



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Facultad de Medicina y Psicología

TIJUANA BAJA CALIFORNIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Unidad de Medicina Familiar No. 27

Coordinación de Educación e Investigación Médica

“SOBRECARGA ASOCIADA A DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD “

Trabajo para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Itzel Paloma Miranda López

Asesor: María Cecilia Anzaldo Campos

Asesor: Juan José Camacho Romo

FEBRERO, 2016

1.“SOBRECARGA ASOCIADA A DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DISCAPACIDAD “

2.IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador: Itzel Paloma Miranda López

Médico Residente Adscrito a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar Número 27

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social

Matrícula: 98021660 Teléfono: 664-111-7478

Correo Electrónico: ltzelpaloma@gmail.com

Asesor: María Cecilia Anzaldo Campos

Adscrita a Coordinación de Educación e Investigación

Unidad de Medicina Familiar Número 27

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social

Matrícula: 9920153 Teléfono: 664-629-6385

Correo Electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Asesor: Juan José Camacho Romo

Coordinador de Residentes de Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar Número 27

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social

Matrícula: 5607485 Teléfono: 664-629-6385

Correo Electrónico: juan.camacho@imss.gob.mx

Tijuana Baja California, a 17 de febrero de 2016.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como director de la tesis titulada **Sobrecarga asociada a depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad**, elaborada por **Itzel Paloma Miranda López**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Karlo Vinicio Leyva Ramírez

Presidente

C.c.p. Archivo

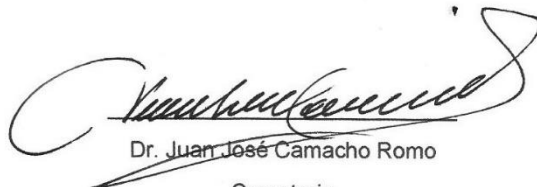
Tijuana Baja California, a 17 de febrero de 2016.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como director de la tesis titulada **Sobrecarga asociada a depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad**, elaborada por **Itzel Paloma Miranda López**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo
Secretario

C.c.p. Archivo

Tijuana Baja California, a 17 de febrero de 2016.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como director de la tesis titulada **Sobrecarga asociada depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad**, elaborada por **Itzel Paloma Miranda López**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Sinodal

C.c.p. Archivo

ÍNDICE

	Paginas
1-2 Investigadores	2
Votos aprobatorios	3-5
3 Resumen	7
4. Antecedentes	8
5. Marco Teórico	8-12
6. Justificación	13
Planteamiento del problema	14
7. Objetivo General	15
8. Hipótesis	16
9. Material y métodos	17-24
10. Aspectos Eticos	25
11. Recursos, financiamiento y factibilidad	26
12. Aspectos de Bioseguridad	27
13. Resultados	28-35
14. Discusión	36-38
15. Conclusiones	39-40
16. Sugerencias, aspectos éticos a los hallazgos	41
17. Cronograma	42
18. Bibliografía	43-45
19. Anexos	46
Consentimiento Informado	47
Anexo I. Encuesta Sociodemográfica	48-49
Anexo II. Definición de operacionalización de variables	50-53
Instrumentos de Medición	54-58
Carta de notificación	59

3.RESUMEN

Título: Sobrecarga asociada a depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad.

Investigadores: Itzel Paloma Miranda López, María Cecilia Anzaldo Campos, Juan José Camacho Romo.

Introducción: Mil millones de personas viven con discapacidad. En México, representan el 6.6% de la población, la mayoría son adultos mayores. El cuidador, brinda la atención integral. El impacto de los efectos físicos y emocionales por cuidar, está ganando interés en la atención médica. El 50% de los cuidadores con sobrecarga informan depresión.

Objetivo: Conocer la prevalencia de sobrecarga y su asociación a depresión en cuidadores primarios.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y correlacional. Se aplicó la escala de Zarit, para determinar sobrecarga, el inventario de depresión de Beck y un cuestionario para las características sociodemográficas. Análisis Estadístico: Se tomó una muestra no probabilística de 95 cuidadores, por criterios dirigidos; se realizó un análisis bivariado y de correlación de Spearman. Resultados: el 77.90%(74) son mujeres y 22.10%(21) hombres cuidadores. La prevalencia de sobrecarga fue del 11.57% y para depresión 5.26% con un IC del 95%. Perfil prevalente: mujer, hija, casada, mayor de 40 años, educación básica, ama de casa. Variables con significancia estadística: horas laboradas, el cuidador enfermo descontrolado para ambas, número de discapacidades para sobrecarga; el turno laboral y hospitalizaciones para depresión. Conclusiones: La mujer sigue siendo cuidadora por solidaridad o imposición social; se enfrenta a nuevos roles sociales, aunado a la situación personal, médica y biológica en que se encuentre.

PALABRAS CLAVE: Cuidador primario, Discapacidad, Sobrecarga, Depresión.

4.MARCO TEÓRICO

Se define como Discapacidad, a la deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria. La Secretaría de Salud reconoce a la discapacidad como un problema emergente de salud pública.¹

Las tendencias actuales señalan un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y por causas externas. La población de América Latina ha envejecido a un ritmo acelerado como consecuencia del descenso de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida.²

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial. El número de personas con discapacidad está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población, las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos.³ Se vivirán más años como mayor dependiente que como joven; de hecho, ya hay más mayores de 65 que menores de 15 años, lo que implica una alta tasa de dependencia.⁴

En México, según la ENIGH (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares) del 2012, 6.6% de la población del país reporta tener discapacidad. De ellos, la mayoría son adultos mayores 60 años. Cabe señalar que, los adultos mayores no solo conforman el grueso de las personas con discapacidad, si no también son el grupo de edad en el que se concentra el mayor porcentaje de personas con discapacidad. Baja California con un porcentaje del 6.8%.⁵

En los próximos años, el reto será progresivamente mayor, ya que este número será creciente en paralelo al envejecimiento poblacional y la presencia de enfermedades crónicas, así como de lesiones, en particular las asociadas a las caídas. La escasez de instituciones y programas públicos de cuidados de largo plazo, hacen que se traslade gran parte de la atención y cuidados a los hogares.⁶

El cuidador es la persona responsable de la atención integral de la persona adulta mayor considerando sus cuidados personales, de higiene personal y ambiental, administración de medicamentos, prevención de nuevas enfermedades y complicaciones, así como la asistencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.⁷

Con el aumento constante de la población mayor dependiente, se espera una mayor demanda de los servicios de salud y el aumento de los gastos de asistencia sanitaria, que limitan mucho la economía de los países de bajos y medianos ingresos.⁸

Los cuidadores familiares reciben poco reconocimiento a este valioso trabajo, a menudo se ignora su propia salud física y emocional.⁹ En los países de Latinoamérica, la mayoría de los pacientes recibe asistencia en casa y este hecho impone una importante carga adicional en la constelación familiar.¹⁰ La creciente dependencia de estos pacientes no solo repercute en una mayor demanda de recursos, sino que conlleva a una serie de cambios de la estructura familiar, en los roles o patrones de conducta que pueden precipitar crisis que amenazan la estabilidad de la familia, especialmente del cuidador principal.¹¹

De acuerdo con la Alianza Nacional para el Cuidado, 65,7 millones de personas (28,5 % de población de los EE.UU.) proporcionan cuidados no remunerados (un promedio de 20

horas por semana) para un adulto o un niño; 31 % de ellos han tenido a su cuidado a un ser querido durante cinco años o más. Los cuidadores informales o primarios proveen cuidados extraordinarios, no compensados, predominantemente en el entorno familiar durante meses o años.¹²

Por ejemplo, la demencia más común es la enfermedad de Alzheimer, representa 70-90% de los casos. La prevalencia de la Demencia se incrementa después de los 70 años y su prevalencia puede alcanzar un 50% en una persona de 85 años o más. El cuidado de una persona con Alzheimer u otra demencia es un reto. Las personas con demencia requieren mayores niveles de supervisión y cuidado personal conforme avanza la enfermedad, por lo que muchos cuidadores familiares experimentan aislamiento, altos niveles de estrés, problemas de salud, empleo, ingresos y la seguridad financiera.¹³

El impacto de los efectos físicos y emocionales de los cuidadores, a menudo llenos de estrés, está ganando más interés dentro de los entornos de atención a la salud.¹⁴ El malestar psicológico percibido por los cuidadores se relaciona con múltiples factores, tales como la personalidad del cuidador, los síntomas psicológicos del paciente y la disponibilidad de apoyo social y recursos financieros.¹⁵

La sobrecarga del cuidador, es el conjunto de problemas físicos, emocionales, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de un paciente geriátrico y como estos problemas afectan las actividades de ocio, relaciones sociales, amistad, intimidad, libertad y equilibrio emocional.¹⁶

La sobrecarga se asocia a una peor satisfacción con la vida, morbilidad y mortalidad. El recibir apoyo social (físico, emocional y de información) pretende proteger a las personas de los efectos patógenos de estrés de la vida o la sobrecarga.¹⁷

Un cuidador bajo estrés severo, puede experimentar desequilibrios cognitivos, emocionales, sociales o instrumentales que pueden perturbar el funcionamiento familiar.¹⁸ El impacto de cuidar, se formula a menudo en términos de carga subjetiva, que se conceptualiza como la gama de reacciones emocionales negativas a la prestación de cuidados.¹⁹ La sobrecarga del cuidador se refiere a las dificultades físicas, financieras y psicosociales de cuidar a un ser querido, por lo general un miembro de la familia, luchando con una condición médica.²⁰

Varios estudios se han realizado con el objetivo de identificar los factores relacionados con la sobrecarga del cuidador. Encontraron que la severidad de los síntomas psiquiátricos, trastornos del comportamiento y la calidad de vida del paciente tiene una asociación más fuerte con la sobrecarga experimentada del cuidador. Se informó que los factores relacionados con el cuidador, como el género, la historia de la atención domiciliar y el nivel de educación se correlacionan con la sobrecarga. Además, los factores relacionados con el paciente, tales como el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) se han relacionado con la sobrecarga.²¹

El estrés crónico severo, pone a los cuidadores en mayor riesgo de depresión y la disminución de la resiliencia y la calidad de vida. En promedio, el 50% de los cuidadores familiares informan varios grados de depresión en un momento dado.²² El estrés puede producirse cuando el equilibrio entre las demandas ambientales externas y la habilidad interna percibida para responder se debilita y cuando las demandas impiden la

consecución de otros objetivos de vida.²³ Dada la creciente población de adultos mayores, la sobrecarga del cuidador no sólo afecta a las familias, sino a la sociedad en su conjunto. Beneficia a todos que los cuidadores experimenten menos efectos negativos como la sobrecarga, la depresión o la discapacidad física debido a cuidar a parientes o amigos. Los beneficios de tener una menor sobrecarga para el cuidador incluyen una mejor calidad de la condición de vida, salud y beneficios para un cuidado saludable y menos costos institucionales.²⁴

Es necesario prestar más atención a las expectativas y las limitaciones de los cuidadores, que se han convertido en actores clave en el sistema de salud vigente; actualmente es aceptado que el impacto de algunas enfermedades es mayor en los cuidadores que en los pacientes. Cuando los cuidadores tienen una mejor comprensión de los efectos de las enfermedades de sus familiares, nos permitirán extender la ayuda y el apoyo a la medida de sus necesidades. Estas acciones deben aliviar a los cuidadores de sus limitaciones y guiándolos a mejorar la eficacia de su ayuda. También debe ayudar a evitar problemas de salud frecuentemente vistos en los cuidadores en estas situaciones.²⁵

5.JUSTIFICACIÓN:

Los avances médicos y tecnológicos han permitido que la humanidad tenga una expectativa de sobrevida mayor en el último el siglo, sin embargo, lo pagamos a un precio muy alto, los sobrevivientes a las secuelas de enfermedades en cualquier edad, tienen un porcentaje alto de discapacidad, lo que les confiere mayor vulnerabilidad, quedando desprotegidos en muchos aspectos, por lo que la responsabilidad recae exclusivamente en la familia. Cuando un integrante de una familia tiene discapacidad, los familiares, son la base fundamental para mantener una calidad de vida dentro de lo posible, evitar el detrimento y conservación del estado de salud de su paciente, por lo que ser un cuidador implica un trabajo de tiempo completo y esta labor puede no ser inocua, al principio es difícil adaptarse a esta nueva situación, aceptarla, modificar roles y reestructurar la dinámica familiar. Al inicio se hace con esperanza, positivismo y resiliencia, sin embargo, cuando las necesidades físicas, económicas y emocionales, son extremadamente demandantes y si recaen sobre todo en una sola persona, se enfrentan a estrés, depresión, ansiedad, disminución de la resiliencia y calidad de vida, llegan a tener tanta sobrecarga que puede colapsarlos totalmente. El médico de primer nivel debe atender el estado de salud del cuidador primario, preguntarle sobre su estado de ánimo, nivel de estrés y enfermedades propias, para intervenir de manera oportuna y evitar el colapso del cuidador. La discapacidad, se enfrenta a múltiples deficiencias políticas, sociales, administrativas, quien le hace frente es la familia, la cual tiene la batuta para resolver los problemas que se generan al cuidar a personas con discapacidad, que conlleva a un esfuerzo en ocasiones sobrehumano y llega a destruir hogares, provocar enfermedades y hasta la muerte por todo el contexto que lleva ser un cuidador primario.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; alrededor del 15% de la población mundial.³ En México, para el 2012, representa el 6.6% de la población, la mayoría son adultos mayores de 60 años.⁵ El cuidador es la persona responsable de la atención integral.⁷ El impacto de los efectos físicos y emocionales de los cuidadores a menudo llenos de estrés dentro de los entornos de atención a la salud está ganando cada vez más atención.¹⁴ En promedio, el 50% de los cuidadores familiares informan varios grados de depresión en un momento dado.²² Por lo cual se plantean las siguientes preguntas.

¿Cuál es la prevalencia de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con discapacidad?

¿Existe relación entre la sobrecarga de cuidadores primarios y depresión?

7.OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de sobrecarga en cuidadores primarios.

Conocer si hay relación entre sobrecarga y depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Conocer las características sociodemográficas de cuidadores primarios y de adultos mayores con discapacidad.

Identificar sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad que acude a la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

Determinar en base a la aplicación de instrumentos validados si existe prevalencia sobrecarga y si existe relación con depresión en cuidadores primarios.

8.HIPÓTESIS:

H1: A mayor sobrecarga, mayor depresión en cuidadores primarios de personas con discapacidad.

H0: No existe correlación entre sobrecarga y depresión.

9.MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Transversal, descriptivo, correlacional.

Periodo recolección de datos: 05-10 de febrero del 2016.

Universo de trabajo: Pacientes en sala de espera de consulta.

Lugar de realización: Unidad de Medicina Familiar Número 27 en Tijuana Baja California.

Selección de la muestra: Se realizará muestreo de tipo no probabilístico por cuotas.

Tamaño de muestra: 95 cuidadores

95% IC

5 % Significancia estadística

$N = Z^2 \times P(1-P) / M^2$

N= muestra de la población

P=prevalencia (6.6%)

$M^2 = (0.05)^2$

Z= valor critico (1.96)

$N = 3.84 \times 0.066 (1-0.066) / 0.0025$

N= 94.68

Criterios de Inclusión: Participación voluntaria y firma de consentimiento informado.

Ser cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad de la Unidad de Medicina Familiar Número 27. Ser cuidador por más de 6 semanas. Ser mayor de 18 años.

Criterios de No inclusión: Ser menor de 18 años, no completar algún cuestionario, no acepte participar en el estudio.

Criterios de Exclusión: Depresión previamente diagnosticada antes de ser cuidador.
Estar bajo tratamiento para depresión.

Métodos:

Posterior a la aprobación del proyecto por el comité de investigación con Numero de registro R- 2016-201-7, se solicitó permiso al director de la Unidad de Medicina Familiar Número 27.

Se entrevistó a cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad que asistieron a consulta externa de Medicina Familiar, en el periodo del mes de 05 al 10 febrero del 2016. Se aplicaron los instrumentos de medición Zarit para sobrecarga y Beck para depresión además de un cuestionario que recolecta las características sociodemográficas de cuidadores primarios en dicha unidad como: edad, género, estado civil, escolaridad, parentesco, ocupación, turno laboral, horas laboradas, cuidado compartido, número de cuidadores, salud del cuidador, cuidador enfermo, hospitalizaciones del cuidador, servicio médico del cuidador, tiempo de cuidado, horas de cuidado y si hay remuneración, género y edad adulto mayor con discapacidad, tipo de discapacidad, numero de discapacidades y enfermedad de impacto, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Instrumentos:

Se aplicó la escala del cuidador de Zarit para determinar algún grado la sobrecarga, que presenta una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3% (en los puntos de corte de 46-47) y una sensibilidad de 87,7% y especificidad de 94,2% para discriminar entre sobrecarga leve e intensa. La escala de Zarit mide la sobrecarga subjetiva, definida como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. Consta de 22 ítems que se responden en escala de Likert de cinco puntos: nunca=0, rara vez=1, algunas veces=2, muchas veces=3, casi siempre=4. Cada situación es respondida por el entrevistador mediante una cruz (x), es la escala de valores cualitativos según la percepción del entrevistado. Al final la sumatoria de los puntos, la cual corresponde a una escala de categorías para describir el grado de sobrecarga de la siguiente manera:

De 0 a 46 puntos. No sobrecarga.

De 47 a 55 puntos. Sobrecarga leve.

De 56 o 88 puntos. Sobrecarga intensa.

Además, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems para evaluar la existencia de depresión. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. En cada uno de éstos, el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de varias alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en que completa el inventario. Cada situación es respondida por el entrevistador mediante una cruz (x), en la escala de valores cualitativos según la percepción del entrevistado. El rango de la

puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos y la graduación de la depresión se establece con base en los siguientes criterios:

De 0 a 13 puntos. Ausencia de depresión

De 14 a 19 puntos. Depresión leve

De 20 a 28 puntos. Depresión moderada

De 29 a 63 puntos. Depresión grave.

Análisis Estadístico:

Se utilizaron para las variables cuantitativas, estadística descriptiva, medidas de tendencia central como la mediana, media y la moda, mientras que para las de dispersión la desviación estándar y la varianza. Así, para variables cualitativas se utilizarán frecuencias y porcentajes. Se implementó para el análisis de las variables, pruebas no paramétricas que consistieron en el Coeficiente de correlación de Rho de Spearman, un análisis bivariado con prueba Chi cuadrada, con la finalidad de evaluar la asociación entre las dos variables cualitativas que se aplicaron; utilizando como herramienta el SPSS 21, con la finalidad de facilitar la manipulación de datos.

El coeficiente de correlación de Spearman mide el grado de asociación entre dos variables, según el sentido de la relación según en términos de aumento o disminución, si el resultado es positivo-negativo y en cuanto al poder de la relación, para afirmar o rechazar determinar las hipótesis de trabajo y/o rechazar la hipótesis nula.

Correlación negativa perfecta: (-1)

Correlación negativa fuerte moderada débil (-0,5)

Ninguna correlación (0)

Correlación positiva moderada Fuerte (+0,5)

Correlación positiva perfecta (+ 1 1)

Definición Conceptual de las Variables:

Variables Independientes:

EDAD: Variable cuantitativa, considerada como edad biológica la cual es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

GÉNERO: Variable cualitativa nominal; es una distinción de características biológicas o fisiológicas típicamente asociadas tanto con hembras o machos lo que las diferencian una de otra.

ESTADO CIVIL: Variable cualitativa ordinal; es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

AÑOS DE ESCOLARIDAD: Variable cuantitativa, Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes, a través de un tiempo determinado.

OCUPACIÓN: Variable cualitativa ordinal, acción o función que se desempeña para ganar el sustento.

TURNO LABORAL: Variable cualitativa, momento en el que a alguien le corresponde hacer su trabajo.

CUIDADOR PRIMARIO: Variable cualitativa. El cuidador es la persona responsable de la atención integral de la persona adulta mayor considerando sus cuidados personales, de higiene personal y ambiental, administración de medicamentos, prevención de nuevas

enfermedades y complicaciones, así como la asistencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, por un mínimo de 3 semanas.

SALUD: Variable cualitativa. Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

CUIDADOR ENFERMO: Variable cualitativa. Que padece una enfermedad.

HOSPITALIZACIÓN: Variable cualitativa. Internar a un enfermo en un hospital o clínica.

SERVICIO DE SALUD: Variable cualitativa. Constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

TIEMPO DE CUIDADO: Variable cuantitativa. Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro.

HORAS DE TRABAJO: Variable cuantitativa. Periodo de tiempo en el que alguien le corresponde hacer su trabajo.

NUMERO DE CUIDADORES: Variable cuantitativa. Personas que proporcionan apoyo a las personas adultos mayores en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

REMUNERADO: Variable cualitativa. Retribuir, recompensar o pagar por una actividad.

TIPO DE DISCAPACIDAD DEL ADULTO MAYOR: Variable cualitativa. Se define como Discapacidad, a la deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria. El adulto mayor en la persona de más de 60 años.

EDAD ADULTO MAYOR: Variable cuantitativa, considerada como edad biológica la cual es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

GÉNERO ADULTO MAYOR: Variable cualitativa nominal; es una distinción de características biológicas o fisiológicas típicamente asociadas tanto con hembras o machos lo que las diferencian una de otra

NUMERO DE DISCAPACIDADES DEL ADULTO MAYOR: Variable cuantitativa. Son aquellas personas mayores de 60 años, que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás.

Variables Dependientes:

DEPRESIÓN: Variable cualitativa. Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

SOBRECARGA: Variable cualitativa. Es el conjunto de problemas físicos, emocionales, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de un paciente geriátrico y estos problemas afectan las actividades de ocio, relaciones sociales, amistad, intimidad, libertad y equilibrio emocional.

10.ASPECTOS ÉTICOS:

El presente estudio es descriptivo sobre los hallazgos interrogados en las encuestas, por lo que el riesgo es mínimo. Previa autorización del comité de investigación 201 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con Numero de Registro R-2016-201-7.

La ética de esta investigación respeta de forma primordial la Declaración de Helsinki de 1964. Tomando como principio básico el Artículo 8 que se basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20,21 y 22, incluyendo la participación, tanto al inicio y durante el curso de la investigación. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en los Artículos 2, 3 y 10; el cual participará en la investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el Artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el Artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el Artículo 5 y por último se respetará el Artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS.

En el caso de que se encontró algún caso de sobrecarga, depresión o ambas, se dio una carta informada al cuidador, para su médico familiar donde se especifican los hallazgos.

11.RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Los recursos humanos y financieros son del investigador principal, quien se encargará de la recolección de datos y aplicación de instrumentos a los cuidadores de pacientes que se encuentren en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar Número 27, previa firma de consentimiento informado para la participación en este estudio. Solventará con recursos propios para su realización el material físico como: 95 juegos de copias que incluyen consentimiento informado, instrumentos de medición, una computadora personal, una impresora, dos cartuchos de tinta, 4 resmas de hojas para copias, 10 lápices, 10 bolígrafos, Software: programa estadístico SPSS 21.

Con respecto a la factibilidad, esta es óptima en cuanto a los recursos humanos y financieros, ya que el material y las encuestas serán proporcionados por el investigador principal, en cuanto al universo de trabajo, la disponibilidad de acceso a los pacientes y cuidadores se realizará en la sala de espera que acuda a consulta y no involucra riesgos de bioseguridad.

12.ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD:

No aplican para este estudio.

13.RESULTADOS

Características sociodemográficas de cuidadores primarios

En este apartado se presentan las características sociodemográficas de los cuidadores primarios de pacientes alguna discapacidad de acuerdo a los criterios de inclusión, por lo que se incluyeron 95 cuidadores primarios encontrando lo siguiente. Tabla 1.

El 77.90% (74) son mujeres y 22.10% (21) hombres Figura 1, con una edad media de 48.16 (DE ± 13.83), con una moda 56 años, con una mínima de 18 y máxima 86 años; el 66.31% (63) son casados o viven en unión libre, el 72.63% (69) cuentan solo con educación básica, la mayoría de los cuidadores 57.89% (55) son hijos.

La mayoría se dedica al hogar, con un porcentaje del 46.31% (44), el 35.78% (34) tienen un trabajo, el 11.58% (11) son pensionados o jubilados, 5 (5.26%) no tiene empleo y el 1.05% (1) es estudiante. De los cuidadores que trabajan el 17.89 % (17) tiene horario matutino, 2 (2.10%) vespertino, 5 (5.26%) nocturno, 13.68%(13) horarios rotatorios; de los trabajadores el 25.26% (24) labora 8 horas, el 12.63% (12) hasta 12 horas y el 1.05% (1) tiene horario mixto.

De los 95 cuidadores primarios, el 87.4% (83) comparte el cuidado, de estos el 62.10%(59) tiene 3 o más cuidadores, 25.26% (24) 2 cuidadores y el 12.6% (12) solo 1. El 44.21% (42) de los cuidadores están enfermos y sin embargo solo 9 (9.47%) están descontrolados, el 21.05%(20) han estado hospitalizados. El 88.42% (84) tiene algún servicio médico institucional y el 11.6% (11) no tiene ningún tipo de seguro médico.

El 46.31% (44) tiene más de 4 años cuidando a su familiar discapacitado. El 42.10% (40) los cuidan 8 horas, el 21.05% (20) de 9 a 15 horas y 36.84% (35) de 16 hasta 24 horas. El 89.47% (85) no recibe una compensación económica por cuidar a su familiar.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores primarios

GENERO		CUIDADOR			
POBLACION		Mujer	%	Hombre	%
N= 95		N= 74	77.90	N= 21	22.10
EDAD CUIDADOR CATEGORIZADA	< 20 años	1	1.05	0	0.00
	≥20 a <40 años	19	20.00	6	6.32
	≥40 años	54	56.84	15	15.79
ESTADO CIVIL CUIDADOR	Soltero	14	14.74	7	7.37
	Casado	41	43.16	10	10.53
	Divorciado	3	3.16	1	1.05
	Separado	2	2.11	0	0.00
	Viudo	5	5.26	0	0.00
	Unión libre	9	9.47	3	3.16
ESCOLARIDAD CUIDADOR	Analfabeta	4	4.21	2	2.11
	Primaria incompleta	11	11.58	4	4.21
	Primaria completa	17	17.89	0	0.00
	Secundaria incompleta	6	6.32	0	0.00
	Secundaria	16	16.84	3	3.16
	Preparatoria incompleta	3	3.16	3	3.16
	Preparatoria completa	4	4.21	3	3.16
	Licenciatura	5	5.26	2	2.11
	Carrera técnica	7	7.37	3	3.16
	Posgrado	1	1.05	1	1.05
PARENTESCO CUIDADOR	Esposo	11	11.58	6	6.32
	Hijo	45	47.37	10	10.53
	Hermano	5	5.26	0	0.00
	Nieto	2	2.11	3	3.16
	Yerno	0	0.00	2	2.11
	Nuera	9	9.47	0	0.00
	Amigo	2	2.11	0	0.00

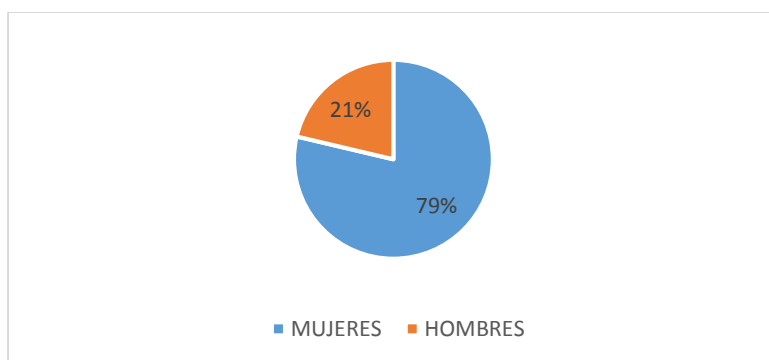
Continuación

OCUPACION CUIDADOR	Empleado	10	10.53	9	9.47
	Desempleado	2	2.11	1	1.05
	Hogar	44	46.32	0	0.00
	Comerciante	6	6.32	1	1.05
	Pensionado	3	3.16	5	5.26
	Jubilado	1	1.05	2	2.11
	Estudiante	1	1.05	0	0.00
	Obrero	3	3.16	1	1.05
	Profesionista	2	2.11	0	0.00
	Sin ocupación	1	1.05	1	1.05
	Otro	1	1.05	1	1.05
HORARIO DE LOS CUIDADORES QUE TRABAJAN	Matutino	10	10.53	7	7.37
	Vespertino	1	1.05	1	1.05
	Nocturno	3	3.16	2	2.11
	Rotatorio	5	5.26	3	3.16
	Eventual	1	1.05	0	0.00
	Otro	4	4.21	0	0.00
	No aplica	50	52.63	8	8.42
HORAS LABORALES	1 a 4 horas	4	4.21	0	0.00
	5 a 8 horas	10	10.53	10	10.53
	9 a 12 horas	9	9.47	3	3.16
	24 x 48 horas	1	1.05	0	0.00
	No aplica	50	52.63	8	8.42
CUIDADO COMPARTIDO	Si	65	68.42	18	18.95
	No	9	9.47	3	3.16
CANTIDAD CUIDADORES	Uno	9	9.47	3	3.16
	Dos	21	22.11	3	3.16
	Tres o mas	44	46.32	15	15.79
SALUD CUIDADOR	Sano	40	42.11	13	13.68
	Enfermo	34	35.79	8	8.42
CUIDADOR ENFERMO	Controlado	26	27.37	7	7.37
	Descontrolado	8	8.42	1	1.05
	No aplica	40	42.11	13	13.68
HOSPITALIZACIONES CUIDADOR	Si	15	15.79	5	5.26
	No	59	62.11	16	16.84
SERVICIO MÉDICO CUIDADOR CATEGORIZADO	Seguro popular	16	16.84	2	2.11
	IMSS	47	49.47	18	18.95
	ISSSTE	0	0.00	1	1.05
	Ninguno	11	11.58	0	0.00

Continuación

TIEMPO DE CUIDADO	< 1 año	15	15.79	6	6.32
	≥ 1 y < 2 años	9	9.47	3	3.16
	≥ 2 y < 3 años	5	5.26	2	2.11
	≥ 3 y < 4 años	9	9.47	2	2.11
	>4 años	36	37.89	8	8.42
HORAS DE CUIDADO	De 1- 8 horas	31	32.63	9	9.47
	De 9-15 horas	17	17.89	3	3.16
	De 16-24 horas	26	27.37	9	9.47
PAGO POR CUIDAR	Si	10	10.53	0	0.00
	No	64	67.37	21	22.11

Figura 1. Porcentaje por género de los Cuidadores Primarios



Características sociodemográficas de pacientes con discapacidad

De los pacientes con discapacidad el 67.36% (64) son mujeres y 32.63% (31) son hombres. La edad media es de 74.66 ($DE \pm 9.93$), una moda de 89, una mediana 73, con una mínima de 60 y una máxima de 94 años. La discapacidad más común es la motriz 65.3% (62), después la mental 15.8 % (15), seguida de la visual 13.68% (13) y la auditiva 5.26 %. El 44.2% de los pacientes tiene solo una discapacidad, 43.2% tiene dos, 12% más de tres. Tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas pacientes discapacitados

Género		PACIENTE CON DISCAPACIDAD			
		Mujer	%	Hombre	%
Población	N = 95	N= 64		N= 31	
NUMERO DISCAPACIDAD ADULTO MAYOR	Una	29	30.53	13	13.68
	Dos	26	27.37	15	15.79
	Tres	9	9.47	2	2.11
	Cuatro o mas	0	0.00	1	1.05
TIPO DE DISCAPACIDAD PREDOMINANTE	Motriz	45	47.37	17	17.89
	Visual	8	8.42	5	5.26
	Mental	7	7.37	8	8.42
	Auditiva	4	4.21	1	1.05

Descripción de hallazgos de la escala de Zarit

De los 95 cuidadores entrevistados, el 11.57% (11) tienen algún grado de sobrecarga, de este porcentaje de los cuales el 6.31% (6) tiene sobrecarga leve y sobrecarga intensa 5.26% (5) y el 88.41%(84) sin sobrecarga. al realizar el análisis por género, se encontró que 10 son mujeres de los 11 afectados. Tabla 3

Tabla 3. Resultados de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Género	Mujer	%	Hombre	%
Población N= 95	N =74	77.9	N= 21	22.1
No Sobrecarga	64	67.36	20	21.05
Sobrecarga Leve	5	5.26	1	1.05
Sobrecarga Intensa	5	5.26	0	0

Descripción de hallazgos del Inventario de Depresión de Beck

En cuanto a los resultados para detectar algún grado de depresión, se encontró que 94.73%(90) tiene ausencia de depresión, el 4.21%(4) depresión leve, el 1.05%(1)

depresión moderada, ninguno con depresión severa, sin embargo, al hacer el análisis por género, las 5 personas afectadas, son mujeres.

Tabla 4. Resultados Inventario de depresión de Beck

Género	Mujer	%	Hombre	%
Población N= 95	N =74	77.9	N= 21	22.1
Ausencia de Depresión	69	72.63	21	22.1
Depresión Leve	4	4.21	0	0
Depresión Moderada	1	1.05	0	0
Depresión Severa	0	0	0	0

Análisis Estadístico Bivariado

Se realizó un análisis estadístico Bivariado para determinar si existe sobrecarga asociada a depresión, con los resultados de la aplicación de los instrumentos de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y el Inventario de depresión de Beck de los 95 cuidadores primarios entrevistados, con los resultados individuales de cada instrumento descritos en la [Tabla 3](#) y [Tabla 4](#).

Se utilizó una tabla de contingencia para relacionar ambas variables con la prueba de Chi² (χ^2) con un intervalo de confianza del 95%, con los siguientes resultados: χ^2 de 51.159 con un valor de $p = 0.001$, la cual es estadísticamente significativa entre cuidadores con sobrecarga que presentan depresión. Además de que los pacientes que presentaron depresión, todos tenían algún grado de sobrecarga. [Tabla 5](#).

Tabla 5. Resultados de análisis de Sobrecarga relacionada a Depresión

		Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit			Cuidadores N = 95
		No Sobrecarga	Sobrecarga Leve	Sobrecarga Intensa	
Inventario De Depresión de Beck	Ausencia de Depresión	84	4	2	90
	Depresión Leve	0	2	2	4
	Depresión Moderada	0	0	1	1
	Depresión Severa	0	0	0	0
TOTAL		84	6	5	95

El grado de asociación entre ambas variables, utilizamos el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, para determinar si a mayor sobrecarga hay mayor depresión, se obtuvo una significancia bilateral de .001, quedando evidenciado con el valor de correlación 0.651, el cual se interpreta como una correlación positiva moderada fuerte, rechazando así la hipótesis nula; con la cual afirmamos la hipótesis de trabajo, que a mayor sobrecarga, aumenta la depresión. Tabla 6.

Tabla 6. Análisis de la prueba de Correlación Rho de Spearman

			Pacientes con sobrecarga	Pacientes con depresión
Rho de Spearman	Pacientes con sobrecarga	Coeficiente de correlación	1.000	.651**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	95	95
	Pacientes con depresión	Coeficiente de correlación	.651**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	95	95

**la correlación es significativa en el nivel de 0.001 (bilateral)

Análisis de variables independientes

Se utilizó la prueba de χ^2 para relacionar las variables independientes con la escala de Zarit, se describen a continuación los resultados arrojados: fueron únicamente significativas el horario laboral del trabajador con una $\chi^2 = 11.456$ y una $p=0.022$, el cuidador enfermo con una de $\chi^2 = 7.134$ y una $p= 0.008$, el cuidador enfermo descontrolado con una $\chi^2 = 20.164$ y una $p= .001$, el número de discapacidades del paciente con una χ^2 de 7.891 y una $p= .048$. Tabla

Se describen a continuación las variables independientes en relación al inventario de Beck, que tuvieron significación estadística, el turno laboral del cuidador que obtuvo una $\chi^2 = 20.31$ y una $p= 0.002$, el horario de los cuidadores que trabajan $\chi^2 = 20.31$ y una $p= 0.001$, al igual que el cuidador enfermo $\chi^2 = 6.660$ y una $p= 0.01$, descontrolados con una $\chi^2=17.209$, $p=.001$, las hospitalizaciones del cuidador con una $\chi^2 = 4.817$ y una $p= 0.028$.

Tabla 7.

Tabla 7. Variables independientes con significación estadística para Sobrecarga del cuidador y Depresión.

VARIABLES INDEPENDIENTES	Zarit		Beck	
	χ^2	p	χ^2	p
TURNO LABORAL CUIDADORES	11.542	0.073	20.31	0.002
HORAS LABORADAS CUIDADOR	11.456	0.022	20.31	0.001
SALUD CUIDADOR	7.134	0.008	6.66	0.01
CUIDADOR ENFERMO DESCONTROL	20.164	0.001	17.209	0.001
HOSPITALIZACIONES CUIDADOR	1.755	0.185	4.817	0.028
NUMERO DE DISCAPACIDAD	7.891	0.048	1.035	0.793

14.Discusión

La prevalencia de sobrecarga de cuidadores primarios en la Unidad Medico Familiar No.27 es de 11.87%.

Al aplicar los instrumentos para detección de sobrecarga, se encontró que la percepción predominó en cuidadores primarios del género femenino 99% (11), mientras que la asociación a depresión, fue del 45.45% del total de las pacientes con sobrecarga, se encuentra una correlación positiva similar como lo menciona la literatura internacional, del 50% que menciona Lavrestky et al.²²

Las características sociodemográficas más frecuentes son las similares a las encontradas en otros estudios como Tobío et cols⁴ y Chan SW⁹, que son mujeres, mayores de 40 años, hijas, amas de casa, con estudios básicos, sin compensación económica. Los cuales difieren solo en porcentaje dependiendo del país donde se realice el estudio, que varía desde el 58 al 80% en la literatura internacional.

Al realizar la correlación entre sobrecarga y depresión, corroboramos nuestra hipótesis de trabajo y rechazamos así la hipótesis nula, quiere decir que, a mayor sobrecarga aumenta la depresión.

Aunque algunos autores perciben la sobrecarga como algo subjetivo, dentro de las variables independientes, se encontró que tiene correlación estadísticamente significativa para sobrecarga el estar enfermo y descontrolado, como menciona (Brinda et al)⁸ que la calidad de vida y trabajo se deterioran, encontrándose significancia estadística para sobrecarga el horario y turno laboral para desarrollar sobrecarga y que el tener más de una discapacidad favorece la depresión en estas cuidadoras.

Considerando lo anterior expuesto, vemos como limitantes y debilidades del estudio que es una muestra pequeña que pudiera no ser representativa en cuanto a la población de adultos mayores que maneja la unidad.

No haber incluido otras variables, como el nivel de estrés, ansiedad asociada, búsqueda intencionada de síntomas de somatización, duelos no resueltos, que pudieran ayudarnos a pensar en una psicopatología subclínica que se enmascare como sobrecarga.

De este mismo, no se consignaron las enfermedades más frecuentes, ya que solo se interrogo si estaba enfermo, mas no cual enfermedad padece, si ésta, apareció antes o después; en cuanto a los enfermos descontrolados, si el descontrol preexistía o comenzó después de iniciarse como cuidador.

Si los cuidadores habían recibido talleres o platicas de educación respecto a las discapacidades y/o enfermedades de sus familiares, si acude a un grupo de apoyo o tenía otras redes de apoyo que no fuesen familiares, que estrategias emplea para confrontar las demandas de cuidado, si realiza actividad física, ya que todas estas variables, ayudan a que se alivie la sobrecarga y por eso la prevalencia sea menor.

Respecto a las fortalezas de la investigación, se entregó a los cuidadores con algún grado de sobrecarga y depresión, una carta, donde se describe los instrumentos aplicados y los hallazgos, para que se realicen estrategias médicas y sociales para ayudar a los cuidadores identificados, no todos los cuidadores son derechohabientes.

También este trabajo, invita a nuevas líneas de investigación para cuidadores y el paciente adulto mayor con discapacidad, de forma individual o familiar, que pudieran ser de intervención, creando talleres educativos para mejorar la calidad de atención domiciliaria y analizar el efecto de estas intervenciones.

15.Conclusión

Los hallazgos encontrados en este estudio, nos proporcionan una visión general sobre los cuidadores primarios que tenemos en nuestra Unidad Medico Familiar; no hay diferencias sociodemográficas en relación con la literatura internacional del perfil del cuidador primario, aun en países de primer y tercer mundo es el mismo; se suma a esto, el arraigo cultural de que la mujer tiene que ejercer este papel de cuidadora por solidaridad o imposición social; además que se enfrenta en estas últimas décadas ha ejercer nuevos roles, como el de proveedora, aunado a la situación económica, laboral, personal y biológica en la cual se encuentra según su edad y las comorbilidades asociadas que se agregan a lo largo del tiempo. Los resultados muestran que la mayoría de estas mujeres son mayores de 40 años, algunas enfermas y que su calidad de vida está deteriorándose debido a la ardua labor de ser cuidadoras.

El estudio también abre puertas para hacer otras investigaciones para explorar tanto al cuidador como para el adulto mayor con discapacidad, como determinar si tiene síndrome del cuidador quemado, estrés, ansiedad, su calidad de vida, se ha visto que los niveles de cortisol, marcadores proinflamatorios y norepinefrina están aumentados en los cuidadores que son predictores de depresión (Iosif y cols)¹³; si el paciente con discapacidad tiene depresión, la fragilidad, polifarmacia u otros síndromes geriátricos; realizar intervenciones educativas, ya que se ha visto que estas alivian los efectos deletéreos del cuidado en la salud física y mental (Luchsinger y Cols)¹⁴ y (Rodakowski y Cols)¹⁸, con enfoque preventivo para un envejecimiento con una buena calidad de vida y de promoción de la salud del paciente geriátrico, grupos de ayuda mutua, iniciativas políticas para crear programas sociales de apoyo para el cuidado de adultos mayores

con discapacidad, valorar si es posible mejorar la autonomía del paciente dependiente y la resiliencia del cuidador, equipos multidisciplinarios para crear acciones que ayuden educar a estos cuidadores y reproducir la información, ya que también, en unos años tal vez tengan la necesidad de ser cuidados.

La discapacidad por si sola es un reto en cualquier etapa de la vida, sin embargo, será progresivamente mayor, ya el envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas y la discapacidad conforman una triada monumental, con repercusiones médicas, sociales, políticas y económicas graves, ya que conlleva a una saturación de los servicios médicos y agotamiento de los recursos de las instituciones públicas, aunado a la pobreza y la carencia de servicios de salud.

Por lo que se concluye, que el médico de primer contacto debe cuidar al cuidador lo mismo que al paciente, ya que es una población altamente vulnerable, susceptible de múltiples consecuencias físicas y mentales, ayudándose de instrumentos validados que nos ayuden a una obtener una evidencia científica dirigida a crear estrategias conjuntas para evitar el deterioro de ambas partes afectadas.

16.Aspectos éticos relacionados a los hallazgos:

A los pacientes identificados con algún grado de sobrecarga y depresión, se tomaron números telefónicos de los cuidadores afectados y se entregó una carta donde describen los hallazgos de los instrumentos realizados, a fin de que se le dé seguimiento por su médico familiar.

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO	2014	2014-2015	2016	2016	2016	2016	2016
MES	Mayo	Junio a Febrero	Febrero	Febrero	Febrero	Febrero	Febrero
DÍA				05-10	11-12	15	17
ACTIVIDAD							
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X						
REDACCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN		X					
APROBACIÓN DEL PROYECTO			X				
CAPTURA DE DATOS				X			
ANÁLISIS DE RESULTADOS					X		
REPORTE FINAL						X	
ENTREGA A ASESORES							X

18.BIBLIOGRAFÍA:

1. NORMA Oficial Mexicana. NOM-015-SSA3-201, Para la atención integral a personas con discapacidad. [Sitio en internet]. Publicado en Diario Oficial de la Federación el 14/09/2012. Acceso: [22 Diciembre 2014]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012 .

2. OMS: Organización Mundial de la Salud. Who.int [Internet]. Suiza: OMS; c2011. Acceso: [22 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf?ua=1>.

3. Organización Mundial de la Salud. Resumen del informe Mundial sobre discapacidad. Revs OMS. 2011; 1-27. Acceso: [22 Diciembre 2014]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1.

4. Tobío C, Agulló-Tomás M, Gómez M, Martín-Palomo M. El cuidado de las personas, un reto del siglo XXI. [Internet] Vol.28. 1era Ed. Barcelona: Fundación "La Caixa " Colección estudios sociales, 2010. Acceso: [22 Diciembre 2014]. Disponible en: https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Estudios_sociales/vol28_completo_es.pdf.

5. INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Inegi.org [internet]. México: INEGI: c2013. Acceso: [22 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/discapacidad0.PDF>.

6. ENSANUT: Encuesta de Salud y Nutrición. Ensanut.insp [internet] México: ENSANUT; c2012. Acceso [22 Diciembre 2014]. Disponible en:

<http://www.ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>.

7. Guía de Práctica Clínica Detección y Manejo del Maltrato del Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. Acceso: [22 Diciembre 2014]. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf.

8. Brinda E, Rajkumar A, Enemark U, Attermann J, Jacob K. Cost and burden of informal caregiving of dependent older people in a rural Indian community. BMC Health Services Research [Revista en Internet] 2014 [Acceso 22 diciembre 2014]; 14: [1-9]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022434/>.

9. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers of persons with schizophrenia. Arch Psych Nurs 2011; 25(5): 339-349.

10. Lin FY, Rong JR, Lee TY. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: a concept analysis. J Multidiscip Healthc 2013; 6: 323-333.

11. Valente LE, Truzzi A, Souza WF, Alves GS, Alves CE, Sudo FK, et al. Health self-perception by dementia family caregivers: sociodemographic and clinical factors. Arq Neuropsiquiatr 2011; 69(5): 739-744.

12. Domínguez JA, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo MT. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes, Semergen 2012; 38(1): 16-23.

13. Iosif A, Sciolla A, Brahmabhatt K, Seritan A. Caregiver Burden in Fragile X Families. *Curr Psychiatry Rev* 2013 2013; 9: 85–91.
14. Luchsinger J, Mittelman M, Mejia M, Silver S, Lucero R, Ramirez M, et al. The Northern Manhattan Caregiver Intervention Project: a randomised trial testing the effectiveness of a dementia caregiver intervention in Hispanics in New York City. *BMJ Open* 2012;2:e001941.
15. El-bar N, Levy A, Wald H, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area – a cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research* 2013; 2: 31.
16. Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Peñaloza-Salazar C, Richards-Araya D, Cuadra-Peralta A, et al. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC Fam Pract* 2011; 12(1): 101.
17. Guías de Práctica Clínica para la Valoración Geronto – Geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio. México: Secretaria de Salud, 2011. Acceso: [22 Diciembre 2014]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracion_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GER_Vvaloracion_geronto_geriatrica.pdf.
18. Rodakowski J, Skidmore ER, Rogers JC, Schulz R. Role of social support in predicting caregiver burden. *Arch Phys Med Rehabil* 2012; 93: 2229-2236.
19. Aschbrenner KA, Greenberg JS, Allen SA, and MM Seltzer. Subjective Burden and Personal Gains among Older Parents of Adults with Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2010; 61(6): 605–611.

20. Garlo K, O'Leary J, Van Ness P, Fried T. Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness J Am Geriatr Soc 2010; 58(12): 2315–2322.
21. Kang HS, Myung W, Na DL, Kim SY, Lee JH, Han SH, et al. Factors associated with caregiver burden in patients with Alzheimer's disease. Psychiatry Investig 2014; 11(2): 152-159.
22. Lavretsky et al. Improving depression and enhancing resilience in family dementia caregivers: a pilot randomized placebo-controlled trial of escitalopram. Am J Geriatr Psychiatry 2010; 18(2): 154.
23. Basaran A, Karadavut KI, Uneri SO, Balbaloglu O, Atasoy N. The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores: a comparative study. Eur J Phys Rehabil Med 2013; 49(6): 815-822. Epub 2013 Nov 28.
24. Flynn C, Knight, B. Confirmatory Factor Analysis of a Brief Version of the Zarit Burden Interview in Black and White Dementia Careg. Gerontologist 2011; 51(4): 453-456.
25. Zendjidian X, Boyer L. Challenges in measuring outcomes for caregivers of people with mental health problems. Dialogues Clin Neurosci 2014; 16: 159-169.

19.ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Registro Institucional el Comité Local de Información y Ética en Investigación en Salud: R 2016-201-7

Nombre del Estudio: "Sobrecarga asociada a depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad"

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California, a _____ de _____ del 2016.

Justificación: Es necesario detectar en cuidadores primarios datos de sobrecarga y depresión para evitar el colapso del cuidador, enviándolo oportunamente al servicio requerido para su atención.

Objetivo del estudio: Determinar la sobrecarga y si está asociada a depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad.

Procedimientos: Se aplicará el Test de Zarit para sobrecarga y la Escala de Beck para depresión para habla hispana. Así como una hoja de recolección de datos sobre las variables sociodemográficas más relevantes para el estudio.

Posibles riesgos y molestias: Sin riesgos, la participación consiste en el llenado en papel de cuestionarios.

Posibles beneficios al participar en este estudio: Conocer el nivel de sobrecarga y si hay una asociación a depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad y la asociación con las variables sociodemográficas y su derivación oportuna para su atención de ser necesario.

Privacidad y confidencialidad: Se respetará su privacidad, por lo que en este estudio no se solicita su nombre, solo en caso de tener algún diagnóstico positivo para sobrecarga o depresión, se dará una hoja donde se describan los hallazgos encontrados.

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Itzel Paloma Miranda López, Médico Residente Adscrito a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No.27, Matrícula: 98021660 Teléfono: 664-111-7478, Correo Electrónico: itzelpaloma@gmail.com

Asesor: María Cecilia Anzaldo Campos, Adscrita a Coordinación de Educación e Investigación, Unidad de Medicina Familiar No.27, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Matrícula: 9920153 Teléfono: 664-629-6385, Correo Electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Asesor: Juan José Camacho Romo, Coordinador de Residentes de Medicina Familiar, Unidad Medico Familiar No. 27, Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Matrícula: 5607485, Teléfono: 664-629-6385, Correo Electrónico: juan.camacho@imss.gob.mx

Se hace del conocimiento del paciente que este puede retirar el consentimiento y abandonar el estudio, sin que este acto afecte la atención médica al paciente o los servicios que esta institución le pueda ofrecer.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS 201, Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso, Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56276900, Ext. 21230. Correo Electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

NOMBRE O FIRMA
DEL PARTICIPANTE

NOMBRE O FIRMA DE QUIEN
OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

TESTIGO NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO NOMBRE Y FIRMA

[Fecha]

ANEXO INUM DE REGISTRO R
2016-201-7

FOLIO No.

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA**CUIDADOR PRIMARIO**

FECHA	
NOMBRE	

Edad

Años

Edad categorizada:

1) < 20 Años

2) >20 A <40 Años

3) ≥ 40 A > 60 Años

Género

1)Femenino

2) Masculino

Estado Civil

1) Soltero

2) Casado

3) Divorciado

4) Separado

5) Viudo

6) Unión Libre

Escolaridad

1) 0

2) 1-6

Años

3) 7-9

4) 10-12

5) 13 O Mas

Parentesco

1) Esposo (A)

2) Hijo (A)

3) Hermano (A)

4) Nieto (A)

5) Primo (A)

6) Yerno

7) Nuera

7) Amigo

8) Otro

Ocupación

1) Empleado

2) Desempleado

3) Hogar

4) Comerciante

5) Pensionado

6) Jubilado

7) Estudiante

8) Obrero

9) Profesionista

10) Técnico

11) Sin Ocupación

12) Otro

Turno Laboral

1) Matutino

2) Vespertino

3) Nocturno

4) Jornada Acumulada

5) Rotatorio

6) Eventual

7) Medio Tiempo

8) Otro

Horas Laboradas

1) 4horas

2)5-8 Horas

Horas

3) 9-12 Horas

Cuidado Compartido

1) Si

2) No

Cuidadores

1) 1

2) 2

3) 3 o Más

[Fecha]

Salud Del Cuidador

1) Sano

2) Enfermo

Cuidador Enfermo

1) Controlado

2) Descontrolado

Hospitalizaciones Cuidador

1) Si

2) No

Servicio Médico Cuidador

1) Seguro Popular

2) Imss

3) Issste

4) Issstecali

5) Pemex

6) Sedena

7) Privado

8) Otro

9) Ninguno

Tiempo De Cuidado:

1) < 3 meses

2) ≥ 3 Meses < 6 Meses

3) ≥ 6 Meses a < 12 Meses

4) 1-2 Años

5) 3-4 Años

6) 5 Años o Más

Horas De Cuidado

1) 1 - 8 Horas

2) 9 – 15 Horas

Horas

1) 16 - 24 Horas

Remunerado

1) Si

2) No

Tipo De Discapacidad

1) Motriz

2) Visual

3) Mental

4) Auditiva

5) Del Lenguaje

Edad Adulto Mayor

años

Genero

1) Femenino masculino

2) masculino

Numero discapacidades

1) una 2) dos

3) tres 4) cuatro o mas

Anexo II

Definición operacional de variables

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de medición
Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.	Cualitativa	El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Instrumento utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Tiene 21 ítems tipo Likert, indicativos de síntomas que corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV, Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima son 0 y 63. Puntos de corte: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Variable Independiente	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición
Sobrecarga	Es el conjunto de problemas físicos, emocionales, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de un paciente geriátrico y estos problemas afectan las actividades de ocio, relaciones sociales, amistad, intimidad, libertad y equilibrio emocional.	Cualitativa	Escala de Medición de sobrecargar Zarit, consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados. La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 88. Para cada ítem se utiliza una escala de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4

[Fecha]

			(casi siempre). Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son: – No sobrecarga: 0-46 – Sobrecarga leve: 47-55 – Sobrecarga intensa: 56-88
Edad	Son los años desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa Cualitativa	Años 1. 18-29 años 2. 30-39 años 3. 40-49 años 4. 50-59 años 5. 60 años o más
Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes.	Cualitativa	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o de su mismo sexo.	Cualitativa	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Separado 5. Viudo 6. Unión libre
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Cuantitativa Cualitativa	Años 1. 0 años 2. 1-6 años 3. 7-9 años 4. 10-12 años 5. 13 años o más
Parentesco	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.		1. Esposo 2. Hijo 3. Hermano 4. Nieto 5. primo 6. Amigo 7. Otro
Ocupación	Empleo, oficio.	Cualitativa	1. Empleado 2. Comerciante 3. Pensionado 4. Jubilado 5. Estudiante 6. Hogar 7. Desempleado 8. Sin ocupación 9. Otra
Turno laboral	Momento en el que a alguien le corresponde hacer su trabajo.	Cualitativa	1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno

			4. Jornada acumulada 5. Eventual 6. Medio tiempo 7. Otro
Cuidador primario o principal	Es la persona responsable de la atención integral de la persona adulta mayor considerando sus cuidados personales, de higiene personal y ambiental, administración de medicamentos, prevención de nuevas enfermedades y complicaciones, así como la asistencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria un mínimo de 6 semanas.	Cualitativa	1) Si 2) No
Salud	Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.	Cualitativa	1) Sano 2) Enfermo
Cuidador Enfermo	Que padece enfermedad.	Cualitativa	1) Controlado 2) Descontrolado
Hospitalización	Internar a un enfermo en un hospital o clínica.	Cualitativa	1) Si 2) No
Servicio de salud	Constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.	Cualitativa	1) Seguro Popular 2) IMSS 3) ISSSTE 4) ISSSTECALI 5) PEMEX 6) SEDENA 7) Privado 8) Ninguno
Tiempo de cuidado	Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro.	Cuantitativa Cualitativa	Años 1) < 3Meses 2) ≥ 3 a < 6 Meses 3) ≥ 6 A < 12 Meses 4) 1 A <5 Años 5) ≥ 5 o mas
Horas de trabajo	Periodo durante el cual a una persona le corresponde hacer su trabajo.	Cuantitativa Cualitativa	Horas 1) 1-8 Horas 2) 9-15 Horas 3) 16-24 Horas
Número Cuidadores	Personas que proporcionan apoyo a las personas adultas y adultas mayores en las actividades básicas,	Cuantitativa Cualitativa	Personas 1) 1 2) 2 3) 3 o mas

	instrumentales y avanzadas de la vida diaria		
Remunerado	Retribuir, recompensar o pagar por una actividad.	Cualitativo	1) Si 2) No
Tipo de Discapacidad del Adulto Mayor	Se define como Discapacidad, a la deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria. El adulto mayor es la persona de más de 60 años.	Cualitativa	1) Motriz 2) Visual 3) Mental 4) Auditiva 5) Del lenguaje
Edad del adulto mayor	Son los años desde el nacimiento hasta la actualidad, de personas mayor de 60 años	Cuantitativa	Años
Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes.	Cualitativa	1) Femenino 2) Masculino
Número de discapacidades del adulto mayor	Son aquellas personas mayores de 60 años, que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás.	Cualitativa	1) Una 2) Dos 3) Tres 4) 4 o mas

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Puntuación:

0 Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Instrucciones: A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- 0. Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- 1. No me encuentro triste
- 2. Me siento algo triste y deprimido
- 2. Ya no puedo soportar esta pena
- 3. Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- 0. Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- 1. Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- 2. No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- 2. No espero nada bueno de la vida
- 3. No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- 0. He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- 1. He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- 2. Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
- 2. No me considero fracasado
- 3. Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- 0. Ya nada me llena
- 1. Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- 1. Ya no me divierte lo que antes me divertía
- 2. No estoy especialmente insatisfecho
- 3. Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- 0. A veces me siento despreciable y mala persona
- 1. Me siento bastante culpable
- 2. Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable

- 2. Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- 3. No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- 0. Presiento que algo malo me puede suceder
- 1. Siento que merezco ser castigado
- 2. No pienso que esté siendo castigado
- 3. Siento que me están castigando o me castigarán
- 3. Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- 0. Estoy descontento conmigo mismo
- 1. No me aprecio
- 1. Me odio (me desprecio)
- 2. Estoy asqueado de mí
- 2. Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- 0. No creo ser peor que otros
- 1. Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- 2. Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- 2. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- 3. Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- 0. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- 1. Siento que estaría mejor muerto
- 2. Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- 2. Tengo planes decididos de suicidarme
- 2. Me mataría si pudiera
- 3. No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- 0. No lloro más de lo habitual
- 1. Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
- 2. Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo

3. Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

0. No estoy más irritable que normalmente

1. Me irrito con más facilidad que antes

2. Me siento irritado todo el tiempo

3. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

0. He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto

1. Me intereso por la gente menos que antes

2. No he perdido mi interés por los demás

3. He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

0. Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones

1. Tomo mis decisiones como siempre

2. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto

3. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

0. Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado

1. Me siento feo y repulsivo

2. No me siento con peor aspecto que antes

3. Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

0. Puedo trabajar tan bien como antes

1. Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa

1. No puedo trabajar en nada

2. Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo

3. No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

0. Duermo tan bien como antes

1. Me despierto más cansado por la mañana

2. Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir

3. Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche

17. Cansancio

0. Me canso más fácilmente que antes

1. Cualquier cosa que hago me fatiga

2. No me canso más de lo normal

3. Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

0. He perdido totalmente el apetito

1. Mi apetito no es tan bueno como antes

2. Mi apetito es ahora mucho menor

3. Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente

1. He perdido más de 2,5 kg

2. He perdido más de 5 kg

3. He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

0. Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas

1. Estoy preocupado por dolores y trastornos

2. No me preocupa mi salud más de lo normal

3. Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

0. Estoy menos interesado por el sexo que antes

1. He perdido todo mi interés por el sexo

2. Apenas me siento atraído sexualmente

3. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

PROTOCOLO DE INVESTIGACION FOLIO No. _____

TÍTULO: Sobrecarga asociada a depresión en cuidadores primarios de adultos mayores con discapacidad.

TIJUANA B.C. A _____ DE _____ 201__

CARTA DE NOTIFICACION

A quien corresponda:

Por medio de la presente, le hago saber de su conocimiento que al Sr (): _____, es cuidador primario, participo en una encuesta, donde se le realizo la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para determinar algún grado de sobrecarga, arrojando el siguiente resultado:

1. No sobrecarga
2. Sobrecarga Leve
3. Sobrecarga Severa

Se aplicó también el inventario de Depresión de Beck, para determinar si existe algún grado de depresión, con los siguientes hallazgos.

1. Ausencia de depresión
2. Depresión leve
3. Depresión moderada
4. Depresión grave

Se hace de su conocimiento para realizar las acciones médico - sociales pertinentes relacionados a estos resultados.

Atentamente

Itzel Paloma Miranda López R3MF

En caso de aclaraciones o dudas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Itzel Paloma Miranda López, Médico Residente Adscrito a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No.27, Matrícula: 98021660 Teléfono: 664-111-7478, Correo Electrónico: ltzelpaloma@gmail.com