



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PERSONAS
CUIDADORAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
CRÓNICO DEGENERATIVA TERMINAL.”**

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO

EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A:

DR. JESUS ALEJANDRO GARCIA URRUTIA.

ASESORES:

DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ

PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

UMF No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS

COASESOR:

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMF No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS.

MÉXICO D.F. ENERO 2010

REGISTRO 2009-3607-12



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PERSONAS
CUIDADORAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
CRÓNICO DEGENERATIVA TERMINAL**

AUTORIZACIONES

AUTORIDADES DEL IMSS

DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA” IMSS.

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS.

DR. JAFET FELIPE MENDEZ LOPEZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
UMF No. 28 “Gabriel Mancera” IMSS

AGRADECIMIENTOS

Gracias a DIOS por haberme dado la oportunidad vivir, por guiar mis pasos en este mundo y por regalarme la felicidad que siente mi alma.

Gracias a mi MADRE ya que con su esfuerzo y paciencia logro formar una hermosa familia a la que orgullosamente pertenezco, con valores, trabajo y disciplina.

Gracias a mi FAMILIA, que con su infinito amor y cariño, así como dedicación y trabajo logro formarnos como hombres y mujeres de bien.

Gracias infinitas a mis queridos y adorados AMIGOS, ya que sin su apoyo me hubiera resultado muy escabroso este camino de mi vida, cada uno de ellos en algún momento apporto y sigue aportando algo importante a mi existencia.

Gracias a TODAS LAS MUJERES que ha estado a mi lado sin su paciencia y sus sabios consejos no estaría en el sitio en el que estoy.

Gracias a ti...ser especial, a ti que desde el momento que te conocí me hiciste una mejor persona, gracias a tu paciencia y dedicación, por cada una de las experiencias, gracias por compartir tu vida junto a la mía, gracias por este maravilloso amor. Gracias a ti, DIOS.

Jesús Alejandro.

INDICE	PAGINA
RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	13
HIPOTESIS	14
MATERIAL Y METODOS	15
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	16
MUESTRA	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACION	17
VARIABLES	18
DISEÑO ESTADISTICO	21
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	22
METODO DE RECOLECCION DE DATOS	23
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	24
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	25
CONSIDERACIONES ETICAS	26
CRONOGRAMA	27
RESULTADOS	28
CONCLUSIONES	34
DISCUSIÓN	35
BIBLIOGRAFIA	36
ANEXOS	38

RESUMEN

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA TERMINAL.

1. **García Urrutia Jesús Alejandro, Mendez López Jafet F. Navarro Susano Lourdes G. UMF No. 28. IMSS. México DF.**

OBJETIVO GENERAL.

Identificar la prevalencia de trastorno depresivo en los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónico terminal de la UMF 28 y el HGR No1 “Carlos Mac Gregor

MATERIAL Y METODOS:

Estudio prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo y observacional.

Se realizo en la unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera” y en HGR No.1 “Carlos Mcgregor Sánchez Navarro”. Se aplicó escala para depresión de Hamilton a cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica degenerativa terminal, en un periodo de tiempo de septiembre del 2008 a enero del 2009

RESULTADOS

Los resultados arrojados por este estudio arrojan un promedio de 43.13 años de edad de lo cuidadores primarios, teniendo una máxima de 60 años de edad con una mediana de 44 años y una moda de 37 años

Se determino que dentro de los cuidadores primarios con enfermedad crónico degenerativa El 87.64 % son mujeres de la cuales están distribuidas de la siguiente manera esposas 31 madres 5 hijas 24, madres 18 el resto el 12.36% esta compuesto de varones principalmente esposo 4 hijo 5 y hermano 2

Se censó el nivel de escolaridad de los cuidadores primarios siendo en su mayoría personas con nivel medio superior, seguido de personas con secundaria, primaria y por último nivel universitario

Debido al incremento de la expectativa de vida de los adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa las complicaciones ha ido en aumento este estudio arroja que la enfermedades renales ocupan el primer lugar con un total del 33% (29) pacientes seguido de enfermedades neurológicas, 31% seguidas de la complicaciones de la DMT2 con el 18% así como infecciosas 11% (VIH) y neoplasias 7%.

Se encontró que dentro la muestra de cuidadores con paciente con enfermedad crónico degenerativa el 60.67 % 54 paciente ha presentado al menos un episodio depresivo moderado el 28.08 % 25 paciente con por lo menos un episodio severo y el resto 11.23% 10 paciente con por lo menos un episodio depresivo leve.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de depresión con base en la escala de Hamilton en cuidadores primarios de enfermos crónicos o en etapa terminal de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” y del HGR No. 1 “Carlos McGregor Sánchez” ?

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

El continuo crecimiento de la población adulta mayor alrededor del mundo ha llevado al incremento de condiciones crónicas mórbidas.

Los registros internacionales muestran que ha ido en aumento, pacientes con enfermedad crónica terminal por ejemplo enfermedad renal. En Estados Unidos, por ejemplo, existe un rango de pacientes con diálisis de 1,440 personas por cada millón de personas, en el grupo de edad comprendido entre 65 y 74 años de edad y de 1671 personas por millón, en personas de 75 años y mas, correspondiendo a un incremento del 41% y 93% comparado con las estadísticas de 1992. ⁽¹⁾

La edad avanzada y enfermedad, no siempre están asociadas, pero cuando lo están o cuando la salud de los adultos mayores declina rápidamente, el proceso de enfermedad deteriora la independencia de la persona, inclusive para realizar actividades que involucran el cuidado y el diario sobrevivir, por esto necesitan de una persona que se encargue de su cuidado y les brinde apoyo. A este tipo de personas que ofrecen la ayuda y el cuidado a enfermo crónico terminal se les llama cuidadores.

Los cuidadores son aquellas personas ya sean familiares o no o con lazos afectivos, quienes prestan servicio de cuidado a enfermos crónicos o con una enfermedad terminal.

Se entiende por enfermedades crónico-degenerativas, terminales a aquellas que se caracterizan por ser incurables, progresivas, invalidantes e irremediamente fatales, y se encuentran intrínseca e inevitablemente ligadas con el dolor, con el sufrimiento y el deterioro de la calidad de vida de quien las padece. ⁽²⁾

Sin embargo, no es únicamente el enfermo el que sufre los estragos de dichas enfermedades, familiares y personas que los rodean afectivamente, también sufren una alteración considerable en sus vidas y de alguna manera comparten y les afecta ese sufrimiento y dolor.

Los cuidadores primarios juegan un importante papel en el cuidado, más frecuentemente de los adultos de la tercera edad, muchas veces en el contexto de cuidados paliativos en la etapa final de la vida.

La actividad de cuidador va más allá de los lazos familiares e incluye a personas no unidas por matrimonio o por consanguinidad e incluye a los cuidadores informales provistos por la misma familia.

La familia ha sido conceptualizada como un grupo de personas relacionadas por matrimonio o lazos sanguíneos o afectivos, que habitan en el mismo hogar; sin embargo en el contexto de las personas adultos mayores puede incluir a cualquier persona que se encuentra ligada a ellos, ya sea por lazos de compromiso, legales o cualquier otro y quienes son considerados como familia por el individuo.

De forma tradicional, en la familia mexicana, suele asignarse a la mujer el cuidado de un enfermo ya sea en el rol tradicional de hija, esposa o madre, en menor frecuencia se observan cuidadores hombres.

Los cuidadores se pueden dividir en primarios y secundarios.

Cuidadores primarios, son aquellos que pasan la mayor parte de la parte del día en actividades relacionadas con el cuidado integral del paciente.

Astudillo, definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que mas pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo.

Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no solo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.

Por su parte Armstrong plantea, el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que este por si mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), y que, por lo general, no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo.

Según la literatura especializada el perfil del cuidador principal es el de una mujer, casada, con una edad media de 56 a 67 años. El parentesco con el paciente más frecuente es de cónyuge e hijo/a. ⁽³⁾

Cuidadores secundarios, son aquellos que tienen como a ayudar con la realización de actividades intermitentes (ir de compras, transporte) no se responsabilizan del cuidado directo del enfermo.

Estas personas se ven sometidas comúnmente a un importante estrés y tensión emocional ya que el hecho de cuidar a alguien con capacidades disminuidas genera un trabajo físico y un desgaste psicológico, durante la etapa final de la vida del enfermo.

Es por esto que estas personas son susceptibles a tener padecimientos que afecten su propia integridad así como sus rasgos físicos y mentales tales como un estado depresivo.

Los cuidadores se hayan involucrados en decisiones medicas criticas, proveen asistencia vital con actividades de la vida diaria y llevan a cabo el tratamiento farmacológico y no farmacológico en el paciente. ⁽⁴⁾

Se ha descrito que el personal de atención a la salud y cuidadores son particularmente propensos a desarrollar un deterioro progresivo, tanto emocional como físico, que repercute negativamente en el trato a los pacientes; a ese deterioro se ha denominado síndrome de agotamiento profesional. ⁽⁵⁾

Los síntomas y signos del síndrome de agotamiento profesional varían de una persona a otra, e involucran tres esferas determinantes:

- a) Agotamiento físico/emocional, derivado de la autopercepción de incapacidad.
- b) Despersonalización, causada por desmotivación y sensación de falta de realización personal.
- c) Deterioro del desempeño laboral.

El desarrollo de este síndrome es progresivo, en lo general inicia con un proceso de desgaste laboral que se acompaña de síntomas y signos, entre los que destacan las alteraciones cardiovasculares, fatiga, cefalea, problemas gastrointestinales, mialgias, insomnio y trastornos dermatológicos.

Posteriormente aparecen alteraciones alimentarias, abuso en el consumo de alcohol, tabaquismo, uso frecuente de fármacos como benzodiazepinas y analgésicos, así como conductas paradójicas con exacerbación del ejercicio de pasatiempos cuyo objetivo es reducir el número de horas reales de trabajo. Además, se manifiestan alteraciones emocionales tales como irritabilidad, ansiedad, depresión, cinismo, y actitudes agresivas o defensivas. ⁽⁵⁾

La depresión es un término con un significado que varía desde bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distinto a la normalidad.

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático

El duelo o la aflicción, comparten las características del síndrome depresivo, pero suele ser menos penetrante y de una duración más limitada.

Las características clínicas de la depresión desembocan en cuatro grandes categorías:

1. Estado de ánimo (afecto): triste, melancólico, infeliz, hundido, vacío, preocupado, irritable.
2. Cognición: pérdida de interés, dificultades en la concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, indecisión, culpa, ideas suicidas, alucinaciones, delirio.
3. Conducta: Retraso o agitación psicomotriz, llantos, abstinencia social, dependencia, suicidio.

4. Somático (físico): trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias), fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, dolor, molestias gastrointestinales, disminución de la libido. ⁽⁶⁾

La característica esencial de un estado depresivo es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluyen cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimiento de infravaloración o culpa; dificultad para pensar concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación y planes suicidas.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo

- 1 Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- 2 Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día casi cada día según lo indica el propio sujeto, o la observación realizada por otros.
- 3 Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- 4 Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso del más del 5% corporal en un mes, o pérdida del apetito casi cada día
- 5 Insomnio o hipersomnias cada día
- 6 Agitación o entecimiento psicomotores casi cada día
- 7 Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- 8 Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada que pueden ser delirantes casi cada día.
- 9 Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día.
- 10 Pensamientos recurrentes de muerte no solo el temor sino ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. ⁽⁶⁾

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente; se calcula que en la población general, de 10 a 25% de las mujeres y de 5 a 12% de los hombres la padecen alguna vez en la vida y actualmente su incidencia en la población adulta es de 5 al 9% en las mujeres y de 2 a 3% en hombres (APA, DSM-IV, 1994).⁽⁷⁾

De acuerdo con un estudio realizado en población mexicana en 1996, 9.1% de los adultos de la población urbana en México había presentado un episodio depresivo (Caraveo y cols., 1996).

Un estudio más reciente en México sobre la prevalencia a lo largo de la vida, de haber padecido un episodio depresivo y de la utilización de servicios especializados, se encontró que la tasa de prevalencia de este trastorno, sin excluir al trastorno bipolar, representó 8.3 por cada 100 habitantes de la ciudad de México de entre 18 y 64 años (Caraveo y cols., 1997).⁽⁷⁾

Aunque muchas veces los sistemas de salud se apoyan en los miembros de la familia para dar el cuidado se ha observado que algunos médicos adoptan una respuesta adversa hacia los miembros de la familia y ven como problemático que se involucren.

Se ha observado que existe un aumento en la morbi-mortalidad del cuidador debido al desgaste físico-emocional asociado con el cuidado de los pacientes con enfermedad crónica terminal.⁽⁸⁾

Existe la necesidad de integrar valores en el cuidado paliativo a través de los sistemas de salud, para mejorar la calidad de vida y tener un acercamiento más holístico hacia las necesidades de los pacientes y los miembros de la familia

Debido a la larga relación que tienen los médicos de primer contacto principalmente médicos familiares, con pacientes con enfermedad crónica terminal se encuentra en buena posición para monitorizar, si la familia de los pacientes está teniendo repercusiones en su salud, por el hecho de brindar el cuidado.

Es esencial que los trabajadores de la salud comprendan mejor las necesidades y experiencias de los cuidadores de familia para involucrarse y ofrecerles un mejor apoyo.

El papel de los cuidadores familiares varía entre las poblaciones y las características de la enfermedad. El cuidador primario familiar es la esposa en un (70%), seguido por un adulto joven (20%), amigos y parientes más lejanos (10%).

Los cuidadores familiares en su mayoría son mujeres, muchas de las cuales no viven con el paciente. En un estudio realizado por Donovan en 1997 de 1002 cuidadores el 71% no vivía con el paciente y del total 64% eran mujeres.⁽⁸⁾

En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia, además de factores psicosociales que la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja; como factores protectores están la autonomía económica y reproductiva.

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos ⁽⁹⁾

A pesar de los hallazgos de que la mayoría de los cuidadores son mujeres, los hombres representan el 30% sin embargo esta estadística podría ser mayor en poblaciones especiales, por ejemplo en pacientes con VIH se encuentra que entre el 41% y 53% son hombres.

Los cuidadores hombres reportan menor apoyo emocional al paciente y una mayor ansiedad y depresión en comparación con los cuidadores mujeres, las quejas emocionales de los cuidadores primarios deben ser evaluadas con síntomas potenciales de síndrome depresivo.

La magnitud de los cuidados dados se mide en tamaño y en costo, se estima que en estados unidos existen 27.6 millones de cuidadores familiares, y se estima un valor económico de aproximadamente 196 millones de dólares.

La cantidad del cuidado varia según la enfermedad, por ejemplo, en pacientes recién diagnosticados con Diabetes Mellitus 2, se estima un gasto que fluctúa entre los 6 millones de dólares, en pacientes con Alzheimer se estima en 65 millones, estas diferencias, reflejan el número de actividades que el cuidador realiza y la duración de la enfermedad.

Los cuidadores familiares provén contribuciones y ahorro en las necesidades del adulto enfermos, sin embargo afectando directamente en sus propios problemas económicos. Se ha reportado que un miembro de la familia tiene que dejar de trabajar en un 20% y en un 31% se pierden los ahorros familiares durante la enfermedad terminal.

Existen además otros costos no financieros relacionados con el cuidado entre los miembros de la familia, el proceso de stress que atraviesan, el cual, se ha dividido en cuatro componentes: la experiencia, los estresores (primarios, secundarios), los recursos disponibles para moderar el stress y los resultados.

Los estresores primarios son conceptualizados como los roles del cuidador y las tareas llevadas a cabo para satisfacer las necesidades del enfermo.

En un estudio realizado por la asociación nacional de cuidadores familiares en Estados Unidos mostró que mas de la mitad de los cuidadores familiares provee ayuda con las actividades del diario vivir y el 85% dependía completamente de la familia para obtener esta ayuda. ⁽⁸⁾

Otros reporte muestra que aproximadamente que la tercera parte de los cuidadores enfrenta múltiples demandas tanto emocionales como físicas.

Auque la mayoría de los cuidadores se dedican a llevar a cabo tareas que van desde, limpiar al paciente ayudarlos con las actividades del diario vivir así como tareas médicas: administración de medicamentos y curaciones; pasan la mayoría del tiempo en el traslado del paciente y en el mantenimiento de la casa.

En un estudio se mostró que el 62% de los cuidadores cerca del final de la vida del paciente tuvo que realizar un mayor esfuerzo físico en el traslado del paciente y en las labores del hogar. Al mismo tiempo los cuidadores reportaron niveles en aumento de cansancio físico (10)

La mayoría de las veces, los cuidadores familiares no tienen un entrenamiento para ayudar a los pacientes. Muchos síntomas y cambios característicos del proceso de morir que incluyen náusea, confusión, ansiedad, dolor incontinencia pueden ser altamente estresantes para aquellos que no han sido preparados para dar un cuidado intensivo,

Los estresores secundarios son los conflictos que los cuidadores experimenta en otros aspectos de sus vidas como resultado de ser cuidador familiar. Los estresores secundarios han sido ampliamente reconocidos.

- 1 El conflicto y el rol familiar, donde las responsabilidades del ser cuidador hace difíciles las propias necesidades del cuidador con sus hijos su pareja o otros miembros de la familia.
- 2 El conflicto laboral el desempleo y la falta de remuneración que el cuidador sufre debido a las responsabilidades de ser cuidador.
- 3 El daño económico. ⁽¹⁰⁾

Los estresores primarios y secundarios experimentados por los cuidadores pueden ser influenciados por como es repartida la responsabilidad que generalmente pasa a un solo miembro de la familia.

Los estresores varían a través de las etapas y de la experiencia del cuidador y son influenciados por los eventos tradicionales que mueven a los cuidadores de una etapa a la otra.

Los eventos transicionales que se han identificado, incluyen el inicio de la enfermedad como el evento que inicia la adquisición del rol de cuidador, comprensión del cuidado en la fase terminal y muerte del paciente.

Los cuidadores familiares necesitan educación y adquisición de habilidades para superar las necesidades cada vez más demandantes y apoyo emocional para responder al duelo.

Las necesidades de los cuidadores de familia que pueden ser mínimas en el diagnóstico inicial, incrementan conforme la enfermedad se hace más severa, las necesidades de los pacientes aumentan conforme la enfermedad avanza. ⁽¹⁴⁾

Existen recursos sociales espirituales para moderar la relación entre los estresores y los resultados, redes de apoyo social espiritual y prácticas de fe, han sido identificados como recursos para los cuidadores que están dedicados al cuidado de pacientes con enfermedad terminal.

En cuanto al impacto y los resultados, se ha establecido que el cuidado del paciente genera un desequilibrio en el bienestar familiar tanto físico como emocional. Las experiencias emocionales de los cuidadores son complejas e impredecibles.

El impacto económico, físico y psicológico del cuidador del paciente, muestran que las parejas adultos mayores de los pacientes con enfermedad terminal tiene una mortalidad más alta del 63% que en aquellos no cuidadores. ⁽¹⁵⁾

Pacientes y cuidadores parecen tener un impacto en su salud, las necesidades emocionales son particularmente altas entre los cuidadores de pacientes con enfermedad crónico terminal.

En un estudio por Kaiser reporto que el 53% de los cuidadores se sentía preocupado 53% frustrado 28% triste o deprimido y 22% desesperado por la responsabilidad de ser cuidador. Otros investigadores encontraron que la prevalencia de la depresión entre los cuidadores se encuentra entre el 46% y el 59% ⁽¹³⁾

El cansancio físico va de la mano con los síntomas psicológicos, esto se puede ver especialmente en pacientes con Alzheimer y otras demencias, pacientes con altas necesidades de cuidado. ⁽¹⁰⁾

En un estudio del impacto psicológico de familiares en pacientes con cáncer Blanchar* encontraron tres áreas de impacto 1.-el miedo del cáncer y su diseminación 2.-ayudar al paciente en el manejo con el impacto emocional de la enfermedad 3.-el manejo de la disrupción causada por el cáncer. ⁽¹⁶⁾

En resumen, la experiencia y estresores de los cuidadores de familia, asociados con el cuidado del paciente, son influenciados por la característica de la enfermedad, los eventos transicionales y la etapa de la enfermedad.

El impacto de la enfermedad y los estresores en los cuidadores ha favorecido el deterioro físico, psicológico y financiero, manifestado por estados depresivos, sin embargo los cuidadores experimentan madurez, crecimiento y el significado del rol de cuidador.

INTERVENCION PARA LO CUIDADORES.

En niveles fundamentales, la información es una intervención primaria para los cuidadores que se sienten estar mal preparados. Los profesionales de la salud necesitan escuchar a los cuidadores para determinar que tipo de información sería más beneficiosa; los cuidadores necesitan información relacionada con la enfermedad, y las necesidades del paciente, maneras de acercarse a él y las mejores maneras de manejar problemas médicos, distinguir signos y síntomas relacionados con una muerte inminente. ⁽¹⁰⁾

Información acerca de la depresión en el cuidador y estrategias prácticas para aliviar el stress así como apoyo en el proceso de duelo y pérdida.

Intervenciones centradas en ayudar al cuidador, se han incluido el concepto de cuidado en plazos en el cual se les ofrece a los cuidadores, un periodo de descanso de las tareas de cuidador enviando al paciente a un hospital o una casa de asistencia.

Es sabido el incremento de la mortalidad en los cuidadores cuando un familiar muere, la necesidad del apoyo para el cuidador es esencial posterior al evento.

La escala de depresión de Hamilton constaba en su versión original de 21 ítems. Posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva que evalúan, estado depresivo y sintomatología vegetativa y cognitiva de la depresión. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorio. Originalmente fue elaborada para ser aplicado por clínicos entrenados utilizando una entrevista clínica semiestructurada.

La escala de Hamilton fue una de las primeras escalas evaluativas desarrolladas para cuantificar la severidad de la depresión. Presentada por Max Hamilton en 1960 y se ha convertido en la escala más ampliamente usada y aceptada para valorar la severidad de un estado depresivo.

Fue incluida por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, en el manual para la evaluación del tratamiento temprano con antidepresivos.

La escala de Hamilton es la escala utilizada por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) en Estados Unidos para la aprobación de fármacos antidepresivos, también es la escala utilizada por el Instituto Nacional de Salud Mental para la realización de estudios comparativos entre la farmacoterapia y la psicoterapia.⁽¹⁴⁾

JUSTIFICACIÓN

La expectativa de vida en los mexicanos ha ido en aumento, esto en base a la terapéutica moderna junto con el apoyo de la tecnología, alargando el tiempo de desarrollo de la historia natural de la enfermedad.

La importancia de esto se basa en que los pacientes crónicos degenerativos se hayan imposibilitados a realizar labores que involucran su diario vivir, enfermedades en las cuales debe de existir el apoyo para el cuidado y el manejo del enfermo.

Este fenómeno, favorece que el cuidado sea proporcionado por un familiar o un no familiar; originando una serie compleja de problemas sociales, que van, desde el rompimiento de la dinámica familiar, problemas financieros, así como problemas físico-psicológicos.

Adicionalmente ha habido un aumento en la aparición del trastorno depresivo entre los cuidadores que se hacen responsables del cuidado del enfermo crónico terminal.

En México no existen estadísticas que muestren la prevalencia de este fenómeno por lo que con este estudio se midió el grado y prevalencia de trastorno depresivo en los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónico degenerativo, terminal adscritos a la UMF No. 28 Gabriel Mancera” IMSS.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Medir la prevalencia de trastorno depresivo mediante la aplicación de la escala de depresión de Hamilton en los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica terminal adscritos a la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” y el HGR No. 1 “Carlos Macgregor Sánchez Navarro”. IMSS

OBJETIVO ESPECIFICO

Determinar el grado de depresión con la aplicación de la escala de depresión de Hamilton en cuidadores de enfermos crónico-terminales.

Determinar la distribución por género de los cuidadores primarios.

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA:

El trastorno depresivo tiene una alta prevalencia entre los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica o terminal.

HIPOTESIS NULA:

El trastorno depresivo no es prevalente entre los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica o terminal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **Prospectivo.**
- Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **Transversal**
- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **Descriptivo.**
- De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **Observacional.**

POBLACIÓN

El estudio se realizó en 89 cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica terminal en la unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” y en HGR No. 1 “Carlos Mcgregor Sánchez Navarro”, IMSS en el Distrito Federal, Delegación Benito Juárez México.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL:

La investigación se realizara en la unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” y en el Hospital Regional de Zona No. 1 “Carlos Mcgregor Sánchez Navarro”, ambos del IMSS, que se encuentran en el Distrito federal, México. De septiembre del 2008 a enero del 2009.

MUESTRA.

- Tipo de muestreo: No aleatorio.

- Tamaño de la muestra: por cuotas, pacientes captados de septiembre del 2008 a enero del 2009.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Cuidadores primarios (de tiempo completo que dedique 6 a 12 hrs al día) de pacientes crónico degenerativos terminales.
2. Cuidadores con 4 o mas meses al cuidado de pacientes crónico degenerativo terminal.
3. Cuidadores familiares consanguíneos, legales o contratados.
4. Asistieron a consulta en forma regular a la UMF No. 28 “Gabriel Mancera” o HGR No. 1 “Carlos MacGregor Sánchez Navarro”, IMSS.
5. Cuidadores que aceptaron participar en el estudio
6. Cuidados que firmaron una carta de consentimiento informado.
7. Que sepan leer y escribir

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Familiares o personas al cuidado de pacientes con enfermedad crónica terminal que no desearon participar en el estudio.
2. Cuidadores que no firmaron una carta de aceptación de consentimiento informado.
3. Cuidadores que dedicaban menos de 6 hrs al cuidado del paciente.
4. Cuidadores con menos de 4 meses de asignación al cuidado del paciente.
5. Cuidadores que no contesten el cuestionario o que este incompleto.
6. Que no sepan leer ni escribir

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No los hay por el tipo de estudio

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables Independientes:

Cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con enfermedad crónica terminal que requieran asistencia en sus cuidados personales.

Variables Dependientes:

Depresión diagnosticada con base a la escala de Hamilton en cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico terminal.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Cuidador primario:

Cuidadores primarios, son aquellos que pasan la mayor parte de la parte del día en actividades relacionadas con el cuidado integral del paciente.

Astudillo, definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Aquel que se encuentra al cuidado de tiempo completo.

Depresión: Según el DSM IV R

La depresión es un término con un significado que varía desde bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distinto a la normalidad.

La depresión es un desorden psiquiátrico definido por la presencia de marcada disminución del interés, baja de peso, o a veces aumento, trastornos del sueño, fatiga, déficit de concentración y otros.

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático según Miembros grupo de trabajo de la GPC. Depresión en el Adulto. 09/07/2008- Guías Clínicas 2008.

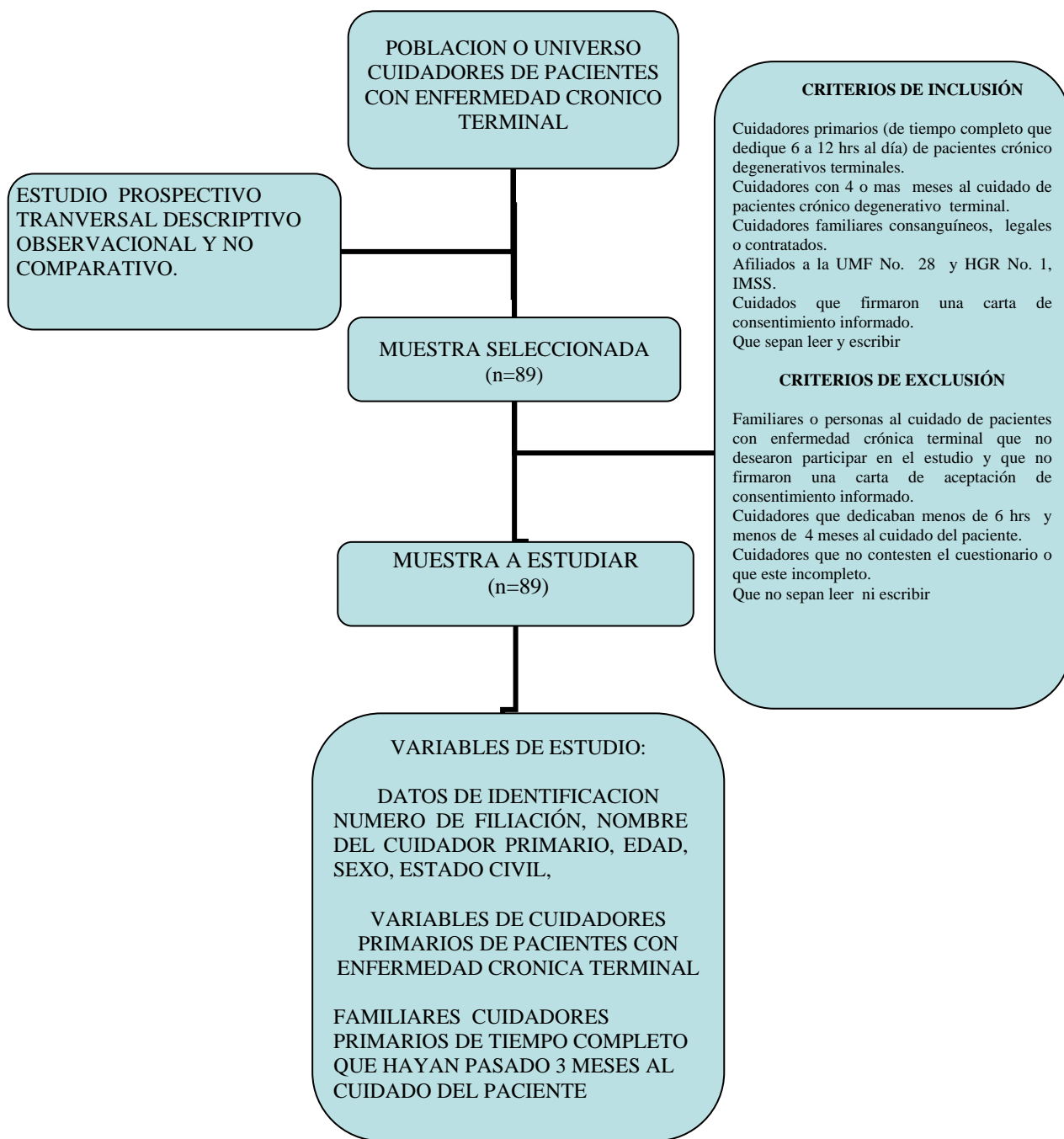
Enfermedad crónico degenerativa terminal: La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que son cinco características las que lo definen:

- 1) padecer una enfermedad grave, progresiva e incurable;
- 2) no responder adecuadamente a los tratamientos específicos;
- 3) estar afectado por una multitud de problemas y síntomas intensos, multifocales y rápidamente cambiantes;
- 4) sufrir un impacto emocional severo ante la inminencia e ineluctabilidad de la muerte, que se hace extensivo al círculo familiar; y
- 5) tener una esperanza de vida aproximadamente menor a tres meses.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE COMPLETO DE LAS VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE	TRATAMIENTO ESTADÍSTICO
Enfermedad. Crónica degenerativa terminal.	Cualitativa	Nominal	1.- Metabólica 2.- Neurológica 3.- Renal 4.- Infecciosa 5.- Neoplasia	Medidas de tendencia central (Frecuencia)
Depresión	Cualitativa	Nominal (según escala de Hamilton)	1.- Leve 2.- Moderada 3.- Severa	Medidas de tendencia central (Frecuencia)

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 15 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90 % para el análisis de escala de depresión se utilizaran las escalas de Hamilton para la depresión.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseño una presentación personalizada con los datos identificación del paciente así como del cuidador primario para crear una base de datos. Posteriormente se aplicó la escala de Hamilton para evaluar depresión.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN:

1. Se realizó una entrevista individual a los cuidadores de pacientes con enfermedad crónico terminal que asistan a consulta en forma ordinaria, en los servicios de diálisis peritoneal ambulatoria, oncología, medicina interna y consulta externa del hospital No. 1 “Carlos McGregor Sánchez Navarro” y consulta externa de medicina familiar en la UMF No. 28.
2. Se identificó al cuidador primario
3. Se explicó el motivo de estudio y
4. Se solicitó autorización y firma en carta de consentimiento informado previa explicación de la investigación.
5. Se aplicó la escala para evaluar depresión de Hamilton en los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica.
6. Se creó base de datos para su análisis posterior

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS:

1. Se debe de aplicar los cuestionarios de la escala de Hamilton en forma individual o grupal. Se aplicara a adultos de 18-60 años de edad que puedan leer y escribir. Si se sospecha la incapacidad de la persona para la realización del cuestionario se debe interrumpir la prueba, el cuestionario se realizara en 30 minutos.
2. Durante la realización del cuestionario se debe recordad que el cuestionario es personal y no se aceptara la ayuda de otra persona. No se debe hacer comentarios previos hacia el cuidador primario si padece depresión ya que esto podría modificar los resultados.
3. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder una pregunta que no quieran o no sepan contestar:
4. El Examinador debe aclarar: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea cuando no este seguro y si la pregunta no aplica en usted pero antes de dejarla en blanco piense en una respuesta. El examinador no debe entrar en conflicto con el sujeto debido al llenado del cuestionario. Si el sujeto pregunta el significado de una pregunta de una palabra, si es posible deberá darse la definición del cuestionario.
5. El examinador debe ser imparcial y no involucrarse en el llenado del cuestionario.

RECURSOS:

Humanos:

- Investigador: Dr. Jesús Alejandro García Urrutia.
- Asesor de Tesis: Dr. Jafet Felipe Méndez López.

Materiales:

- Computadora
- Unidad de Almacenamiento USB
- Papel, lápices, plumas.
- Servicio de fotocopiado
- Software (SPSS V.15 y Excell)

Financiamiento:

- Por cuenta del investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con las recomendaciones contenidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 52ª Asamblea general Mundial celebrada en Edimburgo Escocia, del 2002 que guía a los médicos en las investigaciones medicas.

De acuerdo al a reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el presente trabajo se clasificara como categoría uno, en base al titulo segundo, articulo 17, que lo clasifica como una investigación sin riesgo, debido a que los individuos que participan en el estudio, solamente aportaran datos a través de un cuestionario.

También se solicitara un consentimiento de participación voluntaria, el cual será leído y firmarán de enterado para cada participante.

ACTIVIDAD	2008												2009					2010					
	MES																						
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E
Título del proyecto																							
Antecedentes del tema																							
Marco teórico																							
Bibliografía																							
Portada (Hoja frontal)																							
Marco teórico																							
Planteamiento del problema																							
Justificación																							
Objetivos: general y específico																							
Hipótesis																							
Material y métodos																							
Diseño de investigación del estudio																							
Población, lugar y tiempo																							
Muestra																							
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación																							
Variables (tipo y escala de medición)																							
Definición conceptual y operativa de las variables																							
Diseño estadístico																							
Instrumentos de recolección de datos																							
Métodos de recolección de los datos																							
Maniobras para evitar o controlar sesgos																							
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio																							
Consideraciones éticas																							
Registro y autorización del proyecto																							

RESULTADOS

Los resultados arrojados por este estudio arrojan un promedio de 43.13 años de edad en promedio de los cuidadores primarios, teniendo una máxima de 60 años de edad con una mediana de 44 y una moda de 37

Se determinó que dentro de los cuidadores primarios con enfermedad crónica degenerativa el 87.64 % son mujeres de las cuales están distribuidas de la siguiente manera esposas 40% (31) madres 6% (5) hijas 30% (24), madres 23% (18) el resto el 12.36% está compuesto de varones principalmente esposo hijos y hermano

Se observó el nivel de escolaridad de los cuidadores primarios siendo en su mayoría personas con nivel medio superior, seguido de personas con secundaria, primaria y por último nivel universitario

Se pudo apreciar que dentro de la muestra recabada, 55% (49) personas habían estado al cuidado del paciente crónico degenerativo en un periodo de 4 a 8 meses. 42% (38) personas de 9 a 12 meses y más de 13 2% (2) personas.

Debido al incremento de la expectativa de vida de los adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa las complicaciones han ido en aumento este estudio arroja que las enfermedades renales ocupan el primer lugar con un total del 33% (29) pacientes seguido de enfermedades neurológicas, 31% seguidas de las complicaciones de la DMT2 con el 18% así como infecciosas 11% (VIH) y neoplasias 7%.

Se encontró que dentro de la muestra de cuidadores con paciente con enfermedad crónica degenerativa el 60.67 % (54) pacientes ha presentado al menos un episodio depresivo moderado el 28.08 % (25) pacientes con por lo menos un episodio severo y el resto 11.23% 10 paciente con por lo menos un episodio depresivo leve.

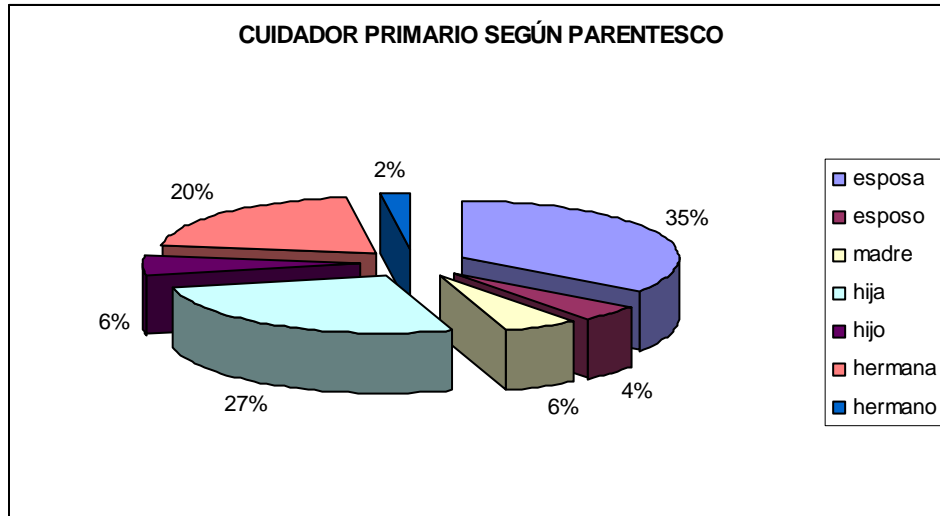


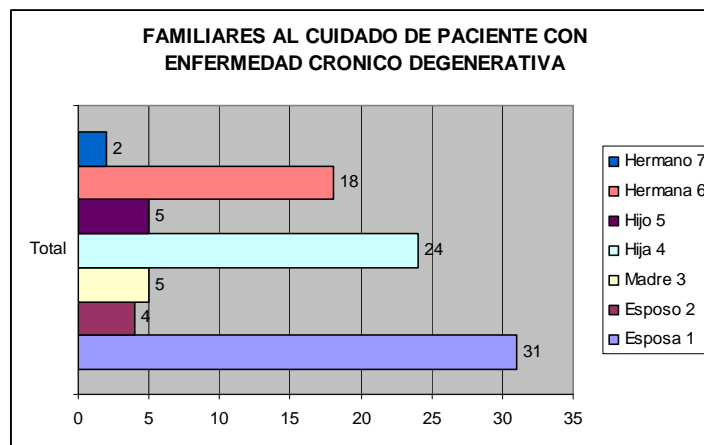
Grafico 1. Cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica degenerativa según parentesco.

En este gráfico se observa que de un total de 89 personas cuidadoras 100%. El 87.64 % son mujeres de la cuales están distribuidas de la siguiente manera esposas 40% (31) madres 6% (5) hijas 30% (24), madres

GRADO DE DEPRESION RELACIONADO CON EL PARENTESCO DEL FAMILIAR.

	FAMILIAR							Total
	1	2	3	4	5	6	7	
DEPRESION 1	1	0	0	3	1	4	1	10
2	20	4	3	14	2	11	0	54
3	10	0	2	7	2	3	1	25
Total	31	4	5	24	5	18	2	89

Tabla 1. Grado de depresión en relación al parentesco del cuidador de paciente con enfermedad crónica terminal



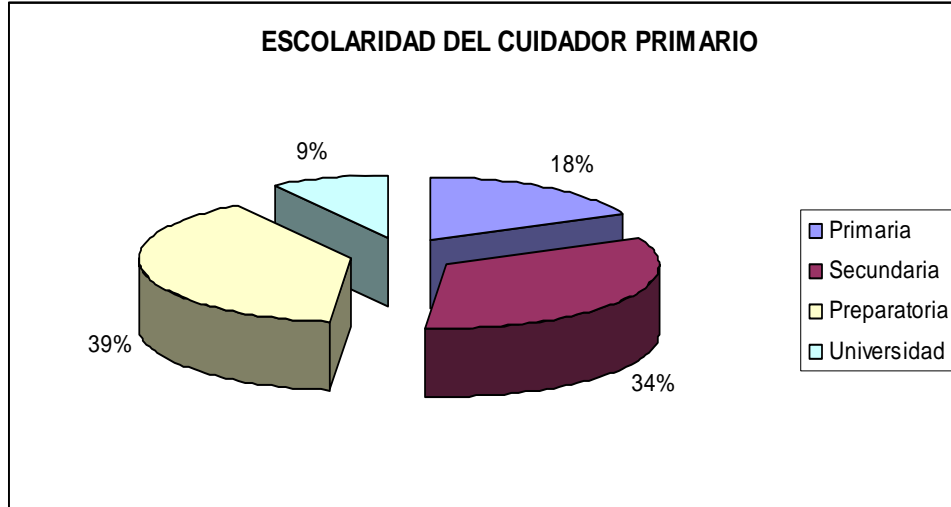


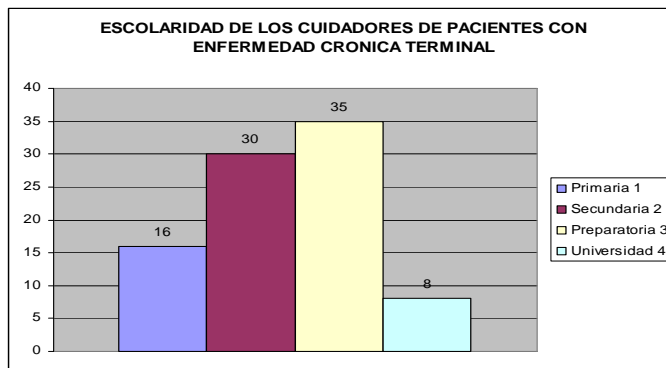
Gráfico 2. Escolaridad del cuidador primario de pacientes con enfermedad crónica degenerativa Terminal.

La gráfica muestra que en su mayoría personas con nivel medio superior, 39% seguido de personas con secundaria 34%, primaria 18% y por último nivel universitario 9%.

RELACION ENTRE LA ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DEPRESION

		ESCOL				Total
		1	2	3	4	
DEPRESION	1	1	1	7	1	10
	2	9	23	18	4	54
	3	6	6	10	3	25
Total		16	30	35	8	89

Tabla 2. Relación entre la escolaridad del cuidador primario y depresión se observa que los familiares con educación medio superiora ha presentado mayores eventos de depresion moderada



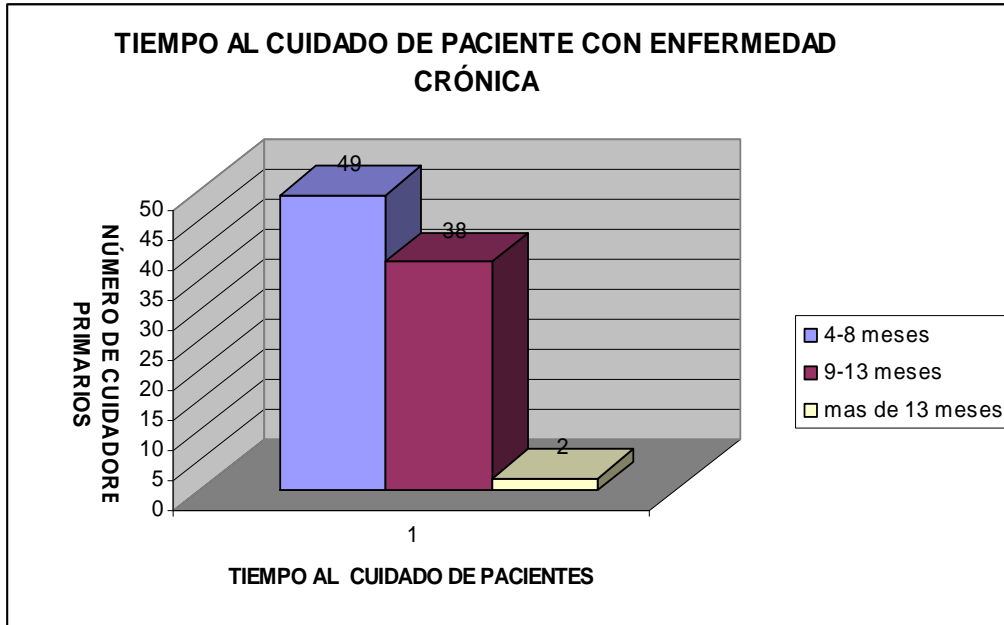


Grafico 3. Tiempo al cuidado del paciente con enfermedad crónica degenerativa

En esta grafica se observa en un 55% (49) personas habían estado al cuidado del paciente crónico degenerativo en un periodo de 4 a 8 meses. 42% (38) personas de 9 a 12 meses y más de 13 2% (2) personas

RELACION ENTRE EL TIEMPO AL CUIDADO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y ESTADOS DEPRESIVOS

		TIEMPCUIDA			Total
		1	2	3	
DEPRESION	1	9	1	0	10
	2	32	21	1	54
	3	8	16	1	25
Total		49	38	2	89

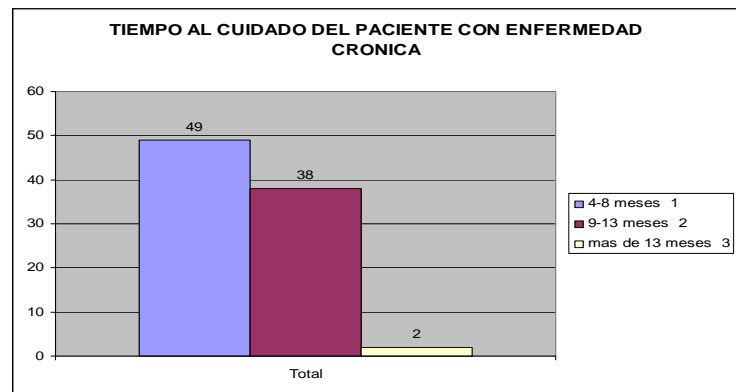


Tabla 3. Relación de tiempo al cuidado del paciente crónico degenerativo y grados de depresión.

Se observa que de un total de 89 pacientes con evento depresivo 61% (54) han presentado un evento depresivo moderado 28% (25) cuidadores un evento severo y (10) pacientes 11% con un evento moderado, siendo de llamar la atención que 54 cuidadores que han estado al cuidado del paciente, en un promedio de 4 a 8 meses al cuidado han presentado un evento moderado.

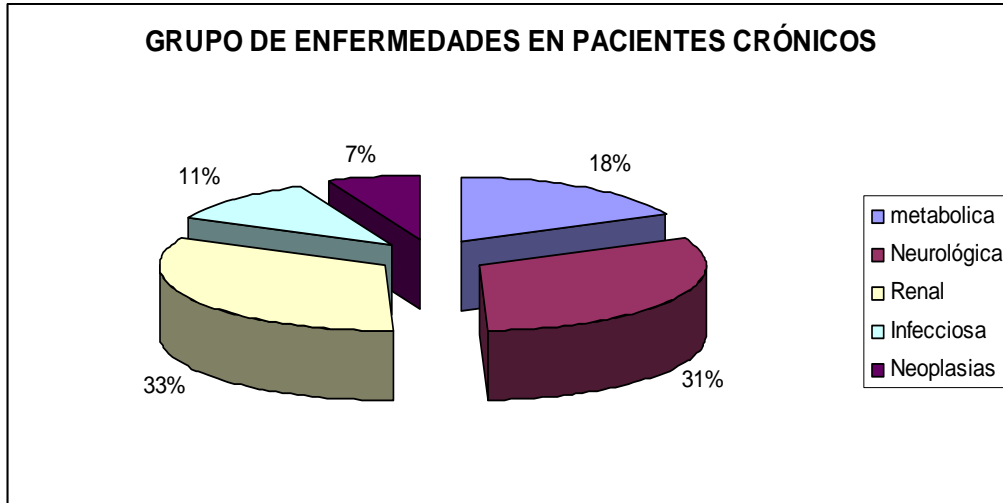


Grafico 4. Prevalencia de enfermedades en pacientes con enfermedades crónico degenerativas terminales.

Este estudio arroja que las enfermedades renales ocupan el primer lugar con un total del 33% (29) pacientes seguidos de enfermedades neurológicas, 31% (28) seguidas de las complicaciones de la DMT2 con el 18% (16) así como infecciosas 11% (10) (VIH) y neoplasias 7% (6).

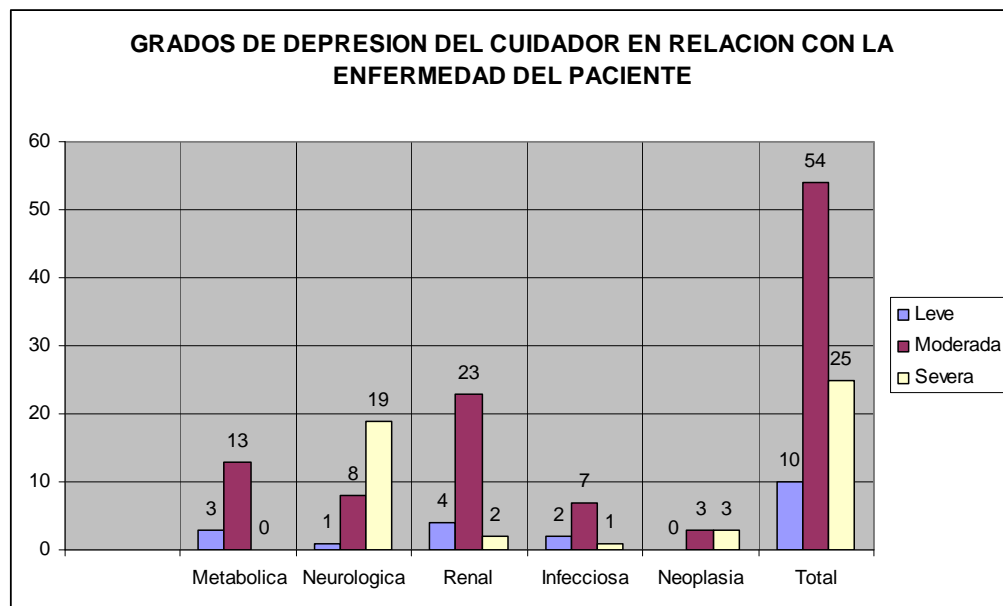


Grafico 5. Grados de depresión del cuidador primario en relación con la enfermedad del paciente.

El 60.67 % (54) pacientes ha presentado al menos un episodio depresivo moderado el 28.08 % (25) pacientes con por lo menos un episodio severo y el resto 11.23% 10 pacientes con por lo menos un episodio depresivo leve.

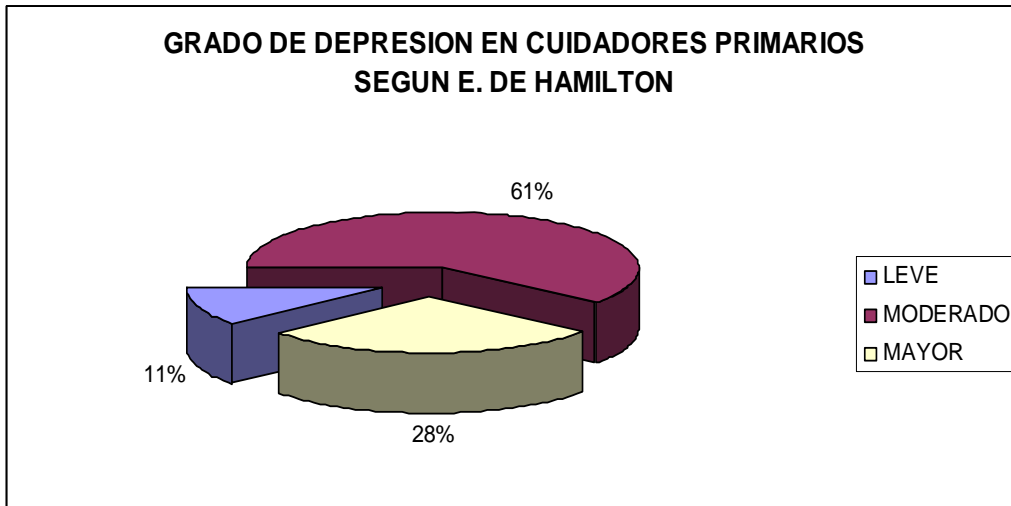


Grafico 6. Grado de depresión en cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica terminal según escala de Hamilton

Se encontró que dentro la muestra de cuidadores con paciente con enfermedad crónico degenerativa el 60.67 % (54) pacientes ha presentado al menos un episodio depresivo moderado el 28.08 % (25) pacientes con por lo menos un episodio severo y el resto 11.23% 10 paciente con por lo menos un episodio depresivo leve

DISCUSIONES

En base a aumento de expectativa de vida, las enfermedades crónicas degenerativas han ido en aumento.

Enfermedades discapacitante que requieren cuidado de tiempo completo de un cuidador primario ya sea familiar o contratado.

Se aprecia que a pesar del incremento de enfermos con enfermedad terminal no existe una conserjería para el cuidador primario establecida ya que este vive directamente la enfermedad con el paciente creando un desequilibrio entre todos componentes ligados a la vida del cuidador.

El cuidador no percibe esta situación y puede caer en una situación compleja de mala relación con su familia, con el paciente, llegando incluso a violencia intrafamiliar.

Actualmente la violencia intrafamiliar se presenta hacia los más vulnerables: mujeres, niños y niñas, y en menor medida hacia los hombres. En el núcleo del hogar también se encuentra la violencia hacia los discapacitados, enfermos mentales, ancianos y el dependiente económico o emocional así como enfermo crónico terminal por la indefensión que les confiere su debilidad.⁽¹³⁾

Es de vital importancia mencionar que el médico de primer contacto debe conocer a el paciente así como su entorno psicosocial. Muchas veces no se hace el énfasis necesario en la detección oportuna de estados depresivos en los familiares cuidadores. Por lo cual la depresión resulta subdiagnosticada.

En este estudio se observa que en la mayoría de los cuidadores primarios son mujeres esto es entendido por el rol que se le ha asignado a la mujer en una sociedad machista.

La severidad de la depresión es directamente proporcional con el tipo de enfermedad, así como el tiempo al cuidado del paciente.

Este estudio fue aplicado en una zona donde el nivel socioeconómico es medio alto, aun así arroja cifras altas de eventos depresivos a mayores,

Con el presente estudio se abren nuevas líneas de investigación, enfocadas hacia la detección oportuna de depresión en cuidadores primarios, así como a nivel de intervención y prevención a nivel individual y familiar que es el ámbito de acción del médico familiar, favorecer con la continuidad la prevención y detección oportuna de estados mórbidos, que puedan resultar de la convivencia prolongada con el paciente.

CONCLUSIONES

El estado depresivo moderado-mayor en cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica terminal es alta pues en este estudio el 83.14% 79 pacientes han presentado, por lo menos un evento depresivo, moderado-mayor en base a la escala de Hamilton aplicada.

Es de suma importancia destacar que la gran mayoría de cuidadores primarios son mujeres, 87.64 % 78 pacientes en quienes estadísticamente es más frecuente la depresión.

Concuerda el hecho que de manera tradicional en México a la mujer se le asigna el rol de cuidado a los enfermos.

En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia, además de factores psicosociales que la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja; como factores protectores están la autonomía económica y reproductiva.

Debido al incremento de la expectativa de vida de los adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa las complicaciones ha ido en aumento este estudio arroja que la enfermedades renales con un total de 29 pacientes seguido de enfermedades neurológicas, complicaciones de la dmt2 así como infecciosas y neoplasias.

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos.

El objetivo principal del estudio fue determinar si existe un estado depresivo en cuidadores primarios de enfermo terminales, se observo que en la gran mayoría había presentado un evento depresivo, sin embargo el sexo del cuidador no estaba determinado como uno de los objetivos del estudio.

Es importante mencionar que los eventos depresivos están relativamente relacionados con el tiempo que los cuidadores ha estado al cuidado del paciente, así como de la enfermedades que aquejan al paciente teniendo estas como común denominador el cuidado intensivo que se presta al paciente.

ANEXOS.

20.1 Anexo No. 1

FOLIO _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informa

El presente cuestionario tiene como propósito describir si existe depresión en cuidadores primarios de pacientes con enfermedad crónica Terminal Esta investigación tiene la autorización de realizarse en esta unidad medica, la . que usted proporcione mediante sus respuestas son de carácter confidencial y será obtener de forma voluntarias usted siente que alguna de las preguntas le causa incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s), respetando su pensamiento y decisión. También si usted se siente en algún momento herido o lastimado o agredido (a) en su intimidad, dignidad, valores morales, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando como su valiosa colaboración. La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que le permitan obtener información útil para mejorar la atención integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta unidad médica. Se le realizara una entrevista breve preguntándole datos de su familia con duración de 15 minutos, para saber como esta compuesta, se le darán unos cuestionarios de 25 preguntas que pobra leer y contestar de forma inmediata (Aproximada ente 15 a 20 minutos)No existe respuesta buena ni mala, únicamente se le solicita que su respuesta sea sincera y honesta. En esta investigación no se le solicita ninguna ayuda económica, ni usted recibirá paga económica.

¿ACEPTA CONTESTARLA? SI___ NO___

“estoy de acuerdo y enterado” _____
Firma del cuidador del paciente

Firma de testigo

firma de testigo

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

Ficha de identificación:

Nombre _____ Edad _____
Sexo _____ Edad _____ Escolaridad _____
Enfermedad (es) del paciente cuidado
1.- _____ 5.- _____
2.- _____ 6.- _____
Tiempo dedicado al cuidado del paciente.

Escala de depresión de Hamilton

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 puntos - Ausente.

1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

Idea de suicidio

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

Insomnio precoz

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

0 puntos - Ausente.

1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

Insomnio tardío

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 puntos - Palabra y pensamiento normales.

1 punto - Ligero retraso en el diálogo.

2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.

3 puntos - Diálogo difícil.

4 puntos - Torpeza absoluta.

Agitación

0 puntos - Ninguna.

1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

Ansiedad psíquica

0 puntos - No hay dificultad.

1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.

3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.

Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.

Respiratorios: hiperventilación, suspiros.

Frecuencia urinaria.

Sudoración.

- 0 puntos - Ausente.
- 1 punto - Ligera.
- 2 puntos - Moderada.
- 3 puntos - Grave.
- 4 puntos - Incapacitante.

Síntomas somáticos gastrointestinales

- 0 puntos - Ninguno.
- 1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

- 0 puntos - Ninguno.
- 1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.
- 2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

- 0 puntos - Ausentes.
- 1 punto - Débiles.
- 2 puntos - Graves.
- 3 puntos - Incapacitantes.

Hipocondría

- 0 puntos - No la hay.
- 1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).
- 2 puntos - Preocupado por su salud.
- 3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
- 4 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas.

Pérdida de peso (completar solo A o B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

- 0 puntos - No hay pérdida de peso.
- 1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
- 2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

- 0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).
- 1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).
- 2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 Kg por semana (de promedio).

Insight (conciencia de enfermedad)

- 0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
- 1 punto - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos - Niega estar enfermo.

El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global.

Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

Puntuación total	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION APLICADA A FAMILIARES DE PECIENTES CON ENFERMEDAD CRONICO TERMINAL.

RUBRO	RANGO	CALIFICACION	PUNTOS
1.-ANIMO REPRIMIDO	0-4	0=ausente 1=lo indica solo si se lo pregunta 2=lo indica de manera espontánea. 3=lo comunica por expresión facial, postura voz tendencia al llanto 4=expresión verbal y no verbal	
2.SENTIMIENTOS DE CULPA	0-4	0=ausentes 1=autoreproche, ha defraudado a la gente 2=ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados 3=la enfermedad actual es un castigo delirios de culpa 4=vozes acusatorias o denunciatorias, alucinaciones	
3.SUICIDIO	0-4	0=ausente 1=siente que no vale la pena vivir 2=desea estar muerto o piensa en una posible muerte 3=ideas o gestos suicidas 4=intentos de suicidio	
4.INSOMNIO INICIAL	0-2	0=sin dificultad para dormir 1=dificultad ocasional para dormir (mas de 30 minutos) 2=dificultad para dormir cada noche	
5.INSOMNIO MEDIO	0-2	0=sin dificultad 1=inquieto y alterado por la noche 2=se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2 (excepto si es para ir al baño)	
6.INSOMNIO TERMINAL	0-2	0=sin dificultad 1=se despierta en la madrugada pero regresa a dormir 2=Incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama	
7.TRABAJO Y ACTIVIDADES	0-4	0=sin dificultad 1= pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones 2=perdida de interes en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que esta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación. 3=reduccion del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. 4=dejo de trabajar debido a la enfermedad actual.	
8.RETARDO	0-4	Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora. 0=habla y pensamientos normales 1=ligero retraso 2=retraso obvio en la entrevista 3=entrevista difícil 4=completo estupor	
9.AGITACION	0-4	0=ninguna 1=intranquilidad 2="juega" con las manos , el cabello etc. 3=continuo movimiento, no puede quedarse quieto 4=se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios	
10.ANSIEDAD PSIQUICA	0-4	0=sin dificultad 1=tensión e irritabilidad subjetivas. 2=se preocupa por detalles 3=actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla 4=expresa sus temores sin que se lo pregunten	

RUBRO	RANGO	CALIFICACION	PUNTOS
11.ANSIEDAD SOMATICA	0-4	Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad GASTROINTESTINALES: boca seca, flatulencias, diarrea cólicos CARDIOVASCULARES: palpitaciones, cefalea RESPIRATORIOS: hiperventilación, suspiros OTROS micción frecuente, sudoración. 0=ausente 1=leve 2=moderada 3=severa 4=incapacitante	
12.SOMATICO GASTROINTESTINAL	0-2	0=ninguno 1=perdida del apetito, pero come sin estímulo por parte del personal; sensación de pesantez abdominal 2=dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales	
13.SOMATICO GENERAL	0-2	0=ninguno 1=pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Perdida de energía y cansancio fácil 2=cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2	
14.GENITAL	0-2	Disminución de la libido y alteraciones menstruales 0=ninguno 1=leves 2=severos	
15.HIPOCONDRIASIS	0-4	0=ausentes 1 auto-absorción corporal 2=se preocupa por su salud 3=se queja frecuentemente, solicita ayuda 4=delirios hipocondríacos	
16.INSIGHT (INTUICION)	0-2	0=reconoce estar deprimido y enfermo 1=reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima exceso de trabajo, virus, etc. 2=niega por completo estar enfermo	
17.PERDIDA DE PESO	0-2	0=sin pérdida de peso 1=pérdida de peso ligera o dudosa 2.pérdida de peso obvia o severa	
	TOTAL		

La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los primeros 17 rubros.

De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa.

Por otro lado, conviene destacar que esta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepresivos.

En estos casos, es más importante obtener una reducción significativa del valor inicial después de un periodo de tratamiento.

Si es una evaluación posterior se llega a obtener un resultado de 10 o menor, o una reducción del 50% del puntaje, se considera que la respuesta ha sido adecuada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Angelica Belasco, PhD, Dulce Barbosa, PhD, Ana R. Bettencourt, Quality of Life of Family Caregivers of Elderly Patients on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis American Journal of Kidney Diseases, Vol 48, No 6 (December), 2006: pp 955-963
- 2.- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-011-SSA3-2007, Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a través de cuidados paliativos. Diario Oficial de la nación
- 3.- Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer Barrón y Alvarado, Cancerología 4 (2009): 39-46
- 4.- Pellegrini, Vincent A. MD Physician Depression: A Time for Healing Obstetrical & Gynecological Survey. 62(5):285-286, May 2007
- 5.-Curiel-García Jose, Rodríguez Morán Martha “Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud” Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (3):221-226
- 6.- Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, “Tratado de psiquiatria” 1996, Ancora, S.A. Mallorca, 264. 08008 Barcelona (España)
- 7.- Jaime López Rodríguez*, Marco Antonio López Butrón ESTUDIO DOBLE CIEGO CON ANTIDEPRESIVO, PSICOTERAPIA BREVE Y PLACEBO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN LEVE A MODERADA Salud Mental, Vol. 27, No. 5, octubre 2004
8. - National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Brooklyn (NY)7 National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2004.
9. - María Luisa Peralta-Pedrero, Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 409-414
- 10 -Joshua M. Hauser, MD Family caregivers in palliative care Clin Geriatr Med 20 (2004) 671– 688.
- 11.- National Consensus Project. Clinical practice guidelines for quality palliative care. In: Kramer BJ, Thompson EH, editors. Men as caregivers: theory, research, and service implications. New York7 Springer Publishers; 2002. p. 3– 19.
- 12.--Karin T. Kirchhoff, PhD Caring for the family of the critically ill patient Crit Care Clin 20 (2004) 453– 466
- 13- Kaiser Family Caregiver Study. A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care. J Palliat Care 1998;14:37 – 45.

- 14.- Williams, J.B.W., "A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale," Archives of General Psychiatry, American Medical Association, August 1988, Vol. 45, Num. 8, pp. 742-747.
- 15- La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia María Luisa Rascón-Gasca, L. Rosa Díaz-Martínez Gac Méd Méx Vol. 139 No. 4, 2003 MG
- 16 - Peters , L. C., y otros, «Psychological sequelae of close head injury: effects on the marital relationship», Brain Injury, 1990, 4, 1, pp. 39-47.
- 17- Abengózar M, Serra E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. Revista Española de Geriatria y Gerontología 1997;32(5):257-269
- 18- J. Deví, I. Ruiz Almazán. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia Rev Mult Gerontol 2002;12(1):31-37
- 19 - Butman D Sarasola, L Lon C Serrano, IMPACTO ECONÓMICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Revista Neurológica Argentina 2003; 28: 16-23
- 20 - Rocío De la Huerta H., Javier Corona M., José Méndez V. Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006; 39(1): Ene.-Mar: 46-51
- 21 - Colectivo de autores: "Manual para la intervención en la salud familiar". Ministerio de Salud Pública de Cuba. Grupo Asesor Metodológico para estudios de familia, año 2000