



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad Médica de Alta Especialidad de  
Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación  
“Dr. Victorio de la Fuente Narváez”  
Ciudad de México



**Prevalencia y caracterización de depresión en cuidadores  
primarios de pacientes en un programa de rehabilitación cardíaca**

## **TESIS**

Que para obtener el:

**GRADO DE ESPECIALISTA**

En:

**MEDICINA DE REHABILITACION**

Presenta:

**MARIANA RUBIO GOMEZ**

Tutor:

Hermelinda Hernández Amaro

Investigador responsable:

Hermelinda Hernández Amaro

Investigadores asociados:

Berenice García-Salinas

Brenda Elena Araujo-Moctezuma

Registro CLIS:

R-2023-3401-054

Lugar y fecha: Dirección de Educación e Investigación en Salud de la Unidad  
Médica de Alta Especialidad (UMAЕ) de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación  
“Dr. Victorio de la Fuente Narváez”. Ciudad de México, agosto 2023

Fecha de egreso: 29 febrero 2024



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.

## **AUTORIDADES**

DRA. FRYDA MEDINA RODRÍGUEZ  
DIRECTORA TITULAR UMAE TOR DVFN

DR. RUBÉN TORRES GONZÁLEZ  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMAE TOR DVFN

DRA. HERMELINDA HERNÁNDEZ AMARO  
TITULAR DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD UMAE TOR DVFN

DR. MARIO CUEVAS MARTÍNEZ  
ENC. DIRECCIÓN MÉDICA UMFVN UMAE TOR DVFN

DR. DAVID SANTIAGO GERMÁN  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD UMAE TOR DVFN

DR. MANUEL IGNACIO BARRERA GARCÍA  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA HOVFN  
UMAE TOR DVFN

DRA. ALEXIS JARDÓN REYES  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMAE TOR  
DVFN

DRA. MARÍA DEL CARMEN GRANADOS MASTACHE  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMFVN

DR. ALEJANDRO MEDINA SALAS  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE  
REHABILITACIÓN UMAE TOR DVFN

DRA. HERMELINDA HERNÁNDEZ AMARO  
TUTOR DE TESIS

## **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS**

### **A mi mamá:**

Por nunca dejarme sin importar las circunstancias, por procurarme y siempre apoyar cada etapa de mi formación de la forma más leal que conozco.

### **A mis abuelitos:**

Por su ayuda que siempre me han brindado para que yo culmine mi formación y por siempre apoyarme en todo.

### **A mi familia:**

Porque siempre me ha demostrado su apoyo y amor incondicional; el cual desde la infancia ha estado presente.

### **A Rose:**

Porque me acompañó en una etapa crucial de mi vida y su acompañamiento fue pieza clave para lograr mis metas.

A Todos los involucrados e interesados en el presente estudio

Dra. Hermelinda Hernández Amaro (Titular en la División en Educación en Salud en UMAETORDVFN)

Dra. Berenice García Salinas (Médico adscrito al Servicio de Rehabilitación de la UMFRN)

Dr. David Santiago German (Jefe de la División de Investigación en Salud UMAETORDVFN) Personal

Administrativo de la Biblioteca del Hospital de Ortopedia Dr. Victorio de la Fuente Narváez.

## Contenido

I. TÍTULO:.....	6
II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:.....	6
III. RESUMEN.....	7
IV. MARCO TEÓRICO .....	8
1. Depresión .....	8
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
VII. JUSTIFICACIÓN .....	16
VIII. OBJETIVOS .....	17
IX. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN .....	17
X. MATERIAL Y MÉTODOS .....	17
a. Diseño: .....	17
b. Sitio .....	19
c. Periodo .....	19
d. Material.....	19
i. Criterios de Selección .....	19
e. Métodos.....	19
i. Técnica de Muestreo.....	19
ii. Cálculo del Tamaño de Muestra .....	20
iii. Método de Recolección de Datos .....	20
iv. Modelo Conceptual .....	20
v. Descripción de Variables.....	20
vi. Recursos Humanos.....	22
vii. Recursos Materiales .....	22
XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	22
XII. RESULTADOS .....	24

XIII. DISCUSIÓN.....	26
XIV. CONCLUSIONES.....	26
XV. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	27
XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	29
Anexo 1. Instrumento de Recolección de Datos. ....	32
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	33
Anexo 3. Carta de No Inconveniencia por la Dirección. ....	35
Anexo 4. Carta de Aceptación del Tutor. ....	36
Anexo 5. Dictamen del Comité de Ética e Investigación en Salud.....	37
Anexo 6. Cuestionario de Beck.....	38
Anexo 7. Test de Zarit.....	40

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**Unidad Médica de Alta Especialidad de**  
**Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación**  
**"Dr. Victorio de la Fuente Narváez"**  
**Ciudad de México**

**I. TÍTULO:**

Prevalencia y caracterización de depresión en cuidadores primarios de pacientes en un programa de rehabilitación cardíaca

**II. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:**

*Alumno: Mariana Rubio-Gómez (a).*

*Investigador responsable: Hermelinda Hernández-Amaro (b).*

*Tutor: Hermelinda Hernández-Amaro (b).*

Investigadores asociados:

- Berenice García-Salinas (c).
- Brenda Elena Araujo Moctezuma (d).

(a) Alumno de 4o año del Curso de Especialización Médica en Medicina Física y Rehabilitación. Sede IMSS-UNAM, Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Colector 15 s/n Esq. Av. Politécnico Nacional, Col. Magdalena de las Salinas, Alc. Gustavo A. Madero, C.P.07760, Ciudad de México. Tel. 3315119772. Correo electrónico: [mariana.nir94@gmail.com](mailto:mariana.nir94@gmail.com). Matrícula: 98358696

(b) Médico especialista en Rehabilitación, Titular de la división de Educación en Salud de Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México. Tel 57473500 ext. 25820. [hermelinda.hernandez@imss.gob.mx](mailto:hermelinda.hernandez@imss.gob.mx). Matrícula. 99152364

(c) Médico especialista en Rehabilitación. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte. Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Colector 15 s/n Esq. Av. Politécnico Nacional, Col. Magdalena de las Salinas, Alc. Gustavo A. Madero, C.P.07760, Ciudad de México. Tel. 5532680406. Correo electrónico: [berenice.garcia.sa@gmail.com](mailto:berenice.garcia.sa@gmail.com). Matrícula: 98356963

(d) Maestra en Psicología. Psicólogo clínico. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte. Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Colector 15 s/n Esq. Av. Politécnico Nacional, Col. Magdalena de las Salinas, Alc. Gustavo A. Madero, C.P.07760, Ciudad de México. Tel. 5527581980. Correo electrónico: [aramoct@hotmail.com](mailto:aramoct@hotmail.com). Matrícula: 98359315

### III. RESUMEN

**TÍTULO:** Prevalencia y caracterización de depresión en cuidadores primarios de pacientes en un programa de rehabilitación cardíaca.

**INTRODUCCIÓN:** Las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y los objetivos principales de la rehabilitación cardíaca (RC) son mejorar el estado fisiológico y psicosocial. La depresión es un trastorno mental afectivo que se puede manifestar una combinación de distintos síntomas, lo que dificulta su detección; el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión. La prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades coronarias se estima en un rango de 15% a 45%. Hay varios estudios relacionados con la depresión en pacientes con enfermedad cardíaca, pero no abordan específicamente a la depresión en los cuidadores primarios de los pacientes en rehabilitación cardíaca.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardíaca

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, del 20/07 al 08/08 se atendieron n=84 pacientes del Servicio de Rehabilitación Cardíaca de la UMAE de TOR-DVFN, los criterios de inclusión fueron: cuidadores primarios, de pacientes que acudan al servicio de rehabilitación cardíaca; y los de no inclusión: pacientes con diagnóstico previo de depresión, cuidadores de 2 o más pacientes, antecedente vital estresante reciente, así como aquellos que no respondieron completamente los cuestionarios y/o que presentaron datos de sobrecarga del cuidador. Se analizaron las siguientes variables depresión, sus componentes de acuerdo al cuestionario de Beck, variables sociodemográficas. Los instrumentos de medición utilizados fueron los cuestionarios de Beck y de Zarit. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación en Salud con el número de registro R-2023-3401-054.

**RESULTADOS:** La edad promedio fue de  $50 \pm 11$  años, el sexo predominante fue el femenino en 84.6%, y siendo en su mayoría esposo(a) del paciente 57.7% y un tiempo promedio como cuidador primario de  $25 \pm 2$  meses

**CONCLUSIONES:** se encontró una prevalencia del 20.5% de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardíaca



## IV. MARCO TEÓRICO

### 1. Depresión

#### *a. Definición*

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos.(1)

Según la quinta edición del "Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales. (1)

La depresión, también llamada "depresión clínica" o "trastorno depresivo mayor, es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento (2,3)

#### *b. Epidemiología*

Uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos. (2) La influencia de la salud mental en el bienestar físico también es importante, ya que cerca del 13% de las enfermedades están asociadas a trastornos de salud mental.(1)

En los estudios internacionales, la prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en población adulta (siendo del 10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres). La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años. El suicidio se presenta en un 3-4% de las depresiones mayores(4)

En México la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México señalan que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento en su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. (1)

### c. Clasificación

Clásicamente, la depresión se ha clasificado según su etiología en:(4)

- **Endógena:** aquella cuya causa no se conoce, pero se considera ligada a una predisposición constitucional biológica del sujeto.
- **Psicógena:** asociada a la personalidad o reactiva a acontecimientos vitales.
- **Orgánica:** secundaria a un fármaco o enfermedad médica por un mecanismo fisiológico.

En el manual DSM-V, la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo y se subdivide en las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. En la CIE10 la depresión se incluye entre los trastornos del humor (afectivos) y se clasifica en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos), mismos que suelen acompañarse de un cambio en la actividad general asociada con otros síntomas, la mayoría de las veces secundarios.(2,5)

Dos de los tipos frecuentes de depresión son:

- Depresión mayor, que implica síntomas de depresión la mayoría del tiempo durante por lo menos dos semanas. Estos síntomas interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar y comer.(3)
- Trastorno depresivo persistente (distimia), que a menudo incluye síntomas de depresión menos graves que duran mucho más tiempo, generalmente por lo menos durante 2 años. (3)

### d. Etiología y fisiopatología

La etiología de la depresión mayor es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y/o factores psicológicos y sociales. (2)

Las áreas cerebrales que se cree están implicadas con la depresión mayor son la amígdala, la corteza cingulada, la corteza prefrontal y el hipocampo, donde se observa una reducción en el volumen y el grosor de estas áreas.(2,6)

- Hipótesis de las monoaminas

Propone que la depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT), en las regiones límbicas del cerebro.(6)

- *Hipótesis del estrés crónico en la depresión*

Pone de manifiesto que los trastornos depresivos son causados por alteraciones de las funciones tróficas que impide la función adecuada de las neuronas y producen una alteración de la plasticidad neuronal. El estrés sostenido (crónico), se ha asumido como desencadenador de graves consecuencias cognitivas, lo cual puede propiciar en una serie de trastornos psiquiátricos como el estrés postraumático y la depresión mayor. (6)

- e. *Presentación clínica*

Un episodio depresivo mayor puede comenzar en cualquier momento de la vida, generalmente entre los 20 y los 30 años. Los síntomas del episodio depresivo mayor generalmente se desarrollan en días o semanas. En algunos individuos (5-10%) los criterios para el episodio depresivo mayor se siguen cumpliendo por un período mayor a 2 años. (5)

Entre los síntomas frecuentes de la depresión se incluyen los siguientes:(3)

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o "vacío"
- Sentimientos de desesperanza o pesimismo
- Sentimientos de irritabilidad, frustración o intranquilidad
- Sentimientos de culpabilidad, inutilidad o impotencia
- Pérdida de interés o placer en las actividades y los pasatiempos
- Fatiga, disminución de energía o sensación de que está más lento
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Dificultad para dormir, despertarse temprano en la mañana o dormir demasiado
- Cambios en el apetito o en el peso sin haberlos planificado
- Dolores y molestias, dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física aparente, o que no se alivian ni con tratamiento
- Intentos de suicidio o pensamientos sobre la muerte o el suicidio

- f. *Diagnostico*

La depresión puede manifestar una combinación de distintos síntomas, lo que hace su detección con un grado mayor de dificultad, y en especial en el contexto de otra enfermedad concomitante. Es por ello que se han creado múltiples herramientas a manera de tamizaje. Una vez que algún tamizaje da positivo, se utilizan una serie de pautas para poder realizar el diagnóstico certero, la más utilizada es la establecida por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, (DMS-5). Existen alternativas diagnósticas al DSM-5, entre ellas una opción es la Clasificación Internacional de Enfermedades-Décima Revisión o CIE-10 que es publicada por OMS. (6)

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

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Compuesto por 21 ítems de tipo Likert, que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).(7)

Se requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. (7)

Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (7)

El BDI-II se compone dos factores, un factor cognitivo y uno somático, más un factor adicional, denominado de depresión general, que está compuesto por los dos primeros. Los ítems de la dimensión cognitivo-afectiva integran síntomas derivados de la activación de patrones cognitivos negativos, los cuales conforman la denominada tríada cognitiva que opera como sustrato psicológico de la depresión, esto es, la visión negativa de uno mismo, la interpretación de las vivencias actuales en forma negativa y la visión negativa del futuro, por otra parte, los síntomas agrupados en la dimensión somática forman parte de los componentes emocionales de ansiedad fisiológica y conductual que, desde la perspectiva del modelo cognitivo de la depresión, suelen acompañar a los trastornos psicológicos. El factor cognitivo-conductual está conformado por los ítems 1-15,17, y el factor somático-vegetativo por los ítems 16, 18-21.(8)

### *g. Tratamiento*

El tratamiento de la depresión plantea un abordaje integral de manera que existirán casos que requieran una perspectiva farmacológica, psicológica y social y otras que sólo precisen uno o dos aspectos y distintas combinaciones de medicación y psicoterapia. (4)

## **2. Depresión en rehabilitación cardíaca**

Las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial; su prevalencia va en aumento, en el año 2020 la secretaría de salud reportó más de 223,000 egresos hospitalarios por enfermedad cardiovascular entre ellas (2%) por cardiopatía reumática, (17%) enfermedades hipertensivas, (23%) enfermedades isquémicas, (19%) enfermedad cerebrovascular, (2%) enfermedades inflamatorias del corazón y otras enfermedades cardiovasculares (37%) y se registraron 141,823 muertes por enfermedades del corazón que representan el 20.8% del total en ese año.(9) La cardiopatía isquémica tiene una prevalencia de alrededor de 30% en adultos mayores de 40 años en México, y es la principal causa de muerte.(10)

La rehabilitación cardíaca (RC) es comprendida como un programa multifactorial y multidisciplinario que busca rehabilitar física, social y mentalmente a la persona que ha sufrido un evento o enfermedad cardiovascular, además de integrarla a la sociedad lo mejor y más pronto posible. Se constituye como la intervención con la mejor evidencia científica en contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad en la cardiopatía isquémica y otro tipo de cardiopatías. (9)

Los objetivos principales de la RC son mejorar el estado fisiológico y psicosocial del paciente con enfermedad cardiovascular. Dentro de los objetivos psicosociales se encuentran la reducción del estrés, de la ansiedad y de la depresión, mejorar la calidad de vida asociada a la salud, disminuir las limitaciones producidas por la sintomatología y promover la adaptación del paciente a sus enfermedades crónicas.(9)

La prevalencia de la depresión en pacientes con enfermedades coronarias se estima con un rango de 15% a 45%. La depresión se asocia con un aumento de tres a cuatro veces en la mortalidad cardíaca y es un fuerte predictor de mala evolución sintomática, psicológica, social y funcional a los tres y 12 meses. Los pacientes con síntomas de depresión tienen un riesgo 5 veces mayor de no completar la rehabilitación cardíaca y por lo tanto requieren una mayor atención y apoyo. Los programas de rehabilitación cardíaca que incluían los aspectos psicológicos lograron una reducción del 34% en la mortalidad cardíaca y una reducción del 29% en infartos al miocardio recurrentes en 10 años de seguimiento. (11)

### **3. Depresión en el cuidador primario**

La Organización Mundial de la Salud, en el año de 1999, definió al cuidador primario como «...la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido: este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente, y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta...». (12)

Se estima que 88% del tiempo dedicado a cuidar a los pacientes dependientes recae en el cuidador principal. Conforme aumenta la carga de trabajo de la persona junto con la responsabilidad de los cuidados primarios, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su calidad de vida. El resultado del estrés crónico se caracteriza por actitudes y pensamientos negativos hacia el enfermo, también irritabilidad, despersonalización y deshumanización. (12) Por lo tanto, el cuidado de una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no solo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica del cuidador, incrementando la frecuencia de ansiedad y depresión en ellos.(13)

Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la carga subjetiva del cuidador primario es la escala Zarit, la cual consta de 22 preguntas, clasificando al cuidador en: "Ausencia de sobrecarga", "Sobrecarga ligera" o "Sobrecarga intensa". Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. Los aspectos que evalúa la escala son la salud física y psicológica, el área económica y laboral, las relaciones sociales y la relación con la persona mayor y receptora del cuidado. (13)

#### 4. Antecedentes

Se realizó una búsqueda sistemática a partir de la siguiente pregunta:

### ¿Cuál es la prevalencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes en un programa de rehabilitación cardíaca?

La búsqueda se realizó en siete bases de datos electrónicas, utilizando dos elementos de la pregunta: (P), (I/E) u (O). **Ver tabla 1 y 2**

Tabla 1. Palabras clave y términos alternativos de la pregunta utilizados en la búsqueda.

	Palabras Clave	Términos alternativos	Términos MeSH
<b>P</b>	primary caregiver	Caregiver, caretaker	Caregivers
<b>E</b>	Cardiac Rehabilitation		Cardiac Rehabilitation
<b>O</b>	Depression		Depression

MeSH: Medical Subject Headings.

Se eliminaron las citas duplicadas en las distintas bases de datos. Se revisaron los títulos y resúmenes de las citas recuperadas y se excluyeron aquellas no relacionadas con la pregunta. Posteriormente se evaluaron los artículos de texto completo. A continuación, se muestra un resumen del proceso de selección. **Ver figura 1**

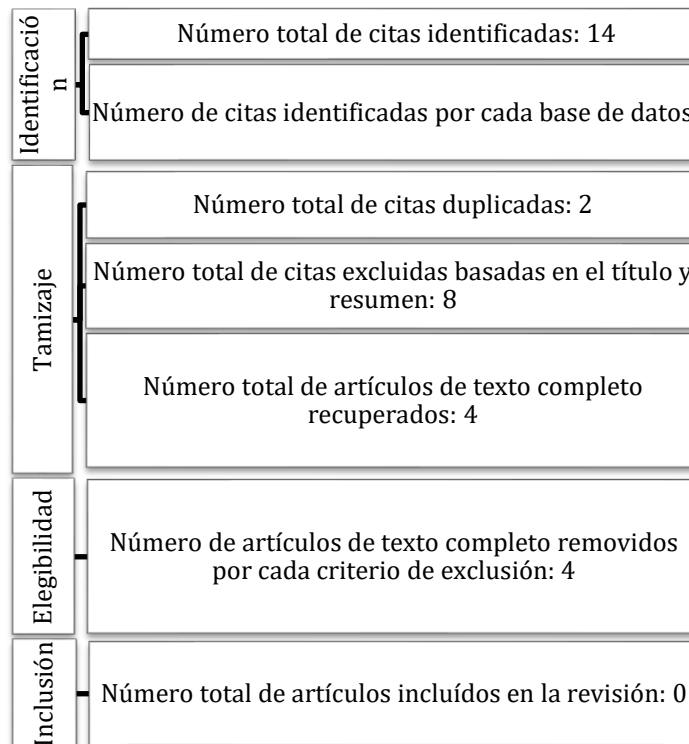


Figura 1. Proceso de selección. Adaptado de: Muka T, Glisic M, Milic J, Verhoog S, Bohlius J, Bramer W, et al. A 24-step guide on how to design, conduct, and successfully publish a systematic review and meta-analysis in medical research. *European Journal of Epidemiology*. 2020 Jan 1;35(1):49–60.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda.

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>PARAMETRO DE BUSQUEDA</b>	<b>ALGORITMO DE BUSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>INGRESADOS</b>
<b>PUBMED</b>	-Advance Search -MeSH Terms -Full text	(("caregivers"[MeSH Terms]) AND ("cardiac rehabilitation"[MeSH Terms])) AND ("depression"[MeSH Terms])	0	0
<b>SCIENCE DIRECT</b>	-Advance Search	Title, abstract, keywords: caregiver, cardiac rehabilitation, depression	1	0
<b>WEB OF SCIENCE</b>	-Advance Search	((KP=(caregiver)) AND KP=(cardiac rehabilitation)) AND KP=(depression)	1	0
		((AB=(caregiver)) AND AB=(cardiac rehabilitation)) AND AB=(depression)	9	0
<b>CINHAL</b>	-Advance Search -Full text	((AB=(caregiver)) AND AB=(cardiac rehabilitation)) AND AB=(depression)	1	0
<b>PEDRO</b>	-Advance Search	Abstract & Title: caregiver, cardiac rehabilitation, depression	0	0
<b>TESIS UNAM</b>	-Advance Search	WRD - Palabras= rehabilitación cardiaca AND depresión	1	0
<b>GOOGLE SCHOLAR</b>	-Advance Search	allintitle: caregiver, cardiac rehabilitation, depression	0	0
		allintitle: cardiac rehabilitation caregivers	1	0



## **V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En México la cardiopatía isquémica tiene una prevalencia de alrededor de 30% en adultos mayores de 40 años, y es la principal causa de muerte. La prevalencia de depresión en pacientes después de un infarto agudo al miocardio (IAM) fue de aproximadamente 20-35% antes de la rehabilitación cardíaca y del 3% después de la rehabilitación cardíaca. (14) El 6% presentaba depresión moderada y el 2% depresión severa.(15) Otro estudio encontró que los síntomas moderados de depresión, ansiedad o estrés eran prevalentes en el 18%, 28% y 13% de los adultos que ingresaban a programas de rehabilitación cardíaca, respectivamente (16)

A nivel internacional entre el 46 y el 59% de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, y presentan ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. En estudios anteriores realizados en México dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, se observó que más del 50% de los cuidadores se encuentra en riesgo de experimentar depresión clínica, o cubre los criterios para un episodio depresivo mayor. Estos estudios encontraron que los síntomas depresivos con mayor porcentaje de reporte fueron: ganas de llorar (73%), irritabilidad (69%), fatiga (67%), tristeza (65%), problemas para la concentración (60%), problemas de sueño (59%) y dolor de cabeza (50%). (17)

Hay varios estudios relacionados con la depresión en pacientes con enfermedad cardíaca, pero no abordan específicamente a la depresión en los cuidadores primarios de los pacientes en rehabilitación cardíaca.

## **VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes en un programa de rehabilitación cardíaca?

## **VII. JUSTIFICACIÓN**

Las personas encargadas de cuidar a una persona dependiente o cuidador primario, al vivir la enfermedad con el paciente directamente, experimentan mayor estrés y por lo tanto presentan un mayor riesgo de angustia psicológica y depresión. A pesar de que se ha observado un aumento del trastorno depresivo entre los cuidadores primarios, no existe consejería estipulada para el cuidador primario.

Las guías de práctica clínica recomiendan involucrar en el proceso de rehabilitación a los familiares/cuidadores de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Se ha descrito el riesgo de padecer depresión posterior a un infarto o paro cardíaco, sin

embargo, no se encontraron investigaciones que estudien los índices de depresión en el cuidador primario de pacientes adultos con una enfermedad cardíaca en nuestro país.

La depresión es un problema común entre los cuidadores primarios. Es importante evaluar, tratar, y en lo posible prevenir la depresión en los cuidadores primarios para mejorar su salud mental y la calidad de la atención que brindan. Para poder ofrecer atención a esta población el primer paso es identificarla.

## VIII. OBJETIVOS

### Objetivo General

- Determinar la prevalencia de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardíaca

### Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardíaca
- Identificar la presencia de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardíaca, mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
- Determinar el factor predominante, cognitivo o somático, de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardíaca

## IX. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La prevalencia de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardíaca es similar a la prevalencia de los pacientes con patología cardiovascular

## X. MATERIAL Y MÉTODOS

Exploratorio  Descriptivo  Relacional  Explicativo  Predictivo  Aplicativo

### a. Diseño:

Por el tipo de intervención: Observacional

Por el tipo de análisis: Descriptivo

Por el número de veces que se mide la variable desenlace: Transversal

Por el momento en el que ocurre la variable desenlace: Prospectivo

Tabla 3. Clasificación del tipo de investigación y diseño del estudio.

TIPO DE INVESTIGACIÓN		TIPOS DE DISEÑO			
C o m m u n i t y	Investigación Secundaria			Guías <input type="checkbox"/>	
				Meta-análisis <input type="checkbox"/>	
				Revisiones Sistematizadas <input type="checkbox"/>	
		<b>Por el tipo de intervención</b>	<b>Por el tipo de análisis</b>	<b>Por el número de veces y el momento en que se mide la variable de interés</b>	
B e d s i d e  ( j u n t o a l a c a b e r a d e l p a c i e n t e )	I n v e s t i g a c i ó n P r i m a r i a	Experimental (modelos humanos)	Analítico		Fase IV <input type="checkbox"/>
				Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado	Fase III <input type="checkbox"/>
				-Con grupos cruzados -Con grupos paralelos (enmascaramiento: simple, doble o triple ciego)	Fase II <input type="checkbox"/>
				Ensayo Clínico Controlado No Aleatorizado o Cuasi-experimental	Fase II <input type="checkbox"/>
				Ensayo Clínico No Controlado	Fase I <input type="checkbox"/>
		Observacional	Analítico (analizan hipótesis)	Cohorte <input type="checkbox"/>	
				Casos y Controles <input type="checkbox"/>	
				Transversal <input type="checkbox"/>	
			Descriptivo	Estudios de Validez de Pruebas Diagnósticas <input type="checkbox"/>	
				Estudios Ecológicos (exploratorios, de grupos múltiples, de series de tiempo, o mixtos) <input type="checkbox"/>	
				Encuesta Transversal o de Prevalencia <input checked="" type="checkbox"/>	
				Series de Casos <input type="checkbox"/>	
Reporte de Caso <input type="checkbox"/>					
B e n c h s	Investigación Preclínica	In vivo (modelos animales)	Farmacocinética Farmacodinamia	<input type="checkbox"/>	
		In vitro (órganos, tejidos, células, biomoléculas)	Toxicología Biología molecular	<input type="checkbox"/>	
		In silico (simulación computacional)	Ingeniería genética Biocompatibilidad, etc.	<input type="checkbox"/>	

i d e ( j u n t o a l b a n c o )		<b>Investigación Biomédica Básica</b>	(diseño y desarrollo de biomoléculas, fármacos, biomateriales, dispositivos médicos)	<input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--------------------------

Adaptado de: Cohrs RJ, Martin T, Ghahramani P, Bidaut L, Higgins PJ, Shahzad A. Translational Medicine definition by the European Society for Translational Medicine. *New Horizons in Translational Medicine*. 2014; 2: 86–8.

Borja-Aburto V. Estudios ecológicos. *Salud Pública de México*. 2000;42(6): 533-8.

Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. *Evidence Based Medicine*. 2016;21(4):125-7.

#### **b. Sitio**

Servicio de Rehabilitación Cardíaca de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" en la Ciudad de México.

#### **c. Periodo**

De Junio a Agosto del 2023

#### **d. Material**

##### **i. Criterios de Selección**

##### **ii. Inclusión:**

- a. Personas mayores de 18 años que sean cuidadores primarios de pacientes que acudan al servicio de rehabilitación cardíaca.

##### **iii. No inclusión:**

- a. Personas que cuenten con diagnóstico previo de depresión.
- b. Personas que tengan a su cargo el cuidado de dos o más familiares.
- c. Personas con antecedente de acontecimiento vital estresante en el último año: separación o divorcio, muerte de algún familiar o el ser diagnosticado con alguna enfermedad grave.

##### **iv. Eliminación:**

- a. Cuidadores que no respondan completamente el cuestionario de Beck y el cuestionario de Zarit.
- b. Cuidadores que presenten datos de sobrecarga del cuidador primario

#### **e. Métodos**

##### **i. Técnica de Muestreo**

- No probabilístico: Muestreo por casos consecutivos

## ii. Cálculo del Tamaño de Muestra

Se utilizó la fórmula para estimar una proporción de acuerdo a Cochran y Kotlik, con los siguientes datos:  $p=0.3$ ,  $d=0.1$ ,  $\alpha=0.05$ ; donde  $p$  es la proporción estimada en población,  $d$  el error absoluto o precisión y  $\alpha$  el rango de error tipo I. Obteniéndose un tamaño de muestra de 81.

## iii. Método de Recolección de Datos

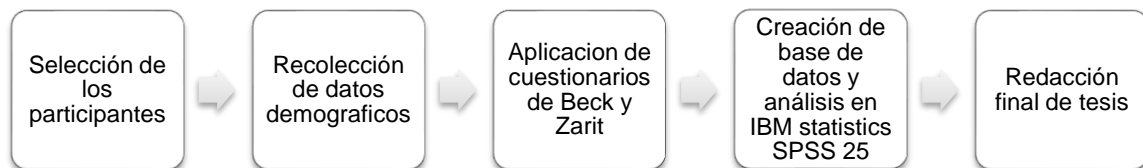
Se reclutaron a los cuidadores primarios mayores de 18 años de pacientes que acudieron al servicio de rehabilitación cardíaca de la Unidad De Medicina Física Y Rehabilitación de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" que cumplieron con los criterios y aceptaron participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

Se les solicitó que llenaran un formulario con los siguientes datos: edad, sexo, escolaridad, estado civil, parentesco con el paciente, tiempo que lleva ejerciendo como cuidador primario; edad, sexo y patología del paciente, después se le solicitará responder los cuestionarios de Beck y de Zarit

Los cuidadores primarios que se detectaron con depresión y/o sobrecarga del cuidador primario fueron captados por el servicio de psicología y derivados a su Unidad de Medicina Familiar para un adecuado manejo y seguimiento.

Se vaciaron los datos al software IBM Statistics SPSS 25 para el análisis de datos. Finalmente se procedió a la redacción final de la tesis.

## iv. Modelo Conceptual



## v. Descripción de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Unidad o escala de medida
Cuidador primario	Persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de una persona que por sí misma no puede	Persona que atiende las necesidades del paciente con patología cardíaca	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Si No
Depresión	La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las	Puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck: 0-9 sin depresión	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Si No

	actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.	10-16 leve 17-29 moderada ≥30 grave		
Característica de la depresión	El BDI-II recoge los síntomas cognitivo-afectivos y somáticos de la depresión. Los ítems de la dimensión cognitivo-afectiva integran síntomas derivados de la activación de patrones cognitivos negativos, y los que integran la dimensión somática forman parte de los componentes emocionales de ansiedad fisiológica y conductual.	Puntaje obtenido en los siguientes ítems del inventario de depresión de Beck: Ítems 1-15, 17: cognitivo Ítems 16, 18-21: somático	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Cognitiva Somática
Sobrecarga del cuidador	Comprende un estado de agotamiento, tanto emocional como físico, que experimentan las personas que dedican gran parte de su tiempo al cuidado de una persona	Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit: <47 – no sobrecarga 47-56 – sobrecarga leve >56 sobrecarga intensa	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Si No
Edad del cuidador primario	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo cronológico de vida cumplido al momento del estudio	<b>Cuantitativa:</b> Discreta	Años
Sexo del cuidador primario	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino	Sexo referido en la historia clínica	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Femenino Masculino
Estado civil del cuidador primario	situación jurídica en la familia y la sociedad, determinada su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones	situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Soltero (a) Unión Libre Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a)
Escolaridad del cuidador primario	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender	Último Nivel educativo completo de una persona	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Universidad Posgrado
Parentesco del cuidador primario	cualquier combinación de relaciones de filiación o conyugalidad que vinculen a dos personas de manera directa o a través de terceros.	Vínculo que tiene el cuidador primario en relación al paciente	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Padre/Madre Esposo/esposa Hermano/Hermana Hijo/Hija Otra
Tiempo de ejercer la función de cuidador	Tiempo que una persona ha realizado las funciones propias de una profesión, facultad, virtud, etc.	Tiempo transcurrido en meses de ejercer la función de cuidador primario	<b>Cuantitativa:</b> Discreta	Meses
Edad del paciente	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo cronológico de vida cumplido al momento del estudio	<b>Cuantitativa:</b> Discreta	Años
Sexo del paciente	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino	Sexo referido en la historia clínica	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Femenino Masculino
Patología cardiovascular del paciente	término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos	Enfermedad que afecta al corazón	<b>Cualitativa:</b> Nominal	Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardíaca Valvulopatía

## vi. Recursos Humanos

### 1. Mariana Rubio Gómez

- Concepción de la idea
- Escritura del anteproyecto de investigación
- Recolección de datos
- Análisis de los datos
- Interpretación de los resultados
- Escritura del manuscrito final

### 2. Hermelinda Hernández Amaro

- Concepción de la idea
- Revisión del manuscrito final

### 3. Berenice García Salinas

- Escritura del anteproyecto de investigación
- Análisis de los datos
- Interpretación de los resultados

### 4. Brenda Elena Araujo Moctezuma

- Recolección de datos
- Normar manejo a seguir para terapéutica del cuidador primario.

## vii. Recursos Materiales

Los recursos materiales utilizados son de las instalaciones de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte del IMSS en la CDMX. Los componentes necesarios para el vaciamiento de datos fueron el equipo de papelería (hojas y plumas), impresiones y equipo de cómputo. Para el presente estudio no se utilizaron recursos monetarios externos.

## XI. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Cualitativo  Descriptivo  Bivariado  Comparativo

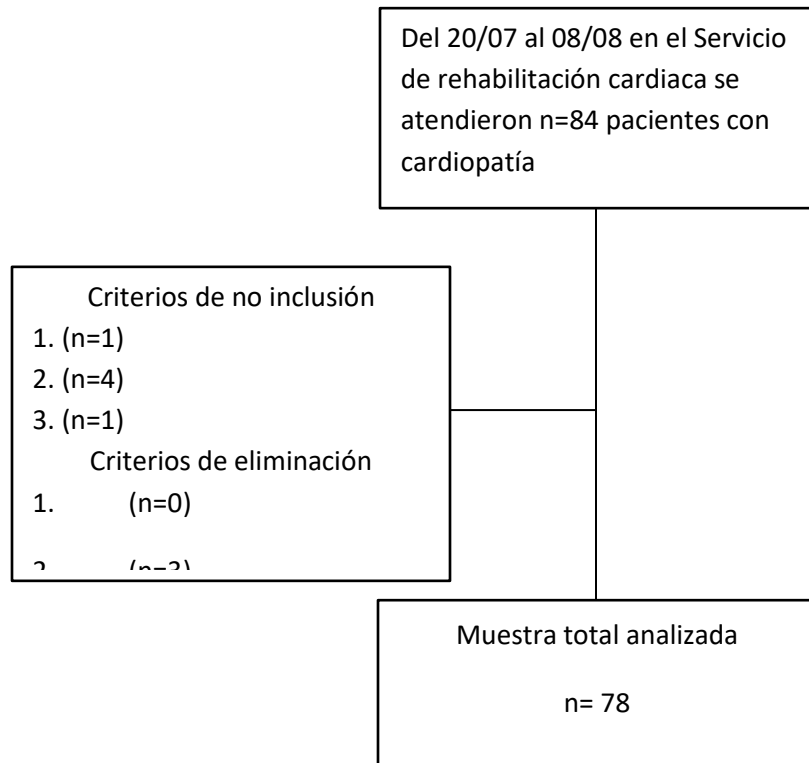
**Análisis estadístico descriptivo:** Las variables cuantitativas con distribución normal o paramétrica se expresaron en medias  $\pm$  desviaciones estándar (DE). Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas o número de observaciones (n) y frecuencias relativas o porcentajes (%).

Se utilizó el Paquete Estadístico IBM® SPSS® Statistics V.25.



## XII. RESULTADOS

Del 20/07 al 08/08 en el Departamento de Rehabilitación Cardíaca en la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" en la Ciudad de México, se atendieron  $n=84$  pacientes con cardiopatía, no fueron incluidos  $n=6$  por cumplir con alguno de los criterios de no inclusión. Se analizó una muestra total de  $n=78$  pacientes. **Ver figura 2.**



**Figura 2. Proceso de enrolamiento.**

La edad promedio fue de  $50\pm 11$  años, el sexo predominante fue el femenino en 84.6%, y siendo en su mayoría esposo(a) del paciente 57.7% y un tiempo promedio como cuidador primario de  $25\pm 2$  meses. **Ver Tabla 4.**

**Tabla 4.** Características sociodemográficas

<b>Características</b>	<b>n=78</b>
Edad, años $\pm$ DE	50.4 $\pm$ 11
Sexo, n (%)	
Mujer	66 (84.6)
Hombre	12 (15.4)
Estado civil, n (%)	
Soltero (a)	16 (20.5)
Unión libre	9 (11.5)
Casado (a)	54 (68.0)
Escolaridad, n (%)	
Primaria	3 (3.8)
Secundaria	44 (56.4)
Preparatoria	23 (29.5)
Licenciatura	7 (9.0)
Posgrado	1 (1.3)
Parentesco, n (%)	
Madre/Padre	2 (2.6)
Esposo(a)	45 (57.7)
Hijo(a)	19 (24.4)
Hermano(a)	3 (3.8)
Otro	9 (11.5)
Tiempo como cuidador primario, meses $\pm$ DE	25.4 $\pm$ 22.9
Patología cardiovascular del paciente, n (%)	
Cardiopatía isquémica	63 (80.8)
Cardiopatía congestiva	4 (5.1)
Valvulopatía	6 (7.7)
Otro	5 (6.4)
Depresión, n (%)	
Si	16 (20.5)
No	62 (79.5)

De los 78 pacientes evaluados 16(20.5%) presentaron datos de depresión, siendo únicamente del sexo femenino, 6 grado leve y 10 grado moderado; de las que presentaron depresión grado leve 4 son esposas y 2 hijas, de grado moderado 7 y 3 respectivamente.

**Tabla 5.** Características de pacientes con depresión y sus componentes

<b>Características</b>	<b>n=16</b>
Depresión, n (%)	
Leve	6 (7.7)
Moderada	10 (12.8)
Componente de la depresión leve, media $\pm$ DE	
Cognitivo	6.3 $\pm$ 0.3
Somático	4.2 $\pm$ 0.2
Componente de la depresión moderada, media $\pm$ DE	
Cognitivo	13.5 $\pm$ 0.2
Somático	7.5 $\pm$ 0.5
Sexo de pacientes con depresión, n (%)	
Femenino	16(100)
Parentesco, n (%)	
Esposa	11 (68.75)
Hija	5 (31.25)

### **XIII. DISCUSIÓN**

Las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, y los objetivos principales de la rehabilitación cardiaca son mejorar el estado fisiológico y psicosocial. La depresión es un trastorno mental afectivo que se puede manifestar una combinación de distintos síntomas. Hay varios estudios relacionados con la depresión en pacientes con enfermedad cardiaca, pero no abordan específicamente a la depresión en los cuidadores primarios de los pacientes en rehabilitación cardiaca, por lo que se consideró importante determinar la prevalencia de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardiaca.

En los estudios internacionales (4,11,16) la prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en población adulta, mientras que en pacientes con enfermedades coronarias se estima en un rango de 15% a 45%. En estudios anteriores realizados en México según el autor Alfaro Ramírez(17)se observó que más del 50% de los cuidadores se encuentra en riesgo de experimentar depresión clínica. En el presente estudio se encontró una prevalencia de 20.5% de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes con cardiopatía, siendo este resultado similar a lo reportado en pacientes con enfermedades coronarias

#### **Limitantes, Fortalezas y Perspectivas**

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes, y solo se requieren entre 5 y 10 minutos para ser completado, no se requiere de personal ni material específico para su realización. Se sugiere la implementación del BDI-II en pacientes inscritos en los programas de rehabilitación cardiaca, así como en sus cuidadores primarios, para tener una visión amplia de su red de apoyo y poder dar un manejo integral que impacte en la rehabilitación y calidad de vida de los pacientes

### **XIV. CONCLUSIONES**

Se corrobora hipótesis, en el presente estudio se encontró una prevalencia del 20.5% de depresión en los cuidadores primarios de los pacientes inscritos a un programa de rehabilitación cardiaca, y se ha reportado una prevalencia de depresión en pacientes después de un infarto agudo al miocardio del 20-35%. La edad promedio fue de 50 años, en su mayoría mujeres, con un tiempo promedio como cuidador primario de 25 meses.

## XV. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo en seres humanos, con base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, que se encuentra vigente actualmente en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos:

- Título Segundo:** De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos,
  - Capítulo I Disposiciones Comunes, en los artículos 13 al 27.
  - Capítulo II. De la Investigación en Comunidades, en los artículos 28 al 32.
  - Capítulo III. De la Investigación en Menores de Edad o Incapaces, en los artículos 34 al 39.
  - Capítulo IV. De la Investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Obitos y Fetos y de la Fertilización Asistida, en los artículos 40 al 56.
  - Capítulo V. De la Investigación en Grupos Subordinados, en los artículos 57 al 58.
  - Capítulo VI. De la Investigación en Órganos, Tejidos y sus Derivados, Productos y Cadáveres de Seres Humanos, en los artículos 59 al 60.
- Título Tercero:** De la investigación de nuevos Recursos Profilácticos, de Diagnósticos, Terapéuticos y de Rehabilitación.
  - Capítulo I. Disposiciones Comunes, en los artículos 61 al 64.
  - Capítulo II. De la Investigación Farmacológica, en los artículos 65 al 71.
  - Capítulo III. De la Investigación de Otros Nuevos Recursos, en los artículos 72 al 74.
- Título Cuarto:** De la Bioseguridad de las Investigaciones.
  - Capítulo I. De la Investigación con Microorganismos Patógenos o Material Biológico que pueda Contenerlos, en los artículos 75 al 84.
  - Capítulo II. De la Investigación que implique construcción y manejo de ácidos nucleicos recombinantes, en los artículos 85 al 88.
  - Capítulo III. De la Investigación con isótopos radiactivos y dispositivos y generadores de radiaciones ionizantes y electromagnéticas, en los artículos 89 al 97.
- Título Sexto:** De la Ejecución de la Investigación en las Instituciones de atención a la salud, Capítulo Único, en los artículos 113 al 120.
- Título Séptimo:** De la Investigación que incluya a la utilización de animales de experimentación, Capítulo Único. En los artículos 121 al 126.

Así como también acorde a los códigos internacionales de ética: Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975; 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983; 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989; 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996; 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000; Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002; Nota de Clarificación, agregada por la

Asamblea General de la AMM, Tokio 2004; 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008; 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

El presente trabajo se presentará ante el Comité de Investigación en Salud (CIS 3401) y ante el Comité de Ética en Investigación en Salud (CEI 3401-8) de la UMAE de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" en la Ciudad de México, mediante el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) para su evaluación y dictamen.

El presente estudio cumple con los principios recomendados por la Declaración de Helsinki, las Buenas Prácticas Clínicas y la normatividad institucional en materia de investigación (Norma 2000-001-009 del IMSS); así también se cubren los principios de: Beneficencia (los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el acto), No maleficencia (no infringir daño intencionalmente), Justicia (equidad – no discriminación) y Autonomía (respeto a la capacidad de decisión de las personas y a su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas), tanto para el personal de salud, como para los pacientes, ya que el presente estudio contribuirá a conocer la presencia y posterior manejo de depresión en cuidadores primarios de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Acorde a las pautas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación sustentada en el artículo 17, numeral II, se considera una investigación **con riesgo mínimo**.

- I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos 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;
- II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profiláctico no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 mL en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y
- III. Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en las que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentésis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Por lo anterior, Sí requiere de Carta de Consentimiento Informado. La información obtenida será con fines de la investigación, así como los datos de los pacientes no se harán públicos en ningún medio físico o electrónico.

**XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Año	2023												2024					
Semestre	1						2						3					
Mes	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N
Estado del arte		■	■															
Diseño del protocolo				■	■													
Evaluación por el Comité Local						■												
Recolección de datos						■	■	■	■									
Análisis de resultados									■	■								
Escritura de discusión y conclusiones										■	■							
Trámite de examen de grado									■	■								
Redacción del manuscrito											■	■	■					
Envío del manuscrito a revista indexada con índice de impacto														■	■			

## XV. REFERENCIAS

1. Corea del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur.* 2021;89(1):S1-68.
2. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Proceedings of the American Control Conference.* 2017;28(2):89–115.
3. NIH. Depresión. 2021.
4. Terroso A, Serrano G, Martínez M, Planes P. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. 2014. p. 90.
5. Ministerio de Salud. Guía clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. 2013.
6. Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Revista Medica Sinergia.* 2020;5(12):e610.
7. Oficiales C general de C oficiales de psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II.
8. Del M, Beltrán C, Freyre MÁ, Hernández-Guzmán L. The Beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. 2012;30:5–13.
9. Prevención primaria , secundaria y rehabilitación cardíaca de Infarto agudo de miocardio en el primer nivel de atención. Mexico; 2022.
10. Sánchez-Pérez R, Enciso-Muñoz JM, Meneses-Bonilla A, Borrayo-Sánchez G, Estrada-Suárez A, Sánchez-Rodríguez MI, et al. Consenso Mexicano sobre la Cardiopatía Isquémica Crónica. Diagnóstico, clasificación y estratificación no invasivos. Colegio Mexicano de Cardiología Intervencionista y Terapia Endovascular (COMECITE). *Cardiovascular and Metabolic Science.* 2021;32(S4):s288-316.
11. Abordaje de la Rehabilitación Cardíaca en Cardiopatía Isquémica , Valvulopatías y Grupos Especiales. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011.
12. Becerra-Partida EN, Villegas Pacheco CA. Prevalencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes mayores de 60 años de edad y con alguna dependencia física. *Revista CONAMED.* 2020;25(4):161–6.
13. Navarro-sandoval C, Uriostegui-espíritu LC, Delgado-quiñones EG. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. 2017;55(171):25–31.

14. Khan Z, Musa K, Abumedian M, Ibekwe M. Prevalence of Depression in Patients With Post-Acute Coronary Syndrome and the Role of Cardiac Rehabilitation in Reducing the Risk of Depression: A Systematic Review. *Cureus*. 2021 Dec 31;13(12).
15. Nanayakkara GL, Krincic L, Lightfoot R, Reinhardt W, De Silva K, Senaratne JM, et al. Demographics and risk factors that influence the prevalence of depression in patients attending cardiac rehabilitation. *Medicine*. 2022 Sep 9;101(36):E30470.
16. Rao A, Zecchin R, Newton PJ, Phillips JL, DiGiacomo M, Denniss AR, et al. The prevalence and impact of depression and anxiety in cardiac rehabilitation: A longitudinal cohort study. <https://doi.org/10.1177/2047487319871716>. 2019 Oct 9;27(5):478–89.
17. Alfaro Ramírez del Castillo OI, Morales Vigil T. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Medica del IMSS*. 2008;46:485–94.



## XVI. ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento de Recolección de Datos.

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Prevalencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes en un programa de rehabilitación cardíaca.

#### ***Datos personales del paciente***

Nombre completo: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

Patología cardíaca:  Cardiopatía isquémica \_\_\_\_\_  
 Cardiopatía congestiva \_\_\_\_\_  
 Valvulopatía \_\_\_\_\_

#### ***Datos personales del cuidador***

Nombre completo: \_\_\_\_\_

NSS: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Tiempo como cuidador primario: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino

Estado Civil:  Soltero(a)  Unión Libre  Casado(a)  Viudo(a)  
 Divorciado(a)

Escolaridad:  Analfabeta  Primaria  Secundaria  Preparatoria  
 Carrera técnica  Universidad  Posgrado

Parentesco:  Padre/Madre  Esposo(a)  Hijo(a)  Hermano(a)  
 Otro: \_\_\_\_\_

#### **Questionario de Beck**

Puntaje Total: \_\_\_\_\_


Depresión  No  
 Si  Leve  Moderada  Grave

#### **Questionario de Zarit**

Puntaje Total: \_\_\_\_\_

Sobrecarga del cuidador:  No  
 Si  Leve  Intensa

## Anexo 2. Consentimiento Informado

 <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL              UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN              Y POLITICAS DE SALUD              COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b></p>	
<b>Nombre del estudio</b>	Se me comento que el título del protocolo de investigación es "Prevalencia y caracterización de depresión en cuidadores primarios de pacientes en un programa de rehabilitación cardíaca."
<b>Lugar y fecha de realización del protocolo de investigación</b>	Se me informó que dicho protocolo se realizará en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte", en el periodo de junio – septiembre 2023
<b>Patrocinador externo</b>	Se me comentó que no aplica, por no haber un patrocinador externo
<b>Lugar y fecha</b>	/ / 2023
<b>Número de registro institucional</b>	
<b>Justificación y objetivo del estudio</b>	Se me comentó que el objetivo es obtener datos para detectar la depresión en los cuidadores de los pacientes en rehabilitación por una enfermedad del corazón
<b>Procedimientos</b>	Se me informó que se me pedirán datos personales míos y de mi pacientes, así como responder dos cuestionarios
<b>Posibles riesgos y molestias</b>	Se me informó que los riesgos son los inherentes al conocimiento de mi estado emocional
<b>Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio</b>	Se me explicó que con el estudio se obtendrá información acerca de la depresión en los cuidadores para poder brindarnos orientación y tratamiento
<b>Información sobre resultados y alternativas de tratamiento</b>	Se me comentó que se me darán a conocer los resultados del estudio
<b>Participación o retiro</b>	Se me informó que soy libre de decidir participar o no en este estudio y me podré retirar del mismo en el momento que lo desee sin que esto afecte la atención que recibo del Instituto
<b>Privacidad y confidencialidad</b>	Se me dijo que mis datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores de este estudio o, en su caso, de estudios futuros.
<b>Declaración de consentimiento</b> Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
No acepto participar en el estudio <input type="checkbox"/>	
Acepto participar y que se usen mis datos solo para este estudio. <input type="checkbox"/>	
Acepto participar y que se usen mis datos para este estudio y estudios futuros. <input type="checkbox"/>	
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b>	
Investigadora responsable:	Hermelinda Hernández Amaro. Médico especialista en Rehabilitación, Director de Educación e Investigación en Salud de Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México. Matrícula. 99152364. Tel 57473500 ext. 25820. <a href="mailto:hermelinda.hernandez@imss.gob.mx">hermelinda.hernandez@imss.gob.mx</a>
Investigadores asociados	Berenice García Salinas. Médico especialista en Rehabilitación. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte de la UMAE Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación, "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México. Matrícula. 98356963. Correo electrónico: <a href="mailto:berenice.garcia.sa@gmail.com">berenice.garcia.sa@gmail.com</a>

Brenda Elena Araujo Moctezuma. Maestra en Psicología. Psicólogo clínico. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte. Unidad Médica de Alta Especialidad de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Colector 15 s/n Esq. Av. Politécnico Nacional, Col. Magdalena de las Salinas, Alc. Gustavo A. Madero, C.P.07760, Ciudad de México. Tel. 5527581980. Matrícula: 98359315 Correo electrónico: [aramoct@hotmail.com](mailto:aramoct@hotmail.com).

Tesista Mariana Rubio Gómez. Médico residente de 4º año de medicina de rehabilitación. Médico cirujano. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte de la UMAE Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Ciudad de México. Matrícula: 98358696. Correo electrónico: [mariana.nir94@gmail.com](mailto:mariana.nir94@gmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: [comité.eticainv@imss.gob.mx](mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx)

Nombre y firma de paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

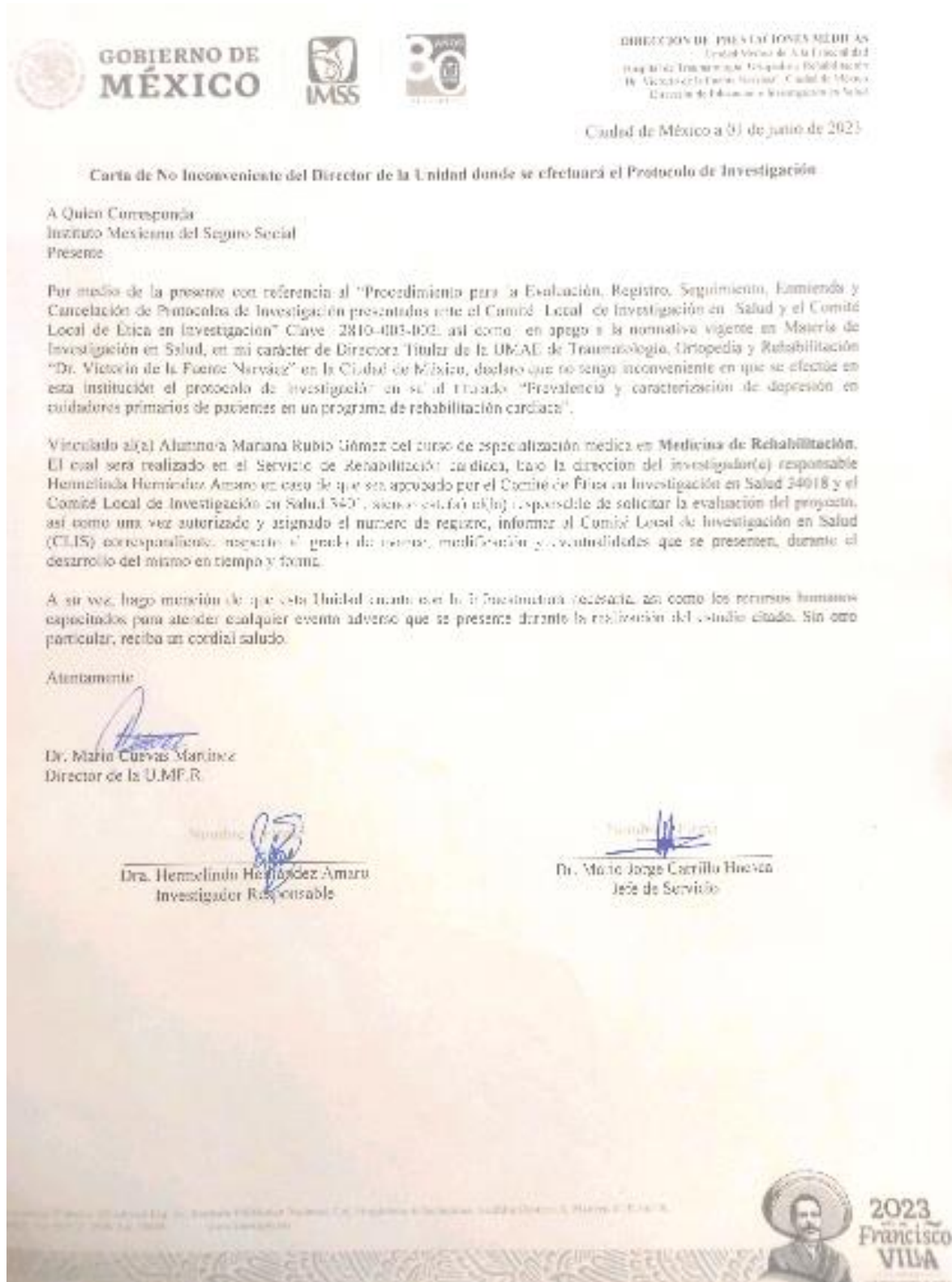
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma


Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-008-013

### Anexo 3. Carta de No Inconveniencia por la Dirección.



#### Anexo 4. Carta de Aceptación del Tutor.



Ciudad de México a 01 de junio de 2023

**Carta de aceptación de tutor y/o investigador responsable del proyecto**

Nombre del Servicio/ Departamento  
Consulta externa

Nombre del/La Jefe de Servicio/ Departamento:  
Mario Jorge Carrillo Huesca

Por medio de la presente con referencia al "Procedimiento para la Evaluación, Registro, Seguimiento y Modificación de Protocolos de Investigación en Salud presentados ante el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud" Clave 2810-003-002; Así como en apego en la normativa vigente en Materia de Investigación en Salud, Declaro que estoy de acuerdo en participar como tutor del trabajo de investigación de la Alumno(a) **Mariana Rubio Gómez** del curso de especialización médica en Rehabilitación, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México, vinculado al proyecto de investigación titulado:


Prevalencia y caracterización de depresión en cuidadores primarios de pacientes en un programa de rehabilitación cardíaca.

En el cual se encuentra como investigadora responsable el/la:  
Hermelinda Hernández Amaro

Siendo esto(a) el/la) responsable de solicitar la evaluación del proyecto, así como una vez autorizado y asignado el número de registro, informar al Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) correspondientemente, respecto al grado de avance, modificación y eventualidades que se presenten, durante el desarrollo de este en tiempo y forma.

Nombre y firma autógrafa del/ la tutor/a  
Hermelinda Hernández Amaro

Nombre y firma del/la Investigadora responsable:  
Hermelinda Hernández Amaro



## Anexo 5. Dictamen del Comité de Ética e Investigación en Salud.

25/7/23, 13:27

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3401.

Unidad Médica de Alta Especialidad De Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación Dr. Victorio de la Fuente Narváez

Registro COFEPRIS 17 CI 09 005 092

Registro CCNBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 001 2018012

FECHA Martes, 25 de julio de 2023

Doctor (a) **Hermelinda Hernandez Amaro**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia y caracterización de depresión en cuidadores primarios de pacientes en programa de rehabilitación cardiaca**, 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 **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2023-3401-054

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

Doctor (a) **Fryda Medina Rodriguez**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3401

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## Anexo 6. Cuestionario de Beck

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

#### 1. Tristeza

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

#### 2. Pesimismo

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

#### 3. Fracaso

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

#### 4. Pérdida de Placer

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

#### 5. Sentimientos de Culpa

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

#### 6. Sentimientos de Castigo

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

#### 7. Disconformidad con uno mismo.

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

#### 8. Autocrítica

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

#### 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

#### 10. Llanto

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

#### 11 Agitación

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

### 12 Pérdida de Interés

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

### 13. Indecisión

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

### 14. Desvalorización

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

### 15. Pérdida de Energía

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

### 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

### 17. Irritabilidad

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

### 18. Cambios en el Apetito

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

### 19. Dificultad de Concentración

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

### 20. Cansancio o Fatiga

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

### 21. Pérdida de Interés en el Sexo

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



## Anexo 7. Test de Zarit

### Test sobre la carga del cuidador (Zarit)

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

#### Puntuación:

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

Preguntas	Respuestas				
	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 familiar?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un 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?					