



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

SOBRECARGA Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRIMARIOS
INFORMALES DE ADULTOS MAYORES EN UN HOSPITAL AL NORTE DE
QUITO

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos
establecidos para optar por el título de Psicóloga mención Clínica

Profesor Guía

Mg. José Antonio Calderón Perugachi

Autora

Dulce Mariel Inchausty Mendoza

Año

2016

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

José Antonio Calderón Perugachi

Magister en Ciencias Psicológicas con mención en Neuropsicología

1712614526

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

Dulce Mariel Inchausty Mendoza

6183037

RESUMEN

Los adultos mayores sufren un deterioro en las funciones físicas, cognitivas y sensoriales con el transcurso de los años. Cuando el adulto mayor atraviesa por este deterioro se vuelve dependiente, ocasionando así en la mayoría de los casos que un familiar ejerza el rol de cuidador primario informal. En el presente estudio se pretende verificar si existe relación entre la sobrecarga y depresión en cuidadores primarios informales de adultos mayores, a través de la comparación de dos escalas de medición de estos factores. Para esto se aplicó la escala de Zarit y el inventario de depresión de Beck a los cuidadores primarios informales de los adultos mayores hospitalizados en el periodo del mes de abril en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Esta investigación es de carácter cuantitativo y utiliza el método correlacional. Se observó que en cuanto a la relación de sobrecarga y de depresión, no se encontró correlación significativa, sin embargo, se evidenció que un 31% tiene síntomas depresivos. Se evidenció que la mayoría de los participantes ha pensado que su familiar depende de ellos con bastante frecuencia y que tiene una correlación inversa con el sentimiento de decepción y cansancio.

Palabras Clave: Cuidador primario informal, sobrecarga, depresión.

ABSTRACT

Older adults suffer from physical, cognitive and sensory functional deterioration through the years. When the older adult goes through this deterioration he becomes dependent, causing in most cases a family relative to become a primary informal caregiver. The present study aims to verify whether a relationship exists between overload and depression in primary informal caregivers of older adults through the comparison of two scales measuring these factors. To accomplish this, Zarit scale and the Beck Depression Inventory were applied to primary informal caregivers of older adults hospitalized in the period of April in the Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. This research has a quantitative approach and uses the correlational method. It was observed that no significant correlation was found between overload and depression; however it was evident that 31% had depressive symptoms. It was evident that most participants thought that their family depends on them quite frequently and has an inverse correlation with the feeling of disappointment and fatigue.

Keywords: primary informal caregiver, overload, depression.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Formulación del problema y justificación	2
3. Pregunta de investigación	4
4. Objetivos	4
4.1. Objetivo general	4
4.2. Objetivos específicos	5
5. Marco teórico referencial y discusión temática	5
5.1 Cuidador primario informal.....	6
5.2. Carga	7
5.3. Depresión.....	8
5.4. Medición de la sobrecarga.....	9
5.5. Medición de la depresión	11
6. Hipótesis	12
7. Metodología.....	12
7.1. Tipo de diseño y enfoque	12
7.2. Muestreo/participantes.....	12
7.3. Recolección de datos	13
7.4. Procedimiento	13
7.5. Plan de análisis de datos	14
8. Viabilidad	15
9. Aspectos éticos.....	15
10. Discusión.....	17
11. Referencias.....	32

12. Cronograma.....	35
ANEXOS	36

Título del proyecto

Sobrecarga y Depresión en Cuidadores Primarios Informales de Adultos Mayores en un Hospital al Norte de Quito

1. Introducción

La carga y sobrecarga son términos estudiados en el ámbito geriátrico por mucho tiempo. La carga se refiere a las consecuencias que puede manifestar el cuidador primario al ejercer este rol, puede afectar emocionalmente, físicamente, socialmente y económicamente (Dejo, 2007; Leal, 2008 citado en Steele Britton, 2010, p. 30). El cuidador primario informal es la persona que cuida al adulto mayor sin tener la capacitación formal ni recibir remuneración económica, en la mayoría de los casos es un familiar o algún amigo cercano de la familia (de los Reyes, 2001, p. 3). Debido a que el cuidador primario informal está expuesto a todo lo que implica ejercer este rol, se cree que algunas de las consecuencias pueden ser la sobrecarga y la aparición de síntomas depresivos. La depresión se caracteriza por una alta reactividad a circunstancias de la vida actual (Baringoltz, 2009, p. 1) que presenta “un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro” (Beck, 1967 citado en Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002, p. 2), haciendo que la persona sienta que no hay esperanza y que no tiene el control, lo cual ocasiona que responda con pasividad y no pueda modificar este esquema. Debido a que el ejercer el rol de cuidador primario puede ser desgastante tanto a nivel físico como emocional, se cree que existe una vulnerabilidad a presentar sintomatología depresiva.

Existen estudios en los cuales han investigado la existencia de sobrecarga, síntomas depresivos y ansiosos, y la relación que pueda existir entre estas variables.

Un estudio realizado en Chile con los cuidadores primarios informales de personas con Alzheimer concluyó que el aumento de los síntomas depresivos

incrementará la sobrecarga (Méndez, Giraldo, Aguirre-Acevedo, y Lopera, 2010, p. 141). En México se realizó una investigación con cuidadores primarios de pacientes con esclerosis múltiple en el cual concluyeron que “niveles altos de sobrecarga en los cuidadores tienden a aumentar los niveles de depresión relacionados con algunos componentes como: estado de ánimo, sentimiento de culpa, irritabilidad, incapacidad para trabajar, trastorno del sueño, fatiga y pérdida del apetito” (Macías-Delgado et al, 2014, p. 84).

Existen investigaciones acerca de la sobrecarga en cuidadores primarios en el Ecuador, sin embargo, no se han encontrado investigaciones correlacionales entre la sobrecarga y depresión. Es por esto que se propone realizar un estudio en el cual se pretende describir la relación que existe entre sobrecarga y depresión en cuidadores primarios informales de adultos mayores en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor.

2. Formulación del problema y justificación

Según el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (CNII) actualmente, Ecuador tiene una población de adultos mayores que empieza a superar el millón de personas. En la provincia de Pichincha la cifra de la población de adultos mayores bordea las 70.000, siendo así la segunda provincia con más población adulta mayor. En el Ecuador 30 % de los adultos mayores deben contar con la asistencia de otra persona para recibir cuidados (Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional., 2014).

Los adultos mayores sufren un deterioro en las funciones físicas, cognitivas y sensoriales con el transcurso de los años. “Este deterioro es propio del proceso fisiológico en declive, puede llevar a la falla de las capacidades funcionales en los adultos mayores, lo cual afecta directamente a su habilidad para vivir independientemente” (Silva Chávez y Pérez Villegas, 2015, p. 24).

Cuando el adulto mayor atraviesa por este deterioro físico se vuelve dependiente, ocasionando así en la mayoría de los casos que un familiar ejerza el rol de cuidador primario informal.

En el Ecuador se han realizado diferentes investigaciones, tanto desde el ámbito médico como del psicológico, acerca de los cuidadores primarios de adultos mayores. En una investigación realizada en Cuenca (Salazar Ramírez y Torres Arévalo, 2015, p. 2), se ha encontrado que en cuanto a las puntuaciones del test de Zarit el 18,7% presenta una sobrecarga leve y el 14% una sobrecarga intensa. Por esta razón se parte del supuesto que en este estudio se encontrará sobrecarga en los participantes utilizando el método cuantitativo al igual que la investigación mencionada anteriormente. Ya que previas investigaciones como la mencionada muestran que existe sobrecarga en la población de cuidadores primarios es que se ha visto la relevancia de investigar más sobre la sobrecarga que puede experimentar el cuidador primario.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicó en el 2011 (p. 3-6) un manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente, cuyo primer capítulo se titula: “¿Cómo debe cuidarse el cuidador?”. En este manual se enfatiza que el cuidador primario debe cuidarse y dedica algunas páginas a los síntomas que ellos pueden presentar, ya que al ejercer este rol puede verse afectada su calidad de vida. De esta manera podemos observar que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha dado importancia al cuidado de la salud tanto física como emocional y psicológica de los cuidadores primarios informales de los adultos mayores.

Es por estas razones que se hace importante investigar los efectos que pueden existir en las personas no capacitadas que deben cuidar a un familiar adulto mayor. En este caso investigaremos el nivel de carga y de depresión de personas que cumplen el rol de cuidadores primarios informales de adultos mayores, y la relación que exista entre estas dos variables. Los beneficiarios de esta investigación, son la comunidad científica y los cuidadores primarios, ya que, si se encuentra una relación positiva entre la carga y depresión, la

población de los cuidadores primarios se convertiría una población en riesgo. Se pretende que esta investigación nos ayude a conocer la dimensión del problema y justificar la necesidad de que se propongan programas de apoyo para mejorar la calidad de vida de estas personas que ejercen este rol.

Existen investigaciones acerca del tema, sin embargo, esta investigación se diferencia en que será hecha desde la visión psicológica de la sobrecarga y depresión, y se propone esclarecer si existe relación entre estas dos variables. Esto es importante, ya que a partir del tipo de relación que exista entre la sobrecarga y la depresión se podrá contribuir con programas de apoyo para cuidadores primarios informales de adultos mayores para intervenir antes de que la calidad de vida de este se vea afectada de gran manera.

En conclusión, en esta investigación se pretende verificar si existe relación entre la sobrecarga y depresión en cuidadores primarios de adultos mayores, a través de la comparación de dos escalas de medición de estos factores. Con esto se pretende dar mayor información para que se siga investigando el tema, al igual que para la creación de programas de prevención y apoyo para mejorar la calidad de vida de estas personas. Por último, se pretende también con esta investigación resaltar la importancia de cuidar la salud tanto física como emocional del cuidador primario informal.

3. Pregunta de investigación

¿Existe relación entre sobrecarga y depresión en cuidadores primarios informales de adultos mayores en la ciudad de Quito?

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Describir la relación que existe entre sobre carga y depresión en cuidadores primarios informales de adultos mayores.

4.2. Objetivos específicos

1. Conocer si la relación entre sobrecarga y depresión es positiva.
2. Conocer si el nivel de carga tiene relación directa con los diferentes niveles de depresión.

5. Marco teórico referencial y discusión temática

Actualmente existe un aumento en la esperanza de vida en el mundo, el cual ha producido que exista una mayor población de ancianos. A su vez esta población ha sufrido un aumento de patologías crónicas, generando así un aumento de personas que necesitan cuidados. Es así, cuando un adulto mayor requiere de mayor atención, generalmente es un familiar quien asume el rol de cuidador (López Gil, et al., 2009, p. 333). Se considera como adulto mayor a las personas mayores de 65 años (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2008, p. 6).

Cuando un miembro de la familia necesita cuidados genera una nueva situación familiar que puede provocar cambios de gran importancia dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. “Estos cambios pueden afectar a todos los miembros de la familia, especialmente al cuidador principal. Este es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados” (López Gil, et al., 2009, p. 333). Existen repercusiones negativas generadas por la carga, tanto en la persona que cumple el rol de cuidador como la persona receptora de cuidados. A la vez existen también repercusiones negativas en la relación establecida entre cuidador y receptor de cuidados. “Es por esto que uno de los conceptos de estudio más importantes en las investigaciones sobre cuidadores de personas dependientes es la carga” (Crespo y Rivas, 2014, p. 9).

5.1 Cuidador primario informal

Se entiende el término cuidar como “el proporcionar a una persona aquéllos aspectos que están mermados o que carece de ellos” (Martínez, 2006 citado en Steele Britton, 2010, p. 16). La persona que cumple esta función se denomina el cuidador, el cual puede ser formal o informal. Los cuidadores formales son aquellos que desempeñan este rol como profesión. Por otro lado, los cuidadores informales no necesariamente disponen de capacitación, no reciben remuneración por su tarea y muestran gran compromiso hacia el desempeño de este rol. El apoyo informal es proporcionado en su mayoría por familiares, a su vez pueden participar también amigos y vecinos (de los Reyes, 2001, p. 3).

Al momento de que un adulto mayor precisa de mayor atención es probable que él o la conyugue deba desempeñar el rol de cuidador primario, en el caso que tenga la capacidad para ello. En caso contrario, este rol suele ser asumido por algún hijo adulto, generalmente es una hija la que cumple este rol. Al asumir este rol el cuidador suele dedicar una gran parte de su tiempo y de su esfuerzo para desempeñar esta tarea. Se calcula que “más de la mitad de ellos dedican, como promedio, de 4 a 5 horas al día durante los 7 días de la semana al cuidado de su familiar” (IMSERSO, 1995; Stone, Cafferata y Sangl, 1987 citado en Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz, López López, y Sánchez Colodrón, 1998, p. 230).

Según Steele Britton (2010, p. 16) el rol que ejerce el cuidador primario implica obtener conocimiento acerca de cómo proporcionar cuidados adecuados para la persona que los requiere. La cantidad y calidad de cuidados que proporciona el cuidador primario se ven determinadas por variables como el tiempo, la relación con el adulto mayor y las necesidades que este posea. El tiempo que vaya a dedicar el cuidador a este rol depende de las necesidades del adulto mayor tanto como del tiempo que disponga. Por otro lado, la relación que exista entre la persona que requiere los cuidados y su cuidador es un factor determinante en la calidad de asistencia que se le dará. En el caso de que la

relación no es buena, puede producir efectos negativos tanto en el adulto mayor como en el cuidador (Steele Britton, 2010, p. 17).

5.2. Carga

La carga es un concepto clave cuando se desea investigar qué repercusiones tiene el cuidado de las personas mayores sobre la familia. Desde la aparición de este término se lo ha utilizado en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos (Montorio Cerrato, et al., 1998, p. 231). “El término carga ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores” (Zarit, 2002 citado en Carretero Gómez, Garcés Ferrer, y Rodenas Rigla, 2006, p. 52).

Este concepto se estudió con cuidadores informales en el momento en que los cuidados profesionales fueron sustituidos por cuidados informales. Estos cuidados fueron proporcionados por los familiares de los pacientes que no tenían el conocimiento ni las aptitudes para asumir esta función. Cuando esto ocurrió se empezó a ver repercusiones sobre los cuidadores. La carga familiar hace referencia a las consecuencias que enfrenta el familiar al tener contacto directo con pacientes que requieren de cuidados especiales. Esta carga se define como “un concepto multidimensional que considera la tensión existente en los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos de la vida de las personas” (Dejo, 2007; Leal, 2008 citado en Steele Britton, 2010, p. 30).

En la literatura gerontológica existe una distinción importante en cuanto las dimensiones de carga subjetiva y carga objetiva. Según Montgomery et al. (1985 citado en Montorio Cerrato, et al., 1998, p. 232) la carga subjetiva se refiere a las actitudes y reacciones emocionales que se manifiestan ante la experiencia de llevar a cabo el rol de cuidador. Por otro lado, la carga objetiva hace referencia el grado de perturbaciones o cambios que se dan en distintos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Esta distinción ha sido de gran utilidad en el ámbito de la gerontología, ya que se han

encontrado diferencias importantes entre los factores asociados a cada una de las dos dimensiones (Montorio Cerrato, et al., 1998, p. 233).

La sobrecarga del cuidador primario suele ser el resultado de estrés crónico que les produce la rutina diaria y la sensación de falta de control. Esta suele presentarse a través de actitudes y sentimientos negativos hacia la persona que cuida. También puede manifestar desmotivación, “depresión, angustia, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas, agobio continuado con sentimiento de ser desbordado por la situación”, esto resulta en un alto nivel de estrés (Palacios, 2008 citado en Steele Britton, 2010, p. 32).

Actualmente existe evidencia que nos permite observar que el cuidado informal tiene relación con la morbilidad física. Esta se manifiesta en aspectos como la autopercepción de su salud, número de padecimiento, sintomatología que puedan presentar y conductas de autocuidado (Schulz, 1999; Chakrabarti, 2003; Montero, 2006 citado en Steele Britton, 2010, p. 40). Es de esta manera que podemos ver que la sobrecarga que experimenta el cuidador informal primario puede traer consecuencias tanto físicas como emocionales y psicológicas.

5.3. Depresión

Existen diferentes grados de severidad en la depresión, en la cual interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales (Baringoltz, 2009, p. 1). En el momento que la depresión se presenta de manera constante, estén o no presentes sucesos que generan la tristeza, se considera que la persona presente un trastorno de estado de ánimo. La depresión como trastorno de estado de ánimo es un estado en el cual la persona siente una tristeza profunda, pierde interés en realizar actividades cotidianas, siente una desesperanza que puede llevar a que la persona piense que ha fracasado en su vida. Otros síntomas que son parte de este trastorno son una gran dificultad

para tomar decisiones, insomnio o hipersomnia, dificultad para concentrarse y falta de deseo sexual. En casos graves la persona puede llegar a cometer intentos de suicidio (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002, p. 1).

Debido a que el rol de cuidador suele ser desgastante tanto a nivel físico como emocional, la persona que ejerce este rol puede ser vulnerable a presentar sintomatología depresiva y ansiosa. Se realizó un estudio transversal descriptivo en México (Crispín López, 2011, p. 28) a 60 cuidadores primarios a los cuales aplicaron escalas de medición de depresión y sobrecarga. Los participantes de esta investigación presentaron datos de depresión el 46.7 % y ansiedad 45%. Los datos de sobrecarga de cuidador se presentaron en 39.2% y 33.3% de los cuidadores que cursaban con depresión y ansiedad respectivamente.

Según Schulz, 1999; Chakrabarti, 2003 y Montero, 2006 (citado en Steele Britton, 2010, p. 38) muchas investigaciones acerca de los cuidadores primarios informales han concluido que los cuidadores muestran niveles elevados de ansiedad y depresión, ya sea a nivel de sintomatología o de trastorno mental. Es así que se puede ver que existe evidencia de que los cuidadores informales enfrentan una carga inevitable al desempeñar este rol. Es así que el rol de cuidador puede concebirse como un riesgo ocupacional, ocasionando al cuidador peligro para el desarrollo de problemas tan emocionales y psicológicos como físicos.

5.4. Medición de la sobrecarga

Es importante realizar una revisión bibliográfica acerca de la escala de medición de sobrecarga de cuidador de Zarit, que es una de las escalas más utilizadas en el ámbito gerontológico, ya que mide cuantitativamente el impacto sobre el cuidador relacionado específicamente al detalle de estar a cargo de una persona con algún grado de dependencia. Con esta escala se evalúan los siguientes ámbitos: “las consecuencias del cuidado en el cuidador, las

creencias y experiencias sobre capacidad para cuidar y la relación del cuidador con el paciente a su cargo” (Steele Britton, 2010, pp. 51-52).

Debido a que esta escala es muy utilizada para las investigaciones acerca de sobrecarga en el cuidador primario se ha evaluado este instrumento en diferentes trabajos académicos. Un estudio tomado en cuenta para este trabajo, revisó y analizó esta escala de evaluación de la carga del cuidador utilizada en el ámbito gerontológico, de esta manera constituyó la adecuación de su uso “en función de las características de la situación de cuidado y precisando la conceptualización de la carga que subyace a cada uno de ellos.” (Crespo y Rivas, 2014, p. 13).

Existen varios instrumentos para evaluar la carga del cuidador, siendo el ZCBI el más popular en el ámbito gerontológico debido probablemente a la adecuación de sus propiedades psicométricas y a su robusta fundamentación teórica. Sin embargo, uno de sus problemas más acusados es que se pierde la multidimensionalidad del concepto al considerar una puntuación única y global de sobrecarga. En este estudio se llega a la conclusión de que es probable que otros instrumentos sean más apropiados en determinadas circunstancias debido al diseño, al contenido y al ámbito de aplicación del mismo, entre otras razones. No obstante, hay que tener en cuenta que, sobre todo cuando el propósito es la intervención, se debe realizar una evaluación más completa dado que ningún test dará la información necesaria (Crespo y Rivas, 2014, p. 13).

A pesar de que el test de Zarit no nos da una evaluación completa, ha sido útil para la evaluación de la presencia de sobrecarga en diferentes investigaciones con cuidadores de personas que presenta diferentes patologías como el Alzheimer o esclerosis múltiple. Otra ventaja de esta escala son sus múltiples adaptaciones a distintos idiomas y culturas que mejoran las propiedades psicométricas del mismo cuando se aplica en países distintos al de su origen y permite comparar puntuaciones entre distintos tipos de población (Crespo y Rivas, 2014, p. 10).

En la investigación realizada por López Gil, et.al. (2009, p. 333) se evaluó el rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Este fue un estudio observacional y analítico de casos y controles. El grupo de estudio estaba integrado por cuidadores primarios que llevaban desempeñando este rol por al menos dos meses. Se realizaron entrevistas individualizadas con cada uno de los participantes, las cuales fueron realizadas por el médico de familia o por el residente de medicina familiar y comunitaria de último año de formación adscrito al cupo médico. En esta entrevista se realizó un cuestionario pre definido, el cual complementaron con la información recogida de su historia clínica. Los resultados fueron que el 66,4% de los cuidadores presentaba sobrecarga en el test de Zarit, siendo leve-moderada en el 23,7% y severa en el 32,7%. Se encontró también un aumento de procesos como ansiedad y depresión y de síntomas como alteraciones del sueño, apatía o irritabilidad en el grupo de cuidadores respecto a la población de referencia (López Gil, et al., 2009, p. 336).

5.5. Medición de la depresión

Las escalas de depresión son instrumentos que nos permiten conocer la gravedad de la depresión y su sintomatología, y de su respuesta al tratamiento. Estas escalas no pretenden hacer un diagnóstico, sino que “tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final” (Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2008, p. 94).

El inventario de depresión de Beck (BDI-II) es un auto informe que nos permite conocer la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. “Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc.” (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, s.f., p. 3). Se planea utilizar esta escala de medición para esta investigación debido a que es una de las escalas más utilizadas en investigaciones y los síntomas que evalúa corresponden con los

criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV. Es decir, este inventario nos ayuda a ver el nivel de depresión como trastorno.

6. Hipótesis

Existe una relación positiva entre los niveles de sobre carga y los niveles de depresión en cuidadores primarios informales de adultos mayores.

7. Metodología

7.1. Tipo de diseño y enfoque

Diseño: El tipo de diseño que se utilizó en esta investigación es correlacional, el cual tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Enfoque: El enfoque con el que se realizó esta investigación es cuantitativo.

7.2. Muestreo/participantes

Se contó con la participación voluntaria de 35 cuidadores primarios de los adultos mayores que se encontraban hospitalizados desde el 13 de abril hasta el 2 de mayo en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. El tipo de muestreo es consecutivo, ya que consiste en la participación de todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección durante el periodo de reclutamiento fijado para el estudio. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Que sean cuidadores primarios informales de un adulto mayor que lo requiera, y no reciban remuneración económica, dado que si recibe sueldo la motivación es también económica. • Que la persona a la que cuidan sea mayor de 65 años • Que sean mayores de 21 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que actualmente reciba tratamiento psicológico o psiquiátrico.

7.3. Recolección de datos

Para lograr cumplir los objetivos propuestos para esta investigación se aplicaron dos escalas de registro de percepción de la sobrecarga y depresión.

Primeramente, se entregó una hoja de datos de identificación (anexo 2) para verificar si los participantes cumplían o no con los criterios de inclusión. Para medir la percepción de los participantes en cuanto a la carga se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (anexo 3) y para medir el nivel de depresión se utilizó el inventario de la depresión de Beck (anexo4).

7.4. Procedimiento

Para recabar los datos, en primera instancia se pidió la autorización al Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor para poder realizar el estudio con los cuidadores primarios informales del área de hospitalización de mediana estancia.

Una vez recibida la carta de autorización (anexo 6) se prosiguió con la recolección de datos. Se contactó a los cuidadores primarios informales directamente en el área de hospitalización, se les informó acerca de la

investigación y se pidió su participación. Todas las personas a las que se les pidió su participación accedieron, de las cuales una no se tomó en cuenta debido a que no cumplía con los criterios de inclusión debido a que recibe remuneración económica. Se les pidió a los participantes que lean el consentimiento informado (anexo 1) antes de llenar los cuestionarios, seguidamente se les dio un espacio en el que aclararon sus dudas mediante preguntas acerca de investigación, una vez aclaradas las dudas firmaron el consentimiento informado.

Una vez firmados los consentimientos se les entregó una hoja de datos de identificación la cual llenaron como primer paso. Seguidamente, se entregó la escala de Zarit para que la responda, cuando el participante terminó de llenar la escala se solicitó que complete el segundo, el inventario de depresión de Beck. Ambas escalas son auto aplicables, es por esto que se estuvo presente durante la aplicación en caso de que el participante tuviera alguna duda. Cuando el participante terminó de responder las escalas se les proporcionó información acerca del Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y se ofreció los números de contacto del Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Las Américas en caso de que el cuidador desee recibir apoyo psicológico.

7.5. Plan de análisis de datos

Una vez recolectados los datos tanto de la escala de Zarit como del inventario de la depresión de Beck se tabularon en una tabla de doble entrada. Para el análisis de datos estadísticos se utilizó el programa R Project. Debido a que la muestra constó de 35 sujetos, se aplicó tanto para los resultados del Test de Zarit como para los del Inventario de Depresión de Beck el Test de Shapiro - Wilk para conocer si los resultados tienen una distribución normal para ver si la correlación es paramétrica o no paramétrica. Según esta prueba, la distribución de los resultados del Inventario de depresión de Beck sí se distribuyen normalmente ($W = 0.76144$, $p\text{-valor} = 0.000003895$) mientras que los del Test de Zarit no se distribuyen normalmente ($W = 0.94869$, $p\text{-valor} = 0.1033$).

Seguidamente se procedió a obtener el coeficiente de correlación de Spearman para ambos instrumentos debido a que ambas escalas son ordinales y existe una correlación no paramétrica.

Debido que no hubo una puntuación significativa de sobrecarga por parte de los participantes se sacó la desviación estándar de los resultados de la prueba de Zarit. Se sacaron las desviaciones estándar del Zarit, obteniendo niveles bajo, medio, alto y muy alto.

8. Viabilidad

En esta investigación el acceso al grupo de estudio fue factible una vez contactada la institución en la que se realizó. Se obtuvo permiso del Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor, donde se pidió la participación voluntaria de los cuidadores primarios de los pacientes del área de hospitalización de mediana estancia. Una vez inscrito el plan de tesis en el mes de marzo se contó con 3 meses para poder aplicarlo y recolectar los datos y presentar el primer borrador, es así que se pudo cumplir con el cronograma propuesto en el plan de tesis. En cuanto a los recursos, estos fueron solventados por la investigadora, solo se necesitaron copias. En cuanto a limitaciones durante la realización de la investigación, algunos participantes tuvieron que realizar algunas pausas durante la aplicación de los reactivos debido que debían cuidar de su familiar. Otra limitación que se presentó es que algunos participantes no sabían leer ni escribir, entonces se les ayudo a llenar los reactivos. Se sugiere tomar en cuenta la disponibilidad de las personas que ejercen el rol de cuidadores primarios informales, ya que no suelen tener mucho tiempo.

9. Aspectos éticos

Para realizar esta investigación primeramente se buscó una institución de la cual se podría obtener la muestra. Se pidió la autorización al Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor para poder realizar el estudio con los cuidadores primarios informales del área de hospitalización de mediana

estancia. Para obtener la autorización se llenó el Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones en Salud para poder pasar por el comité de ética del Hospital. Una vez recibida la carta de autorización (anexo 6) se prosiguió con la recolección de datos.

La participación de todos los sujetos que formaron parte de la muestra fue completamente voluntaria en esta investigación. En el caso que algún participante hubiera deseado retirarse antes, durante o después de la realización de la investigación podía hacerlo sin ninguna repercusión. En el caso que algún participante no hubiera querido compartir cierta información se respetó, al igual que si hubiera deseado que alguna información compartida no se incluyera en la investigación. Para asegurarse que el participante tenga conocimiento de esto se le hizo firmar un consentimiento informado (anexo1) en el cual se especifica que su participación es voluntaria y que la información será manejada con confidencialidad.

A través del consentimiento informado los participantes tienen el conocimiento que la información que se obtuvo de los mismos se la manejó con confidencialidad, es decir que los nombres serían cambiados para guardar el anonimato en caso que se requirieran y si existiera información que no quisieran que se incluyera se respetaría. En el caso de que se obtuviera información en la cual se ve que la persona podría hacerse daño o podría hacer daño a otros, se informó que tendría que romperse la confidencialidad, y se tendría que dar a conocer a la persona la razón por la que se debe romper la confidencialidad.

En el caso que los participantes deseen conocer los resultados de la investigación se les informó que se les puede dar una copia del estudio realizado al momento de finalizarlo.

La motivación personal para realizar esta investigación es poder crear consciencia del impacto que puede darse en un cuidador primario informal de un adulto mayor. En muchas ocasiones una persona debe hacerse cargo de un

familiar en la edad adulta que es dependiente, y esto tiene consecuencias tanto emocionales como físicas. Con esta investigación se pretende crear mayor conocimiento acerca de la posible sobrecarga que puede sentir un cuidador primario informal de un adulto mayor y si existe alguna relación con el trastorno de depresión.

En cuanto a los derechos de autor. Se toma en cuenta el literal No. 13 del Reglamento de titulación de la Universidad de Las Américas, sobre la propiedad intelectual, en el cual se señala: La propiedad intelectual de los trabajos de titulación pertenecerá a la Universidad. En casos extraordinarios en los que el o los estudiantes tengan razones para solicitar que la propiedad intelectual les pertenezca, deberán solicitarlo directamente a su Decano o Director, quién tratará el tema con la Vicerrectoría y la Dirección de Coordinación Docente. Se comunicará la respuesta al solicitante a más tardar dentro de los 30 días siguientes a su requerimiento. Los trabajos de titulación, de aceptarse el requerimiento del estudiante, serán tratados como secreto comercial e información no divulgada en los términos previstos en la Ley de Propiedad intelectual.

10. Discusión

En este estudio se planteó como hipótesis que existe una relación positiva entre los niveles de sobre carga y los niveles de depresión en cuidadores primarios informales de adultos mayores y se contó con la participación de 35 cuidadores primarios informales. Como fue mencionado en el plan de análisis de datos se aplicó el test de normalidad de Shapiro – Wilk a los resultados de ambos reactivos, mismo que evidencio una distribución normal en los resultados relativos al inventario de Beck mientras que en los resultados de la escala de Zarit se observó que los datos no se distribuyen normalmente. Al no haber distribución normal en los resultados de Zarit podemos observar que la población tiene una condición atípica, esta puede explicarse por el componente de la depresión de la muestra, que es significativa tanto que se distribuye normalmente no se encontró correlación significativa entre los niveles de

sobrecarga y los niveles de depresión, es por esto que se realizó el test de correlación de Spearman entre los resultados de las preguntas del test de Zarit con los ítems del inventario de Beck, encontrándose un alto índice de correlación directa entre algunos de ellos, es decir igual o mayor a 0.50.

Tabla 2. Pregunta 1 de la escala de Zarit con la pregunta 17 del inventario de Beck

No. pregunta de la Escala de Zarit	Promedio	Desviación Estándar	No. pregunta del Inventario de Beck	Promedio	Desviación Estándar	Correlación
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	1.54	1.44	17. Estoy demasiado cansado para hacer nada.	0.68	0.72	0.50

Se encontró que la pregunta número 1 de la escala de Zarit tiene una correlación directa del 0.50 con la pregunta 17 de Beck. Es decir, a mayor percepción de que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita, mayor percepción de cansancio. Debido al promedio y a la desviación estándar de cada pregunta podemos evidenciar que la mayoría de cuidadores primarios informales que participaron en el estudio han pensado que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita rara vez y algunas veces. En cuanto al ítem 17 del Inventario de Beck se observó que la mayoría de los participantes no se siente más cansada de lo normal o se cansan más fácilmente.

Tabla 3. Pregunta 4 de la escala de Zarit con las preguntas 3, 12 y 19 del inventario de Beck

No. pregunta de la Escala de Zarit	Promedio	Desviación Estándar	No. pregunta del Inventario de Beck	Promedio	Desviación Estándar	Correlación
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0.11	0.40	3. Me siento una persona totalmente fracasada.	0.23	0.60	0.61
			12. He perdido todo el interés por los demás.	0.31	0.68	0.51
			19. He perdido más de 7 kilos.	0.38	0.77	0.51

La pregunta número 4 de la escala de Zarit tiene una relación directa con la pregunta 3 del 0.61, con la pregunta 12 del 0,51 y con la pregunta 19 del 0.51 del Inventario de Beck. Es decir, a mayor percepción de sentimientos de vergüenza por la conducta de su familiar, mayor sentimiento de fracaso, mayor pérdida de interés por los demás, y mayor pérdida de peso. Debido al promedio y a la desviación estándar de cada pregunta podemos evidenciar que la mayoría de cuidadores primarios informales que participaron en el estudio han sentido vergüenza por la conducta de su familiar nunca y rara vez. En cuanto al Inventario de Beck en el ítem 3 se observó que la mayoría de los participantes no se sienten fracasados o creen que han fracasado más que la mayoría de las personas. En el ítem 12 se observó que la mayoría de los participantes no han perdido el interés por los demás o están menos interesados por los demás que antes. En el ítem 19 se observó que la mayoría de los participantes no han perdido peso o han perdido más de dos kilos.

Tabla 4. Pregunta 6 de la escala de Zarit con las preguntas 5, 9 y 14 del inventario de Beck

No. pregunta de la Escala de Zarit	Promedio	Desviación Estándar	No. pregunta del Inventario de Beck	Promedio	Desviación Estándar	Correlación
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0.31	0.72	5. Me siento culpable constantemente.	0.17	0.57	0.51
			9. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.	0.03	0.17	0.64
			14. Creo que tengo un aspecto horrible.	0.35	0.64	0.54

La pregunta número 6 de la escala de Zarit tiene una relación directa con la pregunta 5 del 0.51, con la pregunta 9 del 0.64 y con la pregunta 14 del 0.54 del Inventario de Beck. Es decir que, a mayor percepción de que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que tiene con otros miembros de su familia, mayor sentimiento de culpabilidad, mayor la frecuencia del pensamiento de suicidio y mayor percepción de tener una mala apariencia. Debido al promedio y a la desviación estándar de cada pregunta podemos evidenciar que la mayoría de cuidadores primarios informales que participaron en el estudio piensan que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que tienen con otros miembros de su familia nunca y rara vez. En cuanto al Inventario de Beck en el ítem 5 se observó que la mayoría de los participantes no se sienten especialmente culpables o se sienten culpables en bastantes ocasiones. En el ítem 9 se observó que la mayoría de los participantes no han tenido pensamiento de suicidio o a veces pensaron en suicidarse, pero no lo cometerían. En el ítem 14 se observó que la mayoría de

los participantes no creen que tengan peor aspecto que antes o temen que ahora parecen más viejos y poco atractivos.

Tabla 5. Pregunta 12 de la escala de Zarit con las preguntas 2, 4, 6, 12 y 16 del inventario de Beck

No. pregunta de la Escala de Zarit	Promedio	Desviación Estándar	No. pregunta del Inventario de Beck	Promedio	Desviación Estándar	Correlación
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	0.67	0.90	2. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	1.6	1.50	0.50
			4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	0.11	0.40	0.55
			6. Siento que estoy siendo castigado.	0.31	0.72	0.62
			12. He perdido todo el interés por los demás.	0.66	0.91	0.51
			16. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	0.94	1.16	0.55

La pregunta número 12 de la escala de Zarit tiene una relación directa con las preguntas 2 del 0.50, con la pregunta 4 del 0.55, con la pregunta 6 del 0.62, con la pregunta 12 del 0.51, y con la pregunta 16 del 0.55 del Inventario de Beck. Es decir que, a mayor percepción de que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar, mayor el sentimiento de desesperanza frente al futuro, mayor el sentimiento de insatisfacción o aburrimiento, mayor el sentimiento de ser castigado, mayor el sentimiento de haber perdido el interés por los demás y mayor afectación a la capacidad de conciliar el sueño. Debido al promedio y a la desviación estándar de cada pregunta podemos evidenciar que la mayoría de cuidadores primarios informales que participaron en el estudio piensan que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar nunca y rara vez. En cuanto al Inventario de Beck en el ítem 2 se observó que la mayoría de los participantes se sienten desanimados respecto al futuro. En el ítem 4 se

observó que la mayoría de los participantes sienten que las cosas les satisfacen igual que antes. En el ítem 6 se observó que la mayoría de los participantes no creen estar siendo castigados. En el ítem 12 se observó que la mayoría de los participantes no han perdido el interés por los demás o están menos interesados por los demás que antes. En el ítem 16 se observó que la mayoría de los participantes no duermen tan bien como antes o se despiertan una o dos horas antes de lo habitual y les resulta difícil volver a dormir.

Tabla 6. Pregunta 13 de la escala de Zarit con la pregunta 4 del inventario de Beck

No. pregunta de la Escala de Zarit	Promedio	Desviación Estándar	No. pregunta del Inventario de Beck	Promedio	Desviación Estándar	Correlación
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	0.43	0.78	4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.	0.46	0.61	0.50

Se encontró que la pregunta número 13 de la escala de Zarit tiene una relación directa del 0.50 con el ítem 4 del Beck. Es decir que, a mayor percepción de incomodidad por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de a su familiar, mayor el sentimiento de insatisfacción o aburrimiento. Debido al promedio y a la desviación estándar de cada pregunta podemos evidenciar que la mayoría de cuidadores primarios informales que participaron en el estudio se han sentido incómodos por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar nunca y rara vez. En cuanto al ítem 4 del Inventario de Beck se observó que la mayoría de los participantes sienten que las cosas les satisfacen igual que antes.

Tabla 7. Pregunta 19 de la escala de Zarit con las preguntas 15, 16 y 20 del inventario de Beck

No. pregunta de la Escala de Zarit	Promedio	Desviación Estándar	No. pregunta del Inventario de Beck	Promedio	Desviación Estándar	Correlación
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0.69	0.90	15. No puedo hacer nada en absoluto.	0.50	0.78	0.54
			16. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	0.85	0.94	0.56
			20. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	0.54	0.74	0.61

La pregunta número 19 de la escala de Zarit tiene una relación directa con las preguntas 15 del 0.54, con la pregunta 16 del 0.56 y con la pregunta 20 del 0.61 del Inventario de Beck. Es decir que, a mayor percepción de indecisión de qué hacer con su familiar, mayor sentimiento de no poder hacer nada, mayor afectación a la capacidad de conciliar el sueño y mayor la preocupación acerca de malestares físicos que siente. Debido al promedio y a la desviación estándar de cada pregunta podemos evidenciar que la mayoría de cuidadores primarios informales que participaron en el estudio se sienten indecisos sobre qué hacer con su familiar nunca y rara vez. En cuanto al Inventario de Beck en el ítem 15 se observó que la mayoría de los participantes sienten que trabajan igual que antes o les cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo. En el ítem 16 se observó que la mayoría de los participantes no duermen tan bien como antes o se despiertan una o dos horas antes de lo habitual y les resulta difícil volver a dormir.

En el ítem 20 se observó que la mayoría de los participantes no están preocupados por su salud más de lo normal o están preocupados por

problemas físicos como: dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Se encontró preguntas con medio índice de correlación inversa, es decir igual o mayor a 0.30.

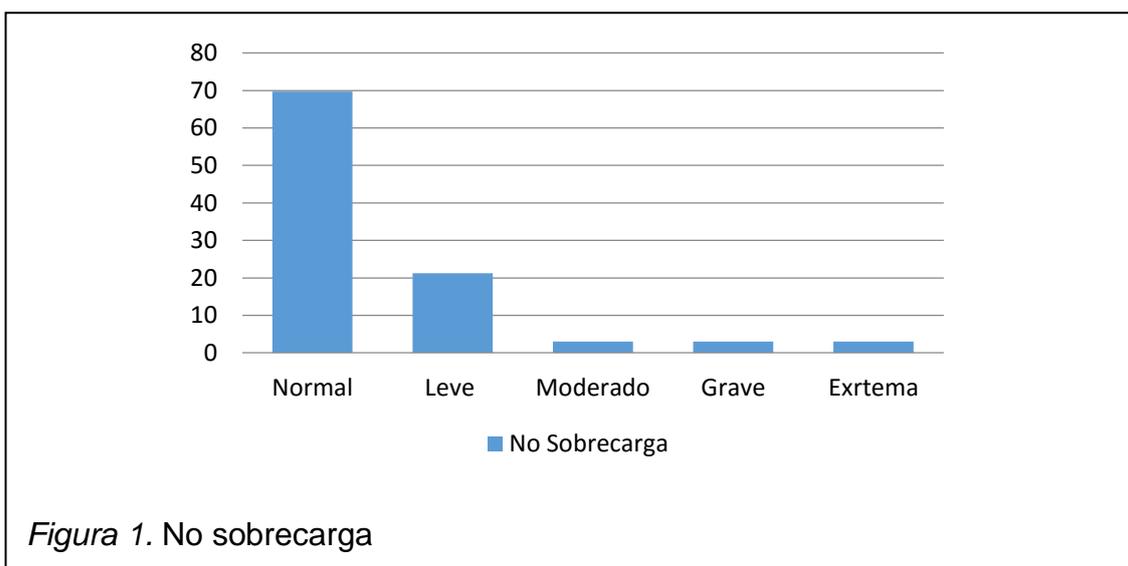
Tabla 8. Pregunta 8 de la escala de Zarit con las preguntas 7, 17 y 21 del inventario de Beck

No. pregunta de la Escala de Zarit	Promedio	Desviación Estándar	No. pregunta del Inventario de Beck	Promedio	Desviación Estándar	Correlación
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	2.49	1.72	7. No estoy decepcionado de mí mismo.	0.18	0.45	0.31
			17. No me siento más cansado de lo normal.	0.67	0.72	0.34
			21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés.	0.43	0.78	0.33

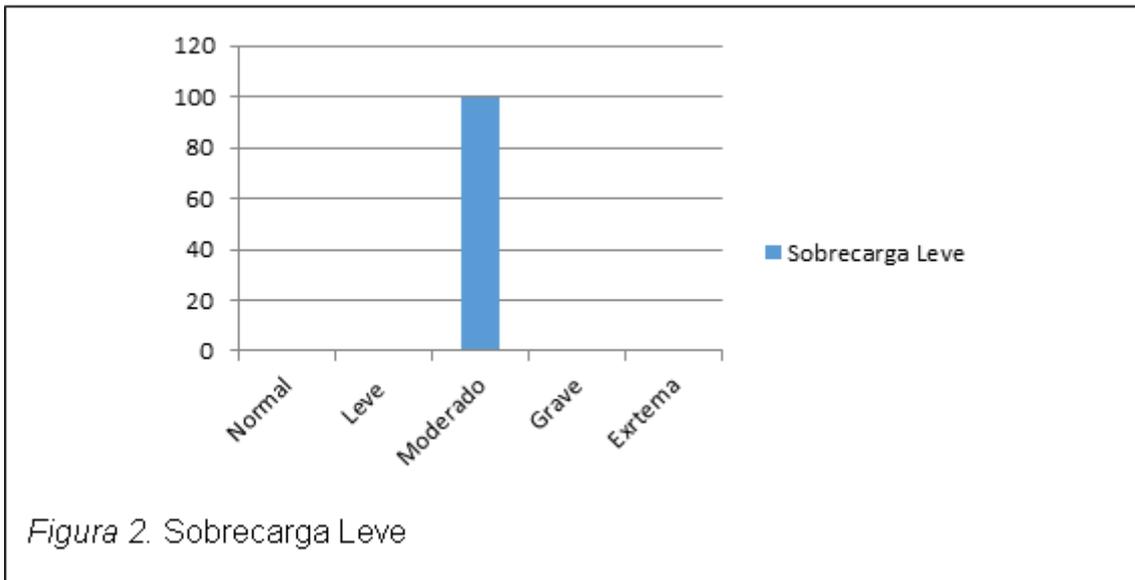
La pregunta número 8 de la escala de Zarit tiene una relación inversa con las preguntas 7 del 0.31, con la pregunta 17 del 0.34 y con la pregunta 21 del 0.33 del Inventario de Beck. Es decir, que a mayor percepción de que su familiar depende de él, menor sentimiento de decepción de sí mismo, menor sentimiento de cansancio y menor percepción de un cambio en su interés por el sexo. Debido al promedio y a la desviación estándar de cada pregunta podemos evidenciar que la mayoría de cuidadores primarios informales que participaron en el estudio piensa que su familiar depende de él, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. En cuanto al Inventario de Beck en el ítem 7, se observó que la mayoría de los participantes no se sienten decepcionados de

sí mismo. En el ítem 17 del Inventario de Beck, se observó que la mayoría de los participantes no se sienten más cansados de lo normal o se cansan más fácilmente. En el ítem 21 se encontró que la mayoría de los participantes no han observado ningún cambio reciente por su interés en el sexo o se sienten menos interesados por el sexo que antes.

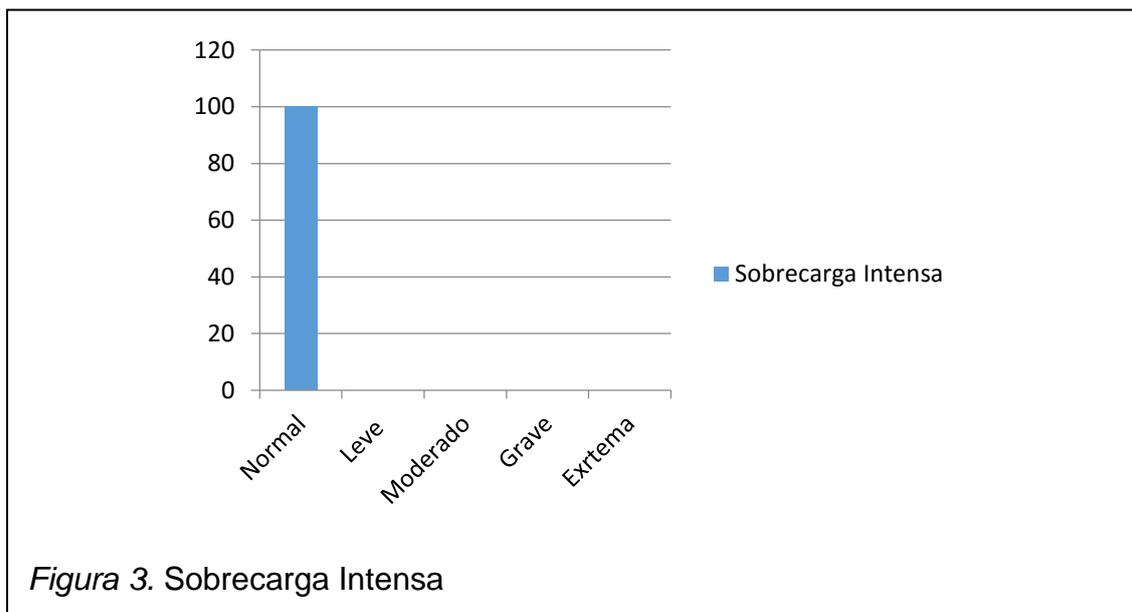
Como segundo objetivo se planteó el conocer si el nivel de carga tiene relación directa con los diferentes niveles de depresión. Debido que no hubo una puntuación significativa de sobrecarga por parte de los participantes se sacó la desviación estándar de los resultados de la prueba de Zarit. Se sacaron las desviaciones estándar del Zarit, obteniendo niveles bajo, medio, alto y muy alto.



De las personas que puntuaron no sobrecarga en el test de Zarit, 70% puntuaron normal en el inventario de depresión de Beck, 21% puntuaron leve perturbación del estado de ánimo, 3% puntuaron depresión moderada, 3% puntuaron depresión grave y 3% puntuaron 3%depresion extrema.

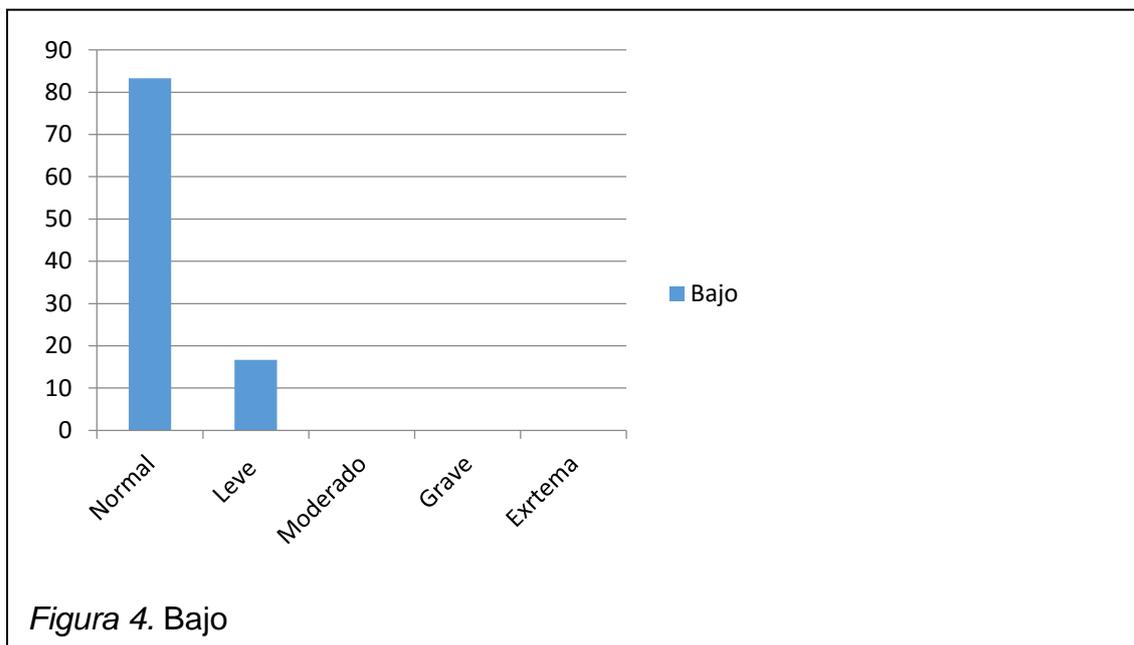


Los participantes que puntuaron sobrecarga leve el 100% puntuaron depresión moderada en el inventario de depresión de Beck.

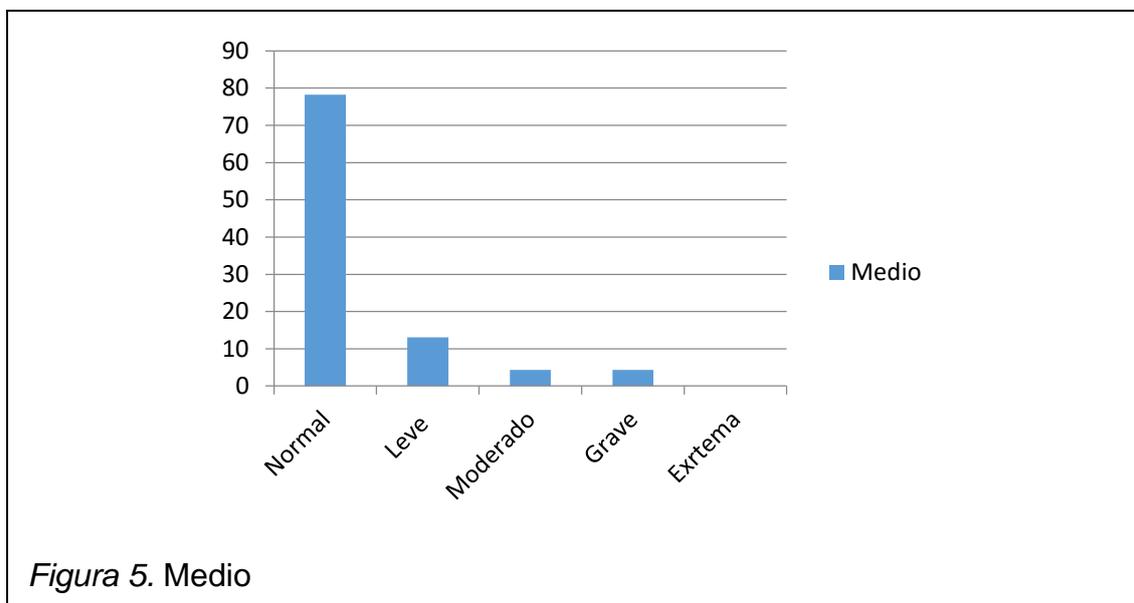


Los participantes que puntuaron sobrecarga intensa el 100% puntuaron normal en el inventario de depresión de Beck.

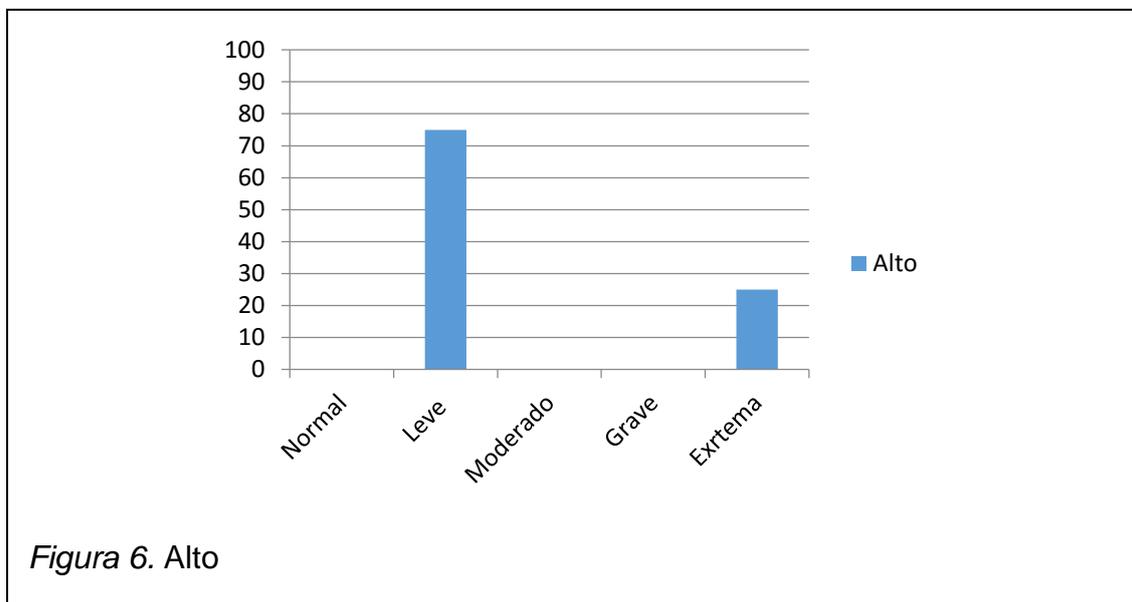
En las siguientes figuras se puede observar la relación entre la desviación estándar de la carga y los niveles de depresión.



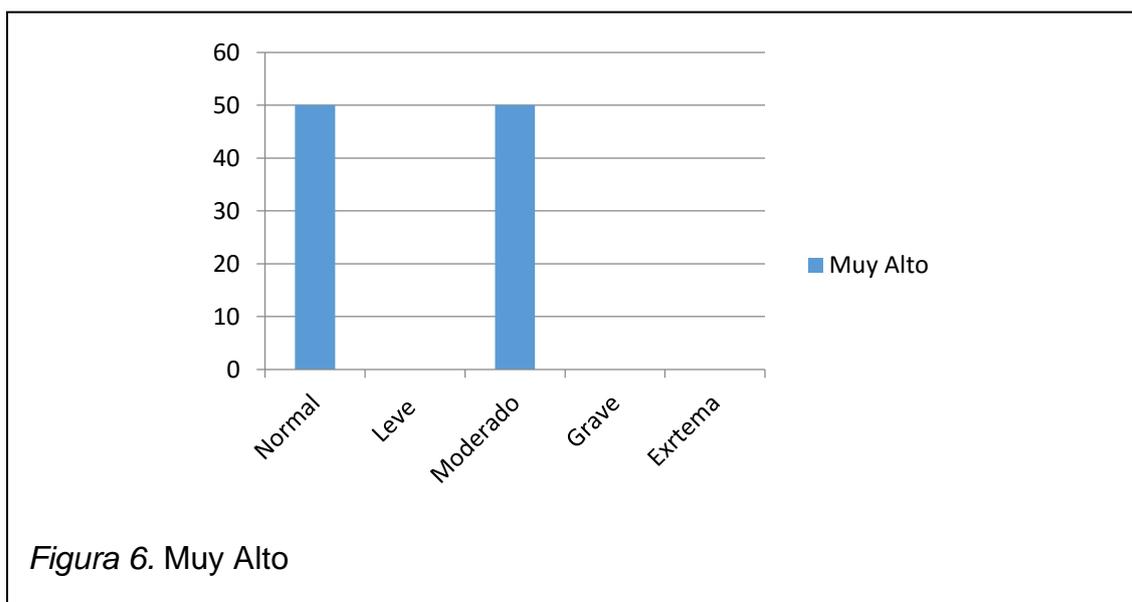
De los participantes que se encuentran en la desviación estándar bajo, el 83% puntuaron normal y 17% puntuaron leve perturbación del estado de ánimo en el inventario de Beck.



De los participantes que se encuentran en la desviación estándar medio, el 78% puntuaron normal, 13% puntuaron leve perturbación del estado de ánimo, el 4% puntuaron depresión moderada y el 4% puntuaron depresión grave en el inventario de Beck.



De los participantes que se encuentran en la desviación estándar alto, el 75% puntuaron leve perturbación del estado de ánimo y el 25% puntuaron depresión extrema en el inventario de Beck.



De los participantes que se encuentran en la desviación estándar muy alto, el 50% puntuaron normal y el 50% puntuaron depresión moderada en el inventario de Beck.

Durante la investigación, se observó que en la mayoría de casos los cuidadores primarios son los hijos o nietos, en un caso el cuidador primario que estaba presente era una persona pagada por la familia, esta persona no se incluyó en el estudio debido a que no cumplía con los criterios de inclusión. De estos participantes solo el 6% puntuaron sobrecarga leve o intensa en el test sobre la carga del cuidador de Zarit. En cuanto a los resultados del inventario de Beck, se evidencio que 31% de los participantes presentan sintomatología depresiva. En una investigación realizada en México (Crispín López, 2011, p. 28) a 60 cuidadores primarios encontraron síntomas de depresión en el 46.7 % de su muestra y 39.2% personas puntuaron sobrecarga. Comparando nuestros datos con esta investigación vemos que en cuanto a datos depresivos se acerca, al contrario de los datos de sobrecarga.

Debido a que la muestra de esta investigación no mostró datos significativos en cuanto a sobrecarga no encontramos correlación entre sobrecarga y depresión en este estudio. Contrario a lo establecido en otros estudios con cuidadores primarios como en una investigación realizada en Chile a cuidadores primarios informales de personas con Alzheimer, en el cual se encontró una relación moderada con la sobrecarga ($r= 0,403$; $p=0,152$), “mostrando que el aumento de los síntomas depresivos incrementará la sobrecarga” (Méndez, Giraldo, Aguirre-Acevedo, y Lopera, 2010, p. 141).

Al buscar la correlación entre las preguntas de la escala del Zarit y los ítems del inventario de Beck se puede observar que, la mayoría de los pacientes ha sentido alguna vez que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita. Esta tiene una relación directa con la percepción de cansancio del cuidador, esto es importante debido a que los datos demuestran que los cuidadores primarios pueden sentir más cansancio de lo normal al desempeñar este rol. Esto coincide con una investigación realizada en México a cuidadores

primarios de pacientes con esclerosis múltiple en el cual encontraron una correlación significativa del 0.63 entre la sobrecarga y la fatiga (Macías-Delgado et al, 2014, p. 84).

Se evidenció que la mayoría de los pacientes ha pensado que su familiar depende de ellos con bastante frecuencia. Esta tuvo una correlación inversa con el sentimiento de decepción y cansancio, es decir que no se sienten ni decepcionados ni cansados. Anteriormente mencionamos que el desempeñar este rol genera cansancio sin embargo se ha observado que los cuidadores primarios informales se justifican del porque se sienten o no de una manera. Al realizar las encuestas, muchos participantes comentaban que ellos no sienten que su familiar sea una carga y que este es un rol que deben ejercer y que es su responsabilidad ya que su familiar les ha dado todo. Se cree que es posible que los pacientes al sentir que su familiar depende de ellos no se sienten decepcionados debido que sienten que es un rol que deben ejercer y que no sienten cansancio porque es su responsabilidad.

En cuanto a la relación de sobrecarga y niveles de depresión, no se encontró correlación significativa. Sin embargo, se evidenció que dentro los participantes que no perciben sobrecarga al ejercer este rol, un 30% tiene síntomas depresivos.

Al realizar las desviaciones estándar se observó que las personas que se encuentran en la desviación estándar bajo solo el 17% muestran síntomas depresivos. Estos participantes serían considerados los que sienten menos carga, y aun así se encuentran algunos que muestran sintomatología depresiva. Hay que considerar que al sacar la desviación estándar observamos el nivel de carga ya que no hay niveles significativos de sobrecarga. Es importante mencionar que es probable que los síntomas depresivos puedan estar relacionados con la carga.

Como fue mencionado anteriormente, muchos de los cuidadores primarios informales parecían mostrar sentimientos de culpa de sentir carga al ejercer

este rol, esto se evidenció a través de los comentarios que éstos realizaban a la investigadora. Es posible que, por estos sentimientos de culpa, los participantes no hayan puntuado sobrecarga en la escala de Zarit. En cuanto al inventario de Beck es importante mencionar que los participantes en su mayoría pensaban que estos síntomas se relacionaban directamente con el cuidado de su familiar y no en cómo se sentían en general. Es por esto que es posible que algunos pacientes no hayan respondido honestamente estas escalas por sentimientos de culpa o incomodidad al admitir que se siente de una manera por tener ejercer el rol de cuidador primario informal.

En muchas de las investigaciones revisadas en este estudio se puede observar que son realizadas con cuidadores primarios de pacientes de alguna enfermedad crónica en muchos casos catastróficas. Es posible que esto afecte en la percepción de carga y depresión de los cuidadores primarios informales y es importante tomar en cuenta para futuras investigaciones.

Mediante la revisión bibliográfica y los resultados presentados en el siguiente estudio se concluye que los cuidadores primarios informales que participaron en esta investigación no perciben sobrecarga y un 31% muestra sintomatología depresiva. La mayoría de cuidadores primarios sienten que su familiar depende de ellos, lo cual influye en que no se sientan decepcionados de sí mismos. No existe una correlación directa entre niveles de sobrecarga y niveles de depresión.

Se recomienda para futuras investigaciones acerca de la sobrecarga realizar una validación del instrumento, para poder obtener resultados más acordes a la realidad de la población del Ecuador. Así mismo realizar la investigación con una muestra más numerosa, para que los resultados sean más representativos. Es importante tomar en cuenta variables de control que no fueron consideradas en este estudio para evitar un posible sesgo en los datos recolectados. Se sugiere que en futuras investigaciones acerca del tema se pueda también investigar si el tipo de cuidado que el sujeto desempeña tiene relación con el nivel de sobrecarga y depresión que pueda sentir.

11. Referencias

- Baringoltz, S. (2009). *Terapia Cognitiva y Depresión*. Recuperado el 12 mayo de 2016 de <http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Sara.pdf>
- Carretero, S., Garcés, J. y Rodena, F (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Recuperado el 12 mayo de 2016 de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (s.f.). *Evaluación del Inventario BDI-II*. Recuperado el 11 de mayo de 2016 de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2015). *Cuántos son*. Recuperado el 08 mayo de 2016 de <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
- Crespo, M. y Rivas, M. (2014). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*. 1, 9-15. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742015000100002&script=sci_arttext
- Crispín, B. (2011). *Perfil psicoactivo en cuidadores primarios de adultos mayores*. (Tesis para obtener el Diploma de: Especialidad en Geriátrica) Instituto Politécnico Nacional. Recuperado de http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/9031/tesis_25_enero%5b1%5d.pdf?sequence=1
- Dahab, J, Rivadeneira, D. y Minici, A. (2002). La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. 3, 1-5. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- De los Reyes, M. (2001). *Construyendo el concepto del cuidador de ancianos*. *Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur*. Recuperado el 12 mayo de 2016 de <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brazil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>

- Guías de Práctica Clínica en el SNS. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Recuperado el 12 mayo de 2016 de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2008). *La población Adulto Mayor en la ciudad de Quito. Estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica*. Recuperado el 22 mayo de 2016 de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Poblac_Adulto_Mayor.pdf
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 15 (1), 119-145. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v15n1/v15n1a05.pdf>
- Lópezl, M., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona de la Morena, J. y Alonso, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica Medicina Familiar*. 2 (7), 332-339. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004
- Macías, Y., Pedraza, H., Jiménez, R., Pérez, M., Valle, R. y Fundara, R. (2014). Sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes con esclerosis múltiple: Su relación con la depresión y ansiedad. *Revista Mexicana de Neurociencias*. 15 (2), 81-86. Recuperado de <http://revmexneuroci.com/wpcontent/uploads/2014/03/Nm142-03-Sobre.pdf>
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre, D. y Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 5 (2), 137-145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1793/179314915007.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Manual para Cuidadores de la persona adulta mayor dependiente*. Recuperado el 20 mayo de 2016 de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirec>

ciones/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf

Montorio, I. Fernández de Trocóniz, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología*. 14 (2), 229-248. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf

Salazar, S. y Torres, J. (2015). *Nivel de sobrecarga y factores asociados de los cuidadores primarios de los pacientes del centro de atención ambulatoria 302 del instituto ecuatoriano de seguridad social, Cuenca Ecuador, 2014*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22499/1/TESIS.pdf>

Silva, P. y Pérez, V. (2015). *Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del hospital Quito N.1 de la policía en el periodo comprendido entre octubre del 2014 y enero del 2015*. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8876/TESIS%20FINAL%20FINAL.%20POR%20CORREGIR.pdf?sequence=1>

Steele, H. (2010). *Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009*. (Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado de la Especialidad de Psiquiatría para optar por el grado de especialista). Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20.pdf>

12. Cronograma

Tabla 9. Cronograma de actividades

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Revisión Teórica	X	X				
Tutoría	X	X	X	X	X	
Recolección de datos			X			
Análisis de datos				X		
Entrega del 1° borrador					X	
Entrega Final						X

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Hoja de información

Título de la investigación: Sobrecarga y Depresión en Cuidadores Primarios Informales de Adultos Mayores en un Hospital al Norte de Quito

Nombre del investigador: Dulce Mariel Inchausty Mendoza

Esta investigación pretende estudiar el nivel de carga y de depresión de personas que cumplen el rol de cuidadores primarios informales de adultos mayores, y la relación que exista entre estas dos variables.

Esta investigación se realiza previa a la obtención del título de Psicólogo/a con mención Clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad de las Américas.

La participación en este estudio consiste en llenar el test de carga de Zarit y el inventario de depresión de Beck, ambas escalas son de auto aplicación.

La información que se obtenga será absolutamente confidencial y solo conocida integralmente por el investigador de este estudio y el docente supervisor; el resguardo del anonimato será asegurado a partir de la modificación de nombres de personas y de toda otra información que emerja. Los resultados generados del estudio serán de dominio público, según lo que establece la ley orgánica de Educación Superior.

Es un deber ético de la investigadora reportar a los profesionales competentes, situaciones en donde están en riesgo grave la salud e integridad física o psicológica, del participante y/o su entorno cercano.

En el caso que se desee suspender la participación si así lo encuentra conveniente, lo puede hacer sin que esta decisión tenga ningún efecto.

En el caso que exista alguna duda o problema relacionado a la investigación se puede comunicar con la investigadora al número 0992776971



CONSENTIMIENTO

Se me ha solicitado dar mi consentimiento para que yo _____ participe en el estudio de investigación titulado Sobrecarga y Depresión en Cuidadores Primarios Informales de Adultos Mayores en un Hospital al Norte de Quito. El estudio de investigación incluirá: llenar dos encuestas.

Yo he leído la información anterior previamente, de la cual tengo una copia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información y cada pregunta que yo he hecho ha sido respondida para mi satisfacción. He tenido el tiempo suficiente para leer y comprender los riesgos y beneficios de mi participación. Yo consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante

Fecha

Declaración del investigador

Yo he leído verazmente la hoja de información al potencial participante y usando lo mejor de mi habilidad me aseguré que la persona comprenda que se hará lo siguiente:

1. Llenar dos encuestas

Yo confirmo que al participante se le dio la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio y todas las preguntas hechas han sido respondidas correctamente y aplicando lo mejor de mi habilidad. Yo confirmo que el participante no ha sido obligado a dar su consentimiento. El consentimiento ha sido dado libre y voluntariamente.

Una copia de este formulario de consentimiento informado se le ha entregado al participante.

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento:

Firma del investigador

Fecha

Anexo 3. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

TEST SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así:

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

	Preguntas	Respuesta
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	0 1 2 3 4
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1 2 3 4
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?	0 1 2 3 4
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4

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

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8)

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio. □
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.

- Llora continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13)

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16)

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19)

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 5. Matriz de Spearman

	Beck 1	Beck 2	Beck 3	Beck 4	Beck 5	Beck 6	Beck 7	Beck 8	Beck 9	Beck 10	Beck 11	Beck 12	Beck 13	Beck 14	Beck 15	Beck 16	Beck 17	Beck 18	Beck 19	Beck 20	Beck 21
Zarit 1	0.13	0.24	0.30	0.24	0.35	0.13	0.25	0.07	0.29	0.25	0.24	0.21	0.16	0.34	0.05	0.01	0.51	0.21	0.11	0.24	0.13
Zarit 2	0.17	0.17	0.24	0.43	0.22	0.34	-0.07	0.15	0.28	0.28	0.28	0.19	0.30	0.09	0.33	0.37	0.20	0.28	0.23	0.31	-0.03
Zarit 3	0.21	0.22	0.42	0.48	0.11	0.25	0.08	0.12	0.06	0.15	0.22	0.26	0.30	-0.07	0.39	0.38	0.13	0.22	0.31	0.16	0.23
Zarit 4	0.20	0.35	0.62	0.14	-0.09	-0.13	-0.11	-0.18	-0.05	-0.12	0.03	0.51	0.09	-0.12	0.14	0.34	0.20	0.35	0.52	-0.12	0.49
Zarit 5	-0.08	-0.04	-0.01	0.08	0.15	0.22	-0.08	0.13	0.25	0.20	0.18	0.10	0.20	0.11	0.37	0.38	0.13	0.10	0.15	0.40	0.01
Zarit 6	0.09	0.28	0.38	0.40	0.51	0.24	0.19	0.36	0.65	0.16	0.11	0.09	0.45	0.55	0.32	0.28	0.41	0.41	-0.01	0.44	0.07
Zarit 7	0.27	0.35	-0.08	0.33	0.20	0.38	-0.01	0.35	0.23	0.21	0.13	-0.05	0.35	0.29	0.36	0.28	-0.04	0.11	-0.16	0.46	-0.12
Zarit 8	-0.10	0.03	-0.11	-0.08	-0.15	0.04	-0.32	-0.06	-0.06	0.00	-0.02	-0.03	0.00	-0.21	0.19	0.05	-0.35	-0.19	-0.19	0.46	-0.34
Zarit 9	0.02	0.21	0.21	0.41	0.19	0.14	-0.01	0.18	0.22	0.01	0.28	0.02	0.21	0.24	0.37	0.09	0.09	0.11	-0.06	0.31	-0.08
Zarit 10	-0.01	-0.06	-0.03	0.32	0.01	0.28	0.01	0.06	-0.08	-0.02	0.07	0.17	0.02	-0.06	0.21	0.16	0.08	0.04	-0.04	0.21	-0.03
Zarit 11	0.06	0.11	0.34	0.37	0.31	0.32	0.18	0.20	0.26	0.33	0.17	0.14	0.29	0.13	0.36	0.45	0.21	0.23	0.15	0.40	0.03
Zarit 12	0.39	0.50	0.31	0.56	0.40	0.63	0.21	0.47	0.25	0.39	0.35	0.52	0.39	0.42	0.46	0.56	0.32	0.43	0.25	0.46	0.30
Zarit 13	0.35	0.41	0.10	0.50	0.16	0.49	0.20	0.24	-0.10	0.20	0.16	0.18	0.25	0.18	0.39	0.24	0.08	0.18	-0.05	0.20	0.08
Zarit 14	-0.02	0.18	-0.05	0.00	0.08	0.02	-0.01	0.09	0.08	0.42	0.28	0.24	0.06	-0.02	-0.14	0.17	0.04	0.15	0.26	0.12	-0.13
Zarit 15	0.22	0.35	0.32	0.26	0.22	0.22	0.03	0.02	0.19	0.25	0.24	0.35	0.31	0.00	0.22	0.42	0.10	0.35	0.26	0.33	0.16
Zarit 16	0.06	0.28	-0.02	0.25	0.10	0.25	0.07	0.21	0.00	0.16	0.34	0.32	0.09	0.20	0.28	0.15	0.11	0.12	0.00	0.14	-0.13
Zarit 17	0.19	0.38	0.16	0.41	0.03	0.25	0.03	-0.02	-0.10	-0.03	0.22	0.07	0.09	-0.03	0.20	0.05	-0.03	0.04	-0.17	0.04	-0.02
Zarit 18	0.00	0.00	-0.04	0.27	-0.07	0.38	-0.09	0.13	-0.12	-0.09	0.05	0.15	0.10	-0.02	0.42	0.16	-0.08	-0.08	-0.18	0.18	-0.04
Zarit 19	0.31	0.41	0.14	0.48	0.40	0.49	0.20	0.49	0.25	0.37	0.37	0.17	0.47	0.32	0.55	0.56	0.23	0.34	0.11	0.62	0.03
Zarit 20	0.09	0.16	-0.07	0.13	-0.02	0.20	-0.20	0.02	0.09	0.24	0.12	0.03	0.21	-0.04	0.32	0.24	0.00	0.05	0.03	0.19	-0.23
Zarit 21	-0.03	-0.05	-0.19	-0.09	-0.17	0.13	-0.17	-0.05	-0.15	0.14	-0.14	-0.03	0.06	-0.20	0.21	0.10	-0.21	-0.13	-0.05	0.02	-0.23
Zarit 22	0.24	0.08	-0.12	0.12	-0.09	0.12	-0.02	-0.02	-0.20	-0.06	0.15	0.00	-0.02	-0.16	0.12	0.17	-0.04	-0.05	-0.05	0.29	0.01

Anexo 6. Carta de Autorización



Ministerio
de **Salud Pública**
Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor



DOCENCIA E INBVESTIGACIÓN

OFICIO No. 019-2016-GER

Quito, 10 de mayo del 2016

De mi consideración

La Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, autoriza a la Srta. Dulce Mariel Inchausty Mendoza, portadora del pasaporte 6183037, para que realice la recolección de datos en la Unidad de Mediana Estancia del HAIAM, desde el 11 de abril hasta el 2 de mayo de 2016, requeridos para la elaboración de su tesis con el tema: Sobrecarga y Depresión en Cuidados Primarios Informales de Adultos Mayores en un Hospital al Norte de Quito.

Atentamente,

Nidia Rodríguez Cadena

Coordinadora de Docencia e Investigación.