



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TÍTULO**

**“Relación entre sobrecarga del cuidador y  
depresión en cuidadores de personas con  
discapacidad, en el Centro de Salud N°3, Loja”**

Tesis previa a la obtención del  
título de Médico General

**Autora:** Katherine Janela Prado Cueva

**Director:** Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp

**LOJA - ECUADOR**

2020

# CERTIFICACIÓN

Loja, 15 de julio del 2020

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp  
**DIRECTOR DE TESIS**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo titulado: **“Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el centro de salud N°3, Loja”** de autoría de la estudiante Katherine Janela Prado Cueva, previo a la obtención del título de Médico General; ha sido planificado y ejecutado bajo mi dirección y supervisión, por lo que al cumplir con los requisitos reglamentarios autorizo su presentación para la respectiva sustentación y defensa ante el tribunal asignado para el efecto.

Atentamente:



.....  
Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp  
**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo Katherine Janela Prado Cueva declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la tesis en el Repositorio Institucional –Biblioteca Virtual

Autora: Katherine Janela Prado Cueva



Firma.

C.I: 1105921033

Fecha: 15 de julio de 2020

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Katherine Janela Prado Cueva, declaro ser autora de la tesis titulada: “Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el centro de Salud N°3, Loja.” y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos publique este trabajo a través del repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 15 días del mes de julio del dos mil veinte, firma la autora

Loja, 15 de julio del 2020.



Autora: Katherine Janela Prado Cueva

C.I.: 1105921033

Correo Electrónico: [Katherine.prado@unl.edu.ec](mailto:Katherine.prado@unl.edu.ec)

Teléfono: 2104395

Datos complementarios:

Director de Tesis: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

Tribunal de Grado: Dra. Fabiola María Barba Tapia, Mg. Sc.

Dr. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva, Esp.

## **DEDICATORIA**

Me permito dedicar este trabajo primeramente a Dios, que me mantiene con vida y cada día me brinda salud, sabiduría y fortaleza para seguir adelante.

A mis padres y hermanos, quienes con sus sabios consejos amor, esfuerzo y apoyo incondicional, han sido el pilar fundamental en mi vida.

A mis sobrinos, que con su inocencia y amor puro me motivan y alientan a ser cada día alguien mejor.

*Katherine Prado Cueva*

## **AGRADECIMIENTO**

Por medio de este trabajo investigativo, me permito expresar mi más sincero agradecimiento primeramente a Dios, por brindarme la capacidad y constancia para concluir satisfactoriamente el presente trabajo. A mis padres, hermanos y toda mi familia por la gran motivación para alcanzar mis anhelos.

A la Universidad Nacional de Loja, que me abrió sus puertas para formarme como profesional. A sus docentes que con sus conocimientos supieron cimentar las bases en mi formación intelectual, profesional y humanitaria. Mi gratitud así mismo al Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, director de Tesis, quien de manera profesional y desinteresada oriento el presente trabajo de investigación.

A las autoridades del Centro de Salud N°3, por permitirme realizar la presente investigación.

A mis amigos a los cuales aprecio mucho, por todo su apoyo incondicional.

## ÍNDICE

Carátula .....	i
Certificación.....	ii
Autoría .....	iii
Carta de autorización .....	iv
Dedicatoria .....	v
Agradecimiento .....	vi
Índice .....	vii
1. Título .....	10
2. Resumen .....	11
Abstract.....	12
3. Introducción .....	13
4. Revisión de literatura.....	16
4.1. Discapacidad en Ecuador .....	16
4.2. Grados de discapacidad.....	19
4.2.1. Grado 1. Discapacidad nula.....	19
4.2.2. Grado 2. Discapacidad leve.....	19
4.2.3. Grado 3. Discapacidad moderada.....	19
4.2.4. Grado 4. Discapacidad grave.....	19
4.2.5. Grado 5. Discapacidad muy grave.....	19
4.3. Sobrecarga del cuidador.....	20
4.3.1. Tipos de cuidador.....	20
4.3.1.1. Cuidador principal.....	20
4.3.1.2. Cuidador formal.....	20
4.3.1.3. Cuidador informal .....	20
4.3.2. Características del cuidador.....	21
4.3.3. Sobrecarga del cuidador: Alteraciones.....	21
4.3.3.1. Alteraciones físicas .....	22
4.3.3.2. Alteraciones Psíquicas.....	22

4.3.3.3.	Alteraciones sociales .....	22
4.3.3.4.	Alteraciones laborales.....	23
4.3.4.	Diagnóstico de sobrecarga del cuidador .....	23
4.3.4.1.	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.....	24
4.3.5.	Familia y sobrecarga del cuidador .....	24
4.3.6.	Sobrecarga del cuidador y depresión.....	25
4.4.	Depresión .....	26
4.5.1	Tipos de depresión.....	27
4.5.2	Diagnóstico de depresión.....	29
4.5.2.1.	Escala de valoración de Hamilton.....	30
4.5.3	Depresión en cuidadores.....	33
4.5.4	Manejo de la depresión.....	34
5.	Materiales y métodos .....	36
5.1.	Enfoque .....	36
5.2.	Tipo de diseño utilizado .....	36
5.3.	Unidad de estudio .....	36
5.4.	Universo .....	36
5.5.	Criterios de inclusión y exclusión .....	36
5.5.1.	Criterios de inclusión .....	36
5.5.2.	Criterios de exclusión.....	36
5.6.	Técnicas.....	37
5.7.	Instrumentos.....	37
5.8.	Equipo y materiales .....	37
6.	Resultados.....	38
7.	Discusión.....	46
8.	Conclusiones.....	49
9.	Recomendaciones.....	51
10.	Bibliografía.....	52
11.	Anexos.....	54
11.1.	Consentimiento informado.....	54
11.2.	Ficha sociodemográfica.....	58



11.3.	Scala de Hamilton.....	59
11.4.	Test de Zarit.....	62
11.5.	Informe de pertinencia.....	63
11.6.	Designación de director de tesis.....	64
11.7.	Certificación de traducción.....	65

## **1. TÍTULO**

“Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N°3, Loja”

## 1. RESUMEN

Es de conocimiento mundial que los cuidadores de personas con discapacidad enfrentan situaciones de vulnerabilidad, tensión física y emocional, dando lugar a la sobrecarga del cuidador, lo que incrementa el riesgo de problemas de salud mental como la depresión. En nuestro país se constituye en un gran problema de salud pública por la elevada prevalencia de dichas patologías. La presente investigación se realizó con el objetivo de establecer la relación entre la sobrecarga del cuidador y la depresión en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N°3, en la ciudad de Loja en el año 2018. El diseño de estudio es de tipo cuantitativo, analítico, de corte transversal. El universo estuvo constituido por 109 cuidadores de personas con discapacidad. Los datos de dicha investigación se obtuvieron mediante la aplicación de dos instrumentos: la escala de Zarit y el test de Hamilton, y la aplicación de una ficha sociodemográfica. Los resultados obtenidos indican una prevalencia de sobrecarga del cuidador del 77% y de depresión del 73.4%. Los cuidadores generalmente son mujeres (89,9%), con una edad comprendida entre 35 y 64 años, con un nivel de instrucción bajo (52.3% primaria), el 86,2% se dedica al cuidado de personas con discapacidad muy grave (> 75%), en cuanto al grado de afinidad el 29,4% corresponde a un familiar. Se comprobó que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio ( $p = 0,029$ ).

**Palabras clave:** Cuidadores, Discapacidad, Test de Zarit, Test de Hamilton.

## ABSTRACT

It is globally known that caregivers of people with disabilities face situations of vulnerability, physical and emotional stress, leading to caregiver overload, which increases the risk of mental health problems such as depression. In our country it constitutes a great public health problem due to the high prevalence of these pathologies. The present investigation was carried out with the aim of establishing the relationship between caregiver overload and depression in caregivers of people with disabilities at Health Center No. 3, in the city of Loja in 2018. The study design is of a quantitative, analytical, cross-sectional type. The universe was made up of 109 caregivers of people with disabilities. The data from said investigation were obtained by applying two instruments: the Zarit scale and the Hamilton test, and the application of a sociodemographic record. The results obtained indicate a prevalence of caregiver overload of 77% and depression of 73.4%. The caregivers are generally women (89.9%), with an age between 35 and 64 years, with a low level of education (52.3% primary), 86.2% are dedicated to the care of people with very serious disabilities (> 75%), regarding the degree of affinity 29.4% corresponds to a relative. It was verified that there is a statistically significant relationship between the study variables ( $p = 0.029$ ).

**Keywords:** Caregivers, Disability, Zarit Test, Hamilton Test.

## 2. INTRODUCCIÓN

La sobrecarga del cuidador es un problema de salud de gran impacto en la actualidad, se refiere a la repercusión negativa en la salud del cuidador de una persona con enfermedad crónica o discapacidad producto de un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos que generan sus actividades de cuidado y que finalmente terminan alterando la dinámica habitual de vida y restringiendo socialmente al cuidador. (Mendoza, 2014).

Se estima que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial, están aquejadas por la discapacidad en alguna forma de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. (OMS, 2011). En Ecuador existen 455.829 personas con discapacidad, con bajo o ningún nivel de autonomía, y en la provincia de Loja existen 14504 personas con discapacidad. (CONADIS, Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades, 2013-2017).

La atención y cuidados que requieren las personas con discapacidad demanda una labor constante, el cuidado de la salud de las personas con discapacidad corresponde en su mayor medida a la familia, que no siempre dispone de los recursos y conductas para afrontar las tensiones, ansiedad y depresión producidas por dicho cuidado. (Isaí & Reyes, 2016)

Estudios tanto internacionales como nacionales ponen de manifiesto las repercusiones que se ocasionan en la vida del cuidador, en Estados Unidos se estima que el 55.5% de los cuidadores presentan sobrecarga leve o intensa, en España el 66.4%, en Chile y Argentina el 58% y en Colombia los estudios demuestran que el 47% de los cuidadores presentan sobrecarga (Vega et al.2014).

En la provincia de Loja según el estudio: Caracterización y factores de riesgo de los cuidadores para el desarrollo del síndrome del cuidador en personas con discapacidad muy grave

y severa, se determinó síndrome del cuidador o sobrecarga del cuidador en el 62 % de la población, de los cuales el 31% presento sobrecarga intensa y el 37% sobrecarga leve. (Quinche & Rios, 2016).

Así mismo la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. En España, el riesgo de que la población general desarrolle, al menos, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es mayor en mujeres (22,9%) que en hombres (15,7%), mientras que el porcentaje de personas que padece anualmente la enfermedad es del 4%. (OPS 2015). Según la organización mundial de la salud la prevalencia de depresión en Ecuador es del 4,6%.

El hecho de cuidar a una persona con discapacidad tiene un gran impacto en la salud, en dichas situaciones el cuidador tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparado. Esto puede llevar a comprometer la vida, la salud, el bienestar no solo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados.

Además, es conveniente realizar esta investigación, porque hasta el momento no se ha realizado estudios en esta población, lo cual permitiría la intervención oportuna del equipo de salud, estableciendo estrategias de fortalecimiento y apoyo en su proceso adaptativo, mejorando así la salud del cuidador. La presente investigación se encuentra incluida en las prioridades de investigación establecidas por el Ministerio de Salud Pública (salud mental y trastornos del comportamiento), línea 11 de investigación, depresión, calidad de vida e impacto psicosocial como sub- línea de estudio.

Desde un punto de vista práctico, los resultados de la presente investigación pueden servir de línea de base para establecer estrategias de control, manejo y rehabilitación de los cuidadores que presenten sobrecarga y depresión, y así mejorar su cuadro patológico, y con su consecuente publicación hacer conocer la realidad en nuestro país de este grupo vulnerable.

Por lo mencionado anteriormente se planteó la siguiente pregunta de investigación:  
¿Existe relación entre la sobrecarga del cuidador y la depresión en cuidadores de personas con discapacidad?

Para desarrollar la presente investigación se planteó como objetivo general: Establecer la relación entre la sobrecarga del cuidador y la depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N°3, en la ciudad de Loja; y como objetivos específicos: Determinar la prevalencia de sobrecarga del cuidador y depresión, además determinar la relación en función de la edad, sexo, nivel de instrucción del cuidador, y grado de discapacidad del paciente, y de acuerdo al grado de afinidad entre el cuidador y el paciente.

### **3. REVISIÓN DE LITERATURA**

#### **3.1. Discapacidad en Ecuador**

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación (OMS 2011).

Según la OMS (2011) en el mundo existen más de mil millones de personas que representa el 15 % que padecen alguna forma de discapacidad. En América Latina existen alrededor de 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad. En Ecuador existen 455.829 personas con discapacidad, con bajo o ningún nivel de autonomía. De los cuales el 38% necesita de cuidado permanente (CONADIS, Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades, 2013-2017)

Los cuidadores, no sólo asumen las responsabilidades derivadas del cuidado sino también las consecuencias que el mismo conlleva sobre la dinámica familiar, de pareja, sus relaciones sociales, actividades de tiempo libre y cotidiano.

En el 2017 se identificó en todo el país 433169 personas con discapacidad, siendo la física la de mayor presentación con el 46,68%, seguido de la intelectual con el 22,54%, la auditiva con el 12,88%, visual 11,89%, psicológica el 4,71% y de lenguaje con el 1.30%. (CONADIS, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2017)

Mientras que de acuerdo al grado de discapacidad más del 45% de la población presenta discapacidad del 30 al 49%, el 35% del 50 al 74%, el 13.64% presenta el grado de discapacidad del 75 al 84%, y únicamente el 5% discapacidad severa del 85 al 100%, de los presentes datos determinamos que existe una diferencia leve entre las personas con discapacidad de acuerdo al sexo, siendo 56.22% hombres mientras que el 43.78% mujeres, los grupos etarios más importante son aquellos comprendidos entre los 30 a los 64 años con el 48%, seguido de mayor



de 65 años con el 23%. (CONADIS, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2017)

En la provincia de Loja existen 14504 personas con discapacidad que representa un 2.72 % del valor a nivel nacional, siendo la discapacidad física la que ocupa el primer lugar con el 39%; seguido de discapacidades intelectual con el 31%, la auditiva con el 12%, la visual con el 11%, la psicológica con el 5.2% y de lenguaje con el 2%, mientras que en cuanto al grado de discapacidad más del 40% presenta el porcentaje del 30 al 49%, el 35%, el grado va desde el 50 al 74%, el 15% va del 75 al 84%, mientras que el 8% presenta el grado de discapacidad del 85 al 100%, es decir el 24% de la población presenta discapacidad muy grave y requieren el cuidado directo de un cuidador primario o secundario. (CONADIS, Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, 2017)

Mientras que la mayor prevalencia de personas con discapacidad se da en el Cantón Loja con 5 984 casos, seguido de los cantones Calvas, con 1075, Catamayo con 1003, Gonzanamá 872, Paltas 837, Saraguro 749 casos. (CONADIS, Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades, 2013-2017)

Como se ha podido evidenciar, en los últimos años, la cantidad de personas con discapacidad ha ido creciendo, debido al envejecimiento de la población y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales.

Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5 % de patologías padecidas por las personas con discapacidad en los países con ingresos bajos y medianos. Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de

sustancias. La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, los resultados de la Encuesta Mundial de Salud indican que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las personas en el quintil más pobre, las mujeres y los ancianos también presentan una mayor prevalencia de la discapacidad. (OMS & Banco Mundial, 2011)

El libro “Discapacidad en cifras” nos indica la opinión y percepción de las personas con discapacidad grave y nos señala que en el 2005, el 41 % percibieron discriminación en el país. Dicha discriminación pertenecía a la marginación de actividades comunitarias, como son las fiestas, torneos deportivos, reuniones, entre otros (Jiménez & Huete, 2002). Adicionalmente, datos estadísticos indicaron que el 58 % de las personas con discapacidad grave sintieron que su discapacidad influyó negativamente en el trato que recibieron; mientras que el 70 % de individuos señaló que no tuvieron la misma oportunidad de conseguir empleo que el resto de la población. (Montaño, 2012)

Con referencia a la percepción de las capacidades que tienen las personas con discapacidad, el 39 % de la población ecuatoriana indicó que las mismas no tienen las mismas aptitudes que el resto de la población, el 13 % opinó que un individuo con discapacidad no puede ser un profesional y el 23 % mencionó que no aportan al desarrollo del país. (Montaño, 2012)

De acuerdo a estas definiciones, la discapacidad no se trata solo de la persona y de sus deficiencias funcionales, más bien indican que la misma es provocada en el proceso de contacto e interacción de la persona con su entorno que constituye un factor determinante en la existencia de la discapacidad, puesto que la falta de adaptaciones y adecuaciones necesarias que faciliten el pleno desenvolvimiento de las persona con sus deficiencias, son aquellas que verdaderamente limitan su participación en la sociedad, provocando así la discapacidad.

## **3.2. Grados de discapacidad**

El grado de discapacidad se establece a partir de los siguientes porcentajes de discapacidad. (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000)

**3.2.1. Grado 1: Discapacidad nula:** la clasificación de esta clase es 0%. Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria. (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000)

**3.2.2. Grado 2: Discapacidad leve:** a esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 1 y el 24%. Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas. (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000)

**3.2.3. Grado 3. Discapacidad moderada:** a esta clase corresponde el porcentaje comprendido entre el 25 y 49%. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar alguna de las actividades de la vida diaria, siendo independiente de las actividades de autocuidado. (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000)

**3.2.4. Grado 4: Discapacidad grave:** el porcentaje que corresponde a esta clase está comprendido entre el 50 y el 70 %. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de

autocuidado. (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000)

**3.2.5. Grado 5: Discapacidad muy grave:** porcentaje del 75%. Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria. (Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2000)

### **3.3. Sobrecarga del cuidador.**

La sobrecarga del cuidador se refiere a la repercusión negativa en la salud del cuidador de una persona con enfermedad crónica o discapacidad producto de un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos que generan sus actividades de cuidado y que finalmente terminan alterando la dinámica habitual de vida y restringiendo socialmente al cuidador. (Mendoza, 2014).

#### **3.3.1. Tipos de cuidador.**

Según la guía de atención al cuidador existen 3 tipos de cuidadores. (Cantos & Cabrera, 2014)

**3.3.1.1. Cuidador principal:** Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo, suele vivir en el mismo domicilio que la persona dependiente, o muy cerca de este, y suele tener una relación familiar muy próxima. (Cantos & Cabrera, 2014)

**3.3.1.2. Cuidador formal:** es aquella persona o personas con una formación adecuada, capacitación específica para cuidar al enfermo, han recibido una formación en la atención directa y continua para estos pacientes, y que cobran una remuneración por hacerlo. No pertenecen al núcleo familiar del enfermo. (Cantos & Cabrera, 2014)

**3.3.1.3. Cuidador informal:** son aquellas personas que forman parte del núcleo familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención a la persona dependiente. (Cantos & Cabrera, 2014)

Según esta concepción quedarían incluidos dentro del cuidado informal familiar, vecinos y amigos de la persona dependiente, excluyéndose a profesionales y voluntarios. Por lo tanto, teóricamente el cuidado informal puede estar desempeñado por la familia o por miembros extra – familiares, que por sentimientos de amor gratitud hacia el familiar enfermo, provee atención y cuidado, con el objetivo de ayudar a su recuperación, satisfaciendo las necesidades básicas del paciente que no puede llevar a cabo por su discapacidad. Estos agentes y redes no pertenecen a los servicios formalizados de atención ni a redes o asociaciones de ayuda mutua. (Cantos & Cabrera, 2014)

### **3.3.2. Características del cuidador**

El perfil del cuidador primario informal casi siempre coincide en características similares en varias partes del mundo. Según varios estudios internacionales los cuidadores principales son mayoritariamente mujeres, hijas, casadas, con una media de edad 40 a 50 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación formal dedicada a los quehaceres domésticos, con escolaridad primaria completa o media incompleta, que llevan 1 - 5 años cuidando. El cuidado se realiza diariamente y sin periodos de descanso por lo general dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas. (Flores, Rivas, & R., 2012)

Otros estudios indican que los cuidadores comparten las labores de cuidado con otras tareas (en el hogar o trabajo fuera del domicilio). Sólo una minoría recibe ayuda de tipo institucional. El apoyo más frecuente que reciben los familiares proviene de otros familiares, generalmente también mujeres (hermanas). (Tirado Pedregosa G, 2011)

### **3.3.3. Sobrecarga del cuidador: Alteraciones.**

La sobrecarga del cuidador engloba una serie de alteraciones en aspectos importantes de la vida: aspectos físicos, psíquicos, sociales y laborales que sufren por el desgaste, a consecuencia de su función. (Barrera, Pinto, & al., 2010)

#### **3.3.3.1. Alteraciones físicas:**

Dentro de las alteraciones a nivel físico constan: el cansancio, dolores de cabeza, artralgias, mialgias, alteraciones en el sueño, astenia (estado de fatiga y mental continuo), insomnio, etc. (Olivo, 2015). También presentan palpitaciones temblor en las manos, molestias digestivas, falta de concentración, apatía por actividades y personas que antes eran objeto de interés, aumento o disminución del apetito. (Barrera, Pinto, & al., 2010)

Muchos cuidadores, sin darse cuenta, se exigen más allá de sus posibilidades y terminan olvidándose de su propio yo. No admiten la existencia de síntomas físicos y psicológicos o los justifican mediante causas ajenas. (Barrera, Pinto, & al., 2010)

#### **3.3.3.2. Alteraciones Psíquicas:**

Dentro de estas alteraciones es importante mencionar la presencia de ansiedad y depresión como cuadros predominantes de este síndrome, debido a que los cuidadores no encuentran mecanismos de afrontamiento, y por lo general tienen sentimientos de impotencia ya que desearían poder hacer más por la persona a su cargo. Además, se puede encontrar con frecuencia sentimientos de tristeza, soledad, preocupación, irritabilidad, culpa, etc. Otro riesgo dentro de estas alteraciones es el consumo compulsivo de fármacos ansiolíticos, antidepresivos, o el consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol, produciendo así una adicción a los mismos. (Olivo, 2015)

### **3.3.3.3. Alteraciones sociales**

Suele presentarse el aislamiento progresivo y a encerrarse en sí mismo. El cuidador deja de lado otras responsabilidades como son los hijos, pareja, padres, con lo cual predispone incluso a la disfunción familiar, debido a que las exigencias del cuidado con el paso de los años se vuelven más exigente. (Olivo, 2015).

### **3.3.3.4. Alteraciones laborales**

Estas están relacionadas con el abandono o pérdida del puesto de trabajo tanto del paciente como del cuidador, con las siguientes repercusiones económicas, al igual que en la parte social, la parte laboral se ve afectada por el tiempo empleado al cuidado. (Olivo, 2015)

### **3.3.4. Diagnóstico de sobrecarga del cuidador:**

El concepto de carga (tomado del inglés burden, que se ha traducido como estar quemado) fue descrito en los años 60, cuando Grad y Sainsbury, se interesaron en conocer como afectaba a la familia y a la vida doméstica la convivencia con pacientes con enfermedades mentales. El impacto de esta forma de asistencia implicó la necesidad de evaluar sus efectos, poniendo así de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término “carga” dando origen a la primera distinción entre carga objetiva y carga subjetiva lo cual conllevó al diseño de la entrevista de carga de Zarit. (Ortunio & Herrera, 2016).

El Zarit Burden inventory, conocido como cuestionario de Zarit, Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo el español. Es un instrumento que cuantifica el nivel de carga que padecen los cuidadores de las personas dependientes, y así prevenir posibles condiciones de salud derivadas de una labor excesiva. (Breinbauer, Vásquez, & al., 2009).

Consiste en una tabla con 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en:

≤ 46: Ausencia de sobrecarga

47-55: Sobrecarga leve

>56: Sobrecarga intensa.

### 3.3.4.1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Opciones:

1= Nunca      2= Rara vez      3= Algunas veces      4= Bastantes veces      5 = Casi siempre

Pregunta a realizar	Puntuación
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo suficiente para usted?	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades: trabajo/familia?	
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familia?	
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido 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 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 cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	



### **3.3.5. Familia y sobrecarga del cuidador:**

Además de los problemas físicos y emocionales, el cuidador principal experimenta importantes conflictos y tensiones con el resto de familiares. Estos conflictos familiares tienen que ver tanto con la manera de entender la enfermedad y las estrategias que se emplean para manejar al familiar, como con tensiones relacionadas respecto a los comportamientos y las actitudes que algunos familiares tienen hacia el mayor o hacia el propio cuidador que lo atiende. (Crespo López & López Martínez, 2006)

En ocasiones el cuidador, lejos de ser apreciado, estimulado y comprendido, es criticado y no recibe apoyo del grupo familiar. Por todo ello, el resto de familiares, especialmente los hermanos que ayudan al cuidador principal, pueden ser una fuente de estrés añadida en lugar de una fuente de apoyo. Se ha comprobado que las molestias causadas por la noche por los mayores repercuten más negativamente sobre las cuidadoras que conviven con su cónyuge que sobre aquellas no lo hacen; o que las cuidadoras que conviven con hijas en el hogar experimentan una mayor sobrecarga por las discusiones familiares en comparación con las cuidadoras sin hijas. Quizá por ello, los cuidadores indican que entre las personas que les ofrecen un apoyo importante están no sólo los familiares sino los amigos íntimos vistos con regularidad o los buenos vecinos con los que conversar (Espinosa et al.,)

### **3.3.6. Sobrecarga del cuidador y depresión**

Si los problemas físicos son abundantes entre los cuidadores no lo son menos los problemas emocionales. Cuidar a un mayor dependiente afecta a la estabilidad psicológica. Así, por ejemplo, los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión (Clark; King, 2003; ansiedad (Isaí Hernández-Cantú et al.) ; e ira (Steffen, 2015)

Los porcentajes de trastornos clínicos del estado de ánimo son especialmente frecuentes, alcanzan el 53%, entre quienes buscan ayuda en programas psicoeducativos de manejo del estrés. Sin embargo, muchos cuidadores muestran problemas emocionales sin llegar a cumplir criterios diagnósticos de trastorno clínico del estado de ánimo o de ansiedad. Así, es frecuente la presencia de síntomas como problemas de sueño, sentimientos de desesperanza, preocupaciones por el futuro, etc. Por ello Gallagher-Thompson et al. Proponen incluir entre las categorías diagnósticas de los cuidadores el sub.síndrome depresivo para el 21% de cuidadores que, pese a verse afectados emocionalmente, no tienen los síntomas suficientes o la intensidad necesaria para alcanzar un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) (Crespo López & López Martínez, 2006)

De hecho, cuando los cuidadores de personas con discapacidad se comparan con los no cuidadores, se observa que los primeros presentan unas tasas más altas de diagnósticos de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad así como mayores niveles de depresión (Isaí Hernández-Cantú et al.), ansiedad (Badia et al., 2004).

### **3.4. Depresión**

La depresión es un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos como: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

A diferencia de las variaciones habituales que suscita el estado de ánimo o las respuestas emocionales de tristeza que experimentan las personas ante diversas

experiencias de la vida cotidiana (por ejemplo, la pérdida de un trabajo, problemas familiares o de pareja, la muerte de un ser querido, etc.), la depresión se configura como un trastorno cuando estos sentimientos se extienden en el tiempo (como mínimo dos semanas o más), volviéndose crónicos o recurrentes e interfiriendo con la habilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

La prevalencia general de los trastornos afectivos durante la vida es del 8,3%. Durante la vida reproductiva la depresión es de dos a tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. La mayor incidencia de este trastorno es en el grupo de edad de 25 a 44 años, pero puede aparecer a cualquier edad, desde los niños hasta los ancianos. La mujer tiene un riesgo a lo largo de su vida del 10% al 25% y una prevalencia puntual del 5% al 9%. Aunque el entendimiento y la aceptación general de la enfermedad mental han mejorado considerablemente, las pacientes tienen dificultades en aceptar y comunicar a otros que están sufriendo una depresión. (Berek & Novak, 2012)

### **3.4.1. Tipos de depresión.**

De acuerdo al número frecuencia y severidad de los síntomas, la depresión (episodio depresivo) puede clasificarse como leve, moderada o grave. En la medida de su severidad, la persona encontrará mayores dificultades para continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas. (MSP, 2017)

Clasificación Internacional de Enfermedades CIE - 10

F32: Episodio depresivo

“En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos.

Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.”

. (Álvarez, Atienza, & Ávila, 2014)

**F32.0: Episodio depresivo leve** Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades. (Álvarez, Atienza, & Ávila, 2014)

**F32.1: Episodio depresivo moderado** Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias. (Álvarez, Atienza, & Ávila, 2014)

**F32.2: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos** Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”. (Álvarez, Atienza, & Ávila, 2014)

**F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos** Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la

deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo. (Álvarez, Atienza, & Ávila, 2014)

### **3.4.2. Diagnóstico de depresión**

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos. (Purriños, 2010)

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina...) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque resulte difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, frecuentemente se percibe el trastorno depresivo asociado a ansiedad con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. (Álvarez, Atienza, & Ávila, 2014)

La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol y otras sustancias, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. También es frecuente su asociación con trastornos de la conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Además, es más común entre personas con enfermedad física crónica y la relación entre ambas es recíproca,

ya que los problemas físicos pueden exacerbar la depresión y a su vez la depresión puede afectar negativamente al curso de la patología física. También es un factor de riesgo para algunas patologías físicas, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares. La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos. (Álvarez, Atienza, & Ávila, 2014)

#### 3.4.2.1. Escala de valoración de Hamilton

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, cuyo objetivo es evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. (Purriños, 2010)

- Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. (Purriños, 2010).
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada"

según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte (Purriños, 2010):

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

### Escala de valoración de Hamilton

<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b>	
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
<b>Sentimientos de culpa</b>	
Ausente	0
Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
<b>Suicidio</b>	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas	2
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	3
<b>Insomnio precoz</b>	
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
<b>Insomnio intermedio</b>	
No hay dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1

Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
<b>Insomnio tardío</b>	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<b>Trabajo y actividades</b>	
No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
<b>Ansiedad psíquica</b>	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad, gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; Respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración.</b>	
Ausente	0



Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
<b>Síntomas somáticos Gastrointestinales</b>	
Ninguno	0
Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
Sensación de pesadez en el abdomen	2
Dificultad en comer si no se le insiste.	3
Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. dorsalgias, cefalea, algias musculares	1
Perdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
<b>Síntomas genitales (tales como disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
<b>Hipocondría</b>	
Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
<b>Pérdida de peso</b>	
Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr en una semana	1
Pérdida de más de 1Kg en una semana	2
<b>Introspección</b>	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2

### **3.4.3. Depresión en cuidadores.**

Existe evidencia contrastada de que cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar, y de hecho afecta, de manera importante a la vida del cuidador, como se menciona en algunos estudios los principales síntomas de esta sobrecarga son la ansiedad, depresión. No es de extrañar que, dada la alta dedicación que exige el cuidado de una persona con discapacidad, los cuidadores sientan, por el hecho de serlo, afectados todos los demás ámbitos de su vida cotidiana. Según el informe del IMSERSO (2005) un 85% de los cuidadores entrevistados sienten que la ayuda prestada incide negativamente en su vida cotidiana, y ese sentimiento se acrecienta a medida que aumenta la edad del cuidador. Y es que el cuidado afecta en el desarrollo de la vida normal de los cuidadores, y se relaciona con problemas de diversa índole, que se hacen especialmente patentes en el cuidador principal. De ahí que en ocasiones se les llegue a denominar “víctimas o pacientes ocultos”. Unos cuidadores tan afectados que pueden llegar a experimentar en numerosas ocasiones un deseo creciente de institucionalizar a su familiar. (Crespo López & López Martínez, 2006)

Además de ver mermado su tiempo libre y las actividades de ocio, de ver restringida su vida social, de tener dificultades en la vida familiar y laboral, ven alterada su propia salud. Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos, los cuales, aun pudiendo afectar a todos los familiares de la persona mayor dependiente, se hacen especialmente acusados en el cuidador principal. Cabe reseñar, además, que a pesar de que los cuidadores se vean afectados tanto física como emocionalmente por el desempeño de su rol, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar que los síntomas que presentan pueden obedecer al hecho de que cuiden a su familiar. Pero no solo la observación de los profesionales de la salud que están en contacto con ellos, sino también los continuos estudios realizados,

demuestran de manera fehaciente el malestar experimentado por los cuidadores. (Crespo & López, 2006).

#### **3.4.4. Manejo de la depresión**

Stanley explica que independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de la capacidad funcional en cualquiera de las esferas (social o laboral.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento.

El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio - laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas. (MSP, 2017)

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados. Los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve. Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves. ( OMS, 2011).

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

La presente investigación, se desarrollo con el fin de investigar la relación entre la sobrecarga del cuidador y la depresión en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, en el año 2018.

### **4.1. Enfoque**

Se realizo un enfoque cuantitativo, los resultados obtenidos fueron cuantificados estadísticamente y presentados de forma numérica.

### **4.2. Tipo de diseño utilizado**

En el presente trabajo de investigación se realizó un estudio analítico, prospectivo, de corte transversal.

### **4.3. Unidad de estudio**

La unidad de estudio estuvo constituida por los cuidadores de personas con discapacidad que se atienden en el Centro de Salud N°3.

### **4.4. Universo**

El universo de estudio lo constituyeron 109 cuidadores de personas con discapacidad, que conforman el grupo o red de apoyo (Angelitos de Luz), que acudieron al Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja, en el año 2018, el universo de estudio estuvo conformado por el 100% de los cuidadores.

### **4.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **4.5.1. Criterios de inclusión**

- Cuidadores de personas con discapacidad que se atienden en el Centro de Salud N°3.

#### **4.5.2. Criterios de Exclusión**

- Cuidadores que no deseen participar del trabajo investigativo, y que no firmen el consentimiento informado.

#### **4.6. Técnicas**

Para obtener la información se aplicó a los cuidadores de personas con discapacidad una ficha sociodemográfica elaborada por la autora (anexo 2) para obtener los datos característicos de la población, de acuerdo a los objetivos planteados, y la aplicación dos instrumentos: La escala de Zarit (anexo 4) para determinar la sobrecarga del cuidador, el test de Hamilton (anexo 3) para determinar depresión.

#### **4.7. Instrumentos**

- Test de Zarit
- Test de Hamilton
- Ficha sociodemográfica

#### **4.8. Equipo y materiales**

Los equipos utilizados para el desarrollo de la investigación fueron: Software SPSS versión 22, computadora e impresora, y materiales de oficina necesarios: esferos, hojas papel A4.

#### **4.9. Análisis estadístico**

Los datos que se obtuvieron fueron tabulados utilizando el software estadístico SPSS VERSION 22. Posteriormente se efectuó el análisis e interpretación de los datos. Se obtuvo el valor de Chi-cuadrado para determinar el grado de asociación de variables.

## 5. RESULTADOS

- 5.1. Primer objetivo específico:** Determinar la prevalencia de sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N°3, Loja.

**Tabla 1. Prevalencia de sobrecarga en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N° 3. Loja**

Sobrecarga del cuidador	N° casos	Prevalencia
NO	25	23
SI	84	77
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas*

**Análisis:** La prevalencia de sobrecarga en los cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N°3, en la ciudad de Loja, en el año 2018 es del 77%.

**Tabla 2. Prevalencia de depresión en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N° 3. Loja**

Depresión	N° casos	Prevalencia
NO	29	26,6
SI	80	73,4
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas*

**Análisis:** La prevalencia de depresión en los cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N°3, en la ciudad de Loja, en el año 2018 es del 73,4%.

**5.2. Resultado para el segundo objetivo específico:** Sobrecarga del cuidador y depresión en función del grado de discapacidad del paciente, edad y sexo del cuidador.

**Tabla 3. Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en función del grado de discapacidad del paciente**

	Grado de discapacidad del paciente				Total		
	Grave (50 - 74%)		Muy grave (>75%)		f	%	
	f	%	f	%			
Z A R I T	Sin sobrecarga	7	6,4	18	16,5	25	22,9
	Sobrecarga leve	4	3,7	44	40,4	48	44,0
	Sobrecarga intensa	4	3,7	32	29,4	36	33,0
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>13,8</b>	<b>94</b>	<b>86,2</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
H A M I L T O N	No depresión	3	2,8	26	23,9	29	26,6
	Depresión menor	1	0,9	12	11,0%	13	11,9
	Depresión mayor	11	10,1	56	51,4%	67	61,5
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>13,8</b>	<b>94</b>	<b>86,2</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas*

**Análisis:** Los resultados obtenidos permiten evidenciar que de los cuidadores de pacientes que tienen un grado de discapacidad muy grave (> 75) el 29,4% (n = 32) presentan sobrecarga intensa y el 51,4% presentan depresión mayor, es decir que a mayor grado de discapacidad del paciente hay más sobrecarga y depresión en el cuidador.

**Tabla 4. Relación entre sobrecarga y depresión en función de la edad del cuidador**

	Grupos de edad						Total	
	18 a 34 años		35 a 64 años		Mas de 65 años			
	f	%	f	%	f	%		
<b>Z</b> Sin sobrecarga	8	7,3	17	15,6	0	0,0	25	22,9
<b>A</b>								
<b>R</b> Sobrecarga leve	18	16,5	23	21,1	7	6,4	48	44
<b>I</b>								
<b>T</b> Sobrecarga intensa	6	5,5	20	18,3	10	9,2	36	33,1
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>29,4</b>	<b>60</b>	<b>55,0</b>	<b>17</b>	<b>15,6</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>H</b> No depresión	13	11,9	16	14,7	0	0	29	26,6
<b>A</b>								
<b>M</b> Depresión menor	5	4,6	8	7,3	0	0	13	11,9
<b>I</b>								
<b>L</b> Depresión mayor	14	12,8	36	33	17	15,6	67	61,5
<b>T</b>								
<b>O</b>								
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>29,4</b>	<b>60</b>	<b>55</b>	<b>17</b>	<b>15,6</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>N</b>								

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas*

**Análisis:** Se puede observar que la mayor proporción de los cuidadores forman parte del rango de edad comprendido entre los 35 a 64 años, y presentan sobrecarga en un porcentaje de 39,4% (18,3% sobrecarga intensa, y 21,1% sobrecarga leve), presentan depresión mayor el 33% y depresión menor el 7,3%. Además, los cuidadores mayores de 65 años que representan el 15,6% de la población de estudio (n=17) presentan sobrecarga y depresión en un elevado porcentaje.



**Tabla 5. Relación entre sobrecarga y depresión en función de sexo del cuidador**

		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		f	%	f	%		
<b>Z A R I T</b>	Sin sobrecarga	2	1,8	23	21,1	25	22,9
	Sobrecarga leve	9	8,3	39	35,8	48	44,0
	Sobrecarga intensa	0	0,0	36	33,1	36	33,1
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10,1</b>	<b>98</b>	<b>89,9</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>H A M I L T O N</b>	No depresión	0	0	29	26,6	29	26,6
	Depresión menor	7	6,4	6	5,5	13	11,9
	Depresión mayor	4	3,7	63	57,8	67	61,5
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>10,1</b>	<b>98</b>	<b>89,9</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas*

**Análisis:** En la población de estudio existe una diferencia significativa en relación al sexo, siendo más frecuente los cuidadores de sexo femenino con un porcentaje del 89,9 % presentando sobrecarga intensa el 33,1%(n=33) y depresión mayor 57,8% (n=63). Solo el 10,1% corresponde al sexo masculino.

### 5.3. Tercer objetivo específico

**Tabla 6. Relación entre sobrecarga y depresión en función del nivel de instrucción del cuidador**

		Nivel de instrucción								Total	
		Sin escolaridad		Primaria		Secundaria		Universitaria		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Z A R I T	Sin sobrecarga	0	0	9	8,3	12	11,0	2	1,8	25	22,9
	Sobrecarga leve	2	1,8	25	22,9	11	10,1	10	9,2	48	44,0
	Sobrecarga intensa	2	1,8	23	21,1	10	9,2	3	2,8	36	33,0
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3,7</b>	<b>57</b>	<b>52,3</b>	<b>33</b>	<b>30,3</b>	<b>15</b>	<b>13,8</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
H A M I L T O N	No depresión	0	0	10	9,2	12	11	7	6,4	29	26,6
	Depresión menor	2	1,8	8	7,3	0	0	3	2,8	13	11,9
	Depresión mayor	2	1,8	39	35,8	21	19,3	5	4,6	67	61,5
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>3,7</b>	<b>57</b>	<b>52,3</b>	<b>33</b>	<b>30,3</b>	<b>15</b>	<b>13,8</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas*

**Análisis:** Se observa que en el 52,3% (n=57) de los cuidadores el nivel de instrucción es primaria, de los cuales el 44% (n=48) presenta sobrecarga, y el 43,1% (n=47) presenta depresión.

Aquellos cuidadores con un nivel de instrucción universitario representan el 13,8% (n=15), de los cuales el 9,2 % presenta sobrecarga leve, y el 6,4% no presentan depresión.

#### 5.4. Cuarto objetivo específico:

**Tabla 7. Sobrecarga del cuidador y depresión de acuerdo al grado de afinidad entre el cuidador y el paciente**

		Grado de Afinidad										Total			
		Hermano		Esposo		Padre		Madre		Amigo				Otro	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
<b>Z A R I T</b>	Sin sobrecarga	2	1,8	0	0	2	1,8	2	1,8	16	14,7	3	2,8	25	22,9
	Sobrecarga leve	4	3,7	2	1,8	1	0,9	13	11,9	28	25,7	0	0,0	48	44
	Sobrecarga intensa	0	0,0	11	10,1	2	1,8	6	5,5	14	12,8	3	2,8	36	33
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5,5</b>	<b>13</b>	<b>11,9</b>	<b>5</b>	<b>4,6</b>	<b>21</b>	<b>19,3</b>	<b>58</b>	<b>53,2</b>	<b>6</b>	<b>5,5</b>	<b>109</b>	<b>100</b>
<b>H A M I L T O N</b>	No depresión	4	3,7	0	0	1	0,9	4	3,7	20	18,3	0	0	29	26,6
	Depresión menor	0	0	2	1,8	2	1,8	5	4,6	3	2,8	1	0,9	13	11,9
	Depresión mayor	2	1,8	11	10,1	2	1,8	12	11	35	32,1	5	4,6	67	61,5
	<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>5,5</b>	<b>13</b>	<b>11,9</b>	<b>5</b>	<b>4,6</b>	<b>21</b>	<b>19,3</b>	<b>58</b>	<b>53,2</b>	<b>6</b>	<b>5,5</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas.*

**Análisis:** En el presente cuadro se puede observar que de los cuidadores de personas con discapacidad que presentan sobrecarga leve el 25,7% corresponde a amigos, el 11,93% representa a la madre, el 0,92% al padre, el 1,83% al esposo, y el 3,67% al hermano.

De los cuidadores que no tiene sobrecarga el 14,86% corresponde a amigos, y el 1,83% corresponde a la madre, el padre y hermanos. En cuanto a los cuidadores de personas con discapacidad que presentan depresión mayor el 32,11% corresponde a amigos, el 11,01% a la madre, el 10,09% al esposo, y el 1,83% al hermano. De los cuidadores que no tienen depresión el 18,35% corresponde a amigos, y el 3,67% corresponde a la madre y hermano.

**5.5. Objetivo general:** Establecer la relación entre la sobrecarga del cuidador y la depresión en cuidadores de personas con discapacidad.

**Tabla 8. Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N°3, Loja**

		Test de Hamilton							
		No depresión		Depresión menor		Depresión mayor		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Z A R I T</b>	<b>Sin sobrecarga</b>	10	9,2	2	1,8	13	11,9	25	22,9
	<b>Sobrecarga leve</b>	12	11,0	10	9,2	26	23,9	48	44,1
	<b>Sobrecarga intensa</b>	7	6,4	1	0,9	28	25,7	36	33,0
	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>26,6</b>	<b>13</b>	<b>11,9</b>	<b>67</b>	<b>61,5</b>	<b>109</b>	<b>100</b>

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas*

**Análisis:** En el presente cuadro se puede observar que de los cuidadores de personas con discapacidad que no presentan sobrecarga, el 9,2% no tiene depresión, solo 2 cuidadores que representan el 1,8% tienen depresión menor, y el 11,9% presenta depresión mayor.

De los cuidadores que presentan sobrecarga leve, el 11% no tiene depresión, el 9,2% tienen depresión menor, y el 23,9% que corresponde a 26 cuidadores presento depresión mayor.

De los cuidadores que presentan sobrecarga intensa: 6,4% no presentan depresión, el 0,9% tiene depresión leve, y 28 cuidadores tienen depresión mayor, que constituye el 25,7%.

**Tabla 9. Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad en el Centro de Salud N°3, Loja. Estadística inferencial**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,807	4	,029
Valor de Phi	,315		,029

*Elaborado por: Katherine Prado Cueva*

*Fuente: Encuestas aplicadas*

**Análisis:** Con una probabilidad de error del 2,9% (< de 0,05) se indica que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad en la población de estudio.

## 6. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito determinar la relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N°3, Loja 2018.

En el cual si se encontró relación estadísticamente significativa ( $p = 0,029$ ) entre la sobrecarga del cuidador y la depresión. Los resultados indican que de los cuidadores que presentan sobrecarga leve, el 9,2% tienen depresión menor, y el 23,9% presenta depresión mayor. Y de los cuidadores que presentan sobrecarga intensa: el 0,9% tiene depresión leve, y el 25,7% tienen depresión mayor.

Comparando estos resultados con otras investigaciones, en el Ecuador se han realizado estudios para realizar un análisis comparativo, cuyos resultados con respecto a las propiedades del cuidador no difieren de datos internacionales. Dichas investigaciones han determinado la prevalencia del síndrome de sobrecarga en niveles mucho más elevados que llegan al 90% (Urbina & Zapata, 2016). Así mismo existen estudios que constatan que la presión a la que están expuestos los cuidadores puede desencadenar en ellos sentimientos de estrés, ansiedad y depresión. (Flores, 2014)

Como primer objetivo específico se determinó la prevalencia de sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad (tabla 1 y 2). Y de acuerdo a los resultados obtenidos es preciso señalar que, de los 109 cuidadores, el 81% presento sobrecarga (33% sobrecarga intensa, 48% sobrecarga leve). Lo que concuerda con los datos obtenidos de estudios revisados en los que indican que en Estados Unidos de Norteamérica se estima que el 55.5% de los cuidadores presentan sobrecarga leve o intensa, en España el

66.4%, en Chile y Argentina el 58%; en Colombia los estudios demuestran que el 47% de los cuidadores presentan sobrecarga. (Vasquez, Baena, & Ulloa, 2012)

En cuanto a la prevalencia de depresión los resultados obtenidos indican que 73,4% presentan depresión (el 61,5% depresión mayor, el 11,9% depresión menor). Por lo que se relaciona con la investigación realizada por Isaí Hernandez, Reyes Silva, et al. 2016 en las que obtienen que la prevalencia de depresión según el puntaje de la escala de Goldberg, es elevada 81% de 480 encuestados. Aunque los resultados obtenidos en la presente investigación se relacionan con el estudio realizado por Isaí Hernandez, Reyes Silva, et al. 2016, para estudios posteriores se puede realizar una comparación utilizando el mismo test. En otro estudio se determinó que la depresión está presente en el 93,3%. (Bethancourt & Moreno, 2014)

Mediante esta investigación se determinó que presentan sobrecarga el 86,2% de los cuidadores de pacientes que tienen discapacidad muy grave, y el 13,8% de los cuidadores de los pacientes con discapacidad grave (50-74), siendo las mujeres las que se dedican al cuidado en el 89,9% y los varones en el 10,1%, y el rango de edad es de 35 – 64 años en el 55% de los casos. En cuanto al nivel de escolaridad del cuidador en el 52,3% de los casos predomina la primaria. Y en relación con el grado de afinidad se determinó que los amigos y las madres son los que presentan mayor sobrecarga, 53,2% y 19,3% respectivamente. Las características socio demográficas de los cuidadores en este estudio se pueden comparar con el estudio realizado por Flores, Rivas et al 2012 quienes determinan que los cuidadores continúan siendo mayoritariamente mujeres, lo que explican que puede ser por patrones culturales, que asigna a la mujer el papel de cuidadora y principalmente el cuidado de personas dependientes, como niños, ancianos y personas con discapacidades físicas y psíquicas, quienes también desempeñan otros roles como madre de familia, esposa e hija, otro un estudio realizado por Domínguez y col., 2008 llamado “Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México en enero a mayo de 2008” en donde el nivel de

escolaridad de primaria sobresalió con un 38% y secundaria con un 32%. (Dominguez, Zabala, & Cruz, 2010).

Así mismo se determinó que de los cuidadores que presentan depresión el 62,4% cuida a pacientes que tienen discapacidad muy grave (+75), y el 20% cuida a pacientes con discapacidad grave (50-74), siendo las mujeres las que se dedican al cuidado en el 89,9% y los varones en el 10,1%, y la edad en que más se presenta es en el adulto joven en el 78,8% de los casos. En cuanto al nivel de escolaridad del cuidador en el 43,1% de los casos predomina la primaria. Y en relación con el grado de afinidad se determinó que los amigos y las madres son los que presentan depresión, 34,9% y 15,6% respectivamente. De acuerdo con (Berek & Novak, 2012), determinan que la mujer tiene un riesgo de depresión a lo largo de su vida del 10% al 25% y una prevalencia puntual del 5% al 9%. Durante la vida reproductiva la depresión es de dos a tres veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. La mayor incidencia de este trastorno es en el grupo de edad de 25 a 44 años, pero puede aparecer a cualquier edad, desde los niños hasta los ancianos. (Berek & Novak, 2012)

Son numerosas las variables que influyen en el aumento de la depresión y sobrecarga del cuidador, las cuales se relacionan con: las características propias del cuidador como edad, sexo, nivel de instrucción, y las que se relacionan con la persona dependiente de cuidados como grado de discapacidad, incluidas en la presente investigación. Es importante para estudios posteriores investigar variables como las redes de apoyo a los cuidadores, y el tiempo que se dedican al cuidado de la persona con discapacidad.



## 7. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la ficha sociodemográfica, del test de Hamilton para determinar depresión y la escala de Zarit para determinar la sobrecarga en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N°3, Loja 2018, se puede hacer las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de sobrecarga en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N°3, es del 77%.
- La prevalencia de depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N°3, es del 72,9%.
- De los cuidadores de pacientes que tienen un grado de discapacidad muy grave ( $> 75$ ) el 29,4% ( $n = 32$ ) presentan sobrecarga intensa y el 51,4% presentan depresión mayor, es decir que a mayor grado de discapacidad del paciente hay más sobrecarga y depresión en el cuidador.
- La mayor parte de los cuidadores son de sexo femenino (representan el 89,9% de la población de estudio), y presentan mayor porcentaje de sobrecarga y depresión.
- Respecto a la edad de los cuidadores, la mayor proporción de los cuidadores forman parte del rango de edad comprendido entre los 35 a 64 años.
- En el 52,3% ( $n=57$ ) de los cuidadores su nivel de instrucción es primaria, seguido del 30,3% secundaria, 13,8 universitaria, y el 3,7 sin escolaridad.
- En cuanto al grado de afinidad el 29,4% corresponde a un familiar, y en el 53,2% el cuidado esta dado por un amigo.
- De acuerdo al propósito principal de esta investigación, que fue, relación entre sobrecarga y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, se encontró correlación estadísticamente significativa.

- Se requieren estudios más amplios con períodos de estudio más amplios e inclusión de otras variables como el estado de salud del cuidador, actividades realizadas durante la labor de cuidado y número de horas dedicadas a esta labor, entre otras, para presentar mejores conclusiones.

## 8. RECOMENDACIONES

- Los resultados obtenidos de esta investigación podrían ser utilizados para iniciar la formación de grupos dirigidos al cuidador, que lo capaciten para que brinde el cuidado al paciente de manera que no afecte su propio estado de salud.
- En la atención primaria se debe identificar a pacientes con factores de riesgo que puedan desencadenar el síndrome de sobrecarga del cuidador y depresión.
- El abordaje tendría que estar dirigido a los cuidadores dependiendo del grado de sobrecarga y depresión que presenten, y de acuerdo a las características de la persona que cuidan.
- Continuar con investigaciones referentes al tema para determinar eventos relacionados con la salud y la esfera socio-económica de los cuidadores con la finalidad de plantear estrategias integrales de atención al cuidador.

## 9. BIBLIOGRAFIA

- Álvarez, A., Atienza, M., & Ávila, M. e. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. *guiasalud.es*.
- Barrera, L., Pinto, N., & al., e. (2010). Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica.
- Berek, J. S., & Novak. (2012). *Ginecología* (Vol. 15° Edición).
- Bethancourt, S., & Moreno, R. S. (2014). Evaluación del bienestar Psicológico en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en la fase de cuidados paliativos.
- Breinbauer, k., Vásquez, V., & al., e. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Redalyc*.
- Cantos, S. À., & Cabrera, O. M. (2014). *Guía de Atención al Cuidador*. HARTMANN, S.A.
- CONADIS. (2013-2017). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades*. Obtenido de <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf>
- CONADIS. (2017). *Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades*.
- Constitución de la República del Ecuador, 2. (2008). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR 2008*.
- Crespo, M., & López, J. (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”.
- Dominguez, S., Zabala, G., & Cruz, M. e. (2010). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008.
- Flores, Rivas, G., & R. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa.
- Grad, J., & Sainsbury, P. (1963). *Mental Illness and the Family*. Lancet, Vol. 1.
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2. (2000). *Valoración de las situaciones de minusvalía* (Vol. Capítulo 1). IMSERSO.
- Isaí, H., & Reyes, S. e. (2016). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México.
- Jimbo, M. J. (2017). *MSP, Dirección Nacional de Discapacidades – DND*. Obtenido de MSP: <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/>
- Jiménez, L. A., & Huete, G. A. (2002). *La Discapacidad en Cifras*. IMSERSO.
- Karin, M. (2012). TIPOS DE DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD. *Tesis*.
- Mendoza. (2014). Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, G. P. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos*. Obtenido de Guía Práctica Clínica.
- Montaño, C. (2012). *DETERMINACIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTEREOTIPOS MANTENIDOS HACIA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA EN EL ECUADOR*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1841/1/105361.pdf>
- MSP, M. d. (2017). *Campaña con motivo del Día Mundial de la Salud - 7 de abril de 2017 «Hablemos de la depresión»*. Obtenido de Ministerio de Salud Publica: <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Olivo, C. (2015). INFLUENCIA DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO .
- OMS. (2011). Organización Mundial de la Salud.
- OMS, D. M., & Banco Mundial, M. R. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Obtenido de [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- Ortunio, M., & Herrera, E. (2016). Síndrome de carga y calidad de vida del cuidador de pacientes pediátricos. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 17.
- Pinto, A. N., & Sánchez, H. B. (2000). *El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad*.
- Purriños, M. (2010). ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) .
- Quinche, A., & Rios. (2016). Caracterización y factores de riesgo de los cuidadores para el desarrollo del síndrome del cuidador en personas con discapacidad muy grave y severa. *Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com*.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad*. España: Gedisa.
- TENA. (s.f.). Obtenido de <http://www.tena.com.co/cuidadores/autocuidado/test-sobre-la-carga-del-cuidador/>
- Tirado Pedregosa G, L.-S. L. (2011). La Valoración en el Síndrome del Cuidador.
- Urbina, C. M., & Zapata, F. G. (2016). “Síndrome de Sobrecarga del cuidador y su relación con el Cuidado de personas con discapacidad grave y muy grave Registrados en el Centro de Salud N°2 “las casas” y Pertenecientes al distrito 17d05 en la ciudad de Quito, 2016.
- Vasquez, L. F., Baena, A. L., & Ulloa, M. (2012). Prevalencia de sobrecarga del cuidador, factores asociados y su asociación con la función familiar, en los cuidadores de los pacientes atendidos en el proceso interdisciplinario de rehabilitación de la clínica Universidad de la Sabana.
- Zambrano, C. R., & Ceballos, C. P. (2007). *Síndrome de carga del cuidador*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol.36.

## 10. ANEXOS

### 10.1. Anexo 1.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los cuidadores de personas con discapacidad del Centro de Salud N°3, de la ciudad de Loja, a quienes se les invita a participar del proyecto investigativo denominado “Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N° 3, Loja”.

**Investigadora:** Katherine Janela Prado Cueva

**Director de Tesis:** Dr. Álvaro Quinche

### **Introducción**

Yo, Katherine Janela Prado Cueva, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Me encuentro realizando un estudio que busca determinar la Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud N° 3.

A continuación, le pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación.

Si tiene alguna pregunta no dude en preguntarme.

### **Propósito**

El cuidador mantiene un rol muy demandante ya que está encargado de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente en el mayor tiempo posible. El hecho de Cuidar de una persona con discapacidad tiene un gran impacto en la salud, deteriora la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente, de ahí la importancia de estudiar la “Relación entre la sobrecarga del cuidador y la depresión en los cuidadores de personas con discapacidad”.

### **Tipo de intervención de investigación**

Este estudio comprende la aplicación de una ficha sociodemográfica y 2 test: el test de Zarit para determinar sobrecarga del cuidador, y el test de Hamilton para determinar depresión.

### **Selección de participantes**

Cuidadores de personas con discapacidad

### **Participación Voluntaria**

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio aun cuando haya aceptado antes.

### **Información sobre la encuesta**

Se aplicarán el test de Zárit para determinar sobrecarga del cuidador, el test de Hamilton para determinar depresión, y la ficha sociodemográfica para obtener datos como: sexo, edad, nivel de instrucción, grado de discapacidad del paciente y grado de afinidad con el paciente.

### **Descripción del proceso**

Se procederá a entregar a cada cuidador los respectivos test y la ficha sociodemográfica, para que puedan llenarla tomándose el tiempo que deseen.

### **Duración**

La aplicación de los respectivos test y la ficha sociodemográfica requieren como máximo 30 minutos de su tiempo.

### **Beneficios**

Si usted acepta participar en este estudio, tienen todo el derecho de saber los resultados del cuestionario con toda libertad.

Desde un punto de vista práctico, los resultados de la presente investigación pueden servir de línea de base para establecer estrategias de control, manejo y rehabilitación de los cuidadores que presenten sobrecarga y así mejorar su cuadro patológico no solo a nivel local sino regionalmente y con su consecuente publicación hacer conocer la realidad en nuestro país de este grupo vulnerable.

### **Confidencialidad**

Con este estudio se realizará una investigación general en los cuidadores de personas con discapacidad que hayan aceptado participar. La información que se recogerá acerca de usted será puesta fuera del alcance de otras personas y solo estará disponible para la investigación.

### **Compartiendo resultados**

La información que se obtenga al finalizar este estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja, en la cual se publicarán los resultados a través de datos numéricos. No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

### **Derecho a negarse o retirarse**

Usted no tiene obligación absoluta de participar en esta investigación, es libre y voluntario de hacerlo o no.

### **A quien contactar**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla en este momento o cuando usted crea conveniente, para ello puede comunicarse al número telefónico 0997146268 o escribir al correo electrónico:

[katyprado8@gmail.com](mailto:katyprado8@gmail.com).

[katherine.prado@unl.edu.ec](mailto:katherine.prado@unl.edu.ec).



**He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento.**

**Nombre del Participante: -----**

**Firma del Participante: -----**

**Fecha: -----**

10.2. Anexo 2: Ficha sociodemográfica



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**MEDICINA**

Su identidad y la información que proporcione será de carácter confidencial únicamente con fines investigativos y sin que estas ocasionen algún perjuicio en su vida personal.

Sexo: F  M

Edad: .....años cumplidos

Adulto joven 18 - 34 años

Adulto medio 34 – 64 años

Adulto mayor (+65 años)

Nivel de instrucción: Sin escolaridad   
Primaria   
Secundaria   
Universitaria

Porcentaje de discapacidad de la persona que cuida:

Grave (50 – 74%)

Muy Grave (>75%)

Grado de consanguinidad/afinidad con la persona que cuida:

Hermano/a

Padre

Madre

Esposo/a

Amigo

Otro: .....

**10.3. Anexo 3. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b>	
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
<b>Sentimientos de culpa</b>	
Ausente	0
Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
<b>Suicidio</b>	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas	2
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	3
<b>Insomnio precoz</b>	
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
<b>Insomnio intermedio</b>	
No hay dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
<b>Insomnio tardío</b>	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
<b>Trabajo y actividades</b>	

No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	
Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
<b>Agitación psicomotora</b>	
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
<b>Ansiedad psíquica</b>	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad, gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; Respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración.</b>	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
<b>Síntomas somáticos Gastrointestinales</b>	
Ninguno	0
Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
Sensación de pesadez en el abdomen	2
Dificultad en comer si no se le insiste.	3

Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4
<b>Síntomas somáticos generales</b>	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. dorsalgias, cefalea, algias musculares	1
Perdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
<b>Síntomas genitales (tales como disminución de la libido y trastornos menstruales)</b>	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
<b>Hipocondría</b>	
Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
<b>Pérdida de peso</b>	
Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr en una semana	1
Pérdida de más de 1Kg en una semana	2
<b>Introspección</b>	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2

(Purriños, 2010) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

#### 10.4. Anexo 4. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR – TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores.

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador, cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

Interpretación

< 47: No sobrecarga

47 a 55: Sobrecarga leve

> 55: Sobrecarga intensa

Pregunta a realizar	Puntuación
23. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
24. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo suficiente para usted?	
25. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades: trabajo/familia?	
26. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
27. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
28. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
29. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
30. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	
31. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familia?	
32. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
33. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
34. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
35. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
36. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
37. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
38. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	
39. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
40. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
41. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
42. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
43. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
44. ¿Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

Opciones:

1= Nunca      2= Rara vez      3= Algunas veces      4= Bastantes veces      5 = Casi siempre

10.5. Anexo 5. INFORME DE PERTINENCIA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.369 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Álvaro Quinche  
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 20 de junio de 2018

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA.

Por medio del presente me permito enviar a usted el Proyecto de Tesis "RELACIÓN ENTRE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN EL CENTRO DE SALUD N° 3, LOJA", de autoría de la Srta. Katherine Janela Prado Cueva, estudiante de la Carrera de Medicina, a fin de que se sirva emitir la respectiva pertinencia, en cuanto a su coherencia y organización, debiendo recordar que la emisión será remitida la Dirección de la Carrera dentro de ocho días laborable.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL  
C.c.- Archivo  
B.castillo



fecha 25/06-18.

10.6. Anexo 6. Designación del director de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 449 CCM-FSH-UNL

**PARA:** Dr. Álvaro Quinche  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 02 de Julio de 2018

**ASUNTO:** DESIGNAR DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema, **"RELACIÓN ENTRE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, EN EL CENTRO DE SALUD N° 3, LOJA 2018"**, autoría de la Srta. Katherine Janela Prado Cueva.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**  
C.c.- Archivo  
Bcastillo



1105921033

*Handwritten notes:*  
fue  
04/7-18



## 10.7. Anexo 7. Certificación de Traducción

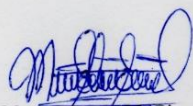
Mgs. Mayra Yadira Chamba Cañar  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

### CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés de un resumen de tesis denominado Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con discapacidad, en el Centro de Salud Nro 3 Loja, el mismo que servirán para fines personales de uso del cliente pertenecientes a la Srta. Katherine Janela Prado Cueva. Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad que me acreditan como perito traductor.

That the document here composed is a faithful translation from Spanish to English of a thesis abstract called Relationship between caregiver overload and depression in caregivers of people with disabilities, at the 3rd Loja Health Center , which will serve for the client's personal use purposes belonging to Ms. Katherine Janela Prado Cueva. That is all I can say in honor of the truth that I am accredited as an expert translator.

Loja, 14 de julio del 2020.



Mgs. Mayra Y. Chamba Cañar.  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

---

**Mayra Yadira Chamba Cañar**  
**1104492408**  
**Perito Traductor Loja**  
**Nro. De Calificación: 1259856**  
**Docente de Inglés del Ministerio de Educación**  
**Docente del Instituto Particular de Inglés "Fine-Tuned English"**