



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA:  
H.G.Z. No.1 ZACATECAS, ZAC.

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE DEPRESIÓN DEL CUIDADOR  
PRIMARIO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A  
DOMICILIO”

TESIS  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
DRA. VERÓNICA CALDERA AGUILAR

ZACATECAS, ZAC.

MARZO 2012.



TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE DEPRESIÓN DEL CUIDADOR  
PRIMARIO EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A  
DOMICILIO”

PRESENTA:  
VERÓNICA CALDERA AGUILAR

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

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES  
EN ZACATECAS, ZAC.

DRA. MA. DEL CARMEN FRAIRE GALINDO  
ASESOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO

ZACATECAS, ZAC.

MARZO 2012.

# 1.INDICE

1. Titulo	1
2. Marco teórico	1
2.1. Concepto de Familia	1
2.2. Funcionalidad Familiar	1
2.3. Depresión	2
2.4. Atención Domiciliaria	5
2.5. Cuidador Primario	7
2.6. Epidemiología	8
2.6.1. Depresión	8
2.6.2 Cuidador Primario	9
2.7. Antecedentes	11
2.7.1. Antecedentes Internacionales	11
2.7.2. Antecedentes Nacionales	15
3. Planteamiento del problema	19
4. Justificación	20
5. Objetivos	21
5.1. Objetivo generales	21
5.2. Objetivos específicos	21
6. Material y métodos	22
6.1. Diseño de estudio	22
6.2. Tipo de estudio	22
6.3. Universo de trabajo	22
6.4. Población en estudio	22
6.4.1. Población	22
6.4.2. Lugar	22
6.4.3. Tiempo	22
6.5. Muestreo	22

6.5.1. Tipo de muestra	22
6.5.2. Tamaño de muestra	22
6.6. Criterios de selección	23
6.6.1. Criterios de inclusión	23
6.6.2. Criterios de exclusión	23
6.6.3. Criterios de eliminación	23
6.7. Variables en estudio	24
6.7.1. Variable dependiente	24
6.7.2. Variables independientes	24
6.7.3. Variables universales	24
6.7.4. Variables intervinientes	24
6.8. Operacionalización de variables	25
7. Procedimiento para captar la información	31
8. Infraestructura y recursos	32
9. Consideraciones éticas	33
10. Flujograma	34
11. Análisis estadísticos	35
12. Resultados	35
13. Discusión	43
14. Conclusiones	44
15. Limitaciones del Estudio	44
16. Conflictos de Interés	44
17. Bibliografía	45

## 1.- MARCO TEÓRICO

### 1.1. CONCEPTO DE FAMILIA

Definiendo el concepto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como FAMILIA, a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado de sangre, adopción o matrimonio. En Medicina Familiar se refiere al grupo social primario formado por individuos con lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que comparten factores biológicos, psicológicos y sociales, que pueden afectar la salud individual y familiar de sus miembros. <sup>(1)</sup>

Ésta es considerada a su vez, como una célula social, en la cual su membrana protege en el interior a sus individuos y los relaciona con el exterior y con otros organismos semejantes. <sup>(2)</sup> La familia es un sistema que bajo la circunstancia de eventos críticos, o de una enfermedad crónica, sufre cambios drásticos en su interior y a la vez en su entorno. La adaptabilidad de la familia a la enfermedad, depende en gran medida de las características propias de ésta. La etapa en que se encuentre, el momento de la vida del paciente, el lugar que éste ocupe en la familia y el tipo de enfermedad y sus tratamientos. <sup>(3)</sup>

### 1.2. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El término funcional se refiere a un patrón organizacional o conductual para lograr un objetivo. Aunque lo que puede ser funcional en un individuo, familia o grupo social, quizá no lo sea para otros, inclusive aquello que pudiera resultar funcional durante una etapa del ciclo de vida de la familia, puede no serlo en otra.

En este término pues, son familias cuyas relaciones hacen que su eficacia sea aceptable; donde los roles de todos los miembros están establecidos sin querer

ser críticos de debilidades asumidas, por ninguno de los miembros, todos laboran, contribuyen, cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo.

La familia debe cumplir tres funciones básicas: económica, biológica y la educativa: cultural y espiritual. La funcionalidad se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente y cuando se obtiene la finalidad de generar nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares. <sup>(4)</sup>

Aunque no existen fórmulas universales, para sostener el equilibrio en dicha dinámica, la intervención oportuna en situaciones de riesgo por parte de cuerpos multidisciplinarios de salud, conforma una práctica cada vez más necesaria en un contexto donde muchas familias actúan con poca información y a veces con nula orientación, sobre temas tan complejos, como el afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad de sus miembros.

### 1.3. DEPRESIÓN

Los trastornos depresivos son actualmente un problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales, aumentan su frecuencia; siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. En términos generales, la depresión es un trastorno emocional donde una persona se muestra abatida e incapaz de enfrentar la vida con normalidad, siendo permanente o transitoria.

Según los criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor del DSM – IV, consideraremos al menos cinco de los siguientes síntomas que pueden estar presentes durante el mismo período de dos semanas y representar un cambio del

funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) anhedonia.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo. <sup>(5)</sup>

En otro concepto de Depresión establece que debe tener una duración de por lo menos 2 semanas, no debe ser atribuible al uso de sustancias psicoactivas o a otro trastorno mental. Así pues, presenta una variedad de manifestaciones clínicas:

1.- Del estado de ánimo como: tristeza, falta de motivación, desgano, desesperanza, pérdida de interés o placer, sensación de vacío, apatía, tensión, ansiedad o irritabilidad.

2.- Del pensamiento como: disminución de la concentración, indecisión, fallas de memoria, pérdida de confianza y autoestima, así como; pesimismo, desesperación deseo de muerte e ideación suicida.

3.-De la actividad psicomotora como: inhibición y agitación.

Manifestaciones somáticas como: alteración del sueño, disminución del apetito y del deseo sexual. <sup>(6)</sup>

La depresión es un cuadro de etiología muy variada y existen múltiples enfoques sobre el tema: (neurológico, neuropsiquiátrico, psicológico-experimental, psicoanalítico, genético, sociológico, etc.); sin embargo, todos los enfoques reconocen; en menor o mayor grado, una base psicoafectiva.

Clasificación CIE 10 de depresión:

F32 Episodios depresivos.

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8 Otros episodios depresivos.

F32.9 Episodios depresivos con especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual con síntomas psicóticos.

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actual en remisión.

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.

F33.9 Trastornos depresivos recurrentes sin especificación. <sup>(7)</sup>

## 1.4. ATENCIÓN DOMICILIARIA

La atención domiciliaria (AD) se define como un conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales, así como de característica biopsicosocial y del ámbito comunitario que se realizan a domicilio de las personas con el fin de detectar, valorar, apoyar y hacer el seguimiento de los problemas de salud y aspectos sociales del individuo y de su familia, para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida.

La AD fue iniciada en el Hospital Guido Montefiore de Nueva York en 1947 por Bluestone con la finalidad de descongestionar el hospital, encontrar un clima psicológico más favorable para el enfermo y paliar las dificultades debidas a la ausencia de seguro médico en los estratos más bajos de la sociedad. De tal manera que en EE.UU. Existen alrededor de 3.000 agencias certificadas por el Health Care Financing Administration que proporcionan cuidados de rango hospitalario en el domicilio.

En Europa, se inicia en 1951 en el hospital Tenon de Paris con el nombre de hospitalisation a domicile; posteriormente en 1957, se creó en esta misma ciudad el Santé Service, una asociación no gubernamental que sigue operando, otorgando asistencia sociosanitaria a pacientes crónicos y terminales.

En España, bajo el nombre de AD se inicia en 1981 en el hospital Provincial de Madrid.

Ventajas de la AD:

1.- Ventajas desde el punto de vista científico-técnico.

-Ausencia de infecciones nosocomiales.

-Evita fenómenos de hospitalismo.

-Disminuye episodios de confusión mental y/o de depresión en ancianos

2.-Ventajas desde el punto de vista psicosocial:

- Mejora y humanización de la relación personal sanitario-paciente.
- Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberalizar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso e higiene).
- Evitar desplazamiento de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo.
- Facilita la comunicación entre el personal sanitario y los familiares.
- Integra a la familia en el proceso curativo.
- Promueve las actividades de educación sanitaria.

### 3.-Ventajas desde el punto de vista de gestión de recursos:

- Disminuye los costes marginales por proceso.
- Facilita el acceso a los recursos de un hospital para la atención de pacientes graves, incrementando la rotación enfermo-cama y reduciendo; por tanto, las listas de espera.
- Sirve de conexión entre el hospital y el primer nivel de atención, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales. <sup>(8)</sup>

El aumento en la esperanza de vida, las mejoras de las condiciones higiénico-sanitarias y al desarrollo económico y social provocan un envejecimiento de la población, incrementando así, las enfermedades crónicas. <sup>(9)</sup>

Dado que las personas de edad avanzada presentan enfermedades crónicas, generan dependencia y discapacidad así como limitaciones sensoriales y cognitivas propias del envejecimiento que por su complejidad pueden provocar reacciones en la familia, ya que ésta, constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes, sin excluir el papel tan importante de los profesionales del primer nivel de atención como el médico familiar quien es el encargado de llevar a cabo estos programas, dando lugar a un aumento significativo de la carga de trabajo. <sup>(3)</sup>

## 1.5. CUIDADOR PRIMARIO

En 1999; la Organización mundial de la salud: definió al cuidador primario (CP) 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 para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. <sup>(10)</sup>

Se denomina CP a la persona que realiza la tarea de cuidador de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas, para la realización de actividades de la vida diaria: (aseo, alimentación, movilidad, vestirse), administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras. Proporcionar ayuda extraordinaria, requiere un gasto significativo de energía y tiempo para el cuidador, a menudo durante meses y años, supone la realización de tareas, algunas no placenteras, que afectan a la vida de quienes cuidan. <sup>(11)</sup>

## 1.6. EPIDEMIOLOGIA

### 1.6.1. DEPRESIÓN

Actualmente la depresión es considerada como un síndrome con las más altas tasas de incidencia a nivel mundial. Se considera la primera causa de discapacidad y la segunda, que causa mayor peso o carga para los países, estimándose que para el año 2020 ocupará, el primer lugar.<sup>(6)</sup>

En el 2001 se estimaba que la prevalencia mundial de la depresión, era de 1.9% para los hombres y de 3.2% para las mujeres; la prevalencia para un período de 12 meses se calculó en 5.8 y 9.5% respectivamente. La prevalencia de depresión varía ampliamente en las 32 entidades federativas del país según Belló en el 2005, en el caso de los hombres las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente, Zacatecas con un 3.5%. Las entidades con porcentaje más bajos son Nayarit y Nuevo León con cifras menores a 1. En las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2% y Estado de México, con 8.1%, Zacatecas con un 7.5%, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9%.<sup>(12)</sup> En Jalisco la prevalencia de depresión en adultos mayores es de 30.7% y en el norte del estado y sur de zacatecas es de 44%.<sup>(13)</sup>

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, efectuada en el año 2001; estableció que el 8.4% de la población ha sufrido algún episodio de depresión mayor. La media de edad de estos episodios fue de 24 años. Así mismo, se calcula que en los servicios médicos de primer nivel de atención, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos tienen trastornos afectivos de tipo depresivo.<sup>(14)</sup> Se estima que, el 30% de personas consultantes en el primer nivel de atención sufren cuadros depresivos.

### 1.6.2 CUIDADOR PRIMARIO.

La familia dispone de recursos como cohesión, adaptabilidad, normas, valores y conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, entre otras cosas, exponiéndose a momentos críticos que implican perturbaciones, a ejemplo una enfermedad crónica incapacitante en alguno de sus miembros, apareciendo en la mayoría de las veces la disposición de un integrante de la familia que fungirá como cuidador, alterando así la dinámica familiar, desarrollándose de esta manera una serie de alteraciones entre las que se incluyen el síndrome del cuidador y cuadros depresivos del mismo.

Gracias a la promoción a la salud, diagnóstico, tratamiento oportuno, auto-cuidado entre otras, la esperanza de vida es mayor.

Eliana Dueñas en 2006, publicó un artículo donde se estima que en la actualidad existen 91 millones de personas en el continente americano, creciendo este número en una tasa de 3 a 5% anualmente, esperando se proyecten hasta de 144 millones en el 2020. <sup>(3)</sup> Existen estudios que han encontrado que entre 46 y 59% de los CP, están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones medicas, para depresión, ansiedad e insomnio; dos a tres veces más que el resto de la población. <sup>(10)</sup>

En la encuesta nacional de salud 2004 en Chile se registraron 917.936 Chilenos (5.7% de la población) como discapacitados moderados/severos, necesitados de apoyo en actividades de la vida diaria. El 68.71% de ellos es cuidado por familiares directos. Considerando así, que es un fenómeno creciente en la población en vías de envejecimiento, así pues, se estima que, el 31.1% de los discapacitados son adultos mayores, un grupo que aumenta a un 0.15% anualmente. <sup>(15)</sup>

Algunos datos estadísticos comprobaron que un 21% de la población mayor de 65 años, presenta incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria y entre

un 20 y un 25% presentaba algún tipo de invalidez.<sup>(16)</sup> En un estudio realizado encontraron que un 8% de las personas mayores presentan algún nivel de déficit cognitivo y que el 13% no es totalmente autónomo para realizar las actividades de la vida diaria.<sup>(17)</sup>

Hernando y cols en su estudio, aportaron datos sobre la importancia sociosanitaria de los pacientes crónicos, constatando que el 41% de sus pacientes crónicos domiciliarios estaban encamados o en silla de ruedas y el 39% necesitaba ayuda para moverse.<sup>(18)</sup> Debido a que estas actividades se realizan en interior del hogar, es difícil cuantificar sus dimensiones. No obstante, los datos disponibles dan idea de una gran trascendencia: se estima que el 5% de las personas mayores de 18 años proporcionan cuidado a personas mayores en España, lo que supone un colectivo de casi un millón y medio de personas; ( sin contar a los cuidadores de personas no ancianas con discapacidades físicas y/o mentales). Una mayoría de estos cuidadores son mujeres, cerca de un 83%, según la encuesta del Centro de Investigación Sociológica-CIS (Ayuda informal a personas mayores).<sup>(11)</sup>

## 1.7. ANTECEDENTES

### 1.7.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En investigaciones previas se ha encontrado una relación entre la depresión y los procesos de salud-enfermedad de las personas; incluso en aquellas que han asumido el papel de CP y que provocan alteraciones en su funcionalidad familiar.

Haciendo referencias sobre los siguientes aspectos de funcionalidad familiar.

En el 2007, en la ciudad de Okayawa Japón Yaljima, publica un estudio, en donde el propósito fue; investigar los efectos en tiempo, de los recursos físicos, psicológicos y sociales, sobre la incidencia de la depresión en CP de las personas mayores con discapacidad. Los datos fueron recolectados dos veces; en un intervalo de un año, a partir de 1141 cuidadores principales de una persona con discapacidad, en una zona urbana de Japón; con un auto-reporte-cuestionario, el cual incluye la salud física como; un indicador de los recursos físicos, el cuidado de la satisfacción y la intención de la atención. Así como: indicadores de recursos psicológicos e instrumental, la red de apoyo emocional y formal de inicio del servicio de atención, utilizando como indicadores de los recursos sociales. <sup>(19)</sup>

Lu en el 2009 en China, realizó una investigación para desarrollar una escala específica utilizada en la medición de la carga del cuidador, y para evaluar su fiabilidad y validez. Participaron del primer y segundo hospital afiliado de la Universidad Médica de China y el hospital de grupo de la industria del carbón Tiefa que completaron la versión china de la entrevista de carga del cuidador de Zarit. Se incluyeron un total de 523 cuidadores. El análisis factorial confirmatorio confirmó los cinco factores de la entrevista de carga del cuidador de Zarit en este estudio, y los índices de bondad de ajuste reportado para este modelo factor de 5, todos cayeron dentro del rango aceptable. Concluyendo que la versión china de la

entrevista carga de Zarit es confiable y válida para su uso. Este estudio tiene implicaciones importantes para la medición de la carga en el médico chino. <sup>(20)</sup>

Gené Badia en el 2006 realizó un estudio analítico de seguimiento de cohorte en pacientes > 65 años con enfermedades crónicas atendidos por equipos de atención primaria de Cataluña dentro del programa de Atención Domiciliaria para evaluar la calidad de la atención que ofrecen los equipos de atención primaria, contribuyendo a mejorar dicho programa e identificando las características del paciente que tienen valor pronóstico. <sup>(21)</sup>

Péculo Carrasco en el 2006, analiza el perfil del cuidador primario para conocer las características que definen al cuidador con diagnóstico de “cansancio en el rol del cuidador”, ya que es una pieza clave para el sistema sanitario, en tanto que su salud física, psíquica y emocional garantiza mejores cuidados a personas dependientes en el seno del hogar. Ya que la enfermería de urgencias extrahospitalarias encuentran a los cuidadores primarios con sobrecarga y agotados con sus labores actuales. <sup>(11)</sup>

Con el objetivo de analizar las repercusiones que tiene el cuidado de pacientes crónicos domiciliarios sobre la salud de los cuidadores principales en su estado de ánimo, su nivel tensional y en la unidad familiar, Ras Vidal realiza en el 2006 un estudio observacional en área básica de salud urbana a un total de 65 cuidadores incluidos en el programa de ATHDOM (atención domiciliaria) , encontrando que la edad media del cuidador principal fue de 60+-15 años, en su mayoría mujeres y la familia es normofuncional en el 76.9%. Concluyendo que el perfil del cuidador queda definido como mujer familiar de primer grado que carga sola con el cuidado del paciente sumándose a ello una elevada tensión y afectación anímica afectando en forma negativa su salud y esfera social. <sup>(22)</sup>

Regueiro en el 2006, observando que la población actual evoluciona hacia un envejecimiento progresivo, con un aumento del número de pacientes ancianos dependientes que permanecen mayoritariamente en sus domicilios y reciben cuidados de familiares a través del cuidador principal, que asume el hecho de cuidar con todas sus consecuencias, llevo a cabo un estudio para determinar que variables se relacionan con la sobrecarga del cuidador. Obteniendo como variables independientes la comorbilidad en el CP y la edad, el tratamiento ansiolítico y el uso de pañales en el paciente. <sup>(23)</sup>

En 2008, Guerrero Caballero, estudia cómo mejorar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión de los cuidadores de pacientes en Atención Domiciliaria en 79 cuidadores principales de un centro de salud de Girona España, las intervenciones consistieron en 2 visitas médicas para realizar la anamnesis biopsicosocial del cuidador y una visita de enfermería sobre educación sanitaria, se enviaron dos cartas adaptadas a cada cuidador y se realizaron dos llamadas telefónicas de apoyo. Informando así que una intervención multidisciplinaria y adaptativa a la consulta habitual podría reducir el deterioro de la calidad de vida de los cuidadores. <sup>(9)</sup>

Pirraglia en el 2005, reporta un trabajo en donde se investigó la relación entre la depresión y la carga del cuidador de personas infectadas con VIH. Fue un estudio transversal donde se utilizaron datos de referencia de un ensayo aleatorizado en curso de una intervención telefónica de apoyo; Participaron 166 parejas de los pacientes con VIH y sus cuidadores. Las medidas tomadas fueron: la depresión medida por un inventario de Depresión de Beck >10, Un índice de tensión del cuidador >6, cuidadores informales identificados, con una alta carga para el cuidador. Se utilizó regresión logística para identificar las características que se asocian con la depresión en el cuidador. Encontrándose que 42 cuidadores eran mayores de 42 años, 63 % mujeres, 59 % afroamericanos, y el 30% tenía estudios mayores a la secundaria. 47% de los cuidadores son la pareja del paciente, el

18% un amigo y el 35% un miembro de la familia. Se concluyo que el 27% de los cuidadores tuvo una sobrecarga, y el 50% estaban deprimidos. <sup>(24)</sup>

Barrera y cols en el en el 2006 realizaron un estudio donde se evaluó la efectividad del programa “cuidando a los cuidadores”, diseñado para fortalecer la habilidad de cuidado de cuidador primario de personas con enfermedad crónica, utilizaron un abordaje cuantitativo de tipo cuasiexperimental en 2 grupos uno de estudio y otro control con 125 cuidadores cada uno, con medición de la habilidad de cuidado, antes y después de la intervención. Se incluyeron en el estudio 250 cuidadores familiares. Los resultados incluyeron la descripción de cada uno de los grupos de cuidadores estudiados en términos de sexo, edad, relación familiar, tiempo de cuidado y grado de dependencia de la persona cuidada. Presentan los niveles de habilidad de cuidado inicial y final de cada grupo y la comparación entre ellos. Encontraron similitudes en género y responsabilidad de cuidar a personas más jóvenes y diferencias en la procedencia, la funcionalidad de las personas cuidadas, la experiencia acumulada y la edad. La habilidad de cuidar fue homogénea en los grupos antes de la intervención, pero diferente en su totalidad y el componente paciencia al finalizar el programa. <sup>(25)</sup>

Dueñas publica un estudio en el 2006, donde describe la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos discapacitados. Se evaluó la funcionalidad familiar, la ansiedad y depresión, la presencia de enfermedades en los cuidadores y la prevalencia del síndrome del cuidador. Reportando que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Encontrando a este grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas. <sup>(3)</sup>

### 1.7.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Benjet en el 2004, nos da a conocer en su investigación, la prevalencia de la depresión con inicio temprano en la población mexicana, comparando su curso natural, la comorbilidad y la latencia para buscar tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y aquellos con inicio en la edad adulta. El estudio arrojó como resultados el 2.0 % de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de 7 episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses).<sup>(14)</sup>

Una investigación realizada por Arroyo Rojas en el 2005, sobre la perspectiva familiar en torno al paciente diabético, nos da a conocer el impacto y las diversas formas de afrontar la enfermedad en el sistema familiar. Siendo la diabetes una enfermedad crónica que presenta periodos de vida normal a pesar de los cambios en el estilo de vida que se requieren para tener un buen control: requiriendo muchas veces un intenso cuidado médico y de familiares.<sup>(2)</sup>

En el campo de la atención primaria, García Brigada llevo a cabo en el 2005, un estudio donde indagaron en torno a los factores de la dinámica familiar asociados a funcionalidad, en familias de pacientes atendidos en el nivel descrito. Para tal efecto, se aplicaron dos instrumentos: la escala FACES III y los instrumentos institucionales (IMSS) de medición de la funcionalidad conyugal. En relación a funcionalidad conyugal, predominó el grupo de parejas funcionales (52%). De la aplicación de FACES III, derivó que, la mayor parte de las familias fueron nucleares e integradas predominando las del entorno urbano. Se observó, asimismo, un predominio de la comunicación directa en familias balanceadas.<sup>(26)</sup>

En el 2005 Belló, presenta las estimaciones de prevalencia de depresión y el porcentaje de individuos que han sido medicamente diagnosticados. Obteniéndose como resultado que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social; incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, en los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales y un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica. <sup>(12)</sup>

Mendoza en el 2006, efectuó un amplio estudio sobre la dinámica actual de las familias mexicanas, del entorno urbano (la muestra; fueron familias de los sectores medio y popular de la Ciudad de México y Monterrey), en éste, se analizaron las distintas transformaciones que en las últimas décadas se han dado en la estructura de la familia determinada, en gran parte, por la inserción de la mujer a la vida laboral. La disminución del paradigma del hombre-abastecedor y el crecimiento de familias lideradas por la madre, exige una reestructuración de la dinámica familiar para que ésta, no derive en disfuncionalidad que es uno de los efectos más visibles en la actualidad y que repercuten en la salud física y mental de sus miembros. <sup>(27)</sup>

En la revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Alfaro Ramírez en el 2008, evaluó y comparo los niveles de carga, la ansiedad y la depresión de 56 cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico, con los de 35 cuidadores de pacientes terminales. Se aplicó la entrevista de carga del cuidador de Zarit, y la encuesta de salud del cuidador primario informal, a cuidadores de pacientes de la clínica del dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Subirán". Demostrándose; que ambos grupos rebasaron el punto de corte del nivel de sobrecarga, pero no hubo, diferencias significativas en ésta variable ni en su ansiedad. Sin embargo, los cuidadores de pacientes terminales presentaron mayor sintomatología depresiva y mayor percepción de impacto en su estado de ánimo. Se encontraron correlaciones positivas entre sobrecarga y depresión; sobrecarga y ansiedad; depresión y ansiedad. <sup>(10)</sup>

En el 2008, Herrera y cols analizaron la funcionalidad y red de apoyo familiares en pacientes diabéticos, tipo 2. Tomando en cuenta la repercusión en la calidad de vida y las complicaciones e incapacidades. Fue un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal en 200 pacientes diabéticos, atendidos en el servicio de endocrinología del Hospital Universitario de los Andes. Encontrándose que más de las tres cuartas partes tenían buena red de apoyo, y la cuarta parte de los pacientes se encontraba en una etapa de dispersión e independencia. <sup>(28)</sup>

Alpuche Ramírez publicó un estudio para evaluar la validez de la versión española de la entrevista de carga del cuidador de Zarit en donde participaron un total de 141 cuidadores principales que asistían junto con su paciente a instituciones de salud pública de la ciudad de México, la mayoría de los cuales fueron mujeres. Demostrándose que la entrevista de carga del cuidador de Zarit manifestó una buena consistencia interna y validez concurrente, por lo que es un instrumento confiable para evaluar la carga del cuidador de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. <sup>(29)</sup>

Con el propósito de conocer las características del CP con base en el perfil demográfico, físico y emocional, así como las redes de apoyo familiar e institucional, Lara Palomino en el 2008, realizó un estudio donde además identificó y obtuvo los resultados de la evaluación de sobrecarga. Se registraron 60 pacientes con promedio de edad de 50.9, de ellos 12 tuvieron sobrecarga leve y 7 intensa. Al relacionar las variables del perfil emocional y la carga del cuidador primario se observa diferencias estadísticas significativas cuando el paciente refirió sufrir insomnio ( $p=0.01$ ), poca tolerancia ( $p=0.04$ ) y tener expectativas o planes de vida ( $p=0.04$ ).

La relación entre redes de apoyo familiar e institucional y carga del cuidador mostraron diferencias estadísticas significativas con respecto al trato del enfermo al cuidador ( $p=0.02$ ). Concluyendo pues el perfil del CP corresponde, principalmente, a mujeres, personas casadas, amas de casa e hijas. El médico de

familia debe estar atento para identificar posibles síntomas físicos, psicosomáticos y psíquicos para prevenir la sobrecarga. <sup>(30)</sup>

Pérez Peñaranda en el 2009 realizó un estudio de tipo observacional en 2 centros de atención primaria de salud urbanos a 152 cuidadores, evaluando la función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia, encontrándose que la salud mental, tiende a ser percibida como satisfactoria y el cuestionario de APGAR familiar indicó una tendencia a la normofuncionalidad. <sup>(31)</sup>

## 2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a los cambios y mejoras en la tecnología, la lucha contra las enfermedades y el interés por preservar la vida, han generado un incremento de esperanza en la misma, lo que resulta un aumento en la cantidad y proporción de adultos mayores en muchos países. Se estima que este grupo aumenta 0.15% anual a consecuencia del gradual envejecimiento de la población y una supervivencia mayor de personas con enfermedades crónicas y discapacitantes, ha aumentado el número de casos que necesitan cuidados especiales surgiendo de esta manera el CP que puede ser en la mayoría de los casos un familiar, aunque también puede ser, un amigo, o un vecino. Se valora que de un 4% a 7% de las personas mayores en algunos países de América Latina son dependientes o postradas.

De tal manera pues, que el individuo que proporciona cuidados se enfrenta a diversos factores estresantes, ya que proporcionar ayuda extraordinaria, requiere de un gasto significativo de energía y tiempo, llevando al encargado a realizar algunas tareas, poco placenteras a menudo durante meses o años, esto pudiera traer consigo; alteraciones en la salud física, psíquica y emocional del cuidador principal, alterando con ello su entorno familiar provocando además cambios en su dinámica, dependiendo esto de la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social.

Es de importancia, conocer el grado de depresión existente en un individuo que funge como CP y si este estado anímico, le pudiera causar o generar problemas en su entorno familiar. Debido a lo anterior se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la funcionalidad familiar y cuál es el grado de depresión del cuidador primario de pacientes en atención hospitalaria a domicilio?

### 3.- JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de investigación se justifica, básicamente, por la necesidad de identificar los rasgos de la asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar, a fin de identificar posibles factores de riesgo que en un momento dado pudieran requerir de intervención informativa y de modificación conductual dirigida al adecuado seguimiento del proceso integral de atención y apoyo del cuidador.

Según datos epidemiológicos la depresión es un problema de gran magnitud a nivel mundial, nacional y estatal ya que ocupa entre los principales motivos de consulta en primer nivel de atención; en Europa la prevalencia de la depresión es de 18%, y en los E.E. U.U. de 14%. En América Latina se encontró, un 9.8% en la República Dominicana, 11.7% en Perú, 12% en Argentina, 15% en Brasil, un 2.5% en Chile y un 4.5% en México (2006).

Los cambios en los estilos de vida y la carga del cuidador primario son de gran trascendencia e impacto psicológico. Se considera pues, que el CP es una persona vulnerable a sufrir cambios en su estado anímico, generando depresión en diferentes grados, por lo que puede trascender en su entorno familiar. Debido al programa institucional de ATHODO es factible brindar mejor soporte médico y ayudar a los pacientes y familias de este programa, no solo como apoyo médico asistencial, sino también como servicio de respaldo psicológico.

## 4.- OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la funcionalidad familiar y el grado de depresión del cuidador primario de pacientes del programa Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General de Zona No. 1, IMSS Zac.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar la Sobrecarga del cuidador primario de pacientes del programa ATHODO.
- 2.- identificar las características sociodemográficas del cuidador primario.
- 3- Comparar si la funcionalidad familiar en los aspectos de cohesión y adaptabilidad, así como la sobrecarga del cuidador primario influye en la presencia de depresión.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Diseño de estudio: Encuesta transversal prospectiva.

5.2. Ejes de estudio:

Observacional, descriptiva, prospectivo y transversal

5.3 Universo de Trabajo:

Cuidadores primarios de pacientes inscritos en el programa de Atención Hospitalaria a Domicilio (ATHODO) del IMSS.

5.4. Población de estudio:

Cuidador primario de pacientes del programa de ATHODO de Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, Zacatecas.

5.4.1. Lugar:

Hospital General de Zona No. 1 del IMSS Zacatecas.

5.4.2. Tiempo:

Del 1 de enero al 31 de noviembre del 2011.

5.5. Muestreo

5.5.1. Tipo de muestra:

Tipo de muestreo: muestreo probabilístico (censo nominal)

-Se incluyeron a los cuidadores de pacientes inscritos en el programa de ATHODO que reciben atención médica domiciliaria integral

5.5.2. Tamaño de muestra.

Población total del programa ATHODO. Universo total.

## 5.6. Criterios de Selección

### 5.6.1. Criterios de Inclusión.

- Cuidador primario de los pacientes inscritos en el programa “Atención Hospitalaria a Domicilio”, derechohabientes al IMSS y que estén en el área de influencia de atención médica del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS, Zacatecas, de ambos sexos y que mediante carta de consentimiento informado acepten participar en el estudio.

### 5.6.2. Criterios de Exclusión.

- Cuidador primario que en el momento de la visita no se localizó por cambio de domicilio y/o residencia.

### 5.6.3. Criterios de Eliminación.

- No identificados.

## 5.7. Variables

### 5.7.1. Variable dependiente

- Depresión

### 5.7.2. Variable independiente.

- Funcionalidad Familiar
- Sobrecarga del cuidador

### 5.7.3. Variables independientes:

Características sociodemográficas del cuidador primario.

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Parentesco

### 5.7.4. Variables intervinientes

- Tiempo de cuidado
- Tipo de patología

## 6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

<i>TIPO DE VARIABLE</i>	<i>NOMBRE DE LA VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>ESCALA DE MEDICIÓN</i>	<i>MEDICIÓN DE VARIABLE</i>
Variable dependiente	Depresión	Es un trastorno emocional en virtud del cual una persona se muestra abatida e incapaz de enfrentar la vida con normalidad, esta situación puede ser permanente o transitoria.	Es una transformación patológica del estado de ánimo inducida por un hecho trascendental en la vida del cuidador primario. Sera medida con la escala de Zung	Cualitativa Ordinal	Ausencia de depresión. Depresión leve. Depresión Moderada. Depresión Grave.
Variable independiente	Funcionalidad Familiar	Refiere a la utilidad de un patrón organizacional o conductual para lograr un objetivo. Son familias cuyas relaciones hacen que su eficacia sea aceptable;	La funcionalidad familiar se obtiene mediante la aplicación del FACES III, el cual consta de 20 ítems, y estudia los aspectos de cohesión y	Cualitativa Nominal dicotómica	Funcional Disfuncional

		donde los roles de todos los miembros están establecidos, todos laboran, trabajan, contribuyen y cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo.	adaptabilidad		
	Sobrecarga del cuidador primario	Subjetiva: actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; objetiva: grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos el ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores.	Se medirá con la escala de Zarit que mide la sobrecarga subjetiva se hará de la siguiente manera: Sin sobrecarga Sobrecarga leve Sobrecarga intensa	Cualitativa ordinal	Sin sobrecarga. Sobrecarga leve. Sobrecarga intensa.
VARIABLES UNIVERSALES	Sexo	Es una condición orgánica que	Condición determinada por la observación	Cualitativa Nominal	Hombre Mujer

		distingue al macho de la hembra en los seres humanos, en los animales y las plantas.		Dicotómica	
	Edad	Intervalo de tiempo calculado en días meses y años, entre la fecha de nacimiento y la fecha actual.	Por medio de preguntas expresadas en años cumplidos al momento de la encuesta.	Cuantitativa intervalo	1.- 18 a 30 2.- 31 a 40 3.- 41 a 50 4.- 51 a 60 5.- 61 y más
	Estado Civil	Estado en que se encuentra el individuo de acuerdo a normas sociales	De acuerdo al estado civil que se encuentra al momento de la encuesta.	Cualitativa Nominal Politómica	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

	Ocupación	Empleo, oficio o actividad desempeñada por una persona, que significa el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.	De acuerdo a la actividad desempeñada al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal Policotómica	Empleado Subempleado Desempleado Hogar Estudiante
	Escolaridad	Grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país.	Grado escolar en que se encuentra al momento de la encuesta	Cualitativa ordinal	Baja Media Alta
	Parentesco	Conjunto de vínculos que se establecen entre personas que descienden	Lazo familiar que une a una persona con otra.	Cualitativa Nominal Politómica	Hermano (a) Hijo (a) Esposo (a) Tío (a)

Variables Intervinientes	Tiempo de Cuidado	unas de otras  Acción de cuidar (preservar, guardar, conservar asistir), Implica ayudar a la otra persona a tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún prejuicio. Magnitud física con la que medimos la duración con separación de acontecimientos sujetos a cambios de un sistema observado	Duración del acto de cuidar a un enfermo.	Cuantitativa intervalo	Sobrino (a) Nieta (a) Madre/ Padre  1.- Menos de 1 año. 2.-de 1 a 2 años 3.- de 2 a 3 años 4.- de 3 a 4 años 5.- Más de 5 años.
	Tipo de patología	Enfermedad de larga duración	Características de una	Cualitativa Nominal	-Diabetes Mellitus

		cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca.	enfermedad que condicionan el estado físico de una persona	Politécnica	-Hipertensión arterial -Evento Vascular Cerebral -Dialisis y Hemodialisis -Padecimientos Traumatológicos -Otros.
--	--	---	--	-------------	--

## 7. PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El protocolo se envió al Comité Local de Investigación CLIS 3101, de Zacatecas Zac. para su registro y aprobación habiendo sido dictaminado con registro no R-2011-3301.

Se solicitó permiso a cuerpo directivo del Hospital General de Zona No. 1 Zacatecas para la realización del presente estudio y se realizó una prueba piloto para validar la aplicabilidad del instrumento de recolección de la información. Se actualizó el censo nominal de los pacientes inscritos en programa de Atención Hospitalaria a Domicilio, se corroboraron domicilios y teléfonos particulares de los mismos para realizar la visita domiciliaria en fechas programadas y establecer comunicación con el cuidador primario para aplicar las encuestas, previo consentimiento informado firmado dándole a conocer los objetivos, riesgos y beneficios del presente estudio, así como la importancia y las repercusiones positivas que tendrá para ellos y para el programa. Se les explicaron las condiciones del mismo y que su participación será de forma voluntaria y confidencial. Las encuestas fueron realizadas por el propio investigador para evitar errores de llenado y preguntas mal contestadas. Se incluyeron a 75 cuidadores primario informales correspondientes al mismo numero de pacientes inscritos en este programa, se verifico la vigencia al seguro social y se identificaron características sociodemográficas de estos cuidadores, entre otras sexo, edad, escolaridad y ocupación identificadas en escalas cualitativas nominales dicotómicas y policotómica así como de índole ordinal según el caso. Se excluyeron 5 pacientes por cambio de domicilio y/o cambio de residencia. Para identificar la funcionalidad familiar se consideró como idóneo aplicar el Family APGAR y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III), instrumento estandarizado al español por Francisco J. Gómez-Clavelina y Arnulfo Irigoyen-Coria, con una confiabilidad del 0.90 (test-retest); dicho instrumento consta de 20 ítems: la preguntas nones enfocadas a valorar la cohesión familiar y la preguntas pares, la adaptabilidad familiar. Para evaluar la depresión, se utilizó la Escala de Depresión de Zung, el cual es un instrumento ampliamente conocido y

empleado en múltiples estudios cualitativos, y que tiene un índice de Cronbach entre 0.79 y 0.92, sensibilidad del 85% y especificidad del 75%, cuestionario auto aplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, la mitad formuladas en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, permitiéndonos identificar los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicómotores. Las preguntas son de tipo Likert con 4 posibilidades de respuesta que van de 1- nunca o muy pocas veces, 2-algunas veces, 3-muchas veces, 4- casi siempre, con rangos de valores de 20 a 80 puntos, identificando esta variable compleja en una escala de tipo ordinal, con los siguientes puntos de corte: < 28: ausencia de depresión, entre 28 y 41 puntos: depresión leve, entre 42 y 53: depresión moderada, > 53: depresión grave.

Para evaluar la sobrecarga del cuidador se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, instrumento con un índice de Cronbach de 0.91. En su validación al español obtuvo un 100% sensibilidad y un 90.5 de especificidad. Consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 1 a 5, y con un rango de 22 a 100 en la puntuación total, y que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida.

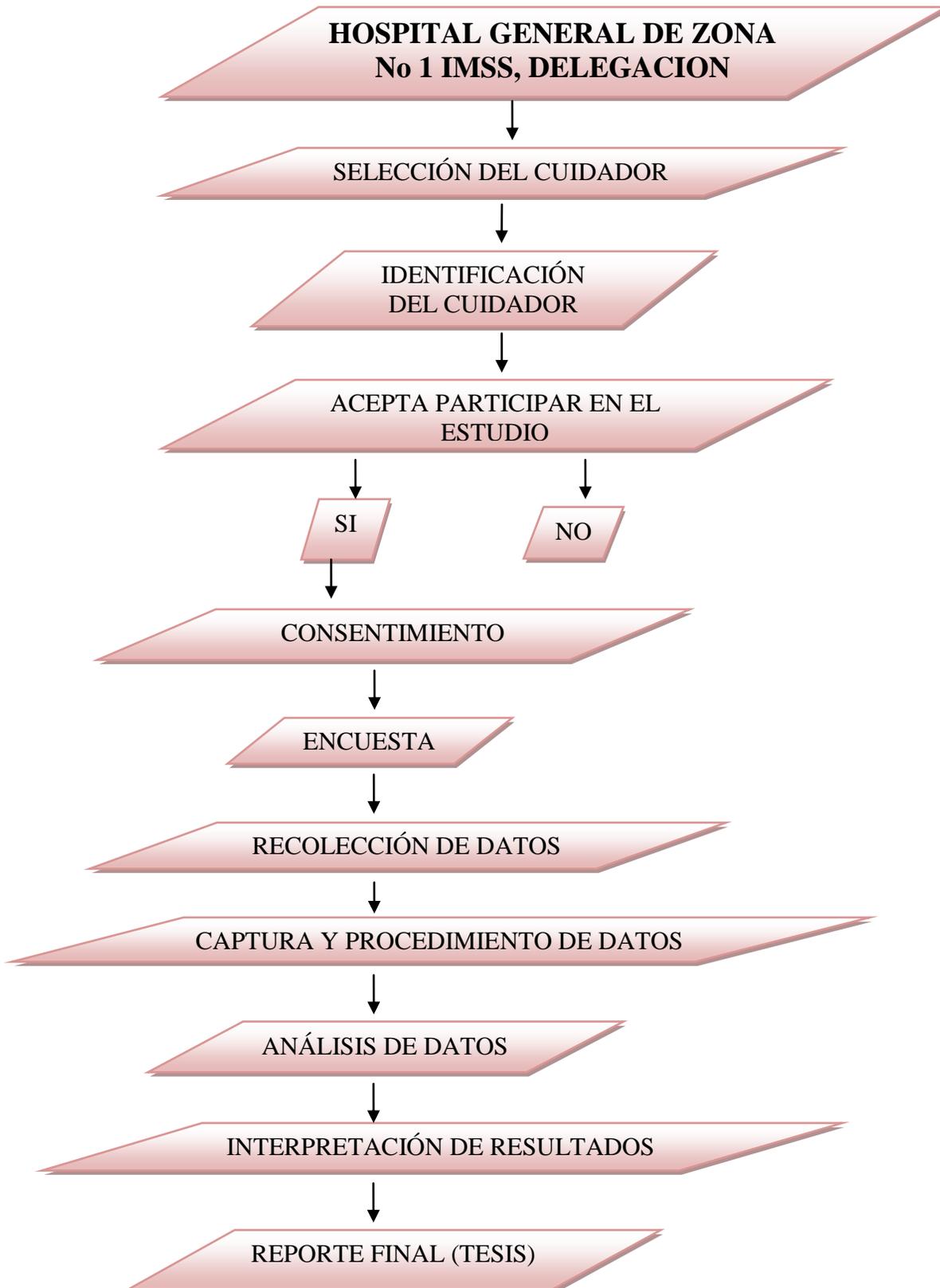
Para el análisis estadístico, se utilizó la base de datos del paquete SPSS versión 15. En donde para las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) así como las medidas de dispersión (rango y desviación estándar) y para variables cualitativas categóricas, se utilizaron frecuencias y porcentajes representadas por cuadros y gráficas.

8. INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS: Se llevo a cabo en la ciudad de Zacatecas, Zac. con la aplicación de encuestas por parte del investigador a personas que han asumido el rol del cuidador primario.

## 9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación cumple con la Declaración de Helsinki El proceso de recolección y análisis de datos se someterá, íntegramente a los instrumentos internacionales de ética y deontología de la investigación médica, particularmente lo referido en la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989. Previa autorización del consentimiento informado, reclutamiento y revisión continúa de la investigación. No contraviene con las regulaciones internacionales de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica. Se apega a las regulaciones sanitarias y a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, título primero, disposiciones generales, capítulo único, Artículo 3<sup>o</sup>, incisos II y III en lo referente al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad y a la prevención y control de problemas de salud establecidas en México.

## 10. FLUJOGRAMA



## 11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se elaboró una base de datos en el programa 15 SPSS.

Para variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) así como medidas de dispersión (rango y desviación estándar) y para variables cualitativas categóricas, se utilizaron frecuencia y porcentaje.

## 12. RESULTADOS

Se entrevistaron a 70 cuidadores primarios con familiares inscritos al programa de Atención Hospitalaria a Domicilio (93%), excluyéndose 5 cuidadores por cambio de domicilio y/o residencia.

Previo consentimiento informado, 36 (51.4%) de los cuidadores primarios encuestados manifestaron pertenecer a una familia funcional y 34 (48.6%) a una familia disfuncional. (tabla 1)

Tabla 1. Funcionalidad familiar del cuidador primario de paciente del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General Zona No.1 del IMSS Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	f	%
Funcional	36	51.4
Disfuncional	34	48.6

Fuente: Encuesta directa

f Frecuencia

% Por ciento

En cuanto al grado de depresión se encontró, un total de 59 (84.3%) cuidadores primarios con ausencia de depresión y 11 (15.7%) con depresión leve. (tabla 2)

Tabla 2. Grado de depresión en el cuidador primario de paciente del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General Zona No.1 del IMSS Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011

GRADO DE DEPRESIÓN	F	%
Ausencia de depresión	59	84.3
Depresión leve	11	15.7

Fuente: Encuesta directa

f Frecuencia

% Por ciento

En relación a sobrecarga se identificaron 52 (74.3%) cuidador primario sin sobrecarga, 10 (14.3%) con sobrecarga leve y 8 (11.4%) con sobrecarga intensa. (tabla 3).

Tabla 3. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes del programa Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General de Zona No. 1 Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011

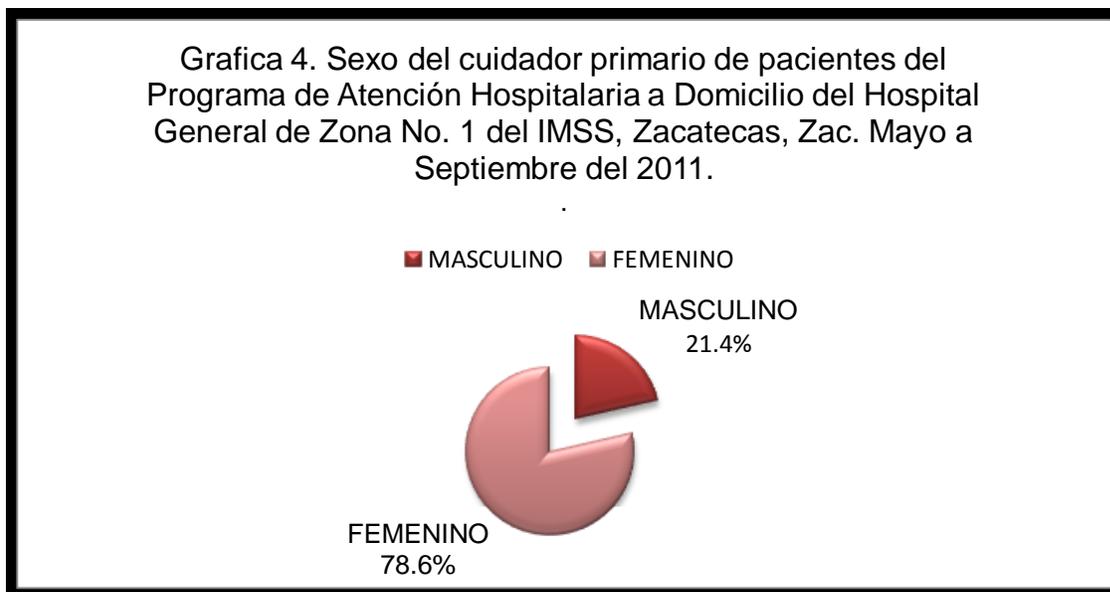
SOBRECARGA DEL CUIDADOR	f	%
No sobrecarga	52	74.3
Sobrecarga leve	10	14.3
Sobrecarga intensa	8	11.4

Fuente: Encuesta directa

f Frecuencia

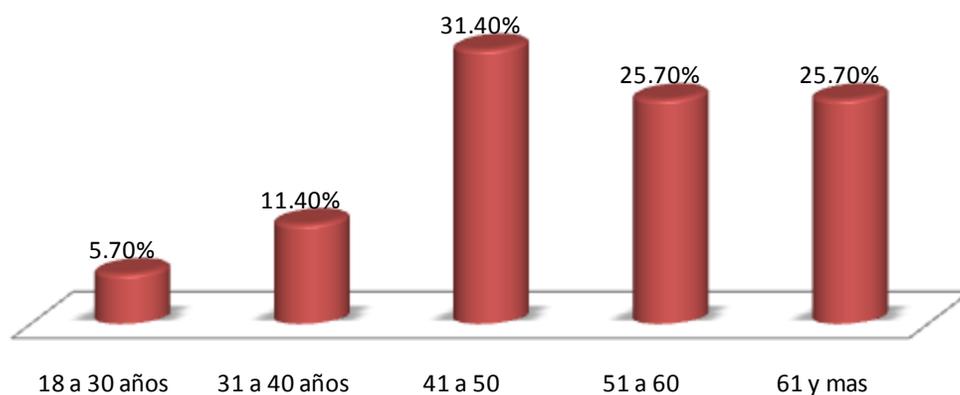
% Por ciento

Las características sociodemográficas, del total de los cuidadores primarios, 55 (78.6%) correspondieron al sexo femenino (Grafica 4), en cuanto a la edad de del cuidador primario tenemos un promedio de  $50.14 \pm 11.08$ , con rangos de 18 a 75 años predominando el grupo de edad 41 a 50 años con el 31.4% (Grafica 5), en relación al estado civil, 52 (74%) son casados (tabla 6), predominando la escolaridad baja en 57 (67%) como se observa en la tabla 7; el caso de la ocupación, 38 (54.3%) se dedican a actividades propias del hogar (tabla 8), en la variable parentesco encontramos que 37 (53%) son hijas/os del paciente (tabla 9), el tiempo promedio de cuidado dedicado al paciente se encontró en el intervalo de 5 y mas años (gráfica 10), en cuanto al tipo de patología, predominó en 27(38.6%) de los paciente, la clasificación OTRAS (englobando enfermedades crónicas como; enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Alzheimer y neoplasia) tal como se muestra en tabla 11.



Fuente. Encuesta directa.

Grafica 5. Edad del cuidador primario de pacientes del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General de Zona No.1 del IMSS Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011.



Fuente. Encuesta directa.

Tabla 6. Estado civil del cuidador primario de pacientes del Programa de Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General de Zona No.1 del IMSS, Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011.

ESTADO CIVIL	f	%
Soltero	12	17.1
Casado	52	74.3
Viudo	5	7.1
Unión libre	1	1.4

Fuente: Encuesta directa

f: Frecuencia

% Porcentaje

Tabla 7. Escolaridad del cuidador primario de pacientes del Programa de Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General de Zona No.1 del IMSS. Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011.

ESCOLARIDAD	f	%
Baja	47	67.1
Media	12	17.1
Alta	11	15.7

Fuente: Encuesta directa

f: Frecuencia

% Porcentaje

Tabla 8. Ocupación del cuidador primario de paciente del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General Zona No. 1 del IMSS, Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011.

ESCOLARIDAD	f	%
Empleado	19	27.1
Subempleado	3	4.3
Desempleado	9	12.9
Hogar	38	54.3
Estudiante	1	1.4

Fuente: Encuesta directa

f Frecuencia

% Porcentaje

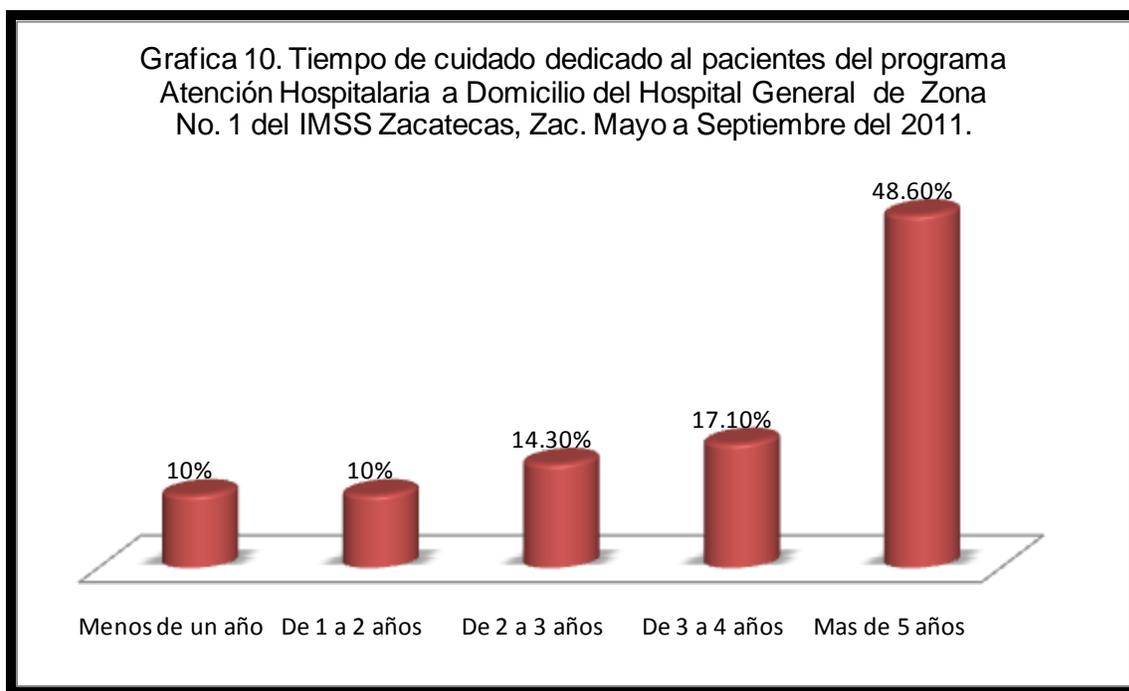
Tabla 9. Parentesco del cuidador primario con el paciente del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General Zona No.1 del IMSS. Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011.

PARENTESCO	f	%
Hermano/a	4	5.7
Hijo/a	37	52.9
Esposa/o	15	21.4
Tío/a	2	2.9
Nieto/a	1	1.4
Madre/Padre	11	15.7

Fuente: Encuesta directa

f Frecuencia

% Porcentaje



Fuente. Encuesta directa.

Tabla 11. Patología más frecuentes reportadas en paciente del programa de Atención Hospitalaria a Domicilio del Hospital General Zona No.1 del IMSS Zacatecas, Zac. Mayo a Septiembre del 2011

TIPO DE PATOLOGÍA	f	%
Diabetes Mellitus	7	10.0
Hipertensión Arterial	14	20.0
Evento Vascular Cerebral	15	21.4
Diálisis y Hemodiálisis	2	2.9
Padecimientos de Trauma	5	7.1
Otros	27	38.6

Fuente: Encuesta directa

F Frecuencia

% Porcentaje

Del análisis comparativo, se encontraron los siguientes datos:

Se encontró que la funcionalidad familiar constituye un factor de nulidad para la presencia de depresión en los cuidadores primarios, al obtenerse una RM de 0.86, valor de p de 0.82 e IC de 0.23 a 3.13.

Las familias rígidas y caóticas (sin adaptabilidad) constituyeron un factor de nulidad para depresión en la población de estudio (RM 0.83, p 0.5, IC 0.23-3.0) en comparación a las familias estructurada y flexibles.

Las familias no relacionadas y aglutinadas del cuidador primario de los pacientes que están en control por el programa institucional de atención domiciliaria tienen un RM de 1.4, valor de p de 0.4 (IC 0.4 a 4.8), lo que refleja que los pacientes que son integrantes de una familia disfuncional en los aspectos de cohesión tienen la probabilidad de presentar, desde el punto de vista clínico, depresión 1.4 veces más en comparación a aquellos pacientes de esta programa cuyas familias son semirelacionadas o relacionadas. Por otra parte, la sobrecarga percibida por la persona que está al cuidado de pacientes, tiene significancia clínica, con riesgo elevado de posibilidad de presentar depresión, en comparación a aquellos en

donde la sobrecarga no es percibida como tal, esto al obtenerse un RM de 5.26, valor de p 0.01 (IC 1.4- 19.4) mostrado en tabla 12

Tabla 12. Análisis comparativo de las probables causas relacionadas con la funcionalidad familiar, la depresión y sobrecarga del cuidador primario de los pacientes inscritos en el programa de ATHODO del Hospital general de Zona No. 1 del IMSS Zacatecas Zac.

	Con depresión n = 11	Sin depresión n = 59	RM ¥	p (IC)
<b>Funcionalidad familiar</b>				
Si	6	3	0.86	0.5 (0.31 a 2.98)
No	5	29		
<b>Cohesión familiar</b>				
Si	6	37	<b>1.4</b>	<b>0.04 (0.4 a 4.08)</b>
No	5	22		
<b>Adaptabilidad familiar</b>				
Si	7	37		
No	4	24	0.83	0.5 (0.23 a 3.0)
<b>Sobrecarga</b>				
no	5	48		
si	6	11	<b>5.26</b>	<b>0.01 (1.4 a 19.4)</b>

Fuente: Análisis comparativo  
n=: Muestra  
RM: Razón de Momios  
IC: Intervalo de confianza  
p: Valor de p  
¥: Chi Cuadrada

### 13. DISCUSIÓN:

La depresión se encuentra en un conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor impacto en la población. Bello M y cols en el 2005 realizaron un estudio donde analizaron la prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México, reportando que en país el porcentaje de mujeres con depresión es de 5.8% y 2.5% en hombres, en el presente estudio encontramos un porcentaje de depresión de 4.2 en mujeres y 3.5% en hombres, con diferencia a lo reportado en el artículo de revisión.

Analizando la funcional familiar, Herrera Díaz y cols. Realizaron en el 2008 un estudio en el hospital de los andes, Mérida, Venezuela donde analizaron la funcionalidad familiar y red de apoyo en pacientes diabéticos tipo 2, encontraron una funcionalidad familiar de 52.7% muy similar a lo encontrado en el presente estudio, reportándose un 51.4%.

En relación a la sobrecarga del cuidador primario, Lara Palomino y cols realizaron una investigación en el 2008 en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez Aguilar del ISSSTE, en 60 cuidadores primarios donde reportan una sobrecarga de 31.7% (20% con sobrecarga leve y 11.7% con sobrecarga intensa) lo cual difiere de lo encontrado en el presente estudio donde se encontró una sobrecarga de 25.7% (14.3% con sobrecarga leve y 11.4% con sobrecarga intensa).

#### 14. CONCLUSIONES:

En el presente estudio de investigación se cumplió con los objetivos señalados, se analizó la funcionalidad familiar del cuidador primario, la cual se reporta como normofuncional en poco mas de la mitad de los cuidadores entrevistados 36 (51.4%).

La depresión es poco manifiesta en el cuidador primario, reportándose ausencia de depresión en 59 (84.3%) influyendo quizá, que la mayoría de los CP reportaron, en el momento de la entrevista, contar con el apoyo de uno o varios miembros de la familia para realizar el cuidado del paciente permitiendo que el cuidador tenga una mejor integración familiar y social, evitando manifestaciones clínicas del área psicoafectivas.

La sobrecarga es percibida como; sin sobrecarga en 52(74.3%) de el total de los cuidadores.

Las características sociodemográficas mostraron que, quienes principalmente asumen el rol de cuidador son las mujeres, con edad promedio de  $50.14 \pm 11.08$ , casadas, de escolaridad baja, dedicadas a actividades propias del hogar e hijas del paciente.

#### 15.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

El estudio fue realizado solo en el HGZ No.1 del IMSS, Zacatecas y solo tiene un grado de validez interna. Pero puede servir de referencia para otros estudios similares a este.

16.- CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

## 17. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- González Rico JL, Vázquez Garibay EM, Sánchez Talamates E, Nápoles Rodríguez F. Dinámica familiar y otros factores asociados al retardo en el crecimiento en niños de 12 a 24 meses que acuden a una unidad de atención primaria. *Bol Med Hisp Infant Mex* 2007; 64: 143-152.
- 2.- Arroyo Rojas DM, Bonilla MP, Trejo González L. Perspectiva Familiar alrededor del paciente diabético. *Rev Neurol Neurocir psiquiat* 2005; 38 (2): 63-68.
- 3.- Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muños C. Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med* 2006; 37 (2): 31-38.
- 4.- Anzures R, Chávez Aguilar V, García MC, Pons ON. *Medicina Familiar*. 1ª edición: Editorial Mexicana; 2008. p.416-420.
- 5.- Ronald C, Kessler PD, Berglund P, Dertler O, Jin R, Kathleen R, Merikangas PhD, Ellen E, Walters MS. La prevalencia de por vida y de aparición de distribución por edades de DSM IV. *Trastornos de la encuesta Nacional de comorbilidad de replicación. Arco de Psiquiatría General*.2005; 65 (6): 593-602.
- 6.- Muñoz R. La depresión y la salud de nuestros pueblos, en salud mental. 2005; 28 (4).
- 7.- Organización Panamericana de la salud, clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, decima edición, Ginebra, OMS 1995; vol. 1 capítulo V11, 314-316.
- 8.- González Ramallo V. Valdivieso Martínez B. Ruiz García V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (17): 659-664.
- 9.- Guerrero Caballero L, Ramos Blanes R, Alcolado Aranda A, López Dolcet MJ, Pons JL, Quesada Sabaté M. Programa de intervención multidisciplinario para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. *Gac Sanit*. 2008; 22 (5): 457-460.

- 10.- Alfaro Ramírez A, Morales Vigil T, Vázquez Pineda F, Sofía Sánchez Román S, Ramos del Rio B, Guevara López U. Sobrecarga y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Rev. Med Inst Mex Seg Soc 2008; 46 (5): 485-494.
- 11.- Péculo Carrasco JA, Rodríguez Bouza M, Casal Sánchez MM, Rodríguez Ruiz HJ, Pérez de los Santos OC, Martín Tello JM. Cansancio del cuidador informal en la asistencia sanitaria urgente extra hospitalaria. Rev. Inter Cuid 2006; 6(1).
- 12.-Belló M, Puente Rosas E, Medina Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de la depresión en población adulta en México. Salud pública de Mex 2005; 47 (1): 4-11.
- 13.- Prevalencia de depresión [en línea] fecha de acceso: 2 diciembre 2010. Disponible en <http://www.saludzac.gob.mx>.
- 14.- Benjet C, Borges G, Medina Mora MA, Fleiz Bautista C, Zambrano Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Púb Mex 2004; 46 (5): 417-424.
- 15.- Breinbauer H, Vázquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. Med. Chile 2009; 137: 657-665.
- 16.- Fernández F, Poigdollers JM. Alternativas Existenciales en Geriatría. Rev. Clin 1988; 183: 331-2.
- 17.- Gene J, Moliner C, Contel JC, Tintoré I, Villafáfila R, Schoremer C. Salud y utilización de servicios en el anciano según nivel de convivencia. Gac Sanit 1997; 11: 214-220.
- 18.- Hernando J, Toran P, Arratible I, Arregui A, Merino M, Hernando J. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Aten Prim. 1992; 9: 133-136.
19. - Yaljima Y, Tsutsui T, Nakajima K, Li HY, Takigawa T, Wang DH. The effects of caregiving resource on the incidence of depression over one year in family caregivers of disabled elderly. Acta Med Okayawa 2007; 61 (2): 71-80.

20. - Lu L, Wang L, Yang X, Feng Q. Zarit Caregiver Burden Interview: development, reliability and validity of the Chinese version. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63(6):730-4.
- 21.- Gené Badia J, Hidalgo García A, Congtial Segura JC, Borrás Santos A, Ortiz Molina J, Royo JM, García Planas N, Tebar AH, Noruega Rodríguez R, Borrell Muñoz M. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Atención Primaria* 2006; 38:51-7.
- 22.- Ras Vidal E, Bascuña Bixio A, Ferrando López C, Martínez Ríaza D, Puig Ponsico G, Campos Estun L. Repercusiones en el cuidador de los enfermos crónicos domiciliarios. *Atención Primaria* 2006; 38:416.
- 23.- Regueiro Martínez AA, Ferreiro Cruz MC, Gómara Villabona SM, Pérez-Vázquez A. Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependiente en atención primaria. *Atención Primaria* 2006; 38:183.
24. - Pirraglia PA, Bishop D, Herman DS, Trisvan E, Rosalie A, Lopez Christopher S, Torgersen. Caregiver Burden and Depression Among Informal caregivers of HIV- infected individuals. *J Gen. Intern Med* 2005; 20: 510-515.
- 25.- Barrera Ortiz L, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares en enfermos crónicos. *Rev. Salud Pùb.* 2006; 8(2): 141-152.
- 26.- García Brigada B. Una obra sobre las dinámicas familiares en México. *Rev. Fam. Méx.* 2005:43-50.
- 27.- Mendoza Solís LA, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez HF, Pérez Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar. *Archivos de Med Fam.* 2006; 8(1):27-32.
- 28.- Herrera Díaz LA, Quintero O, Hernández Morelia. Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos tipo 2. *Servicio de Endocrinología, Academia* 2008: vol. VI (12): 62-72.
- 29.- Alpuche Ramírez VA, Ramos Del Río B, Rojas Russell A, Figueroa López CG. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores Primarios informales. *Psicología y Salud* 2008; Vol. 18(2):237-245.

30.- Lara Palomino G, Gonzales Pedroza A, Blanco Loyola LA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Revista de especialidades médico-quirúrgicas 2008; Vol. 13(4):159-166.

31.- Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N, Gómez Marcos MA. Funciona Familiar y Salud mental del cuidador de familiares con dependencia. Atención Primaria. 2009; 41:621-8

ANEXOS.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE DEPRESIÓN DEL CUIDADOR  
PRIMARIO DE PACIENTES DEL PROGRAMA ATENCIÓN HOSPITALARIA A  
DOMICILIO DEL HGZ No.1 DEL IMSS. ZACATECAS.

FECHA \_\_\_\_\_

FOLIO \_\_\_\_\_

1.-NOMBRE DE CUIDADOR

PRIMARIO \_\_\_\_\_

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación familiar personal:

2.- TIPO DE PATOLOGÍA DEL PACIENTE:

- (1). Diabetes Mellitus
- (2). Hipertensión arterial
- (3). Evento Vascular Cerebral (embolia)
- (4). Diálisis y Hemodiálisis
- (5). Padecimientos de Traumatología
- (6). Otros

3.- TIEMPO QUE LO HA CUIDADO:

- (1). menos de 1 año
- (2). De 1 a 2 años
- (3). De 2 a 3 años
- (4). De 3 a 4 años
- (5). Más de 5 años

4.- SEXO:

- (1) Masculino
- (2) Femenino

5.-EDAD:

- (1) 18 a 30
- (2) 31 a 40
- (3) 41 a 50
- (4) 51 a 60
- (5) 61 y más

6- ESTADO CIVIL:

- (1)Soltero (a)
- (2)Casado (a)
- (3)Viudo (a)
- (4)Divorciada (a)
- (5)Separado (a)
- (6)Unión Libre

7.-ESCOLARIDAD:

- (1)Baja
- (2)Media
- (3)Alta

8.-OCUPACION:

- (1)Empleado
- (2)Subempleado
- (3)Desempleado
- (4)Hogar
- (5)Estudiante

9.-PARENTESCO CON EL ENFERMO:

- (1) Hermano (a)
- (2) hijo (a)
- (3) Esposa (o)
- (3) Tío (a)
- (4) Sobrino (a)
- (5) Nieto (a)
- (6) Madre / Padre

**Instrucciones: Favor de elegir solo una respuesta y encerrarla en un círculo.**

1. LOS MIEMBROS DE NUESTRA FAMILIA SE DAN APOYO ENTRE SÍ:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

2. EN NUESTRA FAMILIA SE TOMAN EN CUENTA LAS SUGERENCIAS DE LOS HIJOS PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

3. ACEPTAMOS LAS AMISTADES DE LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

4. LOS HIJOS PUEDEN OPINAR EN CUANTO A SU DISCIPLINA:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

5. NOS GUSTA CONVIVIR SOLO CON LOS FAMILIARES MÁS CERCANOS:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

6. CUALQUIER MIEMBRO DE DE LA FAMILIA PUEDE TOMAR LA AUTORIDAD:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

7. NOS SENTIMOS MÁS UNIDOS ENTRE NOSOTROS QUE CON PERSONAS QUE NO SON DE NUESTRA FAMILIA:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

8. NUESTRA FAMILIA CAMBIA EL MODO DE HACER SUS COSAS:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

9. NOS GUSTA PASAR EL TIEMPO LIBRE EN FAMILIA:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

10. PADRES E HIJOS SE PONEN DE ACUERDO EN RELACIÓN CON LOS CASTIGOS:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

11. NOS SENTIMOS MUY UNIDOS:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

12. EN NUESTRA FAMILIA LOS HIJOS TOMAN LAS DECISIONES:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

13. CUANDO SE TOMA UNA DECISIÓN IMPORTANTE, TODA LA FAMILIA ESTÁ PRESENTE:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

14. EN NUESTRA FAMILIA LAS REGLAS CAMBIAN:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

15. CON FACILIDAD PODEMOS PLANEAR ACTIVIDADES EN LA FAMILIA:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

16. INTERCAMBIAMOS LOS QUEHACERES DEL HOGAR ENTRE NOSOTROS:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

17. CONSULTAMOS UNOS CON OTROS PARA TOMAR DECISIONES:

1. nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

18. EN NUESTRA FAMILIA ES DIFÍCIL IDENTIFICAR QUIEN TIENE LA AUTORIDAD:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

19. LA UNIÓN FAMILIAR ES MUY IMPORTANTE:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

20. ES DIFÍCIL DECIR QUIEN HACE LAS LABORES DEL HOGAR:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

**Instrucciones: Favor de elegir solo una respuesta y encerrarla en un círculo.**

1. ¿CREE QUE SU FAMILIA LE PIDE MÁS DE LO QUE REALMENTE NECESITA?

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

2. ¿CREE QUE DEBIDO AL TIEMPO QUE DEDICA A SU FAMILIA NO TIENE SUFICIENTE TIEMPO PARA USTED?

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

3. ¿SE SIENTE AGOBIADO ENTRE CUIDAR A SU FAMILIA Y TRATAR DE CUMPLIR OTRAS RESPONSABILIDADES EN SU TRABAJO O FAMILIA?

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

4. ¿SE SIENTE AVERGONZADO POR LA CONDUCTA DE SU FAMILIAR?

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

5. ¿SE SIENTE ENFADADO CUANDO ESTA CERCA DE SU FAMILIAR?

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

6. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR AFECTA NEGATIVAMENTE A SU RELACIÓN CON OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA?

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

7. ¿TIENE MIEDO DE LO QUE EL FUTURO DEPRE A SU FAMILIAR?

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

8. ¿CREE QUE SU FAMILIAR DEPENDE DE USTED?

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

9. ¿SE SIENTE TENSO CUANDO ESTA CERCA DE SU FAMILIAR?

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

10. ¿CREE QUE SU SALUD SE HA RESENTIDO POR CUIDAR A SU FAMILIAR?

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

11. ¿CREE QUE NO TIENE TANTA INTIMIDAD COMO LE GUSTARÍA DEBIDO A SU FAMILIAR?

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

12. ¿CREE QUE SU VIDA SOCIAL SE HA RESENTIDO POR CUIDAR A SU FAMILIAR?

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

13. ¿SE SIENTE INCOMODO POR DESATENDER A SUS AMISTADES DEBIDO A SU FAMILIAR?

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

14. ¿CREE QUE SU FAMILIAR PARECE ESPERAR QUE USTED SEA LA PERSONA QUE LE CUIDE, COMO SI USTED FUERA LA ÚNICA PERSONA DE QUIEN DEPENDE?

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

15. ¿CREE QUE NO TIENE SUFICIENTE DINERO PARA CUIDAR A SU FAMILIAR ADEMÁS DE SUS OTROS gastos?

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

16. ¿CREE QUE SERÁ INCAPAZ DE CUIDARLE POR MUCHO MÁS TIEMPO?

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

17. ¿SIENTE QUE HA PERDIDO EL CONTROL DE SU VIDA DESDE LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?

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

18. ¿DESEARÍA PODER DEJAR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR A OTROS?

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

19. ¿SE SIENTE INDECISO SOBRE QUÉ HACER CON SU FAMILIAR?

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

20. ¿CREE QUE DEBERÍA HACER MÁS POR SU FAMILIAR?

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

21. ¿CREE QUE PODRÍA CUIDAR MEJOR A SU FAMILIAR?

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

22. GLOBALMENTE ¿QUÉ GRADO DE CARGA EXPERIMENTA POR EL HECHO DE CUIDAR A SU FAMILIAR?

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

Instrucciones: Favor de elegir solo una respuesta y encerrarla en un circulo.

1. ME SIENTO TRISTE Y DEPRIMIDO:

1. Muy pocas veces 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Casi siempre

2. POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR QUE POR LAS TARDES:

1. Muy pocas veces 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Casi siempre

3. FRECUENTEMENTE TENGO GANAS DE LLORAR Y A VECES LLORO:

1. Muy pocas veces 2. Algunas veces 3. Muchas veces 4. Casi siempre

4. ME CUESTA MUCHO DORMIR O DUERMO MAL POR LAS NOCHES:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

5. AHORA TENGO TANTO APETITO COMO ANTES:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

6. TODAVÍA ME SIENTO ATRAÍDO POR EL SEXO OPUESTO:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

7. CREO QUE ESTOY ADELGAZANDO:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

8. ESTOY ESTREÑIDO:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

9. TENGO PALPITACIONES:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

10. ME CANSO POR CUALQUIER COSA:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

11. MI CABEZA ESTÁ TAN DESPEJADA COMO ANTES:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

12. HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

13. ME SIENTO AGITADO E INTRANQUILO Y NO PUEDO ESTAR QUIETO:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

14. TENGO ESPERANZA Y CONFÍO EN EL FUTURO:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

15. ME SIENTO MÁS IRRITABLE QUE HABITUALMENTE:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

16. ENCUENTRO FÁCIL TOMAR DECISIONES:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

17. ME CREO ÚTIL Y NECESARIO PARA LA GENTE:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

18. ENCUENTRO AGRADABLE VIVIR, MI VIDA ES PLENA:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

19. CREO QUE SERÍA MEJOR PARA LOS DEMÁS SI ME MURIERA:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

20. ME GUSTAN LAS MISMAS COSAS QUE SOLÍAN AGRADARME:

1. Muy pocas veces    2. Algunas veces    3. Muchas veces    4. Casi siempre

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN





## ANEXOS

### Anexo 1

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE DEPRESIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO EN PACIENTES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A DOMICILIO DEL HGZ NO. 1 ZACATECAS.

Registrado ante el comité local de investigación médica con el numero de folio en trámite. El objetivo es describir la Funcionalidad familiar y el grado de depresión, determinar la frecuencia, analizar los factores sociodemograficos y la sobre carga del CP.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a ayudarme y darme información amplia sobre alternativas de cuidados y redes de apoyo útiles para ofrecerle una mejor calidad de vida a mi familiar y responder cualquier pregunta y aclarar dudas con respecto a cuidados especiales. Entiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio, sin que ello afecte la atención médica que recibo en los servicios de salud.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. Para cualquier duda comunicarse al teléfono 478 985 20 81 o en la UMF No. 14 Salaverna Mazapil, Zacatecas.

Zacatecas, Zacatecas a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2011.

\_\_\_\_\_  
Firma del cuidador primario

\_\_\_\_\_  
Firma de un testigo.

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo.

\_\_\_\_\_  
Dra. Verónica Caldera Aguilar  
Investigador, matricula 99340098

## Anexo 2

### ESCALA DE ZUNG

La Escala de Depresión de Zung es un cuestionario autoaplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

#### Interpretación

Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos.

<b>&lt;= 28</b>	Ausencia de depresión
<b>entre 28 y 41</b>	Depresión leve
<b>entre 42 y 53</b>	Depresión moderada
<b>&gt;= 53</b>	Depresión grave

La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

	<b>Muy pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1 Me siento triste y deprimido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 3 Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces llo.
- 4 Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.
- 5 Ahora tengo tanto apetito como antes.
- 6 Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.
- 7 Creo que estoy adelgazando.
- 8 Estoy estreñado.
- 9 Tengo palpitaciones.
- 10 Me canso por cualquier cosa.
- 11 Mi cabeza está tan despejada como antes.
- 12 Hago las cosas con la misma facilidad que antes.
- 13 Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.
- 14 Tengo esperanza y confío en el futuro.
- 15 Me siento más irritable que habitualmente.
- 16 Encuentro fácil tomar decisiones.
- 17 Me creo útil y necesario para la gente.
- 18 Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.
- 19 Creo que sería mejor para los demás si me muriera.
- 20 Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.

## Anexo 3

### FACES III

1. Nunca    2. Casi nunca    3. Algunas veces    4. Casi siempre    5. Siempre

Describe su familia:

- \_\_1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
- \_\_2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- \_\_3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- \_\_4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- \_\_5. Nos gusta convivir solo con los familiares más cercanos.
- \_\_6. Cualquier miembro de de la familia puede tomar la autoridad
- \_\_7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- \_\_8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- \_\_9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- \_\_10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- \_\_11. Nos sentimos muy unidos.
- \_\_12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
- \_\_13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- \_\_14. En nuestra familia las reglas cambian.
- \_\_15. Con facilidad podemos planear actividades en la familia.
- \_\_16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- \_\_17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- \_\_18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- \_\_19. La unión familiar es muy importante.
- \_\_20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

Calificación de cohesión del FACES III.

<b>Cohesión</b>	<b>Amplitud de clase</b>
No relacionada	10 a 34
Semirelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

Calificación de adaptabilidad del FACES III:

<b>Adaptabilidad</b>	<b>Amplitud de clase</b>
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

## Anexo 4

### ESCALA DE CARGA DE ZARIT

#### ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra. Después de leer cada afirmación, debe indicar con 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, sino tan solo su experiencia.

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

1ª ¿cree que su familia le pide más de lo que realmente necesita ( )

2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente Tiempo para usted? ( )

3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familia y tratar de cumplir otras Responsabilidades en su trabajo o familia? ( )

4B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? ( )

5B. ¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar? ( )

6B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros Miembros de su familia? ( )

7A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar? ( )

8A. ¿Cree que su familiar depende de usted? ( )

9B. ¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar? ( )

10A. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? ( )

11A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar? ( )

12A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? ( )

- 13A. ¿Se siente incomodo por desatender a sus amistades debido a su familiar? ( )
- 14A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le Cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende? ( )
- 15C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? ( )
- 16C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho más tiempo? ( )
- 17B. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su Familiar? ( )
- 18B. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros? ( )
- 19B. ¿se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? ( )
- 20C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar? ( )
- 21C. ¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar? ( )
- 22 A globalmente ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su Familiar? ( )

#### ESCALA DE EVALUACIÓN

- A. Consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44)
- B. Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)
- C. Relación cuidador con P.M. cuidado (0-16)

## TITULO

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADO DE DEPRESIÓN DEL CUIDADOR  
PRIMARIO DE PACIENTE DEL PROGRAMA ATENCIÓN HOSPITALARIA A  
DOMICILIO”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.

PRESENTA:

ALUMNO: VERÓNICA CALDERA AGUILAR

## AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS  
DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCE3NCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.