



Universidad
Mariana

Depresión y ansiedad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica de la comuna 5 del Municipio de Pasto del Departamento de Nariño en el periodo 2022-2023

Co-investigadores:

Edy Alexander Zambrano Arcos

Gennifer Mirella Parra García

John Alexander Pasijojoa Rosero

Jhon Sebastián Díaz Cortés

Milton Fabián Díaz Garzón

Universidad Mariana

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

San Juan de Pasto

2024

Depresión y ansiedad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica de la comuna 5 del Municipio de Pasto del Departamento de Nariño en el periodo 2022-2023

Co-investigadores:

Edy Alexander Zambrano Arcos

Gennifer Mirella Parra García

John Alexander Pasijojoa Rosero

Jhon Sebastián Díaz Cortés

Milton Fabián Díaz Garzón

Informe final presentado para optar al título de Enfermeros

Asesoras:

Mg. Karina Gallardo Solarte

Mg. Natalia Sofía Gallego Eraso

Universidad Mariana

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

San Juan de Pasto

2024

Artículo 71: Los conceptos, afirmaciones
y opiniones emitidas en el Trabajo de
Grado son responsabilidad única y exclusiva
de los Educandos

Reglamento de Investigaciones y
Publicaciones Universidad Mariana

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 1 |
| 1. Planteamiento del problema | 3 |
| 1.1. Descripción del problema | 3 |
| 1.2. Formulación del problema | 6 |
| 1.3. Justificación | 7 |
| 1.4. Objetivos | 10 |
| 1.4.1. Objetivo general | 10 |
| 1.4.2. Objetivos específicos | 10 |
| 1.5. Marco referencial o fundamentos teóricos | 10 |
| 1.5.1. Antecedentes | 10 |
| 1.5.2. Marco teórico | 14 |
| 1.5.3. Marco conceptual | 15 |
| 1.5.4. Marco contextual | 18 |
| 1.5.5. Marco legal | 19 |
| 1.5.6. Marco ético | 23 |
| 1.6. Metodología | 24 |
| 1.6.1. Paradigma de investigación: | 24 |
| 1.6.2. Enfoque de investigación | 25 |
| 1.6.3. Tipo de investigación | 25 |
| 1.6.4. Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis | 26 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 1.6.5. | Técnica e instrumentos de recolección de información | 29 |
| 2. | <i>Resultados</i> | 33 |
| 2.1. | Procesamiento de la información | 33 |
| 2.1.1. | Análisis del primer objetivo | 33 |
| 2.1.2. | Análisis del segundo objetivo | 40 |
| 2.1.3. | Análisis del tercer objetivo | 42 |
| 2.2. | <i>Discusión</i> | 44 |
| 3. | <i>Conclusiones</i> | 52 |
| 4. | <i>Recomendaciones</i> | 54 |
| | <i>Referencias bibliográficas</i> | 55 |
| | <i>Anexos</i> | 60 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 <i>Normatividad internacional</i> | 20 |
| Tabla 2 <i>Normas Legales de la Salud Mental</i> | 21 |
| Tabla 3 <i>Criterios de inclusión y exclusión</i> | 26 |
| Tabla 4 <i>Distribución comuna 5</i> | 27 |
| Tabla 5 <i>Riesgos y sesgos y sus debidos controles</i> | 31 |

Índice de Gráficos

| | |
|--|----|
| Grafica 1 <i>Procedimiento de aplicación</i> | 33 |
| Grafica 2 <i>Sexo cuidador</i> | 35 |
| Grafica 3 <i>Edad cuidador</i> | 36 |
| Grafica 4 <i>Nivel de estudios</i> | 36 |
| Grafica 5 <i>Estado Civil</i> | 37 |
| Grafica 6 <i>Creencia Religiosa</i> | 37 |
| Grafica 7 <i>Ocupacion</i> | 38 |
| Grafica 8 <i>Estrato Socioeconomico</i> | 38 |
| Grafica 9 <i>Enfermedad del cuidador</i> | 39 |
| Grafica 10 <i>Sobrecarga</i> | 39 |
| Grafica 11 <i>Depresión Escala HADS (n=295)</i> | 41 |
| Grafica 12 <i>Depresión HADS</i> | 41 |
| Grafica 13 <i>Ansiedad Escala HADS (n=295)</i> | 43 |
| Grafica 14 <i>Ansiedad HADS</i> | 43 |

Índice de Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo A <i>Consentimiento informado</i> | 60 |
| Anexo B <i>Presupuesto</i> | 62 |
| Anexo C <i>Cronograma</i> | 63 |
| Anexo D <i>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)</i> | 64 |
| Anexo E <i>Operacionalización de variables</i> | 65 |
| Anexo F <i>Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona</i> | 68 |

Introducción

La ansiedad y la depresión se consideran trastornos relacionados que afectan la salud mental del paciente y tienen muchas consecuencias que reducen la calidad de vida de una persona y pueden pertenecer a diferentes grupos sociales, siendo de principal interés los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica, papel que desarrollan anteponiendo las necesidades del paciente a las suyas propias.

Al observar que este tipo de cuidados conduce al desarrollo de sobrecarga emocional y física, algunos autores Oria y Espinosa, (2020) lo definen como un fenómeno multidimensional que incluye carga objetiva y subjetiva, la primera de las cuales corresponde a cambios en los hábitos de vida, como abandono del trabajo, estilo de vida, los roles familiares y sus efectos sobre la salud física y mental; El otro refiere a las respuestas emocionales a las necesidades de cuidado como la ira, la culpa, la depresión, la ansiedad y el agotamiento. (p.36)

La monitorización de la sobrecarga, a su vez, puede prevenir la hospitalización prematura y reducir la utilización de la atención sanitaria por parte del paciente; para los cuidadores, puede prevenir síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y mejorar las habilidades de afrontamiento y la autoeficacia. (Leng, Zhao y Wang, 2020, p.22)

Esta gama de sentimientos y experiencias de los familiares puede provocar trastornos de ansiedad (tasa de prevalencia del 46,55%), depresión (odds ratio ajustado [OR] = 3,8; IC del 95%: 2,4-6,1) y reducción de la calidad de vida (coeficiente 64,55%; $r = -7,35$ $p < 0,05$), deterioro del estatus económico familiar ($r = 0,17$ $p < 0,05$), mayor morbilidad global ($r = 0,41$ $p < 0,001$) e incluso mortalidad, que también se refleja en la salud física, emocional o general del cuidador. Por

lo tanto, los cuidadores que asumen este nuevo rol deben estar preparados con antelación para afrontar las nuevas actividades y cambios en sus vidas, de lo contrario corren el riesgo de verse sobrecargados. Koulaee y Hesamzadeh (2020) (p.78)

Ante esta situación surge la necesidad de determinar el nivel de depresión y ansiedad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica del municipio de Pasto del departamento de Nariño en el periodo 2022-2023.

1. Planteamiento del problema

1.1. Descripción del problema

El Proceso de envejecimiento; Así como la transición epidemiológica en la población ha provocado un aumento significativo en el número de personas que padecen enfermedades crónicas y degenerativas, según la Organización Mundial de la Salud (2021), “Indica que las enfermedades crónicas se presentan entre los 30 y 69 años. Representando la muerte de más de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de todas las muertes en todo el mundo. La principal causa de muerte por estas enfermedades son las cardiovasculares (17,7 millones personas/año), seguida del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones)”.

Este cambio ha resultado en un alto nivel de dependencia entre estos grupos de edad y quienes padecen estos trastornos. Las investigaciones muestran que el 46,5% de las personas de 65 y más años tienen alguna discapacidad que requiere un cuidado personalizado para las tareas del hogar y/o la movilidad. El estudio también informó que el 30,7% de los cuidadores informales encuestados en los EE. UU. Dijeron que habían considerado seriamente el suicidio. Esto se debe a que los seres queridos deben brindar apoyo al transcurso del tratamiento de un paciente que sufre cambios cognitivos, de comportamiento y de humor, así como trastornos psicológicos como ansiedad y depresión. (Czeisler et al., 2020)

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), alrededor de 280 millones de personas padecen depresión, se estima que el 3,8% de la población, incluido el 5% de los adultos y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años de edad; es más, “700 personas se suicidan cada año” como consecuencia de la enfermedad.

Por otra parte, la ansiedad se caracteriza por el sentimiento de miedo y preocupación excesivo y por sentir trastornos del comportamiento conexos; según el Instituto Nacional de Salud (2020), una de cada 8 personas padece de alteraciones mentales y la mayoría carecen de acceso a una atención eficaz, los más comunes son la ansiedad y el trastorno depresivo, que debido a la pandemia COVID-19 aumentaron en un 26% y 28%; cabe resaltar que antes de este se encuentra la depresión. “Los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos depresivos son patologías frecuentes en la población general, y se debe agregar que estos se asocian a una baja calidad de vida, disfunción social y aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares” (Delgado E, Lara M et al, 2021, p. 27).

En este sentido, los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas están acostumbrados a estar en un ambiente de alto estrés y carecen de conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, lo que puede derivar en síntomas patológicos de ansiedad y depresión, como lo señala un estudio denominado “Ansiedad y Depresión en el Rol en Cuidadores Familiares de Pacientes con Enfermedad Crónica”, una esperanza de vida excesiva puede provocar depresión y ansiedad en los cuidadores, siendo estos trastornos más comunes en las mujeres, dado su importante papel como cuidadoras (Martínez Rodríguez L, 2022):

Se cree que los cuidadores descuidan su salud física y emocional por la sobrecarga del cuidado, ya que se encuentran muy preocupados y al mismo tiempo están obligados a los cuidados que deben de proporcionar a los pacientes la mayor parte del día (Martínez Rodríguez L, 2022, p. 77).

Lo antes referido dificulta el manejo del tiempo propio y las múltiples responsabilidades, también el sentimiento relacionado con la presión del cuidado del paciente, ocasionando

una dificultad para equilibrar las responsabilidades, esto puede abrumar todas las dimensiones de la vida. (Medina et al., 2021, p. 211, 212)

Concordante a esta situación, un estudio realizado en República Dominicana por Ferreras et al. (2022) logró evidenciar que un 63% de los cuidadores presentaban una posible depresión y a su vez un 52% pudiese padecer de ansiedad; quienes encontraron que la media del bienestar psicológico estuvo en 28,1, con una desviación estándar de 6,1 indicando una percepción negativa, lo que sugiere una alta afectación psicológica en el cuidador.

En este contexto, el problema que enfrentan los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas es un fenómeno muy complejo que necesita ser investigado, ya que no existen programas que garanticen la salud física y mental de quienes utilizan el ejercicio de cuidado. En ocasiones, sus familias no cuentan con las habilidades o herramientas necesarias para reducir el impacto de su rol como cuidadores. Nace la intención de determinar el nivel de depresión y ansiedad entre familiares de pacientes con enfermedades crónicas en la ciudad de Pasto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Con respecto a la mayoría, los niveles de sobrecarga en cuidadores son factores determinados principalmente por el estrés, que implica desmejora en la calidad de vida del cuidador, comprendiendo un contexto/ambiente donde se puede incidir directamente en la percepción de la sobrecarga del cuidador. Según (García et al., 2021):

Revelan algunos aspectos influyentes en el grado de sobrecarga en los que se incluyen: las características, particularidades y limitación que padece la persona dependiente, las

cualidades del cuidador, el apoyo y la composición familiar, el acompañamiento externo que recibe, la relación afectiva y la distribución del tiempo dedicado al cuidado.

El método realizado en este estudio se llevó a cabo mediante los instrumentos nombrados a continuación; La encuesta de Carga del cuidado de Zarit, que nos permitió la medición de la sobrecarga asociada al deterioro del paciente y por otra parte establecer la sobrecarga de manera indirecta, a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), que fue diseñada por Zigmund y Snaith (1983) con el fin de evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, valorando los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión, estas encuestas se aplicaron en un promedio de tiempo de 45 a 90 minutos con la participación de 295 cuidadores familiares, todo con el fin de determinar el impacto de la sobrecarga sobre la vida del cuidador, para poder establecer algunas medidas de protección, para garantizar un mejoramiento sobre la calidad de vida, evitando la aparición de síntomas depresivos, angustia y estrés y finalmente el mejoramiento de la competencia de afrontamiento y la autoeficacia. (Hirschman KG, Shea JA, Xie SX, Karlawish JH. 2021).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de depresión y ansiedad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica del municipio de Pasto del departamento de Nariño en el periodo 2022-2023?

1.3. Justificación

Según la Organización Panamericana de la Salud (2021), las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo. El término enfermedad no transmisible se refiere a un grupo de afecciones no causadas principalmente por infecciones agudas que tienen consecuencias para la salud a largo plazo y que a menudo requieren tratamiento y atención.

Según Monsalve (2021), “Con la progresión de la enfermedad, la autonomía del paciente disminuye, por lo que se requiere mayor atención de terceros para cubrir sus necesidades, siendo el cuidador primario aquel que consigna la mayor parte del tiempo a asistir al paciente” (p. 117).

Así las cosas, resulta interesante, estudiar en términos de repercusión en salud mental los efectos propios del rol de cuidado (desgaste físico, emocional, comportamental) que tiene una afectación en la calidad de vida de la persona como producto de la entrega y dedicación que estas personas tienen con sus familiares enfermos. Según Medina et al, (2021): “Es necesario plantear bases para la identificación de factores, como los es la esfera psicológica, que pueden influir en el autocuidado” (p. 72).

Como estudiantes de enfermería, existe el compromiso social de demostrar y proteger la salud no sólo al paciente, sino también a la red de apoyo del paciente, que es el principal soporte emocional y contención en el transcurso de la enfermedad relacionada de larga duración, con desenlaces de interés para la salud pública.

Es entonces, como la investigación resulta de utilidad al exponer un fenómeno propio de la transición epidemiológica que al no ser intervenida puede generar mayores problemáticas en la salud mental de los cuidadores familiares. Se espera que los resultados del estudio se conviertan en una fuente importante de información para la toma de decisiones desde las máximas autoridades garantes del derecho a la salud en Colombia y el departamento de Nariño mediante el estudio descriptivo del panorama que rodea al cuidador.; *d de Cohen*, (2020), establece que:

Implementar intervenciones psicológicas durante el tiempo de exposición al cuidado, puede representar, un momento clave para mejorar la motivación de los cuidadores, fomentando su participación para prevenir un malestar emocional, un desgaste físico y sobretodo un deterioro mental. Un posible mecanismo se enfoca en brindar estrategias de afrontamiento, solución de problemas, competencias conductuales y regulación emocional con el objetivo de ampliar o reforzar el repertorio conductual del cuidador, favoreciendo así cambios de primer orden para una mejor adaptación. (p. 27)

La efectividad de la intervención psicológica se basa en el modelo de terapia o intervención cognitivo conductual, que puede incluir terapia motivacional centrada en procesos de adaptación a la intervención, basadas en psicoeducación para optimizar la calidad de vida y la autoeficacia; esto puede incluir efectos sobre la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés (Bravo-Benítez et al, 2021).

En efecto surge la necesidad de llevar a cabo la presente investigación con el objetivo de atraer la atención de cuidadores familiares y generar un mayor interés por parte del personal de salud en lo concerniente a ansiedad y depresión que los cuidadores pueden presentar, puesto que se quiere generar un nuevo enfoque de donde se abarque la persona con enfermedad crónica y su cuidador familiar, es así donde Amador et al, (2020), menciona que:

El valor de la investigación radica en ofrecer resultados que ayuden a los profesionales de la salud a diseñar planes de intervención acordes a las necesidades específicas y, de esta manera, disminuir el impacto en el estado emocional del cuidador y sus probabilidades de enfermar. (p, 73-75)

Finalmente se quiere en esta revisión presentar la muestra de un panorama general del concepto de ansiedad y depresión del cuidador primario especialmente con pacientes crónicos, a su vez se definirán aquellas implicaciones con las que se pueda relacionar y así mismo actuar con mejoramientos que brinde bienestar al cuidador por el trabajo llevado a cargo.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de depresión y ansiedad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica del Municipio de Pasto del Departamento de Nariño en el periodo 2022-2023.

1.4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población.
- Identificar el nivel de depresión de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.
- Identificar el nivel de ansiedad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.

1.5. Marco referencial o fundamentos teóricos

1.5.1. Antecedentes

El estudio ha tomado diferentes investigaciones que abordan la depresión y ansiedad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.

1.5.1.1. Internacionales. En Zaragoza, España, (2019), Ioana Andrea Brezuleanu realizó el estudio denominado “Programa de salud basado en el mindfulness orientado a mejorar el manejo del estrés, ansiedad y depresión en cuidadores principales de personas mayores desde atención primaria”.

El estrés es el resultado de una relación entre un individuo y su entorno que se percibe como amenazante o excesiva para sus recursos, afectando su bienestar personal. Los cuidadores con edad

avanzada presentan una carga física y psicológica adicional; aparición de insomnio, pérdida de capacidades de autocuidado y descompensación de enfermedades crónicas. Para desarrollar un programa de bienestar basado en mindfulness destinado a mejorar el manejo del estrés en familiares de adultos mayores, se realizó una búsqueda bibliográfica cuantitativa sobre el estrés, la ansiedad y la depresión y su manejo.

A través del estudio, se descubrió que se podría reducir los síntomas de ansiedad y depresión en estos individuos, mejorando la calidad de la atención brindada. También concluyó que implementar un programa de bienestar basado en mindfulness para mejorar el manejo del estrés podría acrecentar la calidad de vida de los cuidadores principales de adultos mayores. Al mismo tiempo, reducir los síntomas de ansiedad y depresión de estas personas y enriquecer la calidad de la atención prestada Carmona-Rincón, Isaac (2022).

En Córdoba, España, Aguilar-Agudo, Antonio (2022). Realizaron el estudio denominado “estilos de cuidado y la implicación como protector psicológico del cuidador de personas con Parkinson en España” en la cual se encontró que las personas con puntuaciones por encima de la media en neuroticismo y por debajo en el resto de factores de personalidad y estrategias de afrontamiento tenían más riesgo de padecer malestar psicológico y una menor implicación en los cuidados. El estudio pudo concluir que el malestar psicológico del cuidador puede suponer un problema para el futuro de los cuidados y es así donde la personalidad y las estrategias de afrontamiento pueden contribuir a identificar estilos para los cuidados más eficientes, que impliquen una mayor participación en los cuidados con un menor impacto negativo.

En Cuba, (2021), se desarrolló el estudio denominado “ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios” con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad, depresión

y sobrecarga en cuidadores principales de adultos centenarios en un estudio exploratorio descriptivo en 30 cuidadores mediante la aplicación del inventario de rasgo -estado (IDARE), el inventario de depresión rasgo-estado (IDERE) y la Escala de Zarit. Entre los resultados se encontró un predominio del género femenino con un rango de edad entre los 53 y 78 años. Se evidenciaron niveles medios en la ansiedad como rasgo y en la ansiedad como estado. Se constataron elevados niveles de depresión como estado en los cuidadores no existiendo diferencias significativas entre los niveles altos, medios y bajos de depresión como rasgo. Para la muestra de estudio no se evidencia sobrecarga en el 86,7 % de los cuidadores principales en relación con el ejercicio del rol. El estudio pudo concluir que los cuidadores no se perciben sobrecargados, pero experimentan niveles medios de ansiedad, los niveles de depresión no presentan diferencias significativas, mientras que la depresión estado manifiesta niveles altos Martínez R, L, (2021).

1.5.1.2. Nacional. En Montería, Colombia, (2020), realizaron el estudio denominado “Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos” con el objetivo de analizar las características psicoafectivas y los niveles de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales, mediante un estudio descriptivo, transversal en donde la población estuvo conformada por 50 cuidadores familiares, a quienes se les aplicó encuestas para la obtención del perfil sociodemográfico y la identificación de las características psicoafectivas, y la Escala de Zarit para evaluar el nivel de sobrecarga. Entre los resultados se encontró un predominio del miedo por el futuro (90 %) y por no estar ofreciendo un buen cuidado (80 %) Amador A. C (2020).

La ansiedad se presentó principalmente por la falta de recursos económicos (70 %) y por las diversas responsabilidades que tenían que asumir de forma simultánea. La depresión, aunque fue

poco frecuente, se presentó más en las mujeres que en los hombres, debido al poco tiempo que tienen los cuidadores para realizar otras actividades personales o familiares. El estudio logró concluir que el exceso de responsabilidades, la falta de acompañamiento de las instituciones de salud, la ineficacia de las políticas públicas que excluyen al cuidador y la soledad en la que los cuidadores familiares realizan su trabajo incide en la salud mental y generan sobrecarga al cuidador.

1.5.1.3. Regionales. En San Juan de Pasto, Colombia, en el año 2022, se desarrolló una investigación denominada “Bienestar ocupacional del cuidador de adultos mayores que asisten a la parroquia Santiago Apóstol de Pasto, Colombia”, por parte de estudiantes de la Universidad Mariana, cuyo objetivo principal es caracterizar los aspectos sociodemográficos y establecer los niveles de sobrecarga de los cuidadores de los adultos mayores que asisten a la parroquia Santiago Apóstol de la Diócesis de Pasto. El estudio se enfoca en una población de aproximadamente 40 cuidadores, donde se permite identificar datos como sexo, edad, género, nivel de escolaridad, vivienda, estrato socioeconómico, afiliación en salud, ocupación, personas a su cargo y diagnóstico, utilizando la herramienta denominada “Escala de Zarit”, que permite medir la sobrecarga como cuidador, esta misma está siendo utilizada en esta investigación enfocada en la población al cuidado de personas con enfermedades crónicas, determinando como resultado en dicha investigación que el 40 % de los cuidadores presenta sobrecarga intensa. Concluyendo que es de vital importancia los cuidados para el cuidador, tanto a nivel físico, mental y social, lo que repercute en la atención que reciben las personas mayores (Delgado B, N; Lucano Y, M, 2022).

Considerando el Análisis de Situación de Salud (ASIS), Colombia, Municipio de Pasto (2022), considerando los factores de salud mental, se destaca que en la vida de adultez la causa principal

de los trastornos mentales y del comportamiento se generan por la inseguridad laboral, violencia intrafamiliar, carencia de recursos, condiciones de pobreza, sobrecarga al ser cuidadores de personas que padecen algún tipo de enfermedad, entre otros. Los datos muestran una tendencia variable, para el año 2016 se obtuvo una puntuación de 79,97% y para el año 2020 se obtuvo una puntuación de 77,25; con respecto al año 2021 fue de 76,20%, señalando una disminución de 1,05 entre estos dos últimos años.

1.5.2. Marco teórico

El estudio se fundamenta en las bases teóricas de Callista Roy, desde su modelo de Adaptación, en donde la teorista “describe al ser humano como un ser con las capacidades y recursos para lograr una adaptación a la situación que se esté enfrentando en su proceso salud enfermedad” (Colombia potencia de la vida, 2020), se cree que los familiares tienen la capacidad de asumir aspectos relacionados con la adaptación a situaciones que crean emociones, provocando que estos pierdan el equilibrio y se vuelvan disfuncionales en el mantenimiento de la salud física y mental. Desde este punto de vista, una persona debe realizar las siguientes acciones: una serie de acciones que incidan positivamente en el bienestar integral del ser humano.

Además, según Osorio, M., Prado, C., Bazán, G., & Huitrón, B. (2020) “Callista Roy, define la salud como el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado, la salud significa adaptación y afrontamiento por parte del individuo a situaciones nuevas”. También cabe decir que los cambios que muestren los cuidadores serán atendidos en relación a las circunstancias en las que se encuentran, por lo que cabe resaltar que los cuidadores muchas veces muestran condiciones emocionales que afectan su salud mental y por tanto el papel de la persona en ella.

Por consiguiente, es importante mencionar que ambas personas están sometidas ante estados de emociones de sufrimiento, angustia, estrés y depresión, por ello, cabe resaltar que Callista Roy en su Modelo de Afrontamiento y Adaptación, realiza una escala que está conformada por “47 ítems agrupados en cinco factores (recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistémico, conocer y relacionarse)” (Enríquez G, C; Torres E, J, 2020).

Callista Roy, en su teoría manifiesta que “su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje” (Durán et al, 2019), es por eso que el cuidador familiar, realiza un papel importante en la vida de la persona cuidada, ya que el cuidador debe adaptarse a los diferentes cambios del entorno, y por ende los familiares desempeñan un punto de vista de ansiedad y depresión por observar a su familiar enfermo.

1.5.3. Marco conceptual

Cuidador familiar de persona con ECNT: Estas personas suelen ser responsables de ayudar a los pacientes que no pueden realizar sus tareas por sí mismas (ancianos, enfermos o discapacitados) a realizar las actividades básicas de la vida diaria, y brindar los cuidados necesarios para Garantizar que la persona dependiente tenga una calidad de vida adecuada mientras continúa realizando tareas adicionales para el cuidado del paciente (Esquivel G, N; Carreño M, S, 2021).

En este caso, los cuidadores familiares forman una relación de cuidado especial, hasta el punto de que en algunos casos puede desarrollarse una relación funcional, convirtiendo a las dos personas en un equipo aliado. Las principales tareas que deben atender los cuidadores incluyen el cuidado instrumental según la ECNT, la interacción con los familiares y el equipo médico, la adaptación al espacio del hogar, la orientación laboral y las prioridades sociales; procesos que requieren

habilidades de interacción, comunicación, resolución de problemas y la toma de decisiones (Carreño, S; y Chaparro, L & Rojas, J, 2022).

Los efectos secundarios de las enfermedades crónicas afectan no sólo al paciente, sino también a su núcleo familiar más inmediato. Considerando las necesidades de cuidados a largo plazo de los pacientes con enfermedades crónicas y el desarrollo de estos cuidados en el ámbito domiciliario, ante la ausencia de un sistema público de cuidados, los cuidadores domiciliarios suelen ser mujeres, con bajos ingresos, con escaso apoyo familiar y social, y con insipientes bases de preparación para desempeñar su papel como cuidadores Delgado B, N; Lucano Y, M; Marroquín L, D & Enríquez G, A (2022).

A continuación se relacionan los conceptos de los principales componentes a ser evaluados en dicha investigación, con el fin de comprender su significado y su incidencia sobre la vida de los cuidadores de pacientes con afectaciones crónicas:

Enfermedad Crónica: Una enfermedad crónica se denomina a cuyos síntomas no desaparecen con el tiempo. A menudo aparecen a una edad temprana, pero tardan años en desarrollar síntomas clínicos y ahora son la principal causa de muerte en todo el mundo. Este grupo de enfermedades incluye una larga lista como diabetes, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, tumores, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos psiquiátricos, trastornos musculoesqueléticos, defectos de visión y audición, trastornos genéticos y trastornos gastrointestinales (Clavo S, A, 2023).

Debido a que son un grupo muy amplio de enfermedades, es imposible identificar síntomas generales o comunes. A continuación, se nombra algunos como: dolor en el pecho, desmayos y dificultad para respirar debido a enfermedades cardíacas, sed intensa, fatiga extrema, pérdida de

peso y micción frecuente debido a la diabetes, y sibilancias, tos y dificultad para respirar debido a enfermedades respiratorias crónicas (Clavo S, A, 2023).

Ansiedad: Entendida como un estado de agitación, inquietud y zozobra del ánimo que, en el caso del cuidador, tiende a presentarse en las etapas iniciales y en cada crisis de la enfermedad del receptor de cuidado. Altos niveles de ansiedad pueden estar asociados con la aparición de depresión, que es un trastorno mental frecuente que tiene consecuencias catastróficas de acuerdo con el nivel de gravedad (OMS, 2021).

La ansiedad surge de muchas responsabilidades de cuidado y agotamiento, pero también de pobres recursos de afrontamiento. Esta, a su vez, está relacionada con la depresión al mantenerse en el tiempo y generar efectos de largo plazo Hou D, Chen Y xia, He D, Zhang X & Fan X, (2020).

Depresión: Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, el trastorno depresivo o depresión, es un trastorno mental muy común. Lo cual implica una pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo.

La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias. Puede deberse a problemas en la escuela y laborales Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, (2023).

La depresión puede afectar a cualquiera. Quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla. Las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres. Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos

mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (2023).

A pesar de la disponibilidad de algunos tratamientos eficaces para los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en países de ingresos bajos y medios no reciben tratamiento. Los obstáculos para una atención eficaz incluyen la falta de inversión en atención de salud mental y de proveedores de atención de salud capacitados, así como el estigma asociado con las enfermedades mentales (Evans L, S; Aguilar G, S, 2020)

Entre los síntomas más importantes o principales, la persona experimenta un estado de tristeza, irritabilidad, sensación de vacío o pérdida de alegría o interés por las actividades. También muestra momentos de baja concentración, culpa y baja autoestima, incertidumbre sobre el futuro, pensamientos suicidas, cambios en la conducta del sueño, alteraciones del apetito o el peso, sensación de cansancio, etc. Todos los aspectos de la vida se ven directamente afectados, incluida la vida familiar y comunitaria, el trabajo y la escuela (Manual MSD, 2023).

Es importante asegurarse de que existan algunos tratamientos eficaces para la depresión, incluida la psicoterapia y la medicación. En los casos en que la depresión sea moderada o grave, estas terapias se pueden utilizar en combinación con antidepresivos. Si es leve, no se necesita ningún medicamento, sin embargo se brinda oportunidades para aprender nuevas formas de pensar, responder a situaciones o relacionarse con los demás, incluidas estrategias como activación conductual, psicoterapia interpersonal y resolución de problemas (OMS, 2023).

1.5.4. Marco contextual

El presente estudio se realizó en la comuna 5 de la capital del departamento de Nariño, en la ciudad de Pasto, Colombia, conformada por 417, 264 habitantes totales, distribuida en diferentes

barrios como son; Altos de Chapalito I, II y III, Antonio Nariño, Cantarana, Chambu I Y II, Chapal I y II, el Pilar, el Progreso, el Remanso, Emilio Botero I, II, III y IV, la Minga, la Rosa, Maria Isabel I, II y III, Potrerillo, Santa Clara y Vivienda Cristiana.

Para dicha investigación se aplicó a un nicho de población de 295 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, participando activamente en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de salud, para el Municipio de Pasto y su área de influencia.

1.5.5. Marco legal

En la Constitución Política de Colombia (1991), se reconoce el concepto de familia como “Núcleo fundamental de la sociedad”, que en adelante hace parte de los principios y valores más importantes que determinan nuestro comportamiento; más aún cuando surgen obligaciones de protección, auxilio y asistencia mutua. Si una persona del núcleo familiar necesita apoyo especial por motivos de salud, se brindan mutuamente ayuda y la asistencia necesaria.

Esto significa que uno de los miembros siente la necesidad de abandonar su carrera u ocupación para dedicarse a actividades domésticas y de salud, que en la mayoría de los casos no son recompensadas, reduciendo el nivel de ingresos económicos de la unidad familiar.

Por las razones anteriores, existe la necesidad de garantizar una seguridad laboral para quienes abandonan su vida laboral para dedicarse al cuidado de los demás; Actualmente, nuestro país no cuenta con regulaciones que se encarguen de reconocer los beneficios económicos o asegurar la estabilidad económica de las familias de quienes necesitan cuidados especiales y la inclusión de sus familiares en programas laborales.

Sistemas legales como el de España y Argentina cuentan con programas que reconocen los derechos sociales, laborales y de bienestar de los líderes nacionales, promueven y respetan los derechos de los cuidadores y les brindan mayores oportunidades de cuidado y trabajo en el mundo. Buscando la armonía entre la vida laboral y familiar, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1

Normatividad internacional

| | | |
|---|-----------|---|
| Ley 39 del 14 de diciembre de 2006 o Ley de Dependencia | España | <i>“Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia”</i> |
| Ley 10.633 de 2018 | Argentina | <i>Establece el Régimen jurídico de Cuidadores Domiciliarios y/o Polivalentes el cual define en su artículo 2° a los cuidadores domiciliarios como: “toda persona mayor de edad que pueda tener labores de apoyo y cuidado sanitario en lugares como, viviendas urbanas o rurales; geriátricos privados a personas discapacitadas por diversas patologías físicas, psicológicas o sociales que les impidan valerse por sí mismas”</i> |

Nota: Revista De Trabajo Y Seguridad Social. CEF (2007).

Nota: Régimen jurídico de Cuidadores Domiciliarios y/o Polivalentes (2018).

Dentro de la legislación correspondiente al marco nacional, se identificaron las siguientes leyes relacionadas con el objeto de estudio (Tabla 2).

Tabla 2

Normas Legales de la Salud Mental

| Norma | Autor | Descripción |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| Proyecto de Ley 059 del 2022 | Congreso de la República de Colombia | <i>“Por el cual se dignifica el rol de los cuidadores de las personas con discapacidad, permitiendo su acceso a programas de emprendimiento, vivienda, al sistema de salud, a espacios de participación y de planificación de los entes territoriales así como de las nuevas tecnologías”</i> |
| Ley 1616 de 2013 | Ministerio de Salud de Colombia | <i>“Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”. La garantía en el derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el objetivo que promulga la Ley de Salud Mental 1616 de 2013.</i> |
| Ley 2297 de 2023 | Congreso de la República de Colombia | <i>“Por medio de la cual se establecen medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales bajo un enfoque de derechos humanos, biopsicosocial, se incentiva su formación, acceso al</i> |

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| | | <i>empleo, emprendimiento, generación de ingresos y atención en salud”.</i> |
| Ley 33 de 2009 | Congreso de la República de Colombia | <i>“El cuidador familiar será la persona que siendo cónyuge, compañero o compañera permanente de la persona dependiente o teniendo un parentesco hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad o primero civil con la misma, demuestre que le presta ayuda permanente para las actividades de la vida diaria, sin recibir una contraprestación económica por su asistencia y que por su labor de cuidador se ve impedido de desempeñarse laboralmente”.</i> |
| Ley 1413 de 2010 | Congreso de la República de Colombia | <i>“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”</i> |
| Resolución 3280 de 2018 | Ministerio de Salud y Protección Social | <i>“La presente resolución tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento”.</i> <i>“En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit. Si se identifica</i> |

sobrecarga debe ser derivado a la Ruta Integral de Atención en Salud para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia”.

Nota: Reglamentación nacional relacionada con salud mental.

Fuente: Congreso de la República de Colombia (2022) y Ministerio de Salud y Protección Social (2023).

1.5.6. Marco ético

El proyecto investigativo se implementó de acuerdo con los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993, que establece estándares científicos, técnicos y administrativos para la investigación en salud en Colombia. Nuevamente, según esta resolución, el estudio se consideró mínimamente riesgoso (Ministerios de Salud, 1993).

Incluyendo los derechos de los miembros a la dignidad, el respeto y la protección. Derechos y bienestar, investigación descriptiva donde la confidencialidad y la dignidad participaron activamente; autorizado por los directores de la institución participante y la firma correspondiente al consentimiento informado (Anexo 3).

Resolución 8430 de 1993 “ARTICULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos. c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo. d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución. e. Contará con el Consentimiento

Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución. f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación. g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.”

Adicionalmente, él estudio posee un libre uso de los instrumentos ya que estos pertenecen a los proyectos de investigación profesoral de las distintas universidades participantes de esta investigación, como son Universidad Nacional de Colombia y Universidad Mariana.

1.6. Metodología

Línea de investigación. Cuidado de Enfermería.

Área problemática. Cuidado humanizado en cualquier etapa del ciclo vital.

Instrumentos. Herramientas utilizadas en investigaciones profesorales, que no requieren de ningún permiso para su desarrollo y aplicación, lo que significa que poseen un uso libre sobre este tipo de trabajos.

1.6.1. Paradigma de investigación:

Este presente estudio desarrolla un enfoque cuantitativo, pretendiendo cuantificar la realidad y exponerlo a través de datos numéricos.

Según Vera Solórzano (2020), establece que un paradigma cuantitativo se basa más que todo en “los modelos matemáticos quienes proporcionan insumos para la organización, asociación y análisis de los datos estudiados”, en donde en este paradigma se logra evidenciar realidades objetivas, además, los investigadores logran buscar orígenes a través de la cuantificación, medición de variables y también un método verídico del instrumento que hayan elegido los investigadores. Hay que mencionar, además, que este paradigma cuantitativo se plantea desde “un problema, revisión de la literatura, teorías formales, formulación de hipótesis, se define una metódica con su respectivo diseño, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, instrumentos que deben cumplir con un proceso técnico de validez y confiabilidad” (Vera Solórzano, 2020, p. 7)

1.6.2. *Enfoque de investigación*

Empírico analítico. Los datos presentados provienen de la experiencia de los sujetos de estudio; realidad que será cuantificada y sometida al análisis estadístico.

Gallardo E, E (2017), define el enfoque empírico – analítico Como “la realidad natural y social de un sujeto donde el objetivo es describir, explicar, predecir y controlar los fenómenos, eventos, problemas o situaciones en estudio, mediante la aplicación del método hipotético- deductivo”. Es así donde este enfoque permite al investigador lograr identificar desde la experiencia del sujeto la causa y efecto del contexto en investigación.

1.6.3. *Tipo de investigación*

Descriptivo transversal. La investigación es de tipo descriptiva al detallar las variables que integran el estudio; para el caso, las características sociodemográficas, el nivel de ansiedad y

depresión de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica y es transversal al hacer una sola medición en el tiempo.

Según Sabino (2002), establece que una investigación descriptiva “utiliza criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando de ese modo información sistemática y comparable con la de otras fuentes”.

1.6.4. Población y muestra / Unidad de trabajo y unidad de análisis

La población estará conformada por los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica de la comuna 5 del municipio de Pasto en el segundo semestre de 2022 que cumplan con los criterios de inclusión y también sean considerados los criterios de exclusión relacionados a continuación.

Tabla 3

Criterios de inclusión y exclusión

| Criterios de Inclusión |
|---|
| Persona en el rol de cuidador EC |
| Mayores de 18 años |
| Tiempo mínimo de cuidado 3 meses |
| Criterios de Exclusión |
| Problemas de comunicación y/o comprensión |
| Cuidador que perciba una remuneración |

Fuente: El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud.

Para cuantificar el número de personas con la que se desarrolló el trabajo de investigación, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio estratificado por asignación proporcional, a continuación, se adjunta la información recolectada y la fórmula utilizada para el cálculo de la población objeto de investigación.

Tabla 4

Distribución comuna 5

| L=Estrato | Estrato Por Barrio | Ni= Población | Peso/ Proporcional | Muestra Asignación Proporcional |
|-----------|--------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| 1 | Altos de chapalito | 90 | 6% | 17,35 |
| 2 | Cantarana | 17 | 1,11% | 3,28 |
| 3 | Chambu | 336 | 22% | 64,78 |
| 4 | Chapal | 127 | 8,30% | 24,49 |
| 5 | Pilar | 416 | 27,19% | 80,21 |
| 6 | Progreso | 39 | 2,55% | 7,52 |
| 7 | Remansos | 1 | 0,07% | 0,19 |
| 8 | Emilio Botero | 27 | 1,80% | 5,21 |
| 9 | La Minga | 91 | 6,00% | 17,55 |
| 10 | La Rosa | 50 | 3,27% | 9,64 |
| 11 | La Vega | 1 | 0,07% | 0,19 |

| | | | | |
|----|-------------------------|------|-------|-------|
| 12 | Los Cristales | 8 | 0,52% | 1,54 |
| 13 | Madrigal | 3 | 0,20% | 0,58 |
| 14 | María Isabel i, ii, iii | 3 | 0,20% | 0,58 |
| 15 | Potreriillo | 6 | 0,39% | 1,16 |
| 16 | Prados del Sur | 5 | 0,33% | 0,96 |
| 17 | Salida al Sur | 4 | 0,26% | 0,77 |
| 18 | San Martin | 141 | 9,22% | 27,19 |
| 19 | Santa Clara | 148 | 9,70% | 28,54 |
| 20 | Venecia | 15 | 0,98% | 2,89 |
| 21 | Villas del Rio | 2 | 0,13% | 0,39 |
| | | 1530 | 100% | 295 |

Fuente: Este estudio.

$N_i = n (N_i/N)$, siendo $n= 295$, $N= 1530$, $L= 21$ y $N_i=$ Número de unidades muestrales en el estrato “i”

$$N_i=295(90/1530)$$

$$N_i=295(0,0588)$$

$$N_i= 17,35$$

Lo que indica que para que la investigación sea significativa y veraz se tomó una muestra equivalente a 17,35 cuidadores que habitan en el barrio altos de chapalito, indicado en la tabla ---

cuantos se tomaron por cada sector. El nivel de confianza es del 95%, para un tamaño de la población de 1530, con una prevalencia esperada del 50%.

Finalmente se determina que la muestra de asignación proporcional es de 295 cuidadores ubicados dentro de la comuna 5 del municipio de Pasto.

1.6.5. Técnica e instrumentos de recolección de información

1.6.5.1. Las técnicas de investigación. La técnica de encuesta utilizada para dicho estudio fue la encuesta, Según Sabino C, 1992, quien establece que las encuestas son diseños que ayudan a los investigadores a observar de manera más holista el comportamiento del individuo, ya que se realiza diálogos entre persona-persona y sobre todo los diálogos son directos y simples, más aún, estas encuestas son de gran utilidad porque a la persona se le podrá realizar una serie de preguntas que van directamente hacia el individuo.

También cabe señalar que las encuestas son una técnica con varias ventajas que pueden ayudar a los investigadores a obtener información de forma rápida y económica, señalando que si se cuenta con un equipo de entrevistadores y codificadores debidamente capacitados, es muy fácil llegar a las personas rápidamente y así poder obtener una gran cantidad de datos en un corto período de tiempo.

1.6.5.2. Instrumentos de investigación. La Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) desarrollada por (Zigmond y Snaith, 1983), es una escala auto aplicada conformada por 14 ítems que permite utilizarse en medios hospitalarios no psiquiátricos o en atención primaria. Considera dimensiones cognitivas y afectivas, omitiendo aspectos somáticos. Tiene cuatro opciones de respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. A través del convenio interinstitucional entre la universidad Nacional y la Universidad Mariana, se otorga el uso de este instrumento sin restricciones para ser aplicado dentro de la investigación. Ver Anexo D.

1.6.5.3. Procedimientos de aplicación. Se desarrollaron varias fases de aplicación para la investigación, inicialmente con la preparación y ubicación del sitio, dichos datos fueron recolectados por las docentes y los coinvestigadores del programa de Enfermería de la Universidad Mariana, en el que se incluyeron cuidadores que ingresaron por primera vez.

Este foco de población, nació con el objetivo de fortalecer las habilidades, su conocimiento, valor y paciencia. Ya que la mayoría de cuidadores son adultos con un tipo de relación cercana que asumen la responsabilidad de cuidar a un familiar con una enfermedad crónica y participan con él en la toma de decisiones sobre su cuidado (Oria, M; Elers, Y & Espinosa, A, 2020). Estas habilidades incluyen dimensiones cognoscitivas y actitudinales, se identifica y mide con base en indicadores de conocimiento, coraje y paciencia, y puede medirse en comunicación directa con cada individuo (Cantillo, C; Ramírez, C & Perdomo, A, 2018).

Se procede a realizar el entrenamiento del equipo y la distribución de las funciones, aunque los cuestionarios eran autodiligenciables, era importante realizar un apoyo para la recolección de la información y el registro de la misma (Investigadora principal y co-investigadoras). Estos

verificaron la calidad del dato, el diligenciamiento completo de los instrumentos y el paso de la información a la base de datos en Excel.

Se realiza la aplicación de los instrumentos y la recolección de la información, en primera instancia la aprobación del formato correspondiente al consentimiento informado (ANEXO A), soportado con la firma y con algunos datos sociodemográficos que no incluyen nombre y número de documento de identidad.

Dentro de la investigación se identificaron algunos sesgos y sus respectivos controles, los autores Zurita, J; Villasís, M, 2021, establecen algunos riesgos, sesgos y controles en las investigaciones, como se expone en la Tabla 5.

Tabla 5

Riesgos y sesgos y sus debidos controles

| Riesgos y Sesgos | Controles |
|---|--|
| Sesgo de confusión o ignorancia: Cuando las preguntas no son claras, puede llevar a confusiones en los pacientes y por ende a respuestas erróneas. | <ul style="list-style-type: none">• Se verificará que los instrumentos contengan enunciados comprensibles para la población en general.• Se acompañará en caso de que la persona lo necesite, para el diligenciamiento. |
| Sesgo de olvido: El paciente puede olvidarse de diligenciar datos básicos o responder a algunos enunciados de los cuestionarios. | <ul style="list-style-type: none">• La persona auxiliar de investigación verificará que las hojas entregadas por los participantes estén completamente diligenciadas. |

Sesgo de análisis e interpretación:
Implica los errores que se pueden cometer al momento de digitar los datos a la base diseñada para tal fin.

- Frente a la digitación de datos, se utilizarán 2 personas, una que ingresen los datos a la base y otra que verifique lo consignado allí.

Sesgo de Subjetividad: El investigador puede inducir las respuestas deseadas al tratar de explicar las afirmaciones de los instrumentos.

- No explicar al paciente los enunciados con ejemplos explícitos que puedan inducir a las respuestas.

- Volver a leer la afirmación de forma pausada o replantear la pregunta de acuerdo al léxico de la persona participante.

Sesgo de selección: Implicar la selección de participantes que ya hayan sido expuestos a factores que pueden modificar su percepción respecto a las variables medidas.

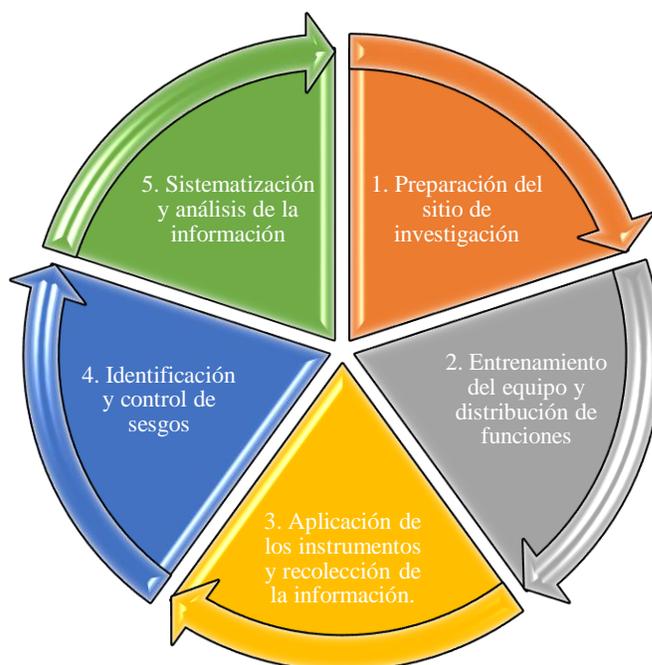
- Su control está en el criterio de inclusión y exclusión, en el que NO serán incorporados cuidadores que hayan realizado actividades del programa Cuidando a cuidadores o programas similares.

Fuente: Los sesgos en investigación clínica (2021).

Finalmente se realizó la sistematización y el análisis de la información, estos fueron custodiados en formato físico y electrónico, quedando a disposición del grupo de investigación de Cuidado al paciente crónico y su familia y el grupo de investigadores del Programa de Enfermería de la Universidad Mariana.

Grafica 1

Procedimiento de aplicación



2. Resultados

2.1. Procesamiento de la información

2.1.1. Análisis del primer objetivo

La caracterización sociodemográfica de los cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas, fueron para un total de 295 participantes, discriminados de la siguiente manera: El mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con un 76.2 % (n=225) y el sexo masculino con un 23.8 % (n=70); donde la edad mínima del cuidador era de 20 años, la edad media de 53 años y la edad máxima de 85 años; siendo el rango de edad con mayor porcentaje el de los cuidadores entre los 41 – 50 años, el más alto nivel de estudio es la educación secundaria con un 41.7 % (n=123); el 45

% (n=133) se encuentran en un estado civil de casados, seguidos por un estado civil solteros con un 37 % (n=109), los cuales se dedican laboralmente en un porcentaje mayor al hogar 36% (n=107).

Considerando que se debe contemplar la integridad del cuidador al momento de la investigación, se determinó que el 65 % (n=193) no manifiestan ningún tipo de enfermedad predominante seguido de un 26 % (n=76) donde se presentan enfermedades cardiovasculares como hipertensión y diabetes más asociados a la edad, que al impacto producido por el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas.

Por otro lado, se cualifica a la población de cuidadores en aspectos como religión, encontrando que las más practicadas por esta población son la católica con un 92.5 % (n=273), seguida de la cristiana con un 4.7 % (n=14), donde se puede destacar que aproximadamente el 57 % se consideran medianamente devotos, es decir que no están dentro de los niveles de baja y alta fervorosidad y fanatismo.

Considerando aspectos como la ocupación del cuidador y el estrato donde habitan, se logró determinar que el 36.3 % (n=107) están dedicados netamente al hogar y al cuidado del paciente, seguido del 32.9 % (n=97) que se dedican a trabajos de manera independiente y con un bajo porcentaje de diferencia el 27.8 % (n=82) son personas en estado de empleados, es decir, con cumplimiento de horario laboral, lo que se debe considerar ya que estos tenderían a sufrir un mayor grado de estrés y carga. En cuanto al estrato socioeconómico, considerando la zona donde se desarrolló la investigación (Comuna 5) el estrato que predomina es el estrato 2 con un 78 % (n=232), seguido del estrato 1 con un 21 % (n=63), estos corresponden a estratos bajos que albergan a las personas con menores recursos y en su mayoría cuentan con subsidios en los servicios públicos domiciliarios.

De esta forma se evidencio que el perfil regular del cuidador es el de una mujer, con edad aproximada entre 40-50 años, en estado civil casada, perteneciente al estrato socioeconómico 2, en situación de desempleo y con nivel de escolaridad alcanzado de básica secundaria.

Finalmente se determina que considerando la caracterización sociodemográfica y el análisis basado en la percepción del cuidador, el nivel de sobrecarga predominante es una sobrecarga leve con un 51.5 % (n=152), seguida porcentualmente con un 40.4 % (n=119) la sobrecarga intensa, determinando que debido a la poca diferencia entre estos dos estados de sobrecarga, es de vital importancia establecer estrategias hacia el cuidado integral del cuidador, concluyendo que si existe una gran correlación entre el estado de dependencia y el grado de depresión y ansiedad causado sobre el cuidador de pacientes con enfermedades crónicas.

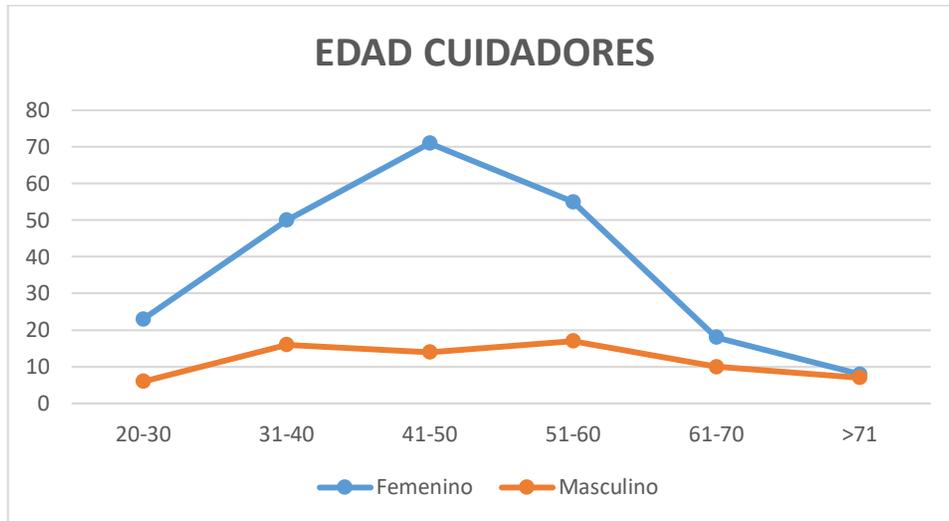
Grafica 2

Sexo cuidador



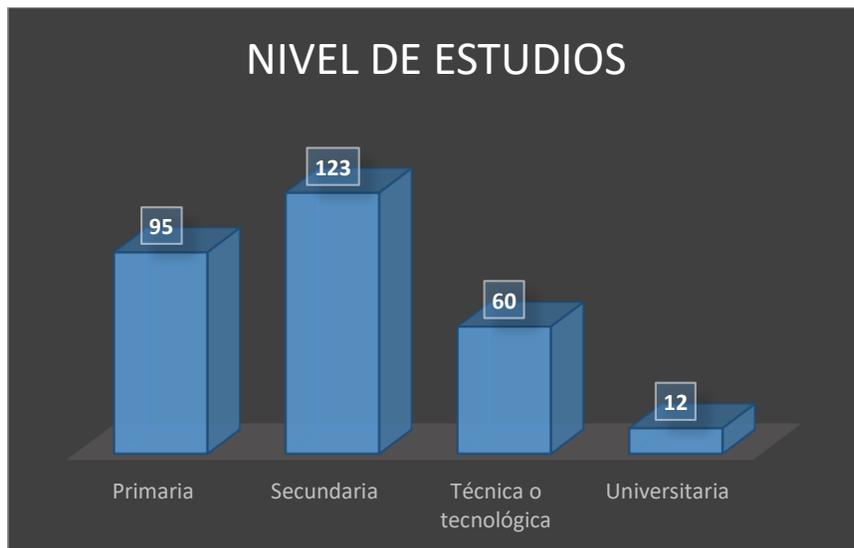
Grafica 3

Edad cuidador



Grafica 4

Nivel de estudios



Grafica 5

Estado Civil



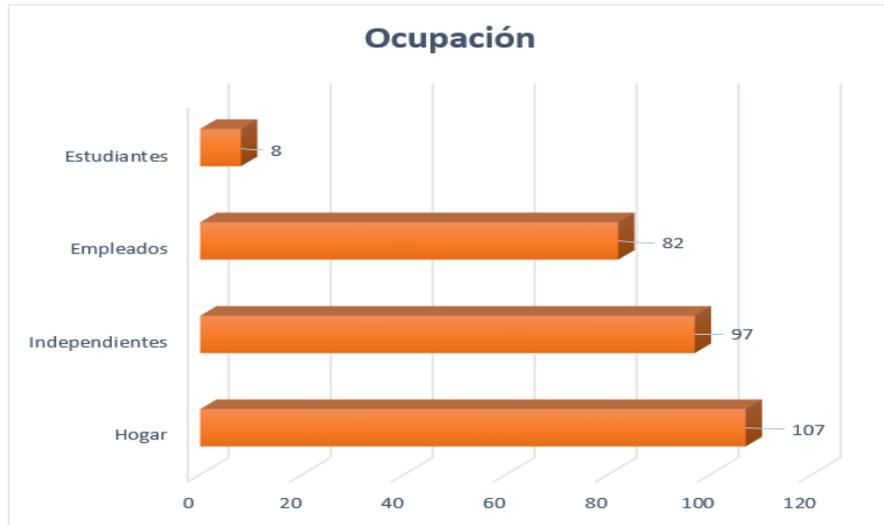
Grafica 6

Creencia Religiosa



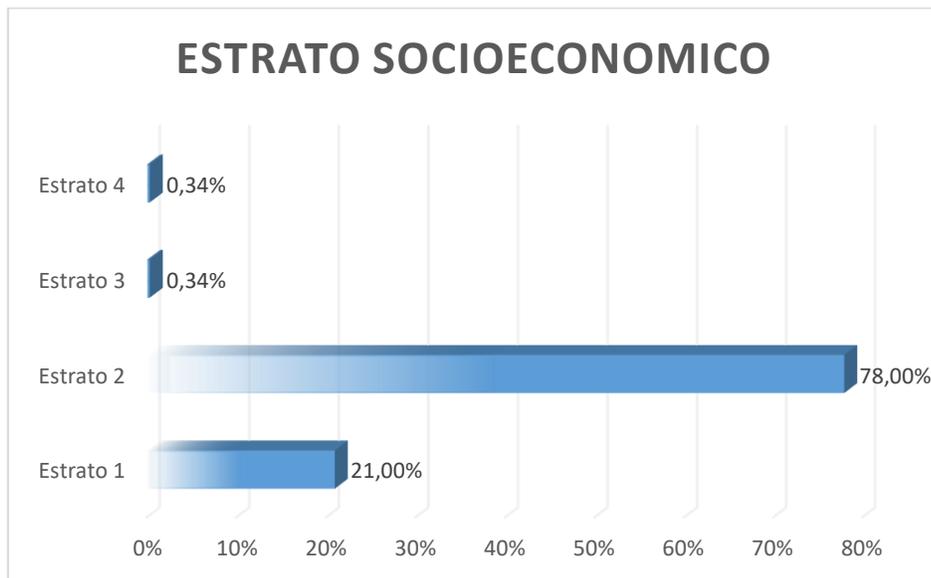
Grafica 7

Ocupacion



Grafica 8

Estrato Socioeconomico



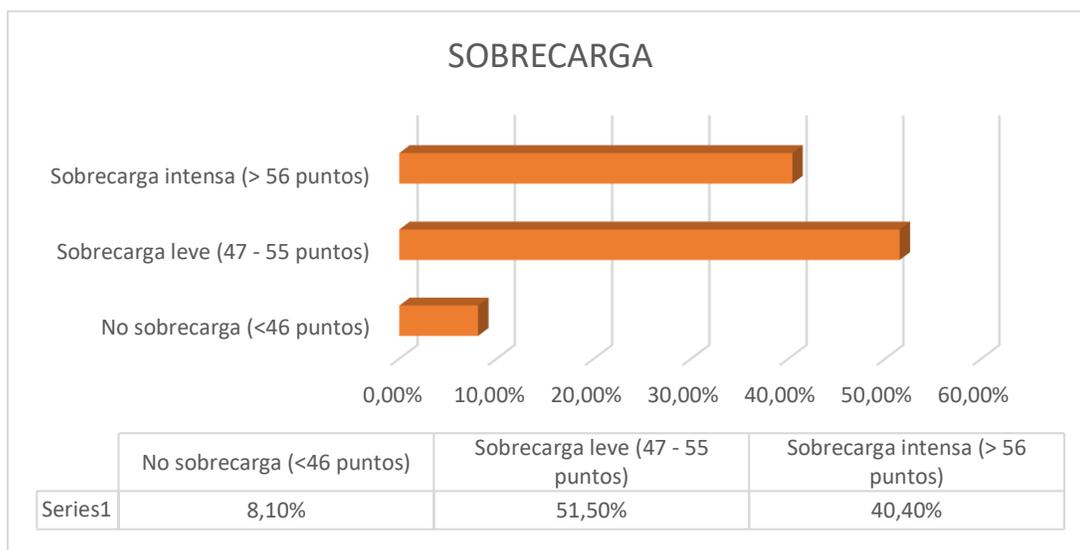
Grafica 9

Enfermedad del cuidador



Grafica 10

Sobrecarga



2.1.2. Análisis del segundo objetivo

Caracterización de la depresión en los cuidadores familiares de persona con enfermedad crónica según la escala HADS.

El valor calculado para el promedio de depresión fue de 12 puntos con una desviación estándar de 0 puntos, lo que considera un caso de depresión dentro de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas. Al realizar la interpretación a nivel de categoría se determinó que el 9.27% (n=27) nunca presentaron síntomas de depresión, el 49.69% (n=147) representan un posible caso y el 22.78% (n=67) son casos de depresión establecidos según la investigación.

Igualmente se estableció una evaluación por cada ítem que indica los índices de presencia de una posible depresión, determinando que: La respuesta más común a los 7 ítems que determinan el grado de depresión del cuidador, fue la respuesta “algunas veces” indicando que el 50.5% (n=149) manifiesta disfrutar de las actividades que le gustaban hacer antes de ser cuidador; un 54.2% (n=160) pudo reír y ver el lado divertido de las cosas; el 56.9% (n=168) se ha sentido alegre; el 45.1% (n=133) se sintió cada vez más lento o con menor energía; el 39.7% (n=117) perdió el interés en su arreglo personal; el 56.6% (n=167) se sintió optimista respecto al futuro y el 51.9% (n=153) pudo divertirse con alguna actividad de ocio, recreación o esparcimiento en su tiempo libre, todo esto con la prevalencia de la respuesta algunas veces, indicando que existen momentos de tristeza y angustia dentro del tiempo de cuidado.

Su descripción más clara se relaciona en las Graficas 11 y 12, donde se observan la presencia de síntomas de depresión en el grupo objetivo.

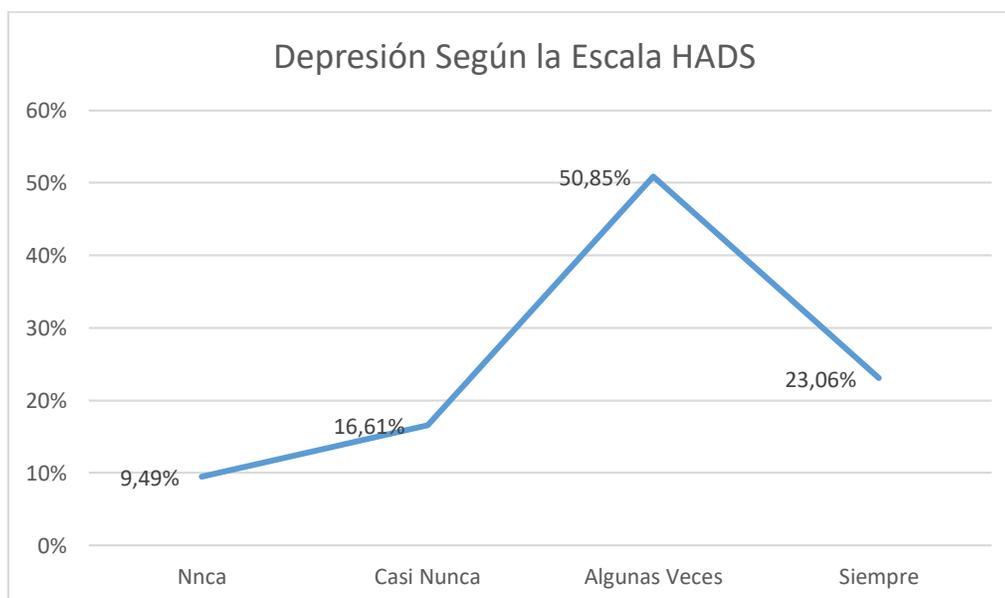
Grafica 11

Depresión Escala HADS (n=295)

| Item | Nunca (0) n (%) | Casi nunca (1) n (%) | Algunas veces (2) n (%) | Siempre (3) n (%) |
|---|-----------------|----------------------|-------------------------|-------------------|
| 2. Aún disfruto de las actividades que me gustaba hacer antes de ser cuidador(a) | 19 (6,4) | 43 (14,6) | 149 (50,5) | 84 (28,5) |
| 4. Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas | 2 (0,7) | 30 (10,2) | 160 (54,2) | 103 (34,9) |
| 6. Me he sentido alegre | 9 (3,1) | 29 (9,8) | 168 (56,9) | 89 (30,2) |
| 8. Siento que cada vez estoy más lento(a) o con menor energía | 57 (19,3) | 88 (29,8) | 133 (45,1) | 17 (5,8) |
| 10. He perdido el interés en mi arreglo personal | 72 (24,4) | 87 (29,5) | 117 (39,7) | 19 (6,4) |
| 12. Me he sentido optimista respecto al futuro | 9 (3,1) | 28 (9,5) | 167 (56,6) | 91 (30,8) |
| 14. Puedo divertirme con alguna actividad de ocio, recreación o esparcimiento en mi tiempo libre. | 27 (9,2) | 38 (12,9) | 153 (51,9) | 77 (26,1) |

Grafica 12

Depresión HADS



2.1.3. Análisis del tercer objetivo

La caracterización de los índices de ansiedad en los Cuidadores Familiares de Personas con Enfermedad Crónica Según la Escala HADS.

El valor promedio de los índices de ansiedad fue de 10.3 puntos con una desviación estándar de 0.75 puntos, lo que se considera como un trastorno clínicamente significativo de ansiedad en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas. Al realizar la interpretación a nivel de categoría se determinó que el 20.45% (n=60) nunca presentaron síntomas de ansiedad, el 44.39% (n=131) representan un posible caso y el 8.02% (n=24) son casos de ansiedad establecidos según la investigación.

Seguido se estableció una evaluación por cada ítem que muestra los índices de presencia de una posible ansiedad, evidenciando que: La respuesta más común a los 7 ítems que determinan el grado de ansiedad del cuidador, fue la respuesta “algunas veces” indicando que el 54.2% (n=160) se sienten tensos, estresados o nerviosos; el 39.7% (n=117) han tenido una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder, el 57.6% (n=170) han tenido la mente llena de preocupaciones; el 61.3% (181) pudieron estar sentados tranquilamente y sentirse relajados; el 36.6% (n=108) han tenido una sensación extraña, como de vacío en el estómago debido a su estado emocional; el 41.3% (n=122) se han sentido estresado al punto de no poder quedarse quieto y finalmente el 37.6% (n=111) han tenido un ataque repentino de pánico, todo esto con la prevalencia de la respuesta algunas veces, demostrando que si existen estados de ansiedad presentes en el día a día.

Lo anterior se describe con mayor claridad en las Graficas 13 y 14, donde se observan los ítems de los síntomas de ansiedad presentes en la población objetivo.

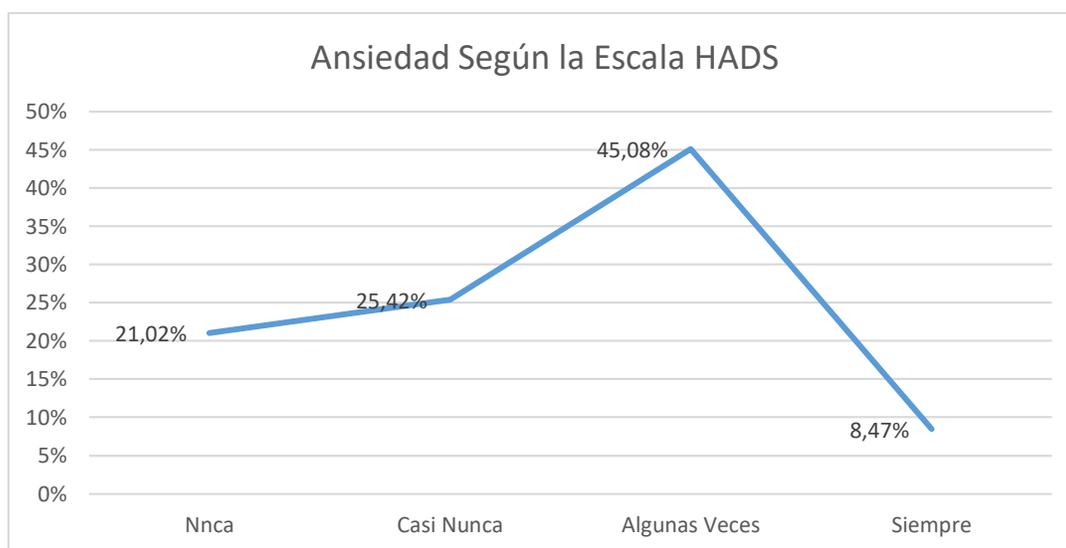
Grafica 13

Ansiedad Escala HADS (n=295)

| Item | Nunca (0) n (%) | Casi nunca (1) n (%) | Algunas veces (2) n (%) | Siempre (3) n (%) |
|---|-----------------|----------------------|-------------------------|-------------------|
| 1. Me he sentido tenso(a), estresado(a) o nervioso(a) | 51 (17.3) | 59 (20) | 160 (54.2) | 25 (8.5) |
| 3. He tenido una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder | 58 (19.7) | 105 (35.6) | 117 (39.7) | 15 (5.1) |
| 5. He tenido mi mente llena de preocupaciones | 39 (13.2) | 63 (21.3) | 170 (57.6) | 23 (7.8) |
| 7. Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a) | 16 (5.4) | 32 (10.8) | 181 (61.3) | 66 (22.4) |
| 9. He tenido una sensación extraña, como de vacío en el estómago debido a mi estado emocional | 82 (27.8) | 91 (30.8) | 108 (36.6) | 14 (4.7) |
| 11. Me he sentido estresado(a) al punto de no poder quedarme quieto(a) | 74 (25.1) | 83 (28.1) | 122 (41.3) | 16 (5.4) |
| 13. He tenido ataques repentinos de pánico | 111 (37.6) | 96 (32.5) | 78 (26.4) | 10 (3.4) |

Grafica 14

Ansiedad HADS



2.2. Discusión

Respecto a las características sociodemográficas de los cuidadores de los pacientes con enfermedades crónicas, y al establecer comparación con otros estudios, se considera la investigación realizada por Bravo, A. S. y López, C. M (2022). Esta muestra que tanto los hombres como las mujeres que cuidan a un familiar con demencia informan que les cuesta afrontar la situación, lo que afecta negativamente sus relaciones principalmente en forma de obligaciones, estrés y depresión, donde la situación es más común en las mujeres. Sin embargo, las cuidadoras informan que brindar cuidados más intensivos durante períodos de tiempo más prolongados puede generar niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión en comparación con los cuidadores masculinos.

Siguiendo el planteamiento, Hazzan, A. A., Dauenhauer, J., Follansbee, P., Et al. (2022). Han demostrado que los cuidadores familiares de personas mayores a menudo sufren mayores niveles de carga y depresión, soportados también por Ainamani, H., Alele, P., Rukundo, G., Et al. (2020), quienes encontraron que la mitad de los cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas, experimentan una carga significativa de cuidados, obteniendo puntuaciones de carga superiores a 60 (acorde a la escala de Zarit), significando una carga severa de cuidados.

Otro estudio (Gualpa, Yambay, Ramírez, & Vásquez, 2019). Observó que el estado civil (0,87), la edad (0,78), el lugar de residencia (0,76) y el tipo de discapacidad (0,72) eran las variables sociodemográficas más importantes que influyen en la ansiedad del cuidador. Variables que deben considerarse en este estudio para determinar correlación sociodemográfica.

De acuerdo a los niveles de sobrecarga obtenidos en esta investigación “sobrecarga leve con un 51.5 % (n=152), seguida porcentualmente con un 40.4 % (n=119) la sobrecarga intensa”, lo cual coincide con la investigación “Sobrecarga, calidad de vida, bienestar en cuidadoras de niños con discapacidad en dos regiones de Colombia” (p.04) realizada por Reyes et al., (2019), donde se halló que las cuidadoras de Santa Marta y Medellín presentaron niveles elevados de sobrecarga intensa. Igualmente, en el estudio “Sobrecarga del cuidado y morbilidad sentida en cuidadores de niños con discapacidad” (p.05) ejecutado por Gómez et al., (2019) se encontró que un 35,7% de los cuidadores experimentaron este mismo síndrome de sobrecarga.

Según el trabajo investigativo se determinó el nivel de ansiedad y depresión en el rol de cuidador de pacientes con enfermedad crónica en una muestra total de 295 cuidadores dentro de la comuna 5 del Municipio de Pasto del Departamento de Nariño en el periodo 2022-2023, donde se encontró que el 44.39% (n=131) representan un posible caso de ansiedad y el 8.02% (n=24) son casos de ansiedad establecidos, por otra parte, el 49.69% (n=147) representan un posible caso de depresión y el 22.78% (n=67) son casos de depresión establecidos según la investigación. De igual manera, no se disponen de datos que especifiquen un perfil de cuidador con ansiedad y depresión, por lo que es importante profundizar la investigación con respecto a este tema de estudio.

En cuanto a la ansiedad se demostró una prevalencia significativa de la salud percibida, es decir el 52.42% es considerada la población que padece de un trastorno clínicamente significativo de ansiedad, sin embargo, comparado con otros estudios, se muestran niveles de ansiedad por debajo del 18.3% en personas con el rol de cuidadores de personas con enfermedades crónicas en otras regiones de Colombia, por otra parte, en estudios denominados cabe destacar que la prevalencia de ansiedad encontrada en la investigación denominada “Ansiedad y depresión en cuidadores de

pacientes dependientes” (Dominguez, J; Ruis, M; Gomez, I, 2021), muestra resultados del 86,4% sobre los síntomas de ansiedad, utilizando como herramienta de medición la Escala de Hamilton, que tiene una mayor sensibilidad frente a las demás escalas, otros estudios a nivel internacional, muestran la prevalencia de ansiedad oscilando entre el 28,9% y el 41%, muy cercano al porcentaje obtenido dentro de esta investigación.

Haciendo referencia al estudio realizado en Azogues por Gualpa, Yambay, Ramírez, & Vásquez; (2019). Midieron los niveles de carga de trabajo y ansiedad en 150 cuidadores de personas con discapacidades graves y mostraron una asociación significativa entre variables sociodemográficas y carga de trabajo y ansiedad ($p < 0,05$). Este hallazgo podría argumentar lo encontrado dentro de este estudio, asumiendo que todos los cuidadores que estaban con sobrecarga intensa también tendrían ansiedad, lo que también depende de la duración del cuidado, el tipo de enfermedad del paciente y el resultado final del tratamiento. Percepción de carga del paciente, personal de enfermería.

Igualmente, Maldonado N, P, (2022). Muestra que existe evidencia de que, si bien los cuidadores con niveles bajos de ansiedad tienen una buena salud mental, aquellos con niveles moderados de ansiedad tienen una salud mental grave. En consecuencia, se establece una relación lineal significativa entre la salud mental de los familiares y el nivel de ansiedad ($rs = 0,742$; $p - valor = 0,009$). Como se muestra en este estudio, la presencia de ansiedad, independientemente del grado en que se presente, puede afectar la calidad de vida de un cuidador.

De igual manera, en el estudio denominado “Afrontamiento en cuidadores primarios de niños con diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda. Pereira - 2023” se plantean unos Metaparadigmas de Enfermería, aplicados a la Teoría de Sor Callista Roy, en donde se establecen definiciones como:

La enfermera es responsable de adaptar la forma y el entorno en el que existe la relación cuidador-paciente para lograr la adaptación a través del modelo, seguido por el cuidador primario, quien en la mayoría de los casos es el responsable directo del cuidado del paciente, que en la mayoría de los casos es un miembro del núcleo familiar y finalmente el paciente con la enfermedad crónica quien brinda cuidados integrales, garantiza mejoría en la calidad de vida tanto para él como para el cuidador primario. En cuanto al entorno, se debe adecuar el cuidador primario y el proceso de atención, así como el entorno social y familiar que rodea al paciente. (amigos, padres, hermanos y antecedentes) y el entorno hospitalario en el que se encuentra la persona es otro factor importante a considerar, ya que puede provocar malestar y estrés.

Como aspecto general, las intervenciones de enfermería para promover la salud psicológica y familiar estarían dirigidas a padres o cuidadores primarios que se centran en el cuidado de su propia salud mental. Al hacerlo, les brinda las herramientas que necesitan para afrontar situaciones estresantes y les ayuda a adaptarse, como sugiere Sor Calista Roy en su modelo. (Visita a casa. protocolos, guías, rutas de seguimiento y atención integral), también generar intervenciones del duelo (Ideas suicidas, aislamiento social, ansiedad, depresión y otras), es decir, no sólo asociamos la tristeza con la muerte de un ser querido, sino que también cuando se recibe un diagnóstico. Por tanto, los cuidados de enfermería deben ir más allá de centrarse en los problemas físicos y profundizar en la parte emocional y psicológica del cuidador principal, buscando necesidades e implementando medidas adecuadas para lograr la adaptación a situaciones estresantes.

En base a la revisión bibliografía encontrada, se explica que el Modelo de Adaptación de sor Callista Roy (RAM) (2019), por las características de este modelo, es útil para reducir los mecanismos que provocan estrés en los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas. En su

modelo conceptual de adaptación, Roy veía a los humanos como una entidad adaptativa que interactúa constantemente con un entorno cambiante y utiliza estrategias características para hacer frente a estos cambios. A medida que los pacientes y sus familiares experimentan cambios.

Se afirma que la tarea de la enfermería es ayudar a las personas a adaptarse a estos cambios mediante el control y manejo de estímulos y a identificar conductas adaptativas ineficaces, por eso estos cuatro estados adaptativos se denominan: Modo de adaptación fisiológico o físico (reacciones conductuales y fisiológicas ante situaciones estresantes), modo de adaptación de autoconcepto de grupo (aspectos psicológicos y espirituales, autoestima y herramientas para resolver situaciones estresantes), modo de adaptación del desempeño o de la función de rol (funciones sociales y la posición que ocupa; otra percepción de su situación, cómo se siente, qué factores influyen en el desempeño del rol) y el modo de adaptación de la interdependencia (integridad de la relación y búsqueda de protección o no intentar adaptarse a un entorno difícil). Sor Callista Roy (2019).

Por otro lado, Corredor S, E & Lopera F, M; (2019). Señalaron que de los treinta (30) participantes de su investigación, los porcentajes más representativos fueron 63,3% (19 cuidadores) con niveles mínimos de ansiedad y 40% (12 cuidadores) con niveles leves de depresión, seguido por 26,7% (8 familiares) con depresión moderada, por lo que se observó la no presencia de niveles extremos en ambos fenómenos. El estudio también encontró que al utilizar la herramienta BDI-II para las mismas variables de ansiedad y depresión, el 6,7% de la muestra mostró niveles severos de depresión, similar a los participantes de 61 a 70 años. Entre los intervalos 51–60 y 71–80, cada intervalo es el 6,7% del nivel promedio de depresión mayor; La evidencia sugiere que los cuidadores mayores de 50 años no son emocionalmente aptos para este tipo de trabajos y deberían recibir apoyo psicológico continuo si lo hacen.

Bedoya; (2019). Encontró que el 56,8% de los cuidadores primarios informales de pacientes con esquizofrenia tenían altos niveles de carga, depresión y ansiedad. Como indica Bustillo et al. (2018). Realizo una revisión sistemática y concluyo que los cuidadores informales tenían niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión que los miembros de la familia que no los cuidaban, y peores condiciones físicas y emocionales.

Según el autor Jordán et al; (2021). Esta evaluación del cuidador primario en 31 adultos mayores encontró que el 87,1% padecía depresión, el 83,9% trastornos de ansiedad y el 35,5% sobrecarga del cuidador. Además, el 54,8% de las personas tienen familias disfuncionales, indicando que la disfunción familiar está asociada con estados de ansiedad y depresión; esta hipótesis no puede respaldarse en este estudio porque no se evaluó los constructos de núcleo familiar vs sobrecarga del cuidador vs depresión vs ansiedad.

Adicionalmente, Becerra P. et al (2020). Al inicio de la pandemia realizo el estudio “Impacto psicológico en cuidadores de adultos mayores durante la pandemia COVID19 en Lima 2022: identificación del síndrome de sobrecarga del cuidador, depresión, ansiedad y factores relacionados” con una muestra de 238 cuidadores. Obteniendo resultados del 50% en depresión leve y el 8% en depresión moderada. En cuanto a los síntomas de ansiedad medidos mediante el GAD7, los resultados mostraron que 81 sujetos (24,92%) tenían síntomas de ansiedad: 50 sujetos (15,38%) tenían síntomas de ansiedad moderados y 31 sujetos (9,54%) tenían síntomas de ansiedad severos.

Hablando claramente del efecto sobre el nivel de depresión en los cuidadores de pacientes crónicos, se citan algunos autores: Romero R, A; Reyes C, A; (2022). La prevalencia resultante de la depresión mostró que el 73,4% de las personas padecen depresión (el 61,5% con depresión grave

y el 11,9% con depresión leve). Con efectos psicológicos, conductuales y emocionales, muestra que los cuidadores se ven obligados a realizar cambios significativos en su estilo de vida, incluidas restricciones sociales y cambios específicos, como las relaciones interpersonales que ocurren entre cuidadores y pacientes, pero también causan cuidados en las relaciones interpersonales entre el personal y los pacientes. Los resultados sugieren una relación entre el estrés, la ansiedad y la depresión, teniendo la depresión una prevalencia mayor que otros resultados. También se presentan problemas como la cefalea, insomnio, problemas digestivos o la propia enfermedad del cuidador previa descompensada. A pesar de todos estos problemas asociados al rol del cuidador, solo el 36% de ellos busca ayuda de algún profesional de la salud.

En lo que respecta a la salud mental, los cuidadores manifestaron que más de la mitad sintieron que su estado de ánimo había cambiado. El 73% se sentían frustrados e impotentes, mientras que el 60% se sintieron ansiosos al brindar atención. También presentan sentimientos de irritabilidad o enojo, tristeza ante la enfermedad (melancolía), culpa y soledad. Ramos G, V; (2021).

Dados los aspectos anteriormente nombrados la prevalencia de depresión encontrada en el presente estudio es de 72.46% marcadamente superior a la detectada en otras investigaciones consultadas; donde la depresión llegó a estar presente en un 65% relacionada de manera estadísticamente significativa con un perfil de cuidador no remunerado, parentesco (hijas y cónyuges), diagnóstico previo de ansiedad y depresión, toma de ansiolíticos y antidepresivos.

Finalmente, la ansiedad y la depresión son temas que surgen de muchas responsabilidades que obtiene el cuidador y debido al agotamiento al que este se ve expuesto, el cuerpo manifiesta dichas situaciones a través de enfermedades físicas y mentales, al no contar con los recursos de afrontamiento necesarios para este tipo de actividades se ven sumergidos en estados de impotencia

que desencadenan síntomas relacionados con lo anteriormente nombrado (ansiedad y depresión). Por lo tanto, los cuidadores que se centran en estrategias de afrontamiento basadas en las emociones pueden tener dificultades para adaptarse a su rol, lo que afecta los niveles de ansiedad y depresión. Este estudio encontró una relación negativa entre la aceptación del rol y la ansiedad, lo que sugiere que podría ser útil explicar a los cuidadores cómo tomar decisiones sobre las actividades del cuidador, cómo organizar sus roles y ayudarlos a encontrar significado.

3. Conclusiones

Los cuidadores de este estudio tienen un perfil similar al del contexto colombiano y de otros internacionales, es decir, la mayoría son mujeres, en estado civil solteras, con una edad media de 46 años, un nivel educativo medio a superior, principalmente su ocupación era empleada y dedicación al hogar y de un nivel socioeconómico medio. Donde se relacionaron los niveles altos de ansiedad con altos niveles de depresión. Asimismo, se llegó a la conclusión de que los niveles satisfactorios de adopción del rol del cuidador se relacionaron con los niveles de ansiedad y depresión. En relación a la percepción de la sobrecarga del cuidado según la escala de Zarit la mayoría no percibe sobrecarga.

Este estudio confirma el vínculo entre los trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión y quienes asumen la carga de cuidar a los pacientes con enfermedades crónicas, donde la incidencia de estos trastornos aumenta con el grado de dependencia, es decir, donde la necesidad de cuidados es mayor. Si los pacientes no reciben la atención adecuada, hay mayor incidencia de dichos trastornos.

La depresión es el principal trastorno de salud mental en los cuidadores. Estuvo presente en el 72.46% (n=218), aunque en su mayoría fue en forma moderada, si afecta de alguna manera la funcionalidad familiar. Esta condición medida con la escala HADS, requiere que dichos cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas puedan tener asistencia en salud mental y otros recursos para ejercer labores del cuidado,

Finalmente, la ansiedad medida con la escala HADS, se determinó que el 20.45% (n=62) no caso y un 52.42% (n=157) como posible caso y casos reales de ansiedad. Lo que evidencia que las

personas que brinda un cuidado permanente, según el apoyo social y la duración del rol, puede sufrir deterioro personal en los aspectos físicos, emocionales, sociales y estructurales.

4. Recomendaciones

Considerando la alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, se recomienda evaluar periódicamente la presencia de estos síntomas, que pueden afectar la estabilidad física y emocional del cuidador.

Se considera que el diagnóstico confirma la evaluación médica y/o psiquiátrica, ya que la escala es sólo una herramienta de tamizaje. En este caso, se recomienda al Centro de Salud La Rosa desarrollar jornadas de intervención y diagnóstico del estado actual de depresión y ansiedad.

Se recomienda continuar recolectando muestras y aumentar el tamaño de la población objetivo para obtener resultados más confiables sobre este tema. Para ello, la alcaldía de pasto, a través de la secretaria de salud y otras instituciones estatales, deben desarrollar investigaciones sobre esta población, ya que el sistema de salud no puede hacer frente al tratamiento y cuidado de tantos pacientes con enfermedades crónicas.

Los profesionales de enfermería dentro de sus áreas de cuidados especializados o de atención primaria, necesitan crear espacios esenciales para brindar acompañamiento a los familiares y comprender las vivencias y experiencias de cuidar o convivir con un familiar que tiene una enfermedad crónica.

Referencias bibliográficas

Análisis de la situación en salud actual de Colombia. (2020, 3 abril). Instituto Nacional de Salud.

<https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/AN%20C3%81LISIS-DE-SITUACI%20C3%93NENSALUD.aspx#:~:text=En%20este%20sentido%2C%20el%20An%20C3%A1lisis,y%20la%20planificaci%20B3n%20en%20salud>

Barrera, N. A. D., Yaluzan, M. E. L., Luna, D. A. M., & Gómez, A. K. E. (2022). Bienestar ocupacional del cuidador de adultos mayores que asisten a la parroquia Santiago Apóstol de Pasto, Colombia. *Revista Criterios*, 29(2), 222-229. <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/29.2-art1>

Barrera, N. A. D., Yaluzan, M. E. L., Luna, D. A. M., & Gómez, A. K. E. (2022b). Bienestar ocupacional del cuidador de adultos mayores que asisten a la parroquia Santiago Apóstol de Pasto, Colombia. *Revista Criterios*, 29(2), 222-229. <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/29.2-art13>

Bedoya, E. Y. (2020). Carga familiar y emoción expresada por cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Apuntes De Psicología*, 37(3), 255-263. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/828>

Cantillo, P, Ramírez, A & Perdomo, Y. (2018). Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Ciencia y Enfermería*, 24. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100216>

Cobos, R., & Vasquez, L. (2023). Impacto psicológico en cuidadores de adultos mayores durante la pandemia del COVID19 en Lima 2022: determinando el síndrome de sobrecarga del cuidador, depresión, ansiedad y factores asociados [Tesis doctorado, Universidad peruana Cayetano Heredia]. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13984>

Concepción, A; Puello, E & Valencia, N. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(1), e1463. Epub 10 de mayo de 2020. Recuperado en 27 de febrero de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

Corredor S, E., & Lopera F, M. (2020). Niveles De Ansiedad Y Depresión Que Presentan Las Cuidadoras Informales De Pacientes Con Alzheimer De Algunos Barrios De Yarumal Antioquia, 2019 [Tesis pregrado, Corporación Universitaria Minuto De Dios]. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/14695/1/TP_LoperaFernandezManuela_2020.pdf

Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, Wiley JF, Christensen A, Njai R, Weaver MD, Robbins R, Facer-Childs ER, Barger LK, Czeisler CA, Howard ME, Rajaratnam SMW. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic - United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Aug 14; 69(32):1049-1057. <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>

Depresión. (2023, 31 marzo). OMS. Recuperado 14 de marzo de 2024, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Díaz, L. C., Carreño-Moreno, S., & Reyes, J. R. (2022). Adopting the Role of Caregiver of Chronic Patients: Specific Situation Theory. *Aquichan*, 22(4), 1-21. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.2>

Enfermedades crónicas: qué es, síntomas y tratamiento | Top Doctors. (2023, 7 junio). Top Doctors. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/enfermedades-cronicas>

Estudio Empírico del Programa de Bienestar Psicológico Basado en Mindfulness (Mindfulness-based Mental Balance, MBMB). (2022, 15 diciembre). CORA. Recuperado 18 de febrero de 2024, de <https://www.tdx.cat/handle/10803/687325#page=1>

García, K., Quintero, S., Tres Palacios, S., Fernández, M (2021). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con discapacidad intelectual. *Revista Médica Caracas*. 129(1) ,65-73 <http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/8312/Sobrecargay-calidad-de-vida.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Garzón, N. E., Carreño-Moreno, S., & Díaz, L. C. (2021). Rol del cuidador familiar novel de adultos en situación de dependencia: Scoping Review. *Revista Cuidarte*. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1368>

González, A. (2019). Salud mental en cuidadores con hijos en condición de discapacidad. Recuperado 18 de marzo de 2024, de https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2110/salud_mental_cuidadores_con_hijos_condici%c3%93n_discapacidad.pdf?sequence=1&isallowed=y

Hou, D, Chen, Y. X, He, D, Zhang, X, & Fan, X. (2020). The Relationship Between Caregiver Reactions and Psychological Distress in Family Caregivers of Patients With Heart Failure. *Journal Of Cardiovascular Nursing*, 35(3), 234-242. <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000636>

Humanización de la atención. (2020, 20 julio). Minsalud. Recuperado 15 de enero de 2024, de <https://acreditacionensalud.org.co/humanizacion-de-la-atencion/>

Jafari-Koulaee, A., Goudarzian, A. H. ., Beik, S. ., Heidari, T. ., & Hesamzadeh, A. . (2020). Care Burden in Informal Caregivers of Hemodialysis Patients: A systematic review and meta-analysis study. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 15(4), 78-85. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v15i4.351>

Jordán, A; Zavala, M; Bedoya, P; Rodríguez, C & Barreno, S. Salud familiar y psicológica del cuidador primario de adultos mayores dependientes. *Rev Inf Científica [Internet]*. 2021 [citado 19 de marzo de 2024];100(5):3463. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3463>

La adaptación del ser humano frente a una nueva normalidad. (2020, 6 marzo). [Comunicado de prensa]. Recuperado 2 de marzo de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-adaptacion-del-ser-humano-frente-a-una-nueva-normalidad-.aspx>

Leng M, Zhao Y, Xiao H, Li C, Wang Z. Internet-Based Supportive Interventions for Family Caregivers of People With Dementia: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2020 Sep 9;22(9), de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32902388/>

Ley 2297 de 2023. (2023, 28 junio). Congreso de la República de Colombia. Alcaldía de Bogotá. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=143777>

Lucía, P; Agustín, M & De Valladolid Facultad de Enfermería de Valladolid, U. (2021). Salud mental en cuidadores informales y su repercusión en las actividades básicas de la vida diaria. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47897>

Maldonado_Reynoso, N. P., Arrivillaga Hurtado, F., & Garcia Rodriguez, M. L. (2023). El autoconcepto académico en matemáticas: ruta hacia una categorización a través del método de análisis conceptual. RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo, 13(26), Artículo 13(26). <https://doi.org/10.23913/ride.v13i26.1435>

Medicamentos para el tratamiento de la depresión. (2023, 4 octubre). Manual MSD. Recuperado 3 de marzo de 2024, de <https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

Ondula. (2021, 15 de mayo). Educación Digital Crítica. <https://ondula.org/category/educacion-digital-critica/>

Oria Saavedra, Michel, Elers Mastrapa, Yenny, & Espinosa Aguilar, Anibal. (2020). Una concepción de cuidador familiar de anciano. Revista Cubana de Enfermería, 36(1), e3120. Epub 01 de marzo de 2020. Recuperado en 27 de febrero de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100017&lng=es&tlng=

Osorio, M, Prado, C, Bazán, G, & Huitrón, B. (2020). Afrontamiento en profesionales de la salud mexicanos del sector público. Alternativas en psicología, 43. 117-132. <https://alternativas.me/attachments/article/218/8%20-%20Afrontamiento%20en%20profesionales%20de%20la%20salud%20mexicanos.pdf>

Panizo Robles, J. A. (2007). La cobertura social de la dependencia (con ocasión de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia). Revista De Trabajo Y Seguridad Social. CEF, (286), 49–106. <https://doi.org/10.51302/rtss.2007.5769>

Régimen jurídico de cuidadores domiciliarios y/o polivalentes. (2020, 9 octubre). SAJJ. Recuperado 8 de febrero de 2024, de <http://www.saij.gob.ar/10633-local-entre-rios-regimen->

juridico-cuidadores-domiciliarios-polivalentes-lpe0010633-2018-10-09/123456789-0abc-defg-336-0100evorpyel?&o=543&f=Total%7CTipo%20de%20Documento%7CFecha%7CTema%7COrganismo%7CAutor%7CEstado%20de%20Vigencia%7CJurisdicci%F3n%7CTribunal%7CPublicaci%F3n&t=853

Resolución número 3280. Ministerio de Salud y Protección Social (2 de agosto de 2018). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Satisfacción de necesidades humanas de personas mayores durante la pandemia de la covid-19. (2021, 17 diciembre). Revista UCR. Recuperado 21 de febrero de 2024, de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/49712>

Valencia, A; Marulanda, J; Andrade, L; Arango, L & Calvache, J. (2020). Características de pacientes adultos con cáncer y su atención en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia.. Revista Colombiana de Cancerología, 24(2), 80-87. Epub November 29, 2020. <https://doi.org/10.35509/01239015.10>

Vélez, M. (2023). Afrontamiento en cuidadores primarios de niños con diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda. Pereira - 2023. Fundación Universitaria del Área Andina. <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/5758>

Zurita, N & Villasís, Á. (2021). Principales sesgos en la investigación clínica. Revista Alergia México, 68(4), 291-299. <https://doi.org/10.29262/ram.v68i4.1003>

Anexos

Anexo A

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACION

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE
PERSONAS CON ENFERMEDAD CRONICA DEL MUNICIPIO DE PASTO DEL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO EN EL PERIODO 2022-2023

Yo _____ identificada con la C.C. _____ de Pasto Nariño manifiesto que he sido invitada a participar dentro de la investigación arriba mencionada y que se me ha dado la siguiente información:

Este documento se le entrega para que conozca las características de la investigación, y usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no, si tiene alguna duda, solicite a los investigadores que se la aclaren, ellos le proporcionarán toda la información que necesite, antes de aceptar su participación.

- **Objetivo y descripción de la investigación:** Determinar el nivel de depresión y ansiedad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica del Municipio de Pasto del Departamento de Nariño en el periodo 2022-2023, así mismo caracterizar sociodemográficamente a la población, de igual manera identificar el nivel de depresión de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, e identificar el nivel de ansiedad de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica.
- **Responsables de la investigación:** el estudio es dirigido por las asesoras Natalia Sofia Gallego Erazo y Karina Gallardo Solarte y desarrollado por: Jhon Sebastián Díaz Cortés, Milton Fabián Díaz Garzón, Gennifer Mirella Parra García, John Alexander Pasijojoa Rosero, Edy Alexander Zambrano Arcos. (Teléfono: 3168295758).
- **Riesgos y Beneficios:** las técnicas que se utilizarán implican un riesgo mínimo para usted, por lo tanto, los resultados de la investigación contribuirán en el proceso investigativo de los educandos de la Universidad Mariana y del programa de enfermería.

¹ Aprobado por Comité de Bioética de la Universidad Mariana, Acuerdo No.040 del 21 de noviembre de 2.012



- **Confidencialidad:** su identidad estará protegida, pues durante todo el estudio solo se utilizará un código numérico que lo diferenciará de los otros participantes en la investigación. La información obtenida será almacenada EN LA UNIVERSIDAD MARIANA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR(A) DEL GRUPO DE INVESTIGACION en una base de datos que se mantendrá por cinco años más después de terminada la investigación. Los datos individuales solo serán conocidos por los investigadores y los auxiliares de la investigación mientras dura el estudio, quienes, en todo caso, se comprometen a no divulgarlos. Los resultados que se publicarán corresponden a la información general de todos los participantes.
- **Derechos y deberes:** Usted tiene derecho a obtener una copia del presente documento y a retirarse posteriormente de esta investigación, si así lo desea en cualquier momento y no tendrá que firmar ningún documento para hacerlo, ni informar las razones de su decisión, si no desea hacerlo. Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante la participación en la investigación y en el momento que lo considere podrá solicitar información sobre sus resultados a los responsables de la investigación.

Declaro que he leído o me fue leído este documento en su totalidad y que entendí su contenido e igualmente, que pude formular las preguntas que consideré necesarias y que estas me fueron respondidas satisfactoriamente. Por lo tanto, decido participar DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA EN esta investigación¹.

Por lo anterior autorizo a (Nombre del evaluador) _____, estudiante de la Universidad Mariana del Programa de enfermería para realizar los anteriores procedimientos.

| | | | |
|---------------------------------|---|----------------------------|---|
| _____ |  | _____ |  |
| Nombre y firma del Participante | | Nombre y firma del Testigo | |
| C.C No. | | C.C No. | |
| Fecha: | | Fecha: | |

¹ Aprobado por Comité de Bioética de la Universidad Mariana, Acuerdo No.040 del 21 de noviembre de 2.012

Anexo B

Presupuesto

| Etapa de la investigación | Actividad | Cantidad | Valor Unitario | Total |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------|
| Trabajo de Campo (materiales) | Impresiones (hoja) | 600 | 300 | \$180.000 |
| | Lapiceros | 5 | 1000 | \$5.000 |
| | Huellero | 1 | 3.500 | \$3.500 |
| Trabajo de Campo (Salida) | Transporte coinvestigadores 5 x 30 | 150 | 2.300 | \$345.000 |
| | Paquetes de datos | 5 | 20.000 | \$100.000 |
| | EPP BIOSEGURIDAD Tapabocas | 1 | 35.000 | \$35.000 |
| Subtotal | | | | \$ 668.500 |
| Imprevistos 10% | | | | \$66.850 |
| | | | Total | \$ 735.350 |

Anexo C

Cronograma

| ACTIVIDADES | 2022 | | | 2023 | | | 2024 | | | | | | | | |
|--|-------|------|-------|------------|---------|-----------|-------|-------|-------|------|---------|-------|-------|------|-------|
| | ABRIL | MAYO | JUNIO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | ENERO | MARZO | ABRIL | MAYO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO |
| ELECCION DE TEMA | X | | | | | | | | | | | | | | |
| PROPUESTA DE INVESTIGACION | X | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSTRUCCION MARCO DE REFERENCIA | | X | | | | | | | | | | | | | |
| ELABORACIÓN DE ANTE PROYECTO Y AJUSTES | | | X | | | | | | | | | | | | |
| APROBACIÓN POR PARTE DE LAS INVESTIGADORAS | | | | X | | | | | | | | | | | |
| MARCO METODOLOGICO | | | | X | | | | | | | | | | | |
| OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | | | | | X | | | | | | | | | | |
| VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO | | | | | | X | | | | | | | | | |
| CORRECCIONES ASESOR | | | | | | X | | | | | | | | | |
| REVISIÓN DE INSTRUMENTO | | | | | | X | | | | | | | | | |
| SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA MUESTRA | | | | | | | X | | | | | | | | |
| TRABAJO DE CAMPO | | | | | | | | X | | | | | | | |
| TABULACION DE LA INFORMACIÓN | | | | | | | | | X | | | | | | |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE INFORMACION | | | | | | | | | | X | | | | | |
| CORRECCIONES ASESOR | | | | | | | | | | | X | | | | |
| ELABORACION INFORME FINAL | | | | | | | | | | | | X | | | |
| CORRECCIONES ASESOR Y JURADOS | | | | | | | | | | | | | X | | |
| SOCIALIZACION INFORME FINAL | | | | | | | | | | | | | | X | |
| ENTREGA DE CD | | | | | | | | | | | | | | | X |

Anexo D

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

| HADS- Ansiedad (7 ítems) | HADS -Depresión (7 ítems) |
|--|---|
| 1. Me siento tenso(a) o nervioso(a) - 0 — 1 — 2 — 3 + | 1. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba - 0 — 1 — 2 — 3 + |
| 2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder - 0 — 1 — 2 — 3 + | 2. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas - 0 — 1 — 2 — 3 + |
| 3. Tengo mi mente llena de preocupaciones - 0 — 1 — 2 — 3 + | 3. Me siento alegre - 0 — 1 — 2 — 3 + |
| 4. Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a) - 0 — 1 — 2 — 3 + | 4. Me siento como si cada vez estuviera más lento - 0 — 1 — 2 — 3 + |
| 5. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago - 0 — 1 — 2 — 3 + | 5. He perdido el interés en mi aspecto personal - 0 — 1 — 2 — 3 + |
| 6. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme - 0 — 1 — 2 — 3 + | 6. Me siento optimista respecto al futuro - 0 — 1 — 2 — 3 + |
| 7. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico - 0 — 1 — 2 — 3 + | 7. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión - 0 — 1 — 2 — 3 + |

Anexo E

Operacionalización de variables

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador | Índice | Instrumento | Tipo de variable |
|---|---|------------------------|--|---|---|---------------------|
| Características generales, educativas, laborales y sociales (Variables independiente) | Son las características de un grupo social como edad, género, nivel de estudios. Son aquellas características sociales y demográficas como el grado de escolaridad, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación y turno de trabajo. | Sexo | Sexo | a) Masculino b) Femenino c) Otro, ¿Cuál? | Cuestionario o caracterización sociodemográfica | Cualitativa nominal |
| | | Edad | ----- | ----- | | Cuantitativa |
| | | Nivel Educativo | ¿Qué nivel de escolaridad posee? | a) Secundaria b) Primaria c) Técnico d) Universitario | | Cualitativa ordinal |
| | | Estado civil | ¿Cuál es su estado civil? | a) Casado (a) b) Soltero (a) c) Unión libre d) Separado | | Cualitativa nominal |
| | | Ocupación | ¿A qué se dedica actualmente? | a) Hogar b) Independientes c) Empleados d) Estudiantes | | Cualitativa nominal |
| | | Estrato socioeconómico | ¿A qué estrato pertenece? | a) Estrato 1 b) Estrato 2 c) Estrato 3 | | Cualitativa ordinal |
| Niveles de depresión y ansiedad medida por la Escala HADS | Es un instrumento diseñado para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, valorando los síntomas de la ansiedad y la depresión. | Depresión | 2. Aún disfruto de las actividades que me gustaba hacer antes de ser cuidador(a) | a) Nunca b) Casi nunca c) Algunas veces d) Siempre | La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) | Cualitativa nominal |

| | | | | | | |
|---|---|----------|--|--|---|---------------------|
| | Entre estos síntomas se encuentran: insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o de apetito. | | <p>4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas</p> <p>6. Me he sentido alegre</p> <p>8. Siento que cada vez estoy más lento(a) o con menor energía</p> <p>10. He perdido el interés en mi arreglo personal</p> <p>12. Me he sentido optimista respecto al futuro</p> <p>14. Puedo divertirme con alguna actividad de ocio, recreación o esparcimiento en mi tiempo libre.</p> | | | |
| Niveles de depresión y ansiedad medida por la Escala HADS | Es un instrumento diseñado para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, valorando los síntomas de la ansiedad y la depresión. Entre estos síntomas se encuentran: insomnio, fatiga, pérdida | Ansiedad | <p>1. <u>Me he sentido tenso(a), estresado(a) o nervioso(a)</u></p> <p>3. <u>He tenido una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder</u></p> <p>5. <u>He tenido mi mente llena de preocupaciones</u></p> | <p>a) Nunca</p> <p>b) Casi nunca</p> <p>c) Algunas veces</p> <p>d) Siempre</p> | La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) | Cualitativa nominal |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|--|--|--|
| | y/o aumento de peso y/o de apetito. | | <p>7. <u>Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a)</u></p> <p>9. <u>He tenido una sensación extraña, como de vacío en el estómago debido a mi estado emocional</u></p> <p>11. <u>Me he sentido estresado(a) al punto de no poder quedarme quieto(a)</u></p> <p>13. <u>He tenido ataques repentinos de pánico</u></p> | | | |
|--|-------------------------------------|--|---|--|--|--|

Anexo F

Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona

| FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA CUIDADOR- PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GPC-UN-D ¹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|--|---|---|---|---|-------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|---|----------------------|--------------|-----------------------|--|--|--|---|---|---|---|-------------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|
| Institución donde se diligencia el instrumento: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE Nombre: _____ Teléfono: _____ | INFORMACIÓN DEL CUIDADOR Nombre: _____ Teléfono: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL PACIENTE Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO | 1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL CUIDADOR Y SU PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 Valoración del paciente -PULSES total: 6-8 <input type="checkbox"/> 9-11 <input type="checkbox"/> 12-24 <input type="checkbox"/> -Test SPMSQ: (N. errores) 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> 8-10 | 1.1 Valoración del Cuidador -PULSES total: 6-8 <input type="checkbox"/> 9-11 <input type="checkbox"/> 12-24 <input type="checkbox"/> -Test SPMSQ: (N. errores) 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> 8-10 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 Diagnósticos Médicos: _____ | 1.2 Diagnósticos Médicos: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3 Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | 1.3 Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4 Edad _____ años | 1.4 Edad _____ años | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.5 Grado Máximo de escolaridad _____ | 1.5 Grado Máximo de escolaridad _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6 Departamento de Procedencia _____ | 1.6 Departamento de Procedencia _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7 Lugar de Residencia: Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> | 1.7 Lugar de Residencia: Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.8 Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre | 1.8 Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.9 Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros _____ | 1.9 Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.10 Estrato socioeconómico 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | 1.10 Estrato socioeconómico 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.11 Tiempo que lleva con enfermedad crónica _____ | 1.11 ¿Cuida a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.12 Religión Nivel de Compromiso Religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> | 1.12 Religión Nivel de Compromiso Religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 PERCEPCIÓN DE CARGA Y DE APOYO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 ¿Tiene un único cuidador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> otro (s), ¿Cuál (es)? _____ | 2.1 ¿Es usted el único cuidador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> otro (s), ¿Cuál (es)? _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2 Número de horas de ayuda que requiere diariamente para su cuidado _____ | 2.2 Tiempo que lleva como cuidador _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3 Indique con una x los apoyos con los que cuenta y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo: | 2.3 Número de horas que usted cree que dedica diariamente al cuidado de su familiar _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apoyo con que cuenta</th> <th rowspan="2">Marque con x</th> <th colspan="4">Nivel de satisfacción</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Psicológico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Familiar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Religioso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Económico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Social</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro. ¿Cuál?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | Apoyo con que cuenta | Marque con x | Nivel de satisfacción | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | Psicológico | | | | | | Familiar | | | | | | Religioso | | | | | | Económico | | | | | | Social | | | | | | Otro. ¿Cuál? | | | | | | 2.4 Indique con una x los apoyos con los que cuenta como cuidador y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apoyo con que cuenta | | | Marque con x | Nivel de satisfacción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psicológico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Religioso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Económico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro. ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apoyo con que cuenta</th> <th rowspan="2">Marque con x</th> <th colspan="4">Nivel de satisfacción</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Psicológico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Familiar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Religioso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Económico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Social</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro. ¿Cuál?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | Apoyo con que cuenta | Marque con x | Nivel de satisfacción | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | Psicológico | | | | | | Familiar | | | | | | Religioso | | | | | | Económico | | | | | | Social | | | | | | Otro. ¿Cuál? | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apoyo con que cuenta</th> <th rowspan="2">Marque con x</th> <th colspan="4">Nivel de satisfacción</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Psicológico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Familiar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Religioso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Económico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Social</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro. ¿Cuál?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | Apoyo con que cuenta | Marque con x | Nivel de satisfacción | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | Psicológico | | | | | | Familiar | | | | | | Religioso | | | | | | Económico | | | | | | Social | | | | | | Otro. ¿Cuál? | | | | | |
| Apoyo con que cuenta | | | Marque con x | Nivel de satisfacción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psicológico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Religioso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Económico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro. ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apoyo con que cuenta | Marque con x | Nivel de satisfacción | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psicológico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Religioso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Económico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Social | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro. ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¹ Instrumento para la caracterización de la diada (Paciente-Cuidador) en situaciones de enfermedad crónica. Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia, Universidad Nacional de Colombia, Versión 2. 06 de Marzo de 2014.

2.4 La persona que lo cuida es:

Espos(a) Madre/padre
 Hijo(a) Abuelo(a)
 Amigo(a) Otro _____

2.5 ¿Ha tenido experiencias previas como cuidador?
Quién(es): _____
Diagnóstico: _____
Tiempo como cuidador: _____

2.5 Percibe que para su familia, usted como paciente es una carga:
Muy Alta Alta Moderada Baja

2.6 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:

| Niveles de Bienestar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Físico | | | | | |
| Psicológico-Emocional | | | | | |
| Social | | | | | |
| Espiritual | | | | | |

2.6 Nivel de percepción de carga según ZARIT:
No sobrecarga Sobrecarga leve Sobrecarga intensa

2.7 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:

| Niveles de Bienestar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Físico | | | | | |
| Psicológico-Emocional | | | | | |
| Social | | | | | |
| Espiritual | | | | | |

4. MEDIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1. Autovaloración en el uso de las TIC's

| TIC's | Nivel conocimiento | | | Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado | | | Frecuencia de uso | | |
|--------------|--------------------|-------|------|--|-------|------|-------------------|-------|------|
| | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo |
| Televisión | | | | | | | | | |
| Radio | | | | | | | | | |
| Computador | | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | | | | |
| Internet | | | | | | | | | |
| Otro. ¿Cuál? | | | | | | | | | |

4.2. ¿Para su cuidado usted se apoya en TIC's?
Sí No

4.3. Nivel de apoyo percibido con el uso de TIC's en el cuidado de su enfermedad
Alto Medio Bajo

4.4 Ordene por prioridad las TIC's que les podrían ser más útiles para recibir información para su cuidado, siendo 1 el menos útil y 5 el más útil:

| TIC'S | N° |
|-------------|----|
| Televisión | |
| Radio | |
| Computador | |
| Teléfono | |
| Internet | |
| Otro ¿Cuál? | |

4.1 Autovaloración en el uso de las TIC's

| TIC's | Nivel conocimiento | | | Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado | | | Frecuencia de uso | | |
|--------------|--------------------|-------|------|--|-------|------|-------------------|-------|------|
| | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo |
| Televisión | | | | | | | | | |
| Radio | | | | | | | | | |
| Computador | | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | | | | |
| Internet | | | | | | | | | |
| Otro. ¿Cuál? | | | | | | | | | |

4.2 ¿Para su cuidado o el de su familiar usted hace uso de las TIC's?
Sí No

4.3 Nivel de apoyo percibido con el uso de TIC's para el cuidado de su enfermedad o la de su familiar
Alto Medio Bajo

4.4 Ordene por prioridad las TIC's que les podrían ser más útiles para recibir información en el cuidado de su enfermedad o la de su familiar, siendo 1 el menos útil y 5 el más útil:

| TIC'S | N° |
|-------------|----|
| Televisión | |
| Radio | |
| Computador | |
| Teléfono | |
| Internet | |
| Otro ¿Cuál? | |