

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 61 NAUCALPAN,
ESTADO DE MEXICO**



***“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL
CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61.”***

Trabajo que para obtener el grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

MAYRA ALEJANDRA NIETO DEL VALLE

Registro de autorización: R-2021-1503-007

Asesor:

DRA. WENDY BLANCO TREJO

Maestra en Ciencias Médicas y Médico Especialista en
Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 61.

Naucalpan de Juárez, Estado de México

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61.”

Trabajo que para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

MAYRA ALEJANDRA NIETO DEL VALLE

Residente de Tercer Año de la Especialidad en Medicina Familiar

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. IRENE PADRÓN MARTÍNEZ

Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 61.

DRA. WENDY BLANCO TREJO

Asesora de Tesis, Maestra en Ciencias Médicas y Médico Especialista en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 61.

DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZÁLEZ

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina Familiar Número 61.

DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO

Encargado de la Coordinación Auxiliar Médico de Educación en Salud del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Estado de México Poniente.

DRA. ROSA MARIA PIÑA NAVA

Encargada de la Coordinación de Planeación y Enlace Institucional del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Estado de México Poniente.

Asesores:

DRA. WENDY BLANCO TREJO

Asesora de Tesis, Maestra en Ciencias Médicas y Médico Especialista en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 61.

DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO

Encargado de la Coordinación Auxiliar Médico de Educación en Salud del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Regional Estado de México Poniente.

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL
CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61.**

Trabajo que para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar

Presenta:

MAYRA ALEJANDRA NIETO DEL VALLE

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U. N. A. M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U. N. A. M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U. N. A. M.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1503.
H GRAL ZONA NUM 58

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 037

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 002 2017033

FECHA Martes, 26 de enero de 2021

Dra. wendy blanco trejo

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1503-007

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


GERARDO VARGAS SANCHEZ

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1503

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1. INDICE

Resumen	7
Marco Teórico	8
Planteamiento del Problema	19
Justificación	20
Objetivos	21
Hipótesis	21
Metodología	22
Tipo y tamaño de Muestra	23
Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación	23
Operacionalización de Variables	24
Descripción General del Estudio	29
Análisis Estadístico	29
Consideraciones Éticas	30
Recursos Humanos, Físicos, Materiales y Factibilidad	33
Resultados	34
Discusión	41
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Bibliografía	45
Anexos	49

TITULO: ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61.

Introducción: La experiencia de cuidar involucra responsabilidad y esfuerzo, que provoca carga del cuidador, que si no se logra manejar trae repercusiones negativas en la salud del cuidador; existiendo alta predisposición a depresión, así como una mayor vulnerabilidad y mortalidad cuando se trata de cuidadores de edad avanzada; siendo dentro de la atención primaria una patología poco diagnosticada.

Objetivo: Identificar la prevalencia del síndrome de sobrecarga y su asociación con depresión en los cuidadores primarios del adulto mayor mediante la aplicación de las escalas de Zarit y HADS.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, prolectivo, descriptivo y abierto a 176 cuidadores primarios de pacientes geriátricos que acudieron a consulta a la UMF 61, previo consentimiento informado, se aplicaron las escalas de Zarit y HADS para evaluar el nivel de sobrecarga y depresión. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: De los 176 cuidadores, se encontró que el 21% presentó síndrome de sobrecarga, de los cuales el 17% tuvo sobrecarga intensa y depresión, existiendo una asociación clínica y estadística; con una razón de momios de 9.8 ($p=.00$ IC 95% 4.2-24.3).

Conclusión: Existe asociación entre síndrome de sobrecarga intensa y depresión en los cuidadores primarios del paciente geriátrico de la UMF 61, quienes en su mayoría fueron mujeres, ya sea conyugue, hija o nuera de 36 a 55 años de edad, amas de casa y con un nivel de estudio de bachillerato.

Palabras Clave: *Síndrome de Sobrecarga, Depresión, Cuidador Primario, Geriátrico.*

2. MARCO TEÓRICO

- **Envejecimiento y discapacidad**

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo e irreversible, complejo y variado. ⁽¹⁾ Las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos y los que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. ⁽²⁾

La población mundial está envejeciendo, a medida que la tasa de fecundidad disminuye y la esperanza de vida aumenta, se espera que la proporción de personas de 60 años y más aumente en todas las regiones del mundo. Según la OMS entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% de la población total. De igual manera pronosticando que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. ⁽³⁾

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, en el país residen 15.4 millones de personas de 60 años o más, de las cuales, siete de cada diez (69.4%) personas de edad presentan algún tipo de discapacidad o limitación. ⁽⁴⁾

El proceso de envejecimiento se caracteriza por favorecer la manifestación de enfermedades crónico-degenerativas que provocan discapacidad. ⁽⁵⁾ En los adultos mayores, la discapacidad se mide comúnmente por la presencia de limitaciones físicas. Estas limitaciones se refieren a las dificultades para completar actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, usar el baño, meterse y levantarse de la cama, y comer. ⁽⁶⁾

Dentro de los principales retos del envejecimiento se encuentra el incremento de la población que desarrollara discapacidad y dependencia. Actualmente 47.8% de los adultos mayores mexicanos padece algún tipo de discapacidad y sufre las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas. ⁽⁷⁾

Debido a la progresiva pérdida de funcionalidad, las personas con enfermedades crónicas requieren ayuda para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, situación que demanda el apoyo de un cuidador familiar, quien debe asumir un nuevo rol y con ello un cambio en toda su rutina. La habilidad de cuidado es la capacidad que tiene un cuidador de desarrollar tres competencias básicas, el conocimiento de sí mismo y su receptor de cuidados, el valor para tomar decisiones

informadas y acceder a redes de apoyo social y la paciencia como habilidad que permite encontrar un sentido al rol de cuidador. ⁽⁸⁾ El tener una persona de edad avanzada en casa y con una patología crónica, requiere la participación de la familia en el proceso de atención. Esto requiere que las familias se reorganicen para hacer frente a la enfermedad para evitar la disfuncionalidad y mejorar la calidad de vida del adulto mayor. ⁽⁹⁾

- **El cuidador primario**

Los cuidados, son acciones positivas y cotidianas que cada persona realiza para sí misma, para sus allegados o para los demás. ⁽¹⁰⁾ Se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales. A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos en formales e informales. Los cuidadores informales no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. ⁽¹¹⁾ El cuidador formal es la persona que cuida en forma directa a ancianos o enfermos en diversos ámbitos, esté o no capacitada, recibiendo un pago o beneficio (dinero) por su trabajo. El cuidador principal se elige en la familia a partir de la posición que el enfermo ocupa en la estructura familiar, la disponibilidad para el cuidado de otros familiares en el hogar y las características de la enfermedad: gravedad, duración y pronóstico. ⁽¹²⁾

En nuestro país, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados de los adultos mayores. Es aquí donde entra la familia, como la principal fuente de protección y apoyo al adulto mayor conformando así el sistema informal de cuidadores; su función está formada en base a su experiencia cotidiana, contiene una fuente de afecto y reciprocidad a largo plazo, su actividad principal es atender la salud del adulto mayor, todo esto es sin retribución económica por la ayuda que ofrecen, además es el principal apoyo o soporte social, por el compromiso moral y la responsabilidad que por tradición se ha legado a los integrantes del núcleo familiar o simplemente por cariño, la obligación, el altruismo, la reciprocidad, la gratitud, sentimientos de culpa del pasado y el evitar la censura de la familia, amigos. ⁽¹³⁾

En muchas sociedades existen expectativas sobre quién debe cuidar: el género es un factor determinante, de modo que ser hija, nuera, nieta, hermana o sobrina se asocia al rol del cuidado, pues se espera que cuidar de los familiares enfermos sea una tarea de mujeres, como una extensión de su rol maternal, así como las tareas

domésticas; por lo cual, la adscripción del rol del cuidador suele ser cultural y sigue una pauta ligada al género: los hombres en funciones ejecutivas y las mujeres en funciones de servicios, como el cuidado y bienestar de otros. ⁽¹²⁾

La existencia de lazos afectivos, habitualmente familiares, entre cuidador y persona dependiente es clave para que aquel acepte asumir la tarea del cuidado, no percibiendo por ello ninguna remuneración. Sin embargo, el cuidado sí que supone un coste importante para el cuidador informal en términos económicos, de tiempo libre y ocio, y también de aparición de problemas de salud. ⁽¹⁴⁾

En este punto, y debido a la pérdida parcial o total de la capacidad funcional de las personas con discapacidad, la atención a sus necesidades generalmente implica un determinado nivel de carga de trabajo en su cuidador, quien con frecuencia ve afectada su actividad física y emocional. ⁽¹⁵⁾

- **Repercusiones de salud en el cuidador primario**

El cuidado de un paciente con una enfermedad crónica dependiente, supone un exceso de trabajo para los cuidadores a cargo; la jornada suele ser larga, con altas horas de dedicación y atención constante. Esta circunstancia conlleva a cambios importantes en la vida de aquella persona designada como cuidador familiar, generando ansiedad, agotamiento, temor y miedo de no cumplir de forma adecuada con las labores de asistencia. ⁽¹⁶⁾

El cuidado cotidiano del paciente, a partir del diagnóstico de la enfermedad crónica, recae en el cuidador informal, quien apoya, acompaña, gestiona y asiste al paciente en la consulta de crónicos y continúa los tratamientos en el domicilio y, sin esperarlo, termina asumiendo el rol de manera permanente, dedicando tiempo y esfuerzo al cuidado integral de su familiar durante el tiempo de su cronicidad para garantizarle a su familiar una vida lo más saludable. ⁽¹⁷⁾

Ahora bien, aunque la experiencia de cuidar a una persona que vive con alteraciones crónicas de salud —desde el diagnóstico hasta su muerte— es gratificante y genera en el cuidador consecuencias positivas, como aumento de la autoestima, orgullo, satisfacción y afectos más profundos en las relaciones; es la misma que propicia a que el cuidador se enfrente a innumerables situaciones de difícil manejo, toma de decisiones, competencia entre el cuidar y las metas de su vida personal, ocasionando en múltiples ocasiones cambios en los roles que afectan su calidad de vida, el sueño, el descanso, la actividad social, emocional, económica, laboral, estrés crónico, sufrimiento, aislamiento, abandono, conflicto de roles. ^(18,17)

Las situaciones descritas anteriormente pueden crear cambios llegando a afectar la calidad de vida del cuidador principal, por esta razón, los cuidadores se encuentran en una situación de vulnerabilidad desde el punto de vista de su salud biopsicosocial, ⁽¹⁶⁾ generando en la salud física del cuidador problemas como fatiga, dolor, cambios en el apetito y en el dormir, mareo, náuseas, dolor de cabeza, de espalda, de piernas, sensación de cansancio, pérdida energía, alteraciones en el patrón de sueño, astenia y fatiga crónica, alteraciones osteomusculares y cardiovasculares, digestivas e inmunológicas, los principales problemas de salud en estos cuidadores. Además, de que padecen mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés, así como, disfunciones familiares. ^(17,19)

A veces la demanda de atención es intensa, por lo que el cuidador se estresa pudiendo tener implicaciones para su salud física y mental, identificado doce diagnósticos relacionados con el cuidador; entre los que destacan: sobrecarga de estrés, tensión, síndrome de estrés de reubicación, aislamiento social, ansiedad, depresión y fatiga. ⁽²⁰⁾

Usualmente, a los cuidadores se les denomina “víctimas o pacientes ocultos” porque, como tendencia, centralizan todas sus capacidades en el cuidado que brindan y en la mejoría de la salud del familiar. Frecuentemente obvian la importancia del autocuidado, lo que conduce a secuelas negativas que pueden ser irreversibles. ⁽²¹⁾

Por lo anterior, cuando se trata a una persona dependiente o con discapacidad, hay que tomar en cuenta que nos enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el invisible (cuidador), quien se encuentra afectado con frecuencia, sufriendo día a día de ansiedad, depresión, privación de sueño, pérdida de peso, entre otras enfermedades, permaneciendo en silencio y a la sombra de aquél a quien cuida. ⁽⁷⁾

Síndrome de Sobrecarga

Uno de los conceptos de estudio más importantes en las investigaciones sobre cuidadores de personas dependientes es la carga. Esto es debido a las repercusiones negativas que conlleva la carga tanto en el cuidador como en la persona receptora de cuidados. ⁽²²⁾ Se asume la "carga" como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad. ⁽²³⁾

La carga de cuidado abarca todas aquellas demandas, acontecimientos y actividades para la persona que cuida, representa una estrecha relación con la presencia de

enfermedades crónicas no transmisibles por lo que son alteraciones de progresión lenta, en muchos casos asintomáticas y silenciosas. ⁽²⁴⁾

El concepto de carga al cuidar un paciente es tomado del inglés “burden”, que se traduce como “estar quemado”; originalmente lo describió Freudenberguer en 1974 e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. ⁽²⁵⁾ Se define como colapso de cuidador o síndrome de sobrecarga a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. ⁽⁷⁾ La sobrecarga se concibe como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. Además, también puede definirse como el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien. ⁽²⁵⁾

El síndrome de sobrecarga del cuidador se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico ya que la persona tiene que afrontar súbitamente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía, por lo que pierde su independencia, desatiende sus tareas y abandona su proyecto de vida, lo que se traduce en importantes cambios en las relaciones familiares, sociales y laborales, e incluso en la situación económica. ⁽²⁶⁾

Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías preexistentes y fatiga; por lo que se recomienda evaluar los síntomas físicos frecuentes tales como: cefalea, cansancio, trastornos del sueño, problemas osteomusculares, alergias, afecciones de la piel, lumbalgias, trastornos gástricos e intestinales, cambios de peso. ⁽⁷⁾

En situaciones de estrés crónico, distintas hormonas (cortisol y noradrenalina) se asocian a un estado proinflamatorio que predispone a enfermedades psiquiátricas, inmunológicas, inflamatorias, cardiovasculares, dislipidemia, diabetes y obesidad. ⁽⁶⁾ La sobrecarga tiene efectos importantes sobre la salud física y psicológica del cuidador y afecta a su calidad de vida y a su satisfacción vital. Además, repercute de manera negativa sobre la calidad del cuidado prestado, ⁽²⁷⁾ ya que la carga interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad; disminuye la calidad de la atención que el cuidador brinda, impactando con esto en la adherencia al tratamiento y el pronóstico de la enfermedad; además de que puede ocasionar, por un lado, episodios de maltrato, tanto físico como psicológico hacia el enfermo. ⁽²⁸⁾

Se describen 2 tipos de sobrecarga: la *subjetiva* se define como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y la *objetiva* como el grado

de cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. ⁽²⁹⁾

La prevalencia de este síndrome suele encontrarse entre el 40 y el 70% de la población cuidadora de personas dependientes, existiendo factores que predisponen a su desarrollo como la presencia de enfermedad mental en la persona cuidada, la edad y nivel de estudios del cuidador, su grado de conocimientos sobre el cuidado o la ausencia de apoyos tanto informales como institucionales. ⁽¹⁴⁾

Problemas psicológicos en el cuidador primario

Los cuidadores se ven expuestos a muchas emociones y sentimientos encontrados. Algunos positivos, como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar del ser querido.

Pero simultáneamente pueden darse los negativos: sensación de impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación, tristeza o cansancio. Además, se provoca en el cuidador una reducción del número de actividades sociales, de ocio, productivas, y aparecen sentimientos de aislamiento del mundo que lo rodea. ⁽³⁰⁾

La experiencia de cuidar, día a día, a una persona dependiente, a menudo tiene consecuencias psicológicas negativas: sentimientos de tristeza, desesperación, indefensión y desesperanza, sentimientos de enfado e irritabilidad, de preocupación y ansiedad, y sentimientos de culpa. ⁽¹¹⁾

La vulnerabilidad del cuidador se pone de manifiesto en el empobrecimiento de su salud mental, social y física, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos. Estas emociones y vivencias del cuidador no suelen ser advertidas en el acto de salud, quedan silenciadas y por tanto negadas de existencia, propiciando un proceso de subjetivación de la persona del cuidador, objetivado en el cumplimiento de un rol. ⁽³¹⁾

Un “cuidador primario informal familiar” está sometido frecuentemente a periodos de estrés y agotamiento que podrían con el tiempo llevar al cuidador a un estado de “desesperanza aprendida”, el cual a su vez puede conducir a diferentes trastornos, entre ellos a la depresión. ⁽³²⁾

Depresión y síndrome de sobrecarga

La *depresión* es una de las enfermedades que suelen estar asociadas al síndrome de sobrecarga, constituyendo un cuadro complejo que incluye síntomas anímicos tales como la tristeza y ansiedad, que están presentes en la mayoría de los casos, así como sintomatología motivacional, como anhedonia, pérdida de la autoestima, pesimismo, pensamientos reiterados de muerte, dificultades para mantener la atención, alteraciones en los patrones del sueño o disminución del apetito, los que provocan un deterioro funcional en el individuo. ⁽²⁶⁾

Se ha observado que más del 50% de los cuidadores se encuentra en riesgo de experimentar depresión clínica, o cubre los criterios para un episodio depresivo mayor. ⁽³³⁾

Los síntomas depresivos con mayor porcentaje son: ganas de llorar (73%), irritabilidad (69%), fatiga (67%), tristeza (65%), problemas para la concentración (60%), problemas de sueño (59%) y dolor de cabeza (50%), también se observa que los cuidadores, de manera general, experimentan un estado de elevada carga subjetiva; reportándose una relación positiva entre las variables de depresión y sobrecarga. ⁽³³⁾

La depresión tiene efectos nocivos sobre la calidad de vida, afecta la salud física, mental, social y ambiental, además de aumentar el riesgo de enfermedad. Por lo tanto, la depresión puede ser una calle de doble sentido: por un lado, la carga puede aumentar los síntomas de depresión; por otro lado, los cuidadores que experimentan altos niveles de carga son probablemente aquellos que ya sufren de depresión debido al aumento de la carga familiar. ⁽³⁴⁾

Se ha identificado una prevalencia de 67% de sintomatología depresiva leve, de 2% a 35% de sintomatología severa; así como 40.7% de sintomatología ansiosa. ⁽³⁵⁾

Los cuidadores constituyen una población con alto riesgo de sufrir enfermedades psíquicas. ⁽²⁵⁾ Identificándose como problemas psicológicos más frecuentes que se deben de buscar en todo cuidador colapsado son: depresión, ansiedad y trastornos del sueño. ⁽⁷⁾

La depresión y la carga son reacciones emocionales que surgen en el cuidador como consecuencia de la necesidad que tienen de adaptarse al inicio abrupto de la enfermedad, las dificultades para enfrentarla, la adaptación a una nueva rutina, ambientes y el miedo al empeoramiento del estado de salud del paciente. ⁽²⁸⁾

Por otro lado, la falta de reconocimiento, reforzamiento o auto reforzamiento genera depresión y como los cuidadores no reciben remuneración económica ni reconocimiento porque su rol se ve como una obligación o continuidad lógica de las tareas domésticas. ⁽²⁸⁾

La presencia de depresión se puede explicar desde el enfoque cognitivo conductual. Es decir, los cuidadores presentan tres patrones cognitivos: tienen una visión negativa de sí mismos en cuanto al desempeño de su rol cuidador, interpretan las experiencias de la enfermedad de su paciente y el tratamiento de manera negativa y se tienen una visión negativa del futuro del pronóstico de la enfermedad del paciente. ⁽²⁸⁾

Los cuidadores que tienen altos niveles de estrés también tienen menos contactos sociales y más angustia emocional que otros cuidadores; ⁽³⁶⁾ por lo que es necesaria la intervención activa y continua del psicólogo, que permita controlar los estados emocionales negativos que acompañan a la enfermedad (la ansiedad, la depresión, la ira, la hostilidad, entre otros) y permita manejar de manera efectiva las variables de apoyo psicosocial: el desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad y una gran variedad de aspectos psicológicos que se ven afectados en la situación de enfermedad y que retroalimentan negativamente el estado de salud del paciente. ⁽¹²⁾

- **Detección del Síndrome del Cuidador primario**

Para la evaluación del cuidador primario se requiere obtener una medición objetiva y sistémica del grado de cansancio del cuidador, por lo que se recomienda se realice cuestionarios de escrutinio como la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS).

Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit

A pesar de que se han elaborado multitud de instrumentos para evaluar la carga del cuidador, el cuestionario de sobrecarga del cuidador primario de Zarit es el más popular en el ámbito gerontológico debido probablemente a la adecuación de sus propiedades psicométricas y a su robusta fundamentación teórica; ⁽²²⁾ ya que logra enlazar consistentemente todas las dimensiones (Bio-psico-social). ⁽⁷⁾

Zarit, en 1983, a partir del modelo biopsicosocial del estrés, diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ), que es la más utilizada a nivel internacional; Ésta es una prueba que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. ⁽²⁵⁾

Este instrumento, consta de 22 reactivos que se evalúan de acuerdo a una escala de Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El punto de corte es a partir de 46 puntos, donde no hay sobrecarga; de 47-55 hay sobrecarga leve, y más de 56 puntos implican una sobrecarga intensa. ⁽²⁶⁾

La escala identifica la sobrecarga intensa, la cual se asocia a mayor morbimortalidad médica, psíquica y social del cuidador, también se relaciona estrechamente con detección de otras patologías principalmente de salud mental (depresión, ansiedad, insomnio, entre otras). ⁽⁷⁾

La Escala de Zarit es una herramienta capaz de discriminar sufrimiento psíquico con sensibilidad de 93% y especificidad de 80%. Esto debido a que evalúa tres factores principales: efecto del cuidado, la carga interpersonal y expectativas de autoeficacia ⁽²⁵⁾

Esta escala demuestra ser un instrumento multidimensional, con evidencia de validez y confiabilidad para medir sobrecarga en los cuidadores principales informales de adultos mayores dependientes. Desde la perspectiva clínica, la medición que permite la escala, teniendo en cuenta los distintos factores, puede contribuir a detectar, de forma más precisa, las consecuencias que presenta el rol de cuidador sobre las personas que ejercen este papel con adultos mayores dependientes. ⁽³⁷⁾

Este instrumento evalúa las repercusiones negativas de prestar cuidados a un enfermo en determinadas áreas de la vida, como la salud física y psíquica, las actividades sociales y los recursos económicos. ⁽²⁶⁾

Se recomienda utilizar la escala de sobrecarga del cuidador porque explora diferentes campos y sirve para enfocar las intervenciones médicas y sociales ulteriores: Aspectos de sobrecarga, abandono del autocuidado, tanto en salud como imagen, la vergüenza ante el comportamiento del enfermo, irritabilidad ante la presencia del enfermo, miedo de cuidados o el futuro familiar, pérdida del rol social, asumir los cuidados del familiar, sentimientos de culpabilidad. ⁽⁷⁾

El cuestionario tiene la ventaja de ser un instrumento corto, fácil de administrar y confiable tanto para investigación como para práctica clínica; permite determinar la magnitud de la carga del cuidador para prevenir y tratar el agotamiento del cuidador, un fenómeno que puede ser común en México debido a obligaciones familiares que son particularmente fuertes en la cultura mexicana. ⁽³⁸⁾

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

La Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) desarrollada por Zigmond y Snaith, (1983), es una escala auto aplicada conformada por 14 ítems que permite utilizarse en medios hospitalarios no psiquiátricos o en atención primaria.

Es un instrumento que considera dimensiones cognitivas y afectivas, omitiendo aspectos somáticos. ⁽³⁵⁾ Evalúa la *depresión*, que puede ser interpretado como la pérdida del placer, ya que se centra en esa área (anhedonia) y *ansiedad*, que se interpreta como un estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanente. ⁽³⁹⁾

El HADS es un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en el marco de las consultas externas y en departamentos hospitalarios no psiquiátricos, con sensibilidad de 93% y especificidad de 76% validada para conocer la severidad de las alteraciones emocionales. ⁽³⁵⁾

Es un cuestionario auto aplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares).

La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21 para cada subescala y se usan los siguientes puntos de corte (0-7) normal, (8-10) dudoso y (> 11) rasgo clínico. ⁽³⁹⁾

- **Abordaje del Síndrome de Cuidador Primario**

El cuidador colapsado y deprimido deberá iniciar manejo farmacológico, además de implementar algunas de las estrategias de intervenciones psicoeducativas y psicosociales propuestas para el cuidador colapsado como son: educación general, habilidades prácticas de cuidado, psicoterapia, terapia cognitiva- conductual, grupos de apoyo y actividades sociales. ⁽⁷⁾

Es conveniente que los profesionales de la salud identifiquen a los cuidadores primarios de alto riesgo e implementen intervenciones para prevenir y reducir los efectos negativos en la calidad de vida, valorándola necesidad de apoyo multidisciplinario, en base a las características y necesidades individuales de los cuidadores. ⁽⁴⁰⁾

Algunas estrategias que se pueden implementar para mejorar la calidad de vida de los cuidadores es evitar que el cuidador primario llegue al agotamiento, integrar al cuidador primario en los programas de apoyo tanatológico, capacitar a otros familiares para aminorar la sobrecarga del cuidador primario, mejorar la capacitación del trabajador social, proponer tiempos y horarios en forma definida para el cuidado del paciente y mantener una comunicación adecuada con el equipo multidisciplinario de salud para brindar orientación al cuidador. ⁽¹²⁾

Por lo tanto, la atención básica debe incluir intervenciones, como grupos de terapia familiar, ya que la calidad de vida de personas mayores está supeditada por la funcionalidad familiar, identificando que la autovalencia y el bienestar psicosocial de estas personas se presenta de mayor y mejor forma en familias funcionales ⁽⁴¹⁾ otra intervención pueden ser programas psicoeducativos y otras estrategias para prevenir la carga y minimizar el riesgo de desarrollo o recurrencia de la depresión en los cuidadores primarios. ⁽³⁴⁾

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome del Cuidador es una patología poco conocida en la atención al adulto mayor en las unidades de medicina familiar, los cuidadores deben ser considerados en la consulta de primer contacto como pacientes en un futuro por lo que se deben buscar estrategias de prevención y apoyo a estas personas.

Dada la alta incidencia de trastornos afectivos como la depresión, se debe buscar de manera intencionada la presencia de estos padecimientos en forma temprana, para poner en práctica un tratamiento integral.

En relación a esta problemática, los médicos de primer nivel de atención deberíamos enfocar nuestra atención hacia el cuidador primario para poder prevenir las enfermedades psicosociales que es susceptible de presentar a lo largo del cuidado del paciente enfermo, quien habitualmente es el protagonista de la consulta cotidiana.

Teniendo en cuenta el panorama sobre este síndrome poco diagnosticado, y sus repercusiones afectivas y que por ende que no se realizan acciones prevenibles se considera importante realizar la siguiente pregunta:

¿Cuál es la asociación entre depresión y síndrome de sobrecarga en el cuidador primario del paciente geriátrico de la UMF No 61?

4. JUSTIFICACIÓN

Cuando una persona pierde la capacidad de realizar sus actividades básicas es frecuente que requiera la ayuda de otra persona para realizarlas por lo que la atención de estas personas dependientes es realizada por los denominados cuidadores primarios. Sin embargo; el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo y/o senil, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan.

Aspectos Específicos:

- Magnitud:

Actualmente la mayoría de los adultos mayores que acuden a nuestras consultas padecen algún tipo de discapacidad y sufre consecuencias de las enfermedades crónicas, por lo que necesitan siempre de un cuidador primario. En México el síndrome de sobrecarga del cuidador primario es una patología que no es buscada intencionalmente ya que siempre nos enfocamos solo en el paciente y son pocas las veces que volteamos a ver a su entorno biopsicosocial, en donde se encuentran estos pacientes invisibles, quien se encuentra afectado con frecuencia, en distintas esferas de la vida, como afirma Uribe (2006) ⁽⁴²⁾ que la función que desempeña el cuidador puede ocasionarles problemas de salud físico y mental; afirmando que si la persona que cuida no goza de bienestar físico y mental no puede dar una atención de calidad. Por tal motivo se decidió tomar como motivo de investigación a fin de conocer realmente la prevalencia y las repercusiones en la salud, que tiene este síndrome en nuestra población.

- Trascendencia:

Dentro de las patologías que se encuentran ligadas al cuidador primario se encuentran el síndrome de sobrecarga y la depresión, patologías que repercuten significativamente en la calidad de vida del cuidador.

Esta problemática se vuelve cada día más trascendental que en un futuro la consecuencia de no darle seguimiento o darle ayuda oportuna puede ser grave ya que de ser cuidador pasara a ser el enfermo, por lo que el interés de realizar el presente estudio es para reconocer que debemos buscar intencionadamente este tipo de pacientes para prevenir complicaciones de salud a futuro.

- Factibilidad:

El proyecto está sustentado en la facilidad de aplicar cuestionarios a los cuidadores primarios que acudan a la UMF 61, debido a que se cuenta con infraestructura y recursos necesarios.

5. OBJETIVOS

General: Establecer la asociación entre la depresión y el síndrome de sobrecarga en los cuidadores primarios del paciente geriátrico.

Específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico del cuidador primario
- Determinar el nivel de sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes geriátricos, mediante escala de Zarit
- Determinar la presencia de depresión en el cuidador primario mediante escala HADS

6. HIPÓTESIS

H1: La mayoría de los cuidadores primarios tiene un nivel alto de sobrecarga la cual se relaciona con depresión.

H0: La mayoría de los cuidadores primarios no tiene un nivel alto de sobrecarga la cual no se relaciona con depresión.

7. METODOLOGÍA

a) CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 61, ubicada en Avenida 16 de septiembre, esquina Jardín 39, colonia San Bartolo, Naucalpan de Juárez, Estado de México que brinda atención médica de primer nivel. La cual cuenta con 33 consultorios de medicina familiar, cuenta con el servicio de estomatología, atención médica continua, servicio de rehabilitación, trabajo social, nutrición, salud en el trabajo, servicio de epidemiología, servicio de enseñanza, así como los servicios rayos x, ultrasonografía, y toma de muestras de laboratorio.

b) DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio:

Observacional, porque se limita a observar, describir y analizar condiciones relacionadas con la salud de las poblaciones, en este caso el investigador no manipulara las variables.

Transversal, se realiza una sola medición de las variables.

Descriptivo, se estudia solo un grupo, no se hacen comparaciones

Abierto, se conocen las condiciones de aplicación de la maniobra y resultado de las variables.

Analítico, se pretende descubrir la asociación entre dos fenómenos.

c) GRUPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en cuidadores primarios de los pacientes geriátricos que acuden a consulta de la Unidad de Medicina Familiar 61 Naucalpan del Estado de México.

d) CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión

- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos, que acudan a consulta externa de la UMF No 61.
- Hombres o mujeres de 18 a 59 años de edad.
- Cuidador y principal responsable del paciente geriátrico.
- Que decidieron participar en el estudio y otorgaron consentimiento informado por escrito.

Criterios de exclusión

- Cuidadores primarios con diagnóstico de depresión

Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas o mal requisitadas
- Pacientes que decidieron no continuar con la investigación

e) TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población de estudio está conformado por cuidadores primarios de los pacientes geriátricos que se encuentran en seguimiento en la Unidad de Medicina Familiar 61 correspondiendo a un número total de 38180 pacientes geriátricos registrados en la unidad, deduciendo que por cada paciente hay un cuidador, con un error máximo aceptable de 5% con un porcentaje estimado de la muestra de 50% y un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5% obteniendo promedio total de 380 pacientes es el tamaño de la muestra.

• **Cálculo de la muestra**

Se utilizó la fórmula para el cálculo de nuestra muestra en poblaciones infinitas:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot Z^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 \cdot Z^2}$$

Donde:

n = El tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población (38180)

Σ =Desviación estándar de la población (0.5)

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza (1.96).

e = Límite aceptable de error muestral (5%=0.05).

$$n = \frac{(38180) * 0.5^2 * 1.96^2}{0.05^2 (38180 - 1) + 0.5^2 * 1.96^2} = 380.34$$

El muestreo se hizo de manera no probabilística, de los cuidadores primarios de la Unidad de Medicina Familiar 61, el número de sujetos seleccionados, según el fenómeno a estudiar son: 380 pacientes.

f) VARIABLES

- **Variable Dependiente**

1. DEPRESIÓN

Definición Conceptual: Conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Se requieren 5 o más de los siguientes síntomas presentes casi todos los días en un periodo de 2 semanas, siendo obligatorios la presencia de los dos primeros:

1. Tristeza
2. Anhedonia
3. Aumento o pérdida de peso
4. Agitación o retardo psicomotriz
5. Fatiga o pérdida de energía
6. Sentimientos de inutilidad o de culpa
7. Capacidad disminuida para concentrarse
8. Pensamientos recurrentes de muerte o idea suicida.

Definición Operacional: Se utiliza la escala HADS que valora en sus 7 ítems dirigidos a datos sobre el estado de ánimo los cuales son positivos para un problema clínico real a partir de 11 puntos.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Escala de HADS

1. Normal: 0 a 7
2. Dudoso: 8 a 10
3. Problema clínico a partir de 11

- **Variable Independiente**

1. **SÍNDROME DE SOBRECARGA**

Definición Conceptual: Se define como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que pueden afectar su salud.

Definición Operacional: Se determina de acuerdo a la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, el cual es un instrumento dirigido a una población de cuidadores adultos, diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga percibida por el CPI, al cuidar a su paciente, explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida salud física psíquica actividades sociales y recursos económicos.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Escala de ZARIT

1. Ausencia: 22-46
2. Sobrecarga Leve: 47 – 55
3. Sobrecarga intensa: > 55

- **Variables descriptoras**

1. EDAD

Definición Conceptual: Es el intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento de una persona a la fecha actual.

Definición Operacional: Años de vida cumplidos por el paciente. Se obtendrá la información de la ficha de identificación.

Tipo de Variable: Cuantitativa Discreta

Escala de Medición: 18 - 59 años.

2. ESCOLARIDAD

Definición Conceptual: Grado máximo de estudios.

Definición Operacional: Años de escolaridad máximo que tienen los individuos que están dentro de la investigación.

Tipo de Variable: Cualitativa Ordinal

Escala de Medición:

Analfabeta / sin estudios.

Primaria completa

Secundaria completa

Bachillerato/ carrera técnica

Licenciatura

Posgrado completo

3. ESTADO CIVIL

Definición Conceptual: Es la situación de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja con quien se crean lazos jurídicos.

Definición Operacional: Se refiere al estado marital como el estado que cada individuo guarda con relación a las leyes de matrimonio.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Escala de Medición:

Casada(o)

Soltera (o)

Unión libre

Divorciada(o)

Separada(o)

Viuda(o)

4. SEXO

Definición Conceptual: Características biológicas que identifican a los individuos entre hombres y mujeres.

Definición Operacional: Categoría Hombre o Mujer según la respuesta del cuestionario aplicado.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Escala de Medición: Hombre / Mujer

5. VIVE CON EL PACIENTE

Definición Conceptual: Acto de habitar en la misma casa.

Definición Operacional: Habita en la misma casa del paciente.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal

Escala de Medición: Si / No

6. TIEMPO DE CUIDADO DEL PACIENTE

Definición Conceptual: Tiempo de haber iniciado el cuidado especial al paciente.

Definición Operacional: Tiempo de inicio de los cuidados requeridos por el paciente.

Tipo de Variable: Cuantitativa Discreta

Escala de Medición:

Menos de 6 meses

6 meses – 5 años

6 – 10 años

Más de 10 años

7. ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL PACIENTE GERIÁTRICO

Definición Conceptual: Enfermedad o afección que por lo general dura más de 3 meses y es posible que tenga complicaciones.

Definición Operacional: Patologías crónicas que presenta el paciente geriátrico

Tipo de Variable: Cualitativo

Escala de Medición:

Diabetes Mellitus

Hipertensión Arterial Sistémica

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Enfermedad Renal Crónica

8. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se efectuó en la Unidad de Medicina Familiar 61, con previa aprobación del Comité Local de Ética en Investigación, con número de registro institucional R-2021-1503-007; el Comité local de Investigación y el Director de la Unidad de Medicina Familiar No 61; el cual fue sometido a evaluación y posteriormente aceptado por parte del comité de ética en investigación y hasta su aprobación se inició la realización del mismo a los cuidadores primarios de los pacientes geriátricos que acudieron a consulta a la unidad, en el periodo del estudio, con previa información del objetivo del estudio y haciendo énfasis del carácter de confidencialidad, una vez obtenida su aceptación para participar en dicho protocolo, se solicitó el consentimiento informado el cual se detalló al participante, dándose a conocer por el encuestador, el cual describió las contribuciones y beneficios del estudio, dicho documento se leyó en voz alta al entrevistado enfatizando en sus dudas, para poder aceptar la encuesta.

Posteriormente se procedió a realizar un cuestionario de datos generales, así como la escala de Zarit y HADS para evaluar sobrecarga del cuidador primario y depresión (ver anexos 2, 3 y 4); dicho interrogatorio se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar de igual manera en el área de enseñanza en un tiempo aproximado de 20 minutos por paciente y por medio de entrevistas telefónicas; con el fin de preservar confinamiento.

Obteniendo el total de la muestra en un periodo de 2 meses, se procedió al análisis estadístico de la información para determinar la prevalencia y el nivel de sobrecarga de los cuidadores primarios que acuden a la unidad, así como la relación que tiene con el síndrome depresivo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la recolección de la información de los instrumentos, los datos se digitalizaron en la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2019, posteriormente estos, se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 22.0 Se utilizó estadística descriptiva, cuantificando frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas; se utilizó como medida de asociación la Razón de momios, se consideró un intervalo de confianza de 95%, buscando estimar si existe asociación entre depresión y el síndrome de sobrecarga en los cuidadores primarios.

9. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó bajo las siguientes leyes:

- **Ley general de salud en Materia de Investigación en salud en su Artículo 17 del Capítulo 1 De los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos:**

Establece que la investigación en seres humanos debe adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica. Solo puede practicarse cuando el conocimiento no pueda obtenerse por otro medio idóneo, contar con el consentimiento informado del sujeto de investigación y privilegia los beneficios contra riesgos, suspendiéndose la investigación si estos sobreviven. La investigación debe ser realizada por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias.

Así mismo se consideró a este protocolo una investigación con “riesgo mínimo”, según esta ley ya que considera que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

- **Declaración de Helsinki (2013) e Informe Belmont**

El protocolo cumplió con las consideraciones, de la declaración de Helsinki en su última enmienda en octubre 2013 y las del informe Belmont en donde justifica que la investigación que se presenta se basa en los principios éticos básicos:

El principio de beneficencia- no maleficencia; considerando el no hacer daño, aumentando los beneficios y disminuyendo los posibles daños tomando en cuenta la dimensión de la garantía de no explotación, la cual menciona que al participar en el estudio no se debe situar a las personas en situaciones que no han sido preparadas explícitamente. El presente protocolo cumplió este principio; ya que el proceso de obtención de datos no hace daño a la persona encuestada y tiene como beneficio la detección o descarte de las patologías buscadas para poder establecer un diagnóstico y prevención oportuna.

El respeto de la dignidad humana; que incorpora que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y con derecho a la protección la cual en esta

investigación no fue vulnerada, se realizó la entrevista con previo consentimiento informado y se realizó la protección de datos, la información recolectada siendo exclusivamente con carácter general y no afectó a la dignidad de los participantes; puntualizando en los principios de equidad y justicia, donde no existió ningún tipo de discriminación hacia el paciente. Las técnicas fueron aceptables pues los riesgos para la participación fueron en verdad mínimos, además de que en ningún momento se violó el derecho de la intimidad.

- **PROY-NOM-012-SSA3-2007**

Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

La cual especifica cómo debe llevarse a cabo la revisión y aprobación de los protocolos en instituciones de salud, con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos sometidos a investigación.

- **Código de Núremberg**

Que plantea la obligación de solicitar el consentimiento informado, expresando la autonomía del paciente haciendo énfasis en que sea esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano, que el experimento sea útil para el bien de la sociedad, debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo, ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario. Por lo que en esta investigación se obtuvo autorización con el consentimiento informado, para la realización de los cuestionarios.

- **Proceso para la obtención del Consentimiento Informado**

La carta de consentimiento informado de todas las y los participantes, se obtuvo por parte del investigador tesista. Se explicaron los objetivos del protocolo a cada uno de los posibles participantes, así como se describieron las contribuciones y beneficios del estudio; así mismo se le reafirmó que el estudio no lo expone a riesgos ni daños innecesarios, ya que el procedimiento consta solamente en la recopilación de datos por medio de encuestas, y que en ningún momento se realiza ninguna intervención o modificación intencionada a su persona. El investigador responsable no formó parte del equipo de trabajo encargado del manejo y la atención habitual de los pacientes, ni tiene alguna implicación en el manejo del paciente siendo la selección de los participantes al estudio identificados por el

médico colaborador en el estudio. Solo se incluyeron a quienes reunieron los criterios de inclusión y diagnósticos especificados, sin hacer sesgo social, racial, preferencia sexual y cultural, rigiéndonos en todo momento bajo los principios de equidad y justicia en donde no existió ningún tipo de discriminación, respetando en cada momento la libertad y confidencialidad de los participantes.

Dicho documento, se otorgó y leyó en las instalaciones de la UMF No 61 en el área de enseñanza y vía telefónica, en el tiempo ya establecido para la entrevista.

El presente protocolo de investigación contribuye al conocimiento de la búsqueda intencionada de enfermedades poco detectables en el primer nivel de atención; como lo es el síndrome del cuidador primario que suele estar poco diagnosticado y es una patología que repercute en la salud tanto física como mental conllevando a estos pacientes en ocasiones a un estado de depresión. El síndrome de sobrecarga del cuidador primario se caracteriza por ser un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal; la depresión es una de las enfermedades que suele estar asociada a este síndrome. Por lo que se busca concientizar al médico de primer contacto para mirar no solo en el paciente si no en su núcleo y entorno del mismo y poder emplear estrategias de apoyo al cuidador, para la prevención y control de estos problemas de salud. Conocer las situaciones de riesgo de los cuidadores posibilita establecer el tipo de intervenciones y actividades que se deben realizar ante los cuidadores, con el fin de prevenir la aparición de repercusiones sobre calidad de vida. Promover la salud del cuidador significa a su vez promover la salud de la persona receptora de cuidados, con la finalidad de realizar conciencia al sector salud de nuestro país para realizar intervenciones y acciones encaminadas a brindar orientación capacitación y redes de apoyo a cuidadores.

10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

- a) *Recursos Humanos:* Alumno del curso de especialización en Medicina Familiar y asesora de protocolo de investigación.
- b) *Recursos Físicos:* Infraestructura de la UMF 61, área de enseñanza (aula).
- c) *Recursos Materiales:* Laptop, impresora, hojas, lápices, plumas.
- d) *Recursos Financieros:* Serán cubiertos por el encargado del proyecto de investigación, con un gasto aproximado de \$ 500.00 pesos mexicanos, en artículos de papelería.

FACTIBILIDAD:

El presente estudio es totalmente factible, ya que la Unidad de Medicina Familiar 61 cuenta con el espacio para poder aplicar las encuestas. No implica ningún gasto extra ni para el paciente ni para el IMSS.

11. RESULTADOS

- **Descripción de Resultados**

El presente estudio se llevó a cabo en la UMF 61, se entrevistaron a 200 cuidadores primarios del paciente geriátrico que acudieron a consulta de Medicina Familiar, de los cuales el 88% cumplieron los criterios de inclusión y previa autorización del consentimiento informado fueron incluidos en el estudio 176 cuidadores primarios.

Se recolectaron datos sociodemográficos de los que se contemplaron: sexo, edad, ocupación, escolaridad, tiempo de cuidado, parentesco, estado civil y enfermedades principales en el paciente geriátrico; de igual manera se aplicó escala de Zarit para valorar el grado de sobrecarga percibido en los cuidadores primarios y la escala HADS para evaluar la presencia de depresión y ansiedad en los mismos.

De acuerdo a las características sociodemográficas de los cuidadores entrevistados, se obtuvo que en su mayoría son mujeres, representando el 89.6 % de la población total con 149 mujeres y 27 hombres. El intervalo edad con mayor proporción de los cuidadores primarios se encuentra entre los 46 y 55 años de edad y en menor proporción una edad entre los 18 y 25 años. En cuanto al parentesco las hijas obtuvieron el mayor porcentaje con un 55.6%, seguido de las esposas con 25.5%, cabe mencionar que 13 personas encuestadas, fueron nietos del paciente geriátrico, mencionando que, por situaciones de pandemia, se les había otorgado el cargo de cuidador, en el tiempo de confinamiento (Tabla 1).

La mayoría de los cuidadores son casados representando el 54.5%, los cuales se dedican a labores del hogar el 51.1% y con una escolaridad promedio de nivel bachillerato en el 35.7%. Por otra parte, en relación al tiempo de cuidado se obtuvo un intervalo predominante de 6 meses a 5 años, y el menos frecuente fue de < 6 meses. La edad de los pacientes geriátricos fluctuó entre 60 a 70 años en el 40.3% seguido de los 81 y 90 años en el 29.5%. Los cuidadores primarios reportaron padecer alguna enfermedad crónica en el 23.3%, siendo predominante la Diabetes Mellitus en 17 personas, Hipertensión Arterial en 16 y contemplando las restantes con artritis, hipertiroidismo, síndrome metabólico, osteoporosis y fibromialgia (Tabla 1).

Finalmente se observó que las enfermedades predominantes en los pacientes geriátricos fueron: Diabetes Mellitus reportada en 62 pacientes, Enfermedad Renal Crónica (ERC) en 43, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con uso

suplementario de oxígeno en 25, Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) en 19, Secuelas de Evento Vascular Cerebral (EVC) en 15, Cáncer en 9 y 3 pacientes geriátricos sin patologías asociadas. (Gráfica 1)

Tabla 1: Características sociodemográficas de los cuidadores primarios del paciente geriátrico

VARIABLE	ITEMS	n	%
Sexo	Mujer	149	89.6
	Hombre	27	15.4
Edad del cuidador	18 – 25 años	6	3.4
	26 – 35 años	17	9.6
	36 – 35 años	44	25
	46 – 55 años	66	37.5
	56 – 59 años	43	24.5
Parentesco con el paciente	Esposa (o)	45	25.5
	Hija (o)	98	55.6
	Hermana (o)	9	5.1
	Nuera/Yerno	11	6.2
	Otro	13	7.6

Fuente: Resultados del cuestionario sociodemográfico del cuidador primario.

(continuación)

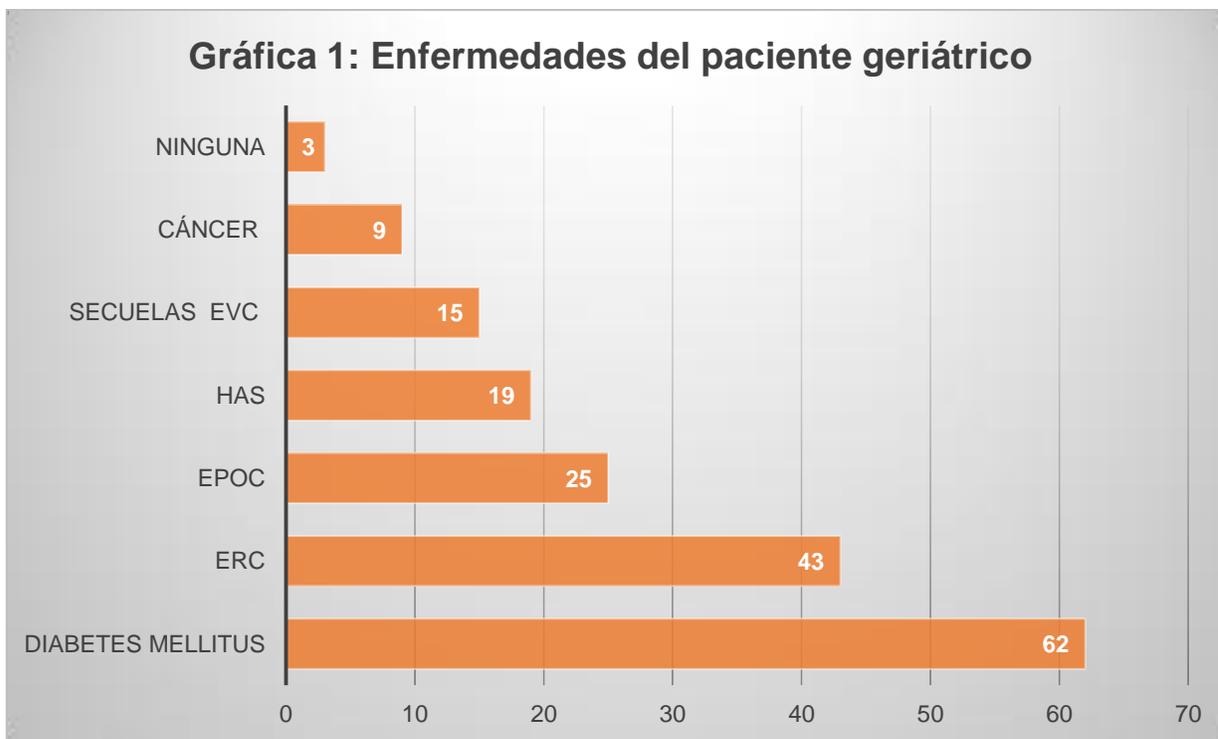
VARIABLE	ITEMS	n	%
Estado Civil	Casada (o)	96	54.5
	Divorciada (o)	19	10.7
	Soltera (o)	41	23.3
	Unión Libre	15	8.5
	Viuda (o)	5	2.5
Ocupación	Hogar	90	51.1
	Obrero	3	1.7
	Campesino	0	0
	Comerciante	22	12.5
	Profesionista	21	11.9
	Empleado	30	17
	Jubilado	5	2.9
	Desempleado	5	2.9
Escolaridad	Analfabeta	1	0.5
	Primaria	25	14.2
	Secundaria	54	30.6
	Bachillerato	63	35.7
	Licenciatura	33	18.7

Fuente: Resultados del cuestionario sociodemográfico del cuidador primario-

(continuación)

VARIABLE	ITEMS	n	%
Edad del Paciente	60 – 70 años	71	40.3
	71 – 80 años	37	21
	81 – 90 años	52	29.5
	Más de 90 años	16	1.3
Tiempo de Cuidado	Menos de 6 meses	23	13
	6 meses – 5 años	75	42.6
	6 – 10 años	36	20.4
	Más de 10 años	42	24
Enfermedades del Cuidador	Positivas	41	23.3
	Negativas	135	76.7
Enfermedades Reportadas en los Cuidadores Primarios	Diabetes Mellitus	17	41.4
	Hipertensión Arterial	16	39
	Artritis Reumatoide	3	7.3
	Hipertiroidismo	2	4.8
	Síndrome Metabólico	1	2.5
	Osteoporosis	1	2.5
	Fibromialgia	1	2.5

Fuente: Resultados del cuestionario sociodemográfico del cuidador primario.



Fuente: Resultados del cuestionario sociodemográfico del cuidador primario.

EVC: Evento Vascular Cerebral, HAS: Hipertensión Arterial Sistémica, EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, ERC: Enfermedad Renal Crónica.

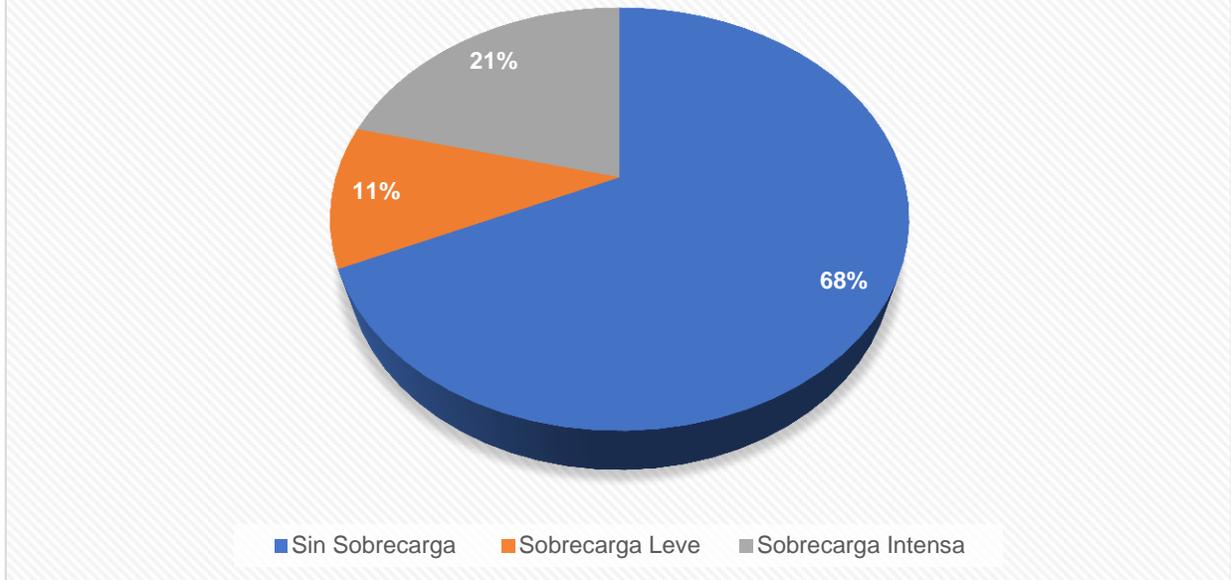
De acuerdo a los resultados de la Escala de Zarit se encontró que el 32% de los cuidadores primarios del paciente geriátrico presentaron algún grado de sobrecarga, con un 21% para sobrecarga intensa y 11% sobrecarga leve. Se puede observar que más de la mitad de ellos no presentaron síndrome de sobrecarga (Tabla 2, Gráfica 2).

Tabla 2. Nivel de Sobrecarga en cuidadores primarios de la UMF 61

	n	%
Ausencia	120	68
Sobrecarga Leve	19	11
Sobrecarga Intensa	37	21
TOTAL	176	100

Fuente: Resultados de la Escala de Zarit.

Gráfica 2: Nivel de Sobrecarga en los Cuidadores Primarios de la UMF No 61



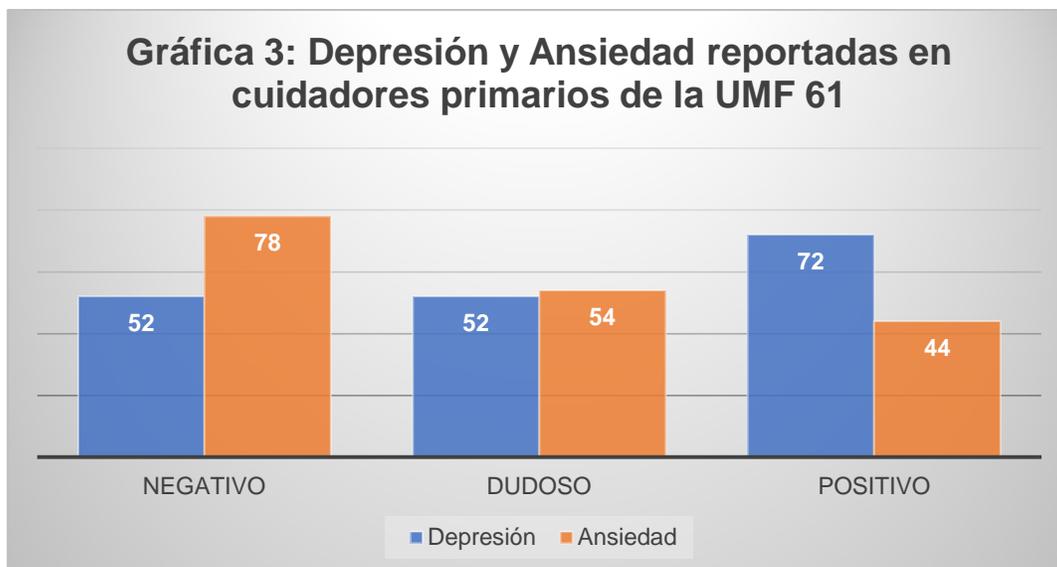
Fuente: Resultados de la Escala de Zarit.

Respecto a la escala de HADS, 40.9% es positivo a depresión, 29.5% tiene un resultado dudoso y 29.5% es negativo. El 25.1% es positivo a ansiedad, 30.6% tiene un resultado dudoso y 44.4% es negativo (Tabla 3, Gráfica 3).

Tabla 3. Depresión y Ansiedad en cuidadores primarios de la UMF 61

	Negativo	%	Dudoso	%	Positivo	%
Depresión	52	29.5	52	29.5	72	40.9
Ansiedad	78	44.3	54	30.6	44	25.1

Fuente: Resultados de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión



Fuente: Resultados de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

El nivel de sobrecarga intensa estuvo presente en el 21% de los cuidadores, de los cuales un 17% estuvo asociado a depresión con una Razón de Momios de 9.8 (RM = $A \cdot D / B \cdot C$) (Tablas 4 y 5).

Tabla 4. Asociación entre depresión y sobrecarga intensa en los cuidadores primarios del paciente geriátrico.

		Depresión		
		Presente	Ausente	Total
Sobrecarga Intensa	Presente	30 (17%)	7 (4%)	37 (21%)
	Ausente	42 (23.9%)	97 (55.1%)	139 (79%)
Total		72 (100%)	104 (100%)	176 (100%)

Fuente: Resultados de la Escala de Zarit y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

Tabla 5. Asociación entre depresión y sobrecarga intensa en los cuidadores primarios del paciente geriátrico.

Estimación de Riesgo				
		Intervalo de confianza de 95%		
	RM	Inferior	Superior	<i>p</i>
<i>Sobrecarga intensa</i>	9.898	4.029	24.317	.000

Fuente: Resultados de la Escala de Zarit y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

12. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre sobrecarga intensa y depresión en el cuidador primario del paciente geriátrico de la UMF 61; comparado con otros ensayos nuestros hallazgos coinciden con las características sociodemográficas de los cuidadores primarios, identificando que los cuidadores primarios son predominantemente del sexo femenino en su mayoría esposas e hijas como lo reporta Romero y cols¹⁰ mencionando que se hace visible una inequidad de género en donde es la mujer quien ejerce esta actividad; donde la mujer sin empleo y por lo general con menor nivel educativo, es quien se hace responsable de las tareas domésticas, del cuidado y apoyo de algún familiar enfermo, observado que las mujeres asumen este rol de cuidador como un compromiso moral y natural, que es enmarcado por cuestiones afectivas.

Con respecto a la edad de los cuidadores primarios informales se coincide con lo reportado por Flores y cols¹³ que abarca entre 40 a 55 y con un estado civil de solteras y casadas, motivadas por el afecto que le tienen, sin importar que no contaran con experiencia de cuidado. En la población del presente estudio se encontró que los cuidadores primarios informales, en su mayoría, tienen estudios de nivel medio superior en un 63% y que se dedican al hogar, difiriendo con lo descrito por Dzul-Tun¹⁸ en donde los cuidadores primarios informales tienen un grado de estudios a nivel licenciatura.

En el presente estudio identificamos que el 32% de los cuidadores presentó cierto grado de sobrecarga y el 68 % no mostró sobrecarga, cifra similar a lo reportado

por Dzul-Tun¹⁸, en donde el 88.8% no tuvo sobrecarga. Sin embargo, similar a lo descrito por Piñanez y cols¹ el grado de sobrecarga del cuidador principal predominó en su nivel intenso en un 21% y representando un 11% en su forma leve, encontrándose asociación con significación clínica y estadística entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y depresión en el mismo.

De acuerdo con los datos obtenidos se pudo observar también que los niveles de depresión, fueron similares a la evidencia de Navarro y cols³³, donde se mostró que el 44.7% de los cuidadores primarios presentó algún grado de depresión, siendo más frecuente en los cuidadores con sobrecarga intensa.

Los hallazgos de este estudio indican que 41% de los cuidadores primarios informales presentó alteraciones en el estado de ánimo, de los cuales el 17 % se asoció con niveles de sobrecarga intensa. Estos resultados sugieren que, a mayor sobrecarga producida por las labores del cuidado, mayor será el grado de afectación en el estado del ánimo del cuidador primario informal.

Montero-Jurado²⁸ menciona que la depresión, la ansiedad y la sobrecarga son reacciones emocionales que surgen en el cuidador como consecuencia de la necesidad que tienen de adaptarse al inicio abrupto de la enfermedad, las dificultades para enfrentarla, la adaptación a una nueva rutina, ambientes y el miedo al empeoramiento del estado de salud del paciente, reacciones positivas en el estudio de acuerdo a los resultados obtenidos en la escala HADS.

En este estudio se mostró que es 9 veces más probable que el cuidador con sobrecarga intensa desarrolle sintomatología depresiva con una RM de 9.8 (IC 95%= 4.02 - 24.31), siendo una razón de momios clínicamente y estadísticamente significativa, con un valor de $p < .05$ ($p=0.00$) considerándose a la sobrecarga intensa como un probable factor de riesgo (Tabla 5).

La existencia de una alta asociación entre el índice de depresión en el cuidador primario informal y la sobrecarga es consistente con lo reportado en la literatura, como menciona Dzul-Tun¹⁸ en donde se encontró una relación entre sobrecarga y el índice de depresión elevada y significativa ($r=0.72$, $p=0.0007$), sugiriendo que, a mayor sobrecarga producida por las labores del cuidado, mayor será el grado de afectación en el estado anímico del cuidador primario.

13. CONCLUSIONES

El nivel de sobrecarga sin importar el grado de intensidad aunado a depresión estuvo presente en 40 pacientes, de los cuales tuvo una mayor proporción la relación con sobrecarga intensa.

En este estudio se mostró que existe más probabilidad que un cuidador con sobrecarga intensa desarrolle sintomatología depresiva, considerándose a esta como un factor de riesgo. Por lo que se rechaza la hipótesis nula, encontrando que en los cuidadores primarios que tienen un nivel alto de sobrecarga intensa se relaciona con síntomas depresivos.

En la población de este estudio, el perfil del cuidador primario tuvo las siguientes características importantes: presenta un intervalo de edad de 36 a 55 años, observamos que se sigue asignando por patrones culturales, casi siempre a una mujer, ya sea cónyuge, hija o nuera. La mayoría no reciben una remuneración ya que son amas de casa con un grado escolar de nivel bachillerato, casadas y con un intervalo de tiempo promedio de cuidado de 6 meses a 5 años.

La sobrecarga positiva en los cuidadores primarios de adultos mayores fue del 32% y un 41% de estos cuidadores presentó depresión, según los cuestionarios realizados.

Concluyendo que los cuidadores primarios son pacientes potenciales para el estudio por parte del médico familiar, ya que poco se ha demostrado el abordaje para estos pacientes, que acuden en el rol del cuidador primario de nuestro paciente geriátrico, que mes con mes se ve en la consulta y que pocas veces indagamos sobre su núcleo familiar, sobrecarga y estado de ánimo. Por lo que la importancia de este tema es dar a conocer al médico familiar, que la depresión y el síndrome de sobrecarga son problemas realmente de importancia en el primer nivel de atención, ya que son síndromes fácilmente detectables y prevenibles, con instrumentos de fácil aplicación y acceso. Dichas acciones podrían contribuir a la reducción de la aparición de trastornos mentales y físicos en el cuidador primario, o bien consecuencias derivadas de estos como lo es el maltrato en el adulto mayor.

14. RECOMENDACIONES

Estos resultados indican la necesidad de implementar acciones multidisciplinarias para intervenciones de forma preventiva para mejorar la salud del cuidador. Para ello es necesario abordar al cuidador primario de una manera integral, hacer énfasis en la detección, tomarnos un tiempo en cada consulta que tenemos con el paciente geriátrico para indagar más sobre su núcleo familiar, las redes de apoyo con las que cuenta, valorar su estado de ánimo y la vida que lleva con su rol de cuidador primario; logrando identificar en él indicios de síndrome de sobrecarga, al cual podemos diagnosticar y en caso de requerirlo derivarlo a grupos de apoyo, para mejorar su calidad de vida y del paciente a su cuidado.

Es importante que el médico familiar se apoye de instrumentos como la escala de Zarit, escala HADS, inventario de Beck, entre otros, para que de esta forma se puedan detectar y realizar intervenciones terapéuticas para mejorar la salud tanto física y mental del cuidador primario.

Se les debe orientar hacia un *estilo de vida saludable*, que les permita recuperarse del cansancio y las tensiones. Se recomienda dormir lo suficiente; hacer ejercicio con regularidad, evitar el aislamiento, salir de la casa, buscar familiares, amigos y/o personas que puedan remplazarlos. El cuidado del paciente no debe recaer en un solo individuo, se debe de buscar la forma de hacer el trabajo compartido.

El equipo de salud debe proporcionar un enfoque biopsicosocial para el cuidador y su familia, a fin de permitir la reorganización de las funciones en los miembros de la familia. Sería de gran ayuda el desarrollo de áreas recreativas para el cuidado del adulto mayor dirigido a apoyar a los cuidadores principales y al mismo tiempo beneficiar la calidad de vida para ambos.

15. BIBLIOGRAFÍA:

1. Piñáñez MA, Re ML, Núñez AM. (2016) **Sobrecarga en cuidadores principales de Adultos Mayores**. Rev Salud Pública Parag. Vol. 6 Núm. 2: 10-15.
2. Valdez MG, Álvarez C. (2018) **Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar**. Horizonte Sanitario; Vol 17, Núm. 2:113-121.
3. OMS (2020): **Envejecimiento y ciclo de vida**. Consultado en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
4. INEGI (2019) **Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad**. Comunicado de prensa Núm. 475/19: 1-9 consultado en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
5. Muñoz NM, Lozano JJ, et al. (2015). **Asociación entre colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna**. Med Int Méx: 31:528-535.
6. **Envejecimiento en México: Discapacidad**. Boletín Informativo del ENASEM: 20-1, abril 2020. Consultado en: http://www.enasem.org/images/ENASEM-20-1-AgingInMexico_Disability04132020.pdf
7. **Detección y Manejo del Colapso del Cuidador** (2015). México: Secretaría de Salud. Consultado en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
8. Torres X, Carreño S, Chaparro L. (2017) **Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico**. 49(2):330-338
9. Padrón Q, Frantz R, et al. (2017) **Funcionalidad familiar asociado al cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial crónica**. Revista Latinoamericana de Hipertensión, Vol. 12 Núm. 3, 79-82.
10. Romero E, Bohórquez C, Castro K. (2018) **Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia)**. Archivos de Medicina (Manizales), Vol. 18 Núm. 1:105-113.
11. Ruiz AE, Nava MG. (2012) **Cuidadores: responsabilidades-obligaciones**. Enf Neurol Vol.11 Núm.3: 163-169.

12. Rivero R, Segura E, Juárez NB. (2015) ***Sobrecarga del cuidador primario de pacientes en programa de hemodiálisis generada por el reingreso hospitalario***. Dial Traspl. Vol. 36 Núm.: 72-77.
13. Flores ME, Fuentes HL, et al. (2016) ***Perfil del cuidador primario informal del adulto mayor hospitalizado***. Academia Journals: 585-590.
14. Peña F, Álvarez MA, Melero J. (2016) ***Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana***. Revista Enfermería Global Núm. 43: 100-111.
15. Asencios RP, Pereyra H. (2019) ***Carga de trabajo del cuidador según el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad en un distrito de Lima***. An Fac Med; 80 (4):451-456.
16. Pinzón EA, Carrillo GM. (2016) ***Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica***. Rev Fac Nac Salud Pública; 34(2):193-201.
17. Galvis CR, Aponte LH, Pinzon ML (2016) ***Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio*** Colombia. Aquichan. Vol. 16 Núm. 1: 104-115.
18. Dzul F, Tun JA, et al. (2018) ***Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades neuromusculares***. Revista Biomédica Vol. 29 Núm. 3: 61-69
19. Guerra M, Marín A, Martínez JM. (2015) ***Problemas de salud de los cuidadores familiares de personas mayores de 65 años afectadas de insuficiencia renal crónica: una revisión sistemática***. An. Sist. Navar. Vol. 38 Núm. 3: 425-438.
20. Leite BS, Camacho AC, et al. (2017) ***Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study***. Rev Bras Enfer Vol.70 Núm. 4: 682-688.
21. Fernández D, Lorenzo A. (2019). ***Carga en cuidadores informales primarios de personas adultas con enfermedades neurológicas crónicas***. Revista Cubana de Salud Pública. 45(2): e1510.
22. Crespo M, Rivas MT. (2105). ***La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit***. Clínica y Salud; 26(1):9-15.
23. González A, Fonseca M, et al. (2017) ***Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados***. Revista Finlay Vol 7: 1: 27- 32.

24. Rodríguez JE, Valencia CL, et al. (2018) **Carga de cuidado en cuidadores de personas con enfermedad crónica pertenecientes a un programa de hospitalización en casa (Manizales, Colombia)**. Archivos de Medicina; Vol. 18: Núm. 2.
25. Prieto SE, Arias N, et al. (2015) **Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel**. Med Int Méx 31:660-668.
26. Cabada RE, Martínez CA. (2017) **Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor**. Psicología y Salud, Vol. 27, Núm. 1:53-59.
27. Blanco V, Guisande MA, et al. (2019) **Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos**. Rev Esp Geriatr Gerontol. Vol. 54 Núm. 1: 19-26.
28. Montero X, Jurado S, Méndez J. (2015) **Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer**. Psicooncología Vol. 12 Núm. 1: 67-86.
29. Valencia MC, Meza G, et al. (2017) **Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer**. Rev Calid Asist. 32(4):221-225.
30. Barrera Ortiz Lucy. **El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas**. Consultado en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/08.pdf>
31. Tripodoro V, Veloso V, et al. (2015) **Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos**. Fac Cie Soc UBA Núm. 17: 313-330.
32. Buenfil BK, Hijuelos NA, et al. (2016) **Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad**. RICS Vol. 5 Núm. 10.
33. Navarro C, Uriostegui L, et al. (2017) **Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171**. Rev Med Inst Mex Seguir Soc. Vol. 55 Núm. 1: 25-31.
34. Rezende A, Alves R, et al. (2017) **Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: across-sectional study**. BMC Psychiatry Vol.17 Núm. 353.
35. Galindo O, Meneses A, et al. (2015) **Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas**. Psicooncología, Vol. 12, Núm. 2-3: 383-392.

36. Du J, Shao S, et al. (2017) **Factors associated with health-related quality of life among family caregivers of disabled older adults: a cross-sectional study from Beijing**. *Medicine* Vol.96 Núm. 44.
37. Albarracín A, Cerquera A, Pabón D. (2016) **Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga**. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*, 8(2):87-99.
38. Galindo O, Benjet C, et al. (2015) **Psychometric properties of the Zarit burden interview in Mexican caregivers of cancer patients**. *Psycho-Oncology* 24: 612-615.
39. Paz Rodríguez Francisco. **Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos**. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Consultado en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Predictores-de-Ansiedad-y-Depresi%C3%B3n-en-Cuidadores-Primarios-de-Pacientes-Neurol%C3%B3gicos.pdf>
40. Delgado EG, Barajas TJ, et al. (2016) **Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado**. *Rev Cub Med* Vol. 32 Núm. 4.
41. Troncoso C, Soto N. (2018) **Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores**. *Horiz Med* Vol. 18 Núm. 1: 23-28.
42. Uribe ZP. **Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas**. Secretaría de Salud, México 2006.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 61 NAUCALPAN
(ADULTOS)**

Anexo 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Folio:

ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61.

Investigador Principal	Blanco Trejo Wendy
Investigador Asociado	Espinosa Lugo Mauricio
Investigador Tesista	Nieto Del Valle Mayra Alejandra
Financiamiento (si Aplica)	No aplica
Lugar y fecha:	Naucalpan, Estado de México Enero del 2021. UMF 61
Riesgo de la Investigación:	Estudio con Riesgo Mínimo
Justificación y Objetivos del estudio:	El estudio realizado es para identificar si usted se encuentra con datos de sobrecarga, ansiedad o depresión, secundario al cuidado de su paciente. Usted ha sido invitado a participar porque de acuerdo a sus características personales es un buen candidato y así como usted, serán invitadas más personas que comparten algunas características. Por favor lea la información y haga las preguntas que desee antes de decidir si participará o no en la investigación.
Procedimientos:	Si usted decide participar ocurrirá lo siguiente: Se le realizarán unas preguntas sobre datos generales, se realizarán dos cuestionarios, uno valorando el cómo se siente al cuidar a su paciente y el segundo el cómo se siente emocionalmente.
Posibles riesgos y molestias:	Existe riesgo mínimo, ya que solo se hará entrevista verbal, en ningún momento se hará procedimientos que incluyan al entrevistado, basado en el Artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, en donde se menciona ser una investigación sin riesgo aquella en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación. Sin embargo, si se detecta algún grado de depresión, ansiedad o sobrecarga se referirá con su médico familiar para envío a psicología.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento.	Los resultados serán publicados con fines científicos, protegiendo su identidad, si durante la investigación se detecta algún nivel de sobrecarga, ansiedad o depresión se le contactará de manera oportuna y confidencial para informar personalmente dicho resultado y poder ser enviado a recibir atención si así lo desea.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.

Privacidad y confidencialidad:

La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con un folio y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.

En caso de colección de material biológico:

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Blanco Trejo Wendy wscottmx@yahoo.com.mx Unidad de Medicina Familiar No 61. Puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs, al teléfono: 5527940400 ext. 137 o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio: Av. 16 de septiembre N 39, Colonia San Bartolo, Naucalpan de Juárez, Estado de México. en el mismo horario y días.

Colaboradores:

Dr. Mauricio Espinosa Lugo mauricio.lugo@imss.gob.mx Dra. Nieto Del Valle Mayra Alejandra mayhnieto@gmail.com
teléfono: 5527940400 ext. 157 de Lunes a Viernes de 08:00hrs a 16:00 hrs con dirección en la Unidad de Medicina Familiar número 61, con domicilio de Av. 16 septiembre num.19; col. San Bartolo, Naucalpan de Juárez Edo. Mex. C.P. 53000.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15038, Hospital General de Zona No. 58 del IMSS: Blvd. Manuel Ávila Camacho, fraccionamiento Las Margaritas, Colonia Santa Mónica.Tlalnepantla de Baz, Estado de México, CP. 54050. Teléfono (55) 53974515 extensión 52315, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00 hrs., Correo electrónico: comite.etica15038@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

Clave: 2810-009-013

43



Anexo 2

ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61

ESCALA DE ZARIT

Nombre del cuidador: _____

Folio: _____

Puntuación: Responda según las veces que se suceda lo que se pregunta.

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

	Preguntas	Respuesta				
		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 de 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 su familiar?					



Anexo 3

ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS)

Nombre del cuidador: _____

Folio: _____

Subraya la respuesta con la que más te identifiques.

A1	Me siento tenso o nervioso: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	D1	Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada
A2	Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder: 3. Si, y muy intenso 2. Si, pero no muy intenso 1. Si, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso	D2	Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en lo absoluto

<p>A3</p>	<p>Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</p> <p>3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca</p>	<p>D3</p>	<p>Me siento alegre:</p> <p>3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día</p>
<p>A4</p>	<p>Soy capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajado:</p> <p>0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca</p>	<p>D4</p>	<p>Me siento lento y torpe:</p> <p>3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca</p>
<p>A5</p>	<p>Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:</p> <p>0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo</p>	<p>D5</p>	<p>He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <p>3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho.</p>

<p>A6</p>	<p>Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme:</p> <p>3. Realmente mucho</p> <p>2. Bastante</p> <p>1. No mucho</p> <p>0. Nunca</p>	<p>D6</p>	<p>Espero las cosas con ilusión:</p> <p>0. Como siempre</p> <p>1. Algo menos que antes</p> <p>2. Mucho menos que antes</p> <p>3. En absoluto</p>
<p>A7</p>	<p>Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:</p> <p>3. Muy a menudo</p> <p>2. Con cierta frecuencia</p> <p>1. Raramente</p> <p>0. Nunca</p>	<p>D7</p>	<p>Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o televisión:</p> <p>0. A menudo</p> <p>1. Algunas veces</p> <p>2. Pocas veces</p> <p>3. Casi nunca</p>



Anexo 4

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE
SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL
PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61**

ESTUDIO SOCIO-DEMOGRÁFICO DEL CUIDADOR PRIMARIO

Nombre del cuidador: _____

Folio: _____

Subraye su respuesta.

1. Sexo del cuidador:

- a) Mujer b) Hombre

2. Edad del cuidador:

- a) 18 – 25 b) 26 – 35 c) 36 -45 d) 46 – 55 e) 56 – 59

3. Parentesco con el paciente:

- a) Esposa (o) b) Hija (o) c) Hermana (o) d) Nuera/ Yerno e) Otro

4. Estado Civil:

- a) Casado b) Divorciado/separado c) Soltero d) Unión libre e) Viudo

5. Ocupación:

- a) Ama de casa b) Obrero c) Campesino d) Comerciante
e) Profesionista f) Empleado g) Jubilado h) Desempleado

6. Escolaridad:

- a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Licenciatura

7. Enfermedades del paciente cuidado:

- a) Cardiovasculares b) Renales c) Metabólicas d) Neurológicas
e) Respiratorias f) Cáncer g) Ninguna

8. Edad del paciente enfermo:

- a) 60 – 70 años b) 71-80 años c) 81-90 años d) Más de 90 años

9. Tiempo que lleva a su cuidado:

- a) Menos de 6 meses b) 6 meses – 5 años c) 6 – 10 años
d) Más de 10 años

10. ¿Usted padece alguna enfermedad?

- a) Si b) no

11. ¿Cuál?: -----

Anexo 5

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SÍNDROME DE SOBRECARGA EN EL
CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UMF No 61.**

CRONOGRAMA 2020-2021

AVANCE	MES												
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M
	Preguntas de investigación Marco teórico		R	R									
Planteamiento del problema Objetivos, Justificación, Hipótesis y Diseño			R	R									
Material y métodos Planteamiento del análisis estadístico				R	R								
Bibliografía y anexos Registro en SIRELCIS y envíos al CLIS					R	R	R		R				
Realización de modificaciones Terminar modificaciones y re envío al CLIS										R	R		
Autorización del protocolo por el CLIS											R		
Protocolo autorizado por el CLIS											R		
Entrega del dictamen a la CES											R		
Recopilación de datos (10%)											R		
Recopilación de datos (20%)												R	
Vaciamiento de los datos													R
Análisis de resultados													R
Informe Final (Redacción)													R
Difusión de resultados													R

R: Realizado P: Pendiente

Anexo 6

Carta Compromiso de Confidencialidad y Manejo Ético de Datos



DELEGACIÓN REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO ÉTICO DE DATOS

Naucalpan; Estado de México a 02 de Septiembre del 2020

Por medio de la presente el C. **Blanco Trejo Wendy, Espinosa Lugo Mauricio, Nieto Del Valle Mayra Alejandra** nos comprometemos a obtener exclusivamente los datos necesarios para esta investigación **(Cuestionario sociodemográfico, Escala Zarit, Escala HADS)** y resguardar la confidencialidad de los mismos, los cuales serán utilizados, en el Protocolo de Investigación que lleva por Título **“Asociación entre Depresión y Síndrome de Sobrecarga en el Cuidador Primario del Paciente Geriátrico de la UMF No 61”** y la recolección de los datos en mención se iniciará hasta contar con el dictamen de **APROBADO**, por el comité correspondiente.

En caso de hacer uso indebido de la información, estoy consciente de que me haré acreedor (a) a la sanción que corresponda.


Blanco Trejo Wendy

Nombre y Firma del Investigador Principal


Nieto Del Valle Mayra Alejandra

Nombre y Firma del Tesista



Anexo 7

Carta de No Inconveniente para la Realización de Protocolo de Investigación



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



2020
LEONORA VICARIO
REPRESENTA MADRE DE LA PATRIA

ÓRGANO DE OPERACIÓN
ADMINISTRATIVA DESCENTRALIZADA
REGIONAL ESTADO DE MÉXICO PONIENTE
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas

Naucalpan, Estado de México a 02 Septiembre del 2020

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 61 NAUCALPAN

Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS)

Asunto: Carta de No inconveniente para la realización de Protocolo de Investigación

Por medio de la presente, me permito informar que **No existe inconveniente** alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado y aprobado por el comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación.

"Asociación entre Depresión y Síndrome de Sobrecarga en el Cuidador Primario del Paciente Geriátrico de la UMF 61"

Investigador Principal.

Dra. Wendy Blanco Trejo

Investigador Asociado

Dr. Mauricio Espinosa Lugo

Investigación Vinculada a Tesis.

Si

Alumno (s):.

Dra. Nieto Del Valle Mayra Alejandra

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío cordial Saludo

Atentamente

Dra. Denisse Violeta Farías Hernández
Directora de la Unidad

Ccp. Dra Wendy Blanco Trejo

Ccp., Coordinación clínica de educación e investigación en salud.

