labor diaria, que hoy por medio de este trabajo conozco más a profundidad. A mi padre y hermanos por su esmero y amor incondicional para recorrer este camino que ha significado tanto para mí, por su apoyo, presencia y acompañamiento a lo largo de mi vida y en cada una de las metas que me he propuesto alcanzar, por creer en mí y demostrar su interés en mi futuro, ya que este no es sólo un logro para mí, sino también para ustedes.

Manuela.

En honor a mi familia; María mi madre, David mi hermano, Ricardo mi esposo y Thomas e Isabella mis hijos que siempre estuvieron motivándome, forjando los esfuerzos que se deben realizar para alcanzar este sueño, creyendo en mí y recordándome en cada instante la persona que soy, alentando cada día mis metas en cumplir; no sin antes apoyarme en Dios ya que su tiempo ha sido perfecto en mi camino, y me ha dado fuerzas en seguir adelante y no desviarme de lo propuesto.

A mis compañeros presentes, docentes y personas que conocí durante este largo recorrido, quienes sin ningún interés compartieron sus conocimientos, consejos, enseñanzas, alegrías y tristezas.

Elizabeth.

Agradecimientos

Primeramente, a Dios, que ha sido una de nuestro principal apoyo, a la Universidad Minuto de Dios y en conjunto con sus formativos calificados por darnos la oportunidad en crecer y ampliar nuestros conocimientos, por creer en nosotras como profesionales, viendo en nosotras personas que en un futuro brindaran un gran apoyo a las personas que lo necesitan, ayudando a crecer a nuestro país.

Al docente Andrés Alejandro Rodríguez, por su orientación y conocimiento para desarrollar exitosamente este proyecto con el cual culmina nuestra carrera, a nuestras familias, docentes y compañeros nuestros más sinceros agradecimientos.

A todos estos nuestros más sinceros agradecimientos ya que han hecho posible este gran anhelo.

TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Resumen.....	7
Abstract	8
Introducción.....	9
Planeamiento del problema	11
Pregunta de investigación.....	18
Objetivos	18
Objetivo General.....	18
Objetivos Específicos.....	18
Justificación.....	19
Marco teórico.....	20
Alzheimer	20
Cuidador.....	24
Marco Normativo.....	32
Internacional	32
Nacional.....	33
Marco conceptual.....	36
Metodología.....	38
Diseño	38
Descripción del instrumento.....	39
Población.....	41
Criterios de inclusión y exclusión.....	41
Procedimiento.....	42
Plan de análisis	43
Consideraciones éticas	45
Resultados	47
Discusión.....	59
Conclusiones	63
Recomendaciones	64
Referencias	65
Anexos.....	70

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Variables de estudio y perfil sociodemográfico.....	43
Tabla 2. Prueba del BAI.....	47
Tabla 3. Prueba del BDI - II.....	48
Tabla 4. Rango de edad.....	49
Tabla 5. Estado civil.....	50
Tabla 6. Parentesco.....	51
Tabla 7. Cruce de rango de edad y BAI.....	51
Tabla 8. Cruce de estado civil y BAI.....	53
Tabla 9. Cruce de parentesco y BAI.....	54
Tabla 10. Cruce de rango de edad y BDI - II.....	55
Tabla 11. Cruce de rango de estado civil y BDI - II.....	57
Tabla 12. Cruce de parentesco y BDI - II.....	58

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Porcentaje de los niveles replicados en las encuestas, respecto a la prueba del BAI	48
Gráfica 2. Porcentaje de los niveles replicados en las encuestas, respecto a la prueba del BDI-II...	49
Gráfica 3. Relación de los niveles hallados en el BAI y el rango de edad	52
Gráfica 4. Relación de los datos obtenidos en el BAI y estado civil de las cuidadoras	53
Gráfica 5. Relación de los datos obtenidos en el BAI y parentesco de las cuidadoras	55
Gráfica 6. Relación de los niveles hallados en el BDI-II y el rango de edad.....	56
Gráfica 7. Relación de los datos obtenidos en el BDI-II y estado civil de las cuidadoras	57
Gráfica 8. Relación de los datos obtenidos en el BDI-II y el parentesco de las cuidadoras.....	59

Resumen

La enfermedad de Alzheimer es conocida como una enfermedad neurodegenerativa, la cual afecta los diferentes dominios cognoscitivos como el lenguaje, funciones ejecutivas, memoria y comportamiento, generando así la necesidad de una persona que en las veces de cuidador facilite el desarrollo de las actividades de la vida diaria de la persona enferma. El cuidado de estas personas al demandar acompañamiento permanente, puede generar afecciones en el bienestar psicológico emocional. Por lo cual, el objetivo de esta investigación es calcular los niveles de ansiedad y depresión que presentan las cuidadoras informales de personas con alzhéimer de la localidad seleccionada.

La metodología fue desarrollada bajo el modelo cuantitativo, descriptivo, no experimental, transversal, aplicando los inventarios de Ansiedad (BAI) y Depresión (BDI-II) de Aaron Beck a 30 mujeres cuidadoras habitantes del municipio de Yarumal Antioquia, considerando diferentes aspectos sociodemográficos de las participantes.

Por medio de los resultados obtenidos, se evidenció que son las mujeres quienes se desempeñan como cuidadoras informales. En las participantes, se encontró que el 63,3% de la población presenta niveles de ansiedad mínima, el 36,7% leve, siendo los porcentajes más representativos, mientras que, en cuanto a depresión, el 40% presenta niveles leves, el 20% mínimos, el 26,7% moderados y el 13,3% severos. Por lo cual, se evidencia mayor presencia de depresión en las cuidadoras pertenecientes a la muestra. Sin embargo, según el cruce de variables el 16,7% de la muestra presenta ansiedad leve y el 6,7% depresión severa, siendo los porcentajes más significativos y perteneciendo al rango de edad entre 61-70 años.

Palabras clave: Alzheimer, ansiedad, depresión, cuidador, cuidador informal.

Abstract

Alzheimer's disease is known as a neurodegenerative disease, which affects the different cognitive domains such as language, executive functions, memory and behavior, thus generating the need for a person who, in his or her role as caregiver, facilitates the development of the activities of daily life of the sick person. Caring for these people by demanding permanent accompaniment, can generate conditions in the emotional psychological well-being. Therefore, the aim of this research is to stop the levels of anxiety and depression presented by informal carers of people with Alzheimer's in the selected location.

The methodology was developed under the quantitative, descriptive, experimental, transversal model, applying Aaron Beck's Anxiety (BAI) and Depression (BDI-II) inventories to 30 female caregivers living in the municipality, considering different sociodemographic aspects of the participants.

Through the results obtained, it became evident that it is women who are informal caregivers. In the participants, it was found that 63.3% of the population presents minimum anxiety levels, 36.7% mild, being the most representative percentages, while, as regards depression, 40% presents mild levels, 20% minimum, 26.7% moderate and 13.3% severe, being thus possible to evidence greater presence of depression in the carers belonging to the sample. However, according to the crossing of variables, 16.7% of the sample presented mild anxiety and 6.7% severe depression, the most significant percentages being in the 61-70 age range.

Keywords: Alzheimer's, anxiety, depression, caregiver, informal caregiver.

Introducción

La enfermedad de Alzheimer es conocida como un tipo de demencia causada por diferentes enfermedades, que afectan los diferentes dominios cognoscitivos tales como el lenguaje, funciones ejecutivas, la memoria y el comportamiento, las afectaciones a causa de esta enfermedad tienden a comprometer las habilidades para la ejecución de la vida diaria en mayor o menor grado (OMS, citado en Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, 2017).

Los cálculos establecen que se presenta un nuevo caso de demencia cada siete segundos y que para el año 2040 el mundo tendrá 81,1 millones de personas con demencia, de los cuales entre el 50 y 55% serán demencia senil tipo Alzheimer –DTA (enfermedad de Alzheimer internacional) (Alzheimer's Disease International, 2009). El cuidar a un individuo con DTA conlleva una gran diversidad de responsabilidades altamente demandantes y estresantes, incluso en mayor grado que los cuidados requeridos por pacientes con retardo en el desarrollo, pacientes con cáncer, con accidentes cerebrovasculares o con depresión (Garrido y Tamai, 2006).

La persona que toma la responsabilidad de ser un cuidador es aquella que asiste a una persona con dificultad en torno a una discapacidad o que se le imposibilite realizar sus actividades cotidianas (Abad, Llopis, Pérez, Serrano y Tomás, 2002). Las personas en calidad de cuidadores están notablemente expuestas a experimentar deterioro de su bienestar psicológico, ya sea estrés, depresión o ansiedad (Córdoba y Galvis, 2016). Razones por las cuales surge la idea de conocer los niveles de ansiedad y depresión que presentan las cuidadoras informales.

Por lo anterior, la investigación tiene como objetivo calcular los niveles de ansiedad y depresión que presentan las cuidadoras informales de personas con alzhéimer del municipio de Yarumal Antioquia. Dando así respuesta a la pregunta: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión que presentan las cuidadoras informales de pacientes con alzhéimer de algunos barrios de Yarumal Antioquia, 2019?

Este estudio fue desarrollado bajo el enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, descriptivo, transversal, obteniendo los datos mediante una encuesta sociodemográfica, que facilitó identificar aspectos importantes de la población participante como género, edad, nivel de educación y parentesco con la persona cuidada, junto con la aplicación de los instrumentos BAI y BDI-II.

De los resultados obtenidos, los más representativos en cuanto a ansiedad apuntan a que el 36,6% de la población participante, presentan niveles de ansiedad moderada, mientras que el 63,4% restante presentan niveles mínimos. En cuanto a la variable de depresión el porcentaje más representativo fue el 40% con depresión leve, del restante un 26,7% de la población participante con depresión moderada y el 13,3% restante con depresión severa.

Por lo cual, se considera importante que la persona en calidad de cuidador sea acompañada por profesionales de la salud mental y apoyada en sus labores por una segunda persona, ya que por medio de los resultados obtenidos se comprende que su bienestar psicológico y emocional puede verse afectado a causa de las altas demandas en tiempo y empeño que supone la labor desarrollada.

Planeamiento del problema

El Alzheimer ha sido denominado una enfermedad neurodegenerativa, que se caracteriza por síntomas cognitivos, problemas físicos, alteraciones emocionales y comportamentales, quienes la padecen empieza a sentir síntomas depresivos, apatía, agitación, ansiedad, irritabilidad, disforia y desinhibición (Alberca y López. 1998; González, 2000; Cummings, Fiorello, Gornbein y Mega 1996). Es en este punto en el que no sólo el interés debe recaer sobre los pacientes con enfermedad de Alzheimer, sino también en los cuidadores. Las investigaciones acerca de los cuidadores han tomado importancia por la sobrecarga, estrés, ansiedad, depresión y demás posibles efectos negativos que se pueden generar, ya que la enfermedad de Alzheimer no sólo afecta a la persona que la padece, sino que también repercute de manera muy importante en la familia y sobre todo en su cuidador. (Pérez, 2008).

Se ha encontrado que los cuidadores de pacientes con Alzheimer suelen presentar síntomas depresivos (Antón-Aguirre, Lladó, Molinuevo, Rami y Villar, 2008), ansiedad (Bauco, De Vito, Di Brango, Di Cioccio, Ferrera y Languiano, 2008; Paleo y Rodríguez, 2005), sentimiento de culpa (Kelber, Noonan, Ott, y Sanders, 2008), sentimiento de impotencia y resignación (Arango-Lasprilla, Fernández-Guinea y Rogers 2003), alteraciones del sueño (Bedard, Brazil, Chambers y Cresse, 2008; Burns, Donaldson y Terrier, 1998; Logsdon, McCurry, Teri y Vitiello, 2007), sobrecarga (Logsdon, McCurry, Teri y Vitiello, 2007), y altos niveles de estrés (Paleo y Rodríguez, 2005).

Por otra parte, trastornos como la ansiedad y la depresión están presentes en el cuidador (Antón- Aguirre et al., 2008), puesto que la primera es relacionada con comportamientos al miedo, y al mismo tiempo muestra diferencias puesto que el miedo está

“frecuentemente asociado a excesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida” (DSM-5, 2014, p. 189) mientras que “la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación con un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos” (DSM-5, 2014, p. 189). En cambio la depresión o también nombrada como trastorno depresivo, “es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo” (Zarragoitia 2011, p. 6), por lo cual se considera lo expuesto por Beck, A., Emery, Rush y Shaw (2010), al mencionar que es posible experimentar síntomas físicos, apatía y pocas energías como resultado de creencias negativas presentes en la persona, prediciendo así el fracaso en aquello que se proponga, además de causar “inhibición psicomotriz” como resultado de su visión negativa del futuro, aspectos que aumentan el interés por bienestar del cuidador.

Es así como encontramos la necesidad de que las investigaciones no sólo vayan dirigidas a la prevalencia e incidencia de la enfermedad, conocer sus factores de riesgo, sino que igualmente se cuantifique el impacto en sus cuidadores y sobre todo en los informales, ya que en la mayoría de los casos son familiares quienes terminan asumiendo el rol, y son descritos como aquellas personas que de forma cotidiana se hacen cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo (Pérez, 2008).

El estudio de los cuidadores informales toma relevancia, ya que se ha encontrado que los diferentes comportamientos del paciente con enfermedad de Alzheimer acaban transformándose en una carga diaria, que produce síntomas relacionadas a la ansiedad y depresión, manifestando a su vez un agotamiento físico y psicológico significativo para el cuidador.

Incorporado a lo mencionado y de acuerdo con la investigación realizada en España por, Blanco, Díaz, Hermida, Otero, Torres y Vázquez (2014), el cuidador no profesional o también conocido como cuidador informal continúa siendo una figura socialmente importante, puesto que facilita el cuidado y la atención requerida por la persona en estado de discapacidad y a su vez, con su labor reduce significativamente la utilización de recursos económicos y asistenciales. No obstante, mencionan también que el desempeño de esta actividad puede generar afecciones al bienestar psicológico del cuidador, como alteraciones del estado de ánimo, pues el hecho de que el desarrollo de esta labor para el cuidador tienda a ser significativamente estresante, supone la presencia de patologías como depresión (Córdoba y Galvis, 2016). Siendo estas, generadoras de un posible desempeño inapropiado por parte del cuidador.

Los sentimientos negativos comúnmente los experimentan los cuidadores, lo que hace importante un conocimiento más cercano sobre el tema. Además, según la investigación realizada por Abengózar, Roig y Serra (1998) en la Universidad de Valencia, España; con el fin de medir la sobrecarga experimentada por los principales cuidadores de enfermos de Alzheimer con una muestra compuesta por 52 sujetos de ambos sexos, permitió que los resultados de dicha investigación evidenciarán que las mujeres mayores de 56 años, casadas, con un hijo, con nivel de estudios bajo-medio, de bajo nivel socioeconómico, que cuidaban al enfermo alrededor de 10-12 años y que cuidan enfermos en la tercera fase experimentan mayor sobrecarga.

Igualmente, Espín (2008) realizó en La Habana (Cuba) el estudio Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia, con el fin de describir características demográficas, sociales, psicológicas y otras de 61 cuidadores

informales de personas que padecen demencia y que habían recibido atención en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad, en dicha ciudad, de 2004 a 2005, por medio del cuestionario de caracterización y la escala psicosocial del cuidador. En este estudio se obtuvieron como resultados que los cuidadores informales estudiados se caracterizaron por ser en su mayoría de sexo femenino, con edades entre 40 y 59 años, hijos de enfermos, casados, sin vínculo laboral. La mayoría de los cuidadores atendían al enfermo por razones afectivas. La afectación de índole socioeconómica se encontró mayormente en el poco tiempo libre, problemas económicos y conflictos familiares.

La investigación de Agudelo, Berberí, Cardona, Ordoñez y Segura (2011) en Medellín Antioquía, plantea las características demográficas y sociales del cuidador primario y las condiciones del cuidador de los adultos mayores residenciados en el 2010, obteniendo como resultado que el cuidador toma como iniciativa propia el rol de cuidador con una intensidad de ocho horas al día durante toda la semana, donde el 12% presentó sobrecarga del cuidador primario.

Es importante tener presente que los cuidadores de estas personas en Antioquia son miembros de la familia que realizan un trabajo prolongado en el tiempo y permanente durante 24 horas, lo cual priva al cuidador de un desarrollo significativo de su vida y proyecto personal García, Lopera, Madrigal y Ossa (2003). Este rol de cuidador es asumido normalmente por mujeres, siendo por lo general la esposa o hija del paciente (Córdoba y Poches, 2014). Lo cual las clasifica como cuidadoras primarias, familiares o informales, las cuales según Espín (2008), son aquellas personas que se dan a la tarea de cuidar de forma comprometida y con suma dedicación de la persona enferma.

Los cuidadores informales, de acuerdo con Aguilar, García, Islas y Ramos (2006), son quienes proveen al paciente los cuidados necesarios tanto al interior del hogar como por fuera de él. Acerca de estos cuidadores, mencionan Córdoba y Galvis (2016), que ha sido posible identificar que en su mayoría son mujeres, amas de casa, hijas o esposas del paciente, con edades desde los 40 años en adelante.

Teniendo como referente a nivel local el municipio de Yarumal Antioquia, se tienen presente los datos obtenidos por el DANE (2010), mediante una investigación realizada, en la cual evidenció que el municipio para entonces presentaba un índice alrededor de 220 personas en estado de discapacidad, cifra que de acuerdo con el DANE (2010), reflejan que en Antioquia se cuenta con el registro de 8.592 cuidadores, entre ellos formales e informales donde tan solo 43 de estos cuidadores formales prestan servicio en el municipio de Yarumal.

Según Echavarría, Gaviria y Vera (2018), en Yarumal se cuenta con la presencia de una fundación, la cual brinda atención a aproximadamente 1200 personas en estado de discapacidad, sin especificación alguna y las cuales no necesariamente son pertenecientes a Yarumal, pues de esta cifra tan solo 294 son pertenecientes al municipio ya que esta fundación ha sido encargada de tomar la cobertura del norte de Antioquia y trabaja en el aporte significativo a la labor del cuidador.

Las cifras mencionadas corresponden a habitantes del municipio, lo que lleva a indagar el estado de las demás personas en estado de discapacidad de Yarumal, más específicamente las personas con enfermedad de Alzheimer, las cuales de acuerdo con investigaciones fijadas en el departamento de Antioquia residen en sus hogares y son atendidos por familiares en calidad de cuidadores informales (García et al., 2003).

Por otra parte, se ha encontrado en diferentes investigaciones cómo el desempeño de las labores como cuidador genera efectos emocionales a esta persona. Durante las últimas décadas, se ha evidenciado que el cuidador informal también conocido como cuidador familiar, está expuesto a situaciones que aumentan el riesgo de padecer diferentes dificultades y problemas tanto físicos como emocionales, propiciando así, la aparición de ansiedad y depresión (Fernández-Hermida, Fernández-Menéndez y Fernández-Sandonis 1990, Bookwala, Fleissner, O'Brien y Schulz, 1995, citados en Crespo y López, 2007).

Estas afecciones de tipo físico y emocional son comúnmente identificadas y con mayor impacto en aquellas personas encargadas del cuidado de los enfermos de Alzheimer, ya que de acuerdo con Aguirre-Acevedo, Giraldo, Lopera y Méndez (2010), estos pacientes presentan un deterioro de sus funciones tanto físicas como cognitivas en lapsos cortos. Por esto, se tiene presente de acuerdo con estudios epidemiológicos, que quienes realizan la labor de cuidadores familiares son personas que por lo general señalan trastornos afectivos como la depresión y de ansiedad (Cochrane, Goering y Rogers, 1997 citados en Aizcorbe, Ballesteros, Belenguer, Carrasco, Ibarra, Loizaga, Larumbe, y Serrano, 2002).

Sin embargo, diferentes investigaciones han evidenciado que el impacto en todos los cuidadores no es igual, puesto que como lo mencionan Chávez, Mondragón, Paz, Rodríguez y Solís (2010), por medio de otros estudios se ha percibido que la depresión y ansiedad en cuidadores está asociada con diferentes variables sociodemográficas, como lo son: cuestiones ambientales, sus relaciones familiares y características psicológicas del cuidador, aspectos que sumados a las condiciones poco favorables y la ausencia de apoyo o relevos en su labor, tienden a propiciar el aumento de problemas de salud mental en estas personas.

Por lo anterior, ha surgido el interés por conocer la presencia de trastornos psicológicos como ansiedad y depresión en mujeres que acompañan a pacientes con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer en calidad de cuidadoras. Estas cuidadoras en las que se centra nuestro interés son informales y se encuentran residiendo permanentemente con el paciente en el municipio de Yarumal Antioquia.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión que presentan las cuidadoras informales de pacientes con alzhéimer de algunos barrios de Yarumal Antioquia, 2019?

Objetivos

Objetivo General

Calcular los niveles de ansiedad y depresión que presentan las cuidadoras informales de personas con alzhéimer de algunos barrios de Yarumal Antioquia, 2019.

Objetivos Específicos.

- Analizar los niveles de depresión que presentan las cuidadoras informales de personas con Alzheimer del municipio de Yarumal Antioquia, 2019.
- Analizar los niveles de ansiedad que presentan las cuidadoras informales de personas con Alzheimer del municipio de Yarumal Antioquia, 2019.
- Establecer las características de las cuidadoras informales de personas con Alzheimer del municipio de Yarumal Antioquia, según variables sociodemográficas.
- Cruzar los niveles de ansiedad y depresión identificados con variables sociodemográficas.

Justificación

El Alzheimer es una enfermedad generadora de deterioro cognitivo, la cual afecta aproximadamente el 8% de la población mayor a 65 años y el 30% de la población mayor de 80 años (Guerra y Llibre, 2002), por los que las investigaciones tanto básicas como clínicas se han centrado en esta enfermedad, considerando, aunque no lo suficiente los aspectos relacionados con las implicaciones que el desarrollo de esta labor puede generar en el cuidador y su vida cotidiana, ya que quien hace las veces de cuidador generalmente es un miembro de la familia que cuenta con condiciones no siempre favorables.

Estos aspectos generan un interés significativo por el conocimiento de aspectos de salud mental como lo son la presencia de ansiedad y depresión en el cuidador, pues vale mencionar que esta labor es desempeñada en la mayoría de los casos por algún amigo o familiar del paciente, demandando por parte del cuidador un acompañamiento y responsabilidad importante en cuanto a las tareas de cuidado, además de estos cuidadores no contar con remuneración (Abengózar, Roig y Serra, 1998).

Por lo anterior, se considera útil para la sociedad la recolección y distribución de esta información, ya que el conocer los niveles de ansiedad y depresión que presentan las cuidadoras informales de personas con Alzheimer beneficiará el ministerio de salud, entidades prestadoras de servicio de salud y las familias de estas personas, pues es importante conocer el impacto que genera el desempeño de la labor del cuidador en la salud mental de estas personas puesto como lo exponen Córdoba y Galvis (2016), el desarrollo de esta actividad tiende a generar al cuidador alteraciones en el estado de ánimo, lo cual, puede causar deficiencias en su acompañamiento, lo cual permitirá que dichas entidades tengan mayor conocimiento de las variables y factores de resiliencia que influyen en estos

cuidadores, estando así al tanto del acompañamiento a cuidadores informales por parte de los profesionales encargados y a su vez, a las posibles redes de apoyo con las que puedan contar.

Finalmente, esta información será brindada a instituciones educativas y bases de datos que permitan contribuir al enriquecimiento de futuras investigaciones, para fomentar así el conocimiento y el acceso a ideas de intervención y acompañamiento para estas personas.

Marco teórico

El presente trabajo pretende calcular los niveles de ansiedad y depresión de cuidadores informales de personas con Alzheimer, por lo cual es importante conocer el significado de las diferentes categorías abordadas en este proceso investigativo, ya que permitirá tener un acercamiento más amplio desde diferentes posturas.

Alzheimer

Teniendo en cuenta lo mencionado, se parte de la definición de Alzheimer según Arango, Ardila y Fernández (2003), quienes exponen que es “un trastorno neurodegenerativo caracterizado por un declive en el funcionamiento intelectual que abarca funciones como la atención, memoria, lenguaje, praxias, gnosias y funciones ejecutivas” (p. 197). Otros autores como Garre, López, Monserrat, Soler, Turró y Vilalta (2015), hablan de esta enfermedad como un proceso significativamente progresivo de deterioro cognitivo y funcional, que restringe las capacidades de desarrollo y ejecución de las diferentes actividades de la vida cotidiana de la persona; demandando así de un acompañamiento, ayuda y control en para el desarrollo de las mismas, agregando que el proceso por el cual

transitan las personas quienes padecen esta enfermedad, trae consigo consecuencias crónicas como dificultades físicas, modificaciones alteradas a nivel emocional y comportamental (Cerquera, Pabón y Uribe, 2012).

Además de estas definiciones la Organización Mundial de la Salud (2016), define la EA (enfermedad de alzhéimer) como una enfermedad cerebral que presenta rasgos neuroquímicos y neuropatológicos que la caracterizan. Este trastorno se manifiesta lentamente y con progresión irreversible a través del tiempo. Por lo que con el paso del tiempo va generando mayor dependencia por parte del paciente, requiriendo a su vez mayores cuidados y entrega por parte del cuidador.

La enfermedad de Alzheimer se desarrolla en tres diferentes niveles, los cuales de acuerdo con García y Rodríguez (2011), se dividen en nivel leve, moderado y severo.

El nivel leve es aquel en que se da una pérdida de memoria continua, en la cual se presentan los primeros cambios en las capacidades cognitivas, por lo general, en el transcurso de esta etapa la persona recibe el diagnóstico. El nivel moderado es aquel en que el daño afecta las áreas cerebrales encargadas de controlar la función del lenguaje, el razonamiento, el procesamiento sensorial y el pensamiento, teniendo como característica especial este nivel, la identificación de dificultades por parte del paciente en el reconocimiento de familiares. Por último, el nivel severo es en el que se ha generado el encogimiento de los tejidos, caracterizándose esta etapa por ser en la que se presenta mayor ausencia o dificultad para comunicarse y valerse por sí mismos, demandando así mayor acompañamiento por parte del cuidador (García y Rodríguez, 2011).

Desde una mirada biológica, mencionan Cancela, Nascimento y Varela (2016), que la presencia de la β -amiloide y la disminución de la circulación sanguínea cerebral han estado significativamente asociados con la presencia de esta enfermedad. Pues la β -amiloide es una proteína negativa y la disminución de la circulación sanguínea cerebral interfiere en el rendimiento de carácter cognitivo del ser humano.

Esta enfermedad suele tener una duración aproximadamente de 10 años después de su diagnóstico, aunque esto puede variar. Este padecimiento es la forma más común de demencia, es incurable y terminal, y aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad, sin embargo también existen casos donde se puede desarrollarse a partir de los 40 años. Se conoce que la EA reconoce en un 20 a 40 % de los casos agregación familiar, más aún, se ha postulado que se trata una enfermedad compleja que resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales.

La sintomatología de la enfermedad de Alzheimer abarca 2 tipos de manifestaciones: las relacionadas con el ámbito cognoscitivo y las relacionadas con lo conductual. Los síntomas relacionados con la primera incluyen el deterioro progresivo de la concentración, la memoria reciente y remota, la orientación, la praxia (imposibilidad de ejecutar acciones a pesar de funciones motrices y sensoriales intactas), la función del lenguaje, la ejecución psicomotora y los cambios específicos en las actividades de la vida diaria (manejar finanzas, cocinar, aseo personal, vestuario, alimentación, deambulación y control esfinteriano).

Los síntomas conductuales y psicológicos incluyen la ideación paranoide e ilusoria (refieren que les roban objetos, que el lugar donde viven no es su casa, que el que los cuida

es un impostor, y la ilusión de abandono o infidelidad), las alucinaciones visuales y auditivas (estas últimas menos frecuentes), los trastornos de la actividad (fugas, actividad repetitiva sin propósito, la realización de actividades inapropiadas como esconder o botar objetos). Es frecuente también la agresividad tanto verbal como física, los trastornos del sueño nocturno, el llanto, la ansiedad y las fobias, las preguntas continuas sobre el futuro y el pánico a ser dejado solo (Cassinello, Fernández-Ballesteros y Mestre, 2009).

Esta enfermedad es conocida según Garre, López, Monserrat, Soler, Turró, Vilalta (2015) por ser un proceso que restringe las capacidades de desarrollo y ejecución de las diferentes actividades de la vida cotidiana de la persona; demandando así de un acompañamiento, ayuda y control en para el desarrollo de las mismas, agregando que el proceso por el cual transitan las personas quienes padecen esta enfermedad, trae consigo consecuencias crónicas como dificultades físicas, modificaciones alteradas a nivel emocional y comportamental (Cerquera et al., 2012).

Las condiciones en las cuales se encuentran las personas con enfermedad de Alzheimer, las convierten en personas con discapacidad, de acuerdo con la Ley 1618 (2013), las personas con discapacidad son aquellas “que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Por lo cual se hace necesaria la presencia de un cuidador encargado de suplir las necesidades de estas personas.

Cuidador.

El sujeto en calidad de cuidador, como lo menciona Abengózar et al. (1998), es aquella persona que dedica la mayor cantidad de su tiempo al cuidado de una persona, puede ser familiar o amigo, este cuidador es quien brinda acompañamiento y se responsabiliza de la mayoría de las tareas del cuidado; en la mayoría de los casos éste es remunerado económicamente. Sin embargo, para ser identificado como tal, se requiere de una realización de las actividades en un lapso mínimo de tres meses. Este cuidador o persona de apoyo puede ser formal o informal; entendiendo como apoyo formal como aquel que pertenece a alguna de las instituciones pertenecientes al sector salud, las cuales son encargadas de brindar atención a personas en estado de dependencia, el tiempo que brindan el acompañamiento y las atenciones requeridas varían dependiendo del presupuesto destinado por el Estado para estas (Faba Ribera, 2016).

Características que lo diferencian del apoyo informal, el cual es brindado por algún miembro de la familia y en algunos casos por personas allegadas, los cuales no hacen parte del sistema de atención socio sanitaria, generando así una atención suministrada no es burocratizada y sin remuneración económica (Faba Ribera, 2016).

Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos clases: los cuidadores primarios o familiares y los secundarios o profesionales. El cuidador primario es aquel que mantiene una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres, entre otros. El cuidador secundario es el que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud. En algunos estudios sobre los cuidadores y sus entornos se ha destacado que casi

todos ellos son generalmente familiares directos, es decir, cuidadores primarios y muy pocos cuidadores secundarios (Artaso, Biurrun y Goñi, 2002).

De acuerdo con investigaciones realizadas en otros países en los cuales existe una gran presencia de la actividad de cuidador, expone Vallejo (2017), que, en España, desde hace un largo tiempo no se utilizaba la palabra cuidador, puesto que para las actividades que este rol demanda se designaban a las hijas mujeres, designándoles así los cuidados de las personas mayores de la familia. Dando una mirada a este tema, es posible notar como no han sido muy significativos los cambios que se han obtenido ya que los cuidadores informales con los que se cuenta en su mayoría son familiares mujeres, lo único que ha proporcionado el uso del término cuidador es el hecho de que estas labores deban ser realizadas de forma privada.

En los estudios realizados acerca de las condiciones de vida del cuidador, y especialmente de los efectos de carga del cuidador, debe observarse con primor la tarea que realizan, puesto que la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia diversidad de problemas de orden físico, psíquico y socio familiar, los que conciertan un auténtico síndrome que es necesario conocer y determinar anticipadamente para prevenir su agravamiento. De igual manera, hay otros factores que pueden influenciar en la salud del cuidador como su edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares (Artaso, Biurrun y Goñi, 2002).

En virtud con lo anterior Cerquera et al. (2012), exponen que las personas encargadas del cuidado de pacientes con Alzheimer tienden a presentar síntomas de depresión y ansiedad, por lo que la atención a los cuidadores se convierte en un tema

preocupante con respecto al abordaje al cuidado y sus contraindicaciones principalmente los familiares que los proporcionan.

La participación más antigua y básica la realiza Zarit (1980), manteniendo que una situación dilatada de cuidado amenaza la salud física y mental del familiar que asume la responsabilidad, es lo que conocemos como carga de cuidados. A nivel teórico, Perlin (1990), realiza una conceptualización en la que el paradigma clásico de estrés se aplica al campo de los cuidadores informales, considerando el cuidado como una actividad envuelta en situación generadoras de estrés crónico.

La psicología cuenta con amplias teorías, modelos que han ido evolucionando y ampliando el interés de intervención hacia los cuidadores primarios, para luego incluir a otros miembros de la familia, profesionales y a la sociedad en general. Los primeros modelos de intervenciones parten de salud mental comunitaria y pronto se generalizan a otros colectivos. Surgiendo así nuevos modelos teóricos que contemplan la acción de cuidar en términos de dimensiones múltiples (Brody, Lawton y Saperstein, 1989).

Teniendo en cuenta que los cuidadores de personas con EA sufren diferentes cambios y afectaciones en el estado de ánimo que generan efectos como ansiedad y depresión. La ansiedad conforme al DSM-V (2014), “la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (p. 189) lo cual la diferencia del miedo, pero a su vez los une, pues la ansiedad como trastorno “comparte características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (p.189).

Ansiedad.

La ansiedad, aunque comparte aspectos relacionados con el miedo, al mismo tiempo presenta diferencias puesto que el miedo está “frecuentemente asociado a excesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida” mientras que “la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos” (DSM-5, 2014, p. 189).

La ansiedad tiene presencia en otros trastornos y sus crisis, como se manifiesta en las crisis de pánico, ya que esta entre los diferentes tipos de respuesta al miedo. La ansiedad es un trastorno que se divide en varios tipos, en los cuales se caracteriza por las diferentes situaciones u objetos que generen miedo, también con las conductas evitativas y las cogniciones que emerjan (DSM-5, 2014).

La ansiedad aun siendo nombrada trastorno, puede diferenciarse de esta denominación por razones tales como que la ansiedad y el miedo que se presentan de modo constante o con presencia por mayor tiempo en el transcurso de su desarrollo, además de que estos trastornos son comúnmente inducidos por situaciones de estrés (DSM-5, 2014).

Algunos autores como Ortega, Sierra y Zubeidat (2003), al hablar de la ansiedad parten de la concepción de esta como:

La combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no

obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico (p. 15).

Lo cual exhibe mayores características a considerar en el momento de ser entendida la ansiedad apartada de las implicaciones que exigen sea nombrada, categorizada o relacionada con otras patologías del comportamiento tanto cognitivo como conductual de la persona. Siguiendo en la línea que propone Ortega et al (2003), la ansiedad en singular es un estado de agitación e intranquilidad como resultado de la anticipación del peligro y posibles situaciones de riesgo, la presencia de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la existe una combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos.

El desarrollo de los trastornos de ansiedad puede surgir a lo largo de la vida, pero generalmente como lo expone el DSM-5 (2014), se da en la infancia lo cual puede propiciar una persistencia de este si la persona no recibe el tratamiento adecuado. Este trastorno, aunque cuenta con presencia tanto en hombre como en mujeres, es diagnosticado en mayor medida en mujeres. El diagnóstico de este se da solo si los síntomas presentados son atribuidos a causas diferentes a efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento o alguna afección médica.

Los posibles diagnósticos de ansiedad de acuerdo con el DSM-5 son:

- Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0)
- Mutismo selectivo 313.23 (F94.0)
- Fobia específica 300.29

- Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10)
- Trastorno de pánico 300.01 (F41.0)
- Agorafobia 300.22 (F40.00)
- Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección medica 293.84 (F06.4)
- Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8)
- Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.9)

Depresión.

La depresión o también nombrada como trastorno depresivo, “es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo” (Zarragoitia 2011, p. 6), razones por las cuales Beck, A., Emery, Rush y Shaw (2010), exponen que es posible experimentar síntomas físicos, apatía y pocas energías como resultado de creencias negativas presentes en la persona, prediciendo así el fracaso en aquello que se proponga, además de causar “inhibición psicomotriz” como resultado de su visión negativa del futuro.

La depresión, puede ser de diferentes tipos, en el caso de las depresiones más leves, refieren Beck, A. et al (2010) que el paciente carece de la capacidad de vislumbrar sus pensamientos negativos de forma objetiva y a medida que la depresión se agrava, su pensamiento es cada vez más vencido por ideas negativas, sin necesidad de que exista alguna conexión lógica entre lo real y sus interpretaciones negativas.

La depresión, es caracterizada por una alteración o distorsión de aspectos importantes de la condición humana, uno de ellos son los impulsos sexuales, la necesidad de sueño y alimento, el “principio de placer”, el “instinto de supervivencia”, y no menos importante el “instinto maternal” (Beck, A., et al., 2010). Además de esto, Zarragoitia (2011), expone que la depresión se caracteriza por la experimentación de sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y profunda desesperanza, lo cual la diferencia de un estado de tristeza normal o del duelo, que es aquella que precede a una pérdida. La depresión puede ser patológica, y se percibe como una tristeza sin razón que la justifique, siendo grave y persistente, es posible que la depresión se presente acompañada de diferentes síntomas, incluyendo perturbaciones del sueño y la comida, pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono y la inactividad.

Los trastornos depresivos cuentan con rasgo en común el cual demanda la presencia de un ánimo triste vacío o irritable, el cual es acompañado por cambios de tipo cognitivo y físico que influyen significativamente en el desarrollo funcional del sujeto, con un aspecto adicional a tener presente y es el de su duración en el tiempo. Los trastornos depresivos son aquellos que suponen desregulación disruptiva del estado anímico, estos cuentan con niveles leves, moderado y graves, que presentan diferentes características individuales que permiten su identificación (DSM-5, 2014).

Los trastornos depresivos son según el DSM-5 (2014), son:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)

En cuanto a el trastorno de depresión mayor con episodio único existen:

- Leve
- Moderado
- Grave
- Con características psicóticas
- En remisión parcial
- En remisión total
- No especificado

En cuanto al trastorno de depresión mayor con episodio recurrente existen:

- Leve
- Moderado
- Grave
- Con características psicóticas
- En remisión parcial
- En remisión total
- No especificado

Además de estos posibles diagnósticos,

- Trastorno disfórico premenstrual 625.4 (N34.3)
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica 293.83
- Otro trastorno depresivo especificado 311 (32.8)
- Otro trastorno depresivo no especificado 311 (F32.9)

La depresión es considerada un trastorno de una gran parte de nuestra población en general, constituyendo una de las perturbaciones psiquiátricas más comunes y uno de los problemas médicos más usuales. Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (2001), consideró a la depresión como una de las condiciones médicas que provoca mayor inquietud en el mundo, ubicándola en cuarto lugar, a pesar de esta realidad, un importante número de personas afectadas no recibe un diagnóstico y un tratamiento apropiados. A pesar de esta realidad, un importante número de personas afectadas no recibe un diagnóstico y un tratamiento apropiados.

Marco Normativo

Internacional

Declaración Universal de los Derechos Humanos, (1948). Artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Consenso de Panamá: “La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020”. Por medio del cual se busca generar reflexiones en torno a protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales En el artículo 12 del pacto internacional, se determina que “los Estados Parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, adoptando medidas para garantizar la efectividad de este derecho.

Nacional.

Constitución política de Colombia: Artículo 13: “El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados”. “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

Artículo 47: “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”.

Artículo 86: “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad”.

Plan Decenal de Salud Pública: En el marco del plan se establece la dimensión convivencia social y salud mental dentro de la que se busca “disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir la cronificación y el deterioro y mitigar daños evitables”

Resolución 0429 de 2016 Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud y la garantía de este derecho fundamental.

Ley 1751 de 2015 “Ley Estatutaria de Salud” Por medio de la cual se protege y garantiza el derecho fundamental a la salud. En el artículo 11 se estipula que las personas en condición de discapacidad se encuentran en especial protección por parte del estado y “su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica”.

Resolución 518 de 2015 “Por medio de la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas- PIC”.

Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental con el objeto de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, mediante la promoción de la salud, la prevención del trastorno mental y la atención integral e integrada en salud mental en el marco del SGSSS” (Sistema general de salud y seguridad social).

Ley Estatutaria 1618 de 2013 “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad” Cuyo

objeto es “garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad”.

Ley 1438 de 2011 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

En el Artículo 65 de la ley se establece la: “Atención integral en salud mental. Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental”.

Decreto 4100 de 2011 Por medio del decreto se crea el Sistema Nacional de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, para la protección, promoción y garantía de estos.

Ley 1413 de 2010 “Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas”.

Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”: Artículo 41: función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. “La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias

de un juez” en asuntos como “Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen y no ponga en riesgo o amenace la salud del usuario”.

Ley 715 de 2001 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros” Artículo 76 numeral 11: por medio de la cual se estipula la “Atención a grupos vulnerables, como competencia de las entidades territoriales en otros sectores”.

Decreto 2591 de 1991: Artículo 10 se estipula que “la acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquier persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuara por si misma o a través de un representante” Así mismo resalta que “También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de estos no esté en condiciones de promover su propia defensa”. Artículo 42 se determinan los casos en los que la acción de tutela procederá contra acciones u omisiones de particulares, en lo que respecta al derecho fundamental a la salud “cuando contra quien se hubiere hecho la solicitud este encargado de la prestación del servicio público de salud para proteger los derechos a la vida, a la intimidad, a la igualdad y a la autonomía”.

Marco conceptual

Alzheimer: Enfermedad neurodegenerativa que se exterioriza como deterioro cognitivo y trastornos conductuales.

Ansiedad: Estado de agitación e intranquilidad, se puede manifestar de distintas formas o combinarlas entre las físicas y mentales que se les atribuyen a peligros no reales.

Cuidador: Persona que se compromete de prestar atención y asistencia a un enfermo. Dentro de los cuidadores se pueden diferenciar dos clases: los cuidadores primarios o familiares y los secundarios o profesionales.

Cuidador Primario: Personas que toman el rol de cuidadores principalmente realizado por familiares o personas allegadas; las cuales no poseen estudios certificados en sus labores y en ocasiones no son remuneradas económicamente.

Demencia: Enfermedad que genera condición de discapacidad, de carácter mental e intelectual, trastorno neurocognoscitivo.

Distorsiones cognitivas: Alteración en cualquiera de las fases en el procesamiento de la información.

Depresión: Se percibe como una tristeza sin razón que la justifique, siendo grave y persistente, es posible que la depresión se presente acompañada de diferentes síntomas, incluyendo perturbaciones del sueño y la comida, pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono y la inactividad.

Familia: Es el conjunto de personas convivientes unidas como base para brindar cuidados a uno de sus integrantes.

Población: Cuidadoras elegidas que cumplen los criterios para realizar las pruebas en la investigación.

Metodología

Diseño

Este es un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo, transversal. Se entiende como enfoque cuantitativo aquel que “usa la recolección de datos (...) con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández, 2010, p. 4). Es claro que la investigación, desde su diseño metodológico tiene como cimiento la descripción de esta, por lo que se considera necesaria la comprensión de los estudios descriptivos, entendidos de acuerdo con Hernández (2010), como aquellos estudios por medio de los cuales se pretende la medición o almacenamiento de la información de carácter independiente o vinculada sobre las variables y/o la terminología a la que se hace referencia, lo cual es su objetivo, más no indicar cómo se relacionan éstas.

Por otra parte, según Hernández (2010), el estudio no experimental hace referencia a “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p. 149), lo cual establece relación con el diseño transeccional descriptivo, el cual según Hernández (2010), “tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos” (p.152), lo cual afianza esta investigación, ya que deben tenerse presentes las variables propuestas (ansiedad y depresión); las cuales pueden ser medidas a través de la aplicación de instrumentos de recolección de datos cuantitativos (BAI y BDI-II), para obtener datos

cuantitativos, que posteriormente serán analizados matemáticamente a través de estudios estadísticos, para esta investigación, a nivel descriptivo.

Descripción del instrumento.

A continuación, se describen los instrumentos seleccionados para la recolección de la información requerida para la investigación.

BDI-II.

El Inventario de Depresión de Beck, A. (BDI - II), es un corto cuestionario creado concretamente para medir la depresión en adultos y adolescentes, fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 90's. Este inventario, mide los síntomas típicos de la depresión y consta de 21 ítems, los cuales indican síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, entre otros. Estos indicios se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10 (Beck, A., 1996). El BDI-II es un instrumento de fácil aplicación, se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral y puede ser aplicado entre 5 y 10 minutos. Sin embargo, los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos pueden tardar más tiempo en completarlo.

Las indicaciones para el BDI-II requieren a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el cuadro temporal de las últimas dos semanas, incluido el día 14 de marzo del 2020, día en que se realizará la aplicación. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en la prueba son 0 y 63 ya que se han establecido como

puntuaciones o cortes donde se permite clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro niveles:

Depresión mínima: 0–13.

Depresión leve: 14–19.

Depresión moderada: 20-28.

Depresión grave: 29-63.

El manual no contiene baremos, la táctica para la traducción de la prueba son las puntuaciones anteriormente mencionados, esta herramienta mide dos factores: una dimensión somática (pérdida de energía, fatiga, pérdida de placer e interés, cambios en el patrón del sueño, etc) y un factor cognitivo (autocríticas, insatisfacción con uno mismo, inutilidad, pensamientos o deseos de suicidio, etc) (Beck, A., 1996).

BAI.

El Inventario de Ansiedad de Beck, A. (BAI), es un corto cuestionario creado concretamente para medir la ansiedad prolongada clínica en adultos y adolescentes, fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80's. En este inventario se describen los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos, propios de la ansiedad (Beck, A., y Steer, 1988). El Inventario de ansiedad de Beck, A. es una herramienta que está conformada por 21 ítems diseñados para evaluar la gravedad de los síntomas ansiosos, tiene un tiempo estimado para completarse entre 5 a 10 minutos, y su aplicación debe ser individual.

Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el nivel en que se ha visto afectado por el mismo durante la última

semana, puntuando desde 0 (nada en absoluto) hasta 3 (gravemente, casi no podía soportarlo), alcanzando en todos los casos índices de fiabilidad y validez apropiados, cada ítem se califica de 0 a 3, correspondiendo la puntuación:

- 0 en absoluto.
- 1 levemente, no me molesta mucho.
- 2 moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.
- 3 severamente, casi no podía soportarlo.

Una calificación total entre 0 y 7 se demuestra como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos que hace indicación a su estado entre la última semana hasta la fecha actual (Beck, A. y Steer, 1988).

Población

La población en la cual está basada la presente investigación, son treinta (30) mujeres cuidadoras informales de personas con Alzheimer del barrio el Carmen del municipio de Yarumal Antioquia. Para la elección de esta población, se realizó una investigación de antecedentes en cuanto a la cantidad de personas con enfermedad de Alzheimer a nivel nacional y posteriormente, una de las profesionales en enfermería del municipio facilitó el contacto de la población; lo cual permitió conocer la ubicación de las personas seleccionadas para el estudio en cuestión.

Criterios de inclusión y exclusión.

Para la participación en la investigación, la población seleccionada deberá cumplir con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Los participantes deberán ser mayores de edad
- Los participantes deberán ser de sexo femenino
- Desempeñarse como cuidadora informal no hace menos de 6 meses
- Convivir de forma permanente con el paciente
- No haber experimentado situaciones traumáticas, de ansiedad, depresión o pérdidas significativas durante el último mes.

La aplicación de los instrumentos BAI y BDI-II fue realizada en el municipio de Yarumal Antioquia, en los hogares del municipio en los cuales habitan personas con enfermedad de Alzheimer.

Procedimiento

Después de realizar las investigaciones necesarias, se estableció contacto con la persona facilitadora de la información quien hace parte del centro de salud del municipio, para contactarnos posteriormente con las personas que cumplieran los criterios de inclusión requeridos para participar de la investigación.

Luego de haber contactado y seleccionado a los participantes, asegurándonos del cumplimiento de los criterios requeridos, se destina un día del mes de marzo para asistir al municipio y realizar el respectivo procedimiento de aplicación de los instrumentos BAI y BDI-II, firma de consentimiento informado y diligenciamiento de la encuesta sociodemográfica.

Plan de análisis

Para llevar a cabo el desarrollo del análisis de los datos obtenidos, se realizó la calificación e interpretación de los instrumentos aplicados, por medio de los cuales se obtuvieron los resultados que cuales posteriormente se ordenaron en el programa de Excel. Paso seguido se realizó el análisis cuantitativo de las variables tanto sociodemográficas como las de ansiedad y depresión, para dar cumplimiento con los objetivos de la investigación por medio del programa estadístico SPSS.

Las variables que se eligen para delimitar la muestra fueron analizadas tanto de tipo nominal como de tipo escala, permitiendo así hallar la información necesaria para el cruzar las mismas entre variables sociodemográficas e instrumentos por medio de tablas de frecuencia y porcentual, con el fin de obtener resultados cuantitativos.

Tabla 1

Variables de estudio, y perfil sociodemográfico.

En la siguiente tabla se encontrarán los variables de estudio las cuales son los niveles de ansiedad y depresión, al igual que las variables sociodemográficas con las cuales se delimitó la muestra.

Variable	Naturaleza	Categoría	Unidad de Medida
Niveles de ansiedad	Nominal	N/A	Mínimo Leve Moderado Grave

Niveles de depresión	Nominal	N/A	Mínimo Leve Moderado Severo
Edad	Escala	N/A	Años
Estrato	Escala	N/A	1 al 6
Parentesco	Nominal	Hija Hermana Madre Nuera Nieta	
Estado civil	Nominal	Soltera Casada Viuda	
Nivel de educación	Ordinal	Primaria Bachillerato Técnico Profesional	
Reside en	Nominal	Rural Urbano	
Lugar de la familia	Escala	N/A	Del 1 al 5
¿Es madre?	Nominal	Si – No	

Consideraciones éticas

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y en observación con los aspectos mencionados en el capítulo 1 de esta resolución en cuanto a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, este estudio es clasificado como una investigación sin riesgo, la cual tiene como objetivos únicamente descriptivos que no busca modificar o intervenir una conducta, por lo anterior este proyecto investigativo se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

Artículo 5: Prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6: Contará con el consentimiento informado por escrito de los participantes de dicha investigación, los cuales autorizan su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

- Será realizada por estudiantes profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano y garantizar el bienestar del sujeto de investigación.

Artículo 8: Se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 11: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna

intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Por otra parte, se tiene en cuenta para esta investigación, la Ley 1090 del 2006, la cual hace referencia al ejercicio profesional de la Psicología en Colombia y en el cual se dicta el Código Deontológico, Bioético y otras disposiciones. De acuerdo con el Título II Disposiciones Generales, Artículo 2 de los Principios Generales y el Principio Universal 9, que corresponde a la Investigación con participantes humanos: “el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos” (p. 2).

Resultados

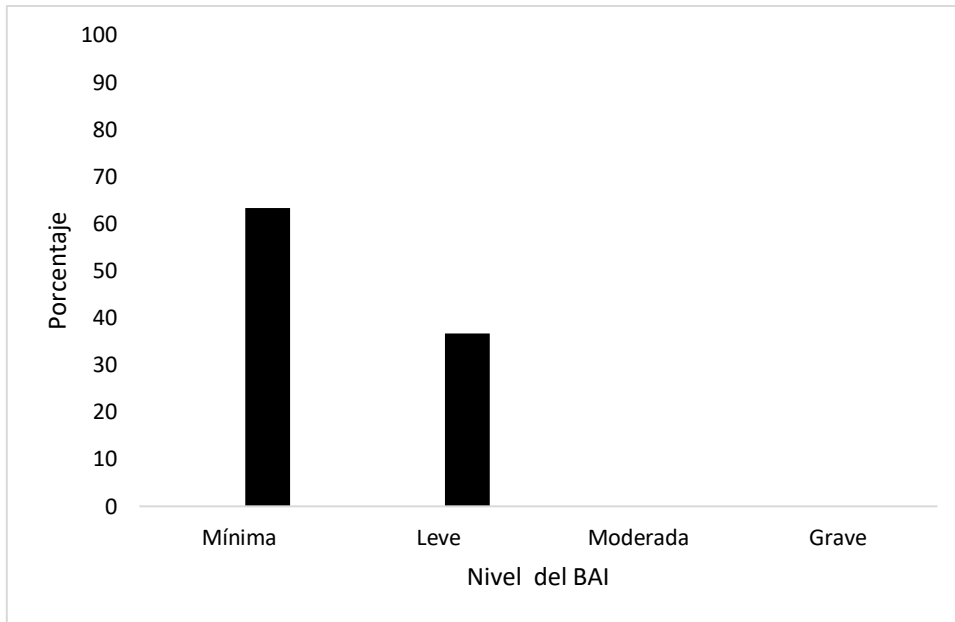
A continuación, encontraremos los resultados encontrados a través de la investigación realizada a las cuidadoras informales de pacientes diagnosticados con Alzheimer, dónde primero veremos los datos generales de las pruebas BAI y BDI-II, posteriormente las variables sociodemográficas y finalmente los cruces entre los hallazgos sociodemográficos con cada una de las pruebas.

Tabla 2

Prueba del BAI

En la siguiente tabla encontraremos los resultados generales obtenidos de la prueba del BAI.

		Nivel BAI			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mínimo	19	63,3	63,3	63,3
	Leve	11	36,7	36,7	100,0
	Moderado	0	00,0	00,0	00,0
	Grave	0	00,0	00,0	00,0
	Total	30	100,0	100,0	



Gráfica 1. Porcentaje de los niveles de acuerdo con los datos obtenidos, respecto a la prueba del BAI.

En la gráfica 1 de la Prueba del BAI podemos evidenciar, aunque la prueba de BAI presenta 4 niveles de clasificación de su sintomatología, encontramos que los más comunes entre las cuidadoras esta entre: mínimo con un 63,3% seguida de leve con un 36,7%; los niveles moderado y grave presentan un 0% de frecuencia.

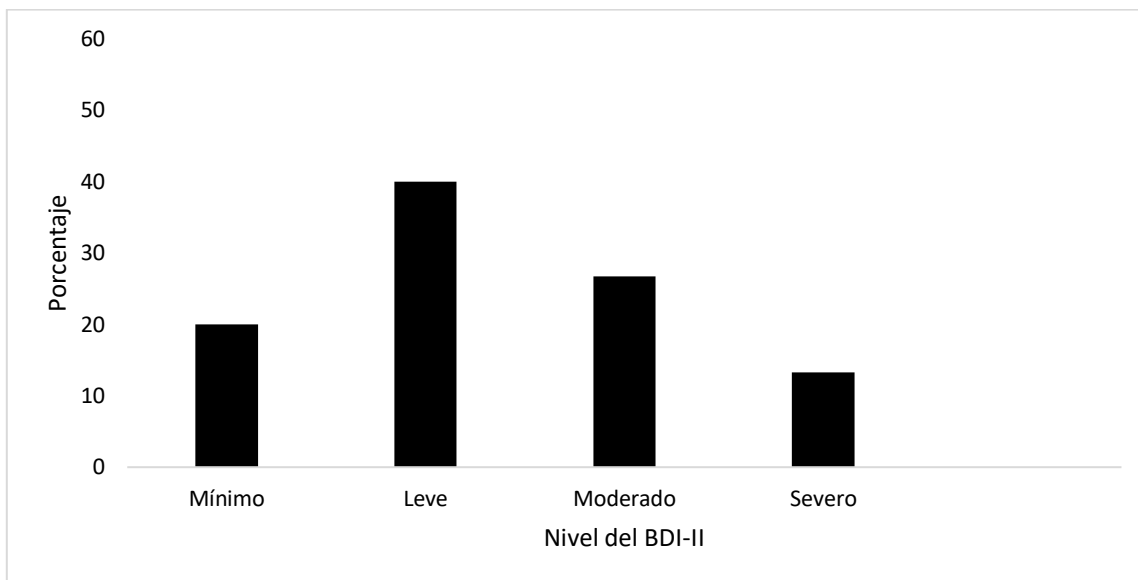
Tabla 3

Prueba del BDI – II

En la siguiente tabla encontraremos los resultados generales obtenidos de la prueba del BDI -II.

		Nivel BDIII			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mínimo	6	20,0	20,0	20,0
	Leve	12	40,0	40,0	60,0
	Moderado	8	26,7	26,7	86,7

Severo	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	



Gráfica 2. Porcentaje de los niveles replicados en las encuestas, respecto a la prueba del BDI-II.

En esta grafica 2 de la Prueba del BDI- II observamos que los niveles de depresión son más variados, encontrando los siguientes datos: mínimo 20%, leve 40%, moderado 26,7% y severo 13,3%; siendo el nivel leve más común entre las cuidadoras.

Tabla 4

Rango de edad.

En la siguiente tabla se representarán los valores de frecuencia en los rangos de edades encontradas en las cuidadoras informales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	10 - 20 años	2	6,7	6,7
	21 - 30 años	8	26,7	33,3
	31 - 40 años	7	23,3	56,7
	41 - 50 años	1	3,3	60,0

51 - 60 años	5	16,7	16,7	76,7
61 - 70 años	5	16,7	16,7	93,3
71 - 80 años	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

En esta primera tabla vemos que los 30 valores que se ingresan son válidos, en donde se está clasificando por grupos de edades de las cuidadoras informales en los que nos arroja en la tabla de frecuencia es que las edades más comunes entre las personas a cargo de los pacientes son Alzheimer es entre 21 y 30 años y la edad menos común es entre 41 y 50 años.

Tabla 5

Estado Civil.

En la siguiente tabla se representarán los valores de frecuencia en cuanto la variable sociodemográfica del estado civil en las cuidadoras informales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	18	60,0	60,0	60,0
	Casada	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

En esta segunda tabla se mide el porcentaje del estado civil de las personas encuestadas, en el que se evidencia que tiene un mayor número de cuidadoras solteras con un 60% de la muestra, mientras que las casadas tienen un porcentaje del 40%.

Tabla 6

Parentesco.

En la siguiente tabla se representarán los valores de frecuencia en cuanto la variable sociodemográfica del parentesco en las cuidadoras informales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hija	15	50,0	50,0	50,0
	Esposa	5	16,7	16,7	66,7
	Hermana	3	10,0	10,0	76,7
	Nieta	4	13,3	13,3	90,0
	Nuera	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

En esta tercera tabla identifica que el mayor porcentaje de cuidadoras son familiares en su rol como hijas con un 50% de la muestra, seguidas de esposas con un 16,7%; y en el menor porcentaje encontramos a las hermanas y nueras con un 10% cada una en la información recolectada.

Tabla 7

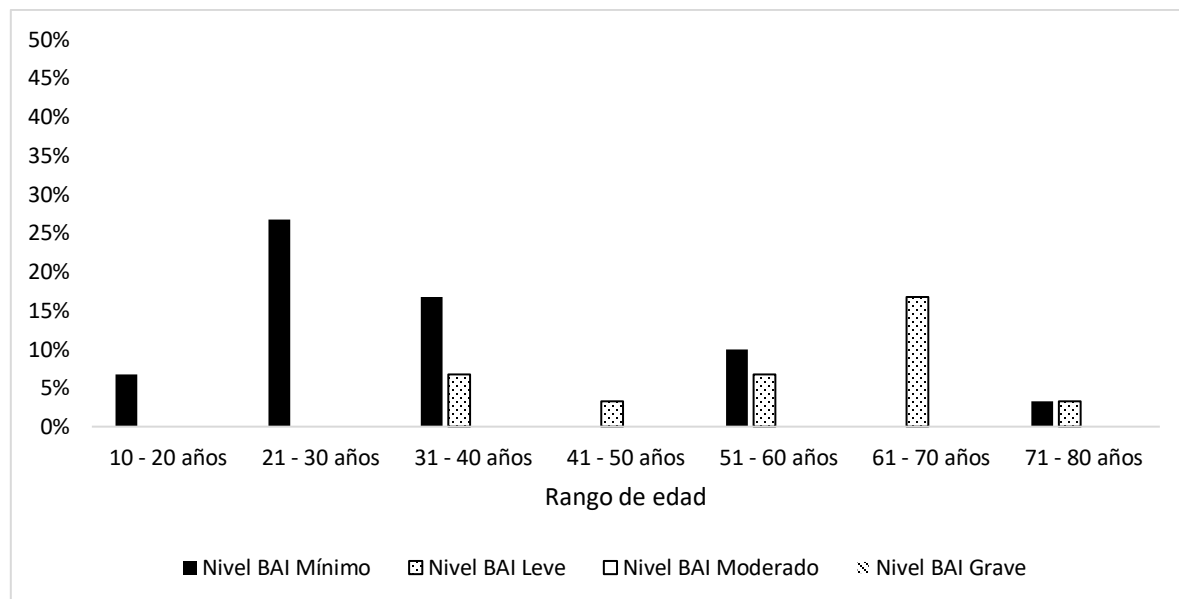
Cruce entre Rango de edad – BAI.

En la siguiente tabla se representarán tanto la frecuencia con el porcentaje en el rango de edad en relación con la prueba del BAI.

Tabla cruzada Rango edad*Nivel BAI						
		Nivel BAI				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
Rango edad	10 - 20 años	Número	2	0	0	2
		Porcentaje	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%

21 - 30 años	Número	8	0	0	0	8
	Porcentaje	26,7%	0,0%	0,0%	0,0%	26,7%
31 - 40 años	Número	5	2	0	0	7
	Porcentaje	16,7%	6,7%	0,0%	0,0%	23,3%
41 - 50 años	Número	0	1	0	0	1
	Porcentaje	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
51 - 60 años	Número	3	2	0	0	5
	Porcentaje	10,0%	6,7%	0,0%	0,0%	16,7%
61 - 70 años	Número	0	5	0	0	5
	Porcentaje	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	16,7%
71 - 80 años	Número	1	1	0	0	2
	Porcentaje	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	6,7%
Total	Total	19	11	0	0	30
	Porcentaje	63,3%	36,7%	0,0%	0,0%	100,0%

Número: se refiere a la cantidad de unidades que puntúan de la muestra.



Gráfica 3. Relación de los niveles hallados en el BAI y el rango de edad.

En esta tabla se relaciona el rango de edad con la prueba de BAI, donde podemos evidenciar que el rango de mayor frecuencia en cuanto a la edad de 21 a 30 años presenta niveles de ansiedad mínimo, mientras que las cuidadoras entre 61 a 70 años presentan una sintomatología de nivel leve de ansiedad.

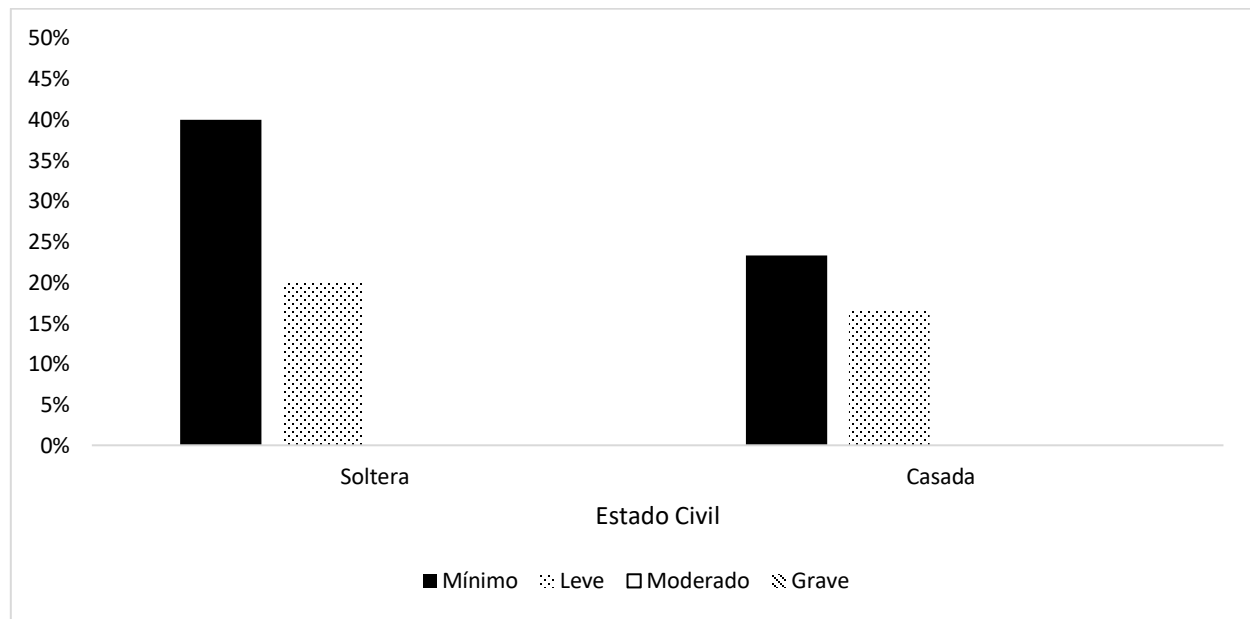
Tabla 8

Cruce entre estado civil y BAI.

En la siguiente tabla se representarán los valores de frecuencia como el porcentaje del estado civil, en relación con la prueba del BAI.

		Tabla cruzada Estado civil*Nivel BAI					
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave	Total	
Estado civil	Soltera	Número	12	6	0	0	18
		Porcentaje	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	60,0%
	Casada	Número	7	5	0	0	12
		Porcentaje	23,3%	16,7%	0,0%	0,0%	40,0%
Total	Número	19	11	0	0	30	
	Porcentaje	63,3%	36,7%	0,0%	0,0%	100,0%	

Número: se refiere a la cantidad de unidades que puntúan de la muestra.



Grafica 4. Relación de los datos obtenidos en el BAI y estado civil de las cuidadoras.

En esta tabla se relaciona el estado civil de las cuidadoras con la prueba del BAI, en el cual encontramos que un 40% de las encuestadas son solteras presentando un nivel

mínimo de ansiedad y un nivel leve un 20%, mientras que las personas casadas muestran un 23.3% en el nivel mínimo y un 16,7% con un nivel leve.

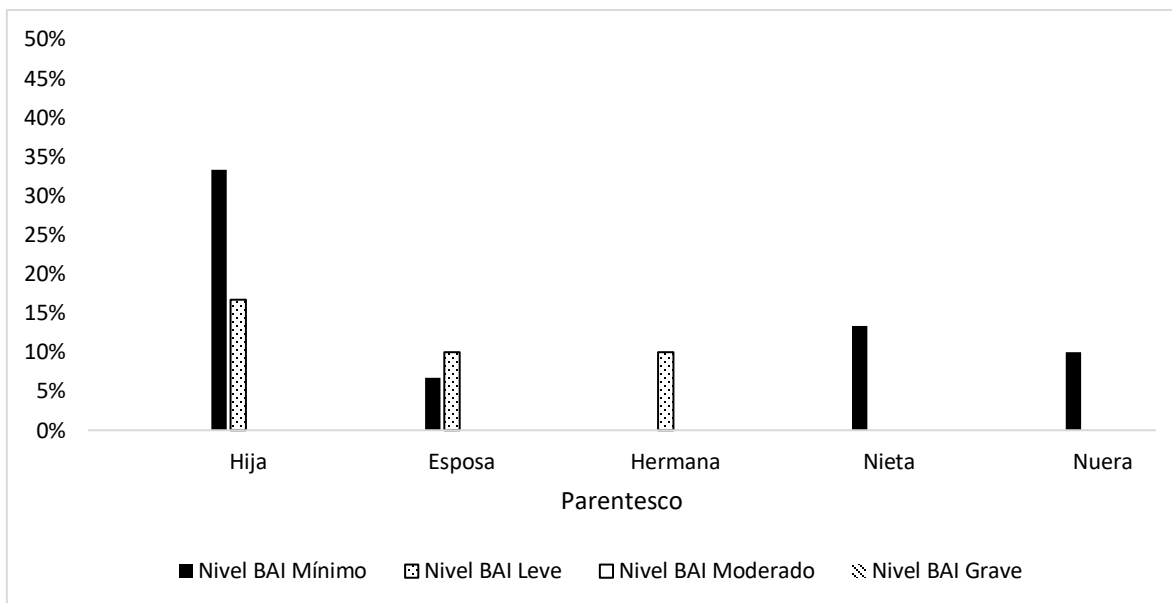
Tabla 9

Cruce entre parentesco y BAI

En la siguiente tabla se representarán los valores de frecuencia como el porcentaje del parentesco, en relación con la prueba del BAI.

		Tabla cruzada Parentesco*Nivel BAI					Total
		Nivel BAI					
			Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
Parentesco	Hija	Número	10	5	0	0	15
		Porcentaje	33,3%	16,7%	0,0%	0,0%	50,0%
	Esposa	Número	2	3	0	0	5
		Porcentaje	6,7%	10,0%	0,0%	0,0%	16,7%
	Hermana	Número	0	3	0	0	3
		Porcentaje	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Nieta	Número	4	0	0	0	4
		Porcentaje	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%
	Nuera	Número	3	0	0	0	3
		Porcentaje	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Total	Número	19	11	0	0	0
		Porcentaje	63,3%	36,7%	0,0%	0,0%	100,0%

Número: se refiere a la cantidad de unidades que puntúan de la muestra.



Gráfica 5. Relación de los datos obtenidos en el BAI y parentesco de las cuidadoras.

En esta tabla se evidencia que el rol de hija son las principales cuidadoras de los pacientes con Alzheimer con un porcentaje del 33,3%, siendo las mismas quienes presentan un mayor grado de ansiedad con un porcentaje del 16,7%.

Tabla 10

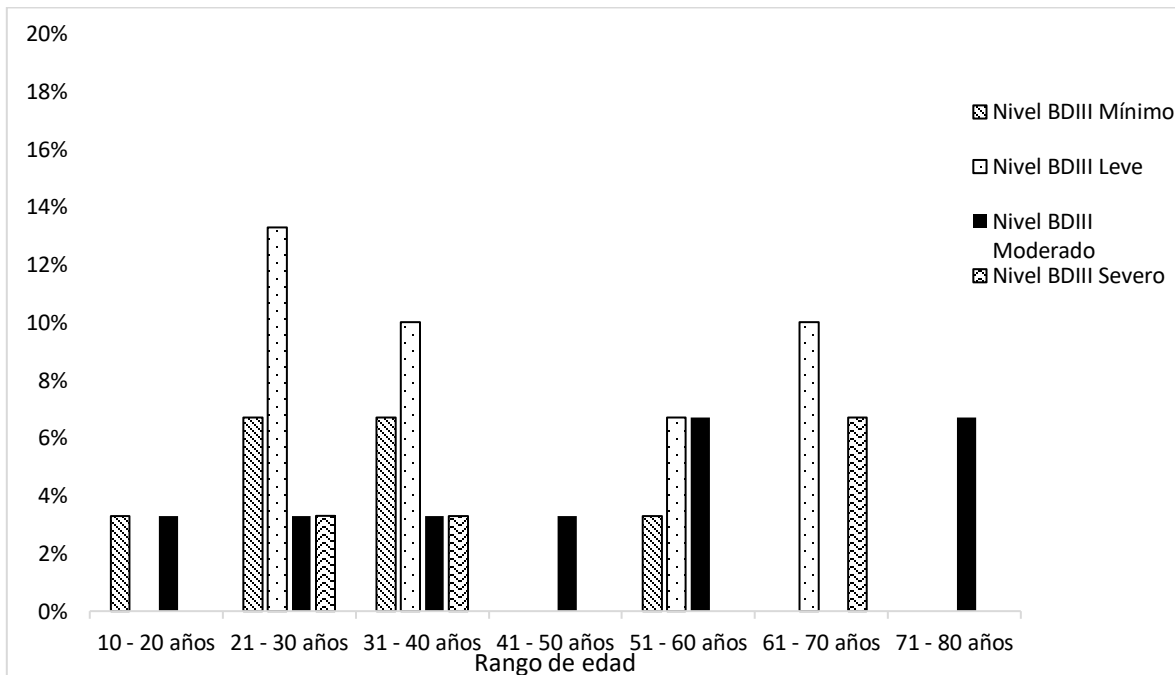
Cruce entre Rango de edad y el BDI-II

En la siguiente tabla se representarán los valores de frecuencia como el rango de edad encontrada entre las cuidadoras encontradas en relación con la prueba del BDI - II.

		Tabla cruzada Rango_edad*Nivel BDIII					
		Nivel BDIII					
			Míni mo	Leve	Moderado	Severo	Total
Rango_edad	10 - 20 años	Número	1	0	1	0	2
		Porcentaje	3,3%	0,0%	3,3%	0,0%	6,7%
Rango_edad	21 - 30 años	Número	2	4	1	1	8
		Porcentaje	6,7%	13,3%	3,3%	3,3%	26,7%

31 - 40 años	Número	2	3	1	1	7
	Porcentaje	6,7%	10,0%	3,3%	3,3%	23,3%
41 - 50 años	Número	0	0	1	0	1
	Porcentaje	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	3,3%
51 - 60 años	Número	1	2	2	0	5
	Porcentaje	3,3%	6,7%	6,7%	0,0%	16,7%
61 - 70 años	Recuento	0	3	0	2	5
	Número	0,0%	10,0%	0,0%	6,7%	16,7%
71 - 80 años	Número	0	0	2	0	2
	Porcentaje	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	6,7%
Total	Número	6	12	8	4	30
	Porcentaje	20,0%	40,0%	26,7%	13,3%	100,0 %

Número: se refiere a la cantidad de unidades que puntúan de la muestra.



Grafica 6. Relación de los niveles hallados en el BDI-II y el rango de edad.

En esta tabla se relaciona el rango de edad con la prueba BDI-II, donde podemos observar que entre los diferentes rangos de edad es más común los niveles leves de

depresión con un 40% en la totalidad de las cuidadoras, el otro 40% lo encontramos en niveles moderados con 26,7% y severos con un 13,3% entre las edades de 51 a 80 años.

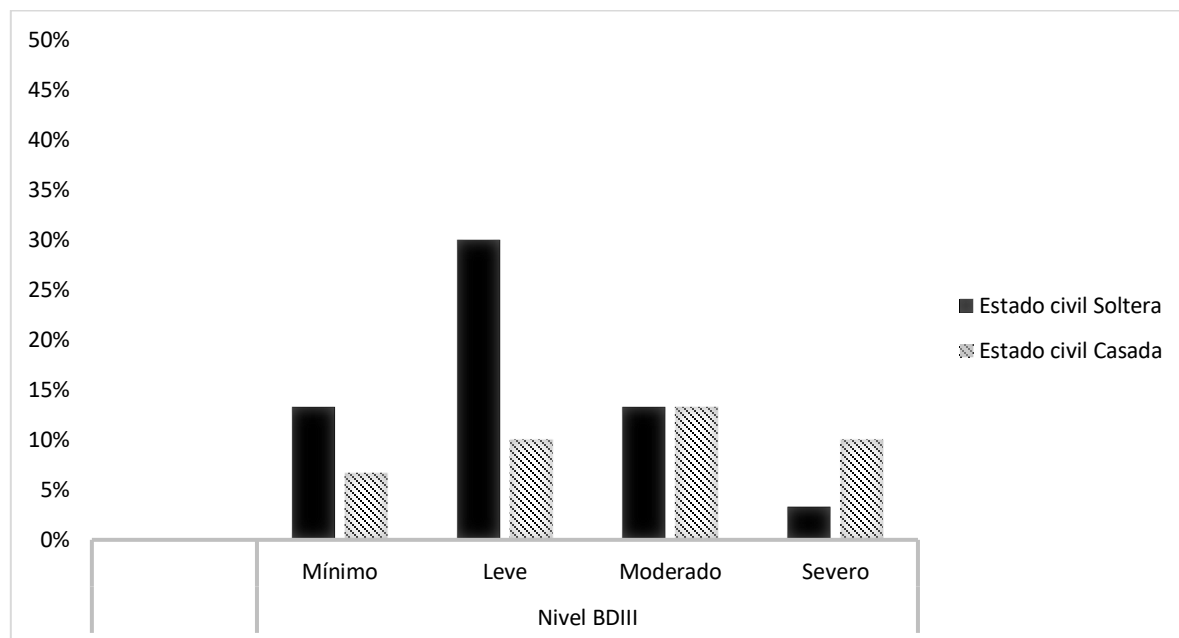
Tabla 11

Cruce entre estado civil y el BDI-II

En la siguiente tabla se representarán los valores de frecuencia como el estado civil en relación con la prueba del BDI - II.

		Tabla cruzada Estado civil*Nivel BDIII					
		Nivel BDIII				Total	
		Mínimo	Leve	Moderado	Severo		
Estado civil	Soltera	Número	4	9	4	1	18
		Porcentaje	13,3%	30,0%	13,3%	3,3%	60,0%
	Casada	Número	2	3	4	3	12
		Porcentaje	6,7%	10,0%	13,3%	10,0%	40,0%
Total		Número	6	12	8	4	30
		Porcentaje	20,0%	40,0%	26,7%	13,3%	100,0%

Número: se refiere a la cantidad de unidades que puntúan de la muestra.



Grafica 7. Relación de los datos obtenidos en el BDI-II y estado civil de las cuidadoras

En esta tabla se relacionan el estado civil con el BDI, en el que encontramos es que en el grupo de las solteras se destaca niveles de depresión leve con un 30%; mientras en un nivel moderado de depresión según la prueba tienen el mismo porcentaje del 13,3% en ambos grupos, y los niveles severos están con las cuidadoras casadas con un 10%.

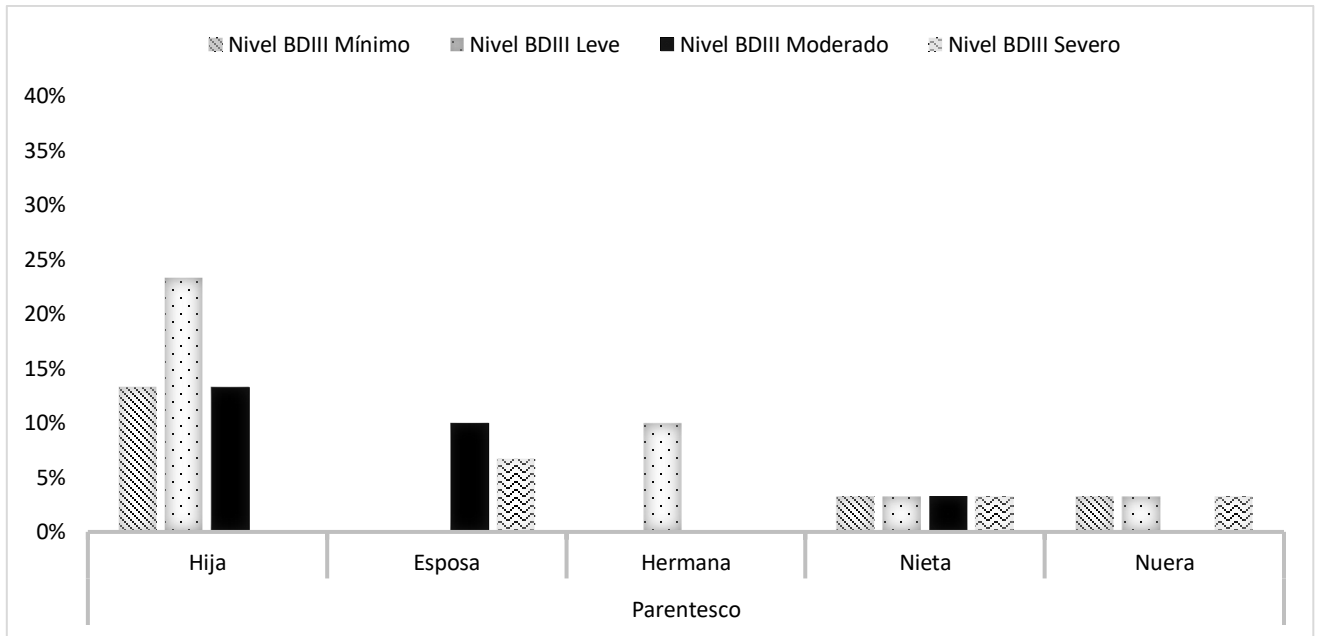
Tabla 12

Cruce entre parentesco y el BDI-II.

En la siguiente tabla se representarán los valores de frecuencia como el parentesco en relación con la prueba del BDI - II.

		Tabla cruzada Parentesco*Nivel BDIII				Total	
		Nivel BDIII					
		Mínimo	Leve	Moderado	Severo		
Parentesco	Hija	Número	4	7	4	0	15
		Porcentaje	13,3%	23,3%	13,3%	0,0%	50,0%
	Esposa	Número	0	0	3	2	5
		Porcentaje	0,0%	0,0%	10,0%	6,7%	16,7%
	Hermana	Número	0	3	0	0	3
		Porcentaje	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Nieta	Número	1	1	1	1	4
		Porcentaje	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%	13,3%
	Nuera	Número	1	1	0	1	3
		Porcentaje	3,3%	3,3%	0,0%	3,3%	10,0%
Total		Número	6	12	8	4	30
		Porcentaje	20,0%	40,0%	26,7%	13,3%	100,0%

Número: se refiere a la cantidad de unidades que puntúan de la muestra.



Gráfica 8. Relación de los datos obtenidos en el BAI y parentesco de las cuidadoras

En la tabla anterior relacionamos el parentesco con la prueba BDI- II, dónde se halla que las hijas quienes son las más frecuentes en afrontar este rol de cuidadoras, presentan niveles de depresión leves con un 23,3%, continuo de un 13,3% en niveles mínimos y moderados para el BDI en cada uno de los niveles, al igual se evidencia que las esposas tiene el mayor porcentaje en un nivel moderado con un 10%, y severo un 6,7% en las personas encuestadas.

Discusión

Mediante la investigación realizada fue posible cumplir con los objetivos propuestos, inicialmente con el de determinar los niveles de ansiedad y depresión que presentan las cuidadoras informales de personas con alzhéimer de algunos barrios de Yarumal Antioquia, por medio de la aplicación de los instrumentos BAI y BDI-II, la cual fue aplicada a una muestra representativa de 30 personas. Los resultados obtenidos

permitieron evidenciar qué porcentaje de estas cuidadoras presentan ansiedad y depresión en los diferentes niveles que proponen los instrumentos, reflejando así el estado de salud mental de las personas que desarrollan dicha labor.

Para el ministerio de salud, entidades prestadoras de servicios de salud y las familias de estas personas es importante conocer el impacto que genera el desempeño del cuidador en cuanto a la salud mental, además el desarrollo de la labor cotidiana le genera al cuidador alteraciones en el estado del ánimo, lo cual puede causar deficiencias en su acompañamiento. Sin embargo, en la investigación no se tuvo como propósito correlacionar los instrumentos utilizados, solo conocer los niveles que presentan las cuidadoras de acuerdo con cada instrumento según determinadas características sociodemográficas.

Los resultados indican que de los treinta (30) participantes de la investigación los porcentajes más representativos fueron del 63,3% (19 cuidadoras) con niveles de ansiedad mínima, el 40% (12 cuidadoras) con niveles de depresión leve, seguido por el 26,7% (8 cuidadoras) con depresión moderada, por lo que se observa que no se reportan niveles extremos altos en ambos fenómenos.

Con relación a las variables utilizadas de acuerdo con la encuesta sociodemográfica, se evidencia que las edades de los cuidadores participantes oscilan entre los 18 y 80 años, siendo el 26,7% el porcentaje más representativo y correspondiente a población con edades entre los 21 y 30 años. Por otra parte, en cuanto a la variable de parentesco, es posible afirmar que los resultados de esta investigación concuerdan con los obtenidos por Canga-Armayor, Esandi y Nuria (2011), ya que el porcentaje 50% de las participantes son hijas del paciente, este es el mismo resultado que ellos encuentran en el estudio que ellos

realizan; nuestro estudio los demás datos hallados son los siguientes: 16,7% que son cónyuges y el 33,3% restante de la población son otros familiares.

En cuanto al nivel de escolaridad de las participantes, los resultados arrojan que el 50% de la muestra, cuentan con educación técnica. Sin embargo, esta formación no está direccionada al cuidado de pacientes, razón por la cual como lo exponen Artaso et al. (2002) en su investigación, convierten a estas personas en cuidadores informales. Referente a la variable de estado civil, no se obtuvo ningún resultado significativo.

En el cruce de las variables sociodemográficas con los instrumentos utilizados, se evidenció que el mayor porcentaje de participantes con ansiedad leve es del 16,7% y son aquellas personas con edades entre los 61 - 70 años, seguidos por las personas con edades entre los 21 - 30 y 51 - 60, equivalentes cada uno al 6,7% de la muestra. En el cruce del instrumento BAI con la variable parentesco, son las hijas quienes presentan un mayor porcentaje de ansiedad leve, siendo este del 16,7% y ansiedad mínima con el 33,3%, seguido de las esposas y hermanas, cada una con un porcentaje del 10% de ansiedad leve; aunque no se encuentran resultados con un alto nivel de ansiedad, si se encuentran niveles bajos por lo desde la psicología se debe emplear la prevención, con el fin de que estos niveles bajos con el tiempo se conviertan en niveles graves.

Según el cruce de las mismas variables con el instrumento BDI-II el 6,7% de la muestra presenta niveles severos de depresión, porcentaje correspondiente a los participantes con edades entre los 61 - 70 años, seguidos de los participantes con edades entre los 51 - 60 y 71 - 80 rangos que presentan cada uno el 6,7% niveles de depresión moderada; con estos resultados podemos evidenciar según los resultados recogidos que las cuidadoras a partir de los 50 años, no se encuentran emocionalmente aptas para realizar

este tipo de labores y en caso de hacerlo se debe tener un acompañamiento psicológico constante. En cuanto al variable parentesco, el 6,7% de la muestra de parentesco esposa, presentan niveles de depresión severa, seguidos del 13,3% restante de la muestra, quienes son hijas y presentan depresión moderada.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos mediante la investigación con investigaciones previas, se encuentra relación con Artaso et al. (2002), quienes exponen que el cuidado de estas personas generalmente es brindado por aquella persona que mantiene una relación directa con el paciente o enfermo, ya sea cónyuge, hijos, hermanos o personas allegadas, pues de la población participante se registra que el 50% son hijas, seguidas del 16,7% quienes son conyugues de las personas con EA.

Por otra parte, se encuentra relación con la investigación realizada por Espín (2008), ya que los resultados obtenidos mediante la investigación dan cuenta no solo de que el 100% de las personas cuidadoras pertenecientes a la muestra son mujeres. Además, se evidencian edades de las cuidadoras que oscilan no solo entre los 40 y 59 años, sino desde los 18 a los 80 años, siendo mayormente representativo el porcentaje de cuidadoras con edades entre los 21 y 30 años, quienes pertenecen al 26,7% de la población participante de la investigación.

Por lo anterior y conociendo los resultados obtenidos mediante nuestra investigación realizada, se evidencia que existe mayor presencia de depresión que de ansiedad en las cuidadoras pertenecientes a la muestra.

Según el cruce de variables el 16,7% de la muestra presentan ansiedad leve y el 6,7% depresión severa, siendo los porcentajes más significativos y perteneciendo al rango

de edad entre los 61-70 años, es decir, es la población de la muestra recolectada mas vulnerable en sufrir depresión en la labor de cuidadora informal.

En relación con los hallazgos de García et al. (2003) en donde se expone que mediante investigaciones realizadas a nivel departamental (Antioquia) concluyen que los cuidadores son miembros de la familia los cuales realizan un trabajo prolongado en el tiempo.

Conclusiones

Uno de los objetivos de esta investigación es calcular los niveles de ansiedad en las cuidadoras informales de pacientes con Alzheimer para lo cual las personas encuestadas fueron clasificadas, se realizaron las pruebas y se verificó la información recolectada, lo cual permitió encontrar que el nivel más frecuente en cuanto al BAI es leve, representado por un 63.3%, sin embargo este resultado no se debe dejar de lado ya que por parte de la psicología se debe manejar la prevención con el fin de evitar que este porcentaje suba de nivel.

Otro de los objetivos propuestos es analizar los niveles de depresión evidenciados por medio de la prueba BDI-II la se evidenció que 40% de la población participante presentan niveles leves de depresión, en la cual también se debe manejar el tema de la prevención en este tipo de cuidadoras.

El número de participantes en el estudio fue limitado; tratando de abordar una mayor cantidad de personas para la muestra, se presentan una serie de complicaciones, puesto que el acceso por medio del centro de salud del municipio fue complicado. Así mismo, el tema de confinamiento por cuestiones de salud pública fue generador de

limitaciones, ya que por protocolos de protección no fue posible acceder a una muestra compuesta por más participantes.

Por otro lado evidenciamos según los resultados de la muestra recolectada y después de realizar el cruce entre variables, lo cual se concluye que la mayoría de sus cuidadoras son parientes en primer grado como hijas, y el rango de edad más común en estas cuidadoras es de 20 a 30 años y a nivel general presentan niveles bajos tanto de ansiedad como depresión y aunque no se muestra datos graves, nos informa que debemos apoyar estas cuidadoras por medio de la prevención con esto ahorramos recursos tanto a las familias como al sistema de salud.

Según los resultados y hallazgos obtenidos por medio de la investigación, se concluye que fue posible dar cumplimiento a los requisitos necesarios para conocer los niveles de ansiedad y depresión que presentan las mujeres que se desempeñan como cuidadoras informales, y a su vez a los objetivos planteados, ya fue posible conocer que en la población participante se presentan mayores niveles de depresión que de ansiedad.

Recomendaciones

Se recomienda a las entidades de salud y gubernamentales encargadas del sector salud, brindar acompañamiento psicológico a aquellas personas que se desempeñan como cuidadores informales, pues por medio de la información obtenida con la investigación realizada, fue posible evidenciar que el cuidado de estos pacientes es sumamente demandante y desgastante y es desarrollado en la mayoría de sus veces por hijas, mujeres jóvenes quienes se ven afectadas significativamente en cuanto a su estado de ánimo.

El acompañamiento recomendado, puede ser por medio de talleres que le proporcionen diferentes conocimientos al cuidador y le faciliten el manejo de emociones y situaciones por medio de herramientas y habilidades para la vida.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se resalta la importancia de conocer las implicaciones que tiene para los cuidadores el desarrollo de su labor y la necesidad de un apoyo y acompañamiento profesional, ya que los cuidadores informales se han visto abandonados por parte del ministerio de salud, generando una sobrecarga no sólo emocional, sino también en sus rutinas diarias.

Referencias

- Abengózar, C. Roig, M., y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anuales de Psicología*, 14(2), 215-227.
- Acevedo, D. C. A., Lopera, F., Méndez, L. y Roldán, O. I. G. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de neuropsicología*, 5(2), 137-145.
- Agudelo, A., Berberí, D., Cardona, D., Ordóñez, J. y Segura, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigación Andina*, 13 (22), 178-193.
- Aguilar, M.G., García M. L., Islas, N. y Ramos, B. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271.
- Aizcorbe C., Ballesteros, J., Belenguer, C. Carrasco, M., Ibarra, N., Loizaga, C., Larumbe, M^a. J. y Serrano, B. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad

- de Alzheimer y distrés psíquico: una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, (4), 201-206.
- Alberca, R. y López-Posua, S. (1998). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Panamericana.
- Antón-Aguirre, S., Lladó, A., Molinuevo, J., Rami, L y Villar, A. (2008). *Impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer*. *Neurología*, 23(25), 294 -298.
- Arango-Laspriella, J., Fernández-Guinea, S. y Rogers, H. (2003). *La familia y el cuidador del paciente con demencia y sus recursos*. En J. Arango-Laspriella., S. Fernández-Guinea y A. Ardila (Eds.), *las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: DF: Manual Moderno.
- Artaso, B., Biurrun, A. y Goñi, A. (2002). Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 60(61), 38-45.
- Bach-peterson, J., Reeve, K.E. y Zarit, S.H., (1980). Relatives of the impaired aged: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649- 655.
- Bauco, C., De Vito, E., Di Brango, T., Di Cioccio, L., Ferrera, M., y Languiano, E. (2008). *Prevalence of stress, anxiety and depression whit Alzheimer caregivers*. *Health Qual life Outcomes*, 6 (93).
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw , B., y Emery, G. (2010). *COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION*. Bilbao: DESCLÉE DE BROWER, S.A.
- Bedard, M., Brazil, K., Chambers, L. y Cresse, J. (2008). *Sleep disturbances un spousal caregivers of individuals whit Alzheimer´s disease*. *Intpsychogeriatr*, 20 (1), 149-161.
- Blanco, Díaz, Hermida, Otero, Torres y Vázquez (2014). *Revista Latinoamericana de Psicología*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 178-188.
- Brody, EM, Lawton, MP y Saperstein, AR (1989). Un programa de relevo multiservicio para cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista de Trabajo Social Gerontológico*, 14 (1-2), 41-74.
- Burns, A., Donaldson, C. y Terrier, N. (1998). *Determinations of carer stress in Alzheimer´s disease*. *Int J GeriatrPsychiatry*, 13 (4), 248 -256.
- Cancela, J. M., Nascimento, C. M. C. y Varela, S. (2016). Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de Alzheimer. *Revista*

- Andaluza de Medicina del Deporte*, 9(1), 32-40. Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888754615000581>
- Canga-Armayor, Esandi y Nuria (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22(2), 56-61. Recuperado en 04 de diciembre de 2019, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200002&lng=es&tlng=es.
- Cassinello, M. D. Z., Fernández-Ballesteros, R. y Mestre, L. T. (2009). cognitive plasticity in alzheimer's disease patients receiving cognitive stimulation programmes. *Psicothema*, 20(3), 432-437. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Lluis_Tarraga/publication/23143781_Cognitive_plasticity_in_Alzheimer's_disease_patients_receiving_cognitive_stimulation_programs/links/53e203300cf2d79877a9fdd8/Cognitive-plasticity-in-Alzheimers-disease-patients-receiving-cognitive-stimulation-programs.pdf
- Cerquera Córdoba, A. M., Pabón Poches, D. K., & Uribe Báez, D. M. (2012). Level of depression experienced by a sample of informal caregivers of patients with Alzheimer-type dementia. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 360-384.
- Córdoba, A. M. C. y Galvis, M. J. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 33(2), 190-205.
- Córdoba, A. y Poches, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(2), 73-81.
- Córdoba, A. M. C., y Poches, D. K. P. (2015). Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(2), 181-192.
- Crespo, M. y López, J. (2007). *Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión*. *Psicothema*, 19, (1), 72-80.
- Cuéllar Flores, I., López, S., y Pilar, M. (2012). Adaptación psicológica en personas cuidadoras de familiares dependientes. *Clínica y Salud*, 23(2), 141-152.
- Cummings, J. L., Fiorello, T., Gornbein, J. y Mega, M. S. (1996). *The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's Disease*. *Neurology*, 46(1), 130-135.
- DANE. (2010). *Trabajo orientado a implementar en todo el país el Registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad*. Antioquia. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>

- Demencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>.
- Derechos Humanos, D. U. (1948). Declaración Universal de los Derechos humanos. *Declaración Universal de los derechos Humanos*, (pág. 5).
- Echavarría, D., Gaviria, V., y Vera, I. (2018). Experiencia del cuidado a personas en situación de discapacidad desde la perspectiva de cuidadoras primarias en el municipio de Yarumal, 2018 (Doctoral dissertation, Psicología). Recuperado de http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/1774/1/EchavarríaDavid_2018_ExperienciaCuidadoPersonas.pdf
- Espín, A. (2008). *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. Revista Cubana de Salud Pública, 34(3).
- Fabà Ribera, J. (2016). Generatividad, trayectorias y ganancias de los cuidadores con personas con demencia : Variables predictoras y relación con las consecuencias del cuidado. *Departament de Psicologia Evolutiva i de l'Educació*, Valencia. Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=Qa06sYf2vDw%3D>
- García, A., Londoño, J., Madrigal, L. y Restrepo, F. (2003). Hacia el enunciado de dilemas éticos sobre la enfermedad de Alzheimer precoz, en Antioquia, Colombia. *Iatreia*, 16(2), 174-182.
- García, A., Lopera, F., Madrigal, L., y Ossa, J. (2003). *Towards the enunciation of ethical dilemmas regarding early onset alzheimer's disease in Antioquia, Colombia*. *Iatreia*, 16(2), 174-182.
- García de Blas, F., González, M., González, R., Martín, C., Martín, M., y Riu, S. (2000). Enfermedad de Alzheimer. *Clínica, tratamiento y rehabilitación*.
- García, F. y Rodríguez, A. (2011). La enfermedad de Alzheimer [Internet]. Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento. Recuperado de: <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/enfermedad-alzheimer>
- González, R. (2000). Enfermedad de Alzheimer. Clínica, Tratamiento y rehabilitación. Barcelona: Masson.
- Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. (2017). *Boletín de salud mental Demencia*. Bogotá D.C., Colombia : Ministerio de Salud.
- Guerra, M. y Llibre, J. (2002). Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. Revista cubana de medicina general integral, 18(4), 264-269
- Gutiérrez, R. y Llibre, J. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Revista Cubana de Salud Pública, 40(3), 378-387.

- Kelber, S., Noonan, P., Ott, C. y Sanders, S. (2008). *The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia*, *Death stud*, 32 (6), 495-523
- Ley N° 1618. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, 27 de febrero de 2013.
Recuperado de
<https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY%20ES TATUTARIA%201618%20DE%202013.pdf>
- Ley N° 39. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 14 de diciembre de 2006. Recuperado de:
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- Logsdon, R., McCurry, S., Teri, L. y Vitiello, M. (2007). *Sleep disturbances in caregivers of person with dementia: contributing factors and treatment implications*. *Sleep med rev*, 11(2), 143-153.
- Ministerio de Salud. República de Colombia. (1993). Resolución N° 8430. Recuperado de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. (2006) Ley N° 1090.
Recuperado de
<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Mulland, J., Pearlin, L., Semple, J., y Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process. An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30,583-594.
- Paleo, N. y Rodríguez, N. (2005). *¿Por qué cuidar a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer?* *Revista electrónica de geriatría*. Recuperado de:
www.geriatrienet.com/introx.html.
- Pérez, M. (2008). Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista habanera de ciencias médicas*, 7(3), 1-11.
- Organización Mundial de la Salud – OMS, La Demencia, una prioridad de salud pública.
Recuperado de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
- Ortiz, M. D. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 93-105. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v16n1/v16n1a08.pdf>
- Vallejo Pana, J. (2017). *Conviviendo con el alzheimer: la familia. Revisión bibliográfica* (Bachelor's thesis, Escola Universitària de Ciències de la Salut de Manresa. Escola Adscrita a la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB)).

Recuperado de: http://repositori.umanresa.cat/bitstream/handle/1/122/2017-5-19_Vallejo_Plane_Jennifer.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. Ginebra: World Health Organization (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/>).

Zarragoitía, A. I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. Cuba: Ciencias Médicas.

Anexos.

Anexo 1.

Encuesta Sociodemográfica

Nombre:

CC:

1. Edad

- a. 20 – 30
- b. 31 – 40
- c. 41 – 50
- d. 51 – 60
- e. 61 – 70

2. Estrato

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5

3. Parentesco

- a. hija
- b. hermana

6. Reside en

- a. rural
- b. urbana

7. Lugar en la familia

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5
- f. N/A

8. ¿Es usted mamá?

- a. sí
- b. no

c. madre

d. nuera

e. nieta

4. Estado civil

a. Soltera

b. Casada

c. Viuda

5. Nivel de educación

a. Primaria

b. Bachiller

c. Técnico

d. Profesional

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos generales.

Nombre:	Doc. Identidad:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección	Teléfono:
Estado civil:	Ocupación:
Lugar de la prueba:	Fecha

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía _____ certifico que comprendí la información que suministran las estudiantes en formación es de carácter confidencial. Se me informó que mi participación es con fines académicos que será revisada y dirigida por un profesional y que consiste en la aplicación de dos pruebas objetivas respectivamente nombradas a continuación:

BAI: Instrumento que mide los niveles de ansiedad clínica. Duración aproximadamente de diez a quince minutos

BDI II: Instrumento que mide los síntomas típicos de la depresión. Duración aproximadamente de diez a quince minutos

Además, tengo presente que si desea retirarse de la prueba puede hacerlo en cualquier momento.

Firma

C.C

Elizabeth Corredor Sora

C.C 1.017.188.864

Manuela Lopera Fernández

C.C 1.035.873.798

Andrés Alejandro Rodríguez Gómez

CC:

TP:

Profesional a cargo