



**UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO DEL TRABAJO

Estudio de la relación entre el tiempo de entrega del cuidador directo y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo pertenecientes al hospital General Teófilo Dávila en el área de psicología y psiquiatría

AUTOR(A) MED. ARLETH BIANKA SANCHEZ PACHECO

DOCENTE:

PSICOLOGO CLINICO JUAN FERNANDO CHAVEZ

PERIODO 2024

DEDICATORIA

A mi ángel, mi Mami Sarita, mis Padres: Arq. Patricia Pacheco e Ing Luis Sánchez y mi hermano Arq John Sánchez, mi inspiración, amor y apoyo.

Para ustedes esta meta y las demás que tengo pendientes cumplir... Los amo.

Med Arleth Bianka Sánchez Pacheco

RESUMEN

El presente trabajo de investigación consiste en poder correlacionar el tiempo de entrega de un cuidador directo hacia su paciente con cuadro depresivo, estos son atendidos en el área de consulta externa en Psicología – Psiquiátrica del Hospital Teófilo Dávila, y la calidad de vida que lleva el familiar por ejercer dichos cuidados. Este estudio investigativo, se basará en poder analizar a 35 cuidadores directos, así mismo se empleará el sistema de Modelo de Beck para poder medir el grado de ansiedad que muestra el familiar, el modelo de Spielberg de esta forma podremos ver el cuadro de estrés que puede o no estar afectando al cuidador, así mismo se utilizara el programa de escala Zarit para establecer cuáles son los factores interpersonales, e intereses de autoeficacia que se presentaran en el transcurso del tiempo de entrega del cuidador con su paciente en depresión.

Hay que tomar mucho en cuenta que los cuidadores directos que pueden ser familiares o amigos cercanos, cumplen un rol de mayor importancia que los indirectos los cuales son los profesionales a cargo de los tratamientos de dichos pacientes, el objetivo de esta investigación es poder analizar la calidad de vida que llevan estos cuidadores con la determinante de entrega de tiempo adecuado a sus pacientes, ya que muchas veces estos cuidadores suelen olvidarse de ellos mismos, además de que si no se encuentran en estado óptimo tanto física, emocional y socialmente tampoco están capacitados para poder cumplir la responsabilidad de estar a cargo del proceso de seguimiento y tratamiento de un paciente en depresión. Un factor importante de acotar es que pacientes en depresión, además de llevar un tratamiento psiquiátrico, también se utilizara en la mayoría de los casos uso de fármacos , por lo tanto sus familiares o amigos a cargo deberían encontrarse también en observación, ya

que en algunos casos observados se pudo analizar que ciertos cuidadores ya presentaban ciertos pensamientos suicidas, y uno de los causantes fue que no ceden a otro familiar roles de corresponsabilidad que pueda ayudarlos a ellos también.

Palabras claves: 1. Cuidador y sobrecarga, 2. Empatía al cuidador, 3. Sobrecarga en familiares, 4. Tiempo de entrega del cuidador, 5. Calidad de vida del cuidador.

ABSTRACT

The present research work consists of being able to correlate the delivery time of a direct caregiver towards his patient with depressive symptoms, who are treated in the outpatient consultation area in Psychology - Psychiatric of the Teófilo Dávila Hospital, and the quality of life that the patient leads. family member for exercising such care. This investigative study will be based on being able to analyze 35 direct caregivers, likewise the Beck Model system will be used to measure the degree of anxiety shown by the family member, the Spielberg model in this way we will be able to see the stress picture that It may or may not be affecting the caregiver. Likewise, the Zarit scale program will be used to establish which interpersonal factors and self-efficacy interests will arise over the course of the caregiver's time with their depressed patient.

It must be taken into account that direct caregivers, who may be family members or close friends, play a more important role than indirect caregivers, who are the professionals in charge of the treatments of said patients. The objective of this research is to be able to analyze the quality of life that these caregivers lead with the determinant of giving adequate time to their patients, since many times these caregivers tend to forget about themselves, in addition to the fact that if they are not in optimal condition physically, emotionally and socially, they are not qualified either. in order to fulfill the responsibility of being in charge of the monitoring and treatment process of a patient with depression. An important factor to note is that patients with depression, in addition to undergoing psychiatric treatment, in most cases will also use drugs, therefore their family members or friends in charge should also be under observation, since in some In observed cases, it was possible to analyze that certain

caregivers already had certain suicidal thoughts, and one of the reasons was that they did not give co-responsibility roles to another family member who could help them as well.

Keywords: *1. Caregiver and overload, 2. Caregiver empathy, 3. Family overload, 4. Caregiver deliverytime, 5. Caregiver quality of life.*

TABLA DE COTENIDO

INDICE

| | |
|---|----|
| TÍTULO DEL TRABAJO | i |
| DEDICATORIA | ii |
| INTRODUCCION | 9 |
| 1. <i>Planteamiento del problema</i> | 10 |
| 2. <i>Formulación del Problema</i> | 13 |
| 3. <i>Justificación</i> | 13 |
| 4. OBJETIVOS | 15 |
| 4.1 <i>Objetivo General</i> | 15 |
| 4.2 <i>Objetivos específicos</i> | 15 |
| 5. MARCO TEÓRICO | 15 |
| 5.1 <i>Depresión</i> | 16 |
| 5.1.1 <i>Modelos teóricos explicativos de la depresión</i> | 17 |
| • <i>Modelo Beck</i> | 18 |
| • <i>El modelo Spielberg</i> | 18 |
| • <i>Tipos de depresión</i> | 19 |
| 5.1.2 <i>Atención a pacientes con depresión</i> | 21 |
| Tabla 1..... | 22 |
| 5.2 <i>La familia como sistema</i> | 22 |
| 5.2.1 <i>La familia como cuidador primario</i> | 25 |
| 5.3 <i>Calidad de vida</i> | 26 |
| 5.4 <i>Sobrecarga del cuidador directo</i> | 27 |
| • <i>Definición de términos importantes</i> | 28 |
| 5.5 <i>Principales resultados y hallazgos de investigaciones sobre cuidador directo y la calidad de vida de aquellos pacientes diagnosticados con depresión</i> | 29 |
| 6. MARCO METODOLÓGICO | 32 |
| 6.1 <i>Diseño de investigación</i> | 32 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 6.2 | <i>Métodos de recopilación de datos</i> | 35 |
| 6.2.1 | <i>Población y muestra</i> | 37 |
| | Figura 2. | 38 |
| | Figura 3. | 38 |
| 6.2.2 | <i>Procedimiento</i> | 40 |
| 6.3 | <i>Análisis de datos</i> | 44 |
| 6.4 | <i>Consideraciones éticas</i> | 46 |
| 7. | RESULTADOS ESPERADOS | 47 |
| 7.1 | <i>Discusión</i> | 50 |
| 7.2 | <i>Limitaciones y fortalezas</i> | 52 |
| 7.3 | <i>limitaciones investigativas</i> | 52 |
| 7.4 | CONCLUSIONES | 55 |
| 7.5 | RECOMENDACIONES | 57 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 59 |
| | ANEXOS | 70 |

Introducción

El Ministerio de Salud Pública establece estándares de calidad que deben llevar los pacientes de atención tanto pública como privada, de esta misma manera las normativas que deben seguir todos los establecimientos de salud del país para elevar el nivel de atención a los pacientes. La seguridad del paciente en depresión debe ser abordada desde múltiples perspectivas que integren diversos conceptos y tendencias actuales en gestión de calidad asistencial, tanto a nivel global del hospital Teófilo Dávila como en el país y local del sistema de salud ecuatoriano. Los incidentes y eventos adversos que puedan presentarse en los cuidadores directos de estos pacientes con cuadro depresivo, alertan al equipo de salud de la existencia de una sobrecarga, convirtiendo a la seguridad del cuidador en una prioridad, ya que de esto depende también la recuperación del paciente en atención con diagnóstico citado, y así continúa siendo un desafío global para el sistema de salud.

Con el propósito de disminuir el riesgo de experimentar un evento adverso durante el transcurso de cuidados a los pacientes con depresión por parte de su familiar, el siguiente trabajo tiene como objetivo definir el tiempo de entrega que ofrece el cuidador directo a sus pacientes y la calidad de vida física y emocional que llevan ellos por la responsabilidad que establecen al dedicar su tiempo con su paciente en tratamiento, así mismo los riesgos potenciales utilizando una escala de Zarit para poder determinar el grado de sobrecarga del familiar con directrices fundamentales basadas en la seguridad del paciente y cuidador, establecidas por la OMS basadas en investigaciones científicamente comprobadas.

Tema

Estudio de la relación entre el tiempo de entrega del cuidador directo y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con trastorno depresivo pertenecientes al

hospital General Teófilo Dávila en el área de psicología y psiquiatría

1. Planteamiento del Problema

Al pensar en el origen de este trabajo, debo replantearme algo que pude percatarme, cuando en mi vida profesional como médico pude ver y palpar que existía una familia alrededor de un paciente. En Teófilo Dávila, no precisamente solo les hacían compañía, también practicaban muchos cuidados personales: les brindan alimentación, los acompañaban al baño, también acompañamiento terapéutico, vigilaban el suero, la sonda que proporcionará su cuidador. Les daban los fármacos, les aseaban, los guiaban para poder dar sus primeros pasos luego de la intervención, vigilaban su horario de sueño en las noches, y también imparten optimismo. En el Teófilo se socializaba del familiar como cuidador directo, a la persona que dedicaba gran tiempo a permanecer pendiente de su paciente. Si nos detuviéramos a observar, dialogar con él acompañante, se podría dar cuenta la importancia que tiene evaluar al cuidador directo, por lo que entrega y padece cada día junto a su enfermo.

Luego en mi trabajo como médico de la atención primaria de salud me puedo dar cuenta y evidenciar aún más cuál es el rol que representa la familia, cuando se tiene alguna persona enferma en casa, tiempo de entrega, puede ser esposo, madre o padre casi las veinticuatro horas del día debido a su condición dependiente.

El análisis de la realización de este trabajo pretende ser una ayuda en el camino de conocer y poder relacionar la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas que sufren de depresión mediante la elaboración de una herramienta que mida los parámetros de salud de las personas encargadas

del cuidado del paciente. Las características en cuanto a los requerimientos protectores del enfermo dependiente, son los cuidados de tiempo prolongado, enfocándose en las atenciones que necesita el enfermo en tener ayuda integral de parte del entorno social o familiar de larga duración, los cuales son los denominados cuidadores directos.

Los Cuidados de larga duración, tienen que ver con la ayuda de actividades diarias las cuales día a día van en aumento por el deterioro mental y biológico del paciente, esto se da por lo que la cantidad y la suma de cuidados cotidianos va en creciente acorde al grado de dependencia del paciente dependiente. Los múltiples cuidados diarios están relacionados con el manejo integral de servicios externos como son: atenciones en salud, en lo social, los cuales brindarán de herramientas técnicas y saludables para que el enfermo dependiente pueda sobrellevar su día a día y a su vez, disminuir de cierta manera la sobrecarga del cuidador.

Es importante adjuntar otra de las causas como lo es la vulnerabilidad, que presenta el entorno familiar ante el afrontamiento de uno de sus integrantes la cual se relaciona con la Teoría General de Sistemas. La presente teoría se basa, entre otros aspectos, que hay una conexión influyente en los diversos subsistemas, de tal manera que esto causará afectación en la enfermedad y salud. En este caso, se podría enfocar en que la familia pertenece a un sistema y cada uno de ellos a un subsistema, se puede concluir que el entorno familiar es un apoyo indispensable y fortalecedor que influye en el tratamiento de recuperación del paciente dependiente así mismo el cuidador directo, debería ser parte fundamental de observancia. La calidad de vida de un paciente que padece una enfermedad de salud mental como es la depresión, y se encuentra en tratamiento

psiquiátrico, reflejara los accionares tanto físicos, sociales y emocionales tanto de su parte. como de su cuidador directo. Por lo cual la salud traduce como influenciaría en el comportamiento diario del familiar de estos pacientes y la afectación que manifiestan padecer en sus vidas.

Por tanto, poder considerar la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mental supone atribuir las características primordiales que presenta la carga para los cuidadores directos que entregan su tiempo dedicado a los pacientes que necesitan de su apoyo.

Es integral mencionar que, hasta ahora, las valoraciones de la calidad de vida relacionada con la salud de la mente, de esta manera se podrá ayudar de una forma correcta tanto al paciente que se encuentra interno recibiendo tratamiento de depresión en el hospital, como en su salud mental así como la afección en la física de los cuidadores directos, esto repercutirá en la condición de estabilidad de salud en la que se encuentren ellos para poder entregar un tiempo a los pacientes que afrontan una enfermedad de salud mental como es la depresión.

Los indicadores más incidentes relacionado con la sobrecarga de las personas/familiares del paciente dependiente son: que tiempo duran los cuidados, la funcionalidad para actividades diarias del paciente, la disminución del estado mental y las consecuencias del comportamiento del enfermo.

También pueden aparecer como causas conectadas a la afección de la salud de los familiares: tiempo que están cuidando y a su vez como el cuidador se aísla de cierta forma de su vida diaria, ya que su prioridad es su paciente. (Cannuscioetal. 2004)

Es importante mencionar que ser familiar directo (cónyuge), puede

despertar diferentes trastornos presentados en su comportamiento que pueden percibir del paciente y las deficiencias cognitivas del responsable familiar por ser la fuente carga; esta asociación se vuelve más sólida, cuando la utilización de servicios formales por parte de un profesional médico es escasa o casi nula. También está la responsabilidad voluntaria de los cuidadores que cuidan a pacientes con depresión pueden llegar a obtener sentimientos o culpas depresivas.

2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre el tiempo de entrega del cuidador directo y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con depresión pertenecientes al hospital General Teófilo Dávila en el área de psicología y psiquiatría?

3. Justificación

Hasta esta parte del trabajo se ha considerado la magnitud de la problemática y cuan afecta al futuro que presenta el cuidado sin ayudas técnicas o de salud antes mencionadas, así como el requerimiento de brindar apoyo a partir del sistema formal a los familiares directos para que no se desvanezca día a día su estado salud y calidad de vida, de esta forma se logre continuar cuidando con la menor inversión económica y no se claudique en la atención. Por esta forma se puede llegar a evitar, en algunos casos, la institucionalización del enfermo que dependa de la asistencia que brinda las instituciones públicas de salud.

De esta forma se ha mencionado cuán importante poder medir el estado de salud y el tipo de calidad de vida que tienen los cuidadores para de esa manera lograr prevenir efectos no deseados en su salud puesto a que son los responsables encargados que entregan su tiempo a los pacientes dependientes.

Por ende, posiblemente que las atenciones que realiza la persona encargada le repercuten en su estilo y calidad de vida. La frecuencia del cuidado y el tipo de los mismos.

Podrían ser entrelazados en la severidad de consecuencias negativas de la calidad de vida del cuidador. Por lo que, sería importante investigar a fondo la correlación que hay entre los cuidados proporcionados y el impacto en la calidad de vida del cuidador. Si se estudiaran algunas atenciones que se encuentran altamente relacionadas con la sobrecarga que recibe el cuidador, de esta manera se podrá orientar y ayudar a los profesionales en diferentes formas relevantes del tratamiento. Por una parte, al momento de tener acceso a esta información, se podría elaborar y dirigir sus actividades con el paciente dependiente de formación del cuidador, para conseguir que así, éste se pueda prestar de la mejor manera posible.

Como otro punto, esta información dirigiría al profesional sobre cuáles serían los requerimientos necesarios o específicos de descarga al cuidador y por ende buscar los recursos más adecuados a conseguir el positivismo del objetivo.

En el presente trabajo se busca conseguir describir cual es la relación entre el tiempo que implementa un cuidador directo para su familiar que padece depresión con la calidadde vida que llevan estos pacientes, y como afecta la vida propia.

La relación que hay entre las variables presentadas, ayudarían a que la contención técnica o de salud se informe y actúa en cuanto a la sobrecarga del cuidador para poder tomar acción de manera temprana y así, evitar que los

familiares o encargados la presenten.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Determinar cuál es la relación entre el tiempo de entrega del cuidador directo y la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con depresión pertenecientes al hospital General Teófilo Dávila en el área de psicología y psiquiatría.

4.1 Objetivos específicos

- Identificar cuáles son los cuidados precisos que prestan los cuidadores familiares de acuerdo al número de pacientes que son atendidos en la unidad y las repercusiones que estos manifiestan tener por el hecho de cuidar.
- Determinar la mediación de condición de vida óptima que debe tener un paciente que sufre de depresión y el tiempo de cuidado que necesita, enfocando los posibles trastornos que se presenten en los cuidadores directos aplicando el test de Zarit
- Relacionar el tiempo de entrega del cuidador directo del paciente con depresión y cómo influye esto en la calidad de vida de los individuos.

5. Marco teórico

En esta sección se presentan los modelos teóricos que lograron guiar la construcción de este trabajo. En primera instancia, se describe la conceptualización de atención con base en el marco conceptual de la enfermedad mental en pacientes con depresión. En segundo lugar, se recurrió a la teoría de sistemas para lograr un mayor entendimiento del funcionamiento de los sistemas familiares en

situaciones estresantes, tal como sería el cuidado de familiares dependientes por alguna enfermedad incapacitante. En tercer lugar, se discutirá la noción de calidad de vida, teniendo en cuenta su importancia en el desarrollo de este trabajo, las connotaciones subjetivas inherentes a este concepto, y finalmente, el desarrollo de la idea de prevención de la sobrecarga en la calidad de vida de los cuidadores de familiares dependientes por algún tipo de disfuncionalidad.

5.1 Depresión

En base a lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (2022) en términos de salud mental, se alude a un estado en el que las personas pueden enfrentar los limitantes de la vida de forma efectiva, potenciando sus habilidades, aprendiendo y contribuyendo al progreso de su entorno. Este estado es esencial para el desarrollo o construcción de un estado de salud y el bienestar, porque nos brinda la capacidad individual y colectiva para decidir, crear relaciones significativas y moldear nuestro entorno. Reconocer la salud mental como un derecho humano fundamental es crucial. Además, su influencia se extiende al desarrollo personal, social y económico, destacando su importancia en diversos aspectos de la vida. La depresión es un trastorno multicausal en el que se han identificado factores biológicos, es decir, el análisis de pacientes deprimidos ha mostrado cambios a nivel cerebral, pero el origen de estos cambios sigue siendo desconocido y está bajo investigación (Karawekpanyawonget et al., 2021).

Otras causas son químicas, lo que indica cambios en los niveles de neurotransmisores o sustancias producidas por el cerebro. Si relacionamos

los factores químicos y el hormonal, se asocian con cambios de humor y aparición de melancolía. Finalmente, también se han observado factores genéticos, presentándose la afección con mayor frecuencia en parientes consanguíneos directos (Coleman et al. 2020).

A partir de lo referenciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) el trastorno depresivo es consensuada como una patología seria y muy frecuente que afecta cómo vivimos cada día. Puede influir en nuestra habilidad para laborar, horas de sueño, académicamente, alimentación y vivir nuestro día a día. La causa de esta enfermedad puede ser una combinación de factores tanto contextuales como individuales. Estos podrían ser variables ambientales, biológicas y genéticas.

Según Arraras y Manrique (2019), la depresión se presenta generalmente como sentirse muy triste, como una respuesta emocional a situaciones difíciles, como estar enfermo o experimentar diferentes tipos de problemas que varían en gravedad entre la sociedad. Por su parte, Cavieres y López (2021) describen la melancolía como una agrupación de síntomas que causan malestar y pueden confundirse con la ansiedad, pero no necesariamente son motivo de preocupación.

La depresión se manifiesta a través de varios síntomas, siendo el más notable un estado de ánimo extremadamente bajo. Es un trastorno que afecta nuestra manera de sentir emociones. En resumen, la depresión es un estado emocional doloroso causado por desilusiones (Nasio, 2022).

5.1.1 Modelos teóricos explicativos de la depresión

En la presente sección se describen aquellos primordiales modelos teóricos que explican el trastorno depresivo:

- **Modelo Beck**

El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento reconocido y utilizado en la valoración de pacientes con sintomatología de un cuadro depresivo. Consiste en 21 ítems que evalúan diferentes aspectos de la depresión en una escala de cuatro puntos, que va desde 0 hasta 3 puntos. Es importante tener en cuenta que los individuos evaluados deben tener al menos 13 años de edad (Sánchez & Farfán, 2019).

Según lo mencionado por Díaz y González (2019), la Escala de Depresión de Beck fue inicialmente desarrollada para valorar la gravedad de síntomas clínicos de ansiedad en las personas y para discernir entre síntomas de ansiedad y depresión. Por otra parte, la organización factorial resultante de esta escala reveló dos dimensiones: una relacionada con síntomas físicos y otra con síntomas subjetivos de ansiedad asociados al trastorno de pánico.

En lo que respecta al modelo cognitivo-conductual, una de sus principales metas es capacitar a los pacientes para que asuman un papel activo en su propia terapia una vez finalizada la psicoterapia. De manera similar, Puerta y Padilla (2016) destacaron que los objetivos de la terapia cognitivo-conductual incluyen:

- Reducir los malos pensamientos
- Optimizar el autocontrol
- Perfeccionar las estrategias resolutivas para problemas.
- Desarrollar los niveles de refuerzo positivo y mejorar las destrezas de comunicación social/interpersonal.

- **El modelo Spielberg**

Según Martino (2020) afirma, el modelo de Spielberg menciona una serie de sucesos sistemáticos, comenzando con la aparición de un estímulo externo o interno (estrés), que es evaluado cognitivamente como una amenaza potencial, este proceso, está muy relacionado con las diferencias individuales, como los resultados, puede conducir a respuestas conductuales que promuevan la evitación de una situación amenazante, o puede conducir a respuestas defensivas que tengan como objetivo cambiarla evaluación lógica, racional o cognitiva de la situación.

Tipos de depresión

Según Corea (2021) el fenómeno de la depresión se considera una enfermedad relacionada con el estado de ánimo, cuyas principales características están relacionadas con los cambios de humor. La enfermedad es el producto de una compleja, suma e interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos. Según sus orígenes temporales y sistémicos, tiene una categorización específica que distingue tres tipos de melancolía, a saber, depresión mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar,

como se muestra en la Figura 1.

Figura 1.

Tipos de depresión

| | | |
|--|---|--|
| Trastorno depresivo mayor | Trastorno distímico | Trastornos bipolares |
| <ul style="list-style-type: none"> • La persona padece más de un episodio | <ul style="list-style-type: none"> • La depresión se presenta en niveles bajos, de forma crónica y se caracteriza por ser persistente. | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios variables en el estado de ánimo. |

Fuente: Adaptado de Corea (2021).

Según la Figura 1, la depresión mayor está constituida por uno o más episodios de depresión y es uno de los trastornos mentales más prevalentes en la población, donde las personas reflejan estado de ánimo e irregularidades anímicas, pero también anomalías cognitivas, cambios en el apetito, fatiga y falta de dormir. hacer que la enfermedad sea sistémica y multifactorial. Según Goena y Molero (2019) refieren, el trastorno distímico es una presentación de la depresión en forma leve, crónica, persistente y duradera. Los pacientes con este trastorno sufren trastorno bipolar porque suelen experimentar altibajos de depresión y apatía. Existe ampliamente y es causado por factores, variables y causas de orden psicoemocional.

En cuanto al trastorno bipolar, se trata de una enfermedad mental de tipo grave caracterizada por cambios de drásticos de humor acompañados de episodios de depresión y alternados con actitudes maníacas o hipomaníacas. Este trastorno tiene graves consecuencias para el funcionamiento familiar, académico, laboral y social (Ramírez et al., 2020).

La depresión puede estar asociada a diversas condiciones de salud, especialmente graves como reacciones psicológicas ante acontecimientos, y

tambiéne asocia a enfermedades respiratorias, cardiovasculares y neurológicas como la demencia, la epilepsia, Parkinson, etc. y VIH/SIDA (Vergel & Barrera, 2021).

5.1.2 Atención a pacientes con depresión

La creciente incidencia de la depresión surge del reconocimiento de esta como un cuadro psicopatológico crónico y sumamente debilitante que requiere atención primaria y especializada, ya que es necesario construir modelos de intervención para el tratamiento psicoterapéutico de la depresión. En este sentido han surgido diversas propuestas, entre las que la más adecuada es el modelo escalonado. El fin de este tipo de modelos es garantizar un tratamiento rentable, aumentando la eficiencia mediante intervenciones menos intensivas en función del estado y desarrollo del paciente.

Modelo escalonado en el manejo de la depresión

Tabla 1

| Objetivo de la intervención | Modalidades integrales de intervención |
|--------------------------------|--|
| Depresión grave y/o resistente | Estrategias farmacológicas pueden incluir el uso de medicamentos. Técnicas o métodos que implican el apoyo emocional y el trabajo con pensamientos y emociones. El tratamiento combinado implica el uso conjunto de diferentes enfoques. |

| | |
|--------------------|---|
| Depresión moderada | Las intervenciones psicológicas son abordajes terapéuticos que se enfocan en aspectos emocionales y cognitivos. |
| Depresión leve | La evaluación, el apoyo emocional y la educación psicológica son componentes importantes en el tratamiento. |

Nota. En la tabla se exponen el modelo escalonado para la atención de la depresión basado en la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto (2014).

Actualmente se ha verificado que la terapia combinada es más eficaz en términos de rapidez de resultados y la inclusión de la psicoterapia permite reducir el consumo de medicamentos. Esta interacción es muy útil en casos de melancolía farmacorresistente, donde el fallo del medicamento o un factor melancólico persistente marca una tendencia a la enfermedad crónica y requiere el uso de medicamentos, ya que interviene en los componentes de la enfermedad biológica para brindar un tratamiento integral. para tratar (Vargas et al., 2019).

5.2 La familia como sistema

La familia es considerada el grupo social más básico para todos y es el lugar donde se sienten seguros. Independientemente de cómo se sienta una persona sobre su concepto de familia, las personas no pueden dejar de mencionar la importancia de su rol, aunque la persona lo perciba de manera diferente (Roldán, 2022).

Dado que los amigos y las mascotas ahora se consideran parte de esta dinámica, nadie tiene derecho a invalidar lo que otros ven como el sistema

familiar.

Desde una perspectiva psicológica, una verdadera comprensión de la familia, incluso a nivel global, es el desarrollo de vínculos afectivos, experiencias compartidas, valores y potencial social que se deben crear entre cada individuo (Roldán, 2022).

Por lo tanto, los sistemas familiares son considerada el soporte más importante a la fecha, ya que es el vínculo que une a la persona desde su nacimiento hasta su muerte. Pero debemos recordar que algunas personas pierden estas conexiones debido a rupturas familiares u obstáculos en la vida cotidiana (las familias no se hablan por motivos religiosos o políticos, enfermedad, muerte, etc.), es decir, algunas personas pierden estas conexiones en la primera infancia sin el apoyo de padres o tutores durante varios años en el futuro (principalmente desde la adolescencia hasta la edad adulta) y por lo tanto padecen diversos efectos psicológicos (Ivette, 2021).

Aunque cabe mencionar que a medida que un individuo madura y define su personalidad, también cambian los patrones de comportamiento y de relaciones, a medida que adquiere educación, interactúa con otras esferas sociales y desarrolla sus propios estándares, que son las normas que determinan su comportamiento. El modelo es el sistema familiar primario. Este sistema también asigna a una persona los valores y preferencias personales que pueda tener. Por tanto, la propia familia es entendida como la comunidad primaria que influye o refuerza el comportamiento de los individuos en términos de desarrollo económico, político y sociocultural (Ivette, 2021).

Para comprender con más claridad el concepto de familia, es útil considerar el modo de definir el término sistema. Según Acevedo y Vidal (2019), Von Bertalanffy propuso una visión de conjunto de elementos que interactúan de forma

dialéctica, donde cada parte desempeña un papel en relación con el todo. Sin embargo, el todo no puede ser simplemente la suma de sus partes; es más que la mera combinación de estas. Desde esta perspectiva, la familia se concibe como un sistema abierto que contiene varios subsistemas.

El sistema familiar se organiza dentro de los límites que lo separan de su entorno, adaptándose a su propósito y actitud hacia esos límites. Un enfoque o perspectiva sistémica implica que cada individuo en la familia interacciona y ejerce influencia sobre los demás. Por lo tanto, cualquier cambio en uno de los miembros afectará al sistema en su conjunto, generando ajustes destinados a mantener el equilibrio o estado actual (Pinhoet al., 2017).

Según Quintero et al. (2020), el funcionamiento familiar es un constructo complejo multidimensional que incluye varios dominios conceptuales como: cohesión y adaptabilidad. La cohesión equilibrada se produce cuando los miembros tienen autonomía y libertad para tomar decisiones independientemente de si están relacionadas con los vínculos emocionales de los miembros, las limitaciones familiares esperadas, el tiempo y el espacio, además del apoyo familiar cuando sea necesario. Se contó el número de amigos o intereses y pasatiempos compartidos.

Por otro lado, la adaptabilidad es una dimensión tan importante como la cohesión para el óptimo funcionamiento del sistema familiar. Por ello, se especifica como el grado de flexibilidad que el sujeto cree que debe poseer su familia para adaptarse a agentes estresores internos y externos en áreas como a modos de liderazgo, disciplina, roles, instauración de reglas y modos de procesamiento para la toma de decisiones; si tu familia reordena su estructura según las circunstancias (Quintero et al. 2020)

5.2.1 La familia como cuidador primario

Al referirse a un cuidador principal, este se figura como una persona responsable de brindar asistencia a una persona que ha perdido autonomía debido a una enfermedad en la dimensión biológica o mental o pérdida de una función que requiere cuidados extensivos.

Esta función suele ser realizada por familiares que la desempeñan de forma voluntaria y sin remuneración. La atención se brinda mayoritariamente con la ayuda del apoyo diario, con el objetivo de asegurar una vida plena en el paciente y apoyarlo en sus actividades diarias y en la obligación de la atención médica (Torres et al., 2018).

Debe señalarse que, la tarea de atender es muy difícil, ya que normalmente no está capacitada para realizar esta función, por ejemplo, y además tienen que realizar otras tareas junto con otros familiares y en muchos casos también trabajar.

Por otro lado, está el dolor de ver sufrir a un ser querido. Además, la prestación de cuidados multitarea significa pérdida de independencia, aislamiento social y altos costos. Por tanto, existe un alto nivel de estrés y sobrecarga, lo que hace que la persona sea propensa a sufrir problemas físicos, emocionales y sociofamiliares (Martínez, 2020).

Según Asencios y Pereyra (2019) Un cuidador primario es aquel individuo encargado de diversas responsabilidades, que incluyen la atención a su integridad diaria de una persona afectada por una enfermedad y/o discapacidad. Este cuidador proporciona asistencia en las actividades cotidianas, ofrece apoyo durante las consultas médicas y se asegura de que se

siga el tratamiento adecuado. Por lo general, esta tarea recae en miembros de la familia, quienes, además de las labores de cuidado, deben continuar con las responsabilidades del hogar y, en muchos casos, del trabajo.

La familia desempeña un papel fundamental como red de apoyo a lo largo de la vida de las personas. Sus funciones abarcan desde la enseñanza y formación, el respaldo a nivel psicosocial y psicoemocional, hasta la promoción de actividades de protección, la asistencia en la toma de decisiones y la resolución de conflictos. Por ello, se cataloga como una red de apoyo, lo cual es crucial en muchas situaciones, ya que puede convertirse en un recurso valioso en diferentes situaciones y también puede actuar como un principio protector (Villavicencio et al., 2018).

5.3 Calidad de vida

La calidad de vida es un grupo de términos complejo que abarca diferentes modos o aspectos del bienestar y la satisfacción personal. Aunque no hay una definición única, normalmente suele referirse a la percepción subjetiva, individual o particular que una persona posee de su vida, considerando elementos como la salud mental y física, las relaciones sociales, el nivel socioeconómico, la seguridad y otros factores que influyen en el bienestar general del individuo (OPS, 2019). En base a lo anterior, evaluar la calidad de vida en relación con el cuidado de la salud se ha vuelto cada vez más importante como el tener el criterio suficiente para comprender el impacto de las enfermedades y la eficacia de las intervenciones médicas, además de ser relevante para medidas epidemiológicas (Gallardo et al., 2019).

Es importante señalar que, la depresión es la enfermedad mental más estudiada, relacionada con la calidad de vida. Hay muchos estudios empíricos

en la literatura quedemuestran el impacto de los síntomas de la depresión en la calidad vital. En tal sentido, los resultados reflejan que la depresión afecta diversos aspectos de la calidad de vida. Se ha comprobado que las personas con depresión severa tienen niveles de tensión muy altos durante las actividades familiares y experimentan disforia social, estrés, limitaciones económicas, peor funcionamiento laboral, salud y más días de ausencia laboral que los sujetos sanos (Ramírez et al., 2020).

5.4 Sobrecarga del cuidador directo

El papel de cuidador puede ser una amenaza para la salud psicofísica si no obtiene el apoyo adecuado durante el transcurso del cuidado. Los seres queridos necesitan cuidados y ayuda, de lo contrario se sentirán agobiados y los síntomas afectarán la salud mental de la persona y provocarán una somatización a nivel físico. Esto puede tener consecuencias para familiares y pacientes (Asencios & Pereyra, 2019).

Ante esta situación, el cuidador experimentó que la carga de cuidar y respaldar aun familiar enfermo era demasiado abrumadora para él, y por eso la consideró como una carga negativa entonces sintió que estaba afectando su salud y sintió que así era. no realizar. Cumplió bien sus funciones como cuidador, por lo que no brindó al paciente el confort necesario. A esta condición contribuyen diversos factores, que nuevamente dependen de aspectos como la dependencia del paciente de las actividades diarias y el tiempo requerido para los cuidados (Abal et al., 2019).

En cuanto al síndrome de carga del cuidador, puede ocurrir por falta de ajustes necesarios cuando una persona asume el rol de cuidador. Según Maslak y Jackson, las personas con el síndrome muestran agotamiento emocional, bajos

logros personales y despersonalización en teoría cuando se trata del estrés del cuidador. La prevalencia de este fenómeno es mayor entre personas cuyos familiares requieren más cuidados o que son más dependientes (Abal et al., 2019).

Es importante señalar que, las personas con responsabilidades de cuidado a menudo funcionan más allá de su capacidad de respuesta, muestran un agotamiento extremo y desarrollan síntomas de agotamiento del cuidador. Lo habitual es que estas personas se sientan culpables por abandonar momentos de ocio y amigos para enfocarse de lleno al trabajo de ser un cuidador; les resulta difícil relajarse cuando logran realizar actividades no relacionadas con el cuidado, por lo que tienden a retraerse (Martínez et al., 2020).

Definición de términos importantes

Calidad de vida: el término calidad de vida engloba varios aspectos del bienestar de una persona, incluyendo su salud física, estado emocional, nivel de autonomía, condiciones de vida y relaciones sociales (Ruidiaz & Cacante, 2021).

Depresión: La palabra "depresión" tiene su origen en el latín "depressio", que se refiere a un hundimiento, ya sea en el terreno físico o en el sentido moral. Esta palabra está formada por el prefijo "De", que indica disminución o negación, y "pressus", derivado del verbo "premere", que significa presionar o comprimir. Además, se agrega el sufijo "sio", que convierte la palabra en un término que denota acción y efecto (Ahunchain, 2020).

Sobrecarga del cuidador: Se considera a un cuidador que está experimentando sobrecarga cuando muestra signos de agotamiento emocional, estrés y fatiga, lo cual afecta su funcionamiento en distintos

ámbitos, como lo social, laboral, académico y familiar (Abal et al., 2019).

5.5 Principales resultados y hallazgos de investigaciones sobre cuidador directo y la calidad de vida de aquellos pacientes diagnosticados con depresión.

Cantillo et al. (2022) elaboraron una investigación con el objetivo de redactar las particularidades y vivencias de los cuidadores familiares de personas con un algún tipo trastorno mental, que reciben atención en un establecimiento de mayor especialidad. La metodología empleada combinó enfoques cuantitativos y cualitativos, utilizando la escala de sobrecarga de Zarit para recolectar datos cuantitativos. Los resultados destacaron que la gran parte de las cuidadoras eran mujeres, mayormente madres e hijas, con un tipo de educación primaria y ocupaciones familiares. Además, gran parte de ellos manifestaban sentir cierto nivel de sobrecarga física y psicoemocional. Los temas identificados en las entrevistas incluyeron el temor a la enfermedad, la fatiga del cuidador y la pérdida de empleo, revelando las complejas situaciones enfrentadas por los familiares debido a las considerables demandas de cuidado y las fluctuaciones en la salud mental de los pacientes.

Posteriormente, Prado (2020) realizó un estudio con el fin de valorar la agrupación entre la sobrecarga del cuidador y la depresión en personas que cuidan a individuos con discapacidad en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja en 2018. La metodología utilizada fue de naturaleza cuantitativa, con un diseño analítico transversal, empleando la escala de Zarit y el test de Hamilton para recabar datos. Los datos revelaron una alta incidencia de sobrecarga del cuidador y depresión, mayoritariamente en

mujeres de mediana edad con educación primaria y que cuidaban a individuos con discapacidades severas. Finalmente se visualizó una correlación estadísticamente reveladora entre ambas variables.

Por otro lado, Ramírez et al. (2020) desarrollaron una investigación con el propósito de identificar cuáles eran las características más generales, tanto por género como por grado de sobrepeso y obesidad, y su impacto en el modo de vida en pacientes con depresión leve y moderada en Sinaloa, México. El estudio, de naturaleza cuantitativa y transversal, utilizó la encuesta SF-36 para evaluar la calidad de vida. Se observaron diferencias relevantes entre los pacientes que presentan depresión leve y moderada, donde la función física y el dolor se vieron afectados principalmente por el género y el sobrepeso/obesidad. Además, se hallaron correlaciones importantes entre la salud física, el dolor, el rol físico, estado de salud general y la vitalidad.

Otra investigación relevante es la llevada a cabo por Valtierra et al. (2020) con el objetivo de ponderar el cansancio del cuidador principal de pacientes con patología mental. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo de tipo no experimental con diseño prospectivo y corte transversal, utilizando el cuestionario Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador. A partir de ahí, se identificó que la gran totalidad de los cuidadores eran del sexo femenino, de entornos urbanos y con niveles educativos primarios.

Además, se corroboró que la mayoría de los pacientes padecían trastornos mentales graves y que un alto porcentaje de las personas cuidadoras experimentaban un nivel de sobrecarga severa, lo que pone de manifiesto el impacto del cuidado de personas con enfermedad mental en la salud del

cuidador.

Por último, Bello et al. (2019) desplegaron un estudio para determinar aquellas causas que contribuyen a sobrecargar al cuidador en las personas de la tercera edad con poco autocuidado. Utilizaron un diseño descriptivo, analítico y transversal, y la encuesta de Zarit como instrumento de medición. Se evidenció una alta prevalencia en sobrecarga psicoemocional en los cuidadores, con factores biológicos, como el género y el parentesco, y aspectos psicoemocionales y económicos, influyendo en la intensidad de la sobrecarga. Esta investigación destaca la complejidad de las situaciones enfrentadas por las personas que se dedican al cuidado de pacientes geriátricos con dificultades en el autocuidado. Cabe destacar que, son muy pocas o mínimas las investigaciones realizadas en cuidadores primarios de pacientes con depresión, aunque es amplia la evidencia científica en cuanto a la sobrecarga en las personas que cuidan y los efectos en la calidad de vida en personas con depresión, a pesar de ser una problemática de alto impacto por su alta incidencia a nivel mundial que puede llegar a resultar incapacitante, poco se conoce sobre el impacto en la familia especialmente en quien brinda cuidado y acompañamiento.

En tal sentido, este estudio proporciona datos de gran relevancia que abordan este vacío de conocimiento, exponiendo evidencia y datos sobre las dificultades y desafíos que vivencian y afrontan las personas con depresión y sus cuidadores y de qué modo esto afecta su calidad de vida. Por lo que esta investigación contribuye a la comprensión y abordaje integral de la depresión desde la óptica del paciente y su entorno más próximo.

6 Marco Metodológico

6.1 Diseño de investigación

Según (Barreto & Lezcano, 2023) el término diseño alude a la elección o construcción de un determinado plan que tiene como objetivo conseguir la información específica que se necesita y así poder responder una problemática previamente planteada. Para Losada et al. (2022) un diseño de investigación corresponde con la construcción de un plan enfocado en la respuesta a las preguntas de investigación o a la comprobación de las hipótesis planteadas previamente.

Antes de abordar el enfoque mixto es esencial conocer las partes que lo componen. El enfoque cuantitativo se desarrolla esencialmente a partir de un enfoque positivista donde se valoran magnitudes y los datos se aprecian de manera estadística (Yucra & Villalta, 2020). De un modo general, cuando se alude a la corriente filosófica del Positivismo se asocia un enfoque cuantitativo el cual está caracterizado por la aprobación de hipótesis principalmente a través de herramientas o programas estadísticos que permitan análisis ya sea de tipo descriptivo o de tipo inferencial (Avellaneda et al., 2020). La perspectiva cuantitativa parte de la defensa del privilegio del dato como sustento argumentativo de todo su proceder.

Su principio rector es que aquello que no se puede medir no puede tener el estatuto de credibilidad. En síntesis, busca, a través de la realidad empírica la verificación de hipótesis para poder establecer principios generales (Jiménez, 2020). Adicionalmente, el enfoque cuantitativo posee la característica de ser deductiva, esto significa que parte sus investigaciones de principios generales o más abarcativos para arribar a conclusiones singulares o más específicas (Espinoza, 2023).

Por otra parte, el paradigma o enfoque cualitativo es post positivista y,

por lo tanto, su principal preocupación consiste en utilizar métodos y técnicas que permitan obtener validez y confiabilidad (Borjas, 2020). Acosta (2023) menciona que la investigación de tipo cualitativo es compleja porque parte de múltiples situaciones, su característica es el dinamismo y la subjetividad. Adicional a lo especificado anteriormente, una de las características de la investigación cualitativa es que es inductiva, esto quiere decir que parten de datos particulares para poder realizar inferencias mayores (Palmet, 2020).

La investigación cualitativa también ha sido considerada como un enfoque que puede generar sus propias hipótesis, las cuáles después serán puestas a prueba por el enfoque cuantitativo. Una de las ventajas que supone la investigación cualitativa respecto de la cuantitativa es que realiza un estudio particular en aquellos datos que otras aproximaciones no pueden analizar; a la par, profundiza en los conocimientos de tipo teóricos y conceptuales; dentro del ámbito de los investigadores logra establecer un equilibrio en la construcción de los objetos de investigación; por último, propone métodos alternativos al modo común en el que la epidemiología conoce la sociedad (Hernán et al.,2020).

Para este trabajo se consideró un enfoque mixto, es decir tanto cuantitativo como cualitativo. Hernández y Mendoza (2019) explican que este enfoque también posee la característica sistemática, conserva el aporte empírico y se sustenta en la recolección de datos tanto cuantitativo como cualitativo. Es decir, el enfoque mixto, logra una integración de datos tanto verbales, textuales como numéricos u ordinales con el objetivo de lograr un panorama más detallado y una comprensión más integral de la realidad.

El plus que se obtiene con el uso de un enfoque mixto es que se puede arribar a respuestas que no se obtendrían a través de la adherencia a un solo enfoque. Además de ello, el investigador debe conocer que esta integración de ambos enfoques tiene que aplicarse desde el inicio del planteamiento del problema hasta el final con el informe de investigación (Camos, 2020).

En cuanto al diseño de un enfoque mixto afirman que existen tres formas de diseño integrados. El primero hace referencia a un diseño secuencial o de fase donde sea un enfoque después de otro llegando a establecerse las fases que sean necesarias. El segundo corresponde con un diseño que prevalece sobre el otro, es decir, un diseño posee mayor protagonismo y el otro es usado de manera secundario o en segundo plano y el tercer diseño usa ambos enfoques a modo de establecer relaciones o vínculos en todas las fases del proceso investigativo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019).

El trabajo posee un diseño no experimental de tipo transversal con un alcance correlacional. El estudio está constituido por lo no experimental debido a que aborda, observa y trata los fenómenos tal como ocurren de manera natural (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). Según Avellaneda et al. (2020) los estudios no experimentales se caracterizan porque el agente que investiga no realiza ninguna manipulación de las variables o diseña algún tipo de intervención intentando ejercer efectos distintos a los que normalmente aparecía. Este tipo de diseño también puede manejar diversas variables a la vez.

Por su parte, se establece como de tipo transversal debido a que la toma, recopilación u obtención de datos e información se realizan una sola vez durante

el proceso investigativo, es decir, el análisis de las variables con sus respectivas interrelaciones, causas y efectos ocurre una única vez en el lapso de tiempo en que se desarrolle la investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019).

Por último, el alcance de esta indagación es de tipo correlacional. Su meta general identificar determinados efectos a partir de causas previamente establecidas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019). El alcance correlacional también nos invita a conocer el nivel de correlación entre una o más variables, así como poder establecer cierta predictibilidad (Guillen et al., 2020).

6.2 Métodos de recopilación de datos

Para (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019) recolectar datos implica diseñar un plan minucioso y sistemático que nos permitan obtener información con un fin específico. Según informa, en esta fase de la investigación no se sugiere redactar o escribir los resultados aún debido a que suele integrar información adicional que obliga a rectificar algunos apartados.

En el caso de la recopilación de datos desde el paradigma cualitativo se aboca a la consideración o enfoque de conceptos, percepciones, sentimientos, pensamiento, en suma, de verbalizaciones con el único fin de lograr una mejor comprensión de la vivencia experiencia subjetiva. Esta recolección de datos ocurre en la cotidianidad más natural o espontánea.

Los siguientes métodos o instrumentos para la recolección de datos fueron:

- Escala de sobrecarga de Zarit: Consta de 22 preguntas que se reúnen en tres factores: “Expectativas de autoeficacia, impacto del autocuidado y

relaciones interpersonales” (Ramírez et al., 2023, p. 112). En un principio consistió en una entrevista que actualmente evolucionó a una escala o formato autoadministrado. Dentro de la disciplina de la gerontología es uno de los instrumentos más populares debido a sus propiedades psicométricas y su fuerte fundamentación teórica (Florencia et al., 2020).

Debido a las distintas versiones existen instrumentos con distintas cantidades de ítems por lo que se ha recomendado utilizar aquellas que poseen entre 29 y 22 ítems y no aquellas versiones más pequeñas por debajo de los 22 ítems. El formato original de esta escala este compuesto por 29 ítems. (Florencia et al., 2020). Una de las validaciones de la escala original a diversos contextos la lleva cabo Martín et al. (2010) el cual obtiene una consistencia interna estimable a partir de un coeficiente alfade Cronbach de 0,92 en el instrumento total (Chango& Guarate, 2021).

Los resultados que puede proveer esta escala son los siguientes: Ausencia de sobrecarga (<46); Sobrecarga ligera (47-55); Sobrecarga intensa (>56)(Amador et al., 2020).

- Observación directa: Técnica cualitativa de recolección de datos a partir de su inmersión en el contexto natural. Su característica singular es que el grado de inmersión, vinculación o participación es variable (Sanjuán et al., 2019).

6.2.1 Población y muestra

La población se conceptualiza como una reunión completa de individuos u objetos que presentan características comunes y son considerados para ser

parte de un proceso investigativo, de un estudio o algún tipo de experiencia (Vizcaíno et al., 2023). La población abordada y delimitada en el presente estudio corresponde a los pacientes diagnosticados con depresión pertenecientes al hospital General Teófilo en el área de psicología y psiquiatría. Esta población está constituida por un aproximado de 200 pacientes de los cuales se consideran a los cuidadores principales.

Desde un enfoque cuantitativo, la muestra en un subgrupo de la población que se ha considerado con anterioridad y de la cual provendrán los datos. La muestra se delimitará a partir de esta población con precisión y de acuerdo con ciertos criterios. En última instancia, se pretende que los resultados o conclusiones encontradas en esta muestra se puedan generalizar o extrapolar a toda la población en caso de que corresponda con un tipo de muestra representativa, la cual se especifica que dentro del enfoque cuantitativo todas tienen que ser de este tipo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019).

En la configuración de una muestra probabilística y, por ende, representativa se deben seguir dos criterios, a saber: 1. Calcular el tamaño de la muestra adecuado para que sea representativa; 2. Seleccionar las unidades muestrales o básicas para que todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos. Para calcular el tamaño de la muestra, esta se puede formar ya sea por algún programa informático o mediante fórmulas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019).

Afirman que el tipo de muestreo aleatorio simple ha sido el modo más común para configurar o producir una muestra que sea representativa a toda la población. En este caso sería específicamente la selección aleatoria a cada uno

de los participantes. Su punto más importante es que todos tienen la misma posibilidad de ser seleccionados para formar parte de la muestra (Cortés et al., 2020). Las fórmulas que se presentan a continuación, dependen de la existencia o no de la varianza poblacional:

Figura 2.

Cálculo de la muestra con existencia del dato de varianza poblacional

$$n = \frac{N\sigma^2}{(N-1)\frac{B^2}{4} + \sigma^2}$$

Donde:

N = Tamaño de la población.

σ = Desviación estándar poblacional.

B = Error o diferencia máxima entre la media muestral y la media poblacional que se está dispuesto a aceptar con el nivel de significación escogido. Este error el propio investigador lo fija.

Fuente: Tomado de Cortés et al., (2020)

Figura 3.

Cálculo de la muestra sin existencia del dato de varianza poblacional

$$n_1 = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Donde:

N tamaño de la población

n_1 tamaño de la muestra calculado.

n' tamaño provisional de la muestra dada por el investigador.

Fuente: Tomado de Cortés et al., (2020)

Para la delimitación de la muestra se usó un tipo de muestreo probabilístico aleatorio simple. Este es considerado como el criterio con el que cada unidad de cierta población tiene la misma posibilidad de ser seleccionados (Reales et al., 2022). Existe otro tipo de muestra denominada no probabilística, la cual ya no considera que todos los participantes tienen la misma posibilidad de ser elegidos, ni se obtiene de forma mecánica, ni se basa en fórmulas matemáticas, sino que dependen tanto del criterio del investigador como de la situación en la que parte y se desarrolla el estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019).

Hernández-Sampieri (2019) especifica que las muestras de tipo probabilísticas son esenciales tanto para los estudios de corte transversal como los de alcance correlacional. En todo caso, la elección del tipo probabilístico o no probabilístico depende tanto del planteamiento del problema como del diseño de investigación. Una de las ventajas que pueden obtenerse del uso del tipo probabilístico es que se puede medir el error de la predictibilidad o también conocido como error estándar. La cantidad de cuidadores que serán considerados y formarán parte de la muestra del presente trabajo es de 30 pacientes.

6.2.2 Procedimiento

Existen diversas y variadas formas de realizar análisis de los datos, pero no todas estas formas son útiles, viables o son convenientes para el tema elegido (Saras,2023). De cualquier forma, el modo de proceder en la recolección, organización y análisis de los datos depende de todo lo

considerado anteriormente.

Tabla 2

Herramientas de plan de estudio investigativo

| Objetivos Específicos | Actividades | Tiempo aproximado |
|--|---|-------------------|
| <ul style="list-style-type: none">Indicar el número de pacientes que reciben tratamiento en el área de psicología y psiquiatría del Hospital General Teófilo Dávila que padecen depresión. | El número de pacientes se obtuvo a partir de la información referida en la página principal del Hospital Teófilo. Herramienta- buscadora de datos obtenidos previamente | 1 día |

| | | |
|--|---|-------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar cuáles son las medidas de cuidados que tienen los cuidadores familiares y las consecuencias que estos presentan por el hecho de brindar su atención. | <p>Este objetivo se alcanza a partir de la aplicación de la escala Zarit con lo cual se obtendrá información necesaria con respecto a los cuidados y repercusiones.</p> | <p>1 semana laboral</p> |
|--|---|-------------------------|

| | | |
|---|---|-------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Determinar cuál es la condición de vida óptima que debe tener un paciente que sufre de depresión y el tiempo de cuidado que necesita. | <p>Con la aplicación de la escala Zarit se logrará obtener los datos referentes a la condición de vida óptima.</p> <p>Herramienta Analítica</p> | <p>1 semana laboral</p> |
|---|---|-------------------------|

| | | |
|---|---|-------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los trastornos que se pueden presentar en los cuidadores directos de pacientes que sufren de depresión aplicando el test de Zarit. | <p>Con la escala Zarit se pueden obtener ciertos indicios acerca de la presencia de ciertos trastornos que se pueden presentar en los cuidadores de paciente con depresión.</p> <p>Herramienta de investigación teórica</p> | <p>1 semana laboral</p> |
|---|---|-------------------------|

Por otra parte, se establecen los pasos para la recolección y tratamiento de los datos:

- Recolección de los datos procedentes de fuentes primarias.
- Identificar el número de pacientes con depresión que reciben tratamiento en el área de psicología y psiquiatría del Hospital Teófilo Dávila.
- Organizar los tipos de cuidados que proveen los familiares y establecer qué tipo de repercusiones vivencia por el trabajo de cuidar.
- Determinar los indicadores de un estado óptimo vital para los pacientes que sufren depresión, así como el tiempo necesario para su recuperación.
- Tabulación de los trastornos que se pueden encontrar en cuidadores directos de pacientes que sufren depresión.
- Relacionar la cantidad de tiempo entregado por los cuidadores directos y su incidencia en la calidad de vida los pacientes que sufren depresión.

6.3 Análisis de datos

En este apartado de la investigación primero se preparan cuidadosamente los datos adquiridos, esto sería eliminar cualquier excedente y completar aquel dato que falte. Luego de ello, se procesan los datos, aquí ocurre el análisis, agrupación y comparación por categoría de los datos obtenidos, así como la crítica y síntesis que se presenta en el capítulo de resultados (Martínez & Palacios, 2023).

Se afirma con mucho acuerdo que, en la actualidad, el análisis de datos cuantitativo se lleva a cabo a través de computadores o algún tipo de ordenador. Existen unos pasos precisos para lograr el análisis de datos desde el paradigma cuantitativo. 1. Identificar un programa apropiado para analizar; 2. Ejecutar el programa; 3. Explorar y analizar los datos; Ponderar la validez o confiabilidad lograda por los instrumentos de recolección de datos; Contrastar las hipótesis planteadas; 6. Proceder con análisis adicionales; Organizar los datos para poder presentarlos (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019).

En el caso del tratamiento o análisis de los datos cualitativos su principal meta es estructurar, categorizar, codificar y establecer relaciones en los datos que se obtuvieron de forma desorganizada o no estructurada con el fin de comprender mejor el fenómeno planteado. Cabe recalcar que este análisis también posee sistematicidad. Adicionalmente este tipo de análisis puede ser de codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2019; Vives & Hamui, 2021).

En cuanto a la investigación se realiza con el fin de buscar análisis estadísticos con la prueba de correlación de Spearman, el cual es un tipo de prueba no paramétrica que permite analizar relaciones entre variables ordinales (QuestionPro, 2024). Para el tratamiento de los datos desde un enfoque cuantitativo se utilizará el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM Corp. 2023). Por otro lado, desde un enfoque cualitativo, el tratamiento de los datos será a partir de un análisis de contenido el cual alude a una técnica de tratamiento de datos cualitativos por medio de la codificación (Belloso & Lizardo, 2023). La confiabilidad desde esta técnica se obtiene a partir de la reproducibilidad que puede realizar otro investigador en tanto que la validez se puede adquirir por triangulación

de datos y validez de expertos (Fernández et al., 2024).

Consideraciones éticas

La ética en el proceso de investigación científica esta velada u observada desde hace algún tiempo considerable podría decirse que está siendo respaldada desde varias décadas atrás. Debido a los muchos experimentos que se dieron antes, durante y después de la segunda guerra mundial se hizo menester que el desarrollo científico y el cuidado del ser humano fuera acompañado por la ética

Se ha afirmado que para un investigador es sumamente difícil ser imparcial debido a que se encuentra inmerso en el proceso investigativo y a la vez sus dotes creativos pueden rebasar los límites que el mismo se pudo haber autoimpuesto. Por tal motivo, es que se plantea la importancia de la existencia en todas las instituciones de educación superior de un ente regulador que supervise los movimientos o tipos de acercamientos que se pueden realizar a los seres vivos y, con mayor especificidad, a los seres humanos (Reyes et al., 2020).

Cabe agregar que también se ha afirmado que el diseño de estudio se elige no solo de acuerdo al tipo de conocimiento que se espera encontrar sino también debido a las consecuencias éticas inherentes (Del Río & Del Río, 2020). Una de las consecuencias éticas es que la calidad de la producción de ciencia en ciertas instituciones superiores y, por ende, el honor de la misma universidad, depende de la adecuada referencia o respeto por los derechos de autor (Rosales, 2021).

El presente trabajo se apega a los requisitos obligatorios para la realización de actos investigativos en seres humanos bajo la Declaración de Helsinki. La información obtenida se manejó bajo una rigurosa

confidencialidad, cuidado y organización. Es importante mencionar que la información fue de uso restringido para la autora de esta investigación (Román et al., 2020).

Adicionalmente también se acoge al correcto uso de la información lo cual implica el reconocimiento de los derechos de autor y propiedad intelectual. De igual forma se adhiere a los derechos de acceso a la información libre o pública, la restringida y, también, su compromiso con la erradicación de plagio, la lucha contra la falsificación de datos, así como el cese de conflictos de intereses (Castro, 2020).

7. Resultados Esperados

En este apartado resaltaremos cuales serían las expectativas que nos enfocó a realizar este trabajo investigativo, con el fin de poder ayudar con esta investigación a que se puedan establecer medidas fijas para velar por la integridad de los cuidadores, en dicho trabajo se desglosara los resultados de la aplicación de la escala de Zarit donde analizaremos el perfil de 35 cuidadores directos de pacientes con cuadros en depresión atendidos en el Hospital Teófilo Dávila en el área de Psiquiatría en él se incluyen puntos focales de cuidadores directos, de los cuales 24 fueron del sexo femenino , con una edad promedio de 35-46 años y 11 del sexo masculino con una edad promedio de 45 a 60 años; de los cuales por grado de consanguinidad corresponden a : veinte hijos, cinco esposos, seis hermanos y cuatro fueron otro tipo de parientes. De los cuidadores mencionados anteriormente, diez tenían nivel superior de estudio, trece en secundaria y doce primarias completas.

Para poder acceder a los participantes se utilizaron dos vías complementarias: las cuales fueron presencialmente metodológica y la investigativa científica, de la cual determinara la base investigativa realizada para cumplir el objetivo de dicho

proyecto.

Las sesiones de las cuales fui participe investigativa tuvieron una duración de entre 90 a 120 minutos, aproximadamente por día, comprometiéndome eficazmente a la recopilación de información necesaria y de esta forma poder realizar mi análisis preciso, de esta manera buscar soluciones que se ayude de alguna manera a focalizar la atención integral a los cuidadores directos, que son muchas veces olvidados por ellos mismos. Se realizó un análisis del contenido del diagnóstico de los pacientes, con la finalidad de explorar cuales son los causales y tipos de cuidados que necesitan los pacientes con cuadro depresivo, los temas más representativos vistos desde la experiencia y ciertas vivencias asociados a la depresión, fue el tiempo entregado por los cuidadores directos a sus enfermos, ya que esto compromete la calidad de vida de ellos. Para intentar lograr la mayor objetividad sincera y así se vulnero lo menos posible a los resultados alcanzados se utilizó una estrategia eficaz de información de recopilación de datos. Por un lado, junto al análisis del test de ansiedad de Beck y la implementación del Test de Zarit, se incluyeron tareas individuales donde las herramientas fueron lápiz y papel de naturaleza cuantitativa, que sirvieron como complemento de la información encontrada en estudios anteriores. Las sesiones de estudio e investigación fueron relevantes para poder analizar talleres sobre los cuales se habían basado para así lograr entender cuál es rol verdadero del cuidador, directo, frente a un paciente con cuadro depresivo, el valor del tiempo, cuáles serían las limitaciones sociales y físicas que pudieran llegar a tener, una sobrecarga mental,psico-emocional.

Como es característico de la metodología cualitativa, los resultados obtenidos deberían ser manejado con la mayor prudencia posible, puesto que muchos de los cuidadores directos no están de acuerdo que su paciente sea consciente de la entrega

de ellos, ya que doblegarían a no recibir ayuda de su parte, como mencionamos anteriormente, en ocasiones el cuidador olvida de cuidarse a sí mismo, de la importancia que hace darse un tiempo para su vida, su salud, su trabajo y su paz mental, por ende están tan comprometidos con el seguimiento de su paciente que prefieren pasar a un segundo plano. El cuidador directo debe ser capaz de ceder roles a sus otros familiares para de esta forma ellos puedan darse una mejor calidad de vida, así como también encontramos cuidadores en descontrol que no sabían sobre el tipo de tratamiento farmacológico que su paciente seguía. Por ende, debe haber un nexo muy estrecho entre el cuidado indirecto que es abarcado por el profesional de salud y el cuidador directo que es un familiar o amigo cercano del paciente.

Con relación a la investigación se pudieron encontrar cuatro grandes procesos que son clave que requieren una atención particular: 1) calidad de vida del cuidador, 2) sobrecarga, 3) atención social 4) seguimiento.

El diagnóstico encontrado muchas veces suele estar ligado a la frustración, en el que se podrían generar ciertos confrontamientos familiares y estos ocasionan una problemática en la convivencia causando así una dificultad en lograr iniciar el proceso terapéutico siendo este farmacológico y psiquiátrico, otro factor muy importante es la del conocimiento, el cuidador debe ser tomado en cuenta por los profesionales para poder conocer qué tipo de diagnóstico tiene, grado, tiempo, fármacos a utilizar, ya que él será la persona encargada de velar por que el paciente cumpla eficazmente con ello y poder ayudarlo a resolver de la mejor manera.

Los cuidadores directos muchas veces olvidan el manejo de sus propias vidas tanto en el ámbito personal como profesional, no ceden roles ni responsabilidades por lo tanto

el tiempo que entregan comprometen su integridad, ocasionando que sean inestables en el cuidado del paciente.

El continuo seguimiento, es una parte clave del proceso, ya que hay que tomar en cuenta que por lo general un paciente en depresión, muchas veces presenta cuadros de intentos de suicidio, en cual implica un control de dos años aproximadamente para hacerle el seguimiento correspondiente, por ende, la entrega de tiempo del cuidador tendría que ser mucho más estrecho y eficaz y sin embargo es un factor que no es recurrente en estos casos. Por ende, muchas veces ha pasado por desapercibido lo que pudiera ocasionar en el cuidador directo.

7.1 Discusión

El presente trabajo tuvo como como final crear un análisis investigativo para poder determinar cuál sería el tiempo determinado de entrega del cuidador directo, hacia su paciente diagnosticado con depresión, del cual estos mencionados reciben tratamiento terapéutico en el área de psiquiatría del Hospital Teófilo Dávila, y nos despertamos la interrogante.

¿es importante enfocar la calidad de vida de los cuidadores directos?

Como analista de la presente investigación recopilada y concentrada, pude determinar que, sin calidad de vida del cuidador, tampoco habrá recuperación del paciente con cuadro depresivo, de esta forma se analizó el papel de esas variables como moderadoras del cambio terapéutico tanto del paciente como del familiar. Tras esta intervención se halló un aumento significativo de la sintomatología depresiva en el grupo a estudiar de intervención en comparación con los datos obtenidos en estudios anteriores. Además, se encontró que tras la investigación hubo un resultante total de solución de problemas futuros significativamente mayor que la de línea base, con un tamaño del efecto grande, inclusive algunos estudios que se habían aplicado ciertas

intervenciones de solución de problemas en cuidadores y de la cual fue evaluada esta variable, los presentes hallazgos son más positivos; los anteriores que se encontraron hubo cambios en la importancia a la opinión del cuidador sobre su paciente.

Es importante recalcar que la discusión tuvo como carácter comprensivo la íntima relación que existe entre el tiempo y calidad en la que se enfoca el factor determinante del tiempo de entrega del cuidador directo a su paciente, ya que no ayudara a que el cuidador vele por su propio bienestar, ya que los tratamientos están enfocados en los pacientes diagnosticados mas no en los familiares que prestan el cuidado, por tanto es muy relevante recalcar que se deben crear programas específicos para el cuidado determinante del cuidador, debe ser evaluado para poder tener en conocimiento si se encuentra apto para poder conllevar la enfermedad y todo lo que acarrea el tiempo y seguimiento de un paciente con cuadro depresivo. Esperando que con esta investigación pueda ser de gran ayuda para impulsar nuevos estudios más globalizados que puedan maximar los resultados.

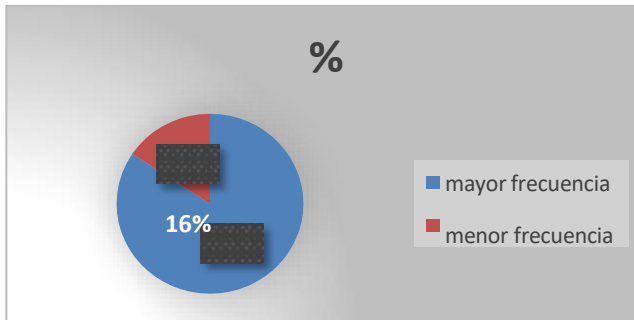
Caracterización de la muestra

Como primer objetivo específico se determinó el tiempo de entrega del cuidador al paciente en depresión; y de acuerdo a los resultados su tiempo de entrega está en un promedio en 35 cuidadores analizados, 24 entregan su tiempo completo, y 11 cuidadores de forma parcial de esta forma estableciendo que los cuadros depresivos se encuentran muy comprometidos.

Además, se pudo analizar que ciertos cuidadores directos presentan cuadros depresivos, puesto al tiempo que pasan con sus pacientes ya diagnosticados con depresión, del 100 por ciento el 84% tienen mayor frecuencia de depresión y el 16 % menor frecuencia determinado la influencia del paciente sobre el cuidador. (*grafico 2*)

Grafico 2

Porcentaje de frecuencia de síntomas depresivos en cuidadores



7.2 Limitaciones y fortalezas

De este estudio se derivan ciertas implicaciones para la noble investigación y la práctica clínica. Esto aporta evidencia sobre los cambios solución de problemas tras la intervención y sobre los mecanismos a buscar a través de los cuales se busca la solución de problemas ejerce sus efectos para bien del cuidador y del paciente. De acuerdo a los presentes resultados obtenidos, la capacidad de poder resolver e investigar es una de las fortalezas que sostiene este trabajo investigativo, así como la empatía que existe para poder buscar una análisis y propuesta de cambio y mejoras. Considerando que la principal limitación reside en que no se pudieron evaluar mayor cantidad de cuidadores directos de los pacientes que se atienden en el hospital Teófilo Dávila, además por condición terapéutica, no se pueda pedir una opinión relativa de los pacientes que reciben el cuidado de sus familiares, esto nos impidió utilizar otro tipo de metodología estadística más adecuada para analizar de manera más específica sobre el tema de interés.

No obstante, la calidad de vida que presentan los cuidadores se ve claramente afectada no solo por su salud física y mental, sino por el cambio reluciente que deben realizar en suestilo de vida, debido a que el rol de cuidador de un familiar que

padece trastorno de depresión y siguen un tratamiento terapéutico, así lo demanda esta misma necesita total apoyo y cuidado para que el familiar sepa sobrellevar dicho cuadro, todo compromiso con su paciente de cuidado, compromete de manera determinante el tiempo propio del cuidador, colocándose en un segundo plano, algo que se tiene que quedar muy claro, es que del cambio que se necesita para el paciente diagnosticado de depresión depende de la calidad de vida del cuidador directo, además ese tiempo entregado por parte del familiar determina también la recuperación del paciente enfermo.

Sujeto.

Para realizar el estudio y análisis de investigación se trabajó con 35 cuidadores directos de pacientes psiquiátricos con cuadros depresivos, de los cuales se analizó por medio de escalas y encuestas, el grado de sobrecarga que presentan los cuidadores debido al tiempo de entrega hacia los pacientes y como esto influye en la calidad de vida que llevan.

Análisis factorial exploratorio

Al analizar cuáles serían las cargas marcadas establecidos se pudo observar cual era el marco exploratorio a resolver en el cual, se establece que el cuidador se está olvidando de sí mismo y eso conflictúa la manera de ver si estará preparado para entregar el tiempo adecuado a su paciente sin comprometer su calidad de vida. Por otro lado, en la que existe negación por parte del cuidador a ser señalado como una persona agotada que también requiere atención, y ser tomado en cuenta para elección de decisiones del paciente. En este sentido, el familiar enfermo no acepta sentirse mal, ya que siente que de él depende la recuperación del paciente en depresión y por ello no consideran el relevo de alguien que asuma todas o una

parte de las tareas que realiza hacia su paciente.

Sería muy importante que, en las próximas áreas investigativas, se deban agregar nuevas evidencias que afloren la validez, tales como lo son: respuestas técnicas, participativas, y de seguimiento en los cuales se pueden sumar vectores de confiabilidad test-retest.

Se queda como una nube de dudas, siendo el cuidador directo que consecuencias puedo asumir, si tomo la enfermedad del paciente a mi cuidado como mía forma estaría cediendo mi tiempo e inclusive mi propia vida por la alta demanda, el compromiso que a esta recae, o se convertirá en menos formal ceder roles a otros miembros familiares.

7.4 CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación enfocada en los cuidadores directos de los pacientes atendidos en el Hospital Teófilo Dávila bajo tratamiento Psiquiátrico por depresión, se pudo llegar a las siguientes conclusiones.

La prevalencia de sobrecarga que recae en los cuidadores directos de los pacientes con depresión abarca el 50% del cual se espera que en los próximos estudios que se realicen bajo el mismo interés científico y académico, se pueda ampliar dicho estudio.

Se pudo analizar que con respecto a los cuidados que prestan los cuidadores directos a sus pacientes, involucran actividades físicas, terapéuticas y de acompañamiento por lo tanto es tan relevante la importancia de la calidad óptima del cuidador directo para que el paciente depresivo pueda tener resultados positivos en su tratamiento terapéutico.

Además es importante recalcar la importancia de este estudio, la investigación del mismo nos permitirá tomar medidas futuras para poder impedir que los cuidadores caigan en cuadro de depresión misma o con un tipo de enfermedad diferente, puesto a que su salud puede encontrarse comprometida por el tiempo que emplea cuidando de su paciente, además algo que tenemos que tomar en cuenta es que hay pacientes con depresión que tienen pensamientos suicidas del cual necesitaran más tiempo de control por parte de sus cuidadores, por tanto es indispensable valorar el trabajo y la calidad de vida de ellos. Tomando en cuenta que muchos de los familiares tienen una vida propia, como esposas, jefes de hogares, madres de familia, y sus demás compromisos también implican un factor indispensable

para poder saber si son 53 candidatos óptimos o no para ayudar a sus pacientes psiquiátricos.

7.5 RECOMENDACIONES

Las sugerencias de esta investigación podrían ser utilizadas para formar ciertos grupos de atención enfocados a los cuidadores, donde se vele por la salud, vida social, física e integral de ellos como responsables de los pacientes psiquiátricos con cuadros depresivos.

En la atención primaria de salud, así como se identifica el cuadro de riesgo que tiene cada paciente depresivo, así mismo se debe de calificar al cuidador, ya que esto nos ayudara a cambiar el enfoque de cuán importante son ellos tanto para la calidad de vida de ellos como de su paciente.

Ser empáticos hacia la persona que sufre de un cuadro depresivo, pero así mismo tomar en cuenta que sus cuidados, involucra tiempo, dedicación, experiencia, pero sobre todo cuando hablamos de familiares directo, significa empatía y amor.

Se recomienda que con ayuda de los resultados obtenidos en esta investigación se lleve a cabo la creación de programas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los cuidadores directos, de esta manera aseguramos la recuperación de nuestro paciente depresivo diagnosticado.

Los cuidadores familiares o amigos directos deben tener muy en cuenta que, no deben olvidarse de sí mismos, cuidar su propia salud, acceder a descansos, formar una vida social de esta manera se permitirá tener contacto fuera del entorno del paciente depresivo, deben ellos evitar aislarse y ser capaz de delegar funciones a otros familiareso amigos que tengan el mismo interés de ayuda hacia el paciente. Se debe exigir que se tome en cuenta su opinión como cuidador directo en la planificación de los servicios con el fin de que se encuentren en concordancia con sus deseos y lo que ellos requieran.

Para finalizar, es muy recomendable que se involucre la administración de este

instrumento de análisis por parte de especialistas de ayuda crítica como; neurólogos, psicólogos, ayuda social, y otros profesionales del área de la salud (manejo integral) que detecten una situación de cuidado importante de resolver.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Torres, B., Agudelo, M., Pulgarin, Á., & Berbesi, D. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Univ. Salud*, 20(3), 261-269.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.130>

Villavicencio, C., Romero, M., Criollo, M., & Peñaloza, W. (2018).

Discapacidad y familia: Desgaste emocional. *ACADEMO (Asunción): Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(1), 89-98. <https://doi.org/DOI: 10.30545/academo.2018.ene-jun.10>

Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. (2022). Retrieved 05 de marzo de 2024, from <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un,la%20mejora%20de%20su%20comunidad.>

Ahunchain, C. (30 de octubre de 2020). Un abordaje crítico al desarrollo de la no depresión. Universidad de la República de Uruguay. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/29270>

Cavieres, A., & López, P. (2021). La depresión como enfermedad: en defensa del modelobiomédico en psiquiatría. *Perpectiva*, 274-280.

<http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000200274>

Nasio, J. (2022). *La depresión es la pérdida de una ilusión.* Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.

- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*, 46-52. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- OPS. (junio de 2019). *Organización Panamericana de la Salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Martínez, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista clínica de Medicina Familiar*. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-97.pdf>
- Arrarás, J., & Manrique, E. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento. *An. Sist. Sanit. Nava*, 5-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.23938/ASSN.0591>
- Díaz, C., & González, A. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 5-16.
<https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2563>
- Puerta, J., & Padilla, D. (2016). Terapia Cognitiva Conductual como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 251-257.
- Martino, F. (2020). Ansiedad rasgos y esquemas mal adaptativos tempranos. *Tesis degradado*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/7034>
- Goena, J., & Molero, P. (2019). Distimia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.011>

- Karawekpanyawong, N., Kaewkitikul, K., Maneeton, B., Maneeton, N., & Siriaree, S. (Junio de 2021). La prevalencia del trastorno depresivo y su asociación en pacientes tailandesas con cáncer de cuello uterino. *Plos One*, *16*(6), e0252779.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252779>
- Coleman, J., Gaspar, H., & Bryois, J. (Julio de 2020). La genética del espectro de trastornos del estado de ánimo: análisis de asociación de todo el genoma de más de 185 000 casos y 439 000 controles. *Psiquiatría biológica*, *88*(2).
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.10.015>
- Abal, Y., López, M., Climent, J., & Gómez, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gac Sani*, *33*(3), 268-271. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>
- Quintero, F., F., Amaris, M., & Pacheco, R. (2020). Afrontamiento y funcionamiento en familias en situación de discapacidad. *Espacios* *41*(17), 1-10.
<https://www.revistaespacios.com/a20v41n17/a20v41n17p21.pdf>
- Roldán, M. (19 de Enero de 2022). *¿Cuál es el significado de familia?* eresmamá: <https://eresmama.com/significado-familia/>
- Roldán, Acevedo, L., & Vidal, E. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico. en su relación con la esquizofrenia. *MEDISAN*, *23*(1), 131-145.
<https://www.redalyc.org/journal/3684/368458873013>

/html/#B9

Pinho, L., Pereira, A., & Chaves, C. (2017). Influence of sociodemographic and clinical characteristics on the quality of life of patients with schizophrenia. *Rev Esc Enferm USP*, 51, 1-7.

[https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tknPNvHRrkchznbxVvnZt/?format=pdf](https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tknPNvHRrkchznbxVvnZt/?format=pdf&lang=es)
&lang=es <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016031903244>

Gallardo, F., Ramírez, R., Sáez, R., Gallardo, J., Aguilar, C., Carter, B., & Castillo, A. (2019). Estados de ánimo pre y post competitivos en atletas chilenos universitarios de alto rendimiento. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 20(1), 1-10.

<https://revistacaf.ucm.cl/article/view/136>

<https://doi.org/10.29035/rcaf.20.1.7>

Ramírez, K., Valdez, J., Paredes, S., Valdez, C., & Hernández, J. (2020).

Calidad de vida de pacientes con depresión leve o moderada en México.

Revista Ciencias de la

Actividad

Física,

21(1),

1

-15. <https://www.redalyc.org/journal/5256/525661706007/html/>.

<https://doi.org/10.29035/rcaf.21.1.7>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión

en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la*

Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e

Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia .

<https://portal.guiasalud.es/wp->

[content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.p](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

[df](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

Vargas, G., Gallegos, C., Salgado, C., Salazar, M., Huamán, K., & Bonilla, C. (2019).

Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. Lima, Perú. *An Fac med*, 80(1),

An Fac med, 80(1),

<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n1/a22v80n1.pdf>

<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15882>

Ivette, A. (19 de Abril de 2021). *Sociología de la familia*.

Economipedia:

[https://economipedia.com/definiciones/sociologia-de-la-](https://economipedia.com/definiciones/sociologia-de-la-familia.html)

[familia.html](https://economipedia.com/definiciones/sociologia-de-la-familia.html)

Ruidiaz, K., & Cacante, J. (2021). Desarrollo histórico del concepto Calidad de

Vida: una revisión de la literatura. *Ciencia y Cuidado*, 18(3), 86-99.

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2539>

Sánchez, A., & Farfán, E. (2019). Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Depresión.

Interacciones. Revista de Avances en Psicología,

5(3), 1-10.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5605678>

15003

<https://doi.org/10.24016/2019.v5n3.177>

Vergel, J., & Barrera, M. (2021). Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir?

Revista Médica De Risaralda, 27(1), 85-91.

<https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/24637/16510>.

<https://doi.org/10.22517/25395203.24637>

Prado, K. (2020). *Relación entre sobrecarga del cuidador y depresión en cuidadores de personas con*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de Loja] Repositorio Institucional.UNL.https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23367/1/KatherineJanela_PradoCueva.pdf.pdf

Bello, L., León, G., & Covená, M. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(5), 385-395.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000500385

Cantillo, M., Perdomo, A., & Ramírez, C. (2022). Características y experiencias de los cuidadores familiares en el contexto de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(2), 185-192.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342022000200185
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.11111>

Valtierra, E., González, A., González, G., Ruiz, M., Picazo, A., & Alcántar, L. (2020). Cansancio del cuidador primario de paciente con enfermedad mental. *Jóvenes en la ciencia*, 7, 1-10.
<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/articl>

- Ramírez, R., Figuerola, R., Luna, D., & Montiel, M. (2023). Propiedades psicométricas de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 15(1), 107-120. <https://doi.org/10.32870/rmip.v15i1.614>
- Román, C., Urgilez, P., & Andrade, D. (2020). Consideraciones éticas en la dispensación de medicamentos en farmacias de Ecuador . *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5), 76- 92.
- Martínez, J., & Palacios, G. (2023). Guía para la revisión y el Análisis Documental: Propuestas desde el Enfoque Investigativo. *Ra Ximhai*, 19(1), 67-83. DOI: 10.35197/rx.19.01.2023.03.jm
- Losada, A., Zambrano, C., & Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en Psicología . *Revista Psicología UNEMI* , 6(11), 13-31. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- Camos, J. (2020). Integración de datos en investigación de métodos mixtos: Desafío y oportunidad para la enfermería. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 29, 1-3. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0002-0003>
- Guillen, O., Sánchez, M., & Begazo, L. (2020, Enero). Pasos para elaborar una tesis de tipo correlacional. Lima, Perú.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* . McGrawHill. DOI: 10.2307/j.ctvr43hvc.8

- Inguillay, L., & Tercero, S. (2020). Ética en la investigación científica. *ImaginarioSocial*, 3(1), 43-51. <https://doi.org/10.31876/is.v3i1.10>
- Rosales, M. (2021). La ética en la investigación científica universitaria y su inclusión en la práctica docente. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 5(6), 15039-15058. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1454
- Cortés, M., Mur, N., Iglesias, M., & Cortés Iglesia, M. (2020). Algunas consideraciones para el cálculo del tamaño muestral en investigaciones de las Ciencias Médicas. *Medisur*, 18(5), 937-942.
- Barreto, J., & Lescano, A. (2023). Análisis y fundamentación de los diseños de investigación: explorando los enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos basados en Creswell & Creswell (2018). *Revista UNIDA Científica*, 7(2), 110-117.
- Yucra, T., & Villalta, B. (2020). Epistemología e Investigación Cuantitativa. *Revista Igobernanza*, 3(12), 107-120. <https://doi.org/10.47865/igob.vol3.2020.88>
- Jiménez, V. (2020). Triangulación metodológica cualitativa y cuantitativa. *Revista sobre estudios e investigaciones del saber académico*, 14(14), 76-81.
- Espinoza, E. (2023). La enseñanza de las ciencias sociales mediante el método deductivo. *Investigación e Intervención Educativa*, 2(2), 34-41. <https://doi.org/10.62697/rmiie.v2i2.50>
- Borjas, J. (2020). Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. *Trascender, Contabilidad y Gestión*, 5(15), 79-97. <https://doi.org/10.36791/tcg.v0i15.90>

- Avellaneda, L., Morante, P., & Dávila, J. (2020). *La investigación científica. Una aventura epistémica, creativa e intelectual*. Religación Press.
- Acosta, S. (2023). Los enfoques de investigación en las ciencias sociales. *Revista Latinoamericana OGMIOS*, 3(8).
<https://doi.org/10.53595/rlo.v3.i8.084>
- Palmet, A. (2020). Método inductivo, deductivo y teoría de la pedagogía crítica. *Petroglifos. Revista Crítica Transdisciplinar*, 3(1), 36-42.
- Hernán, M., Lineros, C., & Ruiz, A. (2020). Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 298-301.
- Vizcaíno, P., Cedeño, R., & Maldonado, I. (2023). Metodología de la investigación científica. *Ciencia Latina. Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 9723-9762.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7658
- Reales, L., Robalino, G., Peñafiel, A., Cárdenas, J., & Cantuña, P. (2022). El Muestreo Intencional No Probabilístico: Herramienta de Investigación Científica en Carreras de Ciencias de la Salud. *Revista Universidad y Sociedad*, 14(5), 681-689.
- Saras, E. (2023). Técnicas e instrumentos de investigación en la actividad investigativa. *Revista Educación*, 21(21), 8-9.
<https://doi.org/10.51440/unsch.revistaeducacion.2023.21.458>
- Vives, T., & Hamui, L. (2021). La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. *Investigación en Educación Médica*, 10(40), 97-104.
<https://doi.org/10.2>

2201/fm.20075057e.2021.40.21367.

Belloso, G., & Lizardo, A. (2023). El proceso de investigación científica en las ciencias políticas: enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto. *Revista de Arte y Humanidades*, 24(51), 250-266.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10059973>

Reyes, J., Cárdenas, M., & Plua, K. (2020). Consideraciones acerca del cumplimiento de los principios éticos en la investigación científica. *Revista Conrado*, 16(77), 154- 161.

Del Río, J., & Del Río, D. (2020). Ética y conductas inapropiadas en la práctica de la investigación. *Medicina y ética*, 31(1), 49-69.

<https://doi.org/10.36105/mye.2020v31n1.02>

Castro, Y. (2020). El plagio académico desde la perspectiva de la ética de la publicación científica. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 31(4), 1-24.

Sanjuán, L. (2019). La observación participante. Oberta UOC Publishing, SL.

Florencia, M., Feldberg, C., Hermida, P., Heisecke, S., Dillon, C., Ofman, S., Nuñez,

M., & Somale, V. (2020).

Escalada sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*, 12(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>

Chango, V., & Guarate, Y. (2021). Sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Ciencia Latina Revista*

Multidisciplinar, 5(6), 1-11.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1315

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2019). *Metodología de la Investigación. Lasrutascuantitativa, cualitativa y mixta*. McGrawHill.

<https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>

Fernández, A., Rodríguez, D., & Jorrín, E. (2024). Extensión del empleo de criterios de expertos. Validez, consistencia y fiabilidad de los resultados científicos. *RevistaPODIUM. Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 19(1), 1-23.

Amador, C., Puello, E., & Valencia, N. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(1), 1-17.

Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). SPSS 11. Guía para el análisis de datos. Madrid: [es/products/spss-statistics](https://www.ibm.com/es/products/spss-statistics)

Cómo citar IBM SPSS Statistics o versiones anteriores de SPSS . (2023b, 1 de abril). IBM.com. <https://www.ibm.com/support/pages/how-cite-ibm-spsstatistics-or-earlier-versions-sps>

QuestionPro Software company (2024) www.questionpro.com

ANEXO

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

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

| | Preguntas | Respuestas | | | | |
|----|---|------------|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | | | | | |
| 2 | ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.? | | | | | |
| 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 Ud.? | | | | | |
| 9 | ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 10 | ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | | | | | |
| 11 | ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar? | | | | | |
| 12 | ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar? | | | | | |
| 13 | ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar? | | | | | |
| 14 | ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | | | | | |
| 15 | ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | | | | | |
| 16 | ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | | | | | |
| 17 | ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | | | | | |
| 18 | ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona? | | | | | |
| 19 | ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | | | | | |
| 20 | ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | | | | | |
| 21 | ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | | | | | |
| 22 | Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar? | | | | | |

Total:

Resultado

- Si usted tiene una puntuación **menor de 47 puntos no se encuentra en sobrecarga.**
- Puntuaciones entre **47-55 indican sobrecarga leve**
- Puntuaciones **mayores de 55 indican sobrecarga intensa.**

Si tiene puntuaciones superiores a 47, necesita por tanto modificar de forma urgente su manera de cuidar a la persona mayor y requiere ayuda cuanto antes. En el caso de puntuaciones superiores a 55, existe un alto riesgo de enfermedad, sobre todo depresión y ansiedad.

MODELO DE ESQUEMA BECK

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

| Cuestionario | No | Leve | Moderado | Distante |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Torpe o entumecido | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Acalorado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Con temblor en las piernas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Con temor a que ocurra lo peor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Mareado, o que se le va la cabeza | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Inestable | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Atemorizado o asustado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Nervioso | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Con sensación de bloqueo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Con temblores en las manos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Inquisito, inseguro | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Con miedo a perder el control | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

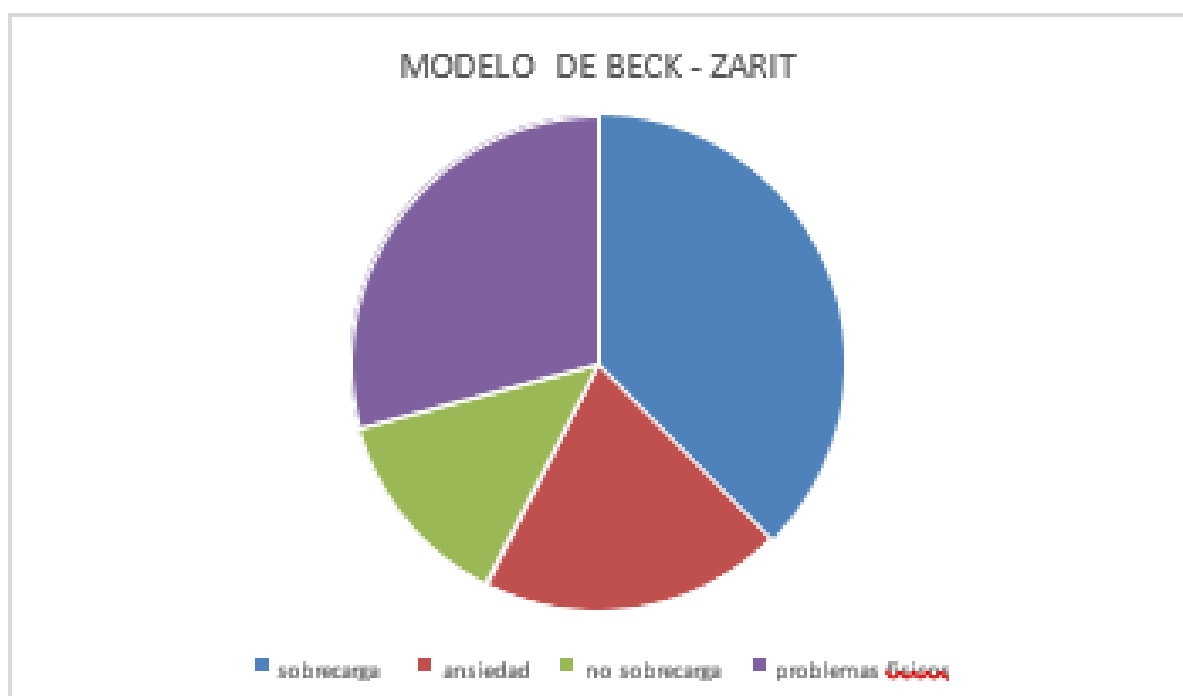
Tabla 3

Índices de ajuste del modelo Zarit unidimensional

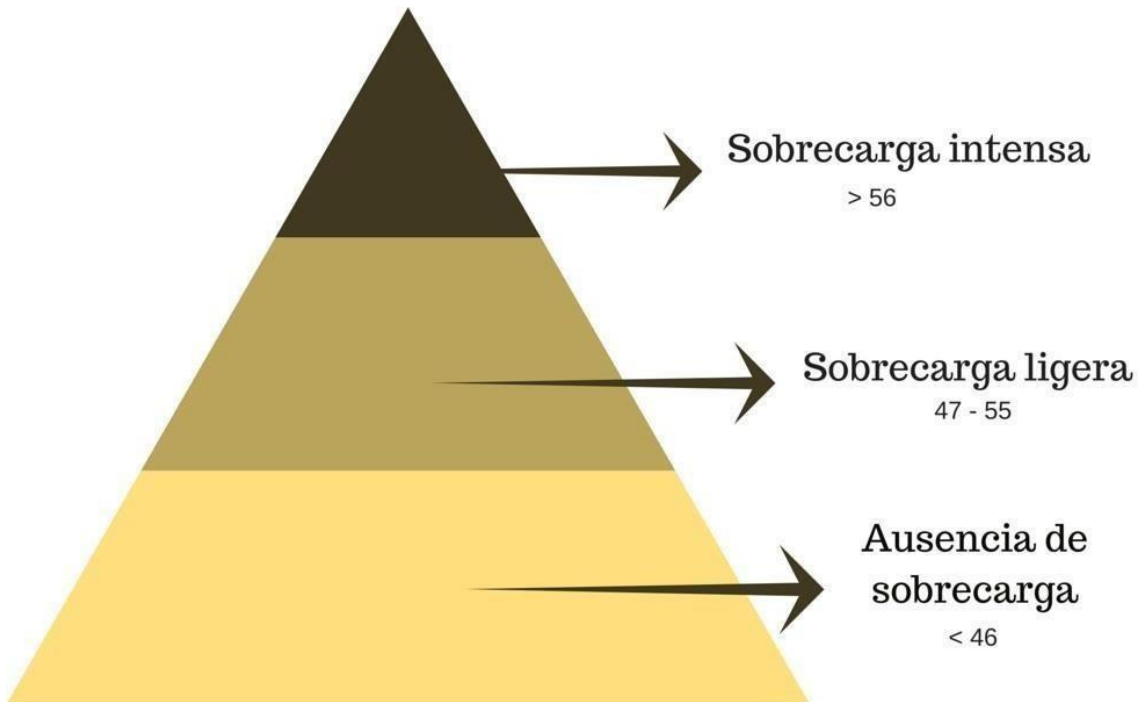
| Modelo | Índices de ajuste | | | | | |
|--------|-------------------|-------|-------|-------|-------|---------------------|
| | NFI | NNFI | CFI | IFI | RFI | RMSEA [IC] |
| Zarit | 0,930 | 0,955 | 0,960 | 0,961 | 0,920 | 0,076 [0,063-0,089] |

| Ítem | Medida en lógitosa | Infit MnSq | Outfit MnSq |
|--|--------------------|------------|-------------|
| EZ4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | 1,81 | 2,08 | 1,78 |
| EZ7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | -0,91 | 1,45 | 1,93 |
| EZ14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | -0,95 | 1,58 | 1,74 |
| E20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | -1,06 | 1,42 | 1,68 |
| E21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | -0,92 | 1,35 | 1,51 |
| Ez8. ¿Piensa que su familiar depende de usted? | -0,90 | 1,40 | 1,42 |
| EZ1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la realmente necesita? | -0,13 | 1,21 | 1,17 |
| EZ13. ¿Se siente incómodo/a por distanciarse de su amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | 0,72 | 1,14 | 0,87 |
| EZ6. ¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | 0,37 | 0,82 | 1,02 |
| EZ5. ¿Se siente enfadado/a cuando está cerca de su familiar? | 1,25 | 0,94 | 0,51 |
| EZ12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | 0,08 | 0,78 | 0,94 |
| EZ15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos que acarrea cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | -1,09 | 0,87 | 0,94 |
| E16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo? | 0,16 | 0,82 | 0,89 |
| E11. ¿Piensa que no tiene tanta privacidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | 0,08 | 0,82 | 0,67 |
| EZ18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | 0,43 | 0,82 | 0,59 |
| EZ19. ¿No está seguro de qué hacer con su familiar? | 0,43 | 0,82 | 0,77 |
| E22. En general, ¿Qué tanta "carga" experimenta usted por el hecho de cuidar a su familiar? | -0,37 | 0,67 | 0,80 |
| EZ9. ¿Se siente tenso/a cuando está cerca de su familiar? | 0,60 | 0,79 | 0,61 |
| E17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | 0,13 | 0,77 | 0,59 |
| EZ3. ¿Se estresa por tener que compartir el cuidado de la persona con las responsabilidades de la casa y sus obligaciones de trabajo y de familia? | -0,15 | 0,74 | 0,71 |
| EZ10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | 0,44 | 0,72 | 0,57 |
| EZ2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo para usted? | -0,01 | 0,66 | 0,60 |

| Ítem | Medida en lógitos | Infit MnSq | Outfit MnSq |
|--|-------------------|------------|-------------|
| E22. En general, ¿Qué tanta "carga" experimenta usted por el hecho de cuidar a su familiar? | -1,83 | 1,13 | 1,44 |
| EZ13. ¿Se siente incómodo/a por distanciarse de su amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | 1,33 | 1,26 | 0,75 |
| E16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo? | -0,05 | 1,07 | 1,20 |
| EZ19. ¿No está seguro de qué hacer con su familiar? | 0,64 | 1,12 | 1,10 |
| EZ6. ¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | 0,34 | 1,06 | 1,02 |
| E11. ¿Piensa que no tiene tanta privacidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | -0,33 | 1,04 | 0,99 |
| E17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | -0,17 | 1,02 | 0,81 |
| EZ9. ¿Se siente tenso/a cuando está cerca de su familiar? | 1,20 | 0,99 | 0,79 |
| EZ12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | -0,44 | 0,98 | 0,87 |
| EZ10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | 0,54 | 0,97 | 0,95 |
| EZ18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | 0,60 | 0,96 | 0,85 |
| EZ3. ¿Se estresa por tener que compartir el cuidado de la persona con las responsabilidades de la casa y sus obligaciones de trabajo y de familia? | -0,98 | 0,87 | 0,83 |
| EZ2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo para usted? | -0,84 | 0,85 | 0,76 |



Test de sobrecarga de Zarit



FRECUENCIAS EVALUATIVAS (PAG 46)

Frecuencia de sobrecarga

De los 35 cuidadores estudiados 26/35; 75% tuvieron una puntuación mayor a 47 en base a la escala de sobrecarga, el porcentaje mayor 30/35(40%) y con un mayor grado de sobrecarga entre los 7-18 meses de cuidado. De los cuidadores que presentaron sobrecarga 20/35(77,7%) 10 fueron mujeres. Con relación al nivel educativo, el mayor porcentaje de cuidadores con sobrecarga 10/35(44,44%) llegaron a nivel secundaria. •

Frecuencia de sobrecarga y depresión

De los cuidadores, 18/35 (30%) presentaron tanto depresión como sobrecarga, de los cuales 13/18(72,22%) fueron mujeres. De los cuidadores el mayor porcentaje 8/18(44,44%) tenía a su cuidado a su familiar por más de 18 meses.