



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.3
CIUDAD VALLES SAN LUIS POTOSI

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE
ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 30 de TANLAJAS, S.L.P.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:



CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE: UMF 3
CD. VALLES, S.L.P.

MARTHA JESSICA CRUZ OSORIO



CD. VALLES, S.L.P

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

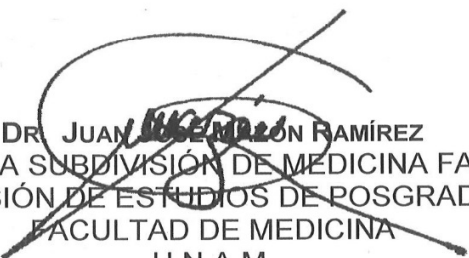
**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE
ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 30 de TANLAJAS, S.L.P.**


**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**


PRESENTA:

MARTHA JESSICA CRUZ OSORIO

AUTORIZACIONES U.N.A.M.


DR. JUAN JOSÉ RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

CD. VALLES, S.L.P.



2020

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE
ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 30 de TANLAJAS, S.L.P.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARTHA JESSICA CRUZ OSORIO

AUTORIZACIONES LOCALES:


DR. JUAN SANCHEZ RAMOS

COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUÍS


DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUÍS POTOSÍ


DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESÚS

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
H.G.Z. NO. 6, CD. VALLES, S.L.P.


DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DE IMSS
SEDE U.M.F. NO. 3, CD. VALLES, S.L.P.

CIUDAD VALLES, S.L.P.



2020

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

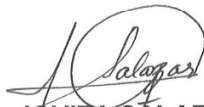
**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE
ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 30 de TANLAJAS, S.L.P.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARTHA JESSICA CRUZ OSORIO

ASESORES:



DRA. JOVITA SALAZAR CRUZ
MÉDICO FAMILIAR
ASESOR TEMÁTICO

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE U.M.F. NO. 3 CD. VALLES,
S.L.P.



DR. RAFAEL NATIVIDAD NIEVA DE JESUS
MÉDICO FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6 CIUDAD VALLES, S.L.P



DR OSMAN DAVID ACOSTA ORTEGA
MÉDICO PEDIATRA
ASESOR ESTADÍSTICO

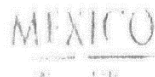
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 6 CIUDAD VALLES, S.L.P.

CD. VALLES, SL.P.

2020



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
COMISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402 con número de registro 17 CI 24 028 082 ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSI

FECHA 30/08/2017

DRA. MARTHA JESSICA CRUZ OSORIO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES DE LA UMF No. 30 de TANLAJAS, S.L.P.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-2402-38

ATENTAMENTE


DR.(A). BEATRIZ LEONOR FERNANDEZ RUIZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INDICE GENERAL

1. Marco teórico	7
2. Planteamiento del problema	12
3. Justificación	13
4. Objetivos	14
4.1 Objetivo general	14
4.2 Objetivo específico	14
5. Hipótesis	15
6. Material y métodos	16
6.1 Características del lugar donde se realizó el estudio	16
6.2 Población	17
6.3 Diseño	17
6.3.1 Tipo de estudio	17
6.3.2 criterios de selección	17
6.4 Tamaño de la muestra	18
6.5 Selección de la muestra	18
6.6 Definición de variables	19
7. Descripción general del estudio y análisis de datos	23
7.1 Procedimientos operativos	23
7.2 Instrumentos	24
7.3 Procedimiento de análisis de datos	25
8. Aspectos éticos	26
9. Recursos humanos, físicos, financieros y factibilidad	27
9.1 Recursos humanos	27
9.2 Recursos físicos y financiamiento	27
9.3 Factibilidad	28
10. Resultados	29
11. Discusión	47
12. Conclusiones	48
13. Sugerencias	49
14. Referencias bibliográficas	50
15. Anexos	56

1. MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Las personas adultas mayores, al paso del tiempo sufren de distintas afecciones tanto físicas como psicológicas, estas los pueden limitar, en ocasiones, de manera severa para su autocuidado.

Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padecen de algún tipo de discapacidad y sufren las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas¹, motivo por el cual, en la mayoría de estos casos, queda a cargo de uno de sus familiares los cuales son llamados cuidador principal.

En el año 2014, de acuerdo a los resultados de la encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID), en México había cerca de 120 millones de personas, de las cuales 7.2 millones reportaron tener algunadiscapacidad.²

En México de acuerdo a la ENOE, en el 2016, la población con la ocupación de ser cuidador haciende a 286 mil personas, siendo los estados con mayor población con esta ocupación la ciudad de México y Jalisco, la que menos porcentaje presenta es Campeche, ubicándose San Luis Potosí a mitad de esta tabla.³

En muchos de los estudios realizados a lo largo del mundo, se ha llegado a la conclusión de que el perfil del cuidador principal esta estandarizado, ya que generalmente se trata de cuidadores del sexo femenino (esposas, hijas, nueras), en promedio de 45 a 65 años, casadas con educación básica incompleta, algunos son desempleados, y no cuentan con participación social, con percepción económica insuficiente, dedicados la mayor parte del día del cuidado de su familiar, gran parte de estos, sin ayuda de terceros, en su gran mayoría comparten el domicilio, e inclusive cuidan de dos o más personas, y hasta un 30% son cuidadores mayores de 65 años.^{4,5,6,7,8,9,10}

Dentro del perfil de estos cuidadores también podemos encontrar que la gran mayoría de estos se dedica al hogar, aproximadamente un 40% mientras que el 30 % cuenta con un empleo, y hasta el 2.7% además de ser cuidador estudia. ¹¹

Sin embargo, debido a las características de las enfermedades que en ocasiones aquejan a los pacientes, podemos ver que el perfil del cuidador se modifica, por ejemplo, cuando se trata de pacientes con una patología propia de su género, siendo así que en pacientes con cáncer de mama es más frecuente observar que el cuidador principal es del sexo masculino, ya sea esposo o hijo. ¹²

Se ha hecho notar que en la mayoría de estos casos los cuidadores no cuentan con técnicas adecuadas ni entrenamiento para el cuidado de sus familiares, por lo que llegan al agotamiento y por ende al colapso, por lo tanto, tendremos un deterioro en su propia salud y a su vez de la salud del paciente cuidado.¹ Se ha encontrado síndrome de sobrecarga del cuidador hasta en el 48% de las poblaciones estudiadas, además de que el tiempo dedicado a este fin se asocia en gran medida.^{13,14}

Inclusive al incluirse a cuidadores formales, es decir aquellos que son contratados, presentan sobrecarga hasta en un 50%.¹⁵

En la mayoría de los casos una peor calidad de vida, una peor percepción de salud y la carga percibida son factores importantes para desarrollar en estos cuidadores ansiedad y depresión.^{16, 17}

Algunos de los predictores de la sobrecarga y de otras patologías en los cuidadores principales son el deterioro de las actividades, el género del cuidador, el aislamiento social, el estrés financiero y el número de horas dedicadas al cuidado, que en ocasiones va desde las seis a las diez horas de cuidado.^{18,19,20,21}

En los cuidadores de aquellos pacientes que son funcionalmente independientes la sobrecarga es menos frecuente, por ende, a mayor limitación de la actividad de los pacientes, mayor es el índice de depresión, por lo que podemos concluir, que la depresión se asocia a la sobrecarga intensa.^{7, 18, 22, 23}

Por otra parte, los factores que inciden para una buena calidad de vida a personas que pueden tener sobrecarga: el ser casado, el dedicarse al hogar y el parentesco.^{24, 25,26}

Por todo esto será beneficioso, tanto para el paciente como para los cuidadores orientar intervenciones de enfermería y servicios comunitarios para mejorar las capacidades funcionales de las personas que cuentan por ejemplo con demencia, y que por lo tanto requieren de cuidados.¹⁷

MARCO CONCEPTUAL

Depresión

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a por lo menos 300 millones de personas.²⁷

La depresión (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.²⁸

Esta se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa más importante de discapacidad, después de la enfermedad isquémica coronaria.²⁷

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico. El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.^{28, 29}

En ocasiones la depresión puede llegar a atentar contra la vida del individuo, es por esta razón que se deben implementar estrategias para su detección y tratamiento oportuno.

Ansiedad

Del latín *Anxietas*, atis. Estado de agitación, inquietud, zozobra del ánimo. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.³⁰

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.^{31,32}

Algunas personas presentan problemas de ansiedad porque tienen tendencia a reaccionar exageradamente ante las dificultades. Otras se vuelven ansiosas como consecuencia de un acontecimiento especialmente desagradable o que viven como tal. Ocurre, con frecuencia, que la aparición de un problema importante o la acumulación de pequeños problemas es el origen del trastorno. En ocasiones, la ansiedad aparece justo cuando se ha resuelto el problema y, por tanto, cabría esperar que esa persona se encontrase mejor.^{33,34}

Cuidador primario y sobrecarga

Podemos definir como cuidador informal o primario a aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración por sus cuidados,

es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino. Por lo tanto, cuando se trata a una persona dependiente o con discapacidad, hay que tomar en cuenta que nos enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el paciente invisible.^{1, 27, 33}

Los cuidadores proporcionan atenciones especiales y compañía a personas con trastornos físicos, orgánicos o nerviosos, por invalidez o por causa de su edad avanzada durante periodos de incapacidad o convalecencia, en instituciones públicas, hospitales, centros de rehabilitación o en agencias que proporcionan este servicio y en domicilios particulares.²

En un inicio el cuidador reporta las tareas de cuidar como satisfactoria, llegando a rechazar la ayuda ofrecida, esta etapa es de líder, sin embargo, a medida que pasa el tiempo comienza a darse cuenta de la realidad, la enfermedad se alarga en tiempo, la situación es cada vez más dura y comienza a necesitar cada vez más ayuda.³⁵

Existen otras dos etapas dentro del síndrome de cuidador como el desajuste entre las demandas y los recursos, por lo que presenta un sobreesfuerzo que poco a poco va agotando sus fuerzas y por último esta reacción aparece en forma de ansiedad, nerviosismo, tristeza, fatiga mental y física, irritabilidad, agresividad, tensión contra los cuidadores auxiliares.^{35, 36, 37}

De 2009 a 2014 aumentó el número de personas que realizaban actividades de cuidado de personas mayores integrantes de su hogar: de 2.4 a 5.2 millones, a estas les implica en promedio 15-20 horas semanales.²

En el sexo femenino se asocia una estadística significativa de padecer sobrecarga del cuidador, además al comparar las horas de cuidado hay diferencias entre los cuidadores que realizan esta acción por más de seis horas, otro hallazgo en estos pacientes es que en su mayoría padecen enfermedades del sistema cardiovascular, aproximadamente la mitad padecen de enfermedades endocrinas y estadísticamente significativas las enfermedades del sistema digestivo.¹³

El rol de cuidado principal es una experiencia que conlleva un deterioro general en la vida de quien lo ejecuta, exponiéndolo a sufrir alteraciones en sus necesidades básicas y vulnerando su integridad.⁴

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las unidades médicas de primer nivel atienden cada día a un mayor número de personas en edad avanzada o con enfermedades crónicas que por su naturaleza suelen acompañarse en un deterioro de la capacidad de autocuidado del propio paciente. Nuestra unidad tiene alrededor de 379 personas mayores de 60 años y entre estos pacientes diabéticos e hipertensos, muchos de ellos con necesidades variables de cuidado.³⁸

En incontables ocasiones nos hemos visto atendiendo a personas mayores con limitaciones en la movilidad o con requerimientos de asistencia para su alimentación, aseo, administración de medicamentos, etc. En la literatura se calcula que aproximadamente un 47.8% de las personas mayores de 60 años requieren de algún tipo de cuidado provisto por un cuidador, y aunque este dato no está disponible en la mayoría de nuestras unidades, vemos en la práctica diaria que es cada vez más frecuente. ¹

De igual manera vemos en la consulta diaria cómo el deterioro del paciente acompaña al deterioro del cuidador. El cuidador muchas veces colapsa al punto de afectar la calidad del cuidado y se vuelve entonces un dilema decidir quién debe atender al enfermo si otro cuidador no está disponible. Es cuando el cuidador necesita de cuidados también.

El colapso del cuidador también es cada vez más frecuente, y lo será aún más cuando la sobrevivencia de los pacientes cuidados se incremente. La depresión y ansiedad son cada vez más frecuentes en el cuidador estimándose una prevalencia de 33% para el primero y de 28% para el segundo, pero nuevamente este dato es desconocido en la mayoría de nuestras unidades médicas de atención.^{7, 10, 26}

Por esto último nos hemos propuesto la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, SLP?

3. JUSTIFICACIÓN:

El envejecimiento de la población y el aumento de la sobrevivencia, así como el aumento de las enfermedades crónico degenerativas (altamente incapacitantes en sus etapas avanzadas) ha condicionado que cada vez más personas requieran de cuidados incluso para actividades tan básicas como el comer, el asearse o el moverse. Estos cuidados en la mayoría de los casos recaen en las personas cercanas a ellas tales como conyugues, hijos, etc., transforman el estilo de vida del cuidador al grado de causarle un complejo sindromático complejo conocido como colapso del cuidador o síndrome del cuidador, condición consecuentemente más frecuente en nuestro medio y del que estamos poco familiarizados.

Sin lugar a dudas la valoración de un paciente postrado o dependiente debe incluir la valoración de la calidad del cuidado y por supuesto esto incluye al cuidador mismo. Si bien los síntomas son variados, regularmente puede encontrarse, en la mayoría de los cuidadores, depresión y ansiedad hasta en un 33% Y 28% de los casos, respectivamente lo que complica más aún el manejo del paciente dependiente, pues la salud del cuidador repercute en la calidad del cuidado.^{7, 10}

Los estudios sobre la salud del cuidador son prácticamente inexistentes en nuestro medio por lo que conocer cuáles son sus características básicas, cual es el nivel de su sobrecarga y sobre todo cual es la prevalencia de depresión y ansiedad en esta población sin duda será de utilidad para diseñar esquemas de tratamiento integrales no sólo para los pacientes dependientes sino también para los propios cuidadores.

4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

4.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF 30 Tanlajás, SLP.

4.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar la prevalencia de probable depresión entre cuidadores primarios de adultos mayores
2. Determinar la prevalencia de probable ansiedad entre cuidadores primarios de adultos mayores
3. Determinar el nivel de sobrecarga entre cuidadores primarios de adultos mayores
4. Estratificar la depresión, ansiedad y sobrecarga del cuidador primario de adulto mayor según su edad y sexo
5. Estratificar la depresión, ansiedad y sobrecarga del cuidador primario de adulto mayor según la edad y sexo del paciente dependiente
6. Estratificar la depresión, ansiedad y sobrecarga del cuidador primario de adulto mayor según el tiempo que lleva en los cuidados
7. Estratificar la depresión, ansiedad y sobrecarga del cuidador primario de adulto mayor según el nivel de dependencia del paciente bajo su cuidado
8. Determinar el grado de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de acuerdo a su escolaridad.

5. HIPÓTESIS:

H₀: La prevalencia de depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF 30 de Tanlajás, SLP es mayor a la reportada en la literatura

H₁: La prevalencia de depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF 30 de Tanlajás, SLP es menor a la reportada en la literatura

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

Tanlajás es uno de los 58 municipios que constituyen el estado mexicano de San Luis Potosí. Se encuentra localizado al sureste del estado y aproximadamente a 312 kilómetros de la ciudad de San Luis Potosí. Se localiza al sureste del estado entre las coordenadas geográficas 21° 40' de latitud norte, y 98° 53' de longitud oeste; a una altura promedio de 260 metros sobre el nivel del mar. Cuenta con una extensión territorial de 366.77 km²

El municipio colinda al norte con el municipio de Ciudad Valles; al este con Tamuín y San Vicente Tancuayalab; al sur con San Antonio; y al oeste con Tancanhuitz y Aquismón.

Posee un territorio montañoso debido a su localización a través de la Sierra Madre Oriental, sus principales elevaciones alcanzan los 260 msnm. Sus suelos se formaron en la era Mesozoica, y su uso principalmente es ganadero, forestal y agrícola. El municipio pertenece a la región hidrológica Panuco. Sus recursos hidrológicos son proporcionados principalmente por el río Coy. Además, cuenta con arroyos de afluente temporal como los arroyos Tanlajás, Quelabidad y Grande; así como algunos manantiales.

Su principal clima es el cálido húmedo; con lluvias en verano y sin cambio térmico invernal bien definido. La temperatura media anual es de 25°C, la máxima se registra en el mes de mayo (44°C) y la mínima se registra en enero (7°C). El régimen de lluvias se registra en el verano, contando con una precipitación media de 2,488 milímetros.

La unidad de Tanlajás cuenta con una población adscrita de 2,142 pacientes de los cuales 379 son adultos mayores de 60 años.^{38, 39}

6.2 Grupo de estudio:

Cuidadores primarios de Adultos mayores (de más de 60 años), adscritos a la UMF No. 30 que acudan a la unidad junto con el paciente bajo su cuidado.

6.3 DISEÑO

6.3.1 Tipo de Estudio

- Por la manipulación: Observacional
- Por la finalidad: Descriptivo
- Por el desarrollo temporal: Transversal
- Por la orientación: Prospectivo
- Diseño: Transversal simple

6.3.2 Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

- Cuidadores primarios de cualquier género y con la mayoría de edad que tengan bajo su responsabilidad el cuidado de mayores de 60 años
- Cualquier derechohabiente siempre que el paciente dependiente sea derechohabiente de la UMF No. 30
- Que firmen consentimiento informado y acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Cuidadores menores de edad
- Cuidadores de pacientes menores de 60 años
- Cuidadores auxiliares o que no tengan la responsabilidad primaria del cuidado del paciente
- Que no firmen consentimiento informado y por tanto no acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Cuidadores que no respondan completamente las encuestas
- Cuidadores que acudan a la unidad, pero cuyo paciente bajo su responsabilidad haya fallecido al momento de ser invitado a participar

6.4 Tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizará la fórmula para estimación de proporciones en poblaciones finitas, utilizando un Nivel de Seguridad del 95%, un nivel de precisión del 5% y una proporción esperada de depresión en el cuidador primario del 33%, según revisión de la literatura. ²⁶

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 p q}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

Dónde:

N = Total de la población adulto mayor = 379

Z_{α}^2 = 1.96^2 para un nivel de seguridad del 95% = 3.84

p = proporción esperada de depresión en el cuidador de un 33% = 0.33

q = $1 - p$ = 0.67

d^2 = 0.05^2 para un nivel de precisión del 5% = 0.0025

n = 179

6.5 Selección de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia hasta completar el tamaño de la muestra.

6.6 Definición de variables

Variables dependientes:

- Depresión
- Ansiedad
- Sobrecarga del cuidador

Variables independientes

- Tiempo de ejercer el cuidado
- Grado de dependencia del adulto mayor
- Escolaridad

Variables Confusoras

- Edad del cuidador
- Género del cuidador
- Relación familiar del cuidador con el dependiente

Variable interviniente

- Morbilidad del cuidador

Operacionalización de variables

Para la Operacionalización de variables, véase la tabla 1.

Tabla 1. Operacionalización de variables.

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Categorías
Depresión	Dependiente	La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Es el resultado obtenido en la subescala de depresión del test de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Si acumula 2 puntos o más se considera sugestivo de depresión.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin depresión • Con probable depresión
Ansiedad	Dependiente	Estado de inquietud o zozobra del ánimo. Angustia que acompaña a muchas enfermedades. Estado tenso de la psique frente a un peligro indeterminado e inminente, acompañado de un sentimiento de inseguridad	Es el resultado obtenido en la subescala de ansiedad del test de Ansiedad-Depresión de Goldberg. Si acumula 4 puntos o más se considera sugestivo de depresión	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin ansiedad • Con probable ansiedad
Sobrecarga del cuidador	Dependiente	Cansancio que se experimenta después de un intenso y continuado esfuerzo físico o mental resultante de ejercer el cuidado de otra persona	Es el resultado obtenido en la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit. Si acumula menos de 47 se considera sin sobrecarga, con 47 a 55 puntos se	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • No sobrecarga • Sobrecarga leve • Sobrecarga intensa

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Categorías
		con algún nivel de dependencia, de manera más o menos constante y por un tiempo más o menos prolongado	considera sobrecarga leve y más de 55 sobrecarga intensa		
Tiempo de ejercer el cuidado	Independiente	Período de tiempo en que se ejercen actividades asistenciales a una persona sin habilidades de autocuidado	Tiempo referido por el cuidador a la pregunta expresa respecto del tiempo que lleva atendiendo a la persona enferma o dependiente	Cualitativa ordinal intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de un año • 1 a 2 años • 3 a 4 años • 5 años o más
Grado de dependencia del adulto mayor	Independiente	Nivel de habilidades de autocuidado de una persona respecto a actividades de la vida cotidiana	Es el resultado obtenido en el índice de la función física de Barthel. Cuando se obtienen menos de 20 puntos se tiene dependencia total, de 21 a 60 dependencia severa, 61 a 90 dependencia moderada, 91 a 99 dependencia escasa, 100 puntos independencia	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total • Dependencia severa • Dependencia moderada • Dependencia escasa • Independencia
Edad del cuidador	Confusora	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Número de años vividos y referidos por el cuidador cuando se le cuestiona sobre su edad.	Cualitativa ordinal intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 20 • 20 a 30 • 30 a 40 • 40 a 50 • Más de 50

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala	Categorías
Género del cuidador	Confusora	Característica gramatical de los nombres por lo que se divide en masculino o femenino y que se corresponde con el sexo	Condición relacionada con sus características reproductivas referidas por el cuidador al cuestionársele sobre su género	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Relación familiar del cuidador con el dependiente	Confusora	Trato o unión que hay entre dos o más personas o entidades ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un periodo indefinido de tiempo.	Relación genética que el cuidador tiene con respecto al paciente dependiente al cuestionársele sobre su relación familiar con el que tiene bajo su cuidado	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Conyugue • Hijo • Hermano • Otro • Ninguno
Morbilidad del cuidador	Interviniente	Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población	Enfermedades que el cuidador refiere padecer al cuestionársele sobre este aspecto	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Hipertensión • Otras • Ninguna
Escolaridad	Independiente	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Grado de estudios referido por el cuidador	cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Bachillerato • licenciatura

7. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO Y ANÁLISIS DE DATOS.

7.1 Procedimientos operativos

Se solicitó el permiso al Director de la UMF no. 30 previa exposición del protocolo, una vez autorizado éste por el comité de investigación. También se informó al personal médico y de enfermería sobre el proyecto.

Todos los días y durante el período de recolección de los datos se abordó a los acompañantes de pacientes adultos mayores que acudieron a la clínica de medicina familiar de Tanlajás con el familiar y se les cuestionó sobre si se trata con el cuidador primario o es simplemente acompañante. Cuando el acompañante no era el cuidador principal se invitó a que en una próxima visita acudiera con su enfermo a la unidad. Para los casos en los que se trató del acompañante primario, se les habló ampliamente del procedimiento y los objetivos del estudio para posteriormente en cuando aceptaron firmar el consentimiento informado se garantizó la confidencialidad y respeto en todo momento.

Se procedió a llevar al cuidador a un consultorio mientras el paciente enfermo fue encargado a una enfermera a fin de aplicar los instrumentos de trabajo en forma confidencial. Se aseguró de que la entrevista se realizara en el tiempo de espera de la consulta y de que no interfiriera o interrumpiera su tiempo de consulta.

Se aplicó en principio el test de la función física de Barthel, con 10 ítems de opción múltiple, cada uno con tres opciones, para determinar el grado de dependencia del paciente que está bajo su cuidado. Seguidamente se aplicó el test de Ansiedad-Depresión de Goldberg con 18 ítems de respuesta dicotómica (Si o no) a fin de determinar la probabilidad de padecer ansiedad y depresión y finalmente la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, una escala de tipo Likert de 22 ítems.^{40,41,42,43,44,45}

Así mismo se indagaron generales como edad, género, relación con el paciente que cuida, tiempo que lleva bajo su cuidado, escolaridad del cuidador y morbilidades en el cuidador.

Terminada la entrevista se agradeció la colaboración y el entrevistador se despidió del cuidador, acompañándolo hasta donde se encontraba el paciente que traía a consulta.

7.2 Instrumentos

Como se mencionó en el punto anterior se aplicaron 3 instrumentos:

Test de la función física de Barthel, 10 ítems de opción múltiple, diseñada originalmente por Barthel para determinar el grado de dependencia del paciente, para realizar una serie de actividades básicas, con una fiabilidad del test-retest 0.89 y grado entre observadores de 0.95. Coin una validez de -0.74 y -0.90. Se ha demostrado su capacidad de predecir la mortalidad de paciente con accidente cerebrovascular, la duración de estancia hospitalaria y evolución del paciente independiente de las evaluaciones médicas.^{40,41}

En esta escala la interpretación en un paciente, cuanto más cerca esta del 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario, cuando más cerca esta del 100, es indicativo de independencia.^{40,41}

Test de Ansiedad-Depresión de Goldberg, 18 ítems de respuesta dicotómica (Si o no) diseñado por Golberg en 1988 y modificada en1993 por Montón, para determinar la probabilidad de padecer ansiedad y depresión, en la escala global tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%.^{42, 43}

En esta escala cada una de las subescalas de divide en cuatro ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental y un segundo grupo de cinco ítems que se formulan solo si se obtienen respuesta positiva a las preguntas de despistaje. Los puntos de corte son mayores o igual a cuatro para la sobre escala de ansiedad e igual a dos o más para. La escala de depresión, el instrumento está diseñado para detectar probables casos.^{42,43}

Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, escala de tipo Likert de 22 ítems, diseñado para auto informe que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimenta quien cuidan a otra

persona con una especificidad de 90.5%, una sensibilidad del 100% con un valor positivo del 95.5% y negativo del 100%. Consta de 22 ítems con una escala de 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces), 5 (casi siempre), las puntuaciones obtenidas se suman y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Con interpretación de puntaje menor de 47 sin sobrecarga, de 47-55 sobrecarga leve y más de 55 con sobrecarga intensa.^{44, 45}

7.3 Procedimientos de análisis de datos

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows (The R Project for Statistical Computing, disponible en: <https://www.r-project.org/>)

Se elaboraron tablas de tasas porcentuales con intervalos de confianza al 95% para cada variable dependiente y según cada variable independiente. Se diseñaron también gráficos de frecuencias.

Cada variable se estratificó según las variables confusoras e intervinientes buscando diferencias entre grupos mediante la prueba de Ch^2 considerándose como significativas dichas diferencias si $p < 0.05$.

8. ASPECTOS ÉTICOS:

En estricto apego a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud se recabó el consentimiento de los participantes, se buscó en todo momento el bienestar de la sociedad en la cual se realizó el estudio, buscando solo su beneficio de acuerdo a la justicia, el respeto y la beneficencia de los involucrados, protegiéndose en todo momento la privacidad y los datos personales de los involucrados.

De acuerdo al capítulo primero, artículo 14, apartados IV, V, VII y VIII, y artículo 16, la presente investigación es una investigación sin riesgo.

Este estudio se apegó a los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.⁴⁶

Así mismo se apegó a los principios consignados en el Código de Nuremberg, el informe de Belmont, y la Declaración de Helsinki.⁴⁷

Por último, cabe mencionar que se canalizó a los pacientes que resultaron con probable ansiedad o depresión a la especialidad correspondiente para que recibieran tratamiento adecuado.

9. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

9.1 Recursos Humanos

Los responsables de la conducción del presente proyecto son la investigadora principal y tesista, principal responsable del proyecto, y tres asesores con amplia experiencia en el tema, en metodología y en procesamiento estadístico de datos.

Así mismo, se solicitó la colaboración del personal de la unidad para la identificación, información y en su momento apoyo logístico del proyecto.

Las entrevistas, la recolección de datos y la captura de los mismos fueron responsabilidad de la tesista, quien fue la única en realizar estos procedimientos.

De igual manera, por último, pero sin los cuales no se podría realizar este estudio, los cuidadores de adultos mayores adscritos a la UMF 30 de Tanlajás en san Luis potosí.

9.2 Recursos Físicos y financiamiento

Los recursos relativos al espacio físico y mobiliario fueron los propios de la unidad médica. Los espacios fueron la sala de espera de consulta externa, y cualquiera de los consultorios de Medicina Familiar.

La Tesista proveo de la computadora de trabajo cargada con Windows XP profesional 2002 service pack 3 con licencia, Ba-k.com licencia de código abierto.

El asesor estadístico proveo de su propia computadora cargada con Windows 7 con licencia, Office Home and Student 2010 con licencia y el paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows, licencia de código abierto.

Los materiales de oficina necesarios para el estudio y los costos, fueron provistos y financiados por la Tesista.

No se tiene financiamiento externo ni de patrocinadores.

9.3 Factibilidad

La disponibilidad de los recursos, el bajo costo de los materiales, la disponibilidad del tiempo, los instrumentos de trabajo fácilmente aplicables y la disponibilidad con los sujetos de investigación hacen factible el presente trabajo de investigación.

10. RESULTADOS

Se realizó trabajo durante las fechas de marzo a junio de 2018 con número de autorización de cirselis R-2017-2402-38, un total de 180 cuidadores primarios fueron estudiados, 66 cuidadores (36.67%) fueron del género masculino y 114 (63.33%) del sexo femenino. El rango de edad de estos cuidadores fue de 17 a 82 años (\bar{x} = 45.78, IC95% = 43.85 - 47.71) encontrándose que más de dos tercios de los mismos son mayores de 40 años (67.22%, n = 121). (Tabla 1)

El hijo es quien adoptó el papel de cuidador primario con más frecuencia (66.11%, n = 119), seguido del conyugue (20%, n = 36). El tiempo en el que el cuidador ha ejercido su labor fue, en la mayoría de los casos, de menos de 10 años (41.67%, n = 75). La escolaridad en casi la mitad de los cuidadores no excedió de la secundaria completa (44.67%, n = 129), mientras que los cuidadores con nivel universitario constituyeron una despreciable proporción (1.67%, n = 3). Estas características se muestran a detalle en la tabla 1.

Cerca de dos tercios de los cuidadores tienen al menos una enfermedad (58.9%, n = 106), siendo la hipertensión la afección más frecuente, ya sea como padecimiento único (28.33%, n = 51) o como comorbilidad a otro padecimiento, y la diabetes es la comorbilidad más frecuente. Por otro lado, 41.11% de los cuidadores primarios reportaron no padecer ninguna enfermedad (n = 74) (Tabla1).

Cada uno de los cuidadores primarios estudiados tenía bajo su custodia a un solo adulto mayor a la vez. Del total de ancianos bajo cuidado, 68 fueron del género masculino (37.78%) y 112 del sexo femenino (62.22%). El rango de edad de los adultos mayores bajo cuidado fue de 60 a 96 años (\bar{x} = 73.79, IC95% = 72.46 - 75.12). Más de dos tercios de los pacientes fueron mayores de 70 años (66.11%, n = 119). En la Tabla 2 se muestra la distribución de ancianos estudiados por grupo de edad.

Tabla 1: Factores sociodemográficos y de morbilidad de los cuidadores primarios de Adultos mayores. Tanlajás S.L.P, 2018

	Masculino N = 66		Femenino N = 114		Total N = 180	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Grupo Edad						
Menos de 20	0	0	2	1.75	2	1.11
20-39	16	24.24	41	35.96	57	31.67
40-59	35	53.03	53	46.49	88	48.89
60 y más	15	22.73	18	15.79	33	18.33
		100		100		100
Relación con el Adulto mayor						
Conyugue	15	22.73	21	18.42	36	20
Hermana	0	0	1	0.88	1	0.56
Hijo	47	71.21	72	63.16	119	66.11
Hijo político	3	4.55	11	9.65	14	7.78
Nieto	1	1.52	8	7.02	9	5
Sobrino	0	0	1	0.88	1	0.56
		100		100		100
Tiempo de ejercerse como cuidador						
Menos de 5	9	1.64	21	18.42	30	16.67
5 a 9	12	18.18	33	28.95	45	25
10 a 14	24	36.36	30	26.32	54	3
15 a 19	11	16.67	11	9.65	22	12.22
20 y más	10	15.15	19	16.67	29	16.11
		100		100		100
Escolaridad						
Ninguno	18	27.27	34	29.82	52	28.89
Primaria	17	25.76	42	36.84	59	32.78
Secundaria	22	33.33	25	21.93	47	26.11
Preparatoria	8	12.12	11	9.65	19	10.56
Licenciatura	1	1.52	2	1.75	3	1.67
		100		100		100
Morbilidad del cuidador						
Dislipidemia (DL)	2	3.03	3	2.63	5	2.78
Diabetes (DM)	10	15.15	11	9.65	21	11.67
Hipertensión (HTA)	15	22.73	36	31.58	51	28.33
DM + DL	0	0	1	0.88	1	0.56
DM + HTA	7	10.61	11	9.65	18	10
HTA + DL	1	1.52	0	0	1	0.56
Ninguna	28	42.42	46	40.35	74	41.11
Otros	3	4.55	6	5.26	9	5
		100		100		100

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

Tabla 2: Edad y morbilidad de los adultos mayores bajo cuidado. Tanlajás, 2018

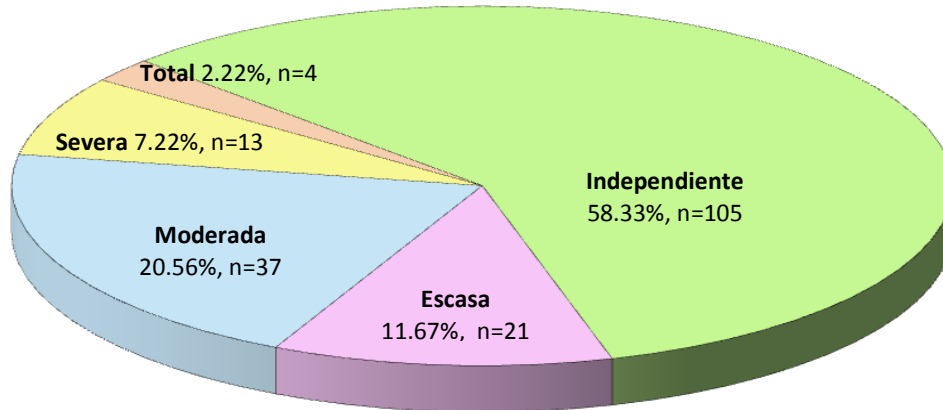
	Masculino		Femenino		Total	
	N = 68		N = 112		N = 180	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Grupo Edad						
60-69	21	30.88	40	35.71	61	33.89
70-79	28	41.18	37	33.04	65	36.11
80 y más	19	27.94	35	31.25	54	30
		100		100		100
Morbilidad del Adulto mayor						
Diabetes (DM)	5	7.35	13	11.61	18	10
Hipertensión (HTA)	25	36.76	49	43.75	74	41.11
DM + HTA	28	41.18	37	33.04	65	36.11
Ninguna	5	7.35	3	2.68	8	4.44
Otros	5	7.35	10	8.93	15	8.33
		100		100		100

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

Casi todos los adultos mayores bajo cuidado tuvieron algún padecimiento (95.55%, $n = 172$), siendo la hipertensión, al igual que en los cuidadores primarios, la enfermedad más frecuente, ya sea sola (41.11%, $n = 74$) o asociada a diabetes (36.11%, $n = 65$). Sólo 4.44% de la muestra de adultos mayores bajo cuidado refirió no padecer ninguna enfermedad ($n = 15$). La tabla 2 muestra a detalle la morbilidad entre los adultos mayores bajo cuidado.

Hasta el 41.67% ($n = 75$) de los ancianos bajo cuidado reportó cierto nivel de dependencia determinada mediante la Escala de Barthel. La mayoría de ellos tiene un grado de dependencia escasa o moderada (11.67%, $n = 21$ y 20.56%, $n = 37$ respectivamente). Sólo el 7.22% ($n = 13$) reportó un grado de dependencia severa y 2.22% ($n = 4$) una dependencia total (Gráfico 1).

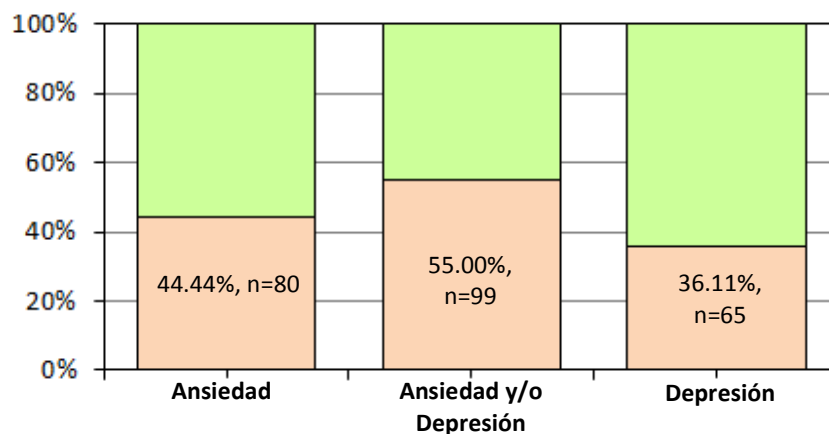
Grafico 1: Grado de dependencia de los adultos mayores bajo cuidado. Tanlajás, 2018



Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No.30 de Tanlajás, S.L.P

La prevalencia de ansiedad y/o depresión determinada mediante la escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg, entre los cuidadores primarios, fue del 55.00% (n = 99). El 44.44% de los cuidadores fue positivo para la subescala de ansiedad mientras que 36.11% lo fue para la subescala de depresión (Gráfico 2).

Grafico 2: Prevalencia de Ansiedad y Depresión entre los cuidadores primarios de Adultos mayores. Tanlajás, 2018

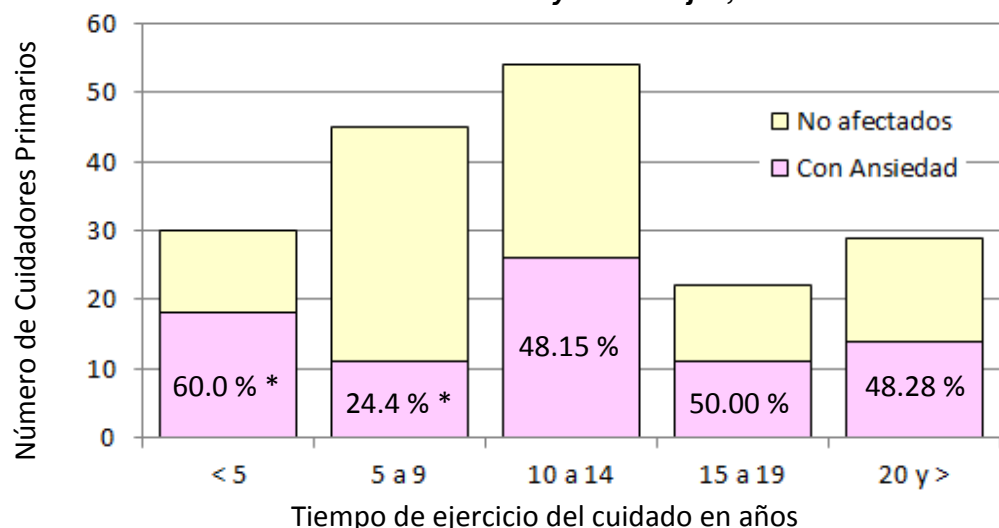


Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajas, S.L.P

Las tablas 3 y 4 muestran la prevalencia de Ansiedad según las diversas variables consideradas. En ellas se puede apreciar que la Ansiedad no está relacionada significativamente con el género del Cuidador ($p = 0.568$), el grupo de edad del Cuidador ($p = 0.414$), la relación familiar del Cuidador con el Adulto Mayor bajo cuidado ($p = 0.126$) ni tampoco con la escolaridad del Cuidador ($p = 0.123$), pero si se encontró una relación significativa con el tiempo de ejercer el cuidado ($p = 0.03$), y con la presencia de alguna morbilidad en el Cuidador ($p = 0.01$).

En relación al tiempo de cuidado al Adulto Mayor se encontró que la Ansiedad se presentó en 60% de los Cuidadores que tienen menos de 5 años de ser cuidador, pero esta cifra disminuyó a 24.4% entre los Cuidadores con 5 a 9 años de ser proveedores de cuidado. Después de los 10 años del ejercicio del cuidado, la ansiedad se presentó en la mitad de los Cuidadores (Gráfico 3, $p < 0.05$)

Gráfico 3: Ansiedad en Cuidadores Primarios según el tiempo de ejercicio del cuidado al Adulto Mayor. Tanlajás, 2018



* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

Tabla 3: Ansiedad en Cuidadores Primarios según diversas variables del propio cuidador. Tanalajás, 2018

	Con Ansiedad N = 80		No afectados N = 100		Total N = 180	
	n	%	n	%	n	%
Genero del Cuidador						
Masculino	27	40.91	39	59.09	66	100.00
Femenino	53	46.49	61	53.51	114	100.00
Grupo de edad del Cuidador						
Menos de 20	0	0.00	2	100.00	2	100.00
20-39	25	43.86	32	56.14	57	100.00
40-59	37	42.05	51	57.95	88	100.00
60 y más	18	54.55	15	45.45	33	100.00
Relación del Cuidador con el Adulto mayor						
Conyugue	20	55.56	16	44.44	36	100.00
Hermana	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Hijo	47	39.50	72	60.50	119	100.00
Hijo político	9	64.29	5	35.71	14	100.00
Nieto	3	33.33	6	66.67	9	100.00
Sobrina	0	0.00	1	100.00	1	100.00
Tiempo de ejercerse como Cuidador *						
Menos de 5 *	18	60.00	12	40.00	30	100.00
5 a 9 *	11	24.44	34	75.56	45	100.00
10 a 14 *	26	48.15	28	51.85	54	100.00
15 a 19 *	11	50.00	11	50.00	22	100.00
20 y más *	14	48.28	15	51.72	29	100.00
Escolaridad del Cuidador						
Ninguno	25	48.08	27	51.92	52	100.00
Primaria	21	35.59	38	64.41	59	100.00
Secundaria	20	42.55	27	57.45	47	100.00
Preparatoria	11	57.89	8	42.11	19	100.00
Licenciatura	3	100.00	0	0.00	3	100.00
Morbilidad del Cuidador *						
Dislipidemia (DL) *	5	100.00	0	0.00	5	100.00
Diabetes (DM) *	11	52.38	10	47.62	21	100.00
Hipertensión (HTA) *	28	54.90	23	45.10	51	100.00
DM + DL *	1	100.00	0	0.00	1	100.00
DM + HTA *	6	33.33	12	66.67	18	100.00
HTA + DL *	1	100.00	0	0.00	1	100.00
Ninguna *	25	33.78	49	66.22	74	100.00
Otros *	25	48.08	27	51.92	52	100.00

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanalajás, S.L.P

Tabla 4: Ansiedad en Cuidadores Primarios según diversas variables del adulto mayor bajo cuidado. Tanlajás, 2018

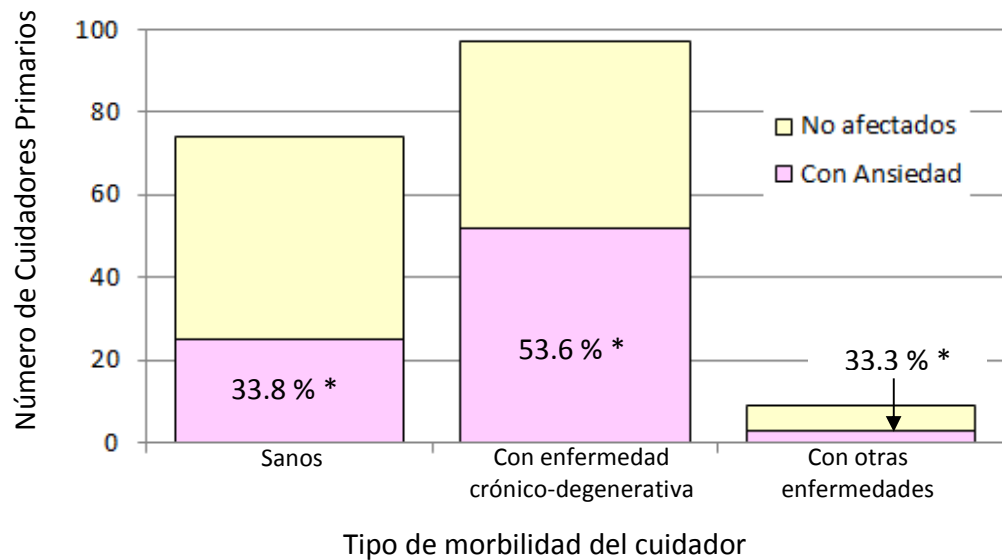
	Con Ansiedad N = 80		No afectados N = 100		Total N = 180	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género del Adulto mayor						
Masculino	25	36.76	43	63.24	68	100.00
Femenino	55	49.11	57	50.89	112	100.00
Grupo de Edad del Adulto Mayor						
60-69	24	39.34	37	60.66	61	100.00
70-79	26	40.00	39	60.00	65	100.00
80 y más	30	55.56	24	44.44	54	100.00
Morbilidad del Adulto mayor						
Diabetes (DM)	7	38.89	11	61.11	18	100.00
Hipertensión (HTA)	31	41.89	43	58.11	74	100.00
DM + HTA	32	49.23	33	50.77	65	100.00
Ninguna	4	50.00	4	50.00	8	100.00
Otros	6	40.00	9	60.00	15	100.00
Nivel de dependencia del Adulto mayor						
Independiente	25	36.76	43	63.24	68	100.00
Escasa	55	49.11	57	50.89	112	100.00
Moderada	24	39.34	37	60.66	61	100.00
Severa	26	40.00	39	60.00	65	100.00
Total	30	55.56	24	44.44	54	100.00

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

La Morbilidad del Cuidador Primario también parece estar relacionado de manera significativa con la presencia de Ansiedad (Tabla 3) siendo esta relación más evidente cuando agrupamos a todas las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes, hipertensión, dislipidemia) en una sola categoría, tal como lo muestra el Gráfico 4. De esta manera se aprecia que la Ansiedad estuvo presente en 53.6% de los Cuidadores con alguna enfermedad crónica degenerativa, cifra muy superior a la que se encontró en Cuidadores sanos con un 33.8% ($p < 0.05$).

Grafico 4: Ansiedad en Cuidadores Primarios según su propia morbilidad. Tanlajás, 2018



* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

La Ansiedad no está relacionada significativamente con el género ($p = 0.144$), el grupo de edad ($p = 0.145$), morbilidad ($p = 0.876$) o grado de dependencia (0.261) del Adulto Mayor bajo cuidado (Tabla 4).

En las tablas 5 y 6 se muestra la prevalencia de Depresión según las diversas variables consideradas. La Depresión en el Cuidador Primario no tuvo relación significativamente con el género del Cuidador ($p = 0.085$), el grupo de edad del Cuidador ($p = 0.723$), la relación familiar del Cuidador con el Adulto Mayor bajo cuidado ($p = 0.450$), ni tampoco con la escolaridad del Cuidador ($p = 0.361$). Y a diferencia de la Ansiedad, la depresión en el Cuidador no se relacionó con el tiempo de ejercer el cuidado ($p = 0.764$) ni con la presencia de alguna morbilidad en el Cuidador (tabla 5).

Tabla 5: Depresión en Cuidadores Primarios según diversas variables del propio cuidador. Tanlajás, 2018

	Con Depresión N = 65		No afectados N = 115		Total N = 180	
	n	%	n	%	n	%
Genero del Cuidador						
Masculino	18	27.27	48	72.73	66	100.00
Femenino	47	41.23	67	58.77	114	100.00
Grupo de edad del Cuidador						
Menos de 20	0	0.00	2	100.00	2	100.00
20-39	20	35.09	37	64.91	57	100.00
40-59	31	35.23	57	64.77	88	100.00
60 y más	14	42.42	19	57.58	33	100.00
Relación del Cuidador con el Adulto mayor						
Conyugue	17	47.22	19	52.78	36	100.00
Hermana	0	0.00	1	100.00	1	100.00
Hijo	38	31.93	81	68.07	119	100.00
Hijo político	6	42.86	8	57.14	14	100.00
Nieto	4	44.44	5	55.56	9	100.00
Sobrina	0	0.00	1	100.00	1	100.00
Tiempo de ejercerse como Cuidador						
Menos de 5	10	33.33	20	66.67	30	100.00
5 a 9	15	33.33	30	66.67	45	100.00
10 a 14	22	40.74	32	59.26	54	100.00
15 a 19	6	27.27	16	72.73	22	100.00
20 y más	12	41.38	17	58.62	29	100.00
Escolaridad del Cuidador						
Ninguno	23	44.23	29	55.77	52	100.00
Primaria	16	27.12	43	72.88	59	100.00
Secundaria	19	40.43	28	59.57	47	100.00
Preparatoria	6	31.58	13	68.42	19	100.00
Licenciatura	1	33.33	2	66.67	3	100.00
Morbilidad del Cuidador						
Dislipidemia (DL)	2	40.00	3	60.00	5	100.00
Diabetes (DM)	10	47.62	11	52.38	21	100.00
Hipertensión (HTA)	21	41.18	30	58.82	51	100.00
DM + DL	0	0.00	1	100.00	1	100.00
DM + HTA	7	38.89	11	61.11	18	100.00
HTA + DL	0	0.00	1	100.00	1	100.00
Ninguna	24	32.43	50	67.57	74	100.00
Otros	1	11.11	8	88.89	9	100.00

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

Tabla 6: Depresión en Cuidadores Primarios según diversas variables del adulto mayor bajo cuidado. Tanlajás, 2018

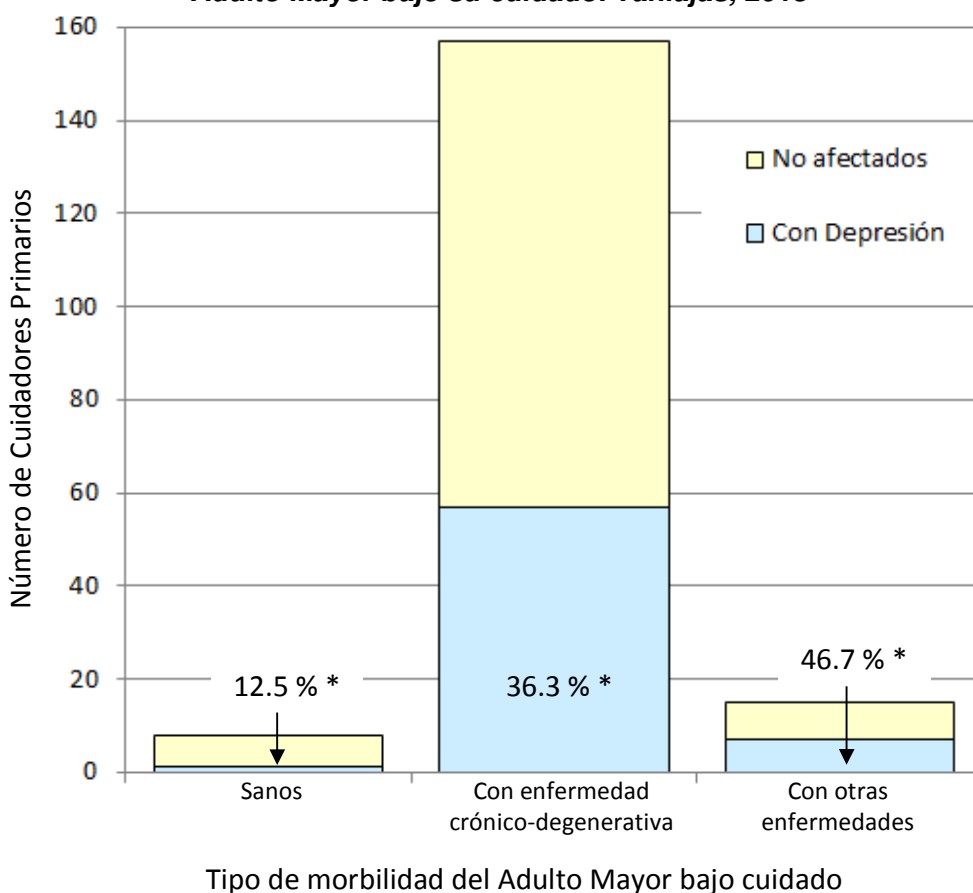
	Con Depresión N = 65		No afectados N = 115		Total N = 180	
	n	%	n	%	n	%
Género del Adulto mayor						
Masculino	25	36.76	43	63.24	68	100.00
Femenino	40	35.71	72	64.29	112	100.00
Grupo de Edad del Adulto Mayor						
60-69	23	37.70	38	62.30	61	100.00
70-79	25	38.46	40	61.54	65	100.00
80 y más	17	31.48	37	68.52	54	100.00
Morbilidad del Adulto mayor *						
Diabetes (DM) *	7	38.89	11	61.11	18	100.00
Hipertensión (HTA) *	33	50.77	32	49.23	65	100.00
DM + HTA *	17	22.97	57	77.03	74	100.00
Ninguna *	1	12.50	7	87.50	8	100.00
Otros *	7	46.67	8	53.33	15	100.00
Nivel de dependencia del Adulto mayor *						
Independiente *	30	28.57	75	71.43	105	100.00
Escasa *	5	23.81	16	76.19	21	100.00
Moderada *	22	59.46	15	40.54	37	100.00
Severa *	7	53.85	6	46.15	13	100.00
Total *	1	25.00	3	75.00	4	100.00

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

Las variables que sí se relacionaron significativamente con la Depresión del Cuidador primario fueron la morbilidad asociada al Adulto Mayor bajo cuidado y el grado de dependencia del Anciano en custodia (Tabla 6). La influencia de la morbilidad del Adulto Mayor bajo cuidado en la prevalencia de Depresión en el Cuidador Primario se hace evidente cuando se agrupan aquellos sujetos con enfermedades crónicas degenerativas en una sola categoría. Esto ha sido representado en el Gráfico 5 donde se aprecia que 36.3% de los cuidadores primarios que proveen de cuidados a Adultos Mayores con enfermedades crónico degenerativas tienen Depresión y hasta 46.7% de los cuidadores que custodian a adultos mayores con otras enfermedades no degenerativas ($p < 0.01$).

Grafico 5: Depresión en Cuidadores Primarios según la morbilidad del Adulto Mayor bajo su cuidado. Tanlajás, 2018

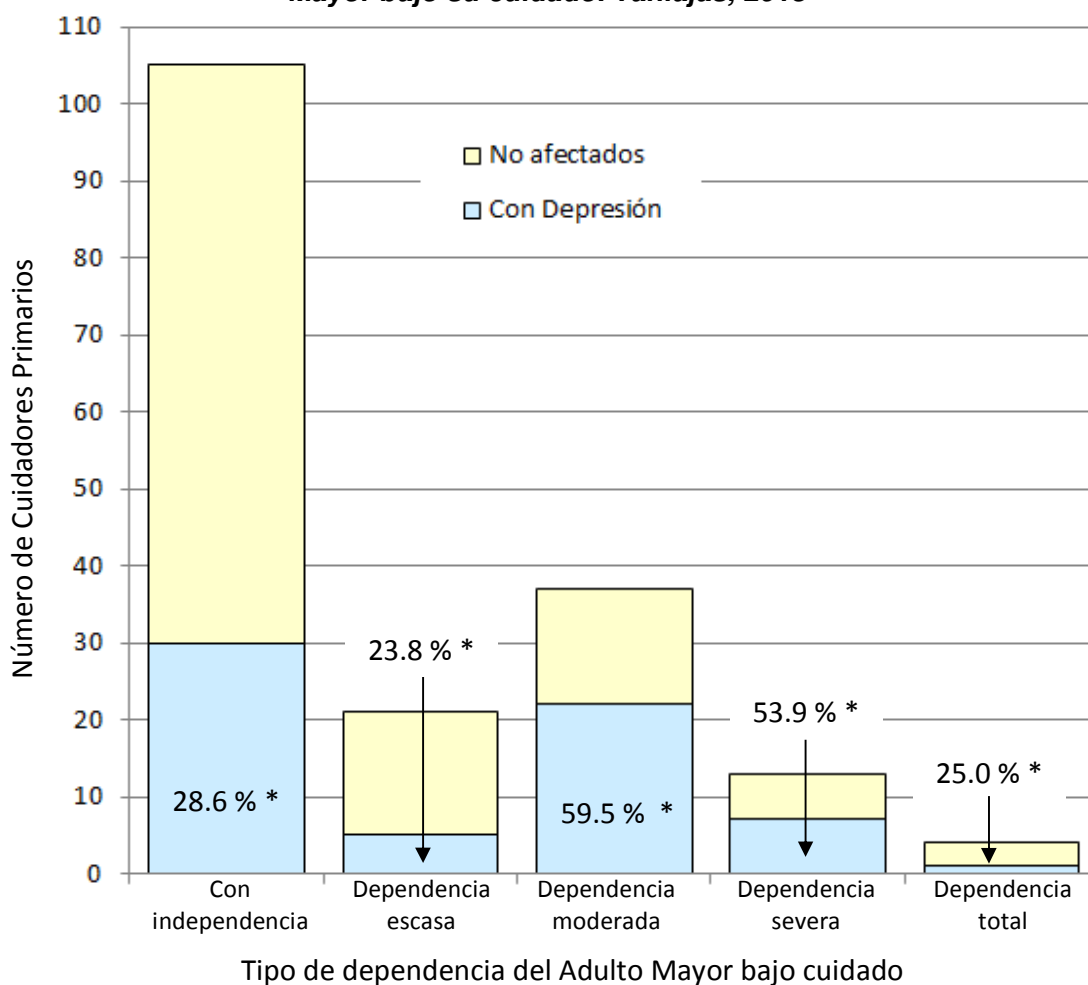


* $p < 0.01$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

El grado de dependencia del Adulto Mayor bajo custodia también tiene relación significativa en la prevalencia de Depresión en el Cuidador Primario tal como se aprecia en el gráfico 6. La prevalencia de depresión en el Cuidador Primario es relativamente baja en aquellos que cuidan a Adultos Mayores con independencia o con escasa dependencia, pero alcanza hasta 59.5% en aquellos cuidadores con Adultos Mayores con dependencia moderada y hasta 53.9% en aquellos que procuran a ancianos con dependencia severa ($p < 0.01$).

Grafico 6: Depresión en Cuidadores Primarios según la dependencia del Adulto Mayor bajo su cuidado. Tanlajás, 2018

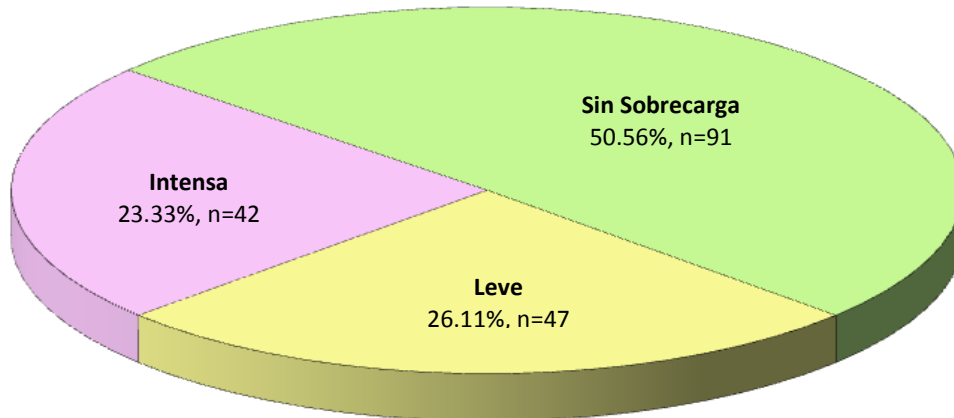


* $p < 0.01$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

La mitad de los cuidadores de adultos mayores muestra algún grado de sobrecarga determinada mediante la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (49.44%, $n = 89$), siendo la sobrecarga intensa en el 23.33% de los cuidadores y leve en 26.11% (Grafico 7)

Grafico 7: Grado de Sobrecarga de los Cuidadores primarios de adultos mayores. Tanlajás, 2018



Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

Las tablas 7 y 8 muestran la prevalencia de los distintos grados de Sobrecarga del Cuidador según las diversas variables consideradas. La Sobrecarga del Cuidador Primario no tuvo relación significativamente con el género del Cuidador ($p = 0.404$), el grupo de edad del Cuidador ($p = 0.756$), la relación familiar del Cuidador con el Adulto Mayor bajo cuidado ($p = 0.147$), tiempo de ejercer el cuidado ($p = 0.974$), escolaridad del Cuidador ($p = 0.837$), ni con la presencia de alguna morbilidad en el Cuidador ($p = 0.352$). Tampoco la tuvo con el género del adulto mayor bajo cuidado ($p = 0.083$) ni con la edad del adulto mayor custodiado ($p = 0.241$).

Por el contrario, la Sobrecarga del Cuidador si tuvo relación significativa con la morbilidad del adulto mayor bajo cuidado y su nivel de dependencia ($p < 0.01$, Tabla 8).

Tabla 7: Niveles de Sobrecarga en Cuidadores Primarios según diversas variables del propio cuidador. Tanlajás, 2018

	Sin sobrecarga N = 65		Sobrecarga Leve N = 115		Sobrecarga Intensa N = 180		Total N = 180	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Genero del Cuidador								
Masculino	37	56.1	17	25.8	12	18.2	66	100
Femenino	54	47.4	30	26.3	30	26.3	114	100
Grupo de edad del Cuidador								
Menos de 20	2	100	0	0.0	0	0.0	2	100
20-39	32	56.1	15	26.3	10	17.5	57	100
40-59	40	45.5	24	27.3	24	27.3	88	100
60 y más	17	51.5	8	24.2	8	24.2	33	100
Relación Cuidador-Adulto mayor								
Conyugue	17	47.2	7	19.4	12	33.3	36	100
Hermana	1	100	0	0.0	0	0.0	1	100
Hijo	62	52.1	36	30.3	21	17.6	119	100
Hijo político	8	57.1	3	21.4	3	21.4	14	100
Nieto	3	33.3	1	11.1	5	55.6	9	100
Sobrina	0	0.0	0	0.0	1	100	1	100
Tiempo ejercicio del Cuidado								
Menos de 5	15	50.0	7	23.3	8	26.7	30	100
5 a 9	25	55.6	12	26.7	8	17.8	45	100
10 a 14	27	50.0	14	25.9	13	24.1	54	100
15 a 19	12	54.5	5	22.7	5	22.7	22	100
20 y más	12	41.4	9	31.0	8	27.6	29	100
Escolaridad del Cuidador								
Ninguno	24	46.2	14	26.9	14	26.9	52	100
Primaria	35	59.3	12	20.3	12	20.3	59	100
Secundaria	21	44.7	15	31.9	11	23.4	47	100
Preparatoria	9	47.4	5	26.3	5	26.3	19	100
Licenciatura	2	66.7	1	33.3	0	0.0	3	100
Morbilidad del Cuidador								
Dislipidemia (DL)	0	0.0	3	60.0	2	40.0	5	100
Diabetes (DM)	11	52.4	6	28.6	4	19.0	21	100
Hipertensión (HTA)	23	45.1	12	23.5	16	31.4	51	100
DM + DL	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100
DM + HTA	9	50.0	4	22.2	5	27.8	18	100
HTA + DL	0	0.0	1	100	0	0.0	1	100
Ninguna	43	58.1	18	24.3	13	17.6	74	100
Otros	5	55.6	2	22.2	2	22.2	9	100

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

Tabla 8: Niveles de Sobrecarga en Cuidadores Primarios según diversas variables del Adulto Mayor bajo cuidado. Tanlajás, 2018

	Sin sobrecarga N = 65		Sobrecarga Leve N = 115		Sobrecarga Intensa N = 180		Total N = 180	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Género del Adulto mayor								
Masculino	30	44.1	16	23.5	22	32.4	68	100
Femenino	61	54.5	31	27.7	20	17.9	112	100
Grupo de Edad Adulto Mayor								
60-69	35	57.4	16	26.2	10	16.4	61	100
70-79	33	50.8	13	20.0	19	29.2	65	100
80 y más	23	42.6	18	33.3	13	24.1	54	100
Morbilidad del Adulto mayor *								
Diabetes (DM) *	10	55.6	4	22.2	4	22.2	18	100
Hipertensión (HTA) *	46	62.2	19	25.7	9	12.2	74	100
DM + HTA *	28	43.1	20	30.8	17	26.2	65	100
Ninguna *	3	37.5	2	25.0	3	37.5	8	100
Otros *	4	26.7	2	13.3	9	60.0	15	100
Nivel de dependencia Adulto *								
Independiente *	69	65.7	24	22.9	12	11.4	105	100
Escasa *	8	38.1	7	33.3	6	28.6	21	100
Moderada *	11	29.7	12	32.4	14	37.8	37	100
Severa *	3	23.1	3	23.1	7	53.8	13	100

* $p < 0.05$

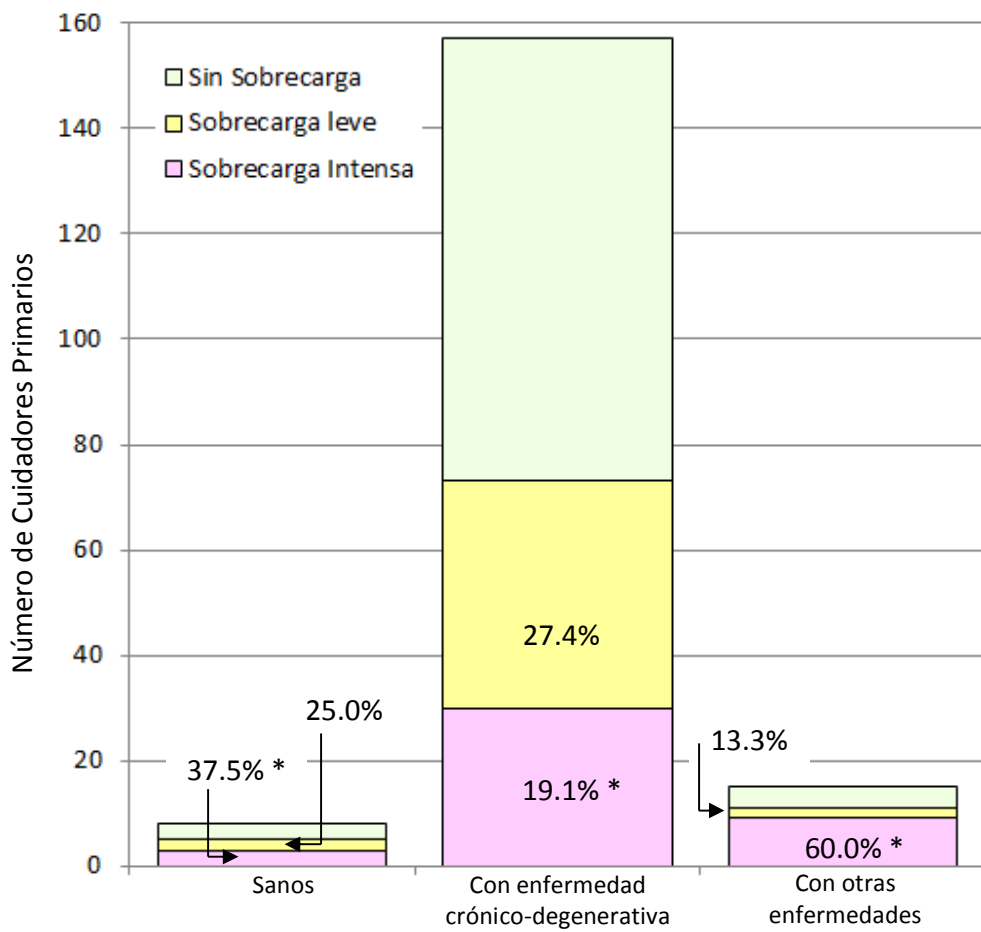
Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

La agrupación de todas las enfermedades crónicas degenerativas en una sola categoría hace más evidente la relación entre la Sobrecarga del Cuidador Primario y la morbilidad del adulto mayor bajo cuidado (Gráfico 8).

Hasta un 60% de los cuidadores de adultos mayores con otras enfermedades tienen una sobrecarga intensa y sólo 26.7% no tienen ningún grado de sobrecarga. La sobrecarga intensa por el contrario es mucho menos frecuente (19.1%) entre los

cuidadores de adultos con enfermedades crónicas degenerativas, incluso más baja que entre los cuidadores de adultos sanos (37.5%, gráfico 8, $p < 0.05$).

Gráfico 8: Niveles de Sobrecarga en Cuidadores Primarios según morbilidad del Adulto Mayor bajo su cuidado. Tanlajás, 2018

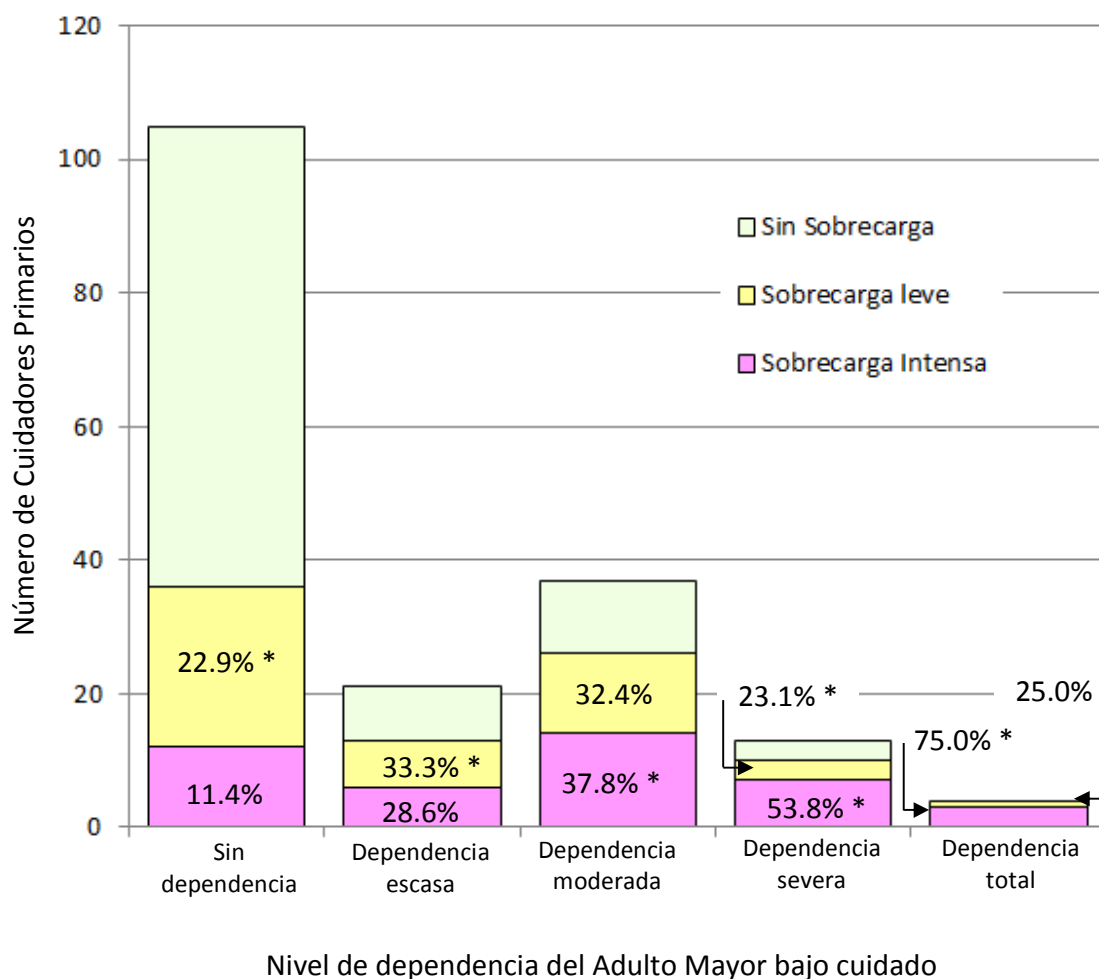


Tipo de morbilidad del Adulto Mayor bajo cuidado

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

Grafico 9: Niveles de Sobrecarga en Cuidadores Primarios según el nivel de dependencia del Adulto Mayor bajo su cuidado. Tanlajás, 2018



* $p < 0.01$

Fuente: Encuestas sobre depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF No. 30 de Tanlajás, S.L.P

La relación entre la sobrecarga del cuidador primario y el nivel de dependencia del adulto mayor bajo cuidado se muestra en la Grafica 9. En ella puede verse un incremento progresivo de la prevalencia de sobrecarga del cuidador con el incremento en el nivel de dependencia del adulto bajo cuidado. En la gráfica

apreciamos entonces que la sobrecarga intensa tiene una prevalencia de 11.4% entre los cuidadores de adultos sin dependencia, hasta llegar a un 75% de sobrecarga intensa entre cuidadores de adultos con dependencia total ($p < 0.01$). La sobrecarga leve tuvo una proporción similar en los cuidadores independientemente del nivel de dependencia de los adultos bajo cuidado.

11. DISCUSIÓN

Según el presente estudio se encontró que hay una estandarización del perfil del cuidador primario, en su gran mayoría se trata de cuidadores del sexo femenino como esposas, hijas y nueras, principalmente ^{1,2}, sin embargo, en el estudio realizado por Hernández-Cruz et al, se reporta en su mayoría los cuidadores eran del sexo masculino como hermanos e hijos y en su menor frecuencia padre y madre. ⁴⁸

En promedio la edad del cuidador, de acuerdo a diversos autores, es de entre 45 a 65 años ^{4,5}, sin embargo, en nuestro estudio este rango de edad se encontró con un margen más amplio abarcando desde los 18 años de edad y hasta los 82, que se encuentra en relación con el estudio realizado por cristina Navarro-Sandoval et al en el que estudió a cuidadores de pacientes geriátricos de una unidad de medicina familiar 171. ⁷

Con respecto a la escolaridad de los cuidadores se encuentra en distintos trabajos que un gran número de estos cuenta con estudio por arriba del nivel básico de primaria ⁴⁸, sin embargo, para nosotros esta estimación fue contraria encontrándose en su mayoría (44.67%) que los cuidadores no excede la secundaria completa, además de que los cuidadores con estudios universitarios fue un número mínimo (1.67%), en otros más se puede observar como en el realizado por Dzul-Gala en 2018 en el cual se observó solo a 18 cuidadores de pacientes con enfermedades musculo esqueléticas de los cuales en su mayoría se trataba de cuidadores que contaban con licenciatura.⁴⁹ Esto debido al lugar en el que fue realizado nuestro estudio, en el área rural.

Estamos de acuerdo que en la mayoría de los casos cuando hay una mala calidad de vida, una peor percepción de salud, la carga percibida por el cuidador es mayor, esta última depende de la limitación funcional del paciente a cuidar, factores importantes para desarrollar en estos cuidadores ansiedad y depresión, al igual que se encuentra en el estudio de Dzul-Gala et al.⁴⁹

12. CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado podemos concluir que se encontró la prevalencia de ansiedad y depresión van del mano aunado a la sobrecarga del cuidador.

Con respecto a la sobrecarga, encontramos que se experimenta en su mayoría una sobrecarga leve en relación a la dependencia del adulto mayor, es decir que en su mayoría los adultos mayores eran independientes, en comparación de aquellos con sobrecarga intensa, que son más dependientes de cuidado.

Con respecto a la relación de ansiedad y depresión de los cuidadores de acuerdo al tiempo de cuidado, tenemos que el 60% la presentaba con menos de 5 años de encontrarse cuidando al adulto mayor, mientras que en aquellos que se encontraban con un tiempo de cuidado de entre 5-9 años, estas patologías se presentaban en un 24.4%, aumentando a un 50% después de diez años de cuidado.

La ansiedad y la depresión no están relacionadas significativamente con el género, el grupo de edad, morbilidad o grado de dependencia del adulto mayor bajo cuidado

De igual manera la depresión en el Cuidador Primario no tuvo relación significativa con la familiar del Cuidador con el Adulto Mayor bajo cuidado, ni tampoco con la escolaridad del Cuidador. Y a diferencia de la Ansiedad, la depresión en el Cuidador no se relacionó con el tiempo de ejercer el cuidado, ni con la presencia de alguna morbilidad en el Cuidador.

De igual manera podemos observar que cuando se encuentra una dependencia mayor del paciente bajo su cuidado, la sobrecarga, la ansiedad y la depresión se presentan con mayor frecuencia.

Por otro lado, con respecto a la escolaridad de los cuidadores no se puede establecer una relación adecuada ya que se contó con un mayor nivel de escolaridad bajo.

13. SUGERENCIAS

En el presente estudio podemos ver que se encuentra relacionado fuertemente los trastornos de ansiedad y depresión, así como la sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores, sobre todo en aquellos que se encuentran con múltiples comorbilidades, además de aquellos que presentan una dependencia moderada a severa, por lo que se sugiere:

1. Orientar a cerca de las enfermedades crónico degenerativas, como qué son y cómo prevenirlas, para evitar las comorbilidades en adultos mayores, dirigidas al cuidador.
2. Talleres a cerca de alimentación adecuada y realización de ejercicio de manera regular, dirigida al adulto mayor y a sus cuidadores, además de la población en general desde la niñez para poder enfermedades crónico degenerativas a temprana edad.
3. Adecuado control de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas para que de esta forma podamos evitar secuelas que ocasionen sobrecarga en sus cuidadores.
4. Talleres que informen a cerca de las patologías aquí tratadas para que de igual manera cada cuidador detecte algún síntoma que pudiera ameritar tratamiento por especialista.
5. Talleres en los cuales se les informe a familiares de la importancia del apoyo al cuidador primario.
6. Entrenar al personal de salud que se encuentra en contacto con cuidadores y pacientes para poder diagnosticar de manera adecuada e inmediata los trastornos de ansiedad y depresión además de la sobrecarga.
7. Realizar cuestionario de Zarit, Golberg y Barthel en aquellos cuidadores en los que se sospeche algunos de estos trastornos.
8. Enviar de manera oportuna a los cuidadores primarios en los que se detecte ansiedad o depresión, para tratamiento adecuado.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Instituto mexicano del seguro social. Detección y manejo del colapso del cuidador. (1 ed.). México D. F. Instituto mexicano del seguro social; 2015. guía de práctica clínica, disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-781-15-Colapso_cuidador/781GER.pdf, revisado 18 de marzo 2017
2. INEGI. Estadísticas a propósito del día de los cuidadores de personas dependientes. Instituto nacional de estadística y geografía. 28 de febrero 2016: 1-10. Disponible en, <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/enaid/2016/>
3. INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA Y ESTADISTICA <http://www.inegi.org.mx/>, Consultado en mayo de 2017
4. Velasco, J.F, Grijalva, M.G, Pedraza, A.G. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. Medicina paliativa. 2015;22(4): 146-151.
5. Flores G, E, Rivas R, E, Seguel P, F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. Enferm. [Internet]. 2012 Abr. [citado 2017 Mayo 27] ; 18(1): 29-41
6. Espinoza Miranda Karina, Jofre Aravena Viviane. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Cienc. enferm. [Internet]. 2012 Ago [citado 2017 Mayo 27] ; 18(2): 23-30
7. Navarro-Sandoval C, Uriostegui-Espíritu L, Delgado-quiñones E, Sahagún-Cuevas M. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. Revista médica del instituto mexicano del seguro social. 2017; 55(1): 1-12.
8. Palome G, Gallegos R, M, Xeuqe A, S, Juárez A, Perea M, G. Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. Facultad de enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro: 2014:0(1):1-10

9. Wright J, F, Doherty M, E, Dumas, L.G. Caregivers burden: three voices-three realities. *Nurs. Clin. North Am.* 2009 jun;44(2):209-221
10. Corbalán, M.G, Hernández, O, Carré, M, Paul, G, Hernández, B. Sobrecarga ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos.* 2012; 24(3): 120-123.
11. Romero-Massa, E. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. *Revista cubana de enfermería.* 2015; 31(4): 1-15.
12. Ostigín-Meléndez, R, M, Rivas-herrera, J, C, Vallejo-allende, M, Crespo-Knopfler, S, Alvarado-Aguilar, S. Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas. *Invest. Educ. Enferm.* 2012; 30(1): 9-17.
13. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med. Int. Méx* 2015;31:660-668
14. De valle-Alonso, M.J, Hernández -López, I.E, Zúñiga-Vargas, M.L, Martínez-aguilera, P. Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria.* 2015; 12(1): 19-27.
15. Morales, R, Pobeda, C. Grado de sobrecarga y afectación a la salud, en el cuidador del paciente inmovilizado perteneciente a la unidad de atención comunitaria geriátrica del hospital nacional de geriatría y gerontología. *Revista médica de costa rica y Centroamérica.* 2015; 76(614): 225-230.
16. Delgado, E, Suarez, O, De dios, R, Valdespino, I, Sousa, Y. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *SEMERGEN-Medicina de familia.* 2014; 40(2): 57-64.
17. D'aoust, R.F, Brewster, G, Rowe, M.A. Depression in informal caregivers of persons with dementia. *Olden people nurs.* 2015;10(1):14-26
18. Kim, H, Chang, M, Rose, K, Kim, S. Predictors of caregiverburden in caregivers of individuals with dementia. *Pub Med.* 2012; 68(4):846-855.

19. Adelman R,D, Tmanova L,L, Delgado D, Dion S, Lanchs M,S, Caregiver burden: a clinical review. Pub med. 2014; 311(10): 1052-60.
20. Cardona, D, Segura, A, Berbesy, D, Agudelo, M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Facultad nacional de educación pública. 2013; 31(1): 29-39.
21. Zambrano-Domínguez, E.M, Guerra-Martín, M.D. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Chía, Colombia. 2012; 12(3): 241-251.
22. Germain, V, Debacuyo-yonli, T, Marilier, S, Putot A, Bengrine-lefebre, L. Management of elderly patients suffering from cancer: Assessment of perceived burden and of quality of life of primary caregivers. Journal of geriatric oncology. 2016; 8(3): 220-218.
23. Buenfil, B.K, Hijuelos, N.A, Pineda, J.C, Salgado, H, Pérez, E.A. Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. 2016;5(10): 1-26.
24. Morales-cariño, E, Jiménez-herrera, B, Serrano-Miranda, T. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. Revista de investigación clínica. 2012; 64(3): 240-246.
25. Valencia, M.C, Meza- Osnaya, G, Pérez-cruz, I, Cortes-campero, N, Hernández-Ovalle, J. Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. Revista de calidad asistencial on line 8 march 2017
26. Carreón-Nieto, C, Negrón-Mata, E., Olague-Urincho, E. Nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncer. Revista enfermería del instituto mexicano del seguro social. 2014; 3(22): 131-134.
27. OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
28. Gran Vía, artículo de revisión sobre depresión, disponible en: <http://www.psicologos-granvia.com/articulos/la-depresion>

29. Instituto nacional de psiquiatría disponible en http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/guias_clinicas.html, revisado en mayo de 2017
30. Diccionario de la real academia de la lengua, disponible en : <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=ansiedad>
31. Virues, R. A. (2005, 25 de mayo). Estudio sobre ansiedad. *RevistaPsicologiaCientifica.com*, 7(8). Disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio>
32. Virgen, R, Lara, A.C, Molares, G, Villaseñor, S.J. Los trastornos de ansiedad. *Revista digital universitaria*. {internet}2006;{citado 2017 mayo 20}:6(11): 2-11.disponible en http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
33. López, J.,.A. Manual de Buena Práctica en Cuidados a las Personas Mayores (13 ed.). España: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2013:34
34. Psico Sitio [tps://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/](https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/)
35. Síndrome del cuidador primario <https://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-ii-como-cuidar-al-que-cuida/> revisado 26 de mayo 2017
36. Cedillo-torres, A.G, Grijalva, M.G, Santaella-Hidalgo, G.B, Cuevas-abad, M, Pedraza-Avilés, A.G. Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Revista mexicana del seguro social*. 2015;53(3): 362-367.
37. Balanza, S, Morales, I, Guerrero, J. Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Socio familiares Asociados. *The Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. 2009;20(2): 177-187.
38. Dirección de incorporación y recaudación (DIR), disponible en <http://11.15.25.206/portal/>

39. información del municipio disponible en:

[https://es.wikipedia.org/wiki/Tanlaj%C3%A1s_\(municipio\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Tanlaj%C3%A1s_(municipio))

40. García, C.R. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg adaptación cubana. Rev. Cubana Med. Gen Integr. 1999; 15(1): 88-97.
41. Espinoza, M.C, Orozco, L.A, Ybarra, J.L. Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. Salud mental. 2015; 38(3): 201-208.
42. Barrero, C.L, García, S, Ojeda, A. Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y restauración neurológica. 2005; 4(1-2): 81-85.
43. Cid-ruzafa, J, Damián-moreno, J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revesp salud pública. 1997;71(2): 127-137
44. Vélez, J.M, Berbesi, D, Cardona, D, Segura, A, Ordoñez, J. Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. Atención primaria. 2012;44(7): 411-416.
45. Montero X, Jurado S, Valencia, A, Méndez, J, Mora, I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. Psicooncología. 2014; 11(1): 71-85.
46. Ley general de salud. ley_general_de_salud.pdf. disponible en: <http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/> consulta 25 de mayo del 2017.
47. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial paginas 1-4 disponible en http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf revisado 4 de junio de 2017.
48. Enoc Isaí Hernández-Cantú, Alan Karim Sayeg-Silva, Valeria Estefanía Vargas-García, et al. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes internados en un hospital general de Nuevo León, México. *Revista de enfermería instituto mexicano del seguro social* 2017; 25(3):61-72

49. Dzul-Gala Felipe, Tun-Colonia José Antonio, Arankowsky-Sandoval Gloria, et al. Relación entre sobrecarga y el índice depresivo del cuidador primario de pacientes con enfermedad neuroesqueléticas. *Revista biomédica* 2018; 29(3): 61-69.

15. Anexos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	2 0 1 7				2 0 1 8								2 0 1 9															
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisión del protocolo por parte del comité																												
Planeación operativa, permisos y reuniones con el personal																												
Recolección de la información																												
Captura de datos																												
Análisis de datos y elaboración de tablas y gráficos de salida																												
Elaboración y análisis de resultados																												
Revisión de la literatura																												
Elaboración de la discusión y las conclusiones																												
Redacción de la tesis																												
Envío de la tesis a la UNAM y difusión de resultados																												

ANEXOS

IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR

NOMBRE:

Clave de identificación:	
Género del paciente al que cuida:	
Edad:	
Relación familiar con el cuidador:	
Tiempo que lleva de cuidador:	
Enfermedades que padezca:	Escolaridad:
Edad del paciente a quien cuida:	
Enfermedades del paciente a quien cuida:	

ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN DE GOLDBERG: Escala de tamizaje para detectar probables casos de ansiedad y depresión los primeros cuatro ítems son de despiste y si son afirmativas se continúa la entrevista y se cataloga como caso probable de ansiedad o depresión. ^{40,41}

ESCALA DE EADG-(ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN)		SI/NO
SUBESCALA DE ANSIEDAD		
1.-¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o tenso?		
2.-¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.-¿Se ha sentido muy irritable?		
4.-¿Ha tenido dificultades para relajarse?		
5.-¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.-¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.-¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8.-¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.-¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		SI/NO
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?		
2.-¿Ha perdido el interés en las cosas?		
3.-¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4.-¿se ha sentido desesperado, sin esperanza?		
5.-¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6.-¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7.-¿Se ha estado desesperando demasiado temprano?		
8.-¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9.-¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

ESCALA DE BARTHEL: Es utilizada para medir el grado de dependencia, cuanto más cerca esta del 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario, cuando más cerca esta del 100, es indicativo de independencia, se aplicó al cuidador.^{42,43}

ÍNDICE DE AUTOCUIDADO	INDEPENDENCIA	CON AYUDA	DEPENDENCIA
1.Berber de un vaso	4	0	0
2.Comer	6	0	0
3.Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4.Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5.Colocarse prótesis a aparatos ortopédicos	0	-2	0
6.Aseo personal	5	0	0
7.Lavarse o bañarse	6	0	0
8.Control de orina	10	5	0
9.Control de heces	10	5	0
ÍNDICE DE MOVILIDAD			
10.Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11.Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12.Entrada y salida de la ducha	1	0	0
13.Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14.Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15.Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT: Consta de 22 ítems con una escala de 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces), 5 (casi siempre), las puntuaciones obtenidas se suman y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Con interpretación de puntaje menor de 47 sin sobrecarga, de 47-55 sobrecarga leve y más de 55 con sobrecarga intensa.^{44, 45}

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT	
1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia 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 esta cerca de su familiar?	
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8.- ¿Piensa que su familiar depende de usted?	
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a que ha tener que cuidar de su familiar?	
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
13.- ¿Se siente incómodo por tener que distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar 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 tener que 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. ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor de su familiar	
22.- ¿Globalmente, que grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
total	

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

 <p>IMSS SOLIDARIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL</p>	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>						
	<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN DEPRESION, ANSIEDAD Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES DE LA UNF 30 DE TANLAJAS</p>						
Nombre del estudio:	DEPRESION, ANSIEDAD Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES DE LA UNF 30 DE TANLAJAS						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.30 DE TANLAJAS						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la prevalencia de depresión, ansiedad y sobrecarga en cuidadores primarios						
Procedimientos:	Recolección de datos a través de encuestas						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Poder identificar a los pacientes que necesitan de apoyo especializado						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se darán a conocer a los participantes en, para su canalización con especialista						
Participación o retiro:							
Privacidad y confidencialidad:	Los datos serán manejados sólo por el investigador. No se usarán nombres ni datos personales sino los datos obtenidos en la encuesta y sólo con fines estadísticos						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Identificar a los pacientes que ameritan tratamiento especializado						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DRA. MARTHA JESSICA CRUZ OSORIO teléfono 481 154 74 66 correo cruzcelest30@yahoo.com						
Colaboradores:							
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° 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: comision.etica@imss.gob.mx							
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
_____	_____						
Testigo 1	Testigo 2						
_____	_____						
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma						
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio							
Clave: 2810-009-013							

