



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**Estados de depresión y ansiedad en padres de niños con discapacidad que
asisten al servicio comunitario del GAD Municipal del Cantón Limón
Indanza de la provincia de Morona Santiago**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicología Clínica

Autores:

Cristhian Santiago Calderón Jiménez

Verónica Tatiana Valverde Valverde

Directora

PhD Ana Lucía Pacurucu

Promoción: Marzo-Julio 2020

Cuenca-Ecuador

2020

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a todas las personas que posibilitaron la ejecución de esta investigación, especialmente a la PhD Ana Lucía Pacurucu, por todo su apoyo, esfuerzo y paciencia durante la elaboración de la misma, sin la cual no hubiese sido posible llevar a buen término este proyecto.

A todos los padres de familia del servicio comunitario del GAD Municipal del cantón Limón Indanza, por estar prestos a colaborar con todo lo que se les solicitaba.

Por último, expreso mi gratitud a mi familia que de forma incondicional y desinteresada me brindaron su apoyo y soporte en todo momento, durante mi formación académica y durante la realización del proyecto.

Cristhian Santiago Calderón Jiménez

En esta investigación quiero agradecer principalmente a Dios por permitirme cumplir una más de mis metas.

Quiero agradecer a mi familia por el apoyo verbal y económico que me han brindado para poder continuar con mis estudios, seguidamente agradezco a los profesores de esta prestigiosa universidad que han impartido sus conocimientos para hacer de nosotros unos buenos profesionales, especialmente a nuestra tutora de tesis la PhD Anita Pacurucu, que gracias a ella esta investigación pudo culminar apropiadamente.

Finalmente expreso mis sinceros agradecimientos a los padres de familia que tiene hijos con discapacidad que colaboraron y demostraron gran interés para que esta investigación se realice adecuadamente.

Verónica Tatiana Valverde Valverde

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de investigación a mi madre, quien ha sido mi guía y motivación para que yo pudiera llegar a convertirme en lo que soy ahora y con su ejemplo me ha enseñado a nunca rendirme.

A mis hermanos por brindarme su compañía y apoyo que he necesitado.

Cristhian Santiago Calderón Jiménez

Este trabajo va dedicado a mi padres Gloria y Segundo, quienes han sido mi pilar fundamental para poder culminar mis estudios universitarios, gracias a su motivación y a sus valores inculcados.

A mi hermana por su apoyo y confianza en que voy a lograr lo que me propongo y a mi hermano que me ha enseñado a ver la vida de manera diferente en la cual los prejuicios no existen.

Verónica Tatiana Valverde Valverde

RESUMEN

La discapacidad infantil es una realidad que afecta a todo el sistema familiar. El cuidado de los niños lo realizan generalmente los padres, por eso el objetivo de esta investigación es determinar los niveles de depresión y ansiedad en padres de niños con discapacidad que asisten al servicio comunitario del GAD Municipal del Cantón Limón Indanza, debido a que el diagnóstico de discapacidad en los niños/as produce alteraciones emocionales en los progenitores. La investigación es cuantitativa, de tipo descriptiva con un diseño no experimental, se aplicaron los test psicométricos: Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck y una ficha sociodemográfica. La muestra fue de 32 participantes (18,8% hombres y 81,3% mujeres). Concluyéndose que, los padres de niños con discapacidad tienen una mayor prevalencia de depresión grave con el 37,5% (34,38% en mujeres y 3,13% en hombres) y ansiedad moderada con el 43,8% (34,38% en mujeres y 9,38% en hombres).

PALABRAS CLAVES: Discapacidad Infantil, padres, Depresión, Ansiedad

ABSTRACT

Child disability is a reality that affects the all family system. Childcare is generally carried out by parents, for that the objective of this research is to determine the levels of depression and anxiety in parents of children with disabilities who attend community service at the Municipal GAD of Limón Indanza, because the diagnosis of disability in the children produces emotional disturbances among parents. The research is quantitative, descriptive in type with a non-experimental design, the psychometric tests were applied: Beck's Inventory of Depression and Anxiety and a sociodemographic record. The sample was 32 participants (18.8% men and 81.3% women). Concluding that, the parents of children with disabilities have a higher prevalence of severe depression with 37.5% (34.38% in women and 3.13% in men) and moderate anxiety with 43.8% (34.38 % in women and 9.38% in men).

Key words: Childhood disability, parents, Depression, Anxiety

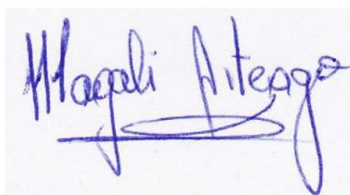
Translated by



Cristhian Santiago Calderón Jiménez



Verónica Tatiana Valverde Valverde



INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

AGRADECIMIENTO	II
DEDICATORIA	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INDICE DE CONTENIDOS	VI
ÍNDICE DE TABLAS	IX

INTRODUCCIÓN

I

CAPÍTULO I: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD

4

1.1 INTRODUCCIÓN DE DISCAPACIDAD	4
1.1.1 Evolución de la definición.	4
1.1.2 Concepto.	5
1.1.3 Tipos de Discapacidad.	6
1.1.4 Grados de Discapacidad.	6
1.2 DEPRESIÓN	7
1.2.1 Concepto.	7
1.2.2 Causas de la Depresión.	8
1.2.2.1 Depresión endógena.	9
1.2.2.2 Depresión exógena.	11
1.2.3 Teorías Explicativas de la Depresión.	12
1.2.3.1 Teoría de la Indefensión aprendida.	12
1.2.3.2 Teoría de la Auto-Eficacia De Bandura.	13
1.2.3.3 Teoría de la Tríada Cognitiva de Aaron Beck.	14
1.2.4 Sintomatología Depresiva.	15
1.2.4.1 Síntomas Físicos.	15
1.2.4.2 Síntomas Conductuales.	15
1.2.4.3 Síntomas Emocionales.	15
1.2.4.4 Síntomas Cognitivos.	16
1.2.4.5 Síntomas Psicosomáticos.	16
1.2.5 Diagnóstico.	16
1.3 ANSIEDAD	17
1.3.1 Concepto.	17
1.3.2 Etiología De La Ansiedad.	18
1.3.3 Fisiología de la Ansiedad.	21
1.3.4 Modelos Explicativos de la Ansiedad.	22
1.3.4.1 Modelos psicosociales.	22
1.3.4.2 Modelo Médico-Farmacológico.	22
1.3.4.3 Modelos antropológicos.	23
1.3.5 Sintomatología Ansiosa.	23

1.3.5.1 Síntomas Físicos.	23
1.3.5.2 Síntomas de conducta.	24
1.3.5.3 Síntomas Cognitivos.	25
1.3.5.4 Síntomas asertivos.	27
1.3.6 Ansiedad en Padres.	27
1.3.7 Diagnóstico.	28
1.4 CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD	29
1.4.1 Concepto de Familia.	29
1.4.2 Redes de Apoyo.	30
1.4.3 Adaptabilidad Familiar.	32
1.4.4 Cuidadores.	33
1.4.4.1 Tipos De Cuidadores.	33
1.4.4.2 Fases de Adaptación a la Situación de Cuidado.	35
1.4.4.3 Consecuencias Negativas en el Cuidador.	36
1.4.4.4 Síndrome del Cuidador.	37
1.4.5 La Discapacidad en la Familia.	39
1.4.5.1 Los Padres y Madres de Niños/as con Discapacidad.	41
1.4.5.2 Los Hermanos.	44
1.4.5.3 Proceso de Duelo.	46
1.5 CONCLUSIÓN	46
<i>CAPÍTULO II: METODOLOGÍA</i>	48
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	48
2.2 HIPÓTESIS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	48
2.2.1 Hipótesis	48
2.2.2 Preguntas de Investigación	48
2.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	48
2.3.1 Objetivo general	48
2.3.2 Objetivos específicos	49
2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	49
2.5 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	49
2.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	50
2.6.1 Métodos	50
2.6.2 Técnicas	50
2.6.3 Instrumentos	51
2.6.3.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	51
2.6.3.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	51
2.7 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	53
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	72

<i>CAPÍTULO III: PROPUESTA DE TERAPIA GRUPAL</i>	74
3.1 INTRODUCCIÓN	74
3.2 OBJETIVOS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN	76
3.3 ESTRUCTURA DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO	77
3.4 CONCLUSIÓN	83
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	84
<i>ANEXOS</i>	94
Anexo 1	94
Anexo 3	97
Anexo 4	98
Anexo 5	99
Anexo 6	100
Anexo 7	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Perfil de los Cuidadores	53
Tabla 2 Edad de Cuidadores y de los Hijos con Discapacidad	57
Tabla 3 Niveles de Depresión según el Estado Civil de los Cuidadores	60
Tabla 4 Niveles de Ansiedad según el Estado Civil de los Cuidadores	61
Tabla 5 Niveles de Depresión según la Situación Económica del Cuidador/a	62
Tabla 6 Niveles de Ansiedad según la Situación Económica del Cuidador/a	63
Tabla 7 Niveles de Depresión del Cuidador/a según el Tipo de Discapacidad del Hijo/a	64
Tabla 8 Niveles de Ansiedad del Cuidador/a según el Tipo de Discapacidad del Hijo/a	65
Tabla 9 Niveles de Depresión y Ansiedad de acuerdo al Género del Cuidador/a	68
Tabla 10 Pruebas de chi-cuadrado	68
Tabla 11 Modelo de Intervención	77
Tabla 12 Síntomas Generales de Depresión según CIE10	92
Tabla 13 Depresión Mayor según DMS 5	93
Tabla 14 Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM 5	95
Tabla 15 Trastorno de Ansiedad Generalizada según CIE 10	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Resultados de Inventario de Depresión de Beck en los Cuidadores	54
Figura 2 Resultados de Test de Ansiedad de Bai-Beck en los Cuidadores	55
Figura 3 Tipo de Discapacidad de los Niños/as	56
Figura 4 Niveles de Depresión según el Género del Cuidador/a	58
Figura 5 Niveles de Ansiedad según el Género del Cuidador/a	59
Figura 6 Niveles de Depresión del Cuidador/a según el Grado de Discapacidad del Hijo/a	66
Figura 7 Niveles de Ansiedad del Cuidador/a según el Grado de Discapacidad del Hijo/a	67

INTRODUCCIÓN

La discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), está presente en el 15% de la población mundial de las cuales 95 millones son niños/as; esta prevalencia cada vez va en aumento lo que ocasiona de igual manera el incremento de cuidadores que generalmente son sus progenitores (Organización Mundial de la Salud, 2011).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) brinda sus servicios de Atención en el Hogar y la Comunidad al GAD Municipal del Cantón Limón Indanza, el que trata de promover la inclusión social de las personas con discapacidad que se encuentran en condiciones de pobreza/pobreza extrema y sus familias, a través del desarrollo de habilidades en las áreas de sensopercepción, cognición, comunicación, actividades de la vida diaria, motricidad, habilidades sociales y hábitos de trabajo.

El servicio comunitario del GAD municipal del cantón, brinda terapias físicas y ocupacionales a los niños/as con discapacidad mediante un modelo de atención basado en la persona, con un enfoque de derechos orientado a potenciar las habilidades y capacidades individuales, familiares y comunitarias de quienes conviven con la condición de discapacidad en el país.

Los cuidadores de niños/as con discapacidad se dedican de forma intensa al cuidado, dejando de lado el interés por sí mismo y su autocuidado, llegando muchas de las veces a ocasionar cierto grado de negligencia en los cuidados del niño/a.

Por lo cual se considera que es importante abordar los problemas que presentan los padres y madres de familia con niños/as que padecen este diagnóstico, ya que se les brinda mayor atención al menor, dejando de lado las necesidades psicológicas de sus cuidadores. Si estas personas no son tratadas a tiempo, pueden desencadenar el síndrome del cuidador,

que incluye emociones, pensamientos y sentimientos desadaptativos como: negación, rabia, ansiedad, irritabilidad, autocompasión, miedo, depresión, agotamiento, pena, culpa, enojo, vergüenza y soledad (Prieto, 2013).

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo determinar los niveles de depresión y ansiedad de padres y madres de niños/as con discapacidad en familias que asisten al servicio comunitario del GAD Municipal del Cantón Limón Indanza; para lograr dicho objetivo la metodología se basa en la aplicación de los reactivos Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), que permitirán medir los índices de depresión y ansiedad respectivamente. Además, se hará uso de una ficha sociodemográfica para comparar el estilo de vida de estas personas. Finalmente, se propondrá un modelo de terapia grupal que permita reducir los niveles de depresión y ansiedad presentes en este tipo de progenitores. Al concluir la investigación, se espera poder medir con precisión los niveles de depresión y ansiedad que sufren los progenitores.

El primer capítulo muestra un abordaje sobre Depresión y Ansiedad, tipos de depresión y ansiedad, clasificación según el DSM V y CIE-10 y su respectiva sintomatología. A su vez se abordó el tema del cuidador dentro de la estructura familiar, el síndrome del cuidador y los tipos de cuidadores y su sintomatología. El segundo capítulo consta de la metodología utilizada en esta investigación, en la que se aplicó los test de depresión y ansiedad de Beck y la ficha sociodemográfica a los padres y madres que asisten al servicio comunitario del GAD Municipal del Cantón Limón Indanza, los mismos que fueron comparados y adecuadamente analizados con el fin de obtener conocimientos sobre la población investigada. En el tercer capítulo se abordó una intervención psicológica que ha resultado eficaz a la hora de contrarrestar síntomas de depresión y ansiedad. A su vez se realizó una propuesta de terapia grupal que permita abordar la problemática de estos intervinientes.

CAPÍTULO I: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD

1.1 INTRODUCCIÓN DE DISCAPACIDAD

La discapacidad es un concepto que cada vez ha ido evolucionando a lo largo de la historia para que las personas con este diagnóstico puedan vivir dignamente, sin discriminación y perjuicios como se lo hacía anteriormente, debido a esta evolución existen hoy en día distintos grados y tipos de discapacidad, ya que las discapacidades pueden afectar a las personas de distintas maneras (Gil Romero, 2018).

1.1.1 Evolución de la definición.

De Pablo-Blanco & Rodríguez (2010) mencionan que las primeras reseñas sobre las personas con la discapacidad intelectual aparecen en la literatura griega en el año 500 a.C. aproximadamente, cuando el médico griego Alcmeón de Croton se llegó a referir al cerebro como el órgano encargado de captar sensaciones y el conocimiento. Luego Hipócrates conocido como el padre de la medicina (460-377 a.C.), desarrolló esta idea señalando que las enfermedades del cerebro ocasionaban diversos desórdenes mentales y malformaciones craneales.

Actualmente se conoce que la ley de Esparta defendía el exterminio de niños/as severamente retrasados, de la misma manera existe el posicionamiento a esta ley por el filósofo Confucio (551-479 a.C.) y el líder religioso persa Zoroastro (628-551 a.C.) en el que se defendía el trato humano para las personas retrasadas mentalmente.

En la edad media los dogmas religiosos obstaculizaron a la ciencia, ya que todo lo que iba en contra de la religión debía ser castigado, motivo por el cual se consideraba a los enfermos mentales como criaturas poseídas por el demonio y su único medio de sanación era la tortura y la hoguera (De Pablo-Blanco & Rodríguez, 2010).

Antes del siglo XIX se consideraba a la discapacidad intelectual como una variante de la demencia, aunque no se llegó a discriminar del sordomudo, criminal, epiléptico o loco. En 1536-1614 el médico Félix Platter fue uno de los primeros en usar las medidas de observación en relación con los enfermos mentales. Posteriormente Jhon Locke (1632-1704) llegó a diferenciar entre el retraso mental y otras enfermedades mentales, impulsando así una clasificación de las enfermedades mentales como los de Esquirol hasta llegar a las clasificaciones modernas, ya que, plantea por primera vez el término idiocia diferenciándolo de demencia y confusión mental. Pues para él la idiocia era “la ausencia de un desarrollo intelectual global de carácter orgánico e incurable”, mientras que la demencia constituía una “pérdida irreversible de estas facultades” y la discapacidad intelectual vendría a ser una agenesia intelectual en la que la inteligencia nunca ha llegado a desarrollarse (Ruíz, 2019).

Jean-Gaspard Itard (1775-1838) realizó un experimento en el que trató de socializar a un niño salvaje mediante el entrenamiento educativo sistemático obteniendo resultados satisfactorios por lo que se constituyó una de las primeras experiencias rehabilitadoras en el campo de la educación de las personas con discapacidad intelectual, llegando así a la creación de varias escuelas para niños “retrasados” en 1849 por Seguin (Portuondo Sao, 2004).

El inglés Francis Galton en 1869 publicó su primera obra, *Hereditary Genius*, donde defiende la alta heredabilidad de la inteligencia y la genialidad, llegando a diferenciar con gran facilidad entre una aptitud heredada que se complementaba por las aptitudes adquiridas por el aprendizaje (De Pablo-Blanco & Rodríguez, 2010).

1.1.2 Concepto.

El concepto de discapacidad hace referencia a las deficiencias que afectan a una función corporal, también a las limitaciones de la actividad que son las dificultades para

poder ejecutar alguna tarea y a las restricciones de la participación que llegan a ser los problemas para desarrollarse en situaciones vitales (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Según Guevara y González (2012), el síndrome de Down, el trastorno del Espectro Autista (TEA) y la Parálisis Cerebral (PCI) son los trastornos más asociados con discapacidad.

1.1.3 Tipos de Discapacidad.

En base al Artículo 6 de la Ley Orgánica de Discapacidades y con los datos obtenidos en el Registro Nacional de Discapacidades del CONADIS (2012), en el Ecuador se distinguen cuatro tipos de discapacidad:

- Discapacidad Física
- Discapacidad Psicosocial
- Discapacidad Intelectual
- Discapacidad Sensorial

1.1.4 Grados de Discapacidad.

La asignación del porcentaje de discapacidad tiene como patrones de referencia las actividades de la vida diaria y los grados de discapacidad, por lo que se establecen cinco categorías con sus respectivos porcentajes de discapacidad:

•CLASE I. 0%. Esta categoría se designa cuando los síntomas son mínimos por lo que las personas pueden realizar sus actividades diarias.

•CLASE II. Entre el 1% y el 24%. Los síntomas existentes provocan una dificultad mínima para llevar a cabo las actividades diarias, dichas deficiencias originan una discapacidad leve.

•CLASE III. Entre el 25% y el 49%. Los síntomas provocan una dificultad para llevar a cabo las actividades diarias, esto origina una discapacidad moderada.

•CLASE IV. Entre el 50% y el 70%. Cuando, la persona tiene una disminución importante en la realización de las actividades diarias e independiente en las de su autocuidado, a esta categoría se la conoce como una discapacidad grave.

•CLASE V. 75%. Deficiencias permanentes en la mayoría de las actividades diarias y en las de su autocuidado, llegando a una dependencia de sus progenitores o cuidadores, en estas situaciones hablamos de una discapacidad muy grave (Espina & Ortego, 2013).

1.2 DEPRESIÓN

Es normal que las personas se pongan tristes, se sientan irritables e incluso desanimados en algunas ocasiones, pero la situación de estos síntomas se vuelven patológicos cuando empiezan a invadir los sentimientos y pensamientos negativos por periodos de tiempos largos, ocasionando así una dificultad para poder funcionar con normalidad en las áreas vitales del ser humano (Lyness, 2016). De la misma manera la depresión puede interferir en el nivel de energía, ocasionando la pérdida de interés por realizar actividades que le eran satisfactorias, disminuye la capacidad de concentración, ocasiona problemas en el sueño, el apetito y en la mayoría de los casos tienden al aislamiento social y familiar (Coryell, 2020).

1.2.1 Concepto.

La OMS (2017) considera a la depresión como un trastorno del estado del ánimo, caracterizada por la presencia de síntomas como insomnio, hipersonmia, pérdida o aumento de peso, anhedonia, tristeza, pérdida de energía, falta de concentración y sentimientos de culpa. Esto puede llegar a causar un malestar importante en varias áreas de la vida diaria

(social, educativa, familiar y personal). De igual manera, la OMS (2020) refiere que este trastorno cuando es de larga duración y de intensidad grave puede ocasionar un gran sufrimiento e incluso llevar a la persona al suicidio por lo que es recomendable un tratamiento psicofarmacológico para evitar el agravamiento de los síntomas negativos.

La depresión es un trastorno mental que ha aumentado en la población en general y se hace presente cada vez más en las familias, este trastorno se lo puede encontrar con gran facilidad, ya sea en el entorno familiar y social (Pezo, Costa, & Komura, 2004), motivo por el cual es de suma importancia aprender a reconocer los síntomas para poder buscar ayuda profesional y evitar que la situación se agrave.

La depresión en los padres y madres de familia de hijos/as con algún tipo de discapacidad se manifiesta con sentimientos de inutilidad, culpa, incapacidad y rechazo a las personas que le brindan su apoyo, ya que sus pensamientos negativos son “nadie me va a querer por mi hijo/a”, “los hombres tratan de acercarse a mí a través de mi hijo/a”, “es una vergüenza o castigo tener un hijo/a así”, “esto es solo mi carga”, “nadie los va a querer como yo”, estos pensamientos ocasionan que los padres y madres de familia se limiten en sus habilidades y capacidades. Estos pensamientos y sentimientos provocan un malestar psicológico y físico tanto en ellos como en el resto de la familia. Finalmente cuando sus síntomas depresivos se agravan la persona puede llegar a tener comportamientos autodestructivos y pensamientos suicidas (Nuñez & Vera, 2014).

1.2.2 Causas de la Depresión.

Existen muchas causas por las cuales una persona puede presentar depresión; entre ellas tenemos los factores biológicos, sociales y psicológicos. La depresión puede comenzar a cualquier edad, pero suele empezar comúnmente en la juventud o en la adultez.

De igual manera algunos especialistas utilizan los términos de depresión endógena y exógena para explicar de mejor manera las causas internas como las externas.

1.2.2.1 Depresión endógena.

La depresión endógena es la que se llega a desarrollar dentro de nuestro cerebro, sin que exista la presencia de un factor externo, esta depresión tiene una gran probabilidad de tener pensamientos suicidas ya que la tristeza se caracteriza por ser intensa, acompañada por un vacío existencial y reacciones únicamente a los estímulos negativos (Calderón, 2020). Es por eso que se le considera como un trastorno que afecta al estado del ánimo ya que tiene una predisposición biológica o genética debido a los cambios biológicos que sufre el cerebro, motivo por el cual las personas tienen mayor probabilidad de vulnerabilidad para adquirir esta depresión cuando se enfrentan a sucesos negativos en sus vidas, además piensan que dichas causas permanecieran y se generalizaran a las diversas áreas de su vida (Álvaro-Estramiana, Garrido-Luque, & Schweiger-Gallo, 2010).

➤ Factores biológicos

Según Bosqued (2005), la depresión ocurre debido a las alteraciones que se dan en la neuroquímica del sujeto afectado, es decir, en los neurotransmisores que son los encargados de intervenir en la transmisión de los impulsos nerviosos y, por tanto, en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) y en las manifestaciones conductuales de la persona. Campagne (2012) menciona a los transmisores como la serotonina (5-HT), noradrenalina (NA), norepinefrina (NE), dopamina (DA) y el glutamato (GABA) están relacionados con la depresión.

De igual manera en el funcionamiento del sistema límbico se liberan transmisores químicos como la noradrenalina, dopamina, serotonina y otros más, originando así emociones placenteras y emociones desagradables (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda, &

Salgado, 2017). También se cree que el neocórtex y el hipocampo están involucrados en los aspectos cognitivos de la depresión (Campagne, 2012).

La NA se encuentra relacionada con el estado de alerta, la motivación, la memoria, el nivel de conciencia, la percepción, regulación del sueño, la conducta sexual y el apetito que con frecuencia se encuentran alteradas en las personas que padecen depresión (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda, & Salgado, 2017). En cuanto a la reducción de la DA, según Goodale (2007), está asociado con la anhedonia, la apatía, la motivación, el afecto, pérdida de interés y placer. Finalmente, la NE y la 5-HT de igual manera están relacionada con la regulación del sueño, el estado de alerta y el estado de ánimo, por lo que los estresores pueden ocasionar una alteración en estas funciones (Goodale, 2007).

Para culminar García (2012), comenta que la depresión aparece cuando el cerebro no dispone de los neurotransmisores suficientes o cuando no puedan ligarse adecuadamente con los receptores; por lo que aumentar los niveles de dichos neurotransmisores con la ayuda de los fármacos antidepresivos facilita la recuperación de la persona diagnosticada con depresión; hay que tener en cuenta que la utilización de fármacos alivian los síntomas depresivos semanas después de haber iniciado su consumo y a pesar de los resultados positivos, deben ser potenciados y reforzados por la psicoterapia.

1.2.2.2 Depresión exógena.

La depresión exógena se produce por causas externas, es decir que las situaciones estresantes del entorno, situaciones que no se pueden controlar (accidentes, pérdidas de seres queridos, pérdidas materiales, problemas en el trabajo, etc.), dejan por los suelos los estados de ánimo de una persona, ya que depende del modo en cómo se interactúa con el medio. En este tipo de depresión existe mayor facilidad de encontrar el detonante de la depresión ya que las causas se pueden explicar por factores externos (Galia Gottret &

Martínez, 2006). Dentro de la depresión exógena existen los factores sociales y psicológicos.

Muchas veces se ha mencionado que las personas se caracterizan por ser racionales, es decir, que procesan de forma voluntaria y consciente la información del medio, dando paso a la construcción de creencias (Galía Gottret & Martínez, 2006).

El problema psicológico y social se caracteriza por un sentimiento de malestar tanto físico (falta de apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño, etc.) como afectivo (tristeza, aislamiento, desesperanza, pensamientos de suicidio, etc.) (Álvaro-Estramiana, Garrido-Luque, & Schweiger-Gallo, 2010). De igual manera Sánchez, Díaz, & Rueda (2008) manifiestan que los problemas psicosociales están relacionados con un malestar físico y con las relaciones familiares e interpersonales, por lo que la poca cohesión familiar, insatisfacción de los logros alcanzados e ingresos insuficientes, son aspectos percibidos como desfavorables ya que pueden llegar a aumentar la gravedad de la depresión.

El problema llega a ser psicológico ya que la persona en algún momento de su vida va a sentir la necesidad de reprimir sus acontecimientos que se dan desde su infancia hasta su situación actual, lo que ocasiona que el sujeto entre en conflicto con sus pensamientos, sentimientos y conductas (Naranjo, 2006). Los autores Álvaro, Garrido, & Schweiger (2010), refieren que en relación con los factores sociales se experimentan síntomas depresivos, debido a ciertas situaciones como una pésima interacción social, familiar, laboral, educativa y bajos recursos económicos, trayendo consigo una falta de sentido a la vida, anomia, baja autoestima, apatía y síntomas antes mencionados, ya que el sujeto no puede expresarse con las personas de su entorno

Los sentimientos depresivos pueden ser manifestaciones afectivas normales al enfrentar eventos como la muerte de un familiar, pérdidas materiales y ruptura amorosa; los síntomas depresivos comúnmente se presentan más de manera física que psicológica. Así

como hay personas que no pueden superar dichas pérdidas, hay quienes, debido a sus estrategias de afrontamiento, buena autoestima, apoyo social y familiar logran evitarlo (Botto, Acuña, & Jiménez, 2014).

1.2.3 Teorías Explicativas de la Depresión.

1.2.3.1 Teoría de la Indefensión aprendida.

Este modelo teórico fue realizado por el psicólogo Martin Seligman, aludiendo que “la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas” (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pp. 426). De la misma manera Bosqued (2005) refiere que cuando el sujeto se encuentra en una situación y no puede hacer nada para obtener los resultados deseados o evitar lo que le incomoda, aprende a sentirse indefenso, desamparado e impotente y así como aprendió estos sentimientos también puede desaprender, logrando que el sujeto adquiera sentimientos de control al ser consciente de que sus actos pueden hacer que las circunstancias cambien; llegando a la conclusión de que no existe un control sobre las consecuencias del comportamiento.

Seligman, Abramson y Teasdale, formularon el **estilo atribucional depresivo** en el que distinguen tres tipos de atribuciones:

- **En cuanto a la personalización:** Internas (por causa propia) –Externas (debido a circunstancias externas).
- **Respecto a la permanencia:** Estables (la causa es la misma para todas las situaciones) – Inestables (la causa no es la misma para situaciones futuras que sean similares).
- **En cuanto a la amplitud:** Globales (el mismo comportamiento para todas las situaciones) –Específicas (el comportamiento se lo hace solamente para situaciones concretas) (Bosqued, 2005).

1.2.3.2 Teoría de la Auto-Eficacia De Bandura.

Esta teoría nos refiere que la motivación y la conducta están reguladas por el pensamiento. Dentro de esta teoría existen tres tipos de expectativas que favorecerán a la autoeficacia de la persona; las expectativas son encaminadas a la situación, a los resultados y a la autoeficacia percibida (Olivari & Urra, 2007). Dicha teoría influye en cómo la persona piensa, siente, se motiva y se comporta, a través de cuatro procesos principales: cognitivo, afectivo, motivacional y de selección, ya que la autoeficacia percibida hace referencia a las creencias que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Busot, 1997).

Según Bosqued (2005), se llega a la depresión cuando se tiene: bajas expectativas de eficacia ya que la persona no se cree capaz de realizar las acciones pertinentes para obtener los resultados deseados; altas expectativas de resultado, debido a que la persona está convencida de que cierta conducta dará los resultados esperados y una alta valoración de los resultados, dando así una excesiva importancia a la obtención de los logros; si estas altas expectativas no dan el resultado esperado se tiende a presentar síntomas depresivos como ira, decepción, impotencia, etc.

1.2.3.3 Teoría de la Tríada Cognitiva de Aaron Beck.

Esta tríada cognitiva de la depresión tiene su principal alteración en el procesamiento de la información, generalmente tiene su origen en las experiencias tempranas del individuo, es decir el resultado de esquemas, constituidos por actitudes disfuncionales y pensamientos automáticos que desembocan en una percepción distorsionada de la realidad. En pocas palabras la persona tiene una visión negativa acerca de sí mismo, su mundo y su futuro (Bosqued, 2005).

Las alteraciones del procesamiento de información ocasionan distorsiones cognitivas como:

- ✓ Abstracción selectiva.- tendencia a prestar atención a un solo detalle de la situación y dicho detalle es de carácter negativo y poco importante, mientras que los detalles positivos y más relevantes son ignorados.
- ✓ Pensamiento dicotómico.- la persona clasifica todo en dos categorías extremas y opuestas: todo o nada, blanco o negro, bueno o malo.
- ✓ Interferencia arbitraria.- la persona tiende a sacar conclusiones sin base suficiente como la lectura de pensamiento o adivinación del futuro.
- ✓ Sobregeneralización.- hace referencia a sacar conclusiones generales a partir de un solo hecho.
- ✓ Magnificación y Minimización.- son una tendencia a exagerar lo negativos de una situación y a minimizar lo positivo.
- ✓ Personalización y Despersonalización.- tendencia a atribuirse la responsabilidad de sucesos ajenos y a no atribuirse la responsabilidad de sucesos propios.

1.2.4 Sintomatología Depresiva.

Según García & Noguera (2013), el síntoma nuclear de la depresión es el estado de ánimo deprimido, con tristeza y pesimismo, los síntomas se clasifican en cinco grupos sintomáticos:

1.2.4.1 Síntomas Físicos.

Estos síntomas se deben a una activación del sistema nervioso autónomo.

- Sensación de cansancio
- Falta de energía
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones en el apetito
- Pérdida o aumento de peso
- Cambios de humor bruscos
- Ciclo menstrual irregular
- Pérdida de apetito sexual
- Inseguridad

- Menor interés en mantener relaciones sociales.

1.2.4.2 Síntomas Conductuales.

Son las expresiones o síntomas que se pueden observar por terceras personas.

- Ataques de llanto
- Aislamiento de los demás
- Descuido de las responsabilidades
- Pérdida de interés por la apariencia
- Pérdida de la motivación
- Apatía

1.2.4.3 Síntomas Emocionales.

Hace referencia a cómo se siente la persona ante determinadas situaciones.

- Tristeza
- Ansiedad
- Culpabilidad
- Ira
- Cambios de humor
- Embotamiento afectivo
- Sentimientos de desesperanza.
- Desesperanza

1.2.4.4 Síntomas Cognitivos.

Comprende la forma en como la persona elabora sus ideas y recuerdos.

- Autocrítica
- Sentimiento de culpa
- Preocupación
- Falta de concentración
- Pesimismo
- Dificultad para la toma de decisiones
- Confusión
- Ideación negativa y pesimista acerca del pasado, presente y futuro
- Alteración en la percepción del paso del tiempo
- Deseos de muerte
- Sentimientos de inutilidad

1.2.4.5 Síntomas Psicosomáticos.

La depresión suele manifestarse con molestias que no tienen ninguna causa orgánica que justifique dichos malestares

- Dolores de cabeza
- Mareos
- Vértigos
- Diarrea
- Molestias en la zona torácica
- Trastornos digestivos
- Estreñimiento

1.2.5 Diagnóstico.

Para realizar un diagnóstico de un trastorno mental, existen dos manuales de clasificación que sirven de guía en el análisis de la sintomatología que presente el individuo. En el ámbito clínico para diagnosticar depresión, varios médicos utilizan los criterios sintomáticos del trastorno depresivo mayor postulados en el DSM-5 (ver anexo 1) y el CIE 10 (ver anexo 2).

1.3 ANSIEDAD

1.3.1 Concepto.

Según el diccionario de la real academia de la lengua, por sus siglas RAE, alberga dos acepciones para el concepto de ansiedad el primero refiere que la ansiedad es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. El segundo concepto menciona: angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis y que no permite sosiego a los enfermos (Sanjuán, 2016).

Rojas (2014) menciona que la ansiedad es una emoción que causa hiperactivación fisiológica, donde todo se vive con miedos y temores y malos presagios. Para comprender mejor la ansiedad, el DSM-5 hace una distinción entre miedo y ansiedad:

- El *miedo* es un temor específico, determinado y objetivo que se produce ante un estímulo, lo cual ocasiona inquietud o alarma. Consecuencia de ello se producen comportamientos defensivos que tienen como objetivo esquivar, superar o evitar dicha situación. Todas estas actitudes son adaptativas y racionales de acuerdo al tipo de estímulo.
- La *ansiedad* es un temor ante algo difuso, inconcreto e indefinido. A diferencia del miedo, la ansiedad se ocasiona por nada, carece de un estímulo específico (Rojo Moreno, 2017).

Desde la perspectiva de la práctica clínica, Sanjuán (2016) menciona que la ansiedad presenta tres componentes:

- a) Síntomas fisiológicos de alarma.
- b) Pensamientos de alarma.
- c) Conducta de alarma.

Desde el punto de vista didáctico, la ansiedad puede ser:

- *Ansiedad normal*: promueve una respuesta adecuada ante la tensión o amenaza. Esta reacción es egosintónica, ya que es vivida como una respuesta adecuada.
- *Ansiedad patológica*: no es proporcional a la situación de estrés que la ocasiona. Se mantiene o desencadena sin la presencia de una causa externa. Esta angustia se la experimenta como algo raro interfiriendo con el funcionamiento habitual del individuo (egodistónico)

El psiquiatra Augusto Cury menciona que la ansiedad o como él la denomina, el síndrome del pensamiento acelerado (SPA) es la enfermedad del siglo de la sociedad moderna y del que todos los individuos son propensos a contraer, estimando que en algún punto llegará a alcanzar hasta el 80% de la población mundial (Cury, 2018). Rojas (2014)

afirma que entre el 10% y 20% de la población mundial de la población mundial presentan ansiedad dependiendo del ritmo de vida de cada individuo.

1.3.2 Etiología De La Ansiedad.

Existen muchas situaciones a lo largo de la vida que podrían influenciar la aparición de ansiedad, normalmente hay tres características que deben ocurrir para que algún suceso se catalogue como la causa de una enfermedad:

1. Que sea unívoca: un suceso A origina un suceso B
2. Que sea necesaria: solo se producirá el suceso B si antes se ha manifestado el suceso A.
3. Que sea suficiente: bastará que se produzca A para que se presente B (Rojo Moreno, 2017).

Para explicar las causas de la ansiedad, es importante distinguir los diferentes tipos de ansiedad.

- Angustia existencial: refiere que esta proviene de la inquietud de la vida, el destino y la muerte. Cuando se llega al punto de obsesionarse con estas ideas puede desencadenar un trastorno de ansiedad.
- Ansiedad exógena: producido por estímulos externos (conflictos agudos e inesperados, situaciones de tensión emocional, crisis de identidad personal, problemas del medio ambiente)
- Ansiedad endógena: es de base biológica ya que depende de la genética, herencia y los cambios internos del organismo (Rojas, 2014).

Basado en el estudio de Rojo Sierra (1984), en el campo etiopatogénico se pueden mencionar tres factores para analizar los sucesos vitales que pueden influir en la ansiedad:

Factores Disposicionales: Son de índole biológica, que pueden cambiar la vulnerabilidad de cerebro.

- ✓ Herencia: la posibilidad de heredabilidad de la ansiedad oscila entre el 20% y el 30% (Vazquez-Barquero, 2007).
- ✓ Temperamento y carácter:
 - Ser “hiperactivo emocional secundario”: estas personas siempre deben estar en actividad pero tienen riesgo de padecer ansiedad cuando por alguna circunstancia fuera de su control no pueden continuar con su continua actividad llegando a sentirse inútiles por no poder ocupar su tiempo.
 - Ser perfeccionista: tienen todo programado siendo deterministas pero les afecta cuando ocurre algo inesperado produciendo ansiedad.
 - Ser nervioso: presentan por lo general síntomas somáticos de ansiedad pudiendo exacerbarse en cualquier momento.
- ✓ Edad y sexo: los trastornos de ansiedad suelen aparecer en torno a los 20 años siendo más frecuente en mujeres.

Factores de Sensibilización Psicobiográfica: Son las influencias del ambiente, familia e infancia (Rojo Moreno, 2017).

- ✓ Privación de comunicación adecuada: cuando no se produce una comunicación afectiva adecuada, en el cerebro ocurre un aprendizaje anómalo pudiendo ser un factor sensibilizante en cuadros ansiosos.
- ✓ Aprendizajes anómalos: durante la infancia se adquieren unas escalas de valores que llegan a influir en la futura personalidad del individuo.
- ✓ Frustraciones: Adler (1978) menciona que en el ser humano existe un sentimiento primario de inferioridad. Este sentimiento tendría que compensarse

durante la infancia mediante lo denominado *afán de poder*. Si esto no se produce, se generarán conflictos intrapsíquicos muy severos.

- ✓ Conflictos: es imposible no presentar conflictos en la vida, ya que no se trata de evitarlos sino más bien entenderlos. Cuando el individuo se siente desbordado por un conflicto se genera una ansiedad patológica.

Factores Desencadenantes: Son los que actúan como percusores para originar la enfermedad ansiosa. Cualquier situación o conflicto puede actuar como factor psicógeno desencadenante de una enfermedad ansiosa si este tiene una influencia en la historia personal del individuo.

Otros factores además de los ya descritos anteriormente, tienen relación con enfermedades médicas según Hicks (2010) son

- ✓ Incertidumbre acerca de los diagnósticos médicos.
- ✓ Ansiedad por el impacto de la enfermedad en la identidad y en el sustento.
- ✓ Ansiedad ante los desconocidos y ante la soledad en el hospital.

Los factores físicos o bioquímicos que pueden ocasionar ansiedad pueden ser:

- ✓ Prolapso de la válvula cardíaca mitral: en ocasiones origina sintomatología parecida a la ansiosa, como puede ser palpitaciones, taquicardia, mareo, vértigo, fatiga, dolor torácico, y otras veces, aunque aún hay polémica, crisis agudas de ansiedad (crisis de angustia o de pánico).
- ✓ Hipertiroidismo.
- ✓ Feocromocitoma: es un tumor suprarrenal que libera mucha noradrenalina y adrenalina originando hipertensión y síntomas semejantes a los ansiosos.
- ✓ Hipoglucemia.

- ✓ Porfiria aguda intermitente: origina episodios de dolor abdominal, hormigueo en los miembros y ansiedad.
- ✓ Sustancias estimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas, marihuana, LSD, cafeína) (Rojo Moreno, 2017).

1.3.3 Fisiología de la Ansiedad.

Cuando uno se enfrenta a un peligro, en el organismo ocurre una serie de cambios. Se produce una descarga de adrenalina en la sangre produciendo un aumento del ritmo cardiaco con el objetivo de transportar la sangre hacia brazos y piernas. La respiración se acelera aumentando oxígeno en la sangre. Además, se busca enfriar la piel por lo que las glándulas sudoríparas empiezan a sudar. Al mismo tiempo se produce la dilatación de la pupila del ojo para aumentar la visión periférica. Todos estos cambios preparan al organismo para la lucha o huida ante el temor que ocasiona la amenaza (Moreno & Martín, 2018).

1.3.4 Modelos Explicativos de la Ansiedad.

Existen algunas teorías de las diferentes corrientes psicológicas que explicarían el origen de la ansiedad. El doctor Julio Sanjuán (2016) agrupa en tres modelos (psicosocial, médico-farmacológico y antropológico) estas teorías.

1.3.4.1 Modelos psicosociales.

Estos modelos se fundamentan en la importancia de los acontecimientos vitales y de los problemas de ajuste y desigualdad social.

- ✓ El psicoanálisis plantea que la ansiedad es producto de un conflicto inconsciente no resuelto (Obaid, 2014).
- ✓ El planteamiento conductual manifiesta que se presenta como fruto de un aprendizaje de pautas erróneas (Marks, 1986).

- ✓ La teoría cognitiva menciona que es el resultado de un procesamiento erróneo de los estímulos. Estos procesamientos constan de tres fases: registro de un estímulo de alarma, procesamiento primario del estímulo y elaboración secundaria a través del pensamiento (Beck & Clark, 1997).
- ✓ El modelo constructivista explica la ansiedad como una forma de construir una narrativa desajustada sobre nuestra realidad (Hofmann & Hinton, 2014).

1.3.4.2 Modelo Médico-Farmacológico.

Para este modelo, la ansiedad es un trastorno que está provocado por un desajuste de los circuitos cerebrales de alarma, que tiene su origen en la interacción entre factores de vulnerabilidad genética con desencadenantes ambientales (Duman, 2014).

1.3.4.3 Modelos antropológicos.

Define la ansiedad como un estado emocional básico. Las reacciones de alarma sirven para evitar peligros. Estas reacciones, buscan un intento de adaptación al miedo pudiendo ser esto inadecuado cuando se presenta un trastorno de ansiedad (Vallejo, 2004).

1.3.5 Sintomatología Ansiosa.

Los síntomas que se ocasionan en un trastorno de ansiedad se los puede clasificar en cuatro grupos, cada uno de ellos abarcando una determinada área (Rojas, 2014):

1.3.5.1 Síntomas Físicos.

Se deben a una activación del sistema nervioso autónomo

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| ✓ Taquicardia, palpitaciones. | ✓ Temblores: en manos, pies y |
| ✓ Dilatación pupilar. | cuerpo en general. |
| ✓ Constricción de casi todos los | ✓ Hipersudoración. |
| vasos sanguíneos. | ✓ Boca seca. |

- ✓ Tics localizados.
- ✓ Inquietud psicomotora.
- ✓ Dificultad respiratoria.
- ✓ Tensión abdominal.
- ✓ Polaquiuria (ir muchas veces a orinar).
- ✓ Náuseas.
- ✓ Vómitos.
- ✓ Despeños diarreicos.
- ✓ Opresión precordial.
- ✓ Pellizco gástrico.
- ✓ Sensación seudovertiginosa (como si se fuera a caer).
- ✓ Inestabilidad en la marcha.
- ✓ Moverse continuamente de acá para allá (caminatas sin rumbo).
- ✓ Tocar algo con las manos continuamente.
- ✓ Hiperactividad global.
- ✓ Si la activación neurofisiológica es excesiva, se añade:
 - ✓ Insomnio en la primera parte de la noche.
 - ✓ Pesadillas.
 - ✓ Ensueños angustiosos (peligros, muchos contenidos ilógicos, etc.).
 - ✓ Sueño durante el día (a veces en forma de ataques de sueño).
 - ✓ Anorexia-bulimia (perder el apetito-comer continuamente).
 - ✓ Disminución de la tendencia sexual o aumento de la misma.

1.3.5.2 Síntomas de conducta.

Son expresiones observables de forma objetiva y motoras. Es muy evidente al observar el comportamiento del individuo.

- ✓ Comportamiento de alerta/estar en guardia, al acecho.
- ✓ Hipervigilancia.
- ✓ Estado de atención expectante.
- ✓ Dificultad para la acción.
- ✓ Inadecuación estímulo-respuesta.

- ✓ Disminución o ausencia de la eficacia operativa.
- ✓ Bloqueo afectivo/perplejidad, sorpresa, no saber qué hacer.
- Interrupción del normal funcionamiento psicológico.
- Dificultad para llevar a cabo tareas simples.
- ✓ Inquietud motora (agitación intermitente).
- ✓ Trastornos del lenguaje no verbal (gestos, mímica).
- ✓ Expresión facial congelada (asombro, extrañeza, duda, estupor).
- ✓ Contracción del ángulo externo de los ojos.
- ✓ Expresión facial displacentera (rechazo-desagrado).
- ✓ Cara con rasgos de excitación, descontrol, preocupación. Frente fruncida.
- ✓ Cejas descendidas.
- ✓ Mejillas, boca y mentón: rígidos, tensos, contraídos. Bloqueo de los movimientos de las manos.
- ✓ Movimientos torpes y descoordinados de las manos y brazos. Tensión mandibular (trismo).
- ✓ Posturas corporales cambiantes, alternativas. Gestos de interrogación y extrañeza.
- ✓ Voz cambiante y con altibajos en sus tonos.

1.3.5.3 Síntomas Cognitivos.

Comprende la sensación, percepción, memoria, pensamiento, ideas, aprendizaje, entre otros. Se manifiesta en la forma de elaborar ideas y recuerdos.

- ✓ Errores en el procesamiento de la información.
- ✓ Expectativas negativas generalizadas.

- ✓ Falsas interpretaciones de la realidad personal («Todo me preocupa» / «Todo me sale mal» / « ¡Qué mala suerte tengo!» / «Mis cosas siempre son difíciles...»).
- ✓ Pensamientos preocupantes (cargados de temores).
- ✓ Falsos esquemas en la fabricación de ideas, juicios y razonamientos.
- ✓ Pensamientos distorsionados (sin lógica, con predominio de emociones de matiz negativo).
- ✓ Patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder (pensamiento irreflexivo-impulsivo).
- ✓ Tendencia a sentirse afectado negativamente (personalización ansiosa).
- ✓ Pensamientos absolutistas (utilización habitual de términos radicales: «siempre» / «nunca» / «en absoluto» / «jamás...» y selección de pensamientos irreconciliables).
- ✓ Centrarse en detalles pequeños desfavorables y sacarlos fuera de contexto, ignorando lo que de positivo hubiere.
- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Tendencia a que grupos de pensamientos nocivos se abran camino en la cabeza del sujeto ansioso.
- ✓ Generalizaciones permanentes.
- ✓ Atribuciones improcedentes de hechos personales.
- ✓ Tendencia a la duda (épocas y/o temporadas de dudas crónicas, que no son otra cosa que épocas y/o temporadas de ansiedad).
- ✓ Respuestas displicentes generalizadas que están presididas por un estado de alarma.
- ✓ Problemas de memoria (olvido de lo bueno y positivo / tener en

primer plano lo malo y negativo).

- ✓ Olvido permanente de los aspectos gratificantes de la biografía. Continuos juicios de valor («inútil» / «odioso» / «imposible»...).
- ✓ Errores o insuficiencias en el procesamiento de la información

que a ese sujeto le llega: «sentirse perdido» / falta de recursos psicológicos / interpretaciones inadecuadas / estar siempre pensando en lo peor, en lo más difícil... / ideas sin base y hasta irracionales que se han ido aceptando sin ningún tipo de crítica.

1.3.5.4 Síntomas asertivos.

Hace referencia a los trastornos en las habilidades sociales.

- ✓ No saber qué decir ante ciertas personas.
- ✓ No saber iniciar una conversación.
- ✓ Dificultad para presentarse uno a sí mismo.
- ✓ Dificultad o imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo.
- ✓ Graves dificultades para hablar de temas generales e intrascendentes.
- ✓ Hablar siempre en lenguajes demasiado categóricos y extremistas.
- ✓ Dar una respuesta por otra al hablar en público.
- ✓ Bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder.
- ✓ Adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva (bloqueo generalizado).
- ✓ No saber llevar una conversación de forma correcta (no saber tomar la palabra, ni

- cambiar de tema, ni ceder la palabra a otra persona, ni tener sentido del humor ante una situación un poco tensa, etc.).
- ✓ No saber terminar una conversación difícil.
- ✓ Pocas habilidades prácticas en la conversación con más de dos personas.
- ✓ No saber aceptar una broma o una ocurrencia divertida (sobre todo al estar en grupo).
- ✓ Escaso entrenamiento para estar relajado en grupo.

1.3.6 Ansiedad en Padres.

Los padres y madres de niños/as con alguna discapacidad, generalmente padecen ansiedad. Esta se presenta como una sensación de temor de lo que se afrontará en el futuro (Núñez & Vera, 2014). En las fases de sospecha, reconocimiento e identificación de un posible diagnóstico de discapacidad, los progenitores tienden a manifestar emociones como: conmoción, aturdimiento, pesadumbre, culpa y ansiedad (Alvarado, 2011). En un inicio las reacciones de los padres y madres pueden variar desde la negación total hasta el aceptar de buena forma el diagnóstico de discapacidad de su hijo/a, esto debido al grado de control que presenten sobre la vida de su hijo/a. Con el tiempo, a medida que el niño/a va desarrollándose, los padres y madres empiezan a experimentar nerviosismo y miedo de no hacer todo lo necesario para el bienestar y futuro de su hijo/a, aumentando de este modo sus preocupaciones parentales (Perez, 2019).

Las situaciones asociadas con ansiedad provocan en los que asumen el rol de cuidador el temor a sufrir crisis de angustia, miedo a estar alejado del resto de la familia por las demandas del cuidado, y a tener complicaciones físicas. Todo esto puede llevar al cuidador a deteriorar sus relaciones cercanas (personales, familiares o sociales) orientándolo hacia un estado de aislamiento y soledad (Da Silva, 2019).

Las preocupaciones están asociadas a actividades diarias que deberían ser de fácil control. Son estas mismas situaciones de preocupación que generan frustración y ansiedad en los padres y madres y las que mantienen las situaciones conflictivas, las cuales si no son tratadas a tiempo generarán un conflicto cada vez más profundo afectando al cuidado del niño/a y su rehabilitación (Núñez & Vera, 2014). Según Da Silva (2019), el trastorno de ansiedad mas asociado a las personas que asumen el rol de cuidado es el trastorno de ansiedad generalizada.

1.3.7 Diagnóstico.

Para realizar un diagnóstico de un trastorno mental, existen dos manuales de clasificación que se sirven de guía en el análisis de la sintomatología que presente un individuo. Como se ha referido anteriormente, el trastorno de ansiedad generalizada es el más asociado a los padres y madres que asumen el rol de cuidadores. En el ámbito clínico para diagnosticar ansiedad, se emplean los criterios sintomáticos del trastorno de ansiedad generalizada postulados en el DSM-5 (ver anexo 3) y el CIE 10 (ver anexo 4).

1.4 CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Antes de abordar el tema de cuidadores se debe hablar sobre la familia ya que la llegada de un hijo/a con discapacidad, involucra la modificación de la estructura familiar, ya que son los miembros de la familia los que cumplen el rol de cuidador principal.

Según Villavicencio, Romero, Criollo y Peñalosa (2018) dentro del núcleo familiar los padres y madres son los que asumen el rol protagónico del cuidado del niño/a con discapacidad, en los cuales se crea una especie de conflicto intrapsíquico generando tristeza, pérdida de sentido, contrariedad, impotencia, agresión, depresión, culpabilidad, injusticia, temor al futuro propio y sentimientos de muerte hacia el niño/a. También se

evidencia síntomas como la fatiga, baja autoestima, insatisfacción personal, conflictos maritales, aislamiento social y estrés. Por último, Zanon y Batista (2012) refieren la existencia de una ansiedad clínicamente significativa.

1.4.1 Concepto de Familia.

Según Espinal, Gimeno & Gonzales (2006), citado por Pérez (2016) la familia es un conjunto de miembros que gracias a la convivencia que tienen a lo largo de la vida adquieren una serie de valores, tradiciones y creencias, por lo que la familia tiene un papel fundamental en el desarrollo de habilidades personales y sociales, de igual manera evolucionan a nivel afectivo, físico, intelectual y social debido a las experiencias adquiridas dentro del núcleo familiar.

Las funciones que cumple la familia se presentan de dos formas, una interna y otra externa: la *interna* es la protección psicosocial de sus miembros y la *externa* vendría a ser de acomodación a una cultura y transmisión de la misma.

Las relaciones familiares tienen como objetivo primordial proporcionar a sus integrantes de un sentimiento de identidad (Satir, 1982). El sentimiento de identidad está a su vez compuesto de dos elementos:

1. Sentido de pertenencia a una familia específica.
2. Sentido de separación, derivado de la participación en diferentes subsistemas y contextos familiares y extrafamiliares.

El sostenimiento de determinados patrones de conducta se denomina morfostasis y constituyen procesos que permitirán mantener la estabilidad del sistema, su equilibrio y permanencia. A su vez, la morfogénesis vendría a ser la tendencia a adaptarse a situaciones cambiantes. Esta se da principalmente en el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar los cambios (Espina & Ortego, 2013).

1.4.2 Redes de Apoyo.

Consiste en las acciones de solidaridad que faciliten el cuidado y crianza de los hijos/as y compensen las deficiencias del sistema familiar. Las redes de apoyo están constituidas por miembros de la familia, amigos y vecinos que puedan proporcionar ayuda, es decir las redes de apoyo constituyen un conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que se puede contar en determinadas situaciones y en la vida cotidiana, trayendo consigo efectos conductuales y emocionales beneficiosos para la persona (González, 2018).

Dentro de la función del apoyo social se reconoce el apoyo emocional que brinda sentimientos de estima, afecto, confianza, seguridad, alegría, admiración; también existe el apoyo valorativo que representa la sensación de la que se puede contar con alguien; además el apoyo informacional que ayuda a enfrentar los eventos problemáticos mediante el asesoramiento por parte de especialistas o personas que conozcan sobre el tema y finalmente tenemos el apoyo instrumental que es una ayuda tangible y material para lograr la solución de un problema (Vega & González, 2009).

Estas funciones en efecto logran un mejor estado de salud y bienestar psicológico, ya que al sentirse apoyados por alguien aumenta la capacidad para poder afrontar las situaciones de la vida cotidiana, de igual manera favorece la disminución de síntomas depresivos y ansiosos al tener con quien poder conversar y sentirse importante. Este aspecto de sentirse importante muchas de las veces se pierde sentido ya que olvidamos lo importante que es decir palabras cortas como te quiero, tú puedes, no te rindas, yo estoy aquí contigo, ánimos, etc.

En un estudio realizado por el psicólogo John Marín (2015) nos dice que las redes de apoyo para niños y niñas están constituidas en el 100% por sus familiares más cercanos y que para los cuidadores las redes de apoyo se reconocen, teniendo en cuenta el tipo de necesidades con relación a la crianza y el cuidado de la salud de los niños y niñas. De igual

manera los participantes refieren que “Las redes de apoyo nos ayudan a criar los hijos/as”, “Son importantes porque uno solo no es capaz” y “Son las que nos ayudan en los momentos difíciles”. Por otra parte, Vega & González (2009) en sus investigaciones con respecto al apoyo social de un enfermo crónico y su cuidador nos manifiesta que el apoyo social tiene resultados positivos con relación al desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control del estrés generado por los efectos de la enfermedad o la sobrecarga del cuidador y disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento.

Finalmente se puede decir que las redes de apoyo social juegan un importante papel en el bienestar de los cuidadores, ya que los protege contra el estrés generado por el cuidado de un niño/a con algún tipo de discapacidad o enfermedad y de igual manera, capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, y así tanto el cuidador como la persona cuidada desarrollan adecuadas respuestas de afrontamiento.

1.4.3 Adaptabilidad Familiar.

La estabilidad, así como la flexibilidad son necesidades básicas para lograr una adaptabilidad dentro del núcleo familiar. La adaptabilidad se convierte en un elemento particularmente importante en familias que están enfrentando el tener a un miembro de su familia con discapacidad.

Los mecanismos de estabilidad (homeostáticos) son aquellos mediante los cuales se fijan las normas para mantener una situación estable en el sistema de interacción. Todos los integrantes de un núcleo familiar contribuyen al equilibrio homeostático formando y modificando alianzas, el silencio y el distanciamiento o el rescate de un familiar vulnerable.

La flexibilidad es también necesaria para que haya una correcta adaptación a los cambios internos y externos que se pueden presentar en una discapacidad. Cuando las

familias presentan un funcionamiento rígido, se adaptarán mal al cambio de roles que exigen este tipo de patologías (Rolland, 2000).

La funcionalidad familiar se la entiende como la capacidad que tiene la estructura familiar para hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital. Cuando dentro de la dinámica familiar se debe afrontar la llegada de un niño/a con discapacidad se produce una alteración de funcionalidad y conforme el niño/a vaya creciendo las necesidades que se requieran para su cuidado van cambiando y haciéndose más complejas llegando a sufrir profundas y variadas crisis (Alcantud, 2008).

Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia. Cuando dicho funcionamiento se altera por la presencia de un miembro con un padecimiento, se requiere que el sistema familiar sea asistido y capacitado para afrontar los requerimientos en el ámbito individual (cada miembro de la familia), grupal (la familia como un todo) y social (las relaciones del grupo con su entorno) (Vargas, 2014).

1.4.4 Cuidadores.

El cuidador es la persona que se encarga del cuidado de otra persona debido a sus dificultades para cuidar de sí mismo, es una persona servicial y empática, en pocas palabras es una persona que facilita y complementa la falta de autonomía de la persona que está a su cuidado, ya que realiza las tareas diarias tale como alimentación, traslado, etc.

La principal función del cuidador es permitir *“que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone”* (Ruiz & Nava, 2012, pp.164).

1.4.4.1 Tipos De Cuidadores.

Dentro de las personas que asumen el rol de cuidador se los puede diferenciar de la siguiente manera:

1.4.4.1.1 Cuidadores Secundarios/Formales.

Son las personas que se preparan profesionalmente para el cuidado adecuado de una persona que requiere de sus servicios como lo son los niños/as, personas con discapacidad, con enfermedades orgánicas que imposibiliten sus autocuidado y a el adulto mayor, estas personas se encargan del cuidado de la persona imposibilitada por tiempos u horarios limitados y reciben una remuneración por sus servicios prestados, lo cual involucra un menor compromiso afectivo con dicho sujeto (Ruiz & Nava, 2012).

1.4.4.1.2 Cuidador Primario/Informal.

La persona que asume el rol de cuidador la mayor parte del tiempo es lo que se denomina cuidador primario. Estas personas no reciben ninguna remuneración, ni disponen de capacitación para los cuidados adecuados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, el apoyo informal es brindado principalmente por familiares. En la mayor parte de las ocasiones este rol lo asume una mujer, esto es causa del aprendizaje de roles de la sociedad actual en las que la mujer toma ese rol de cuidado a los demás. Cuidar a una persona es una tarea que ocasiona secuelas tanto físicas, psicológicas, familiares, económicas y sociales en los que asumen el rol de cuidador. Hacen del cuidado su máxima prioridad, dejando poco tiempo para sí mismos agravando su agotamiento por el cuidado del niño/a (Espina & Ortego, 2013).

Frecuentemente se suele crear una relación muy estrecha entre el cuidador primario y la persona con discapacidad denominado díada que al excluir al resto de miembros de una

familia podría ocasionar celos sobre todo en los niños/as (Losada, Montorio, Knight, Márquez, & Izal, 2006).

A continuación, se enumeran las actitudes negativas que pueden generar problemas entre los cuidadores:

- La sobreprotección frente al exceso de exigencia.
- Actitud de abandono en donde hay pocas o nulas expectativas hacia el niño/a.
- Actitud de sacrificio en donde abandonan otros roles en favor del cuidado exclusivo y único del menor (Alcantud, 2008).

1.4.4.2 Fases de Adaptación a la Situación de Cuidado.

Fase 1: Negación o falta de conciencia del problema

La familia utiliza el mecanismo de negación al recibir el diagnóstico de su familiar, por ejemplo, en el caso de una discapacidad, la negación es usada como un medio para controlar los miedos y ansiedades.

Fase 2. Búsqueda de la información

El cuidador informal o familia comienza a buscar información sobre la problemática de su familiar en todos sus aspectos, en esta etapa aparecen síntomas como ira, culpa y sentimientos de injusticia por la situación en la que están pasando.

Fase 3. Reorganización

En este periodo la familia sentirá progresivamente más control sobre la situación, debido a la ayuda e información brindada por su entorno y su experiencia, llegando así a aceptar de mejor manera estos cambios en su vida.

Fase 4. Resolución

La familia al llegar a esta fase aprende a cuidar mejor de sí mismo y de la persona con discapacidad y están más dispuestos a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales (Ruiz & Nava, 2012).

1.4.4.3 Consecuencias Negativas en el Cuidador.

El cuidador presenta complicaciones para poder desempeñar adecuadamente sus funciones, debido a que en ocasiones no tiene el apoyo tanto económico como emocional de su familia y de la familia de la persona cuidada, por lo cual Ruiz & Nava (2012) mencionan que el cuidador llega a presentar problemas tales como:

Problemas psicológicos

En los cuidadores la falta de apoyo social y la carencia de satisfacción con las relaciones sociales ocasionan un malestar psicológico clínicamente significativo. Los síntomas más comunes son:

- ✓ depresión o síntomas depresivos
- ✓ hipocondría y otras ideas obsesivas
- ✓ ansiedad
- ✓ ideación paranoide

Problemas psicósomáticos

La gran mayoría de los cuidadores desarrolla problemas como:

- ✓ dolores de cabeza y de otras zonas
- ✓ falta de apetito,
- ✓ temblor

- ✓ problemas gástricos
- ✓ sensación de falta de aire o ahogo.
- ✓ arritmias y palpitaciones
- ✓ sudoraciones y vértigos
- ✓ alergias inmotivadas
- ✓ trastornos del sueño
- ✓ fallas objetivas en la memoria
- ✓ restricciones sociales

1.4.4.4 Síndrome del Cuidador.

Descrito por primera vez por Herbert Freudenberg en 1974, quien observó cómo quienes trabajaban con adictos, luego de un año, progresivamente iban padeciendo falta de energía, hasta manifestar agotamiento, ansiedad, depresión, desmotivación y comportamientos agresivos hacia los pacientes.

La palabra “burnout” la utilizaban abogados para describir la falta de responsabilidad hacia el trabajo. En 1976 la psicóloga Cristina Maslach empleó este término para hablar sobre respuestas emocionales que afectan a los profesionales de ayuda, definiéndolo como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Este síndrome se presenta en los siguientes aspectos:

a) Psicósomáticos

- ✓ Manifestaciones mentales: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y escasa realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con

comportamientos paranoides y/o agresivos hacia lo demás, entre ellos hijos/as y sus familiares, amistades y otros miembros de las redes de apoyo.

- ✓ Manifestaciones físicas: cefaleas, insomnio, dolores óseos musculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.

b) Conductuales

- ✓ Predominio de conductas adictivas y de evitación como el ausentismo laboral, abuso en el consumo de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas, bajo rendimiento personal, etc.

c) Emocionales

- ✓ Distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad para la concentración y sentimientos depresivos.

d) En el ambiente de cuidados

- ✓ Deterioro en la capacidad de trabajar, disminución de la calidad de los cuidados, aumento de interacciones hostiles, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito familiar, nivel de comunicación deficiente (Alcantud, 2008).

1.4.4.4.1 Fases del Síndrome del Cuidador.

Fase 1: Un líder ante la nueva situación: tras lo repentino e inesperado de una discapacidad, un solo miembro de la familia suele asumir el papel del cuidador principal, sintiéndose con la responsabilidad para sobrellevar todo lo que la nueva situación requiere.

Fase 2: Desajuste entre las demandas y los recursos: se produce un desajuste entre las excesivas demandas que supone el cuidado de y los recursos personales y materiales con

los que cuenta el cuidador. Esto le obliga a realizar un sobreesfuerzo que poco a poco lo va agotando.

Fase 3: Reacción al sobreesfuerzo: aparecen las siguientes reacciones

- Ansiedad, nerviosismo, tristeza
- Fatiga mental y física: sensación de “no poder más”
- Irritabilidad: uno acaba “perdiendo los nervios” ante cualquier situación
- Estrés, preocupación excesiva ante cualquier imprevisto
- Agresividad: reacciones desmesuradas
- Tensión contra los otros: “nadie lo cuidada como yo. Sí no llega a ser porque estoy yo pendiente”
- Tendencia a encerrarse en uno mismo, soledad: no se tiene tiempo ni ganas de ver a nadie; no se tiene a quién contarle lo que se siente (VITHAS, 2013).

1.4.5 La Discapacidad en la Familia.

Según los modelos sistémicos de funcionamiento familiar, existen conceptos de organización, adaptabilidad, cohesión y estilos de comunicación. Todos estos se basan en el supuesto de que las familias presentan tres tipos de tareas vitales: básicas (comida, vivienda, etc.) que tienen aspectos prácticos y afectivo; de desarrollo y azarosas (acontecimientos inesperados como una enfermedad) (Rolland, 2000).

Existen tres circunstancias que provocan las crisis más importantes dentro de una familia, el nacimiento de un hijo/a con discapacidad, una enfermedad crónica o inhabilitante y la muerte de algún miembro de la familia. El nacimiento de un hijo/a con discapacidad tiene más perdurabilidad e impacto debido a que dura toda la vida siendo consideradas por muchos especialistas como familias de alto riesgo de desintegración (Alcantud, 2008).

El esfuerzo realizado por la familia cuando afronta el cuidado de un niño/a con discapacidad, se conoce como una “*carga familiar*”. Esta carga puede ser objetiva o subjetiva. La carga objetiva se relaciona con los problemas prácticos como las alteraciones familiares, dificultades económicas y el aislamiento social. La carga subjetiva tiene que ver con las reacciones que la familia experimenta (ansiedad, depresión y sentido de pérdida) (Buendía, 1999). Este estresor que se produce en el hogar también puede afectar la relación de pareja, puede ocasionar en ellos ansiedad y depresión haciéndoles menos tolerantes cuando se presenta un conflicto de pareja.

De acuerdo al modelo biopsicosocial, el diagnóstico de discapacidad en uno de los miembros de la familia, afecta a todos los integrantes del núcleo familiar. Se presentan de diferente manera de acuerdo a la intensidad de la patología y el momento en el que se presenta. La enfermedad provocará sufrimiento e incapacitación temporal o definitivo (Espina & Ortego, 2013).

La discapacidad provoca sentimientos de ansiedad además de una gran carga de estrés al ser algo importante para el paciente y la familia (Espina & Ortego, 2013).

Cuando las personas cuidadoras tienen pareja e hijos/as se sienten culpables porque la mayor parte del tiempo lo invierte en los cuidados del niño/a con discapacidad. Esta situación desgasta mucho al cuidador, pues la vive de manera estresante y se agrava con la presión que demanda el resto de la familia, pero aun así intentan demostrar que están bien porque consideran que estos ya tienen bastante con sus dolencias. Estos momentos de silencio aumentan en frecuencia y en intensidad cuando se enfrentan a malas noticias sin el apoyo de su familia o amistades.

Cuidar es una actividad muy compleja y el cuidador tiene que estar formado en un conjunto de destrezas para realizar los cuidados físicos, en habilidades de comunicación

para facilitarle afecto, comprensión y estabilidad emocional, en gestionar sus propias emociones para adaptarse a los cambios, en tomar decisiones y en resolver problemas, entre otras muchas cosas. Si carece de estas competencias, es muy probable que las situaciones que viva diariamente le desborden y provoquen alteraciones en su estado físico y mental (Prieto, 2013)

Por lo expuesto, se considera importante no sólo trabajar con el niño/a que presenta la discapacidad, sino también con la familia pues como ya se dedujo, la discapacidad afecta tanto la dinámica familiar como la calidad de vida de cada uno de sus miembros (Villavicencio, Romero, Criollo, & Peñalosa, 2018).

1.4.5.1 Los Padres y Madres de Niños/as con Discapacidad.

En los momentos previos a recibir el diagnóstico de discapacidad de su hijo/a, los progenitores ya intuyen que algo está sucediendo y cuando finalmente se han verificado estos temores, se sufre un shock emocional en el que se presentan sentimientos de ansiedad, culpa, negación, depresión, rabia, vergüenza y otros. Los padres y madres necesitan de tiempo para adaptarse a esta nueva realidad (Alcantud, 2008).

Algunos padres y madres también llegan a desarrollar una especie de distanciamiento hacia los hijos/as, otros por el contrario, asumen un rol de sobreprotección siendo ambas posturas perjudiciales para el correcto desarrollo del niño/a (Rolland, 2000). Prieto (2013) refiere que para los padres y madres no es fácil presenciar el dolor y las quejas de un familiar, así como su deterioro en todos los niveles, por lo que la impotencia se vuelve parte de ellos al no poder resolver en ocasiones los síntomas más intensos de su hijo/a con discapacidad, provocando cambios emocionales y pueden aprender a minimizar el efecto que estas circunstancias sobre ellos. La tristeza en los padres y madres con hijos/as con discapacidad se los puede notar en la expresión de la cara como una mirada hacia abajo

o mirada perdida, el rostro serio, una postura corporal encogida y con pocas ganas de hacer cosas.

Los progenitores o cuidadores principales presentan un deterioro en las relaciones interpersonales, obteniendo como resultado una tendencia al aislamiento, menos tiempo para la realización de actividades sociales y descanso, de igual manera presentan agotamiento físico, sentimientos de culpa, trastornos del sueño y problemas de concentración y de memoria por los reiterados pensamientos sobre la discapacidad (Villavicencio, Romero, Criollo, & Peñalosa, 2018).

La depresión y los síntomas físicos en forma de dolores y malestar en general se van instaurando en el día cotidiano del cuidador (Prieto, 2013).

En cuanto al sentimiento de culpa, Núñez y Vera (2014) manifiestan que depende de asociaciones internas o inconscientes frente al rechazo o deseo de muerte del niño/a, también a que en ocasiones los padres y madres creen que le deben algo a su hijo/a porque creen que tienen la culpa de la discapacidad de su niño/a y por ende, se vuelven permisivos, le evitan el dolor a toda costa y pretenden que viva feliz por siempre.

Según Ceja & Castellanos (2016), en sus estudios sobre padres y madres de niños/as con discapacidad, se han encontrado que el 53% de ellos padecen depresión, en los padres y madres de hijos/as con discapacidad en rehabilitación se encontró que el 73% de ellos tenían depresión y que el 21% era severa, además se ha demostrado que los padres y madres de hijos/as con parálisis cerebral tienen niveles más altos de depresión que las de otras patologías.

Los padres y madres tienden a anticipar escenarios negativos; es decir se enfocan solo en el futuro, generando así síntomas ansiosos, mientras que otros se centran en el presente analizando los datos que van teniendo y sobre eso actúan, controlando así de mejor

manera sus pensamientos y sus emociones (Prieto, 2013). Según Núñez y Vera (2014) muchos progenitores de niños/as con discapacidad sufren algún tipo de trastorno de ansiedad, en especial la ansiedad generalizada que se encuentra dominada por una sensación de aprensión y temor constante, miedos irracionales, preocupación constante, unida a la idea de no saber cómo sobrellevar la enfermedad.

Una característica común de todos los padres y madres cuidadores de sus hijos/as con discapacidad es el sentimiento de soledad y aislamiento, por lo que suelen ser personas que poco a poco van abandonando las amistades, reduciendo las visitas a otros familiares y progresivamente van cerrando el círculo de las relaciones sociales, debido a que los cuidadores solo llegan a tener contacto con su familiar con discapacidad y las personas involucradas en su recuperación. Esto tiende a agravarse con mayor facilidad cuando la persona cuidadora vive sola con el familiar cuidado (Prieto, 2013). Este sentimiento de soledad que perciben los cuidadores (padres y madres) se da incluso cuando hay mucha gente que los aprecia como lo son la familia y las amistades, debido a la falta de confianza y al pensamiento de que nadie los puede comprender porque no han vivido la situación de tener un hijo/a con discapacidad, por lo tanto no se sienten cómodos al expresar sus sentimientos, emociones, preocupaciones, problemas y porque en ocasiones no se han sentido apoyadas por su círculo social cuando más lo necesitaban.

Según la teoría del estrés-afrontamiento, las manifestaciones psicológicas resultantes ocurren de la interacción entre la experiencia y las respectivas estrategias de afrontamiento:

- ✓ **Factores estresantes:** estos estresores de los padres y madres se constituyen a raíz del déficit del sujeto y sus consecuencias, es decir, el cuidado del niño/a, ausencia

de tiempo, tensión en el núcleo familiar, dificultades económicas, problemas de salud y sentimientos y emociones negativas.

- ✓ **Los factores mediadores:** vendrían a ser la personalidad del cuidador, relaciones intrafamiliares y el apoyo social.
- ✓ **La percepción de las demandas:** es la experiencia del progenitor y su percepción sobre la situación.
- ✓ **Las estrategias de afrontamiento:** que son los intentos del padre y madre para manejar las demandas de los factores estresantes (De Pablo-Blanco & Rodríguez, 2010).

1.4.5.2 Los Hermanos.

Los hermanos/as por lo general tienden a copiar patrones de comportamiento de los padres y madres para tratar al hermano/a con discapacidad. Lo correcto es que los progenitores comuniquen la noticia de la discapacidad del hermano/a de manera asertiva y oportuna (Alcantud, 2008).

Cuando son hermanos/as pequeños, se puede suscitar sentimientos de frustración y celos al no recibir atención de los padres y madres ocasionando regresiones en el desarrollo del niño/a. McKeever (1983) menciona que el resentimiento por no recibir una atención igual al hermano/a enfermo, acarrea culpa sobre el desear o incluso causar la enfermedad del hermano/a, los temores acerca de la muerte del hermano/a afectado y la preocupación por la vulnerabilidad propia o la de sus progenitores. En el caso de hermanos/as adolescentes, se desarrollan sentimientos de vergüenza hacia el hermano/a con discapacidad. En la situación de ser hermanos/as mayores se presentan sentimientos parecidos a los de los padres y madres o se preocupa por el futuro del hermano/a con discapacidad. Estas conductas sin embargo, no son constantes en el tiempo, ya que oscilan

dependiendo de si se encuentran en la infancia (suele ser más fácil), en la adolescencia (presentan tensiones) o en la madurez (mayor estabilidad) (Alcantud, 2008).

Los hermanos/as de los niños/as con discapacidad también sufren una serie de emociones y cambios de vida, ya que muchas veces recae sobre ellos la responsabilidad hacia el niño/a, lo que hace que su desarrollo social se vea afectada; ya que ellos junto con sus padres y madres tienen que sacrificarse, ocasionando en ocasiones problemas de conducta como el miedo a tener también un tipo de discapacidad leve, tratar de llamar la atención con conductas inadecuadas, sentimiento de culpa por desear la muerte de su hermano/a con discapacidad, pena, negligencia y excesiva preocupación por el futuro (Guevara & González, 2012).

Los hermanos/as del niño/a también presentan síntomas depresivos como la tristeza al ver a su hermano/a en esas condiciones y al observar la reacción de las demás personas al ver con lastima a su hermano/a, de igual manera llegan a tener sentimientos de culpa al desear la muerte del niño/a para ya no ver sufrir a sus progenitores o para que les brinden mayor atención a ellos, constantemente se preocupan por el futuro que les espera con su hermano/a al no saber qué va a pasar al día siguiente, la impotencia está presente al igual que lo está en sus progenitores al no ver mejoría en su salud según lo esperado.

A los hermanos/as se les debe permitir gozar de su autonomía e identidad sin exigirles el compensar las esperanzas frustradas reconociéndoles cuáles son sus necesidades únicas. Pero también se les debe hacer conscientes de la realidad de la familia ya que en algún punto deberán compartir la responsabilidad del cuidado del hermano/a con discapacidad pero siempre evitando agobiarles con responsabilidades que sobrepasen sus límites. En pocas palabras se les debe permitir desarrollar sus potencialidades (Alcantud, 2008).

1.4.5.3 Proceso de Duelo.

La familia elabora el duelo de la pérdida de capacidades de un miembro y de la reorganización ante la nueva situación produciéndose fenómenos en diferentes niveles:

- Nivel comunicacional: cambios en la cantidad.
- Nivel estructural: roles y jerarquía confundidos.
- Nivel social: aislamiento, sobreprotección y rechazo de la red de apoyo (Espina & Ortego, 2013).

Cuando el duelo no se realiza adecuadamente, no se logra una adecuada adaptación a la discapacidad. Los duelos no resueltos se pueden clasificar en: crónico (no hay conclusión), retrasado (activado por otra pérdida), exagerado (comórbido con ansiedad, depresión, etc.) y enmascarado (ocurre con síntomas físicos) (Neimeyer, 2002). La elaboración del duelo por parte de los padres y madres puede posibilitar el acompañamiento al niño/a de su propio proceso.

1.5 CONCLUSIÓN

Después de la revisión presentada creemos que es de importancia el trabajo con los padres y madres de niños/as con discapacidad debido a que el cuidado que demandan sus hijos/as provoca síntomas que afectan a nivel físico, cognitivo y conductual que podría desencadenar en el síndrome del cuidador que se caracteriza por la fatiga a la que se exponen estas personas por la constante demanda por parte del niño/a que está a su cuidado.

Se ha observado que la sintomatología depresiva y ansiosa está presente en este tipo de población, ocasionando graves daños en la vida del cuidador/a por lo que si no se trata a tiempo dichos síntomas, pueden desencadenar un trastorno mental grave que afectará al tipo de cuidado que se le brinde al niño/a y a sus relaciones interpersonales.

La sintomatología depresiva y ansiosa no afecta únicamente a los padres y madres que asumen el rol de cuidador sino a todo el núcleo familiar. Esto es debido a la readaptación de roles a la que cada uno de sus integrantes debe enfrentar ante este cambio.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es no experimental, observacional, transversal, prospectiva y descriptiva, el análisis de datos será de tipo cuantitativo, comparando los datos de la ficha sociodemográfica con las escalas de depresión y ansiedad de Beck y el software utilizado será SPSS 25.0.

2.2 HIPÓTESIS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

2.2.1 Hipótesis

Los padres y madres que cumplen el rol de cuidadores de los hijos/as con diagnóstico de discapacidad tienen altos niveles de depresión y/o ansiedad como consecuencia del desgaste del cuidado.

2.2.2 Preguntas de Investigación

- ✓ ¿Cuáles son los niveles de depresión y ansiedad de padres y madres con niños con discapacidad?
- ✓ ¿Cómo se relaciona los variables sociodemográficas con el nivel de depresión y ansiedad en los padres y madres?

2.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1 Objetivo general

Determinar los niveles de depresión y ansiedad en padres y madres de niños/as con discapacidad que asisten al servicio comunitario del GAD Municipal del Cantón Limón Indanza,

2.3.2 Objetivos específicos

- Medir los niveles de depresión y ansiedad a través de los test de depresión y ansiedad de Beck.
- Comparar las variables sociodemográficas con los niveles de depresión y ansiedad encontrados.
- Proponer un modelo de terapia grupal para disminuir los niveles de depresión y ansiedad encontrados.

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

En el Cantón Limón Indanza existe una población de 55 niños/as con algún tipo de discapacidad, de los cuales se va extraer una muestra de las familias que asistan al servicio comunitario del GAD Municipal del Cantón.

2.5 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Primeramente se procedió a la realización de un oficio dirigido al alcalde del Cantón Limón Indanza solicitando la autorización para poder aplicar los reactivos a los padres y madres de familia que tienen hijos/as con discapacidad que asisten al centro comunitario del Gad Municipal del Cantón, una vez aceptado y firmado el oficio se procedió a la entrega de datos sobre los padres y madres de familia, debido a que el centro comunitario no estaba todavía en funcionamiento se tuvo que visitar a los progenitores en sus respectivos hogares para la aplicación de los test psicométricos.

Una vez establecido contacto con los padres y madres de familia y brindado una breve explicación del motivo de la encuesta, se empezó llenando la ficha sociodemográfica y a continuación se procedió a aplicar los test psicométricos tales como: la escala de

depresión y ansiedad de Beck; en el caso de los padres y madres de familia que presentaron dificultades al momento de realizar el test fueron asistidos por los investigadores.

A medida que los padres y madres de familia de niños/as con discapacidad llenaban los test psicométricos iban relatando sus experiencias con los síntomas presentados y acontecimientos importantes de su experiencia en cuanto al cuidado de su hijo/a.

2.6 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

2.6.1 Métodos

Los métodos empleados han posibilitado responder a las preguntas de investigación por medio de la recopilación de datos, como la depresión y ansiedad que tiene el cuidador y su sintomatología, con el objetivo de poder informar y probar a través de instrumentos psicométricos, los conocimientos adquiridos de la investigación. A su vez, el programa estadístico utilizado fue el SPSS 25.0. En este programa se realizaron tablas de frecuencia y tablas descriptivas, además se utilizó tablas de contingencia para la agrupación de los factores sociodemográficos y los niveles de ansiedad y depresión.

2.6.2 Técnicas

Las técnicas que se han empleado son observaciones, encuestas, entrevistas y evaluaciones psicométricas. Con las observaciones, se pudo observar las expresiones corporales de los padres y madres, comprobando así algunos síntomas depresivos y ansiosos. Las encuestas y entrevistas se centraron en la ficha sociodemográfica de los padres y madres (ver anexo 5).

2.6.3 Instrumentos

2.6.3.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Creado en 1961 por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un test que permite medir el rango de severidad de una depresión. Puede ser empleado en personas a partir de los 13 años de edad. Su duración aproximada es entre 5 y 10 minutos.

Consta de 21 preguntas con respuesta múltiple, donde el sujeto en cuestión que realiza el test deberá valorar en una escala de 0 a 3 el grado en el cual se identifica personalmente con la respuesta que ha contestado en el mismo (donde 0 es que no te identificas en absoluto, pudiendo concluir que no presentas los síntomas sobre los que versa la pregunta; y 3 es que hay una identificación absoluta, por lo cual, el sujeto padecería los síntomas).

Para la calificación del test, se deberá sumar los puntajes de cada ítem y esta cifra total será el grado de depresión que presente la persona en cuestión, lo cual se interpretará de la siguiente manera:

- 0-13 depresión baja.
- 14-19 depresión leve.
- 20-28 depresión moderada.
- 29-63 depresión grave (Sabater, 2019) (Ver anexo 6).

2.6.3.2 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Desarrollado por Aaron Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Inventario compuesto por 21 ítems,

los cuales se centran en aspectos físicos relacionados con la ansiedad. Estos elementos están relacionados con los criterios diagnósticos suscitados en el DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, en donde 0 indica “en absoluto”, 1 “levemente, no me molesta mucho”, 2 moderadamente fue muy desagradable pero podría soportarlo” y 3 hace referencia a “severamente, casi no podía soportarlo”.

El resultado total se obtiene de la suma de todos los ítems, en donde de acuerdo al puntaje se podría calcular el grado de ansiedad del paciente. Esto se hace de la siguiente manera:

- 0-7: ansiedad mínima.
- 8-15: ansiedad leve.
- 16-25: ansiedad moderada.
- 26-63: ansiedad alta (Sanz, 2014) (Ver anexo 7).

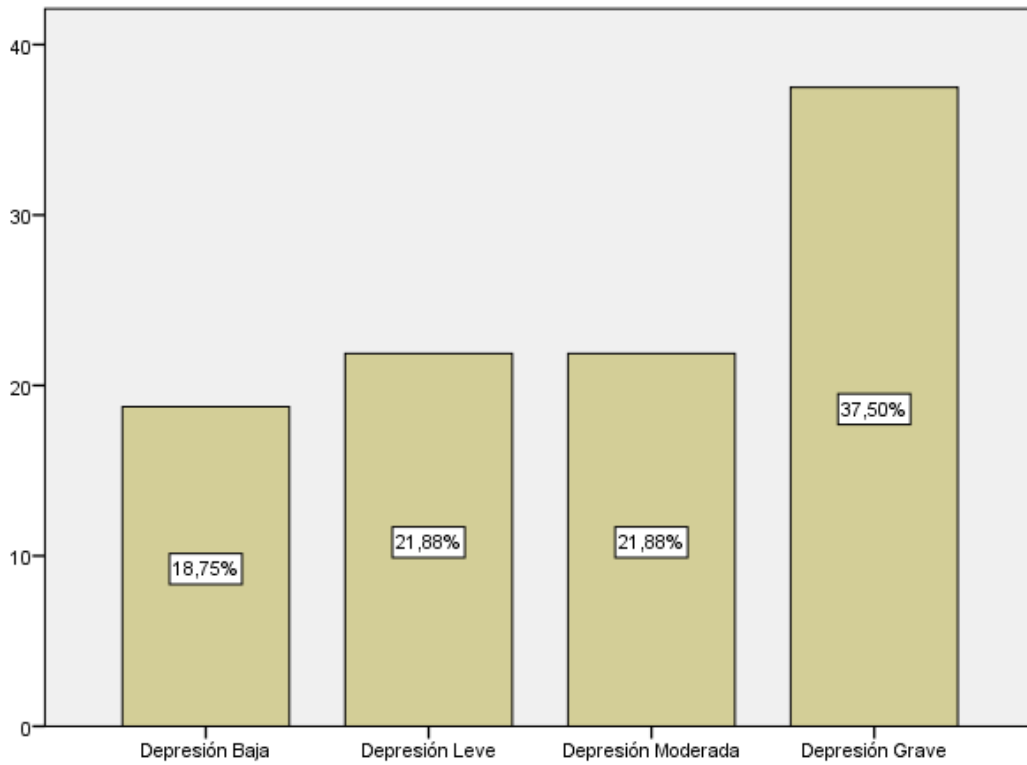
2.7 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 1 *Perfil de los Cuidadores*

CARACTERÍSTICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
GÉNERO	Femenino	26	81,3%
	Masculino	6	18,8%
NIVEL DE EDUCACIÓN	Primaria	12	37,5%
	Secundaria	17	53,1%
	Superior	3	9,4%
ESTADO CIVIL	Soltero	8	25%
	Casado	15	46,9%
	Divorciado	1	3,1%
	Unión Libre	6	18,8%
	Viudo	2	6,3%
SITUACIÓN ECONÓMICA	Alta	3	9,4%
	Media	18	56,3%
	Baja	11	34,4%
NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES		32	100%

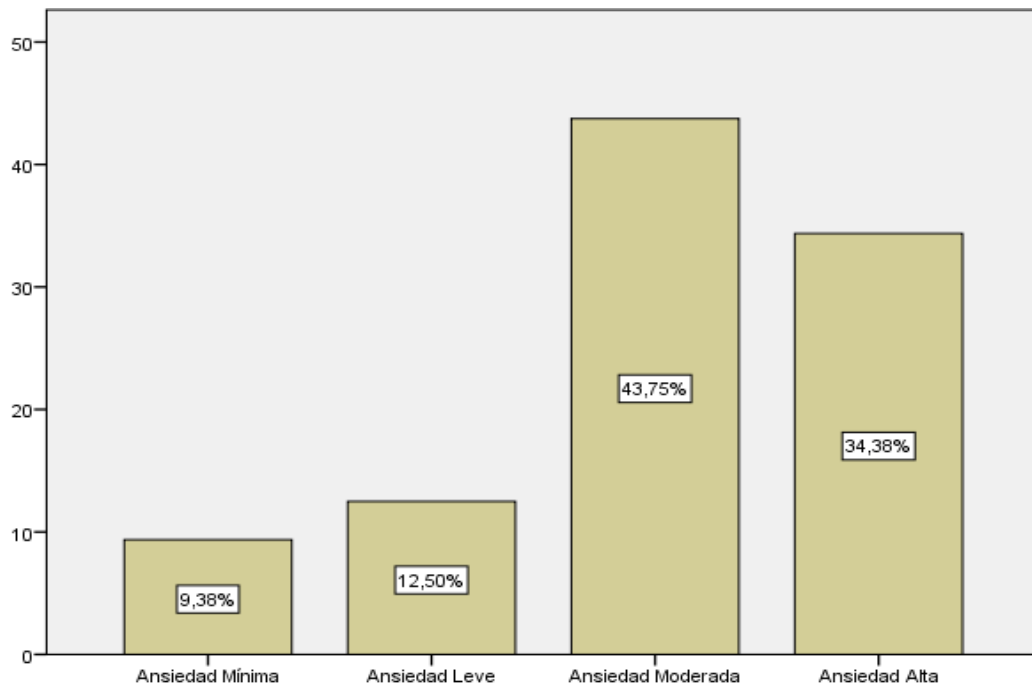
La muestra estuvo formada por 32 cuidadores de los cuales el género femenino está representado con el 81,3% (26) y el masculino con el 18,8% (6); la mayoría de los progenitores tienen la ocupación de quehaceres domésticos con el 59,37%, el nivel de educación mayoritario es la secundaria con el 53,1%, también, se observa una prevalencia en los progenitores que se encuentran casados con el 46,9%, el nivel socioeconómico mayoritario es el medio con el 56,3% de los casos.

Figura 1 *Resultados de Inventario de Depresión de Beck en los Cuidadores*



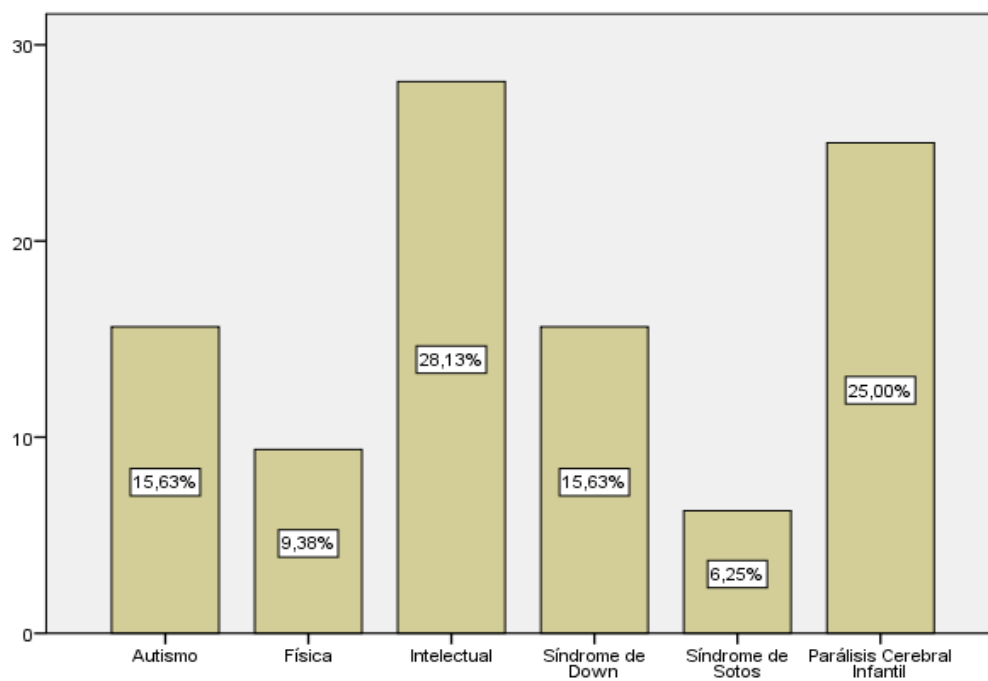
Los resultados del Inventario de Depresión de Beck aplicado a los cuidadores, indican una mayor prevalencia de Depresión Grave con el 37,5%, seguido de Depresión Leve y Moderada con el 21,88% cada uno y la Depresión Baja presenta el 18,75%.

Figura 2 *Resultados de Test de Ansiedad de Bai-Beck en los Cuidadores*



Los resultados del Test de Ansiedad de Bai-Beck encontrados en los cuidadores indican una mayor prevalencia de Ansiedad Moderada con el 43,75%, seguido de Ansiedad Alta con el 34,38, Ansiedad Leve con el 12,5% y la Ansiedad Mínima se presenta el 9,38% de los casos.

Figura 3 Tipo de Discapacidad de los Niños/as



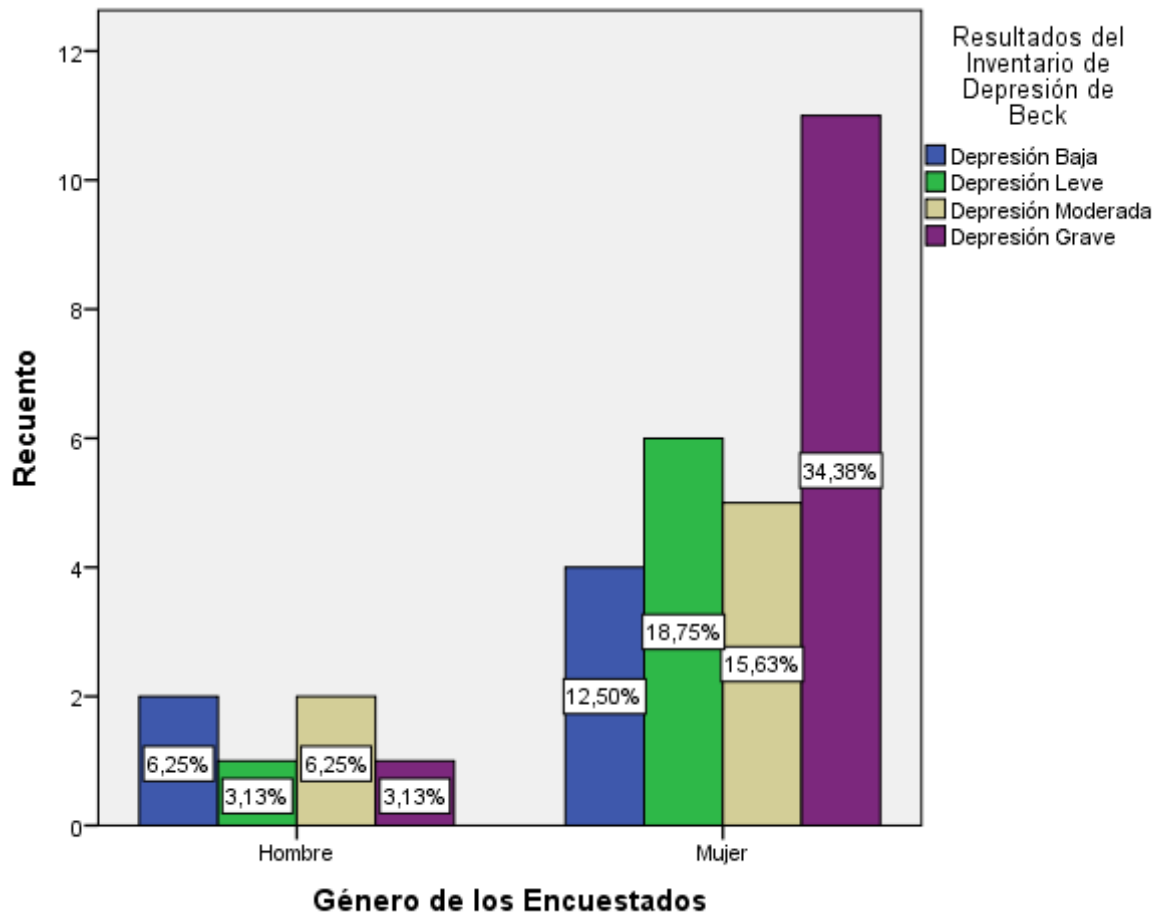
El tipo de discapacidad que mayor incidencia presentaron los niños y niñas de estas familias fue el de discapacidad Intelectual y Parálisis Cerebral Infantil en el 28,13% y 25% de los casos respectivamente.

Tabla 2 *Edad de Cuidadores y de los Hijos con Discapacidad*

	Mínim o	Máxi mo	Media	Desv. Desviación
Edad del Cuidador	21	62	39,03	12,265
Edad del Hijo con Discapacidad	4	12	8,16	2,713

Los resultados de la tabla 2 indican que la edad promedio de los cuidadores es de 39,03 años (+/- 12,265) y de los niños/as es de 8 años (+/- 2,713).

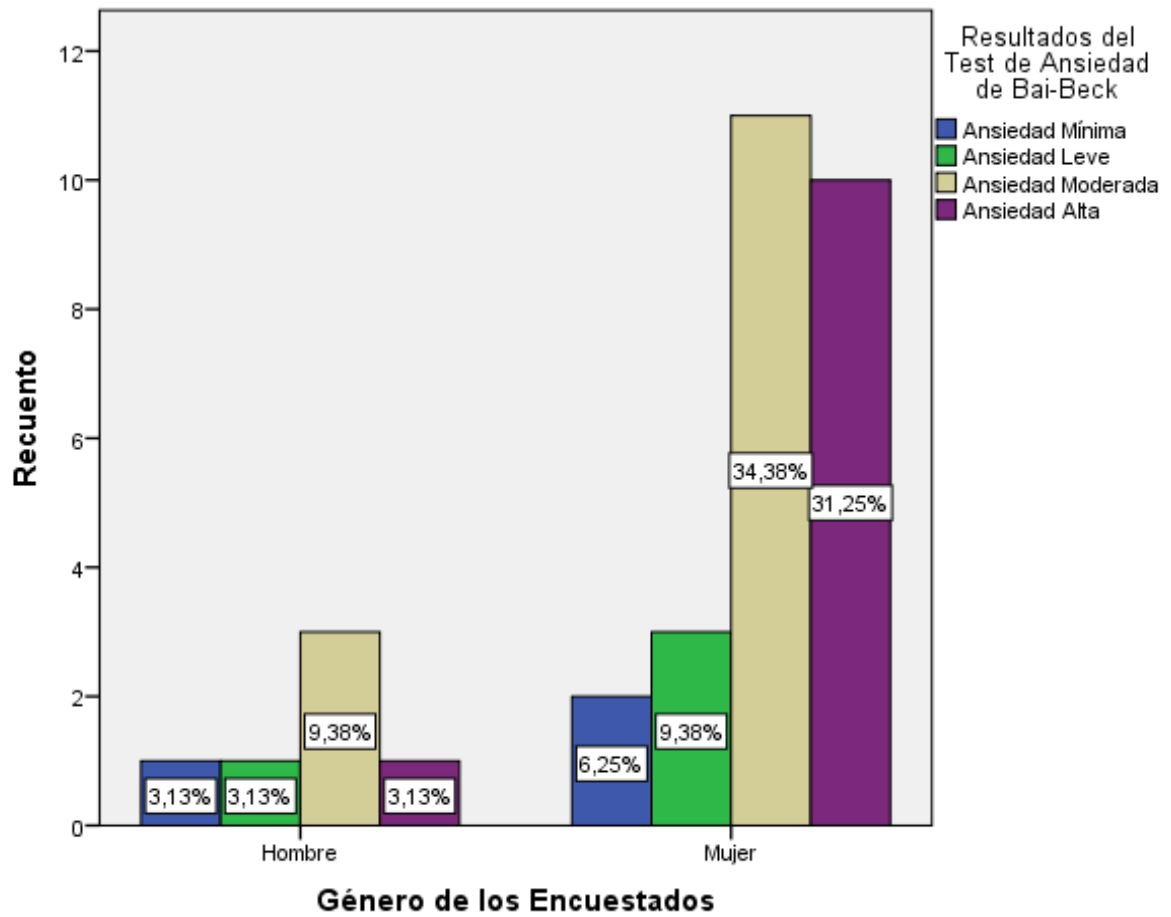
Figura 4 Niveles de Depresión según el Género del Cuidador/a



Nota: el recuento está basado en el número de casos

En los resultados se puede identificar que en el caso de mujeres cuidadoras, la depresión grave prevalece con el 34,38%, mientras que en el caso de los hombres la depresión baja y moderada son las que presenta un mayor porcentaje con el 6,25%.

Figura 5 Niveles de Ansiedad según el Género del Cuidador/a



Nota: el recuento está basado en el número de casos

Se puede evidenciar que en el caso de las mujeres, la ansiedad moderada prevalece con el 34,38% y en el caso de hombres prevalece una ansiedad moderada con el 9,38%.

Tabla 3 Niveles de Depresión según el Estado Civil de los Cuidadores

Estado Civil	Inventario de Depresión de Beck				Total
	Depresión Baja	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	
Soltero	2 _a 6,3%	2 _a 6,3%	2 _a 6,3%	2 _a 6,3%	8 25,0%
Casado	4 _{a, b} 12,5%	5 _b 15,6%	1 _a 3,1%	5 _{a, b} 15,6%	15 46,9%
Divorciado	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	1 _a 3,1%	0 _a 0,0%	1 3,1%
Unión Libre	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	3 _a 9,4%	3 _a 9,4%	6 18,8%
Viudo	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	2 _a 6,3%	2 6,3%
Total	6 18,8%	7 21,9%	7 21,9%	12 37,5%	32 100,0%

En la tabla 3 se puede observar que en los padres y madres que se encuentran casados presentan una depresión leve y grave con el 15,6%, en las parejas de unión libre se evidencia una depresión moderada y grave con el 9,4%, las personas viudas presentan una prevalencia en la depresión grave con el 6,3%, las personas divorciadas presentan depresión moderada en el 3,1% y las personas solteras presentan el mismo porcentaje en los distintos tipos de depresión.

Tabla 4 Niveles de Ansiedad según el Estado Civil de los Cuidadores

Estado Civil	Test de Ansiedad de Bai-Beck				Total
	Ansiedad Mínima	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Alta	
Soltero	1 _a 3,1%	0 _a 0,0%	3 _a 9,4%	4 _a 12,5%	8 25,0%
Casado	2 _a 6,3%	2 _a 6,3%	5 _a 15,6%	6 _a 18,8%	15 46,9%
Divorciado	0 _a 0,0%	1 _a 3,1%	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	1 3,1%
Unión Libre	0 _a 0,0%	1 _a 3,1%	4 _a 12,5%	1 _a 3,1%	6 18,8%
Viudo	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	2 _a 6,3%	0 _a 0,0%	2 6,3%
Total	3 9,4%	4 12,5%	14 43,8%	11 34,4%	32 100,0%

Al comparar el estado civil de los cuidadores con la ansiedad, se pudo observar que en los padres y madres casados la ansiedad alta corresponde al 18,8%, mientras que los solteros presentan una ansiedad alta del 12,5%. En las personas de unión libre, sobresale la ansiedad moderada con el 12,5% y, en las personas viudas una ansiedad moderada con el 6,3%.

Tabla 5 Niveles de Depresión según la Situación Económica del Cuidador/a

	Inventario de Depresión de Beck				Total
	Depresión Baja	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	
Alta	0 _a 0,0%	1 _a 33,3%	1 _a 33,3%	1 _a 33,3%	3 100,0%
Media	3 _a 16,7%	4 _a 22,2%	6 _a 33,3%	5 _a 27,8%	18 100,0%
Baja	3 _a 27,3%	2 _{a, b} 18,2%	0 _b 0,0%	6 _a 54,5%	11 100,0%
Total	6 18,8%	7 21,9%	7 21,9%	12 37,5%	32 100,0%

Los resultados de la tabla 5 indican que los padres y madres que tienen una situación económica baja presentan depresión grave en un 54,5%, los que tienen una situación económica media presentan depresión moderada en el 33,3% y los que presentan una situación económica alta presentan un 33.33% en los niveles de leve a grave.

Tabla 6 Niveles de Ansiedad según la Situación Económica del Cuidador/a

Situación Económica	Test de Ansiedad de Bai-Beck				Total
	Ansiedad Mínima	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Alta	
Alta	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	2 _a 66,7%	1 _a 33,3%	3 100,0%
Media	2 _a 11,1%	2 _a 11,1%	9 _a 50,0%	5 _a 27,8%	18 100,0%
Baja	1 _a 9,1%	2 _a 18,2%	3 _a 27,3%	5 _a 45,5%	11 100,0%
Total	3 9,4%	4 12,5%	14 43,8%	11 34,4%	32 100,0%

De acuerdo a la tabla 6, los cuidadores con una situación económica alta presentan ansiedad moderada con el 66,7%, los que tienen situación económica media presentan una ansiedad moderada del 50% y los que tienen una situación económica baja, presentan una ansiedad alta del 45,5%.

Tabla 7 Niveles de Depresión del Cuidador/a según el Tipo de Discapacidad del Hijo/a

Tipo de Discapacidad	Resultados del Inventario de Depresión de Beck				Total
	Depresión Baja	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	
Autismo	0 _a 0,0%	1 _a 3,1%	1 _a 3,1%	3 _a 9,4%	5 15,6%
Física	2 _a 6,3%	1 _{a, b} 3,1%	0 _{a, b} 0,0%	0 _b 0,0%	3 9,4%
Intelectual	1 _a 3,1%	3 _a 9,4%	2 _a 6,3%	3 _a 9,4%	9 28,1%
Síndrome de Down	1 _a 3,1%	2 _a 6,3%	1 _a 3,1%	1 _a 3,1%	5 15,6%
Síndrome de Sotos	1 _a 3,1%	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	1 _a 3,1%	2 6,3%
Parálisis Cerebral Infantil	1 _a 3,1%	0 _a 0,0%	3 _a 9,4%	4 _a 12,5%	8 25,0%
	6	7	7	12	32
Total	18,8%	21,9%	21,9%	37,5%	100,0%

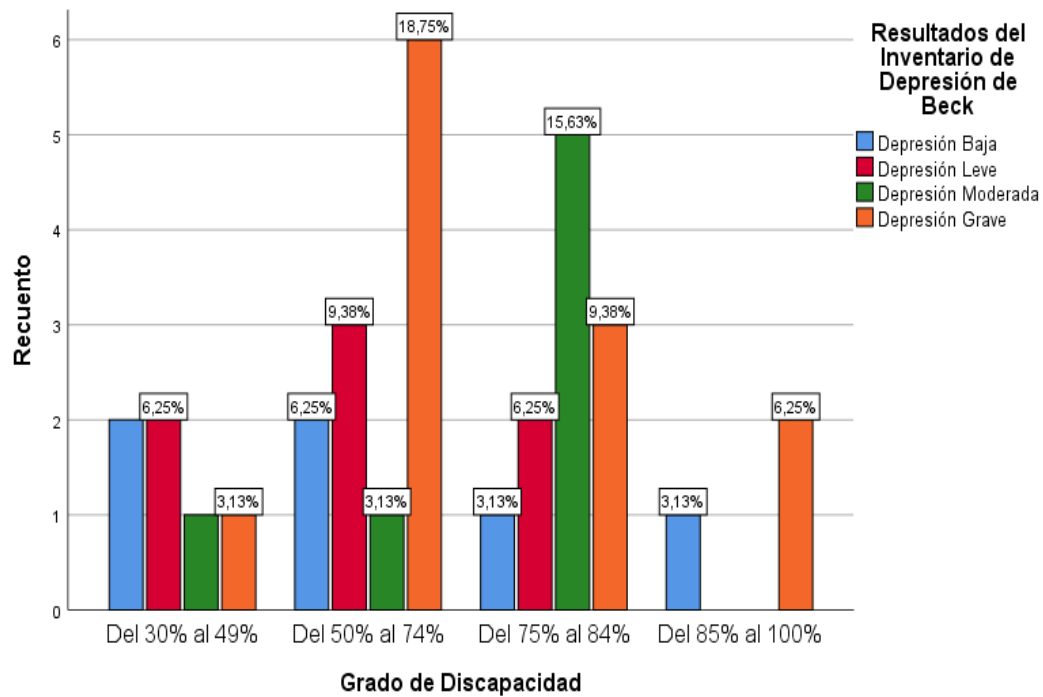
Al observar los datos se puede identificar que los padres y madres que tienen hijos/as con Parálisis Cerebral presentan una depresión grave con el 12,5% y una depresión moderada con el 9,4%, los padres y madres de niños/as con Autismo presentan prevalencia de depresión grave con el 9,4% y los cuidadores de niños/as con discapacidad Intelectual, presentan una depresión grave y leve con un 9,4%.

Tabla 8 Niveles de Ansiedad del Cuidador/a según el Tipo de Discapacidad del Hijo/a

Tipo de Discapacidad	Resultados del Test de Ansiedad de Bai-Beck				Total
	Ansiedad Mínima	Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Alta	
Autismo	0 _a 0,0%	0 _a 0,0%	3 _a 9,4%	2 _a 6,3%	5 15,6%
Física	1 _a 3,1%	0 _{a, b} 0,0%	2 _{a, b} 6,3%	0 _b 0,0%	3 9,4%
Intelectual	1 _a 3,1%	0 _a 0,0%	6 _a 18,8%	2 _a 6,3%	9 28,1%
Síndrome de Down	1 _a 3,1%	2 _a 6,3%	0 _b 0,0%	2 _{a, b} 6,3%	5 15,6%
Síndrome de Sotos	0 _a 0,0%	1 _a 3,1%	0 _a 0,0%	1 _a 3,1%	2 6,3%
Parálisis Cerebral Infantil	0 _a 0,0%	1 _a 3,1%	3 _a 9,4%	4 _a 12,5%	8 25,0%
Total	3 9,4%	4 12,5%	14 43,8%	11 34,4%	32 100,0%

Se puede evidenciar que existe ansiedad moderada del 18,8% en padres y madres de niños/as con discapacidad Intelectual, seguido por el 12,5% de ansiedad alta en cuidadores de niños/as con Parálisis Cerebral, los padres y madres de niños/as con Autismo presentan una ansiedad moderada con un 9,4% y una ansiedad alta con un 6,3%.

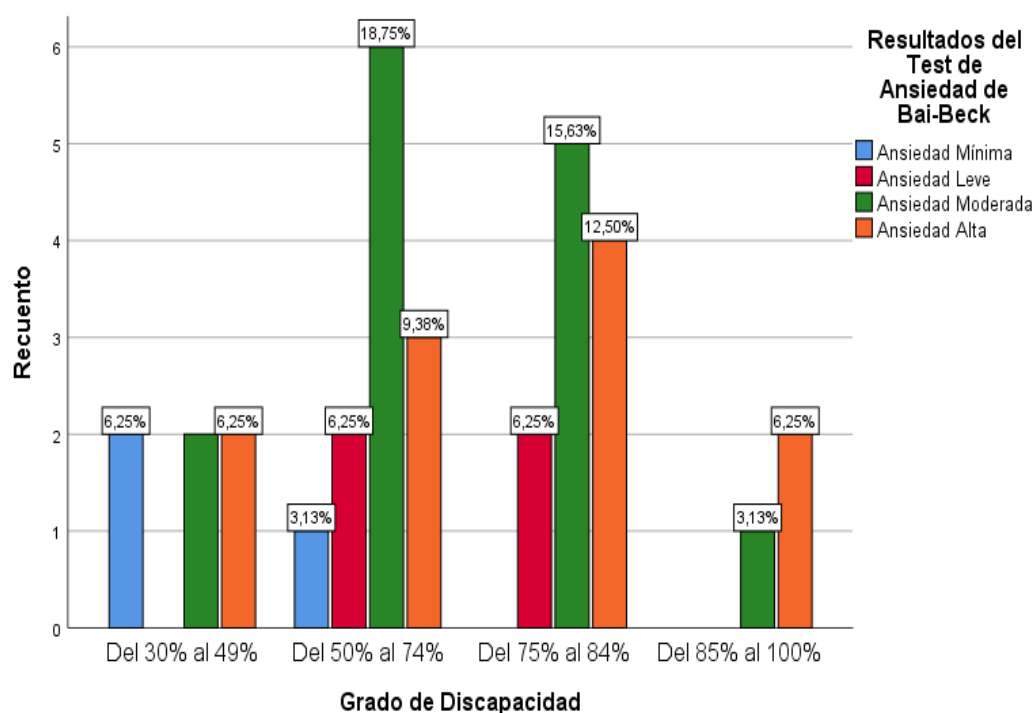
Figura 6 Niveles de Depresión del Cuidador/a según el Grado de Discapacidad del Hijo/a



Nota: el recuento está basado en el número de casos

Estos resultados manifiestan que en el caso del grado de discapacidad del 50% al 74% prevalece la depresión grave con el 18,75%. En el caso del 75% al 84% la depresión moderada refleja el 15,63% y una depresión grave con el 9,38%. Del 85% al 100% la depresión grave presenta el 6,25%. Finalmente del 30% al 49%, la depresión baja y leve puntúa un 6,25%.

Figura 7 Niveles de Ansiedad del Cuidador/a según el Grado de Discapacidad del Hijo/a



Nota: el recuento está basado en el número de casos

De acuerdo a la figura 7, los resultados manifiestan que en el grado de discapacidad del 50% al 74% la ansiedad moderada presenta el 18,75%. Del 75% al 84% la ansiedad moderada refleja el 15,63% y la ansiedad alta con un 12,50%. Del 85% al 100% la ansiedad alta presenta el 6,25% y del 30% al 49% la ansiedad mínima, moderada y grave se presenta con el 6,25%.

Tabla 9 Niveles de Depresión y Ansiedad de acuerdo al Género del Cuidador/a

Resultados del Test de Ansiedad de Bai-Beck	Género	Resultados del Inventario de Depresión de Beck				Total
		Depresión Baja	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	
Ansiedad Mínima	Hombre	1 100,0%	0 0,0%			1 100,0%
	Mujer	1 50,0%	1 50,0%			2 100,0%
Ansiedad Leve	Hombre	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%		1 100,0%
	Mujer	0 0,0%	1 33,3%	2 66,7%		3 100,0%
Ansiedad Moderada	Hombre	0 0,0%	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%
	Mujer	3 27,3%	3 27,3%	2 18,2%	3 27,3%	11 100,0%
Ansiedad Alta	Hombre		0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	1 100,0%
	Mujer		1 10,0%	1 10,0%	8 80,0%	10 100,0%
Total	Hombre	2 33,3%	1 16,7%	2 33,3%	1 16,7%	6 100,0%
	Mujer	4 15,4%	6 23,1%	5 19,2%	11 42,3%	26 100,0%

Tabla 10 Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,915 ^a	9	,069
Razón de verosimilitud	18,806	9	,027
Asociación lineal por lineal	11,332	1	,001
N de casos válidos	32		

El resultado de la tabla 10 muestra que los padres y madres de niños/as con discapacidad no presentan una relación estadísticamente significativa entre depresión y ansiedad ($p=0,069$).

DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró que el género que más prevaleció en el rol de cuidador principal de la familia de niños/as con algún tipo de discapacidad, fue la madre (81,3%), siendo esto similar a lo descrito por Buenfil, Hijuelos, Pineda, Salgado, & Pérez (2016) que informan que las personas que se encargan del cuidado de personas con discapacidad dentro de la familia son las mujeres (83,3%) y al estudio realizado por Andrade, y otros (2016) quienes manifiestan la presencia de cuidadores del sexo femenino en el (84,1%) de su investigación. En el estudio de Hechevarría, Semino, Coronados, & Ruiz (2018) se muestran datos similares e indican la importancia que asume la mujer en el rol del cuidado dentro de la familia, debido en parte a los estereotipos de género que aún existen.

La edad promedio de los cuidadores fue 39,03 años, datos que se equiparan con los encontrados por Aranda-Paniora (2017), en el cual consta que la edad promedio de los padres y madres que asumen el rol de cuidadores fue de 38,9 años. De acuerdo al estudio de Vicuña (2017), la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en la población general, estuvo entre los 25 y 45 años.

En lo referente a los datos demográficos del cuidador, el nivel de educación que predomina es el secundario, el estado civil casado, la mayoría se dedican a las actividades domésticas y su situación económica es media, esto coincide con los estudios realizados en México (Salazar, y otros, 2019) (Navarro, Uriostegui, & Delgado, 2017).

Los datos encontrados en esta investigación indican un porcentaje alto (37.5%) en el nivel de depresión grave, coincidiendo con los estudios de Salcedo, Liébana, Pareja & Real Martínez (2012) donde el nivel de depresión encontrado fue del 48, 89% y los datos son comparables con los encontrados por García (2015).

A sí mismo, los resultados indican que los padres cuidadores de niños/as con discapacidad, presentan un 43,8% en el nivel de ansiedad moderada coincidiendo con los datos encontrados por Ceja & Castellanos (2016), donde se encontró que los niveles de ansiedad altos rondan el 45,4%, por su parte Montero, Jurado, & Méndez (2015) mencionan en su estudio la presencia de ansiedad moderada en el 30% de los casos y Gualpa, Yambay, Ramírez, & Vásquez (2019) en un estudio realizado en Ecuador manifiestan la presencia de ansiedad moderada con el 67,3%.

Según Ceja & Castellanos (2016) en los padres de hijos con parálisis cerebral, se han identificado niveles altos de depresión y de ansiedad clínicamente significativos, datos similares se encontraron en nuestro estudio en donde la depresión grave y ansiedad alta se presentan en los padres y madres de niños con parálisis cerebral. De igual manera, Zanon & Batista (2012) identificaron que los padres y madres de pacientes con parálisis cerebral presentan principalmente trastornos de ansiedad y depresión, presentes durante el proceso de atención de salud de sus hijos, los niveles de ansiedad son clínicamente significativos con un 49% y la presencia de depresión se asocia a las condiciones de vulnerabilidad.

La situación económica de la familia es otro aspecto que influye en los padres y madres, debido a que los bajos recursos económicos afectan la rehabilitación del niño/a con discapacidad, por el exceso de consultas médicas, cambios permanentes de tratamientos, profesionales e instituciones, agravando más la situación económica y emocional de la familia. Los padres y madres con una situación económica baja presentaron un 54,5% de depresión grave y un 45,5% de ansiedad alta. Estos resultados son similares a estudios realizado por Palacios & Pinzón (2017) y Göriş, Kılıç, Elmali, Tutar, & Takci (2016) encontraron que el bajo estrato socioeconómico está relacionado con una mayor sobrecarga del cuidador.

CONCLUSIONES

- Los 32 padres y madres de niños/as con discapacidad que fueron sometidos a las pruebas, presentaron niveles variados de depresión y ansiedad siendo la depresión grave y ansiedad moderada las que más representación tuvieron en esta muestra, especialmente, en el género femenino con un 34,38 %.
- La mayoría de padres y madres que asumen el rol de cuidador son mujeres amas de casa con estudios secundarios y con estado civil casada. A sí mismo, la edad promedio de los padres y madres cuidadores en esta población es de 39 años (+/- 12,265).
- La sobrecarga manifestada en estos padres y madres afectan a la persona, generando síntomas de depresión y ansiedad altos, de igual manera, repercutiendo en su salud psíquica.
- La mayoría de los padres y madres de niños/as con discapacidad manifiestan perder el interés por conocer nuevos lugares y nuevas personas, debido a que el cuidado de sus hijos/as demanda mucho cuidado y se enfocan solo en ellos.

RECOMENDACIONES

- Es de primordial importancia que el servicio comunitario del GAD Municipal de Limón Indanza, establezca un plan de intervención en los padres y madres que asumen el rol de cuidador, posibilitando hacer frente a la sintomatología depresiva y ansiosa.
- Que las autoridades del Cantón empiecen a involucrar a los padres y madres de niños/as con discapacidad en actividades recreativas al igual que lo hacen con los niños/as con discapacidad, en las festividades.
- Ayudar a la población con discapacidad con profesionales para las respectivas terapias que requieren los niños/as con discapacidad, debido a los bajos recursos

económicos de sus padres y madres para poder brindarles estos servicios a sus hijos/as para mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO III: PROPUESTA DE TERAPIA GRUPAL

3.1 INTRODUCCIÓN

Expresión de emociones la psicoeducación y la terapia cognitiva

Los padres y madres de niños/as con discapacidad, sufren una falta de tiempo para realizar actividades gratificantes, ocasionando así una sobrecarga en sus labores ya que, además de sus labores diarias, deben dedicar casi la totalidad del tiempo al cuidado del hijo/a con discapacidad. Esta situación desencadena un gran malestar psicológico siendo la sintomatología depresiva y ansiosa la que presenta índices muy altos en este tipo de cuidadores.

Existen diferentes formas de abordar la sintomatología que se generan en los cuidadores producto de la depresión y ansiedad mal afrontada. Una de ellas son las que aplican el modelo Cognitivo Conductual, que ha probado su eficacia en la readaptación al rol de cuidador (García, Zapata, Rivas, & Quevedo, 2017).

La terapia Cognitivo Conductual, está centrada en tratar de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de las otras personas y del mundo que le rodea, y comprender como las acciones afectan a sus pensamientos y sentimientos, con el fin cambiar la forma de pensar ("cognitivo") y actuar ("conductual") para ayudar a las personas a sentirse mejor ya que consiste en ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas, para que puedan observar cómo estas situaciones o problemas están conectadas entre sí y cómo sus pensamientos pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente (Timms, 2009).

Por medio de este abordaje terapéutico, los padres y madres lograrán comprender las dificultades que se generan por la sobrecarga en el cuidado, y como el mal manejo de

los pensamientos negativos afectan a los sentimientos, emociones y la forma de actuar ante diferentes situaciones (Timms, 2009). A su vez, se modifican estilos de pensamiento de los padres y madres que son desadaptativos para un apropiado afrontamiento del cuidado (Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson, & Knight, 2007).

Proporcionar respuesta a los miedos y preocupaciones acerca del desarrollo de la enfermedad y de cómo esta es percibida y experimentada por el enfermo, atender al duelo anticipado y conocer las dinámicas familiares que perjudican al cuidado y saber cómo intervenir en ellas son algunas de las cuestiones que se tratan a través de este modelo de intervención (Cerquera & Pabón, 2014).

Estudios realizados por Reyes & González-Celis (2016) realizados a personas que sufren de desgaste emocional fruto de la labor de cuidadores, refieren que la intervención Cognitivo Conductual posibilita una pronta disminución de su sintomatología y una mejora en su calidad de vida, a su vez esta recuperación se mantiene a lo largo del tiempo.

Con los resultados obtenidos dentro de esta investigación se presenta una propuesta de terapia grupal para los padres y madres de niños/as con discapacidad que presenten síntomas depresivos y ansiosos, para disminuir el malestar en todas las áreas de vida de la persona.

Una vez investigado los diferentes abordajes psicológicos, se procede a la realización del siguiente plan de intervención, el cual se realizará una vez por semana y con una duración de 90 minutos por sesión. Este procedimiento estará enfocado en tratar los síntomas depresivos y ansiosos presentes en los padres y madres de niños/as con discapacidad.

3.2 OBJETIVOS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

Objetivo General:

Reducir la sintomatología depresiva y ansiosa en padres y madres de niños/as con discapacidad.

Objetivos Específicos:

- ✓ Psicoeducar a los padres y madres sobre los trastornos y sintomatología depresiva y ansiosa.
- ✓ Fomentar la expresión de emociones que posibiliten realizar catarsis.
- ✓ Eliminar distorsiones cognitivas (catastrofización).
- ✓ Fortalecer las redes de apoyo.

3.3 ESTRUCTURA DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO

Tabla 11 *Modelo de Intervención*

Objetivo	Actividades	Descripción	Recursos	Tiempo	Tarea intersesión (Tis)
<u>SESIÓN 1</u>					
Fomentar el rapport y la participación de los padres de familia	Técnica Rompe Hielos	-Se realiza una dinámica con el fin de crear un ambiente propicio con los pacientes. -Se pide al grupo que realicen un círculo alrededor del terapeuta -Seguidamente se da las indicaciones para proceder a la realización de la técnica para que se conozcan todos los integrantes de la terapia	Salón Amplio	15mnt	Biblioterapia
Psicoeducar a los padres y madres sobre los trastornos y sintomatología	*Diálogo socrático *Psicoeducación sobre las causas y consecuencias de la sintomatología depresiva y ansiosa. *Video de Concientización.	-Comenzar mediante un dialogo abierto para conocer lo que saben los participantes sobre la temática. -Presentación de videos para una mejor comprensión. -Realizar una carta despidiéndose de los síntomas dañinos para la salud como el	Computador a Proyector Pizarrón Hojas A4 Bolígrafos Marcadores	50mnt	

depresiva y ansiosa que padecen.

*Técnica: Carta de despedida a los síntomas negativos.

objetivo de hacer que los participantes se involucren en el tratamiento.

Cierre

Dramatizar a la ansiedad y a la depresión.

Dividir en dos grupos equitativos, para realizar la dramatización que le corresponda. Al final todos recibirán una recompensa.

Salón amplio

20mnt

SESIÓN 2

Fomentar la expresión de emociones que posibiliten realizar catarsis.

Retroalimentación

Cada persona irá manifestando algo de lo que se trabajó en la sesión anterior.

10mnt

Uso de Metáforas y paradojas
Ejercicios de relajación (respiración profunda)

El terapeuta presenta algunas metáforas y los analizarán; posteriormente los pacientes realizarán una metáfora de su vida y lo leerán después en voz alta, esto permitirá facilitar la expresión de emociones y sentimientos.

Proyector
Computador
a
Hoja A4
Bolígrafos

1h

Cierre

Se realiza un círculo y cada participante procede a dar palabras de aliento y esperanza

10mnt

SESIÓN 3

Retroalimentación

Manifestar lo que cada participante recuerda de la sesión anterior.

Programación de actividades placenteras.
Contratos conductuales.

<p>Eliminar distorsiones cognitivas (catastrofización).</p>	<p>Técnica de las tarjetas flash Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson Técnica Gala Técnica el Espía Técnica de Yo del futuro</p> <p>La primera técnica consiste en realizar tarjetas pequeñas que pueden caber en el bolsillo del participante y cada tarjeta tendrá palabras de aliento. La segunda técnica consiste en tensar los músculos y luego ir soltando la tensión poco a poco. Estas técnicas favorecerán a la disminución de la ansiedad.</p> <p>La tercera técnica hace referencia a ir llenando preguntas antes de irse a acostar durante una semana, las preguntas se enfocan en que la persona recuerde lo positivo del día. La cuarta técnica hace referencia a investigar cual es el objetivo de los síntomas presentes y la quinta técnica consiste en proyectarse al futuro sin la presencia de síntomas negativos. Estas técnicas están enfocadas en la disminución de los síntomas depresivos.</p>	<p>Computadora Proyector Cartulinas de colores Bolígrafos Marcadores Pinturas</p>	<p>10mnt</p>	<p>Listado de pensamientos negativos.</p>
<p>Cierre</p>	<p>Se realizará un círculo donde cada participante mencione una actividad placentera y todos los integrantes procederán a realizarla por unos cortos minutos.</p>	<p>Espacio Amplio Parlantes Balón de indor y básquet Micrófono</p>	<p>30mnt</p>	

SESIÓN 4

Eliminar distorsiones cognitivas (catastrofización).	Retroalimentación y Revisión de la Tis	Cada persona irá comentando algo de lo que se trabajó en la sesión anterior, luego se revisaran las tis de cada participante y cuestionar algún tipo de pensamiento.		15mnt	Pensamiento Alternativos.- consiste en cuestionar los tipos de pensamientos que presenta el participante.
	Psicoeducación sobre las distorsiones cognitivas (catastrofización)	Explicar las distorsiones cognitivas presentes, pero se enfocará especialmente en la catastrofización.	Computador a Proyector	1h	
	Revisión de la Tis	Realizar grupos de 3 integrantes y brindar un crucigrama de las distorsiones cognitivas.	Crucigramas Bolígrafos Recompensa	15mnt	

SESIÓN 5

Mejorar la socialización de estos padres fortaleciendo sus redes de apoyo.	Revisión y socialización de la TIS	Cada participante manifestará como les fue la semana con la Tis enviada y los demás participantes podrán aportar soluciones y palabras de aliento.		15mnt	Expresar emociones positivas y compartir
---	------------------------------------	--	--	-------	--

	<p>Role Playing Escucha Activa Entrenamiento en habilidades sociales Actividad: ¿Qué te gustaría oír?</p>	<p>Favorecer la convivencia y aumentar el placer de disfrutar realizar nuevas actividades y conocer a otras personas.</p>	<p>Hojas A4 Bolígrafos</p>	<p>1h</p>	<p>actividades gratificantes con la familia. Proyecto de vida.</p>
	<p>Cierre</p>	<p>Se realizará grupos de 4 personas, en que podrán compartir sus fortalezas y debilidades, cosas que tengan en común, luego de interactuar con el grupo se dispersaran con los demás participantes.</p>	<p>Espacio Amplio</p>	<p>15mnt</p>	
<p><u>SESIÓN 6</u></p>					
<p>Finalizar las terapias grupales</p>	<p>Revisión del proyecto de vida</p>	<p>Ir revisando cada proyecto de vida de los participantes para posibles modificaciones en caso que lo requiera.</p>		<p>20mnt</p>	<p>Recomendar practicar todo lo aprendido en las sesiones de terapia</p>
	<p>Retroalimentación de las actividades</p>	<p>Hablar sobre todo lo que se ha trabajado en las 5 sesiones de terapia y aclarar inquietudes de los participantes.</p>		<p>20mnt</p>	

Cierre

Se realizarán juegos deportivos entre los participantes y se finalizará con palabras de agradecimiento.

Espacio
Amplio

40mnt

3.4 CONCLUSIÓN

El abordaje terapéutico posibilitará a los padres y madres que asumen el rol de cuidadores principales identificar sus problemas cotidianos sin recurrir a la minimización de su sintomatología. Además facilitará la libre expresión de emociones reprimidas mediante el uso de diversas técnicas y reconocer ciertos patrones en otras personas que se enfrentan a su misma realidad.

Los padres y madres de familia al expresar sus temores y comprender mejor la raíz de su malestar, podrán afrontar de mejor manera la labor de cuidado que realizan a diario con sus hijos/as, de la misma manera, permitirá mejorar sus habilidades sociales al sentir que la sociedad no les ha excluido por tener a un hijo/a con discapacidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Adler, A. (1978). *El carácter neurótico*. Buenos Aires: Paidós.
- Alcantud, F. (2008). La Familia. En *Mi hija tiene parálisis cerebral* (págs. 117-141). Madrid: Síntesis.
- Alvarado, B. (22 de Noviembre de 2011). *ANSIEDAD EN PADRES DE NIÑOS DISCAPACITADOS*. Obtenido de Universidad Rafael Landívar: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/05/22/Alvarado-Briseida.pdf>
- Álvaro-Estramiana, J., Garrido-Luque, A., & Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas Sociales de la Depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 333-348. Obtenido de <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328/34>
- Anderson, C. M. (1982). *The community connection: The impact of social networks on family and individual functioning*. Nueva York: Guilford Press.
- Andrade, E., Geha, L., Duran, P., Suwvan, R., Machado, F., & do Rosário, M. (2016). Quality of Life in Caregivers of ADHD Children and Diabetes Patients. *Frontiers Psychiatry*, 127. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27504099/>
- Aranda-Paniora, F. (2017). Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *Anales de la Facultad de Medicina*, 277-280. Obtenido de <https://www.mendeley.com/catalogue/37fce5a8-3e2d-31b7-97f1-5fb43d6a5fb6/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Barcelona: Médica Panamericana.
- Barbado, J., Aizpiri, J., Cañones, P., Fernández, A., Gonçalves, F., Rodríguez, J., & Solla, J. (2004). Individuo y Familia. *Revista de la SEMG*, 84-94.
- Barlow, D. (2014). *Manual Clínico de Trastornos Psicológicos*. México: El Manual Moderno.
- Barraca, J. (2009). La activación conductual y la terapia de activación conductual para la depresión. *Revista de Psicología y Educación*, 23-50.
- Barraca, J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 183-197.
- Becerra, A., Lugo, I., & Reynoso, L. (2013). TERAPIA DE ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN. *Revista Psicooncología*, 163-168.
- Beck, A., & Clark, D. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic. *Behav Res Ther*, 49-58. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)
- Bosqued, M. (2005). *Vencer la Depresión Técnicas psicológicas que te ayudarán*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 1297-1305.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Nueva York: Jason Aronson.
- Buendía, J. (1999). *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Buenfil, B., Hijuelos, N., Pineda, J. C., Salgado, H., & Pérez, E. (2016). Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *Revista Iberoamericana de Las Ciencias de La Salud*, 148 - 173. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5710239>
- Busot, I. (15 de Octubre de 1997). *Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional*. Obtenido de Semanticscholar.org: <https://pdfs.semanticscholar.org/dac1/78067bd399baf31ba5c9dbdf98d05280fa86.pdf>
- Caballero, N., & Gálvez, C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. México: Manual Moderno.
- Calderón, C. (Marzo de 2020). *DEPRESIÓN ENDÓGENA Y EXÓGENA. CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS*. Obtenido de Personasque.es: <https://www.personasque.es/depresion/salud/diagnostico/depresion-exogena-endogena-3230/>
- Campagne, D. (2012). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Medicina de Familia - SEMERGEN*, 301-311.
- Carrasco, A. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la Depresión: Hacia un Enfoque Integrado. *Interamerica Journal of Psychology*, 181-189.
- Ceja, E., & Castellanos, A. (2016). Estrategias de afrontamiento, depresión y ansiedad en padres de pacientes con parálisis cerebral. *Revista Psicología Científica.com*, 11.
- Cerquera, A., & Pabón, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychologia: avances de la disciplina*, 73-81. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297232756005>
- CONADIS. (25 de Septiembre de 2012). *Guía sobre discapacidades*. Obtenido de Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades: <http://coproder.com/wp-content/uploads/GUIA-SENSIBILIZACION-EN-DISCAPACIDADES.pdf>
- Consejo General de la Psicología de España. (2015). *Evaluación del Inventario BAI*. Obtenido de https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf?fbclid=IwAR33wjm108HrfwzC64dALXaDefZWhkOs1DH2Ak_Bl3JPY06vVySjeTtlnW4
- Copley, M., & Bodensteiner, J. (1987). Chronic sorrow in families of disabled children. *Journal of Child Neurology*, 67-70.

- Coryell, W. (Marzo de 2020). *Depresión*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>
- Cury, A. (2018). El mal del siglo: ¿Depresión o Síndrome del Pensamiento. En *ANSIEDAD. Cómo enfrentar el mal del siglo* (págs. 12-17). México: Océano.
- Da Silva, C. (2019). *Ser cuidador: estrategias para el cuidado del adulto mayor*. México: Manual Moderno .
- De Pablo-Blanco, C., & Rodríguez, M. J. (2010). *Manual práctico de discapacidad intelectual*. Madrid: Síntesis.
- Duman, R. (2014). Neurobiology of stress, depression, and rapid acting antidepressants: remodeling synaptic connections. *Depress Anxiety*, 291-6.
- Espina, A. (1993). Sobre la elaboración del duelo en terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 77-88.
- Espina, A., & Ortego, M. (2013). *Discapacidades Físicas y Sensoriales*. Madrid: CCS.
- Fávero, M., & Dos Santos, M. (2010). Depresión y calidad de vida en madres de niños con trastornos invasores de desarrollo. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 33-40.
- Galante, J., Iribarren, S., & Pearce, P. (2012). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Research in Nursing*, 133-155.
- Galia Gottret, S., & Martínez, A. (2006). Depresión en personas de la tercera edad y terapia asistida por perros. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 118-139. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiymente.com/clinica/depresion-exogena>
- García, E. (3 de Agosto de 2015). *Niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de personas con discapacidad que acuden al Sub Centro de salud de Chimbacalle*. Obtenido de Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7239/1/T-UCE-0007-147c.pdf>
- García, H. (2012). LA DEPRESIÓN: ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO. *Ciencia Sociedad*, 183-197.
- García, I., Zapata, R., Rivas, V., & Quevedo, E. (2017). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horiz. sanitario*, 131-140.
- García, J., & Noguerras, E. (2013). *Guía de Autoayuda para la Depresión y los Trastornos de Ansiedad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- García, L., Bolaños, I., Garrigós, S., Gómez, F., Hierro, M., & Tejedor, M. (2010). *Como resolver los Conflictos Familiares*. Madrid: Dirección General de la Familia y el Menor. Obtenido de Comunidad de Madrid: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007211.pdf>

- Gil Romero, I. (14 de Noviembre de 2018). *Qué es la discapacidad. Concepto y evolución histórica*. Obtenido de Fundación Adecco: <https://fundacionadecco.org/blog/blog/que-es-la-discapacidad-evolucion-historica/>
- González, I. (22 de Febrero de 2018). *El apoyo familiar: acontecimientos significativos de vida familiar*. Obtenido de Psicología Online: <https://www.psicologia-online.com/el-apoyo-familiar-acontecimientos-significativos-de-vida-familiar-2825.html>
- Goodale, E. (2007). El papel de la norepinefrina. *Revista de Toxicomanías*, 19-22.
- Göriş, S., Kılıç, Z., Elmalı, F., Tutar, N., & Takcı, Ö. (2016). Care Burden and Social Support Levels of Caregivers of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Holistic Nursing Practice*, 227-235. Obtenido de <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000153>
- Gualpa, M., Yambay, X., Ramírez, Á., & Vásquez, Á. (2019). Carga Laboral y Ansiedad en Cuidadores de personas con Discapacidad Severa. *Revista Universidad Ciencia y Tecnología*, 2542-3401.
- Guevara, Y., & González, E. (2012). Las Familias ante la Discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 28.
- Hall-Flavin, D. (13 de Mayo de 2017). *Depresión clínica: ¿Qué significa?* Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/expert-answers/clinical-depression/faq-20057770>
- Hechevarría, Y., Semino, L. E., Coronados, Y., & Ruiz, D. (2018). Estados emocionales y carga del cuidador principal de pacientes discapacitados por ictus. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 1-9. Obtenido de <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/281/433>
- Hicks, D. C. (2010). An approach to the patient with anxiety. *Medical Clinics of North America*, 1127-1139.
- Hofmann, S., & Hinton, D. (2014). Cross-cultural aspects of anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 450. Obtenido de <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0450-3>
- Jiménez, J. (15 de Abril de 2017). *Terapias de tercera generación: ¿qué son exactamente?* Obtenido de Psicomemorias : <https://www.psicomemorias.com/terapias-tercera-generacion-exactamente/>
- Jones, E. (2004). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., . . . Hofmann, S. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 763- 771.
- Knight, B., Silverstein, M., McCallum, T., & Fox, L. (2000). A sociocultural stress and coping model for mental health outcomes among African American caregivers in Southern California. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 142-150.
- Llavona, L., & Méndez, F. (2012). *Manual del Psicólogo de Familia*. Madrid: Anaya.

- López, F., Solana, R., & Otero, S. (1990). Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica . *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 203-220.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D., & Knight, B. G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 57-76.
- Losada, A., Montorio, I., Knight, B., Márquez, M., & Izal, M. (2006). Explanation of caregivers distress from the cognitive model: the role of dysfunctional thoughts. *Psicología Conductual*, 115-128.
- Luciano, C., & Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 79-91.
- Lyness, D. (13 de Agosto de 2016). *Depresión*. Obtenido de Brenner Childrens: https://www.brennerchildrens.org/KidsHealth/Padres/Centro-de-informacion-sobre-el-cancer/Hacer-frente-al-cancer/Depresion.htm?__t=2693
- Marín, J. (30 de Abril de 2015). *El cuidado de la salud y la red de apoyo familiar y social de los niños y niñas que asisten a la consulta de atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)*. Obtenido de Universidad Pontificia Bolivariana: <https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/2604/TESIS.pdf?sequence=1>
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de la neurosis: teoría y práctica de la psicoterapia conductual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marulanda, S., & Colorado, L. (2016). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en dos casos de evitación experiencial. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29- 46.
- Mendizábal, J., & Anzures, L. (1999). La Familia y el Adolescente. *Revista Médica del Hospital General de México*, 197-197.
- Menéndez, M. (12 de Abril de 2018). *Diferencias entre depresión endógena y exógena*. Obtenido de Psicología Online: <https://www.psicologia-online.com/diferencias-entre-depresion-endogena-y-exogena-3711.html>
- Minuchin, S. (1978). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Montero, X., Jurado, S., & Méndez, J. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con Cáncer. *Psicooncología*, 67-86.
- Moreno, P., & Martín, J. C. (2018). TRASTORNO DE PÁNICO: COMPRENDER LAS CRISIS DE ANSIEDAD. En *DOMINAR LAS CRISIS DE ANSIEDAD Una guía para pacientes* (págs. 51-74). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Naranjo, C. (2006). *Causas Sociales que inciden en la Depresión*. Obtenido de Bibliotecadigital.academia:

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1530/ttraso188.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Navarro, C., Uriostegui, L. C., & Delgado, E. G. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 25–31. Obtenido de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297013/html/index.html>
- Neimeyer, R. A. (2002). *Lessons of loss: A guide to coping*. Nueva York: Brunner Routledge.
- NIH: Instituto Nacional de la Salud Mental. (16 de Septiembre de 2019). *Depresión*. Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/depression.html>
- Núñez, M., & Vera, V. (2014). *El Duelo y las Consecuencias Psicosociales en los padres de niños con discapacidad del centro “Despertar de los Ángeles” de Riobamba, periodo junio – noviembre/2013*. Obtenido de scielo: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1287/1/UNACH-EC-PSC.CLIN-2013-0013.pdf>
- Obaid, F. (2014). The incidence of Freudian self-analysis in the construction of the psychoanalytic theory of anxiety. *Int J Psychoanal*, 15-41.
- Olivari, C., & Urra, E. (2007). AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD. *Ciencia y enfermería*, 9-15. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>
- Organización Internacional del Trabajo. (Octubre de 2015). *Trabajo decente para personas con discapacidad: promoviendo derechos en la agenda global de desarrollo*. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_430938.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Discapacidades*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (7 de Abril de 2017). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Enero de 2020). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortiz, M. (2007). Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Psychological intervention*, 93-105.

- Palacios, E., & Pinzón, D. (2017). Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador de paciente con enfermedad cerebrovascular. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 118-120.
- Parra, M., Latorre, J., & Montañés, J. (2012). Terapia Cognitiva basada en mindfulness y reduccion de los síntomas de Ansiedad en personas con fibromialgia. *Researchgate*, 141- 154.
- Pérez, A. (Junio de 2016). *Impacto de la capacidad en el núcleo familiar*. Obtenido de UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23449/TFG_AMAIA%20PEREZ%20AYESA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Perez, E. (2019). Cambios psicosociales, salud y calidad de vida de padres de niños con parálisis cerebral. *Rev Neuropsiquiatría*, 258-265. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i4.3647>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 89-115. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Pérez, P., & Uribe, A. (2016). *Terapia de aeptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cancer*. Obtenido de Revistas.ucm: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/52490/48296>
- Pezo, M., Costa, M., & Komura, L. (2004). La familia conviviendo con la depresión: de la incomprensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index de Enfermería*, 11-15. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300003&lng=es&tlng=es
- Portuondo Sao, M. (2004). Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1561-3127. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400006&lng=es&tlng=es
- Prieto, V. (2013). *La Soledad del Cuidador*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Pumar, B., & Espina, A. (1996). *Terapia familiar sistémica: teoría, clínica e investigación*. España: Fundamentos.
- Reyes, K., & González-Celis, A. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología*, 15-23. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1709>
- Ríos, J. (2014). *Manual de orientación y terapia familiar: (Enfoque sistémico teórico-practico)*. España: Acci.
- Ríos, J. A. (1994). *Manual de orientación y terapia familiar*. Madrid: Instituto de Ciencias del Hombre.
- Rodríguez, M. J., & de Pablo-Blanco, C. (2004). *Retraso Mental*. Madrid: Síntesis.

- Rojas, E. (2014). Ansiedad. En *Cómo superar la ansiedad* (págs. 15-27). Barcelona: Planeta.
- Rojo Moreno, J. (2017). Los sucesos de nuestra vida que pueden influir en la aparición de la ansiedad. En *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés* (págs. 41-78). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rojo Sierra, M. (1984). *Lecciones de psiquiatría*. Valencia: Ediciones Promolibro.
- Rolland, J. S. (2000). *FAMILIAS, ENFERMEDAD Y DISCAPACIDAD*. Barcelona: Gedisa.
- Ruíz, A. (2019). *LA INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL*. La Paz: UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/20621/CS.ED.-1145.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, A., & Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)*, 163-169. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Sabater, V. (28 de Julio de 2019). *Inventario de depresión de Beck ¿en qué consiste?*. Obtenido de lamenteesmaravillosa.com/inventario-de-depresion-de-beck-en-que-consiste/
- Salazar, M. E., Garza, E. G., García, S. N., Juárez, P. Y., Herrera, J. L., & Duran, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 362-374. Obtenido de <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>
- Salcedo, R., Liébana, J., Pareja, J., & Real Martínez, S. (2012). Las Consecuencias de la Discapacidad en Familias de la Ciudad de Ceuta. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 139-153.
- Sánchez, M., Díaz, L., & Rueda, G. (2008). Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 159-168. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=806/80611196002>
- Sánchez, R. (Febrero de 2016). *Aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness y compasión a personas en duelo*. Obtenido de Aemind: <http://www.aemind.es/wp-content/uploads/2016/07/Tesis-Rafael-Gil-Sa%CC%81nchez-.pdf>
- Sanjuán, J. (2016). *¿Tratar la mente o tratar el cerebro? Hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck. *Clínica y Salud*, 39-48.
- Satir, V. (1982). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Interamericana.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2015). *Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness para la Depresión*. España: Kairós.

- Timms, P. (2009). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC). *Royal College of Psychiatrists*, 1-7.
- Vallejo, J. (2004). *La neurosis de angustia en el siglo XXI*. Barcelona: Ars Medica.
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Medica Herediana*, 57-59. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001&lng=es&tlng=es
- Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiatría* , 42-51.
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnostico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del Siglo XX. *Psicología Conductual*, 417-449. Obtenido de https://www.academia.edu/37742068/DEPRESI%C3%93N_DIAGN%C3%93STICO_MODELOS_TE%C3%93RICOS_Y_TRATAMIENTO_A_FINALES_DEL_SIGLO_XX
- Vazquez-Barquero, J. (2007). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Vega, A., & González, E. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 1-11. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es
- Vicuña, J. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en la población no heterosexual del cantón Quito. *UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR*. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10717/1/T-UCE-0006-009.pdf>
- Villavicencio, C., Romero, M., Criollo, M., & Peñalosa, W. (2018). Discapacidad y familia: Desgaste emocional. *Academo Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 89-98.
- VITHAS. (6 de Febrero de 2013). *Síndrome del Cuidador: Cómo cuidar al que cuida*. Obtenido de VITHAS NEURORHB: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/>
- Zanon, M., & Batista, N. (2012). Quality of life and level of anxiety and depression in caregivers of children with cerebral palsy. *Revista Paulista de Pediatría*, 392-396.

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 12 *Síntomas Generales de Depresión según CIE10*

EPISODIOS DEPRESIVOS
La persona con episodios depresivos por lo general sufre:
<ul style="list-style-type: none">✓ un humor depresivo✓ una pérdida de interés y disfrute de las cosas✓ una disminución de su vitalidad y a un cansancio exagerado
También son manifestaciones de los episodios depresivos:
<ul style="list-style-type: none">✓ a) la disminución de la atención y concentración✓ b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad✓ c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)✓ d) una perspectiva sombría del futuro✓ e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones✓ f) los trastornos del sueño y✓ g) la pérdida del apetito.
Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son:
<ul style="list-style-type: none">✓ a) pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras✓ b) pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras✓ c) despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual✓ d) empeoramiento matutino del humor depresivo✓ e) presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras✓ f) pérdida marcada de apetito✓ g) pérdida de peso
Especificar la presencia de síntomas somáticos:
<ul style="list-style-type: none">✓ F32.00 sin síntomas somáticos <p>Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos o ninguno de los síntomas somáticos.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ F32.01 con síntomas somáticos <p>Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).</p> <p>El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas.</p> <p>En la depresión leve están presentes 2 de los síntomas de cada ítem en un grado intenso, presentando dificultades para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.</p> <p>En la depresión moderada están presentes 3 de los síntomas de cada ítem en un grado intenso, presentando grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.</p>

En la depresión grave están presentes 3 a 4 de los síntomas de cada ítem con una intensidad grave, es probable que la persona sea incapaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica.

Nota: Fuente tomada del CIE10

Anexo 2

Tabla 13 *Depresión Mayor según DMS 5*

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA UN TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR
<p>A) Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <p>Nota: no incluir síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.</p> <ul style="list-style-type: none">(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Se siente triste, vacío, sin esperanza) u observado por otros (ej. apariencia llorosa). Nota: en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.(2) Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento significativo de peso (ej. modificación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.(7) Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproche o culpa por estar enfermo).(8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. <p>B) Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, esquizofreniforme, delirante, u otro trastorno</p>

especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

ESPECIFICADOR DE GRAVEDAD / CURSO

Leve: presencia de pocos o ni ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderada: el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve y grave.

Grave: el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Nota: Fuente tomada del DSM V

Anexo 3

Tabla 14 *Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM 5*

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA UN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

- A)** A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B)** Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C)** La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.
1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D)** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E)** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F)** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Nota: Fuente tomada del DMS V

Anexo 4

Tabla 15 *Trastorno de Ansiedad Generalizada según CIE 10*

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA UN TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
<p>El enfermo debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:</p> <ul style="list-style-type: none">○ aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.○ tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)○ hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).
<p>En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.</p>
<p>La presencia transitoria de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.</p>
<p>Incluye: estado de ansiedad neurosis de ansiedad reacción de ansiedad</p> <p>Excluye: Neurastenia.</p>

Nota: Fuente tomada del CIE 10

Anexo 5

Ficha Sociodemográfica

ENCUESTA SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre: _____

Ciudad: _____

Parroquia: _____

Edad: _____

Estado Civil: ___ Soltera

___ Casada

___ Divorciada

___ Viuda

Nivel de educación: ___ Primaria

___ Secundaria

___ Tercer Nivel

Ocupación: _____

¿Con quién vive? _____

Situación socioeconómica: _____

Número total de hijos: _____

Número de hijos con algún tipo de discapacidad: _____

Edades: _____

Tipo de discapacidad del niño: _____

Grado de Discapacidad del menor: _____

Anexo 6

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego seleccione uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número más apropiado al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambios en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo disfrutar.</p> <p>2. Pasimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas mejoren para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que habría debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que mi vida es un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento muy o muy culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acorta de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy descontento conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todas mis erratas.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haré.</p> <p>2 Quiero matarme.</p> <p>3 Me gustaría si hubiera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por motivos pequeños.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
---	---

Título original: Beck Depression Inventory (Second Edition)
 Traducción adaptada por: OJG
 © 1977, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation,
 USA.
 © 2010 traducción al castellano 2010 by The Psychological
 Corporation, USA.
 Todos los derechos reservados.

Subtítulo: Página 1 Continúa al revés

L. Adaptación de: Merit Elías Barilla

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en cosas o actividades o personas.
 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Devalorización

- 0 No siento que ya no sea valioso.
 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tan la energía como siempre.
 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
 2 No tengo suficiente energía para hacer nada.
 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 1a Duermo un poco más que lo habitual.
 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
 3a Duermo la mayor parte del día.
 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
 3a No tengo en apetito en absoluto.
 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1 No puedo concentrarme tan bien como habiéndolo.
 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio respecto en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Subtotal Página 2

Subtotal Página 1

Puntaje total

Anexo 7

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
OCUPACIÓN _____ EDO. CIVIL _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuánto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana**, inclusive hoy, marcado con una X según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Mas o menos	Moderada- mente	Severa- mente
1. Entumecimiento hormigueo	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de las piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debido al calor)	_____	_____	_____	_____

Versión estandarizada por Robles, Varela Jurado y Paz (2001) Revista Mexicana de Psicología, Vo. 18 Núm. 2, págs 211-218.