

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE CUIDADOS
PALIATIVOS EN TIEMPOS DE COVID 19.

Estudio realizado a 15 cuidadores de pacientes en cuidados paliativos dentro del Centro de Cuidados Paliativos Medipalia Cia. Ltda. en Quito-Ecuador en el período julio a agosto del 2022 desde la Teoría Cognitiva de Aaron Beck.

AUTORA: ANGIE PAULETTE LLERENA TOALA

DIRECTOR: MSc. IVÁN XAVIER CADENA ALMEIDA

QUITO, 2022

Dedicatoria

A Dios porque fue su voluntad mi paso por esta universidad, porque sé que cada cosa que sucede en mi vida es obra de Él.

A Glenda mi mamá, a Robinson mi papá y a mi hermana Michelle porque sin su apoyo, sin su amor no lo hubiera logrado. Gracias por alentarme a cumplir mis sueños y alcanzar mis metas día a día con una palabra o gesto de amor. Gracias por ser mi ejemplo a seguir.

A quienes han pasado por mi vida y han compartido conmigo experiencias, risas, llantos y aprendizajes porque sin ellos no sería la persona que soy en este momento.

Agradecimientos

A Dios en primer lugar por permitirme aportar a la vida de otros mediante mi profesión, por nunca abandonarme en el camino y velar para que no me falte nada en mi vida personal ni estudiantil.

A mis padres por ser esa base sólida que jamás me permitió derrumbarme, por ser mi luz en medio de la oscuridad, por ser mi hombro para llorar cuando hizo falta y por esforzarse arduamente para que lo tuviera todo.

A mi hermana por ser ella quien escuchaba mis angustias, mis preocupaciones, pero también mis sueños y anhelos y en ningún momento faltarme.

A todos los docentes que han compartido conmigo su sabiduría y experiencias para mi formación académica. Especialmente al MSc. Iván Cadena, por su dirección, tiempo, colaboración y enseñanzas para llevar a cabo esta disertación.

Tabla de contenido

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
CAPÍTULO 1: Conceptualización de la depresión desde la Teoría Cognitiva de Aaron Beck.	11
1.1 Triada Cognitiva	11
1.2 Esquemas Cognitivos	14
1.3 Creencias	15
1.4 Pensamientos Automáticos	16
1.5 Errores en el procesamiento de la información	16
1.6 Depresión en profesionales de cuidados paliativos.....	17
CAPÍTULO 2: Conceptualización de la ansiedad desde el enfoque Cognitivo de Beck. 22	
2.1 Ansiedad clínica	23
2.2 Modelo cognitivo de la ansiedad.....	25
2.3 Pensamiento automático y estratégico	29
2.4 Ansiedad en profesionales de cuidados paliativos.....	30
CAPÍTULO 3: Aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	32
3.1 Hipótesis.....	34
3.2 Operacionalización de la investigación	34
3.3 Procedimiento.....	34
3.4 Datos y análisis obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	35
3.5 Datos y análisis obtenidos del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	48
3.6 Datos y análisis de las encuestas semiestructuradas	56
Conclusiones.....	86
Recomendaciones	90
Referencias	92
Anexos	96

Índice de tablas

Tabla 1	35
Tabla 2	36
Tabla 3	37
Tabla 4	39
Tabla 5	40
Tabla 6	42
Tabla 7	43
Tabla 8	44
Tabla 9	46
Tabla 10	47
Tabla 11	48
Tabla 12	49
Tabla 13	51
Tabla 14	52
Tabla 15	53
Tabla 16	55
Tabla 17	57
Tabla 18	58
Tabla 19	59
Tabla 20	61
Tabla 21	63
Tabla 22	65
Tabla 23	67
Tabla 24	69
Tabla 25	70
Tabla 26	71
Tabla 27	73
Tabla 28	75
Tabla 29	77
Tabla 30	78
Tabla 31	80
Tabla 32	81
Tabla 33	82
Tabla 34	83

Índice de figuras

Figura 1	35
Figura 2	37
Figura 3	38
Figura 4	39
Figura 5	41
Figura 6	42
Figura 7	43
Figura 8	45
Figura 9	48
Figura 10	50
Figura 11	51
Figura 12	53
Figura 13	54
Figura 14	55
Figura 15	57
Figura 16	58
Figura 17	60
Figura 18	61
Figura 19	64
Figura 20	65
Figura 21	67
Figura 22	69
Figura 23	71
Figura 24	72
Figura 25	74
Figura 26	75
Figura 27	77
Figura 28	79
Figura 29	80

Resumen

La ansiedad y depresión son los trastornos más comunes que afectan a la cotidianidad de la vida de las personas. En estos últimos años, afortunadamente, se ha dado más valor a la salud mental, algo que no se lo consideraba importante hasta hace poco. Es probable que por esta razón no existan datos actualizados de la población en general sobre depresión o ansiedad en el país, mucho menos de grupos específicos como cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. Los profesionales que se encargan de pacientes con enfermedades que no tienen cura y que la mayoría de las veces se encuentran en estado terminal son vulnerables a desarrollar estos trastornos, adicionando que se encuentran en un contexto de Covid 19.

Esta disertación se centró en determinar la presencia y el grado o ausencia de la depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes paliativos. Para cumplir ese objetivo, 15 cuidadores del Centro de Cuidados Paliativos Medipalia Cia. Ltda, entre ellos enfermeros, técnicos de enfermería, médicos y fisioterapeutas fueron voluntarios para aplicarles el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y una entrevista semiestructurada. Con estos instrumentos se logró determinar el nivel de depresión y ansiedad de los participantes, además gracias a la entrevista, se pudo conocer la triada cognitiva de los mismos e identificar a los participantes que tienen ansiedad mal adaptativa y que, por lo tanto, requieren de una atención profesional.

Palabras clave: depresión, ansiedad, cuidadores paliativos.

Abstract

Anxiety and depression are the most common disorders that affect people's daily lives. Fortunately, in recent years, more value has been given to mental health, something that wasn't considered important until nowadays. Probably, for this reason there are no updated data on the general population about depression or anxiety in the country, much less on specific groups such as palliative caregivers. Professionals who take care of patients with diseases that have no cure and that most of the time are in a terminal state are vulnerable to developing these disorders, adding that they are in a context of Covid 19.

This dissertation is focused on determining the presence and level or absence of depression and anxiety in caregivers of palliative patients. To achieve this goal, 15 caregivers from Centro de Cuidados Paliativos Medipalia Cia. Ltda, including nurses, nursing technicians, doctors and physiotherapists, were volunteered to apply the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and a semi-structured interview. With these instruments it was possible to determine the level of depression and anxiety of the participants, also thanks to the interview, it was possible to know their cognitive triad and identify the participants who have maladaptive anxiety and who, therefore, require professional care.

Key words: depression, anxiety, palliative caregivers.

Introducción

La propuesta de esta disertación tiene como objeto de estudio la depresión y la ansiedad en el personal que labora con pacientes en el área de cuidados paliativos dentro del Centro de Cuidados Paliativos Medipalia Cia. Ltda., tomando como referencia la teoría cognitiva de Aaron Beck. La pregunta de investigación que se plantea es: ¿existe depresión y ansiedad en los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos? A partir de esta pregunta se pretende evidenciar el estado de la salud mental de dichos cuidadores. La presente investigación se limita a la teoría cognitiva de Aaron Beck y no tiene en cuenta otras corrientes psicológicas, así como tampoco toma en cuenta otra población diferente a la que labora en la unidad de cuidados paliativos de Medipalia.

En el primer capítulo de esta disertación se conceptualiza a la depresión bajo un enfoque cognitivo, según la teoría de Aaron Beck. Esta teoría afirma que el origen de la depresión se encuentra en cómo la persona interpreta los estímulos que llegan del exterior, a partir de esta interpretación se producen emociones y de las emociones surgen las acciones. Beck menciona que los esquemas cognitivos son los que ayudan a la interpretación de los estímulos, y se basan en las creencias de cada persona. La manera de ver al mundo, la forma en la que cada uno se percibe a sí mismo y los pensamientos acerca del futuro, este autor los denominó triada cognitiva. En la depresión existen distintos tipos de distorsiones cognitivas, además de que los tres factores, la triada cognitiva, es vista de una manera negativa por el paciente.

Dentro del segundo capítulo se encuentra una conceptualización acerca de la ansiedad, de igual manera vista desde la teoría cognitiva de Beck. Para este autor, la ansiedad es un sentimiento que todas las personas en algún momento han sufrido, sin embargo, existen cinco criterios para determinar si la ansiedad que se está sintiendo es mal adaptativa. El primer

criterio tiene que ver con la cognición disfuncional, donde nuevamente tienen relación los esquemas cognitivos descritos anteriormente. El segundo criterio es el deterioro del funcionamiento, lo que quiere decir que este sentimiento impide realizar las actividades que normalmente la persona desarrollaba en su vida cotidiana. El tercer criterio es la persistencia de la ansiedad; el cuarto criterio se refiere a las falsas alarmas, quiere decir, una crisis de angustia sin un estímulo presente. El último criterio es la hipersensibilidad a los estímulos.

En el último capítulo constan los datos arrojados por los test aplicados. Con el Inventario de Depresión (BDI-II) se determinó si los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos presentan depresión y en qué intensidad. Por otro lado, con el Inventario de Ansiedad (BAI) se conoció el nivel que esta población presenta de síntomas ansiógenos. De esta manera se tuvo una idea sobre el estado de la salud mental del personal que se encarga del cuidado de personas con enfermedades que no tienen cura en el Centro de Cuidados Paliativos Medipalia. Además, los participantes tuvieron una entrevista semiestructurada para explorar la visión que tienen de sí mismos, del mundo y del futuro y determinar si la ansiedad que tienen es mal adaptativa o no.

CAPÍTULO 1: Conceptualización de la depresión desde la Teoría Cognitiva de Aaron Beck.

En 1956 Aaron Beck estaba convencido de que la teoría psicoanalítica funcionaba para tratar la depresión. Desde esta teoría se tenía la hipótesis de que la etiología de la depresión estaba en el mecanismo de defensa “hostilidad vuelta hacia sí mismo”, para interpretar lo que el inconsciente manifestaba se recurría a los sueños de la persona deprimida comprobándose así esta hipótesis. (Korman, 2017). Tiempo después, Beck, a partir de sus estudios empíricos personales observó ciertas inconsistencias y desde sus resultados parecía ser que la hipótesis del psicoanálisis se contradecía. Se dio cuenta que los pacientes depresivos no buscaban su sufrimiento, al contrario, ellos solicitaban aprobación y aceptación por parte de las otras personas (Beck et al., 2010).

Al observar que los pacientes con depresión no buscan sufrir, Beck se empeñó en investigar el porqué de su conducta, fue así cuando observó que ellos poseían una visión negativa sobre ellos mismos y sobre lo que les ocurría en sus vidas. A esto, Beck, llamó formas distorsionadas de observar la realidad. (Beck et al., 2010)

Luego de varias observaciones clínicas, este autor, llegó a la conclusión de que “el paciente depresivo distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa. Encontramos que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro (...)” (Beck et al, 2010, p.9). Posteriormente, a esto denominó triada cognitiva.

1.1 Triada Cognitiva

Aaron Beck en su libro “Terapia Cognitiva de la depresión” publicado en 1983 describe a la triada cognitiva como “tres patrones cognitivos principales que inducen al

paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático”. (p. 19-20).

Visión negativa acerca de sí mismo: este primer patrón cognitivo hace referencia a que el paciente deprimido se ve a sí mismo como una persona que no vale lo suficiente, que no está sano, que es inhábil y desdichado. Atribuye sus experiencias no agradables a alguna deficiencia suya que puede ser física, moral o psicológica; haciendo que se sienta subestimado. Por esta razón tiende a pensar que sus defectos no le van a permitir alcanzar una vida plena y feliz.

Visión negativa acerca del mundo: el segundo patrón cognitivo tiene que ver con la manera negativa en la que el paciente interpreta sus vivencias, sus experiencias. Está convencido de que el mundo le exige desenvolverse en situaciones en las que se le demanda demasiado, incluso hay pruebas que le pone la vida en las que él cree que no es competente para superarlas. El paciente deprimido observa todo a su alrededor como un fracaso, fallo y/o desilusión.

Visión negativa del futuro: el tercer y último patrón cognitivo que conforma la triada habla sobre la forma de ver del paciente a sus futuros proyectos. La persona con depresión adelanta el fracaso y la derrota en sus planes a futuro, piensa que cualquier proyecto no se podrá llevar a cabo porque algo malo sucederá. No importa si estos planes serán en el futuro inmediato o a largo plazo, siempre tienen un final infeliz.

Siguiendo en la misma línea conceptual, Beck, explica que los otros síntomas y signos que los pacientes pueden presentar son consecuencia de estas visiones. Por ejemplo, la dependencia de las personas con depresión hacia sus cuidadores viene dada por la visión negativa de sí mismas ya que el paciente cree no estar apto para realizar tareas como alimentarse, vestirse o asearse; es por esta razón que estas personas prefieren que “personas

más capacidades” se encarguen de las actividades cotidianas descritas anteriormente porque consideran que ellas las culminarán con éxito

Para ejemplificar la tríada cognitiva se presenta el caso de Pedro, un hombre de 48 años de edad quien es diabético y acude a terapia porque su familia se lo exige. Pedro menciona “estoy harto de no servir para nada, ni en mi casa, ni en mi trabajo. En mi casa mi esposa y mis hijos no quieren salir conmigo porque dicen que soy pesimista, pero lo que yo soy es realista y ellos no se dan cuenta. En mi trabajo ya no me llaman a reuniones con personas importantes, tampoco me piden mi opinión sobre las decisiones que la empresa va a tomar. Antes por lo menos era bueno jugando básquetbol, ahora ni para eso sirvo porque estoy mal de salud, desde que tengo diabetes mi vida empeoró, me tuvieron que operar de los ojos y hasta no recuperarme bien no puedo jugar. Si ahora estoy así, imagínese de viejo. Mi familia me va a dejar solo porque no me va a soportar, no voy a tener trabajo porque me van a despedir y voy a ser obeso porque no puedo hacer ejercicio”.

En este discurso de Pedro, se puede apreciar la tríada cognitiva: la visión negativa que tiene sobre él, la visión negativa que tiene sobre el mundo y las situaciones por las que atraviesa y por último, la visión negativa que tiene acerca del futuro.

Beck menciona que no es la situación lo que hace que la persona actúe de cierta manera, sino es cómo se interpreta la situación lo que da paso a la conducta. Este autor propone un modelo entre la emoción, el pensamiento y la conducta, donde los tres se relacionan recíprocamente y donde ninguno es causal del otro, para ejemplificar: Pedro piensa que su familia se va a aburrir de él (Pensamiento). Pedro se siente triste, cabizbajo, sin energías ni ánimos. (Emoción). Pedro se aleja de su familia para que no lo vean así (Conducta), al no compartir tiempo con su familia Pedro confirmará su pensamiento inicial. (Camacho, 2003).

1.2 Esquemas Cognitivos

La concepción de esquemas es común en algunas líneas teóricas con sus respectivos autores. Por ejemplo, el psicólogo experimental Frederic Charles Barlett con esquemas hacía referencia a los procesos donde la memoria tomaba el protagonismo. Según Piaget, los esquemas tienen “relación con el tipo de organización cognitiva que, necesariamente implica la asimilación: los objetos externos son siempre asimilados a algo, a un esquema mental, a una estructura mental organizada”. (Centro de Psicoterapia Cognitiva, 2009). Más tarde, Beck reformó este concepto y lo desarrolló en demasía. (Camacho, 2003).

Para Beck, "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior" (Clark y Beck, 1988, p. 382). Es decir, un esquema cognitivo es una estructura donde se procesa la información que llega mediante estímulos y/o percepciones sobre una situación específica; esta información es interpretada de acuerdo a vivencias pasadas propias de cada sujeto. La característica de los esquemas es que son relativamente estables y de ellos depende la interpretación que se le da a cualquier situación. Los esquemas son los que nos posibilitan elegir, ordenar y jerarquizar los estímulos del ambiente para que le podamos dar un sentido a la situación, interpretarla y escoger las herramientas de afrontamiento que vamos a ejecutar para dicha escena.

Los esquemas cognitivos se adaptan a las diferentes interacciones que el sujeto va teniendo con su entorno, personas y situaciones, además poseen un factor genético. Puede ser que el sujeto en alguna situación de su vida no tuvo las herramientas adecuadas para afrontar y utilizó pensamientos desadaptativos, automáticos y rígidos, esto lo puede conducir a posibles trastornos psicológicos.

1.3 Creencias

Los esquemas revisados en el punto anterior están compuestos de creencias. Las creencias vienen a ser la consecuencia de la interacción entre los esquemas y la realidad; en otras palabras es de lo que cada persona está convencida, permite construir y dar sentido al mundo a partir de las experiencias vividas. Existen dos tipos de creencias (Camacho, 2003).

Creencias Nucleares

Estas se encuentran relacionadas con el self de la persona, la identidad. Son la base de los valores, de lo que se cree firmemente, además permite poder identificarnos como sujetos e idealizarnos en un futuro como seres humanos. Aquí se encuentran los aspectos esenciales de la personalidad. La principal característica de las creencias nucleares es que son complejas de cambiar ya que por lo general las damos por supuestas y casi nunca se las cuestionan. (Camacho, 2003).

Un ejemplo de una creencia nuclear: “existe un Dios que me creó a su imagen y semejanza”.

Creencias Periféricas

Las creencias periféricas hacen mención a factores secundarios, juegan un papel menos importante que las creencias nucleares es por eso que son más fáciles de cambiar. Los principales elementos de la personalidad no se encuentran implicados en este tipo de creencias. (Camacho, 2003).

Un ejemplo de una creencia periférica: “un matrimonio debe durar toda la vida”.

Generalmente, las personas que buscan ayuda profesional lo hacen porque una creencia nuclear que les proveía estabilidad, seguridad y tranquilidad pasó a ser cuestionada,

haciendo que el sujeto se sienta perdido, angustiado e incluso inestable. Es habitual que el sujeto genere angustia y estrés al poner en duda esa creencia que ya estaba consolidada y era parte de su identidad personal.

1.4 Pensamientos Automáticos

Estos pensamientos no pasan por un proceso de razonamiento, es por este motivo, que son rápidos e irracionales, además de involuntarios. Generalmente no son positivos y su génesis se encuentra en las creencias (revisadas con anterioridad en el punto 1.3). Muchas de las veces, estos pensamientos, presentan distorsiones o errores en el procesamiento de la información. (Camerini, 2013).

Cuando los pensamientos no son automáticos, es decir son pensamientos conscientes tienen tres características. La primera es la direccionalidad, hace referencia a dónde el pensamiento se dirige. El segundo es el curso, tiene que ver con la velocidad en la que el pensamiento va. Y por último el contenido que es lo que concretamente se piensa.

Los pensamientos automáticos, por otro lado, son impuestos, aparecen de forma verbal o gráfica y son cortos, fugaces. (Camacho, 2003).

1.5 Errores en el procesamiento de la información

Beck describe seis errores que se pueden presentar al momento de que una persona reciba el estímulo y comience con el procesamiento de la información.

1. **Inferencia arbitraria:** tiene que ver con dar una conclusión apresurada, sin importar que la evidencia demuestre lo contrario, también puede presentarse la conclusión precipitada sin ninguna prueba. Este error se muestra al momento de dar una respuesta.

2. **Abstracción selectiva:** se trata de enfocarse en un detalle mínimo que muchas veces es sacado de contexto en una situación y no prestar atención a las características más importantes de la mencionada situación. Se tiende a ignorar las cosas positivas y centrarse en las negativas por mínimas o insignificantes que estas sean. Este es el único error que se refiere al estímulo.
3. **Generalización excesiva o sobregeneralización:** se centra en realizar una regla general sin fundamentos suficientes y aplicarla en distintos escenarios. Este error también está vinculado a la respuesta.
4. **Maximización y minimización:** a partir de la respuesta, el paciente tiende a darle más importancia o restarle importancia, respectivamente, a un hecho, cualidad, sentimiento o situación.
5. **Personalización:** atribuirse cualidades del entorno a sí mismo, aun cuando no exista ninguna razón, ninguna conexión para hacerlo.
6. **Pensamiento dicotómico o absolutista:** en este error la persona clasifica sus vivencias, sentimientos, emociones, pensamientos en extremos, no existe punto medio. Los pacientes con depresión se describen a sí mismos en el extremo negativo.

1.6 Depresión en profesionales de cuidados paliativos

De acuerdo con la *American Cancer Society* (2019), los cuidados paliativos se enfocan especialmente en cuidar de los pacientes que sufren graves enfermedades, centrándose en darles una mejor calidad de vida disminuyendo los síntomas y los efectos

adversos de los tratamientos. Su fin es que los pacientes tengan una vida digna hasta el final de sus días.

Etimológicamente “paliativo” viene del latín *pallium* que tiene por significado cubierta o manto, refiriéndose al ejercicio del cuidado para aliviar síntomas y con eso el sufrimiento de la persona. (Domínguez, 2016).

Desde el siglo anterior, la medicina tuvo un nuevo objetivo, la de encontrar la génesis de las enfermedades que causan la muerte, con esto hallaron algunas curas para estas enfermedades, lo que derivó en una longevidad de la vida de las personas e incluso en la atención de pacientes con enfermedades terminales.

Más o menos en los años setenta, en Londres – Inglaterra, Dame Cicely Saunders fundó el *St Christopher's Hospice* donde se daba atención a pacientes con enfermedades terminales. A propósito, realizó una investigación donde logró demostrar que controlando los síntomas, atendiendo la parte emocional, social y espiritual, además de una comunicación eficaz entre paciente, médicos y familiares se obtenía una notable mejoría en la calidad de vida tanto en el paciente con enfermedad terminal como de su familia. Así es como se inició la medicina paliativa en el mundo. Para 1980, la Organización Mundial de la Salud agregó el término “cuidados paliativos” dentro de un programa para el cáncer. (Del Rio et al, 2007).

Actualmente, los cuidados paliativos tienen el objetivo de que, con la ayuda de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeros, psico rehabilitadores, psicólogos y en algunos casos una persona encargada de la espiritualidad logren acompañar al paciente y su familia para que hasta el final de sus días tenga una vida digna. Adicionalmente, la familia tenga apoyo durante el proceso de su ser querido y una vez que él/ella haya fallecido.

Dentro de nuestro país, Ecuador, según la Guía de cuidados paliativos que el Ministerio de Salud Pública desarrolló en 2014, los cuidados paliativos se pueden llevar a cabo en el domicilio del paciente o en cualquiera de los niveles de atención médica, estos están compuestos por centros de salud, hospitales, clínicas, hospice, etc. La guía menciona que la atención especializada de cuidados paliativos puede ser de dos maneras: la primera, mediante un equipo de soporte de cuidados paliativos que brindan asesoramiento e intervenciones en un hospital o por visitas domiciliarias. Y la segunda, a través de unidades de cuidados paliativos, donde se encuentra un equipo multidisciplinario preparado para atender hospitalizaciones. (Msp, 2014). Esto, dentro del sistema público, por otro lado existen hospitales y clínicas privadas que ofrecen el mismo servicio de cuidados paliativos con el fin de proporcionar alivio a los síntomas físicos y psicológicos en los últimos días de un paciente con una enfermedad incurable.

Entre una de las instituciones privadas dedicadas a cuidados paliativos, se encuentra el Centro de Cuidados Paliativos Medipalia Cia.Ltda, ubicado en la parroquia San Antonio, en la ciudad de Quito en las calles Quisquicalle S1-262 y 21 de Marzo. Este centro ofrece el servicio de terapia del dolor, terapia física, psicología, hospitalización, alimentación, supervisión médica y cuidado personalizado del paciente 24/7. El centro alberga a 15 pacientes residentes con cáncer, enfermedades cardiovasculares, neurológicas, hepáticas renales, pulmonares, entre otras. Medipalia cuenta con 24 personas que laboran en la institución, entre ellos médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, practicantes, psicóloga, rehabilitadores físicos, limpieza, cocineros, atención al cliente y seguridad.

En este centro se realiza la presente disertación, donde 15 cuidadores de pacientes paliativos participan voluntariamente para estudiar la depresión y ansiedad en ellos.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2022):

El informe The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) muestra que entre 14,7% y 22% del personal de salud entrevistado en 2020 presentó síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, mientras que entre un 5 y 15% del personal dijo que pensó en suicidarse.

Estos datos indican que el staff médico ha sufrido un desgaste de salud emocional que puede repercutir en su carrera profesional así como en su vida personal. Hacer frente todos los días a situaciones de sufrimiento de pacientes y familiares, muerte de pacientes y duelo de familias, es una labor que si no se sabe ubicar puede influir negativamente en la vida diaria del profesional.

Los profesionales que están a cargo de personas en estado crítico se hacen responsables de muchas tareas, es por eso que se posicionan en un estado de vulnerabilidad, angustia y estrés, incrementando el riesgo de padecer enfermedades o trastornos psicológicos. Muchos de ellos tienden a sentirse tristes, fatigados, culpables, pesimistas, incluso llegar a pensar en autolesionarse.

En la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados paliativos mencionada anteriormente, se describen algunos factores que los profesionales sanitarios son propensos a padecer a causa de su trabajo, estos son: estar habitualmente en un ambiente de pérdida y sufrimiento, sentimientos de impotencia, frustración y fracaso, sobrecarga de tareas laborales, falta de recursos, comunicación difícil con familiares. En la guía se dice que son factores que pueden contribuir al agotamiento y al burnout, sin embargo no se toca el tema de la ansiedad ni la depresión.

Después de los datos obtenidos del informe HEROES de la OPS, el 13 de enero del 2022 se lanzó un curso virtual gratuito de autocuidado con el fin de que los profesionales puedan identificar el estrés laboral y los riesgos emocionales asociados a este. Sin embargo,

en Ecuador no existen estudios sobre la depresión en los profesionales de la salud, es por eso que tampoco hay campañas que la prevengan.

CAPÍTULO 2: Conceptualización de la ansiedad desde el enfoque Cognitivo de Beck.

Para poder entender la ansiedad, tenemos que en primer lugar revisar el concepto de miedo para así poder diferenciarla de la ansiedad. De acuerdo con Clark et al. (2012, p. 23) “el miedo es una estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente para la seguridad física o psíquica de un individuo”; mientras que la ansiedad la definen como:

Un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (Clark et al., 2012, p. 23).

Entonces, se puede resumir que, el miedo es un suceso de cogniciones automáticas al experimentar un estímulo vital amenazante, este es el encargado de proteger a la persona activando conductas de respuesta: lucha o huida. Por otro lado la ansiedad, es la respuesta conductual, cognitiva, fisiológica y afectiva al miedo anticipado, es la interpretación errónea de una situación vista como amenazante.

Generalmente la ansiedad aparece en situaciones de la vida cotidiana cuando hay presión, demandas o estrés. (Clark et al., 2012). Más adelante, en el punto 2.1 se explica la diferencia entre la ansiedad que se presenta en la vida cotidiana y la ansiedad clínica.

Casi todos los estudios sobre ansiedad concuerdan sobre la existencia de distintos subtipos de ansiedad y los agruparon como: trastornos de ansiedad. (Clark et al., 2012).

De acuerdo con Arenas et al. (2009) actualmente los trastornos de ansiedad afectan entre 2 a 3 veces más a mujeres en edad fértil que al sexo masculino. A propósito de la

pandemia por Covid-19, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (2022) la prevalencia de la ansiedad aumentó un 25% a nivel mundial.

2.1 Ansiedad clínica

En el libro titulado “*Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*” de Clark y Beck publicado en 2012, se proponen 5 criterios para distinguir los estados de ansiedad mal adaptativa que requiere una intervención clínica de una ansiedad vivida cotidianamente por sucesos estresantes que se dan en la vida misma. Los autores mencionan que no es imprescindible que todos los criterios se cumplan pero que para la ansiedad clínica se espera que la mayoría de características se encuentren presentes.

1. Cognición disfuncional

La cognición disfuncional tiene relación con los esquemas cognitivos, por tanto creencias y errores en el procesamiento de la información (revisados en el capítulo 1). Al tener pensamientos desadaptativos, automáticos y rígidos sobre la amenaza, se produce en el sujeto un miedo desmesurado e incongruente con la situación. (Clark et al., 2012).

Por ejemplo, estar en un campo abierto y solitario y ver un caballo aproximándose rápidamente hacia uno sin intenciones de detenerse, es una situación en la que el miedo es perfectamente entendible y “sano” que aparezca, pero si en un desfile se ve a un caballo con su jinete haciendo un show y uno como espectador deduce que el caballo va a botar al jinete, se va a salir del show y lo va a elegir a uno entre tanta gente para patearlo y posiblemente dejarlo en el suelo podríamos pensar que existe un error en el procesamiento de la información del sujeto, es decir, una cognición disfuncional.

2. Deterioro del funcionamiento

Este punto tiene que ver con la afectación de la ansiedad en la vida cotidiana. Se debería buscar ayuda profesional cuando la ansiedad obstaculice tener una vida satisfactoria y plena, cuando no se pueda disfrutar de cosas de la vida diaria por la ansiedad que provoque una situación. (Clark et al., 2012).

Por ejemplo, tras haber sido testigo de un asalto a mano armada, la persona evita a toda costa salir de su domicilio por miedo a ser víctima de la delincuencia también. Pide comida a domicilio, realiza compras de artículos del hogar a través de aplicaciones que dejan los productos en la puerta de su casa, ya no se reúne con amigos ni familiares, incluso está teniendo problemas en el trabajo porque se le menciona que ya no puede realizar teletrabajo. Esta ansiedad está obstaculizando el desempeño del sujeto en sus funciones diarias, en las actividades laborales, relacionales e incluso sociales.

3. Persistencia

Es necesario ir donde un especialista si tan solo con pensar en ese objeto o situación se produce preocupación excesiva, palpitaciones, sudoración, rechazo, resistencia. Es apropiado recordar que la ansiedad es una respuesta adelantada a una futura amenaza, antes de que se lleve a cabo y la persistencia tiene que ver con la presencia de la ansiedad durante un período largo de tiempo. (Clark et al., 2012).

4. Falsas alarmas

Las falsas alarmas hacen referencia a este miedo y ansiedad sin necesidad de que estímulo se encuentre presente. Tiene que ver con sentirse angustiado con la ausencia del estímulo temido o con la presencia mínima de este. (Clark et al., 2012).

5. Hipersensibilidad a los estímulos

Supongamos que un paciente experimenta miedo y ansiedad ante la presencia de sangre. La hipersensibilidad se evidenciaría si al ver una aguja para extraer sangre o tubos para la recolección de sangre sin sangre, este sujeto respondería con la misma intensidad como si viera a su objeto temido, la sangre. Entonces, se podría decir que la ansiedad y el miedo se hacen presentes ante un abanico de situaciones que no son una real amenaza.

Las personas que no necesitan atención profesional con respecto a la ansiedad, no están alerta a los estímulos que consideran amenaza con relación a los pacientes con ansiedad clínica, estos últimos presentan más sensibilidad a los estímulos negativos, como consecuencia se tiene que la ansiedad esté con mayor prevalencia en sus vidas.

Incluso, las conductas de lucha y huida, que son conductas que se activan automáticamente cuando la persona siente miedo, en pacientes no clínicos se demora más en activarse lo que hace que la persona disponga de más tiempo para evaluar la situación y responder con procesos cognitivos más apropiados. (Clark et al., 2012).

2.2 Modelo cognitivo de la ansiedad

El modelo cognitivo, tanto para la ansiedad como para la depresión se basa en la siguiente premisa: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento” . (Clark et al., 2012, p. 67). Con esta premisa se pretende que las personas sean conscientes de que la forma en cómo se piensa afecta al estado de ánimo, y no que sea una situación la que determine el estado anímico de una persona. “Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos”. (Clark et al., 2012, p. 68)

Para entender el modelo cognitivo de la ansiedad, se debe asentar las bases en la vulnerabilidad, vulnerabilidad descrita por Beck en 1985 (p.69) “como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que

carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad”. En la ansiedad clínica se incrementa la sensación de vulnerabilidad debido a los errores de procesamiento de la información. Este incremento en la sensación de vulnerabilidad, hace que la persona tenga valoraciones exageradas y sesgadas de la situación amenazante, lo que a su vez impide receptar las señales seguras de la situación haciendo que disminuya su capacidad de elaborar una respuesta adecuada de lucha o huida.

Una ansiedad elevada tiene que ver con una alta probabilidad de gravedad de la amenaza y un bajo afrontamiento y seguridad. Una ansiedad baja se relaciona con probabilidad de gravedad de la amenaza disminuida y un elevado afrontamiento y seguridad. Mientras que la ansiedad moderada no tiene ni alto ni baja la probabilidad de gravedad de la amenaza ni el afrontamiento y la seguridad. (Clark et al., 2012).

Clark y Beck (2012) describen ciertos principios básicos para el modelo cognitivo que serán descritos a continuación:

Valoraciones exageradas de la amenaza

Este principio es automático y guarda relación con evaluar la situación, es el primer pensamiento que se tiene frente a una amenaza. Una persona con ansiedad clínica evaluará la amenaza de una manera muy exagerada y desmesurada.

Se propone el siguiente ejemplo: una persona que tiene miedo a las arañas se encuentra de visita en una casa, a lo lejos logra ver una tela de araña, en ese momento empieza a sentir taquicardia, no puede respirar y siente que se queda paralizado. Estos síntomas y signos son producto de esta primera evaluación que realizó el sujeto con respecto a la amenaza detectada.

Mayor indefensión

Se da simultáneamente que el principio anterior, la persona con ansiedad clínica no se cree capaz de manejar el miedo, es por eso que se crea mayor indefensión ante la amenaza detectada.

Siguiendo con el ejemplo anterior, la persona no se siente con la capacidad para afrontar a una araña. Sin importar que lleve consigo un ahuyentador de insectos en aerosol va a creer que no es capaz de manejar el miedo.

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad

El sujeto tiende a ignorar o pasar por alto toda información o estímulo que sea incoherente con la reducción del peligro detectado, es decir, no toma en cuenta información existente que reduciría el miedo y la ansiedad que le produce la situación.

Para continuar con nuestro ejemplo descrito en los puntos anteriores, un procesamiento inhibido de la información es que el sujeto ignore que donde vio la telaraña fue en la parte de atrás de una bodega y que ahora se encuentra en el dormitorio de un recién nacido donde todo se encuentra limpio y esterilizado.

Deterioro del pensamiento automático y estratégico

Mientras una persona está sufriendo de ansiedad, sus pensamientos reflexivos no funcionan de la manera en la que deberían, esto implica que el pensamiento deductivo no es tan rápido, es ilógico y requiere de mayor esfuerzo y tiempo. El no poder acceder al pensamiento deductivo contribuye a que la ansiedad permanezca.

El sujeto que presenta temor a las arañas tendrá dificultad para acceder al pensamiento deductivo lo que implicará que la ansiedad se manifieste por un periodo más largo de tiempo.

Procesos auto-perpetuantes

Los autores lo asemejan a un círculo vicioso donde en el episodio de ansiedad, primero la persona es consciente de lo que piensa y de lo que siente. Por ejemplo, “esta casa debe estar llena de arañas gigantes que me pueden picar y me puedo morir con su veneno letal”, además de sentir que la respiración y el pulso se aceleran, que empieza a temblar, a tartamudear, etc. Segundo, es el actuar en el momento de ansiedad que pone nerviosa a la persona, es decir a parte de los síntomas, signos y pensamientos que está teniendo el sujeto en el momento de ansiedad se añade el que se piensa que no tiene que gritar, que no tiene que verse nervioso, tiene que controlar su reacción.

Primacía cognitiva

El meollo de la ansiedad se encuentra en los esquemas de pensamiento exagerados y desproporcionados que indican que el sujeto está ante un peligro inminente.

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad

No todos los casos de ansiedad tienen la misma etiología, existen factores médicos como la alteración en la fisiología del sistema nervioso, hereditarios o culturales que hacen que una persona sea más vulnerable a tener procesamientos de la información distorsionados que conduzcan a la ansiedad.

Para resumir, el modelo cognitivo de la ansiedad presenta varios principios descritos con anterioridad, ellos dan cuenta de que existen dos momentos claves: la respuesta inmediata al miedo y la etapa de determinar si la ansiedad persiste o culmina (pensamiento reflexivo). Estos momentos se dan al mismo tiempo y están interconectados entre sí.

2.3 Pensamiento automático y estratégico

Tanto el pensamiento automático como el pensamiento estratégico están presentes en la ansiedad y se diferencian el uno del otro en ciertas características de acuerdo con Clark et al., (2012). El pensamiento estratégico necesita de más esfuerzo, es decir de bastante procesamiento atencional y de elevados niveles de procesamiento cognitivo, en cambio el pensamiento automático requiere un mínimo de procesamiento atencional y un disminuido nivel de procesamiento cognitivo; el pensamiento automático se caracteriza por ser involuntario y no intencionado mientras el estratégico es voluntario e intencionado; el pensamiento estratégico es consciente, por lo tanto es un poco más lento pero regulable y es el encargado de llevar a cabo las tareas que son completamente nuevas, que no se las ha realizado con anterioridad, por otro lado el pensamiento automático, es todo lo contrario, es preconciente, rápido y está presente en las actividades cotidianas.

McNally en 1995 aseguraba que, el procesamiento de la información no es dicotómico, en otras palabras, no es solo automático ni solo estratégico sino que es una mezcla de ambos. Añadido a esto, el autor creía en que la característica fundamental de los estados ansiosos de una persona era la involuntariedad del pensamiento automático en la preconcencia.

En pocas palabras, como se ha mencionado con anterioridad existen dos momentos claves del modelo cognitivo de la ansiedad. Durante el primer momento, el pensamiento automático tiene protagonismo ya que se encarga de valorar la amenaza; en el segundo momento, el pensamiento estratégico es el que reevaluará la amenaza, se encargará de buscar los recursos de afrontamiento y la información relativa a la seguridad.

2.4 Ansiedad en profesionales de cuidados paliativos

Los profesionales de la salud que trabajan en contacto directo con pacientes y familiares de pacientes paliativos, se encuentran bajo un marco de situaciones de estrés, de personas que sufren con enfermedades incurables, de emergencias, de síntomas incontrolables, de rotaciones de turnos, de duelos y preocupaciones que los hacen más vulnerables a estar en riesgo de adolecer trastornos relacionados a la salud mental.

Con esto se evidencia que el equipo médico no está exento a desarrollar algún tipo de trastorno, sino se pretende evidenciar que la alta responsabilidad que tienen enfermeros, doctores, trabajadores sociales y psicólogos puede desencadenar en una ansiedad patológica ya que en el momento en el que “la vida de las personas que atiende el personal de salud está en riesgo, se tiene que reaccionar con agilidad y destreza exigiendo estas situaciones al personal de salud poner en marcha sus cualidades y capacidades para enfrentar estas situaciones.” (Del Pilar, 2020, p.5).

Gómez et al, en el 2015 (p.1) realizaron un estudio sobre la ansiedad, la depresión y el malestar emocional en profesionales de cuidados intensivos en un hospital de España, ellos encontraron que “trabajar a diario en contacto con el sufrimiento y la muerte, en un ambiente con numerosas demandas, puede tener consecuencias sobre la salud mental de los profesionales.”

En Ecuador, el estudio que más se asemeja es el de Parco en el 2021. Ellos investigaron la “Incidencia de síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en el personal sanitario que atienden pacientes con Covid 19 en Quito-Ecuador”. Hallando que el “63% presentó síntomas de depresión, 79,3% síntomas de ansiedad y el 63% síntomas de estrés”. (Parco, 2021, p.xiv).

El país no cuenta con cifras actualizadas sobre ansiedad en la población general, mucho menos con cifras en un grupo tan importante pero olvidado como son el equipo de cuidados paliativos. Los últimos datos oficiales que el país posee, provienen de la OPS, 2018 (p.16) donde se indica que “los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante” con el 5.2% de la carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.

CAPÍTULO 3: Aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) por sus siglas en inglés “*Beck Depression Inventory*”, fue creado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en el año de 1961 (Sanz, 2013). Este constaba de 21 preguntas con 4 diferentes opciones de respuesta con el fin de indagar sobre los sentimientos del aplicado durante la última semana y así poder evaluar su depresión, este test fue gratuito. Más tarde, durante 1970, Beck hizo una revisión de su test y entre algunas correcciones modificó el tiempo de evaluación de los síntomas, es decir, ya no solo se evaluaba el sentir de la última semana sino de las dos últimas semanas, esta versión se denominó BDI-IA y ya poseía derechos de autor. La última edición que se utiliza en la actualidad, BD-II fue revisada en 1996, aquí existieron más cambios ya que esta versión se alineó con el DSM-IV para los criterios diagnósticos de la depresión, aumentando y eliminando ítems.

La interpretación para este test es la siguiente: con una puntuación de 0-13 puntos depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada, 29-63 depresión severa.

Para el presente estudio se utilizará el BDI-II adaptación Argentina realizado por Maria Elenena Brenlla y Carolina M. Rodríguez. Esta edición está en castellano, su primera edición fue en 2006. En cuanto a la validez y la fiabilidad del BDI-II adaptación Argentina, se tiene que la consistencia interna: coeficiente de alfa fue de 0.88 para pacientes clínicos y 0.86 para la población en general. Test-retest: coeficiente de Pearson fue de 0.90 en pacientes externos y 0.86 en la población general. Mientras que para la validez externa: validez convergente BDI-II correlacionado con la Escala de Depresión del MMPI-II 0.58, BDI-II correlacionado con La Escala de Depresión de la SCL-90-R 0.81. Validez discriminante, BDII-II correlacionado con La Escala de Ansiedad de la SCL-90-R 0.63. (Brenlla et al,

2009). Resumiendo, la edición argentina del BDI-II tiene resultados psicométricos válidos y confiables para su aplicación.

A pesar de ser un test confiable y válido, las puntuaciones obtenidas pueden estar sesgadas. El test puede arrojar falsas puntuaciones altas si el evaluado marca más síntomas de los que en realidad tiene o a su vez, falsas puntuaciones bajas si se niega síntomas. Por esta razón se recomienda que el evaluador sea cuidadoso al momento de realizar la interpretación ya que los puntajes obtenidos muestran la severidad de la depresión más no un diagnóstico. (Brenlla, 2009).

Con respecto al Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), de igual forma por sus siglas en inglés "*Beck Anxiety Inventory*", fue creado en 1988 por Aaron Beck, Norman Epstein, Gary Brown y Robert A. Steer con el objetivo de medir los síntomas de la ansiedad discriminándolos de la depresión. El inventario consta de 21 ítems. Su puntuación máxima es 63 puntos que vendrían a representar un auto reporte de la intensidad de ansiedad que el evaluado presenta. Existen 4 niveles de ansiedad de acuerdo al inventario: mínimo que comprende de 0 a 7 puntos, leve de 8 a 15 puntos, moderado va de 16 a 25 puntos y por último severo de 26 a 63 puntos.

Según Sanz, (2020) ha existido a lo largo de los años 2 ediciones del BAI, donde en ninguna de ellas se modifica el contenido del inventario. Sin embargo, si han existido algunas adaptaciones al castellano, la que se utilizará en esta disertación será la adaptación propuesta por *Psychological Corporation* quien es la empresa editora el BAI original.

Con respecto a las propiedades psicométricas del BAI, en cuanto a la fiabilidad en consistencia interna es de 0.92 y test retest 0.75. Por otro lado, la validez convergente tuvo un índice de 0.51 con la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton. (Sanz, 2020). El test es confiable y válido de acuerdo a las propiedades psicométrica para poder replicarlo.

3.1 Hipótesis

Los cuidadores de pacientes paliativos, en un contexto de Covid 19, tienen altos niveles de ansiedad y depresión.

3.2 Operacionalización de la investigación

Las variables que se utilizaron en esta investigación fueron depresión y ansiedad. Para precisar la existencia de depresión o ansiedad, el evaluado debe presentar síntomas y signos. Las técnicas que se utilizaron para determinar la presencia (y el grado en el que cada participante se encuentre) o la ausencia de estas variables fueron: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y entrevistas semiestructuradas como se mencionó anteriormente.

3.3 Procedimiento

Esta disertación tuvo un alcance descriptivo ya que muestra e identifica síntomas y signos que el grupo de profesionales del Centro de Cuidados Paliativos Medipalía padeció en el contexto de laborar con pacientes paliativos mientras el mundo atraviesa una pandemia mundial como es el Covid 19, sin dejar de lado los problemas personales de cada profesional.

La metodología fue mixta, es decir, cuantitativa y cualitativa. Las técnicas de recolección de información, fueron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y entrevistas semiestructuradas. Para procesar los datos obtenidos de ambos inventarios se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for Social Science*, en español conocido como Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales o SPSS.

Con respecto al tipo de muestra, el universo fueron todos los hospitales donde

existe la unidad de cuidados paliativos, sin embargo, el lugar elegido fue por conveniencia, ya que hubo la apertura por parte de las autoridades del centro para realizar ahí el estudio.

Los participantes para la presente investigación, fueron voluntarios; añadiendo que son empleados de Medipalia.

3.4 Datos y análisis obtenidos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Tabla 1

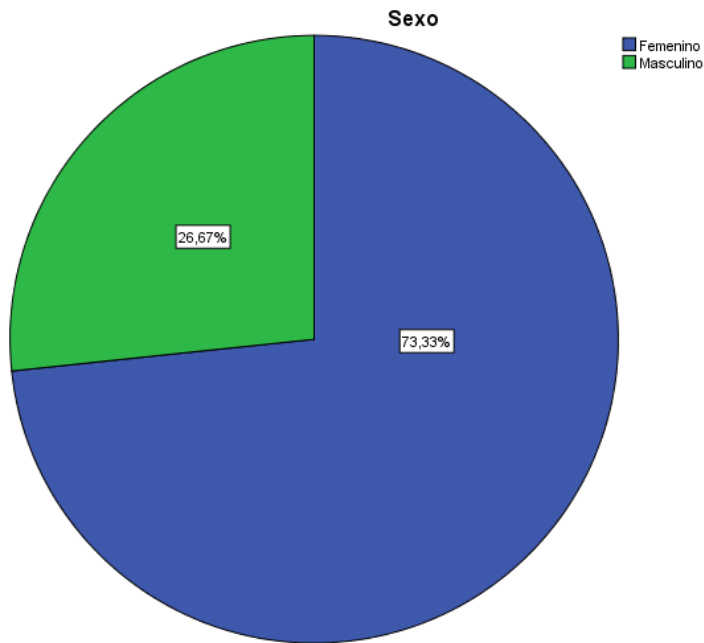
Frecuencia y porcentaje de los encuestados por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Femenino	11	73,3	73,3	73,3
Masculino	4	26,7	26,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. Esta tabla muestra el número de personas encuestadas según su sexo.

Figura 1

Porcentaje de encuestados según su sexo



Nota. Esta figura muestra el porcentaje de encuestados masculinos y el porcentaje de encuestadas femeninas.

El 73.33% de las personas que respondieron el BDI-II fueron de sexo femenino, mientras que el 26.67% restante fueron de sexo masculino. En el Centro de Cuidados Paliativos Medipalia existen más mujeres que están a cargo del cuidado de pacientes paliativos que hombres.

Tabla 2

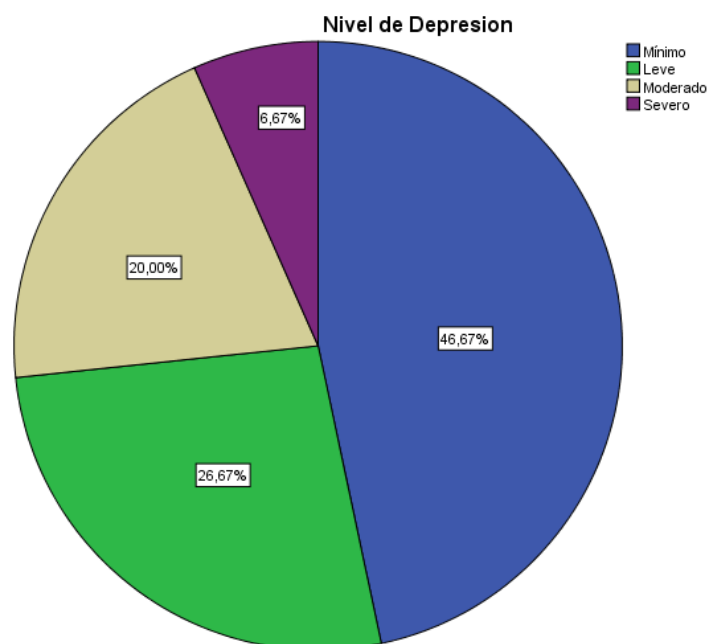
Grados de depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mínimo	7	46,7	46,7	46,7
Leve	4	26,7	26,7	73,3
Moderado	3	20,0	20,0	93,3
Severo	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. Esta tabla muestra en qué grado de depresión se encuentran los participantes.

Figura 2

Porcentaje de los grados de depresión



Nota. Esta figura muestra el porcentaje de depresión en sus diferentes grados.

De los 15 voluntarios, 7 personas tienen depresión mínima lo que equivale al 46.67% del total. El 26.67%, es decir, 4 personas tienen depresión leve, mientras que el test arrojó que 3 personas, el 20% sufre depresión moderada y solo 1 persona que equivale al 6.67% tiene depresión severa. La depresión no es un trastorno que afecte a la mayoría de empleados de Medipalia, sin embargo, existen personas con un alto puntaje en el BDI-II que indica que están pasando por cuadros depresivos importantes que se debería tomar en cuenta.

Tabla 3

Relación entre el nivel de depresión y su estado civil

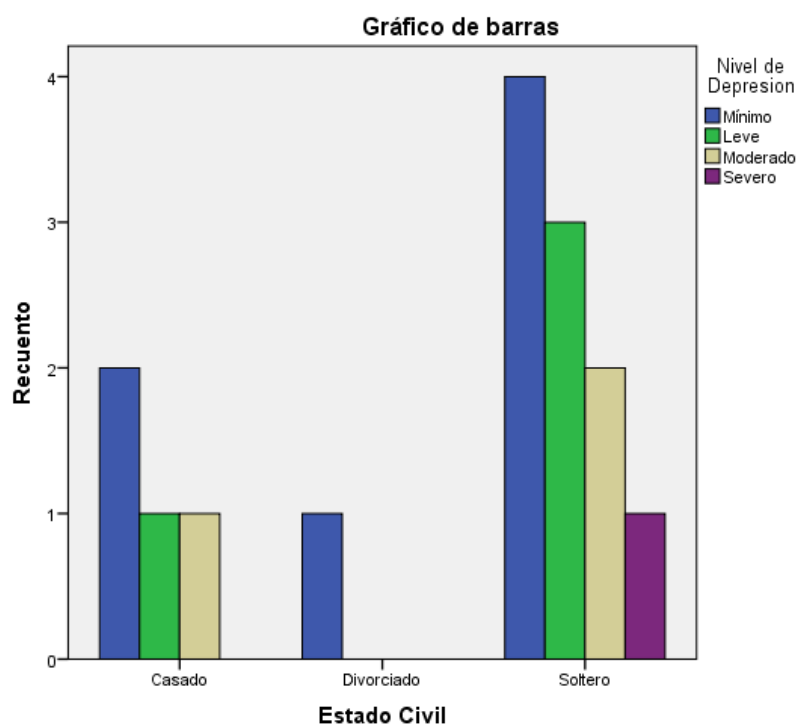
	Nivel de Depresión				Total
	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	
Casado	2	1	1	0	4

Estado Civil	Divorciado	1	0	0	0	1
	Casado	4	3	2	1	10
Total		7	4	3	1	15

Nota. Esta tabla muestra el nivel de depresión de los casados, divorciados y solteros.

Figura 3

Relación entre el nivel de depresión y su estado civil



Nota. La presente figura muestra el nivel de depresión clasificado por su estado civil.

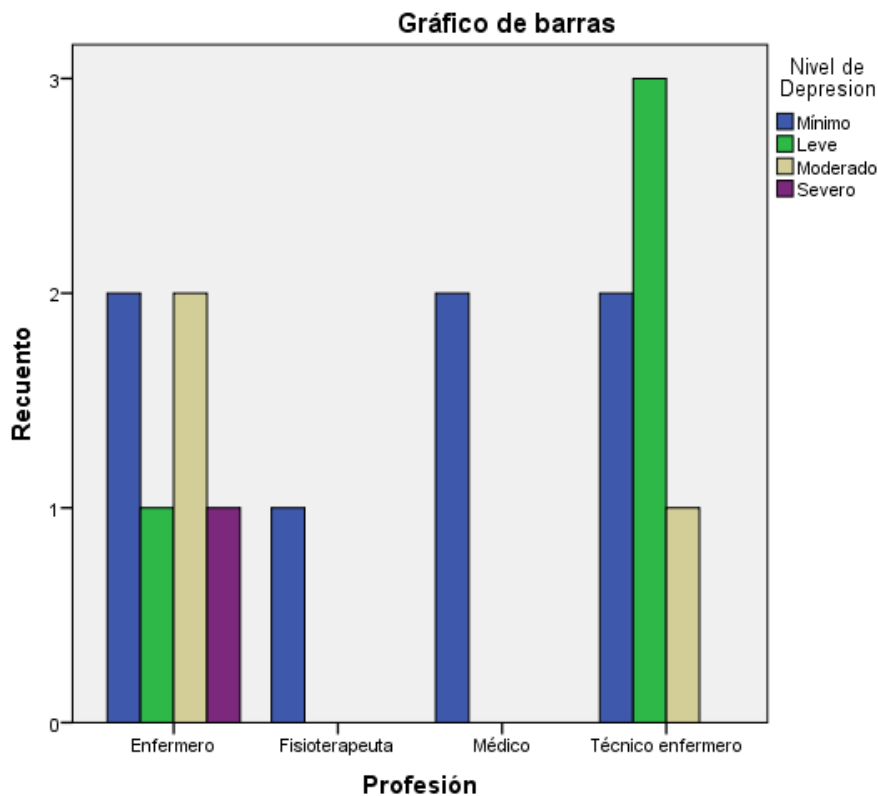
Se puede observar que de los 15 participantes, 10 son solteros, 4 son casados y hay solo 1 divorciado. De los 10 solteros, 4 tuvieron depresión mínima, 3 leve, 2 moderado y 1 severo. El único divorciado tuvo depresión mínima y de los 4 casados, 2 participantes mínima, 1 leve y 1 moderado. Se encontró niveles más altos de depresión en los participantes solteros que en los casados o divorciados.

Tabla 4**Relación entre el nivel de depresión y su profesión**

	Nivel de Depresión				Total
	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	
Profesión Enfermero	2	1	2	1	6
Fisioterapeuta	1	0	0	0	1
Médico	2	0	0	0	2
Técnico enfermero	2	3	1	0	6
Total	7	4	3	1	15

Nota. En esta tabla se puede apreciar las profesiones de los participantes y su nivel de depresión.

Figura 4**Relación entre el nivel de depresión y su profesión**



Nota. El gráfico muestra el nivel de depresión por profesión.

Cuatro profesiones fueron las que participaron en el estudio, 6 enfermeros, 6 técnicos o auxiliares de enfermería, 2 médicos y 1 fisioterapeuta. Los médicos y el fisioterapeuta tienen un grado de depresión mínimo, mientras se observa que los técnicos de enfermería tienen un grado de depresión mínima, leve y moderada. Por otro lado, la profesión de enfermería es la única en la que se llega a un grado de depresión severa. Es oportuno mencionar que los técnicos y los enfermeros son los que cuidan a los pacientes paliativos, los alimentan, los asean, se encargan de las medicinas y de estar con ellos en las actividades que realizan durante el día. Además estas dos profesiones tienen turnos de 12 horas, mientras que médicos y fisioterapeuta de 8 horas.

Tabla 5

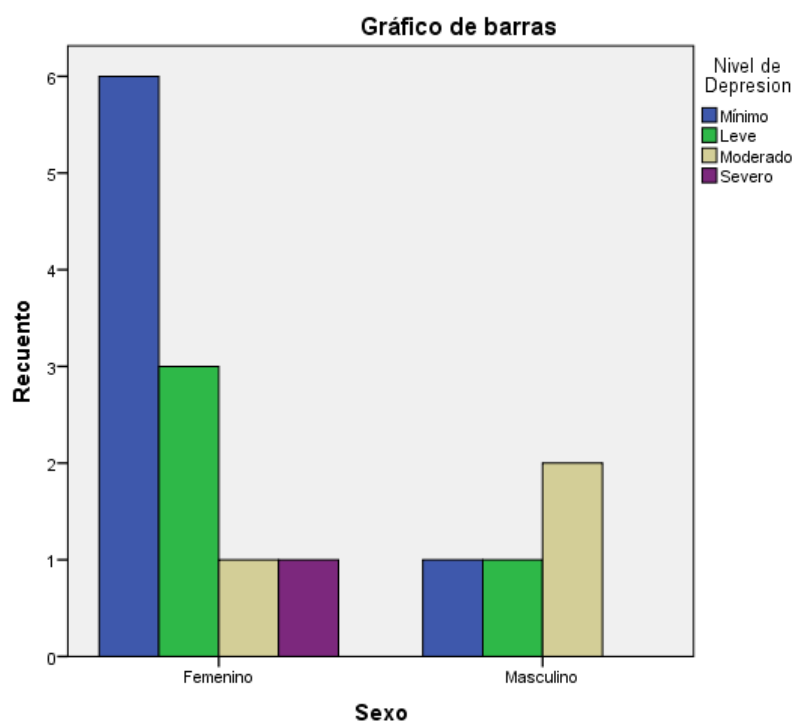
Relación entre el nivel de depresión y su sexo

		Nivel de Depresión				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Severo	
Sexo	Femenino	6	3	1	1	11
	Masculino	1	1	2	0	4
Total		7	4	3	1	15

Nota. La tabla muestra el nivel de depresión de los encuestados en función de su sexo.

Figura 5

Relación entre el nivel de depresión y su sexo



Nota. La figura muestra la relación que existe entre el sexo de los participantes y su nivel de depresión.

Se aprecia que el sexo femenino tiene todos los grados de depresión, el nivel de depresión mínima es el más común entre ellas. El sexo masculino no llega a la depresión severa, sin embargo, se concentran en depresión moderada. No podemos concluir que las

mujeres son las que más grado de depresión tienen ya que no existe la misma cantidad de hombres y mujeres para poder comparar. Esto se debe a que existe una preferencia del sexo femenino en tener un trabajo dedicado al cuidado de pacientes paliativos.

Tabla 6

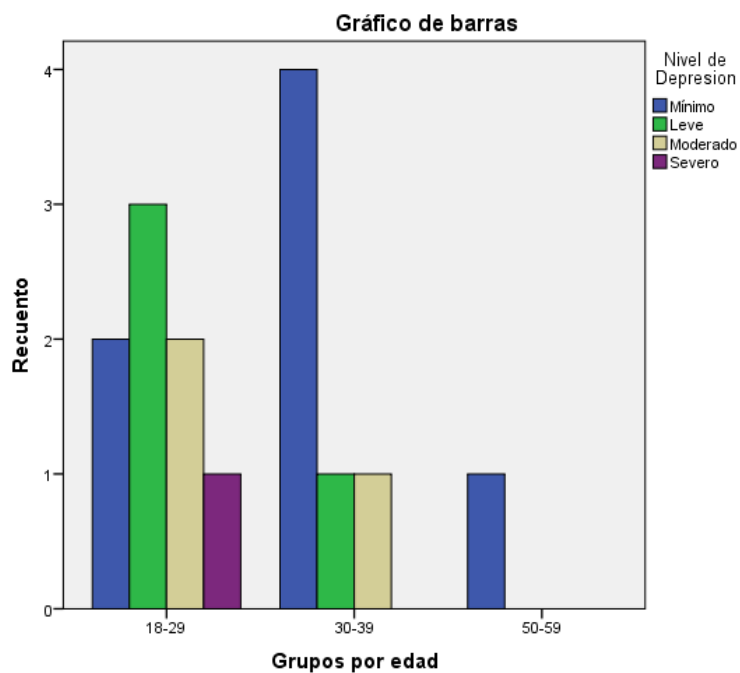
Relación entre el nivel de depresión y rango de edad

		Nivel de Depresión				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Severo	
Grupos por edad	18-29	2	3	2	1	8
	30-39	4	1	1	0	6
	50-59	1	0	0	0	1
Total		7	4	3	1	15

Nota. La tabla muestra el nivel de depresión de acuerdo a rangos de edad.

Figura 6

Relación entre el nivel de depresión y rango de edad



Nota. La figura muestra la relación que existe entre la edad de los participantes y su nivel de depresión.

En el rango de edad de 18 a 29 años se encuentran 8 participantes de los cuales la mayor cantidad tiene un nivel de depresión leve, 2 participantes tienen nivel mínimo, otros 2 participantes nivel moderado y el único participante con depresión severa se encuentra en este rango. En el rango de edad de 30 a 39 años se encuentran 6 participantes, 4 de ellos con nivel de depresión mínimo, 1 con leve y otro con moderada. En este estudio no existen profesionales en el rango de edad de 40 a 49 años pero en el rango de edad de 50 a 59 la única persona tiene un nivel de depresión mínimo. Se puede decir que en el rango de edad de 50 a 59 años se encuentran la menor cantidad de personas que se encargan de atender a los pacientes paliativos en el centro. Mientras que el mayor número de encargados que trabajan en Medipalia en contacto directo con los pacientes se encuentran en el rango de edad de 18 a 29 años.

Tabla 7

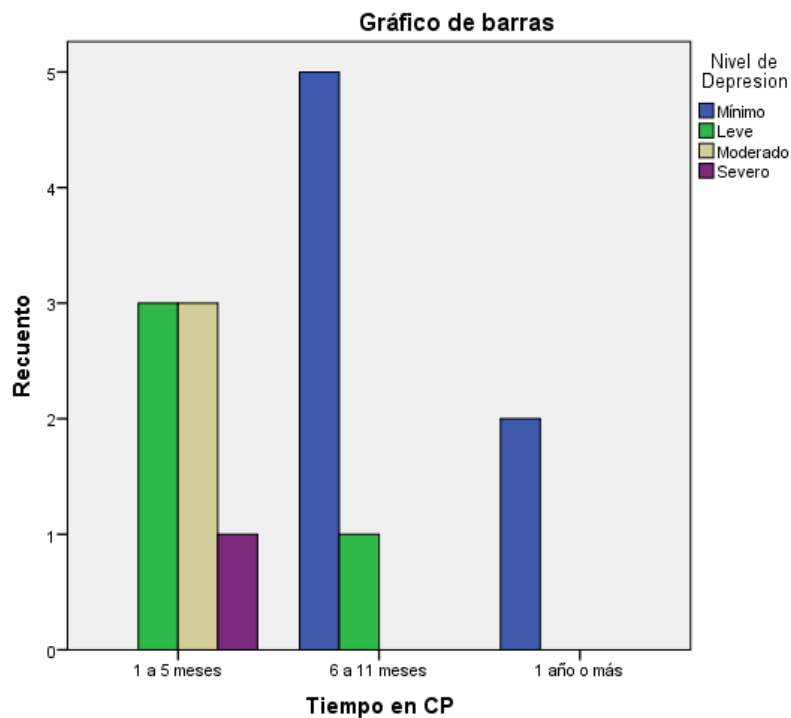
Tiempo dedicado a cuidados paliativos y su nivel de depresión

		Nivel de Depresión				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Severo	
Tiempo en	1 a 5 meses	0	3	3	1	7
CP	6 a 11 meses	5	1	0	0	6
	1 año o más	2	0	0	0	2
Total		7	4	3	1	15

Nota. Esta tabla muestra el tiempo que los encuestados han trabajado con pacientes paliativos dentro o fuera de la institución.

Figura 7

Tiempo dedicado a cuidados paliativos y su nivel de depresión



Nota. Esta figura muestra en gráfico de barras la relación existente entre el tiempo dedicado a cuidados paliativos y su nivel de depresión.

Se puede apreciar que en Medipalía existen 7 personas que son relativamente nuevas trabajando en el área de cuidados paliativos ya que tienen de 1 a 5 meses trabajando con esa población. 6 personas trabajan aproximadamente entre 6 y 11 meses en cuidados paliativos y solo 2 personas ya tienen experiencia de 1 año o más con la población antes mencionada. Se observa que las personas que van menos tiempo trabajando en esta área son las que tienen un grado de depresión leve, moderada y severa sin existir ninguna con un grado mínimo. Los profesionales de 6 a 11 meses de experiencia tienen un grado mínimo y leve de depresión, en su mayoría mínimo, sin existir profesionales con depresión moderada ni severa. Los profesionales con más experiencia en cuidados paliativos tienen un grado de depresión mínima. Al parecer entre menos tiempo se trabaje en la unidad de cuidados paliativos más nivel de depresión se tiene y entre más experiencia se tenga en cuidados paliativos menos grado de depresión se muestra.

Tabla 8

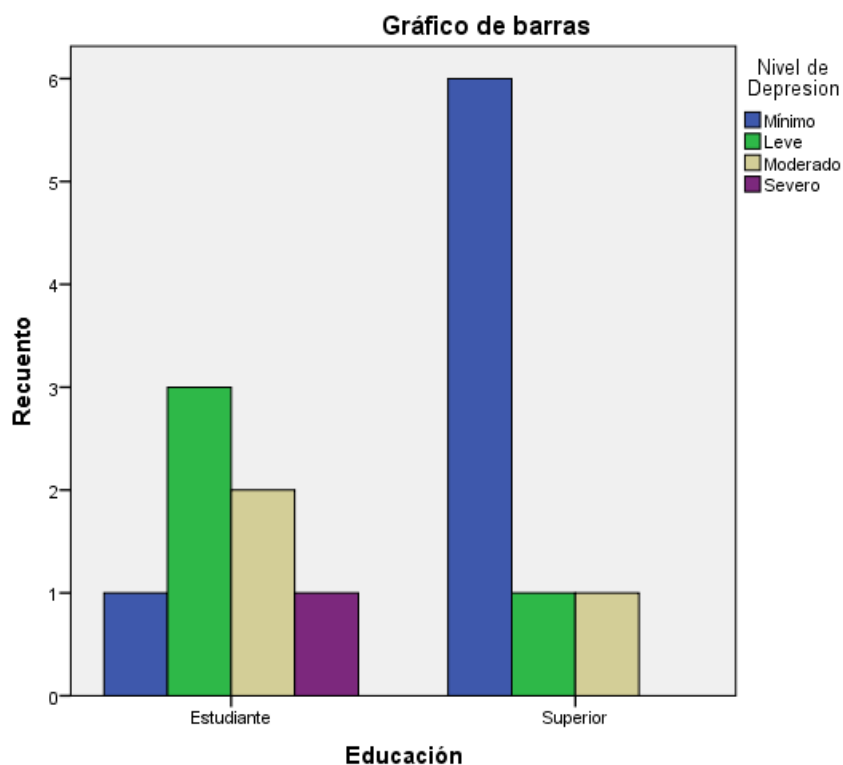
Relación entre el nivel de depresión y la educación de los participantes

	Nivel de Depresión				Total
	Mínimo	Leve	Moderado	Severo	
Educación Estudiante	1	3	2	1	7
Superior	6	1	1	0	8
Total	7	4	3	1	15

Nota. La tabla muestra el nivel de educación y su relación con en el nivel de depresión.

Figura 8

Relación entre el nivel de depresión y la educación de los participantes



Nota. La presente figura muestra la relación que existe entre la educación de los encuestados y su nivel de depresión.

En el Centro de Cuidados Paliativos Medipalía trabajan profesionales y practicantes de últimos años de las carreras de enfermería y técnicos de enfermería. De los participantes

del estudio, 8 personas trabajan ya con su título profesional mientras 7 personas aun cursan estudios para obtener su título de tercer nivel. Los aun estudiantes tienen niveles de depresión en todos sus grados, depresión leve es en su mayoría, seguida por depresión moderada y en tercer lugar con el mismo número de personas se encuentra la depresión mínima y severa. Por otro lado, la gran mayoría de profesionales con educación superior tienen un grado de depresión mínima, sin embargo, existe un solo profesional con depresión leve y otro con depresión moderada. Ningún cuidador de pacientes paliativos con educación superior mostró un nivel de depresión severa. Aparentemente, el haber culminado una carrera tiene relación con tener niveles más bajos de depresión.

Tabla 9

Puntaje ítem 2 y 9 potencial de suicidio

Ítem2	Ítem9
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	0
0	1
0	0
0	1
1	0
2	1
1	0
1	0

Nota. Esta tabla muestra el puntaje directo de las ítems 2 y 9.

En el BDI-II se evalúa el potencial de suicidio mediante el ítem 2 que explora el pesimismo y el ítem 9 que explora los pensamientos o deseos suicidas. Si la puntuación es de 3 puntos en los 2 ítems, el evaluador debe estar alerta por el riesgo suicida que se presenta. En este caso ningún participante puntuó 3 en ninguno de los 2 ítems, lo que indica que en este grupo no hay potencial de suicidio. Sin embargo, existe un participante que puntuó 2 en pesimismo y 1 en pensamientos o deseos suicidas, su puntaje en todo el test es de 23 lo que indicaría un nivel de depresión moderado.

Tabla 10

Puntaje ítem 16 cambios en los hábitos del sueño y 18 cambios en los hábitos del apetito

Ítem16	Ítem18
1	1
2	1
0	0
1	0
1	0
2	1
1	0
2	0
3	1
0	3
0	0
2	2
2	1
1	1
2	2

Nota. La tabla muestra el puntaje directo de los ítems 16 y 18.

El manual de interpretación de BDI-II dice que se tiene que poner atención en el ítem 16 que explora los cambios en los hábitos del sueño y en el ítem 18 que evalúa los cambios en los hábitos del apetito ya que si el evaluado elige la máxima puntuación que sería de aumento o

disminución considerable, el evaluador tendría que considerarlo para una evaluación diagnóstica. En el presente estudio 2 personas contestaron con puntaje máximo pero solo en uno de los dos ítems a tomar en cuenta. Las dos personas tienen grado de depresión leve.

3.5 Datos y análisis obtenidos del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Tabla 11

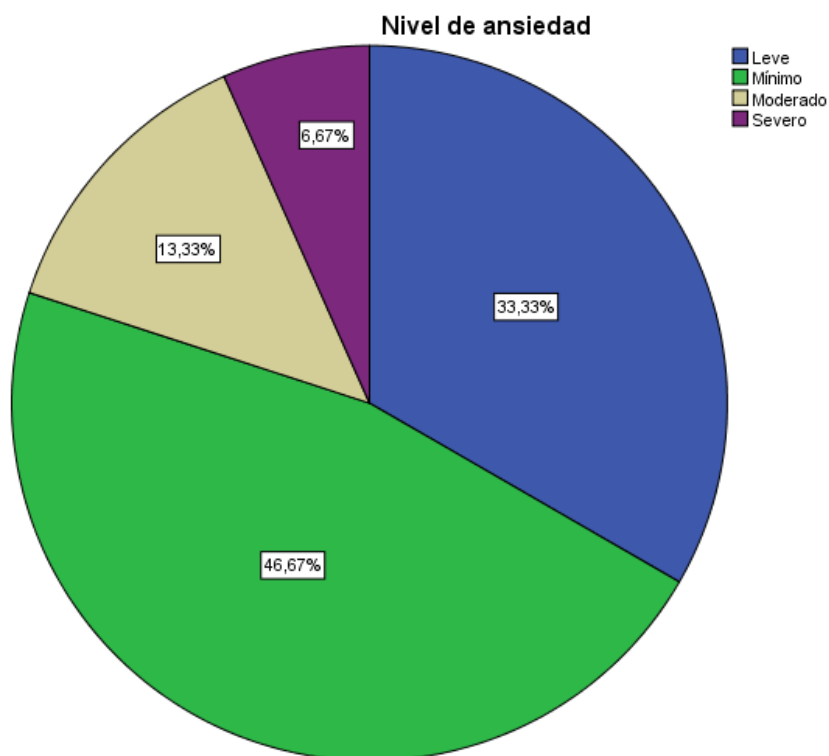
Niveles de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Leve	5	33,3	33,3	33,3
Mínimo	7	46,7	46,7	80,0
Moderado	2	13,3	13,3	93,3
Severo	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla muestra la frecuencia y el porcentaje de los niveles de ansiedad presentado por los participantes.

Figura 9

Porcentaje de los niveles de ansiedad



Nota. En la figura se observa el porcentaje de los niveles de ansiedad

De los 15 evaluados, ansiedad mínima tuvieron el 46.7%, es decir 7 personas, seguida por ansiedad leve con 5 personas que representan el 33.3%, el 13.3% presentan ansiedad moderada con 2 personas y por último 1 persona que vendría a ser el 6.7% presentó ansiedad severa. Se puede decir que en esta población existe en su mayoría un grado de ansiedad mínima, sin descuidar que existe una cantidad más pequeña de personas que tienen grados más elevados de ansiedad.

Tabla 12

Relación entre el nivel de ansiedad y la profesión

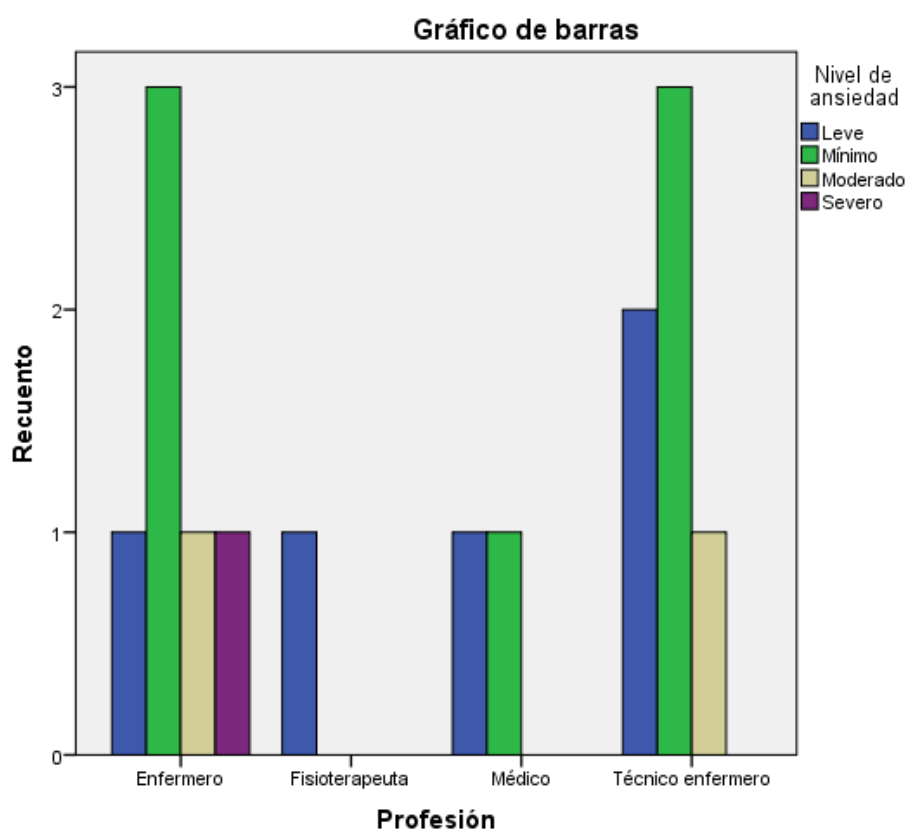
	Nivel de ansiedad				Total
	Leve	Mínimo	Moderado	Severo	
Profesión Enfermero	1	3	1	1	6
Fisioterapeuta	1	0	0	0	1

Médico	1	1	0	0	2
Técnico enfermero	2	3	1	0	6
Total	5	7	2	1	15

Nota. La tabla indica la relación existente entre el nivel de ansiedad y la profesión.

Figura 10

Relación entre el nivel de ansiedad y la profesión



Nota. En la figura se aprecia el nivel de ansiedad según la profesión.

En la tabla se observa que los enfermeros y los técnicos enfermeros son los que tienen niveles más altos de ansiedad que los médicos y fisioterapeutas. La profesión de enfermería tiene todos los niveles de ansiedad, fisioterapeuta tiene nivel leve, médicos tienen nivel leve y mínimo, mientras que los técnicos de enfermería se encuentran entre leve, mínimo y moderado. Es importante recalcar que quienes atienden todas las necesidades de los pacientes

paliativos son enfermeros y técnicos enfermeros, esto puede ser un factor que incida en la ansiedad de los mismos.

Tabla 13

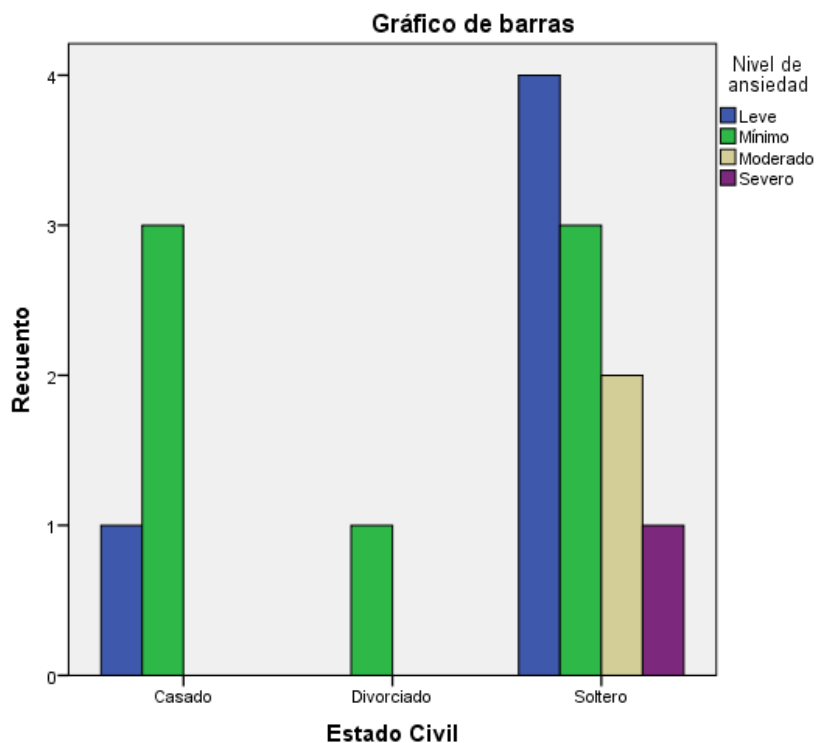
Relación entre el nivel de ansiedad y el estado civil

		Nivel de ansiedad				Total
		Leve	Mínimo	Moderado	Severo	
Estado Civil	Casado	1	3	0	0	4
	Divorciado	0	1	0	0	1
	Soltero	4	3	2	1	10
Total		5	7	2	1	15

Nota. Se aprecia en la tabla el nivel de ansiedad de los participantes clasificados por su estado civil.

Figura 11

Relación entre el nivel de ansiedad y el estado civil



Nota. La figura muestra los participantes casados, solteros y divorciados y su nivel de ansiedad.

En la tabla y la figura se lee que existen tres tipos de estado civil entre los participantes: 10 solteros, 4 casados y 1 divorciado. Los participantes solteros presentan todos los tipos de ansiedad, los casados muestran hasta ansiedad mínima y por último el participante divorciado muestra ansiedad mínima. Al parecer los solteros son los profesionales que más optan por ser cuidadores de pacientes paliativos y al mismo tiempo quienes tienen niveles más altos de ansiedad.

Tabla 14

Relación entre el nivel de ansiedad y el sexo

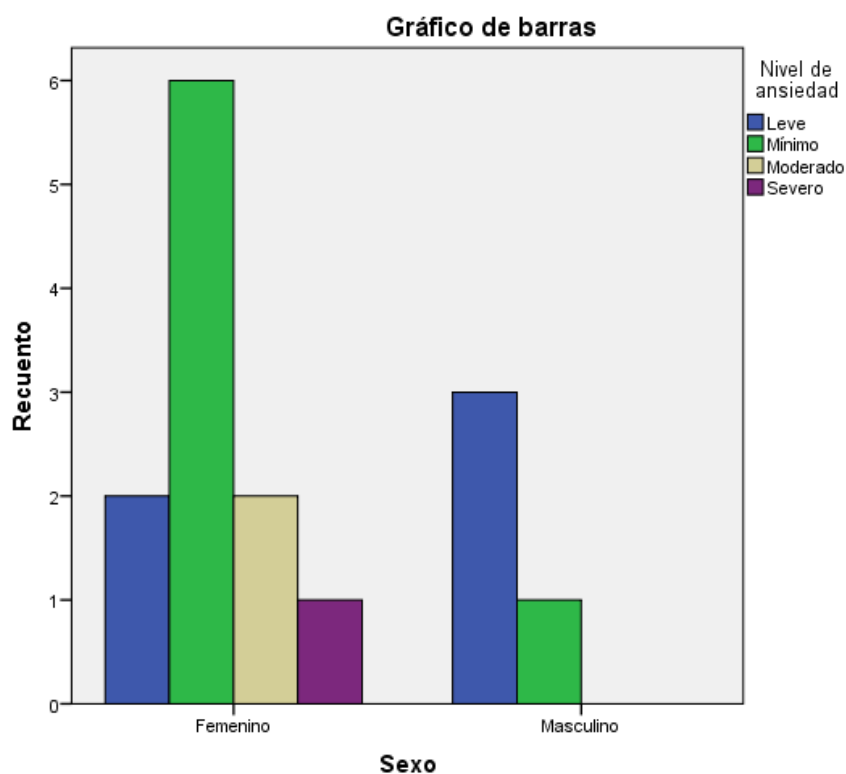
		Nivel de ansiedad				Total
		Leve	Mínimo	Moderado	Severo	
Sexo	Femenino	2	6	2	1	11

Masculin					
o	3	1	0	0	4
Total	5	7	2	1	15

Nota. La tabla indica el nivel de ansiedad de los participantes de hombres y mujeres.

Figura 12

Relación entre el nivel de ansiedad y el sexo



Nota. La figura muestra el nivel de ansiedad de los hombres y mujeres participantes.

En la tabla 14 y figura 12 presentadas con anterioridad, se aprecia que en el estudio participaron 11 mujeres y 4 hombres. El sexo femenino presentó todos los niveles de ansiedad mientras el sexo masculino presentó ansiedad leve y mínima. En el centro Medipalía trabajan más mujeres que hombres y no se puede realizar una comparación de cual de los dos sexos presentan niveles más altos de ansiedad debido a que la muestra no es igual.

Tabla 15

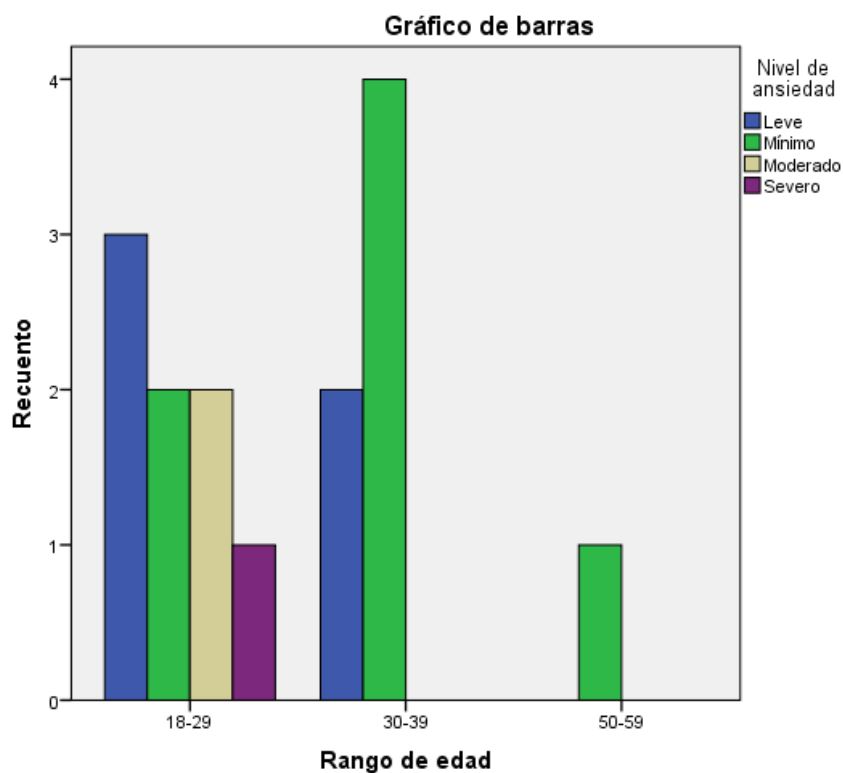
Relación entre el nivel de ansiedad y la edad

	Nivel de ansiedad				Total
	Leve	Mínimo	Moderado	Severo	
Rango de edad 18-29	3	2	2	1	8
30-39	2	4	0	0	6
50-59	0	1	0	0	1
Total	5	7	2	1	15

Nota. La tabla muestra el grado de ansiedad de acuerdo a la edad.

Figura 13

Relación entre el nivel de ansiedad y la edad



Nota. En la figura se observa el gráfico de barras sobre el nivel de ansiedad y el rango de edad de los participantes del estudio.

Se clasificó en cuatro rangos de edad a los participantes. El primer rango va desde los 18 a los 29 años, aquí se encuentran 8 personas de las cuales 3 presentan un nivel de

ansiedad leve, 2 mínimo, 2 moderado y 1 severo; este rango de edad es el único que presenta un nivel de ansiedad severo por lo tanto, el único que tiene todos los niveles de ansiedad. El segundo rango de edad oscila entre los 30 y 39 años; 2 participantes mostraron ansiedad leve y 4 de ellos ansiedad mínima. El tercer rango va desde los 40 a los 49 años sin ningún participante comprendido entre esta edad. Por último, el cuarto rango de edad de 50 a 59 años se encuentra solo un participante con un nivel de ansiedad mínima.

Tabla 16

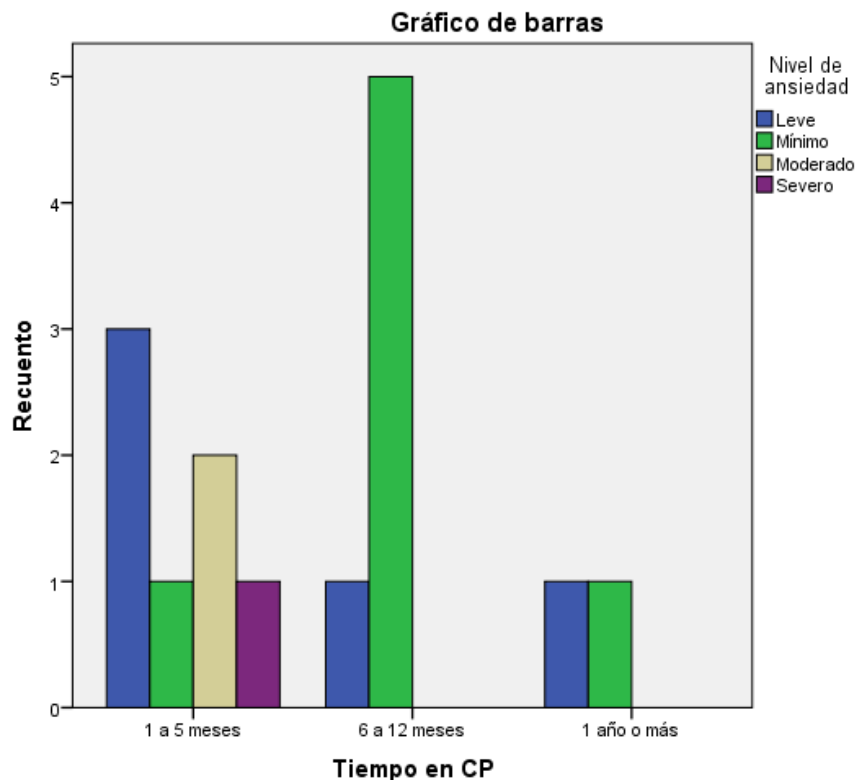
Relación entre el nivel de ansiedad y el tiempo que han dedicado a cuidados paliativos

	Nivel de ansiedad				Total	
	Leve	Mínimo	Moderado	Severo		
Tiempo en CP	1 a 5 meses	3	1	2	1	7
	6 a 12 meses	1	5	0	0	6
	1 año o más	1	1	0	0	2
Total		5	7	2	1	15

Nota. En la tabla se observa la relación existente entre el tiempo que los participantes han dedicado a cuidados paliativos y el nivel de ansiedad que poseen.

Figura 14

Relación entre el nivel de ansiedad y el tiempo que han dedicado a cuidados paliativos



Nota. La figura muestra el tiempo que han dedicado a cuidados paliativos y el nivel de ansiedad de los participantes tienen.

Tanto la figura como la tabla muestran por grupos el tiempo en que los cuidadores se han dedicado a ejercer en el área de cuidados paliativos. Se separó por 3 grupos. En el primero están los participantes que han estado en el área de 1 a 5 meses, aquí se hallan 7 personas entre las cuales presentan todos los niveles de ansiedad. En el segundo grupo se encuentran los participantes que han ejercido entre 6 y 12 meses, son 6 que tienen entre ansiedad leve pero en su gran mayoría ansiedad mínima. Y por último los 2 participantes que se han dedicado a paliativos por más de 1 año se encuentran de igual manera entre ansiedad leve y mínima. Al parecer las personas que llevan menos tiempo trabajando en el área tiene mayores niveles de ansiedad.

3.6 Datos y análisis de las encuestas semiestructuradas

Pregunta 1: ¿Cómo se describiría así mismo?

Tabla 17

Frecuencia y porcentaje de la visión acerca de sí mismo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Visión negativa	2	13,3	13,3	13,3
Visión positiva	10	66,7	66,7	80,0
Visión positiva y negativa	3	20,0	20,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla muestra el porcentaje y la frecuencia de las respuestas con visión positivas, negativas y mixtas para la primera pregunta.

Figura 15

Porcentaje de las respuestas acerca de la visión sobre sí mismo



Nota. La figura muestra el porcentaje de respuestas para los diferentes tipos de visiones

Para la primera pregunta de la entrevista semiestructurada que se tuvo con cada uno de los participantes, se empezó por pedir una descripción acerca de el o ella para identificar cómo el participante se ve a sí mismo. De las 15 respuestas que se obtuvieron, se pudo clasificar en tres grupos generales: visión positiva, visión negativa y visión positiva y negativa en una sola respuesta. El 66.67% de los entrevistados se describieron con adjetivos positivos, dando una visión positiva de ellos mismos. El 13.33% dieron una respuesta con rasgos negativos sobre ellos mismos, denotando una visión negativa. Mientras el 20% al momento de describirse dieron rasgos positivos y negativos al mismo tiempo.

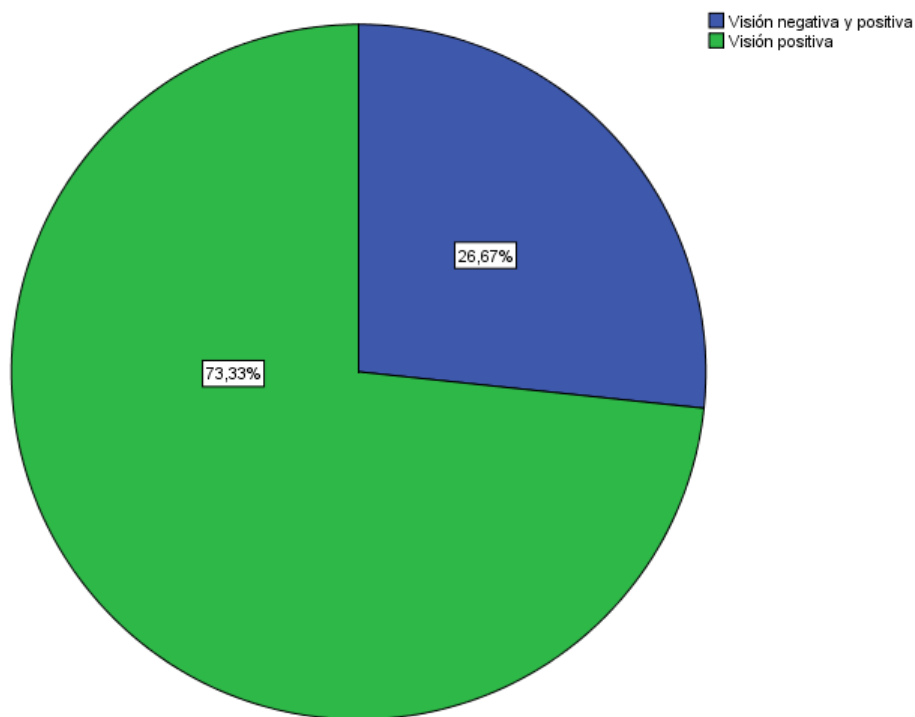
Pregunta 2: ¿Cuál es su percepción en su rol de madre/padre, hijo, esposa/o, enfermero/fisioterapeuta/doctor/técnico enfermero?

Tabla 18
Frecuencia y porcentaje de sus diferentes roles

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Visión negativa y positiva	4	26,7	26,7	26,7
Visión positiva	11	73,3	73,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla demuestra el número de participantes que dieron una visión positiva, negativa o ambas a la pregunta número 2.

Figura 16
Porcentaje de las respuestas de su desempeño en sus diferentes roles



Nota. En la presente figura se observa el porcentaje de participantes que respondieron con una visión positiva y una visión positiva y negativa.

La pregunta número dos fue la encargada de explorar la visión acerca sí mismo, se preguntó la percepción en sus diferentes roles como ser humano (madre, padre, hijo, profesional). El 73.33% tuvo una visión positiva en sus diferentes roles. El 26.67% de los entrevistados tuvieron una visión positiva en ciertos roles y en otros una visión negativa. De los 15 participantes ninguno tuvo una visión negativa en todos los roles que desempeña.

Pregunta 3: ¿Cuáles son sus expectativas a nivel personal, familiar y laboral en un futuro?

Tabla 19

Frecuencia y porcentaje de la visión acerca del futuro

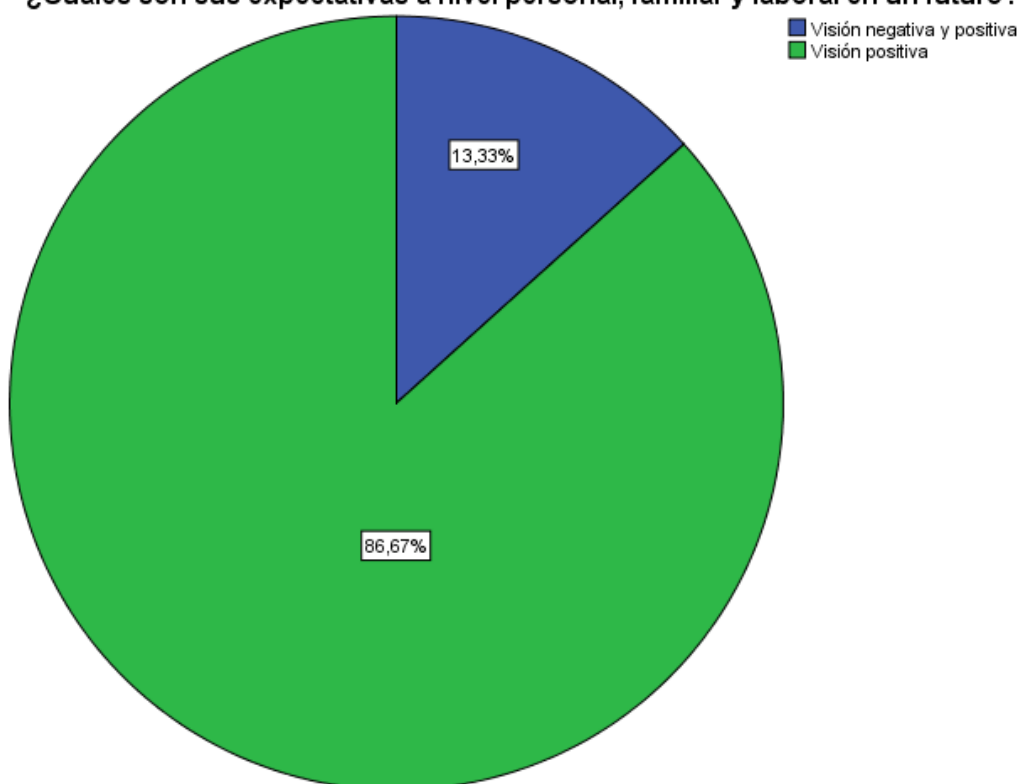
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Visión negativa y positiva	2	13,3	13,3	13,3
Visión positiva	13	86,7	86,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. Se observa en la tabla el recuento de las respuestas de visión positiva, negativa y mixta de los participantes.

Figura 17

Porcentaje de las respuestas de la visión acerca del futuro

¿Cuáles son sus expectativas a nivel personal, familiar y laboral en un futuro?



Nota. El gráfico circular muestra el porcentaje de respuestas con visión positiva, negativa y mixta.

En la tabla 19 y figura 17 se observan los datos a la pregunta que explora la visión acerca del futuro. El 86.67% de respuestas fueron de visión positiva, mientras que el 13.33% tuvieron descripciones positivas y negativas. Ningún participante tiene una expectativa totalmente negativa acerca su futuro.

Pregunta 4: ¿Qué puede opinar sobre el ambiente en el que está inmerso?

Tabla 20

Frecuencia y porcentaje de la visión acerca del mundo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Visión negativa	9	60,0	60,0	60,0
Visión positiva	6	40,0	40,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla muestra la frecuencia y porcentaje de las respuestas con visión positiva y negativa.

Figura 18

Porcentaje de las respuestas de la visión acerca del mundo



Nota. La figura muestra el porcentaje de respuestas con visión positiva y negativa acerca del mundo.

La pregunta número cuatro de la entrevista semiestructurada, explora la visión del participante acerca del mundo. En esta pregunta no hubo respuestas con visión positiva y negativa al mismo tiempo. El 60% de los participantes tienen una visión negativa del mundo, mientras el 40% lo ven de una manera positiva.

Con estas cuatro primeras preguntas se quiso indagar en la triada cognitiva de los participantes, que como se describió en el capítulo 1 de esta investigación, comprende la visión de sí mismo, del futuro y del mundo.

La pregunta donde se explora la visión acerca del mundo, es la que en su mayoría los participantes tienen una visión negativa. Por otro lado, la pregunta donde la mayoría de los entrevistados tienen una visión positiva es acerca del futuro. Es curioso y a la vez contradictorio que ellos anhelan alcanzar sus deseos y metas personales pero dentro de un mundo hostil, donde por ciertas circunstancias como la pandemia por el Covid 19 se han cerrado oportunidades.

De los 15 participantes, solo 1 tuvo un puntaje de 30 puntos en el BDI-II, lo que indica un nivel de depresión severa. Este mismo participante en la entrevista semiestructurada tuvo una visión de sí mismo y del mundo negativa, mientras que su visión del futuro fue positiva. Esto respalda la teoría de Beck, en la que menciona que el cómo se interpreta una situación da paso a la conducta, que en este caso vendría a ser la depresión.

Otro de los participantes obtuvo un puntaje de 18 en el test de depresión que muestra un nivel leve, sin embargo, en sus respuestas de la entrevista acerca de la triada cognitiva, tuvo visiones negativas para sí mismo, para el mundo; y para el futuro tuvo respuestas positivas pero negativas también.

Existieron 3 casos de depresión con un nivel moderado; 2 de ellos tienen ciertas similitudes como por ejemplo en la descripción acerca de sí mismos, ambos dieron una respuesta con rasgos positivos y negativos. Otra semejanza es que ambos tuvieron una percepción negativa acerca del mundo. Por otra parte, el participante con un nivel de depresión moderada tiene una visión positiva en la triada cognitiva. Un dato que llama la atención es que todos son enfermeros excepto el último, quien tiene una triada cognitiva positiva.

Pregunta 5: ¿Cree usted que la pandemia influyó en su estado de ánimo? ¿De qué manera?

Tabla 21

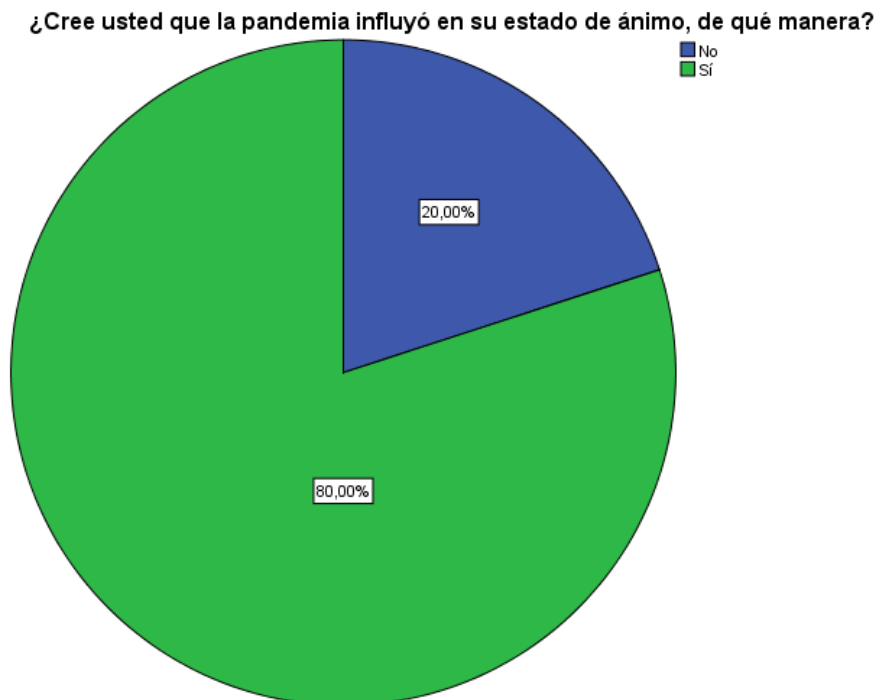
Frecuencia y porcentaje de la influencia de la pandemia en el estado de ánimo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	3	20,0	20,0	20,0
Sí	12	80,0	80,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla evidencia el número de personas que mencionan que la pandemia por Covid 19 afectó su estado de ánimo.

Figura 19

Porcentaje de la influencia de la pandemia en el estado de ánimo



Nota. El gráfico muestra el porcentaje de participantes que tuvieron una respuesta positiva y negativa.

Del 100% de personas que participaron en el estudio, el 80% afirmó que la pandemia por Covid 19 influyó en su estado de ánimo, mientras el otro 20% dice sentirse de la misma manera con o sin pandemia.

Entre las 12 respuestas de los entrevistados que dijeron que la pandemia afectó su estado de ánimo, solo 2 respuestas tuvieron un carácter positivo ya que en un caso la persona mencionó que a raíz del Covid 19 tuvo una mejor actitud con su familia porque comprendió el valor de la vida y de la salud; la otra respuesta que influyó en el estado de ánimo, de un participante, de forma positiva fue porque la persona logró sacar adelante un emprendimiento, que según ella no hubiera sido posible sin el confinamiento dado por la

pandemia. Entre las respuestas más comunes de los entrevistados que dijeron que la pandemia influyó de una manera negativa en sus estados de ánimos se encuentran: el miedo de contagiarse en su lugar de trabajo y por ende contagiar a sus familias, temor a perder el empleo o perder familiares, la situación económica y social, el estrés de permanecer en casa muchas veces con conflictos intrafamiliares. Estas son las respuestas que más se repiten entre los participantes, no se puede generalizar porque cada participante vive sus propias experiencias, por lo tanto se respeta la subjetividad de cada uno de ellos.

Pregunta 6: ¿Considera que se le ha hecho más fácil, más difícil o igual cumplir con sus obligaciones en la casa, en el trabajo o actividades extra desde que llegó la pandemia?

Tabla 22

Frecuencia y porcentaje de la facilidad o dificultad de cumplir responsabilidades desde que comenzó la pandemia

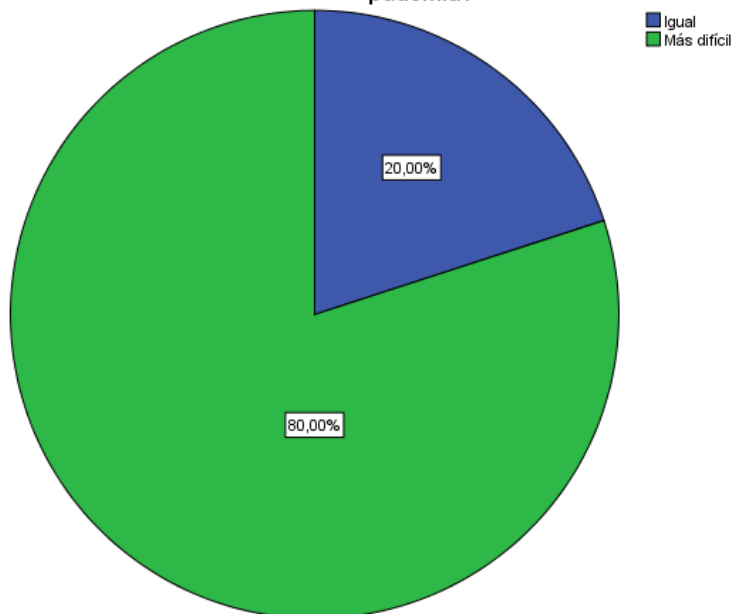
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Igual	3	20,0	20,0	20,0
Más difícil	12	80,0	80,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. Número de personas que respondieron que cumplir responsabilidades fue más fácil, difícil o igual desde la llegada del Covid 19.

Figura 20

Porcentaje de la facilidad o dificultad de cumplir responsabilidades desde que comenzó la pandemia

¿Considera que se le ha hecho más fácil, difícil o igual cumplir con sus obligaciones en la casa, en el trabajo o actividades extra desde que llegó la pademia?



Nota. La figura muestra el porcentaje de entrevistados que respondieron “igual” y “más difícil” a la pregunta número 6 de la entrevista semiestructurada.

En la tabla y figura anterior se presenta que 3 personas, que viene a ser el 20% contestaron que no se les hace ni más difícil ni más fácil cumplir con sus responsabilidades y obligaciones desde que llegó la pandemia. Mientras que el 80% de los entrevistados manifestaron que se les hace más difícil cumplir con sus obligaciones desde la llegada del coronavirus. Entre las respuestas más comunes, se encontró que se hacía más difícil debido a la parte económica, la falta de oportunidades, el hecho de ser personal de salud y tener mayor riesgo a contagiarse, realizar las tareas virtualmente. Se observa que no existe ningún participante que afirme que desde la pandemia se le hizo más fácil cumplir con sus responsabilidades.

Existe una relación entre la quinta pregunta y la sexta ya que las 2 personas que respondieron que su estado de ánimo no se vio influido por la pandemia también contestaron que no cambió su nivel de dificultad o facilidad para llevar a cabo sus actividades. Aquí una vez más hace sentido el postulado de Beck donde afirma que no es la situación lo que hace

que la persona actúe de cierta manera, sino es cómo se interpreta la situación lo que da paso a la conducta.

Pregunta 7: ¿Ha afectado de alguna manera en su entorno familiar o social el trabajar con pacientes paliativos?

Tabla 23

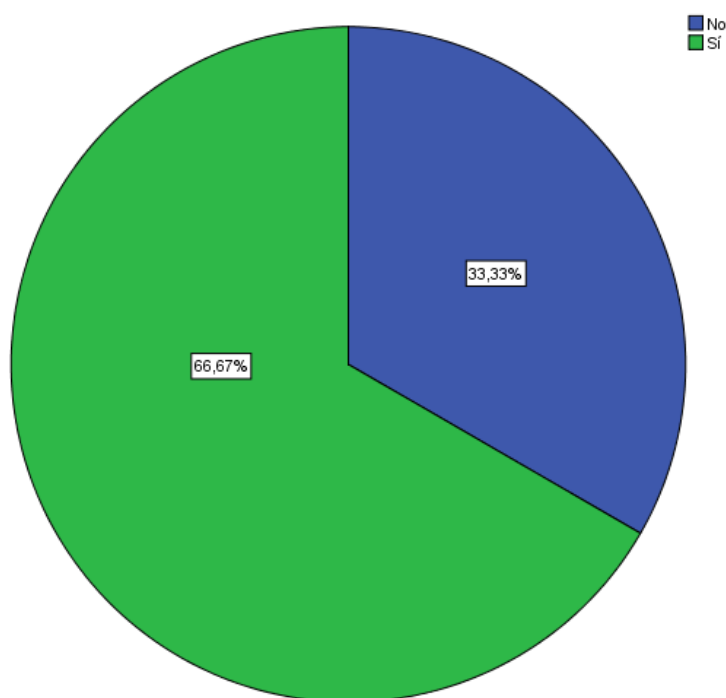
Frecuencia y porcentaje de la afectación social de trabajar en cuidados paliativos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	5	33,3	33,3	33,3
Sí	10	66,7	66,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. Se observa el número de personas que contestaron que sí y que no hubo una afectación en su entorno social por trabajar en cuidados paliativos.

Figura 21

Porcentaje de la afectación social de trabajar en cuidados paliativos



Nota. El gráfico muestra el porcentaje de personas que respondieron sí y no a la séptima pregunta.

El 66.67% de los participantes afirmaron tener una afectación a nivel familiar y social debido a la labor como cuidadores de pacientes paliativos. El otro 33.33% negó tener algún tipo de afectación por su trabajo.

De los 10 participantes, 4 fueron afectaciones positivas como por ejemplo: unión familiar por comentar experiencias que se viven dentro del centro o más amor para sus propias familias al ver que hay personas que descuidan a los pacientes y ven el sufrimiento y la angustia por parte de ellos. Las otras 6 respuestas fueron afectaciones con connotaciones negativas, entre ellas se pudo hallar: descuido de la propia familia por ocuparse de pacientes, ver la evolución de las enfermedades tan de cerca y no querer que seres queridos pasen por eso, contagios por Covid ya que los pacientes no usan mascarillas y reciben visitas, el no agrado por parte de la familia y cuidadores de trabajar en el área.

Pregunta 8: ¿Considera que trabajar en esta área ha tenido repercusión en sus pensamientos y sentimientos?

Tabla 24

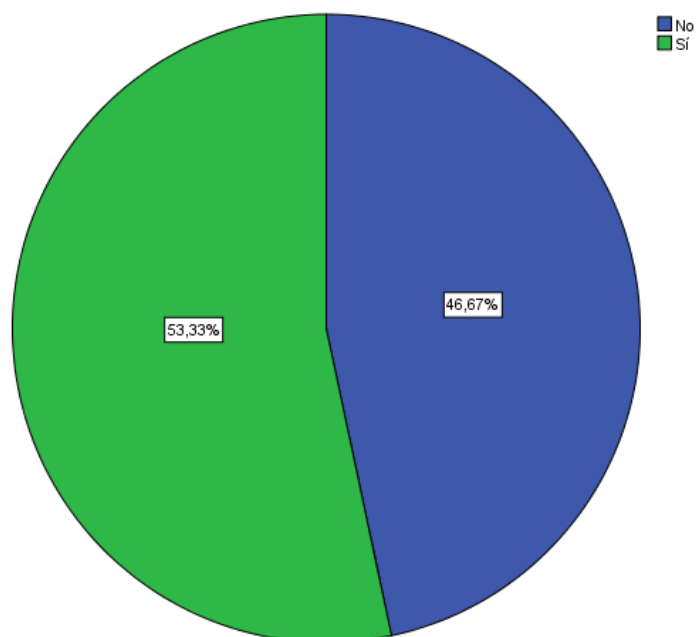
Frecuencia y porcentaje de la repercusión en pensamientos y sentimientos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	7	46,7	46,7	46,7
Sí	8	53,3	53,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla muestra el número de personas que afirmaron y negaron tener una repercusión en sentimientos y pensamientos por trabajar en el área de cuidados paliativos.

Figura 22

Porcentaje de la repercusión en pensamientos y sentimientos



Nota. La figura muestra el porcentaje de respuestas positivas y negativas.

El 53.33% que equivale a 8 personas dijeron de alguna manera el trabajar en el área de cuidados paliativos afectó sus pensamientos y sentimientos. Las 7 personas restantes, es decir el 46.67% negaron tener una repercusión en pensamientos y sentimientos.

De las 8 personas que mencionaron tener repercusiones en sus pensamientos y sentimientos al trabajar en el área de cuidados paliativos, 3 fueron sensaciones positivas, entre ellas se encontraron respuestas como: mayor aprendizaje y valorar la vida y la salud. Las otras 5 respuestas fueron negativas aludiendo a desánimo y tristeza por los pacientes y más cuando fallecen, miedo a morir, cambiarse de área e incluso de carrera. Esto dice que el 33.33% de los cuidadores paliativos son afectados con pensamientos y sentimientos de temor, donde ellos o sus familiares pasen por una situación similar a la de sus pacientes con enfermedades terminales.

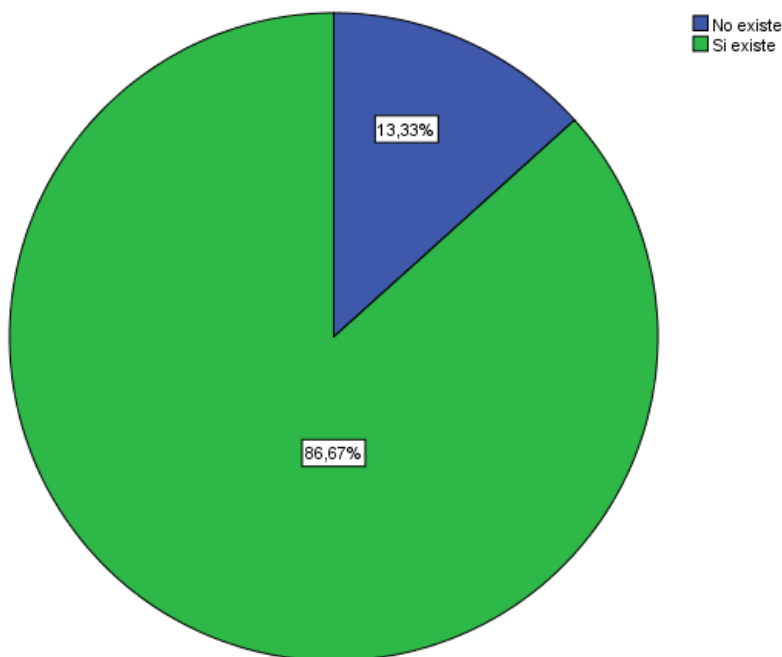
Pregunta 9: ¿Me podría comentar acerca de alguna situación en la que se acuerde que haya tenido síntomas ansiógenos, es decir sudoración, palpitaciones, respiraciones agitadas a causa de un estímulo?

Tabla 25

Frecuencia y porcentaje de la existencia de un estímulo que cause síntomas ansiógenos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No existe	2	13,3	13,3	13,3
Si existe	13	86,7	86,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla muestra el número de entrevistados quienes respondieron a la existencia o no de un estímulo que cause síntomas ansiógenos.

Figura 23**Porcentaje de la existencia de un estímulo que cause síntomas ansiógenos**

Nota. Porcentaje de las personas que respondieron afirmativamente y negativamente a la novena pregunta de la entrevista semiestructurada.

El 86.67% afirmaron la existencia de un estímulo que les cause sudoración, palpitaciones o respiraciones agitadas. Mientras el 13.33% mencionaron que no habían experimentado esos síntomas ansiógenos. Estos dos pacientes, según el puntaje del BAI tienen niveles de ansiedad mínimo. Los participantes que tienen un estímulo que les provoca síntomas ansiógenos oscilan entre niveles mínimos, leves, moderados y severos de acuerdo al BAI.

A continuación se detallan de manera general los estímulos que causan síntomas ansiógenos en los cuidadores paliativos.

Tabla 26

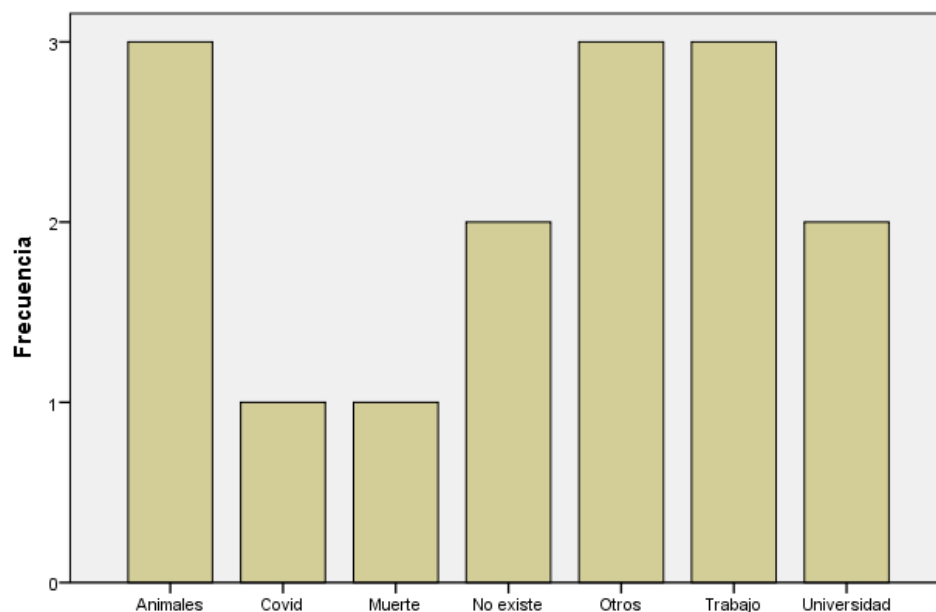
Frecuencia y porcentaje de los estímulos que causan síntomas ansiógenos en los cuidadores de pacientes paliativos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Animales	3	20,0	20,0	20,0
Covid	1	6,7	6,7	26,7
Muerte	1	6,7	6,7	33,3
No existe	2	13,3	13,3	46,7
Otros	3	20,0	20,0	66,7
Trabajo	3	20,0	20,0	86,7
Universida d	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. Se puede visualizar la lista de los estímulos que causan síntomas de ansiedad en los participantes.

Figura 24

Estímulos que causan síntomas ansiógenos en los cuidadores de pacientes paliativos



Nota. El gráfico de barras muestra la frecuencia de los estímulos que causan ansiedad en los entrevistados.

Se observa que los estímulos más comunes que producen sudoración, palpitaciones o respiraciones agitadas son los animales, claro que de diferente tipo. Otro de los estímulos más frecuentes fueron los que tiene que ver con el trabajo, ya sea por exceso de este, por emergencias o fallecimientos de pacientes. Dentro de la clasificación “otros” se encuentran problemas y conflictos personales. Con menos frecuencia se observa el tema de la universidad que abarca evaluaciones, profesores y prácticas. Aún con menos frecuencia pero está presente, el tema del Covid 19 y la muerte.

Pregunta 10: ¿Cuánto han durado estos síntomas?

Tabla 27

Frecuencia y porcentaje de la duración de síntomas ansiógenos

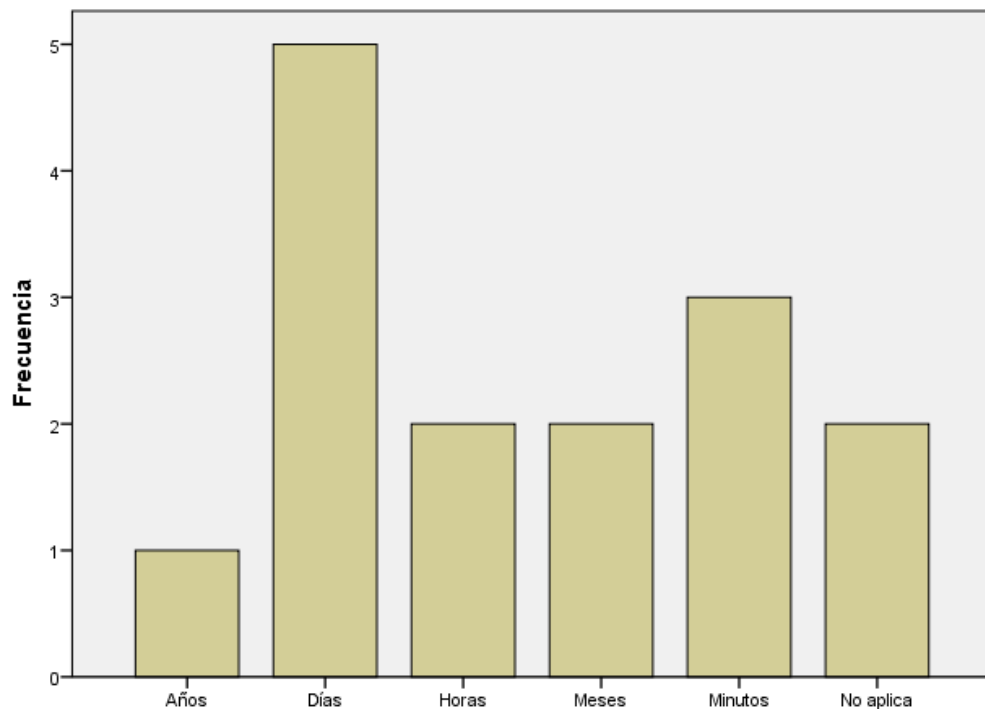
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	Años	1	6,7	6,7	6,7
	Días	5	33,3	33,3	40,0
	Horas	2	13,3	13,3	53,3
	Meses	2	13,3	13,3	66,7
	Minutos	3	20,0	20,0	86,7
	No aplica	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Nota. Se evidencia la duración de los síntomas que causan ansiedad.

Figura 25

Duración de síntomas ansiógenos



Nota. El gráfico muestra la frecuencia de la duración de los síntomas.

Esta pregunta, al igual que la anterior, explora también la ansiedad clínica. Se logra apreciar que la mayoría de participantes (5) experimentan sudoración, palpitaciones o

respiraciones agitadas por días. 3 participantes tienen estos síntomas por algunos minutos luego de estar en contacto con el estímulo. A 2 entrevistados les dura horas, a otros 2 les dura meses y hay 1 persona que menciona que ya lleva años sintiéndose así.

En la siguiente tabla se muestra la relación que existe entre el nivel de ansiedad y la duración de los síntomas.

Tabla 28

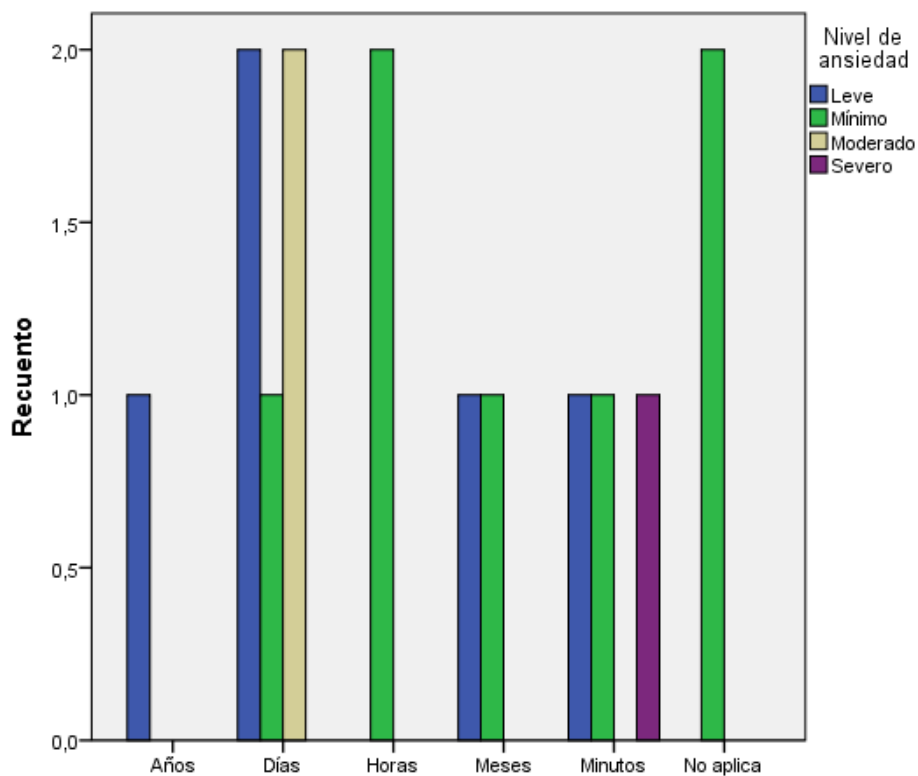
Relación entre el nivel de ansiedad y la duración de los síntomas

		Nivel de ansiedad				Total
		Leve	Mínimo	Moderado	Severo	
¿Cuánto han durado estos síntomas?	Años	1	0	0	0	1
	Días	2	1	2	0	5
	Horas	0	2	0	0	2
	Meses	1	1	0	0	2
	Minutos	1	1	0	1	3
	No aplica	0	2	0	0	2
Total		5	7	2	1	15

Nota. Se muestra la relación entre la duración de los síntomas ansiógenos con el nivel de ansiedad presentado en el BAI.

Figura 26

Relación entre el nivel de ansiedad y la duración de los síntomas



Nota. El gráfico de barras muestra el recuento de las personas en relación al nivel de ansiedad que presentaron con la duración de los síntomas.

El encuestado al que le dura años la sintomatología ansiógena tiene un nivel de ansiedad leve, el estímulo que le causa esto es el Covid. Se puede apreciar una contradicción entre el resultado del test y la respuesta de la entrevista ya que en esta última el menciona que ha experimentado estos síntomas desde la llegada de la pandemia pero al responder el BAI, su puntuación es de nivel leve. Se podría esperar que entre más tiempo dure la sintomatología ansiógena, se tenga un nivel más alto de ansiedad pero no es el caso.

Quienes mencionaron que los síntomas les duran meses, se encuentran entre un nivel de ansiedad leve y mínimo. Los participantes que dijeron tener síntomas a lo largo de días tienen un nivel de ansiedad entre leve, mínimo y moderado. Quienes mencionaron que los síntomas duran horas se encuentran en un nivel mínimo. Por último, los que presentan síntomas ansiógenos por minutos se encuentran entre leve, mínimo y severo.

Parece ser que la ansiedad de estos participantes está determinada por la intensidad, es decir, puede que tenga la mayoría de los síntomas ansiógenos pero por un corto periodo de tiempo, como es el caso de la persona con un nivel de ansiedad severa. Mientras otros participantes como es el caso de ansiedad de nivel leve que lleva años sintiendo los síntomas, puede que estos síntomas no sean tan intensos pero perduran en el tiempo. Hay que tomar en cuenta también el estímulo que causa ansiedad en ambos casos. El estímulo ansiógeno de la persona con un nivel de ansiedad severa es un animal, mientras el estímulo de la persona que lleva años con síntomas es el Covid 19.

Pregunta 11: ¿Considera usted que el nivel de ansiedad que le produce ver al estímulo es exagerado?

Tabla 29

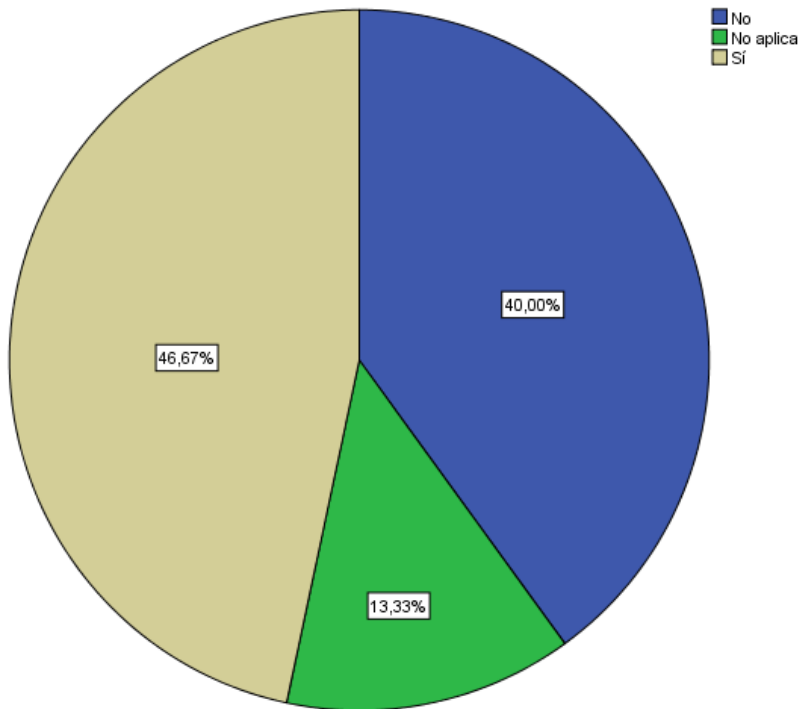
¿Considera usted que el nivel de ansiedad que le produce ver al estímulo es exagerado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	6	40,0	40,0	40,0
No aplica	2	13,3	13,3	53,3
Sí	7	46,7	46,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. Se evidencia la creencia de los participantes acerca de su nivel de ansiedad con respecto al estímulo.

Figura 27

Porcentaje de consideración como exagerado el nivel de ansiedad que le produce ver al estímulo



Nota. Se observa el porcentaje de participantes quienes creen que su nivel de ansiedad es exagerado al ver el estímulo.

Con esta pregunta se empieza a evaluar los criterios para distinguir los estados de ansiedad mal adaptativa que requiere una intervención clínica de una ansiedad vivida diariamente por acontecimientos que causan estrés y se presentan en el día a día.

Específicamente esta pregunta, evalúa los pensamientos desadaptativos, automáticos y rígidos sobre la amenaza que se presenta.

6 de 13 encuestados piensan que sus respuestas al ver al estímulo no es desmesurada, es lógica. Pero 7 de 13 piensan que sus síntomas si son exagerados pero no pueden reaccionar de otra manera al momento de ver al estímulo, uno de los participantes mencionó que en el momento uno no piensa cómo reaccionar solo se dan los síntomas sin pensarlo.

Pregunta 12: ¿Estos síntomas ansiógenos aparecen solo con pensar en el estímulo?

Tabla 30

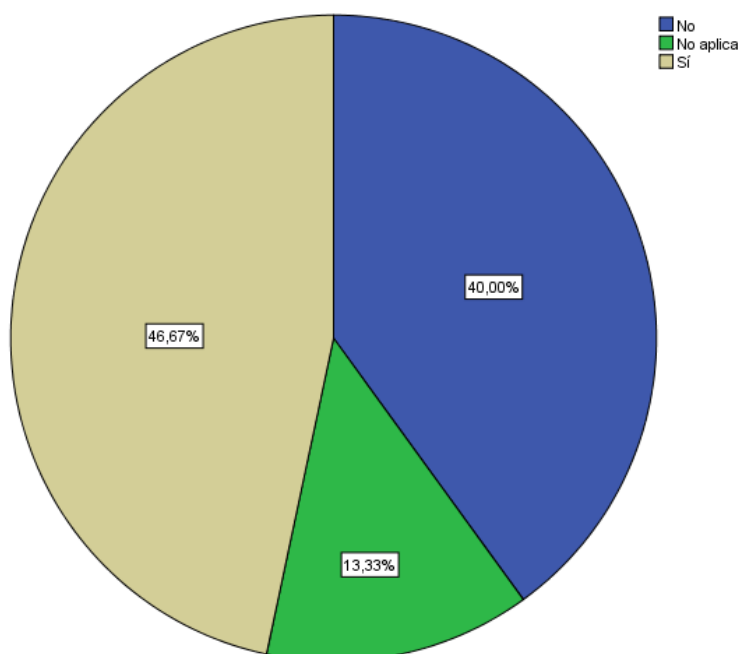
Aparición síntomas con pensar en el estímulo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	6	40,0	40,0	40,0
No aplica	2	13,3	13,3	53,3
Sí	7	46,7	46,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota: Se contabiliza los participantes quienes al pensar en el estímulo tienen síntomas ansiógenos.

Figura 28

Porcentaje de la aparición de síntomas con pensar en el estímulo



Nota: En el gráfico se evidencia el porcentaje de respuestas positivas y negativas para la pregunta 12.

El 46.67% que es un porcentaje considerable de personas, aseguraron con tan solo pensar en el estímulo les causa los mismos síntomas que cuando el estímulo está presente.

Esta pregunta evalúa la persistencia y las falsas alarmas que de igual manera forman parte de los cinco criterios para distinguir los estados de ansiedad mal adaptativa.

Pregunta 13: ¿Este estímulo ha impedido que usted realice actividades de la vida cotidiana? ¿Cuáles?

Tabla 31

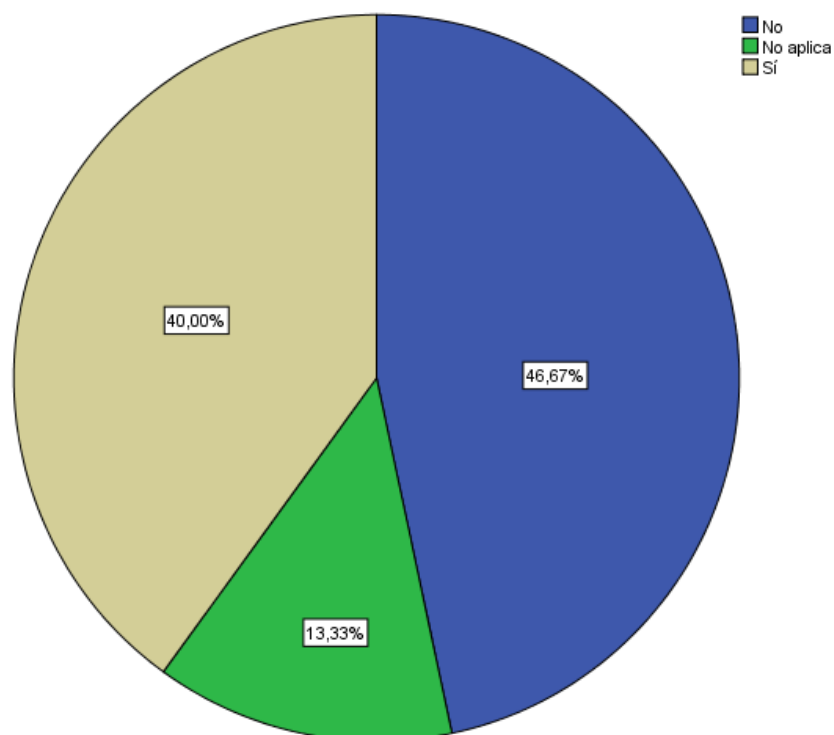
Frecuencia y porcentaje de la realización o no de actividades cotidianas a causa de un estímulo que provoque síntomas ansiógenos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	7	46,7	46,7	46,7
No aplica	2	13,3	13,3	60,0
Sí	6	40,0	40,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla muestra el número de participantes a quienes les afecta en su vida cotidiana el estímulo que causa ansiedad.

Figura 29

Porcentaje de la realización o no de actividades cotidianas a causa de un estímulo que provoque síntomas ansiógenos



Nota. El gráfico muestra el porcentaje de las personas a quienes la sintomatología interfirió en el desarrollo de sus actividades diarias.

Tabla 32

Lista de actividades cotidianas que los participantes dejaron de hacer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Dejar de comer	2	13,3	13,3	13,3
No	7	46,7	46,7	60,0
No aplica	2	13,3	13,3	73,3
Salir de casa	3	20,0	20,0	93,3
Trabajar	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. Se enlista las actividades que los participantes mencionaron que dejaron de hacer a causa de su estímulo ansiógeno.

El 46.7% de participantes aseguraron que el estímulo no interfirió en la realización de las actividades que comúnmente realizan pero el 40% afirmó haber dejado de hacer una actividad del día al día. En la tabla 32 se muestra una lista de las actividades que los entrevistados mencionaron que dejaron de hacer. La que se repite con más frecuencia es salir de casa, de ahí le sigue dejar de comer y una persona aseguró que no fue a trabajar.

Esta pregunta evalúa el deterioro del funcionamiento uno de los cinco criterios para distinguir los estados de ansiedad mal adaptativa que requiere una intervención clínica de una ansiedad vivida cotidianamente por sucesos estresantes que se dan en la vida misma.

Pregunta 14: ¿De existir personas, lugares o situaciones que le den una sensación de estabilidad y paz, cuáles serían?

Tabla 33

Tabla de factores de protección

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Amigos	1	6,7	6,7	6,7
Amigos, primos. Salir a pasear, parque y cine	1	6,7	6,7	13,3
Dormir y estar sola	1	6,7	6,7	20,0
Dormir y novio	1	6,7	6,7	26,7
El campo y esposo	1	6,7	6,7	33,3
Esposa e hijas	1	6,7	6,7	40,0
Familia	1	6,7	6,7	46,7

Familia y Dios	1	6,7	6,7	53,3
Hija	1	6,7	6,7	60,0
Iglesia	1	6,7	6,7	66,7
Lugares abiertos, familia	1	6,7	6,7	73,3
Mamá e hijas	1	6,7	6,7	80,0
Mi novio	1	6,7	6,7	86,7
Mi trabajo y yo misma	1	6,7	6,7	93,3
Naturaleza y mi mascota	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nota. La tabla muestra las personas y lugares donde los participantes encuentran estabilidad emocional.

Se encuentra enlistado en la tabla 33 las personas o lugares donde los participantes encuentran una red de apoyo, a quienes acuden cuando se sienten vulnerables. Ellos son una herramienta clave para el acompañamiento en una situación de depresión o ansiedad y por eso es tan importante identificarlos. La familia es el factor de protección que más se repite entre los participantes.

Pregunta 15: ¿Qué situaciones, personas o lugares cree usted que alteran su estado emocional?

Tabla 34

Tabla de factores de riesgo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válido	Cuando mis				
	compañeros no son				
	empáticos con los	1	6,7	6,7	6,7
	pacientes				
	Esposo	1	6,7	6,7	13,3
	Hospital	1	6,7	6,7	20,0
	La enfermedad, pérdida				
	de familiares y	1	6,7	6,7	26,7
	pacientes				
	No hay	2	13,3	13,3	40,0
	Papá	1	6,7	6,7	46,7
	Papá y pareja	1	6,7	6,7	53,3
	Peleas en mi casa	1	6,7	6,7	60,0
	Pérdida de personas	1	6,7	6,7	66,7
	Personas que me				
	critican	1	6,7	6,7	73,3
	Personas que me han				
	hecho daño	1	6,7	6,7	80,0
	Pruebas, madrugar	1	6,7	6,7	86,7
	Universidad	1	6,7	6,7	93,3
	Universidad, el país	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Nota. Se evidencia los factores de riesgo de los participantes.

Existen también factores de riesgo para los participantes, estos contribuyen a que la persona continúe en un estado depresivo o ansioso. También es importante identificarlos para poder buscar una solución a esto que daña la salud en la persona. Se aprecia que la mayoría de factores de riesgo en este grupo, son personas de la misma familia o bien personas que están en contacto permanente con los entrevistados.

Conclusiones

-Tras los estudios empíricos de Aaron Beck, se dio cuenta que los pacientes depresivos no buscaban su sufrimiento, esto dejó a un lado la hipótesis psicoanalítica de que la etiología de la depresión estaba en el mecanismo de defensa “hostilidad vuelta hacia sí mismo”. Al contrario, estos pacientes solicitaban aprobación y aceptación por parte de las otras personas. Beck llegó a la conclusión de que el paciente depresivo tiene una visión global negativa de sí mismo, del mundo, y del futuro; a esto lo denominó triada cognitiva.

-La ansiedad es una respuesta ante una amenaza, donde interviene la parte cognitiva, afectiva y fisiológica de un individuo. La mayoría de personas, por no decir todas, en algún momento de la vida han experimentado ansiedad y es algo “sano” y “normal”; sin embargo, Clark y Beck propusieron 5 criterios para diferenciar una ansiedad de la vida cotidiana de una ansiedad mal adaptativa, estos son: cognición disfuncional, deterioro del funcionamiento, persistencia, falsas alarmas e hipersensibilidad a los estímulos.

-En el centro Medipalia existen más cuidadores de pacientes paliativos de sexo femenino que de sexo masculino. Las participantes de sexo femenino tuvieron todos los niveles de depresión, mientras los masculinos no llegaron a depresión severa. Lo mismo ocurrió con la ansiedad, el sexo femenino también tuvo todos los niveles de ansiedad mientras el sexo masculino tuvo entre ansiedad leve y mínima.

-De acuerdo al test de depresión, BDI-II, la mayor cantidad de trabajadores tienen depresión mínima, le sigue la depresión leve, luego la moderada y solo existió 1 participante con depresión severa. Con respecto a la ansiedad, la mayoría de participantes obtuvieron un nivel de ansiedad mínimo, seguido por leve, moderado y de igual manera solo 1 participante con ansiedad severa. En general, el grupo parece presentar niveles más elevados de ansiedad que de depresión. Esta aseveración niega la hipótesis inicial, que menciona que los cuidadores de pacientes paliativos, en un contexto de Covid 19, tienen altos niveles de

depresión y ansiedad.

-La depresión y la ansiedad parecen ser trastornos que afectan en su mayoría a las personas solteras de Medipalía.

-La profesión más afectada por la depresión y la ansiedad es enfermería, seguida por los técnicos de enfermería. Puede ser porque ellos son los que se ocupan del cuidado permanente de los pacientes, ellos son los encargados de alimentarlos, asearlos, realizar actividades de recreación y medicarlos.

-El rango de edad de 18 a 29 años son los predominantes en el centro, los participantes entre este rango de edad fueron los que experimentaron los 4 grados de depresión y los 4 grados de ansiedad.

-Con respecto al tiempo que los cuidadores han dedicado al área de paliativos, parece ser que las personas que tienen niveles más altos de depresión y ansiedad son las que han dedicado menos tiempo a trabajar en esta área.

-Entre los participantes no parece existir riesgo suicida ni cambios importantes en los hábitos del sueño o del apetito según los puntajes del test.

-Durante la entrevista semiestructurada, se pudo determinar que en su mayoría los participantes tienen una visión positiva de sí mismos, no existen visiones negativas acerca del futuro, sin embargo, la mayor cantidad de participantes tienen una visión negativa del mundo.

-El 80% de los voluntarios mencionaron que la pandemia influyó en su estado de ánimo, ya sea de manera positiva o negativa. Este mismo porcentaje de personas afirmaron que ha sido más difícil cumplir con sus responsabilidades desde que el Covid 19 comenzó.

-El 67% de los encuestados, mencionó que de alguna manera trabajar con pacientes paliativos afectó su entorno social y familiar. El 53% aseguró que el trabajo en esta área tiene repercusiones en sus pensamientos y sentimientos.

-13 de los 15 participantes tuvieron recientemente síntomas ansiógenos como

sudoración, palpitaciones, respiraciones agitadas a causa de distintos estímulos, entre ellos los más mencionados fueron el trabajo y ciertos animales. Estos síntomas, en los encuestados generalmente duran días pero hay casos que solo duran minutos, otros mencionaron horas, meses, incluso años.

-Respecto a la duración de los síntomas ansiógenos, parece ser que la ansiedad de estos participantes está determinada por la intensidad, es decir, puede que tenga la mayoría de los síntomas ansiógenos pero por un corto periodo de tiempo o puede que tenga pocos síntomas ansiógenos pero que perduren en el tiempo. Cada persona responde distinto al estímulo que causa ansiedad, es por esto que no puede existir una generalización de datos.

-7 de 13 personas piensan que el nivel de ansiedad que les produce ver al estímulo es exagerado, además ellas sienten los mismos síntomas sin que el estímulo se encuentre presente, es decir, solo con pensarlo. Las otras 6 personas consideran que tienen una reacción adecuada. 6 participantes dejaron de realizar actividades de la vida cotidiana como comer, salir de casa o trabajar a causa del estímulo temido. Se realizaron estas preguntas con el fin de evaluar los criterios para distinguir los estados de ansiedad mal adaptativa que requieren una intervención clínica, 6 participantes según las respuestas dadas en la entrevista necesitarían una intervención clínica.

-Se hallaron factores de protección en los participantes, entre ellos están redes de apoyo importantes y necesarias como familia y amigos.

-También se detectaron factores de riesgo tales como la misma familia, el entorno que incluye compañeros de trabajo, la universidad y enfermedades.

-Resulta imposible generalizar resultados ya que es un estudio con seres humanos, donde se respeta la subjetividad de cada individuo, además que cada uno está influido por su propia historia, su familia, sus valores, su educación y su entorno. El nivel de depresión o ansiedad de cada uno no tiene que ver únicamente con el lugar donde laboran, puede influir pero no es

un factor netamente determinante en todos los casos, no hay que olvidar que el ser humano es un individuo biopsicosocial. Para evaluar la etiología de la depresión y ansiedad en los participantes, se tendrá que hacer caso por caso.

Recomendaciones

-Las emociones son básicas en el hombre, ellas son las que nos hacen ser humanos. Está bien sentir miedo, angustia, rabia, enojo, tristeza, desesperación pero si estas emociones impiden que la vida de la persona se realice con normalidad, es importante y necesario buscar ayuda profesional.

-En el Ecuador no existen adaptaciones para los test que se utilizaron en esta disertación, el BDI-II y el BAI. Por lo tanto, se invita a la universidad, a la facultad, a los colegas y a personas interesadas a llevar a cabo una investigación para que nuestro país disponga de herramientas y así poder tener resultados más cercanos a nuestra realidad cultural.

-Nuestro país necesita una actualización de datos sobre salud mental. La información más actualizada del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) es una infografía del año 2017 donde se informa que en el 2015, 2088 personas fueron atendidas por enfermedades depresivas y en ese mismo año 1073 se suicidaron. Estas cifras alarmantes nos imploran realizar un plan de acción para poder prevenir y en el peor de los casos tratar un trastorno como la depresión. Se necesitan estudios para poder saber a que población está afectando más y poder ponernos manos a la obra como profesionales de la salud mental.

-Es importante, no solo como profesionales de la salud sino como personas que atravesamos crisis, pandemia mundial, duelos constantes (por el hecho de trabajar en el área de paliativos), problemas en casa o con amigos, etc.; poder ubicar esas emociones para que no afecte de una manera negativa en la cotidianidad, ya sea en terapia, realizando alguna actividad deportiva o artística.

-Es necesario poder dar algún tipo de acompañamiento psicológico a las personas que recién ingresan a trabajar con pacientes paliativos, además de preocuparse por fortalecer sus redes de apoyo, que en un trabajo tan demandante como este es crucial. Se podrían realizar integraciones o actividades extra con los “nuevos” para que se fortalezca ese lazo entre

compañeros, además se podría crear un espacio de escucha donde se compartan vivencias del trabajo, preocupaciones, noticias positivas, etc.

-Si es de interés realizar una investigación como esta, donde se apliquen test y posteriormente entrevistas, trabajar bastante en el rapport con los participantes para que ellos no sientan o piensen que sus respuestas, de algún modo influirán en su empleo. Además para que tengan más confianza y sean más detallados en sus respuestas.

Referencias

- American Cancer Society. (2019). *¿Qué es el cuidado paliativo?* Sociedad Americana Contra el Cáncer. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/atencion-paliativa/que-es-el-cuidado-paliativo.html>
- Arenas, M., Puigcerver, A. (2009). *Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica*. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003#:~:text=Los%20trastornos%20de%20ansiedad%20son,veces%20m%C3%A1s%20que%20los%20hombres.
- Beck, A. (1985). *Theoretical perspectives on clinical anxiety*. Anxiety and the anxiety disorders, NJ: Erlbaum.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*, Desclée de Brouwer.
- Brenlla, M., Rodríguez, C. (2009). *BDI II Inventario de Depresión de Beck Manual* (2ª ed.). <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Camerini, J. (2013). *Conceptos Teóricos*. Fundación Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual. http://www.catrec.org/conceptos_beck2013.html

- Centro de Psicoterapia Cognitiva. (2009) *PIAGET: Esquemas Cognitivos, Asimilación y Acomodación*. <https://terapia-cognitiva.mx/piaget-esquemas-cognitivos-asimilacion-y-acomodacion/>
- Clark, D., Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Del Pilar, G. (2020). *Ansiedad en el personal de salud*. [Trabajo de investigación de bachiller en psicología]. Universidad Continental.
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9883/2/IV_FHU_501_TI_Delgado_Angulo_2020.pdf
- Del Río, I. & Palma A. (2007). *Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol 32, 1.
<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
- Domínguez, A. (2016). *Cuidados paliativos*. Imbiomed.
<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=108399#:~:text=El%20origen%20etimol%C3%B3gico%20de%20la,de%20curar%20s%C3%ADntomas%20o%20sufrimiento.>
- Gómez, S., Ballester, R., Gil, B., Abizanda, R. (2015). *Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos*. SciELO, 31(2).
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>
- Korman, G. (2017). *Cruzando el Rubicón: del psicoanálisis a la terapia cognitiva*. *Psicología USP*, 28(2), 214-223. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420160035>

McNally, J. (1995). *Automaticity and the anxiety disorders*. Behaviour Research and Therapy, 33, 747-754. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00015-P](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00015-P)

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica*.
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/gpc_cuidados_paliativos_completa_2014.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advier-te-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal#:~:text=El%20informe%20The%20COVID%2D19,dijo%20que%20pens%C3%B3%20en%20suicidarse>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. [https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo#:~:text=%2D%20En%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de,d e%20la%20Salud%20\(OMS\)](https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo#:~:text=%2D%20En%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de,d e%20la%20Salud%20(OMS)).

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*: Washington, D.C.: OPS.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Parco, X. (2021). *Incidencia de síntomas de Depresión, Ansiedad y Estrés en el personal sanitario que atienden pacientes con Covid 19 en Quito-Ecuador.*

[Tesis pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio

Digital Universidad Central del Ecuador.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/24616/1/FCP-CPC-PARCO%20XAVIER.pdf>

Pastrana, T., De Lima L., Wenk R., Eisenchlas J., Monti, C., Rocafort, J., Centeno, C. (2012).

Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1ª edición.

Houston: IAHPC Press.

Sanz, J. (2013). *50 AÑOS DE LOS INVENTARIOS DE DEPRESIÓN DE BECK: CONSEJOS*

PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL

BDI-II EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Universidad Complutense de

Madrid.

<https://www.pearsonclinical.es/mwdownloads/download/link/id/887/>

Sanz, J. (2020). *Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica.* Universidad

Complutense

de

Madrid.

<https://www.studocu.com/pe/document/universidad-catolica-los-angeles-de-chimbote/psicologia/ficha-tecnica-1-ansiedad-de-beck-beck-anxiety-inventory-bai-autores-aaron-t-beck-norman-epstein-gary-brown-y-robert-a-steer-ano-1988/14979288>

Anexos

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente manifiesto que la señorita Angie Paulette Llerena Toala con cédula de identidad número 1718759341, de la Facultad de Psicología, carrera de Psicología Clínica, perteneciente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador aplicó los siguientes test en Centros de Cuidados Paliativos Medipalia Cia. Ltda.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Depresión de Beck (BDI - II)

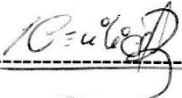
Además de una entrevista semiestructurada a 15 cuidadores de pacientes paliativos de la mencionada institución.

Todo esto con el propósito de desarrollar su disertación titulada: *Ansiedad y Depresión en personal de cuidados paliativos en tiempos de Covid 19. Estudio realizado a 15 cuidadores de pacientes en cuidados paliativos dentro del Centro de Cuidados Paliativos Medipalia Cia. Ltda. en Quito-Ecuador en el período julio a agosto del 2022 desde la Teoría Cognitiva de Aaron Beck.*


Se acordó que la información se utilizará únicamente para fines netamente académicos, la participación en este trabajo fue voluntaria y los resultados de los test serán anónimos. La información recogida no se usará para ningún otro propósito fuera del estricto objetivo educativo.

La información obtenida de los test y de la entrevista será totalmente anónima, el estudio no contará con nombres de los participantes. Los resultados originales obtenidos serán manejados con absoluta confidencialidad con el fin de proteger el anonimato. Los resultados en cifras y estadísticas serán publicados en la disertación de la tesista pero en ningún caso se expondrán los nombres de los participantes voluntarios.

Lugar y fecha



Nombre: Cecilia Bastidas
Cargo: Psicóloga
Institución: MEDIPALIA



Nombre: Angie Llerena
Cargo: Tesista
Institución: PUCE

Consentimiento informado

“Ansiedad y Depresión en personal de cuidados paliativos en tiempos de Covid 19. Estudio realizado a 15 cuidadores de pacientes en cuidados paliativos dentro del Centro de Cuidados Paliativos Medipalía Cia. Ltda. en Quito-Ecuador en el período julio a agosto del 2022 desde la Teoría Cognitiva de Aaron Beck.”

Tesista: Angie Paulette Llerena Toala

Director de tesis: Mtr. Ivan Cadena

Institución: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad: Psicología

El consentimiento informado es un documento que pretende solicitar su participación voluntaria para el desarrollo práctico del trabajo de disertación previo a la obtención del título de psicóloga clínica de la estudiante. En este documento usted encontrará toda la información pertinente a la investigación, además está en su derecho de realizar preguntas si algo no está claro. Si está de acuerdo en ser parte de este estudio, por favor firme el documento luego de haberlo leído detenidamente.

Objetivos de la disertación

Objetivo General: Determinar la presencia y el grado o ausencia de la depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos.

Objetivos Específicos: Conceptualizar a la depresión desde la Teoría Cognitiva de Aaron Beck.

Conceptualizar a la ansiedad desde el enfoque Cognitivo de Aaron Beck.

Medir el nivel de depresión y ansiedad en los cuidadores de pacientes paliativos.

Procedimiento: Si usted acepta participar voluntariamente en el estudio, se medirá su nivel de depresión y ansiedad mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y una entrevista semiestructurada. Cada test tiene 21 ítems, el tiempo requerido es de 5 a 10 minutos y con respecto a la entrevista semiestructurada 15 minutos.

Confidencialidad: La información obtenida de los test y de la entrevista será totalmente anónima, el estudio no contará con nombres de los participantes. Los resultados originales obtenidos serán manejados con absoluta confidencialidad con el fin de proteger el anonimato.

Participación voluntaria: El responder las preguntas de los test y de la entrevista es completamente voluntario, en cualquier momento usted podrá desistir de su participación si no se siente cómodo.

Resultados: Los resultados se procesaran con la herramienta SPSS y serán publicados en la disertación de la tesista Angie Paulette Llerena Toala. La información publicada serán cifras y estadísticas, en ningún caso se expondrán los nombres de los participantes voluntarios.

Contactos: Cualquier duda acerca del estudio por favor contactarse con Angie Llerena al email: apllerena@puce.edu.ec o al 09989821152 o a su vez con el director de tesis el Mtr. Ivan Cadena al email: ixcadena@puce.edu.ec o al 2991700 ext. 2877.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente yo
con número de cédula autorizo a la tesista
Angie Paulette Llerena Toala de la Facultad de Psicología, carrera de Psicología Clínica,
perteneciente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para utilizar mis respuestas y
datos de los siguientes tests:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Depresión de Beck (BDI - II)

Entrevista Semiestructurada

La información se utilizará únicamente para fines netamente académicos. La participación en este trabajo es voluntaria y anónima. La información que se recoja no se usará para ningún otro propósito fuera del estricto objetivo educativo. Habiendo recibido la información necesaria, y saldando todas mis dudas acerca del estudio que se realizará, acepto a participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del participante

Lugar y fecha:



SPANISH TRANSLATION

Nombre _____ Fecha _____

Abajo hay una lista de los síntomas comunes de la ansiedad. Favor de leer cada síntoma con mucho cuidado. Indique cuánto le molestó cada síntoma durante LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DIA DE HOY, marcando con una X el espacio adecuado en columna, al lado de cada síntoma.

	NADA	LEVEMENTE No me molestó mucho.	MODERADAMENTE Fue muy desagradable, pero lo pude soportar.	SEVERAMENTE Casi no lo podía soportar.
1. Adormecimiento, hormigueo.				
2. Sensación de calor.				
3. Temblor de piernas.				
4. No me puedo relajar.				
5. Temor de que va a suceder lo peor.				
6. Mareos.				
7. El corazón me brinca o me late muy rápido.				
8. Inestable.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervioso.				
11. Sensaciones de ahogo.				
12. Temblor en las manos.				
13. Tembloroso.				
14. Temor de perder el control.				
15. Dificultad para respirar.				
16. Temor de morir.				
17. Asustado.				
18. Indigestión o malestar estomacal.				
19. Me siento débil.				
20. Sonrojado.				
21. Sudor (no por el calor).				



Copyright © 1990, 1997 by Aaron T. Beck. Spanish translation copyright © 1993 by Harcourt Assessment, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval

ISBN 015401892-



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 elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente 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 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Llora más de lo que solía hacerlo.
- 2 Llora por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation,
USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological
Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

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 otras 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. Desvalorización

- 0 No siento que yo 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 tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 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 habitualmente.
- 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 reciente 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

Entrevista semiestructurada

Bienvenida / Agradecimiento por participar en el estudio / Breve explicación de lo que se realizará en la entrevista / Confidencialidad / Preguntas

Tiempo que se ha dedicado a esta profesión

¿Cómo se describiría a sí mismo? (Explora la visión acerca de sí mismo)

¿Cuál es su percepción en su rol de madre/padre, hijo, esposa/o, enfermero/ psicólogo/doctor? (Explora la visión acerca del mundo)

¿Cuáles son sus expectativas a nivel personal, familiar y laboral en un futuro? (Explora la visión acerca del futuro)

¿Qué puede opinar sobre el ambiente en el que está inmerso? (Explora la visión acerca del mundo)

¿Cree usted que la pandemia influyó en su estado de ánimo, de qué manera?

¿Considera que se le ha hecho más fácil, más difícil o igual cumplir con sus obligaciones en la casa, en el trabajo o actividades extra desde que llegó la pandemia?

¿Cómo ha afectado a su familia el trabajar con pacientes paliativos y llegar desanimado?

¿Considera que estos sentimientos y pensamientos han afectado a su vida personal, de qué forma?

¿Me podría comentar acerca de alguna situación en la que se acuerde que haya tenido síntomas ansiógenos, es decir sudoración, palpitaciones, respiraciones agitadas a causa de un estímulo? (Explora la ansiedad clínica)

¿Cuánto han durado estos síntomas? (Explora la ansiedad clínica)

¿Cada cuánto tiempo usted se expone al estímulo temido? (Explora la ansiedad clínica)

¿En qué circunstancias aparecen estos síntomas? ¿Existe alguna excepción? (Explora la ansiedad clínica)

¿Este estímulo ha impedido que usted realice situaciones de la vida cotidiana? ¿Cuáles? (Explora la ansiedad clínica)

¿De existir personas, lugares o situaciones que le den una sensación de estabilidad y paz, cuáles serían? (Explora los factores de protección)

¿Qué situaciones, personas o lugares cree usted que alteran su estado emocional? (Explora los factores de protección)