



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



**FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ"**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**"Correlación de la severidad de síntomas depresivos en
pacientes hemodializados y sobrecarga en su cuidador"**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:
DR. ROLANDO EFRAÍN DE LEÓN LUÉVANO**

**CO-INVESTIGADORES:
DRA. GIOVANA ARTEAGA MULLER
DR. MARCO ANTONIO HERNANDEZ OSORIO
DR. ANTONIO DIAZ QUIROZ**

**TESISTA:
DRA. NALLELY DE LA ROSA GALARZA**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN
FEBRERO 2017**

Aprobación de la tesis:



Dr. ROLANDO EFRAÍN DE LEÓN LUÉVANO

Director de la tesis



Dr. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA

Coordinador de Enseñanza



Dr. FELIPE HOMERO SANDOVAL AVILÉS

Coordinador de Investigación



Dr. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO

Jefe del Departamento de Psiquiatría



Dr. FELIPE ARTURO MORALES MARTÍNEZ

Subdirector de Estudios de Posgrado

**FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL
UNIVERSITARIO
“DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”**

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“Correlación de la severidad de síntomas depresivos en
pacientes hemodializados y sobrecarga en su cuidador”**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL: DR. ROLANDO EFRAÍN DE LEÓN
LUÉVANO**

CO-INVESTIGADORES: DRA. GIOVANA ARTEAGA MULLER
DR. MARCO ANTONIO HERNANDEZ OSORIO
DR. ANTONIO DIAZ QUIROZ

TESISTA: DRA. NALLELY DE LA ROSA GALARZA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

**MONTERREY, NUEVO LEÓN
FEBRERO 2017**

Aprobación de la tesis:

Dr. ROLANDO EFRAÍN DE LEÓN LUÉVANO
Director de la tesis

Dr. ALFREDO BERNARDO CUÉLLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza

Dr. FELIPE HOMERO SANDOVAL AVILÉS
Coordinador de Investigación

Dr. STEFAN MAURICIO FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe del Departamento de Psiquiatría

Dr. FELIPE ARTURO MORALES MARTINEZ
Subdirector de Estudios de Posgrado

Dedicatoria:

A mi familia, maestros y amigos que me estuvieron apoyando en todo momento a lo largo de mi formación académica.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, a todos y cada uno de ellos por apoyarme en todos mis años de vida, con tantas altas y bajas, ustedes siempre me han apoyado a su manera.

A mis amigas y amigos de todos mis grados de estudio, porque cada uno contribuyo a mi formación personal e hicieron más llevadera la escuela. Principalmente quiero agradecer a Erika y a Abraham, sin ustedes no sé qué sería de mi vida. Ambos me han escuchado y apoyado de una manera que pocas personas lo han hecho, me han acompañado en muchas facetas de mi vida y deseo sea así siempre.

A mis compañeros y amigos Tony y Marco, literalmente salvaron mi futuro, y sin ellos no estaría escribiendo esto. Los adoro y les agradeceré eterno

A mi director de tesis, el Dr. Rolando, quien también contribuyo a salvar mi futuro, gracias por ser uno de los doctores más accesibles y dispuestos a enseñar. Pocas personas como usted, mil gracias por ser así, un maestro en toda la extensión de la palabra.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN.	9
Introducción y objetivos	
Método	
Resultados	
Conclusiones	
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN.	12
Enfermedad Renal Crónica	
Trastorno Depresivo	
Trastorno Depresivo y Enfermedad Medica	
Familiar Cuidador Primario Informal	
Carga del Cuidador	
Capítulo III	
3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS	16
Antecedentes	
Definición del Problema	
Justificación	
Objetivo General	
Objetivos Particulares	

Capítulo IV

4. HIPÓTESIS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS20

H1

H0

Consideraciones Éticas

Capítulo V

5. MATERIAL Y MÉTODOS. 21

Diseño Metodológico

Instrumentos

Población y Muestra

Cálculo del Tamaño de la Muestra

Criterios de Inclusión

Criterios de Exclusión

Criterios de Eliminación

Método de Reclutamiento

Procedimiento

Análisis Estadístico

Capítulo VI

6. RESULTADOS. 25

Características de la Muestra

Características Clínicas

Frecuencia y Severidad de Síntomas Depresivos

Frecuencia y Grado de Sobrecarga en el Cuidador

Capítulo VII

7. DISCUSIÓN	36
--------------------	----

Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN	37
---------------------	----

Capítulo IX

9. ANEXOS	38
-----------------	----

- 9.1 Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZaritBurdenInventory)
- 9.2 Inventario de Depresión de Beck (Beck DepressionInventory, BDI)

Capítulo X

10.BIBLIOGRAFÍA	40
-----------------------	----

Capítulo XI

11. Resumen autobiográfico	43
----------------------------------	----

Capítulo I

Resumen

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una patología que implica la pérdida gradual de la función de los riñones, esto asociado con factores infecciosos o fisiológicos, encontrándose entre ellos la glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico, entre otras.⁽¹⁾

Quienes la padecen deben someterse a tratamientos no curativos, invasivos y demandantes lo cual tiene serias implicaciones en la vida del paciente ya que produce de manera permanente importantes cambios en los estilos de vida, dicha situación se encuentra relacionado con la aparición de trastornos emocionales.^(1,2,6)

Las secuelas, tanto de la enfermedad médica, como de los síntomas emocionales tienen un impacto en la vida de la persona misma y de su entorno más cercano, principalmente en el cuidador primario del paciente en quien se aumenta el grado de sobrecarga^(7,24). Existe evidencia de que la elevada sobrecarga constituye un factor independiente para el deterioro, las reagudizaciones o el desarrollo de diferentes procesos morbosos en este tipo de paciente.⁽²⁴⁾

Objetivo:En el presente estudio se busca identificar la relación entre la severidad de síntomas depresivos de los pacientes en hemodiálisis y su relación con el grado de sobrecarga en el cuidador principal.

Material y Métodos:Para este estudio se utilizó la información obtenida de dos bases de datos de investigaciones previas. El estudio titulado “Correlación entre el tiempo de hemodiálisis y depresión en pacientes de sala de hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, en el cual se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (Beck DepressionInventory, BDI) con el objetivo de evaluar los síntomas depresivos y su severidad en los pacientes que se someten a hemodiálisis; y el estudio “Correlación entre el área de discapacidad del paciente hemodializado y sobrecarga en su cuidador”, el cual utilizó la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit (ZaritBurdenInventory) la cual mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores, y la escala WHODAS 2.0 aplicada a los pacientes hemodializados para identificar el área de mayor disfunción.Del primer estudio se tomaron los datos obtenidos en las escalas de Beck de los pacientes y del segundo estudio se utilizaron los datos obtenidos de la escala de Zarit aplicada a su cuidador principal.

Resultados:En una muestra recabada de 47 díadaspacientes–cuidadores, se evidenció una tendencia a una severidad mínima o leve en los síntomas depresivos de los pacientes hemodializados, así como un predominio de no sobrecarga en su cuidador principal. Realizado el análisis estadístico se encontró

una no correlación entre la severidad de los síntomas depresivos y el grado de sobrecarga del cuidador.

Conclusiones: En la población estudiada no existe correlación entre la severidad de los síntomas depresivos y el grado de sobrecarga del cuidador. Estos datos son congruentes con los encontrados en estudios similares en la literatura.

Capítulo II

Correlación de la severidad de síntomas depresivos en pacientes hemodializados y sobrecarga en su cuidador

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones, esta es progresiva, y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%. La ERC está asociada con factores infecciosos o fisiológicos tales como glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial y lupus eritematoso sistémico^(1,2), y a su vez puede ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos y anemia entre otros.⁽¹²⁾

La incidencia de la ERC se ha incrementado considerablemente en la última década. En México la tasa anual de pacientes en diálisis es de 154.6 por millón de habitantes, con un rápido incremento en la ocurrencia de esta enfermedad.⁽¹⁾ Los pacientes deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos y demandantes que involucran altos costos para el paciente y su familia, tanto a nivel físico, psicológico, social y económico.

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica, como lo es la ERC, siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas, ya que la persona se ve obligada a un proceso de adaptación rápido lo que en ocasiones

genera miedo, ira y ansiedad. Después de un lapso de tiempo el paciente comprende las implicaciones que tiene su enfermedad y es cuando aparecen los sentimientos depresivos; sin embargo, el orden de aparición no es el mismo en todos los casos, incluso habiendo pacientes que nunca desarrollan dichos sentimientos.^(8,14)

La depresión es la enfermedad mental de mayor prevalencia a nivel mundial, según los criterios del DSM-V el paciente debe cumplir, por un periodo mínimo de dos semanas, 5 o más de los siguientes síntomas, siendo uno de ellos el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, o la marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades. Otros de los síntomas que pueden presentar son las alteraciones en el peso o apetito, ya sea pérdida o ganancia, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación o planeación suicida, todo esto provocando malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales u otras áreas del funcionamiento.⁽¹⁴⁾

Quienes padecen cuadros depresivos experimentan el doble de mortalidad que la población general, y sufren mayores limitaciones en su funcionamiento psicosocial⁽²⁾. Cuando la depresión coexiste con enfermedades médicas, la falta de tratamiento de la primera, demora la recuperación física; depresión e incapacidad se amplifican mutuamente, como en una espiral en la que el refuerzo mutuo hace que ambas se hagan más severas y persistentes⁽¹²⁾

Estudios recientes han demostrado que la prevalencia de depresión en quienes inician tratamiento con diálisis, ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis, oscila entre 40 y 45%, y que esto puede afectar las funciones inmunológicas y nutrimentales, así como el cumplimiento al programa de diálisis^(12,14). En estudios realizados en Turquía se encontró que los pacientes con mayor ansiedad y depresión mostraron menores concentraciones de albumina y hemoglobina, y altas concentraciones de proteína C reactiva, así como una mayor deficiencia de proteínas, selenio y vitaminas⁽¹²⁾.

Debido a las limitantes que acarrea la enfermedad, es frecuente que el paciente requiera el apoyo de un cuidador quien debe brindarles ayuda práctica, cuidado personal, apoyo psicológico y administración de medicamentos.⁽⁴⁾

En la mayoría de los casos existe un Familiar Cuidador Primario Informal (FCPI) quien es la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda una relación familiar directa con el paciente; las responsabilidades del cuidado de un paciente crónico implica la redistribución de horarios, actividades cotidianas, espacio físico, en ocasiones debiendo postergar ciertos aspectos de su vida cotidiana, aislándose o disminuyendo sus actividades sociales y su propia salud por dedicar tiempo al familiar a cuidar⁽¹⁾, llegando a generar sentimientos de culpa y obligación ya que en muchas ocasiones provoca un quiebre en su organización de vida y de familia, con esa dualidad de no sentirse en condiciones de seguir a cargo y la sensación de tener que permanecer junto a su familiar.

En 1963 Grad y Sainsbury introdujeron la palabra «carga» para referirse al impacto que produce tener que cuidar a familiares mentalmente enfermos,

definiéndose como carga del cuidador al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de gente mayor incapacitada⁽¹⁾. La carga puede ocasionar la aparición de trastornos como la depresión, trastornos del sueño, problemas alimenticios, problemas de salud, abuso de alcohol o estimulantes, violencia marital e irritabilidad entre familiares⁽²³⁾. La prescripción de fármacos para depresión, ansiedad e insomnio es hasta 3 veces mayor entre los cuidadores que en la población general, lo cual tiene repercusiones en el sujeto dependiente ya que disminuye la calidad de vida y su bienestar psicológico.⁽²⁷⁾

La mayoría de los cuidadores carecen de la información y de las habilidades apropiadas para manejar la enfermedad⁽²⁸⁾. En diversos estudios se ha demostrado una mayor sobrecarga en los familiares que contaban con menor información^(5,11,13,17,27,30), por este motivo es de vital importancia poder proporcionar el apoyo e información pertinente para el manejo adecuado del paciente.

Capítulo III

Antecedentes

Este proyecto se desprende de dos trabajos realizados por el Dr. Rolando Efraín de León Luévano, uno en colaboración con el Dr. Antonio Díaz Quiroz, y el otro con la colaboración del Dr. Marco Antonio Hernández Osorio. Ambos en conjunto con el servicio de Nefrología del Hospital Universitario y con el apoyo de la Dra. Giovanna Arteaga Muller, quienes al ver las necesidades de pacientes sometidos a hemodiálisis y de sus cuidadores, decidieron empezar las investigaciones pertinentes con el objetivo de brindar el tratamiento integral necesario para estas poblaciones.

El proyecto de investigación inicial, a cargo del Dr. Rolando de León y del Dr. Antonio Díaz Quiroz, tuvo por objetivo identificar la prevalencia de cuadros depresivos en pacientes sometidos a hemodiálisis, en dicho estudio se observó que la presencia de síntomas depresivos no se encuentra relacionada con el tiempo que el paciente lleve en hemodiálisis, sino con otros factores y comorbilidades. Esta investigación fue presentada en la Reunión Anual del Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas con marcado éxito, y actualmente se encuentra en revisión para su publicación bajo el título “Correlación entre el tiempo de hemodiálisis y depresión en pacientes de sala de hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González”.

Al poco tiempo de iniciado el proyecto previamente mencionado, el Dr. Marco Hernández, se une a esta línea de investigación, con el objetivo de identificar el nivel de sobrecarga en el cuidador y su relación con el área de discapacidad del paciente sometido a hemodiálisis, bajo el título de “Correlación entre el área de discapacidad del paciente hemodializado y sobrecarga en su cuidador”, esta investigación logro identificar que entre mayores dificultades en los dominios de movilidad y de habilidades sociales, existe un mayor nivel de sobrecarga en el cuidador principal. Este trabajo se encuentra en revisión para ser publicado.

Definición del Problema

Existe evidencia de los altos niveles de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas, así como de la alta incidencia de síntomas depresivos en pacientes sometidos a hemodiálisis, sin embargo, dichos datos no están descritos en población mexicana con pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores.

Justificación

En los estudios encontrados sobre las complicaciones y sobrecarga en los cuidadores tanto de padecimientos crónicos como de patologías psiquiátricas, se han encontrado diversos resultados, ya que en algunos se han encontrado datos positivos y en otros datos negativos, por lo que consideramos importante analizar la correlación entre el nivel de sobrecarga del cuidador y el grado de depresión de los pacientes hemodializados en nuestra población con la finalidad de implementar programas adecuados para una atención integral y mejorar la calidad de vida de ambos grupos.

Objetivo General del Estudio

Analizar la relación entre la severidad de síntomas depresivos de los pacientes en hemodiálisis y su relación con el grado de sobrecarga en el cuidador principal.

Objetivo Secundarios

Identificar la relación entre cada grado de severidad de síntomas depresivos y el grado de severidad de sobrecarga en el cuidador.

Capítulo IV

Hipótesis

-A mayor severidad de síntomas depresivos en el paciente hemodializados, mayor grado de sobrecarga en el cuidador.

Hipótesis Nula

-No existe relación entre la mayor severidad de síntomas depresivos en el paciente hemodializados y la mayor sobrecarga en el cuidador.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se realizó el presente estudio en busca de un beneficio para la salud, posterior a ser aprobado por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Se solicitó el consentimiento informado de manera verbal, posterior a explicar a los participantes los objetivos y el procedimiento del estudio.

Capítulo V

Material y Métodos

- **Diseño:** Observacional, transversal, no ciego, cuantitativo.

- ▶ **Tipo de estudio:** Descriptivo, Correlacional

- ▶ **Instrumentos:**
 - Se utilizó los resultados del estudio “Correlación entre el tiempo de hemodiálisis y depresión en pacientes de sala de hemodiálisis del Departamento de Nefrología del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. En donde se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) que evalúa la presencia o ausencia de los síntomas depresivos y su severidad de manera auto aplicable.
 - También el estudio “Correlación entre el área de discapacidad del paciente hemodializado y sobrecarga en su cuidador”, mediante la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit (Zarit Burden Inventory) que mide el grado subjetivo de sobrecarga de los cuidadores siendo auto aplicable

► **Población de estudio:**

Cálculo del tamaño de muestra:

Utilizando una fórmula para prueba el cálculo de una correlación, con un valor $z\alpha$ de 1.96 con nivel de significancia del 95% para dos colas, y un valor $z\beta$ de 0.84 con una potencia de 80%, con una correlación esperada mínima de 0.5, se obtuvo una muestra de 31 unidades muestrales.

Sin embargo, se utilizará a toda la población mayor de edad con diagnóstico de enfermedad renal crónica que se encuentre en tratamiento de hemodiálisis en la Sala de Hemodiálisis del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González durante un mes, que aproximadamente es de 110 pacientes.

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

valor Z	1.96
valor p	0.80
valor q	0.20
valor δ	0.05

N= Tamaño de la muestra que se requiere.

p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.

q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)

δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.

$Z\alpha$ = distancia de la media del valor de significación propuesto.

Características de la población:

Pacientes y familiares que hayan participado en los estudios “Correlación entre área de discapacidad del paciente hemodializados y sobrecarga en su cuidador” así como los pacientes que hayan participado del estudio “Correlación entre el tiempo de hemodiálisis y depresión en pacientes de sala de hemodiálisis del departamento de Nefrología del Hospital Universitario, Dr. José E. González”.

Criterios de inclusión:

Hombres o mujeres mayor o igual a 18 años de edad con diagnóstico de enfermedad renal crónica que se encuentren en hemodiálisis en la sala de Hemodiálisis del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Hombres o mujeres mayor o igual a 18 años de edad identificado como el cuidador principal del paciente descrito previamente

Criterios de exclusión:

Pacientes que no hayan participado en los estudios previamente mencionados

Pacientes que no hayan cumplido los criterios de inclusión para dichos estudios:

Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal aguda.

Pacientes con alguna discapacidad o impedimento motor que le incapaciten realizar la tarea.

Pacientes con alguna discapacidad intelectual que le impidan el entendimiento de las consignas.

Criterios de eliminación:

Pacientes que no cuenten con los datos necesarios para este estudio

Análisis estadístico:

El análisis estadístico se realizará con IBM SPSS versión 20(SPSS, Inc., Armon, NY).

Capítulo VI

Resultados

El análisis de datos se llevó a cabo en 47 diadas pacientes–cuidador. En lo referente a los pacientes 22 eran del sexo femenino y 25 del sexo masculino, con una edad mínima de 18 años y una máxima de 83 años, dando una media de edad de 50.79 años.

De los familiares 34 pertenecen al sexo femenino y 13 al sexo masculino, con una edad mínima de 27 años y una edad máxima de 82 años, y una media de edad de 48.64 años. El estado civil de los cuidadores es casado en el caso de 28 sujetos, 9 solteros, 7 en unión libre, y 3 viudos. Con una escolaridad de primaria trunca en 12 sujetos, primaria termina en 20, secundaria trunca en 7 casos, y bachillerato trunco en 3 sujetos. Dedicándose al hogar 26 de los cuidadores, 3 encontrándose desempleados y 18 empleados. En cuanto a la relación con el paciente 16 eran hijos, 8 hermanos, 8 padres, 12 parejas, y en 3 casos tenían otro parentesco o relación con el paciente.

Tablas y gráficos de datos Socio Demográficos

Tabla1

Sexo Paciente		
	Porcentaje	Frecuencia
Masculino	53.2	25
Femenino	46.8	22
Total	100.0	47

Grafica 1

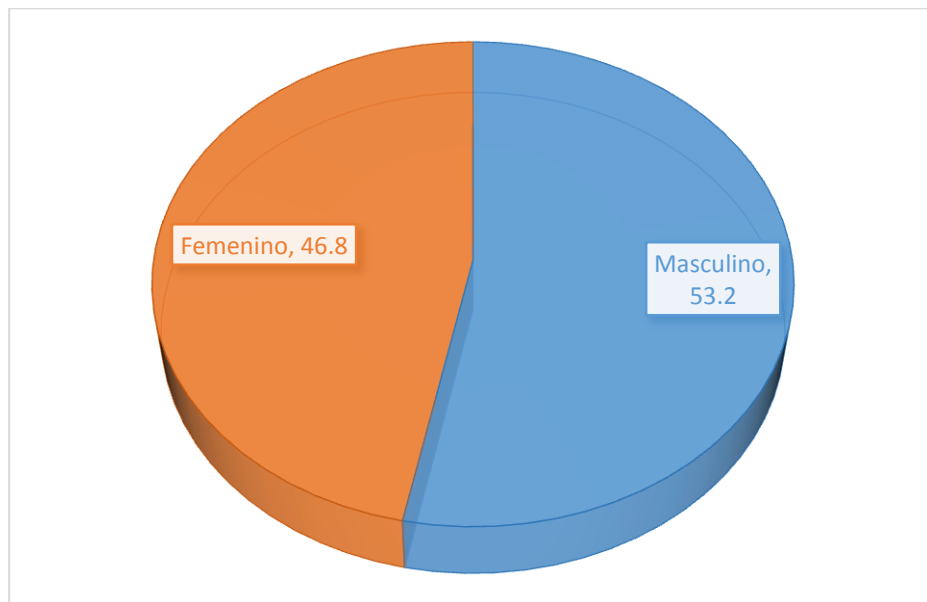


Tabla 2

Sexo del cuidador

	Porcentaje	Frecuencia
Masculino	27.7	13
Femenino	72.3	34
Total	100.0	47

Grafica 2

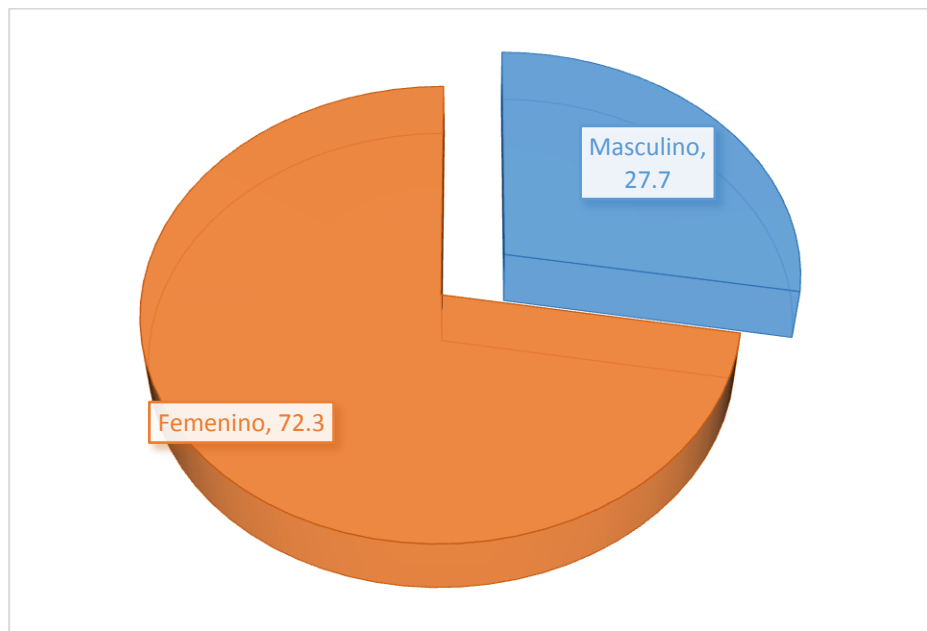


Tabla 3

Estado civil del cuidador		
	Porcentaje	Frecuencia
casado	59.6	28
soltero	19.1	9
unión libre	14.9	7
viudo	6.4	3
Total	100.0	47

Grafica 3

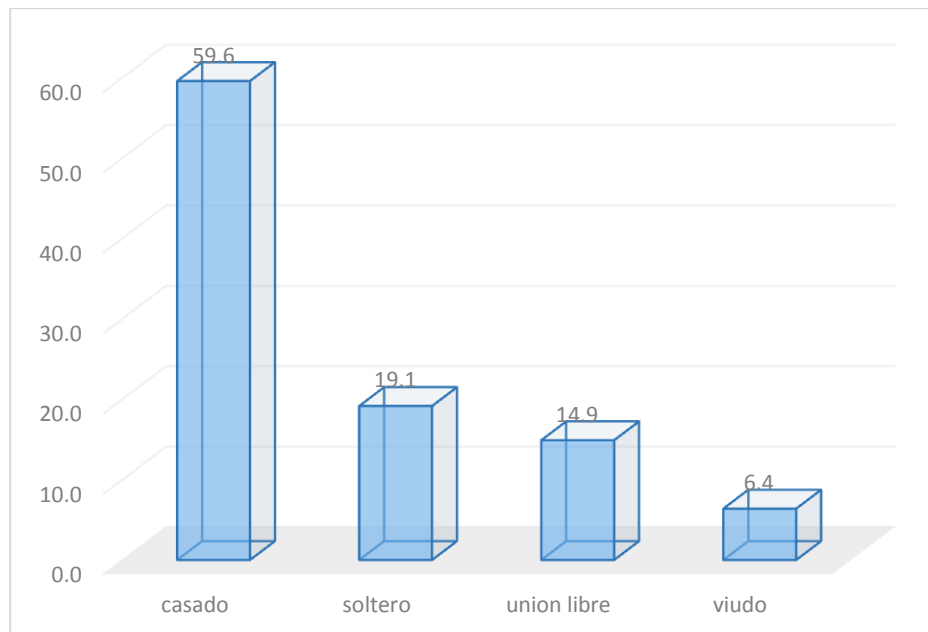


Tabla 4

Grado de estudio del
cuidador

	Porcentaje	Frecuencia
Sin dato	10.6	5
primaria trunca	25.5	12
primaria terminada	42.6	20
secundaria trunca	14.9	7
bachillerato trunco	6.4	3
Total	100.0	47

Grafica 4

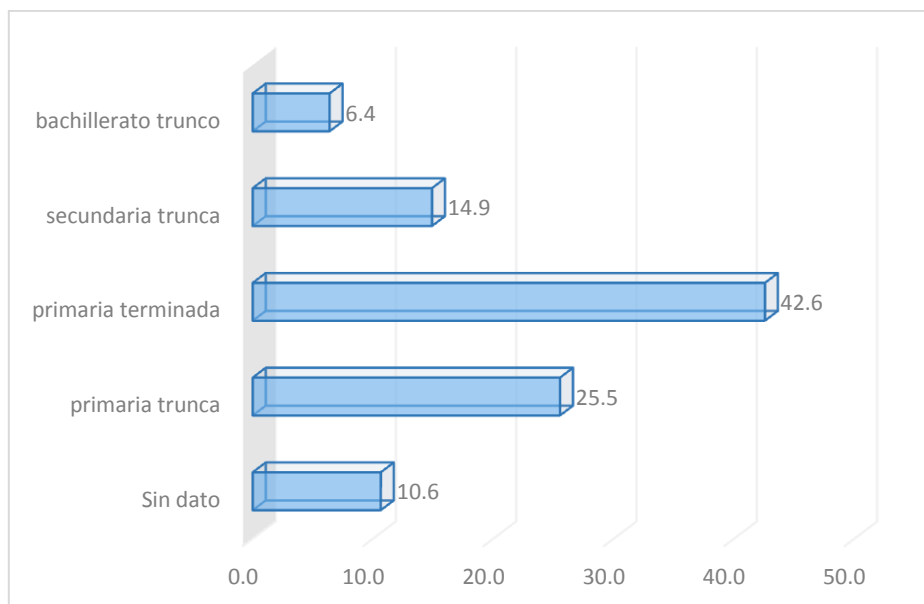


Tabla 5

Ocupación del cuidador		
	Porcentaje	Frecuencia
desempleado	6.4	3
empleado	29.8	14
hogar	55.3	26
Comerciante	8.5	4
Total	100.0	47

Grafica 5

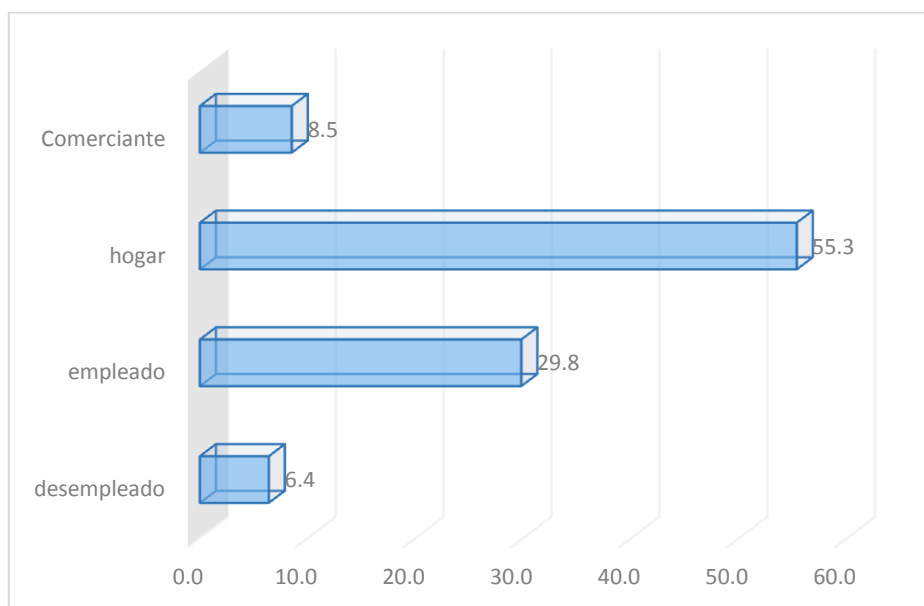


Tabla 6

Domicilio		
	Porcentaje	Frecuencia
Área metropolitana	89.4	42
Zona conurbana	10.6	5
Total	100.0	47

Grafica 6

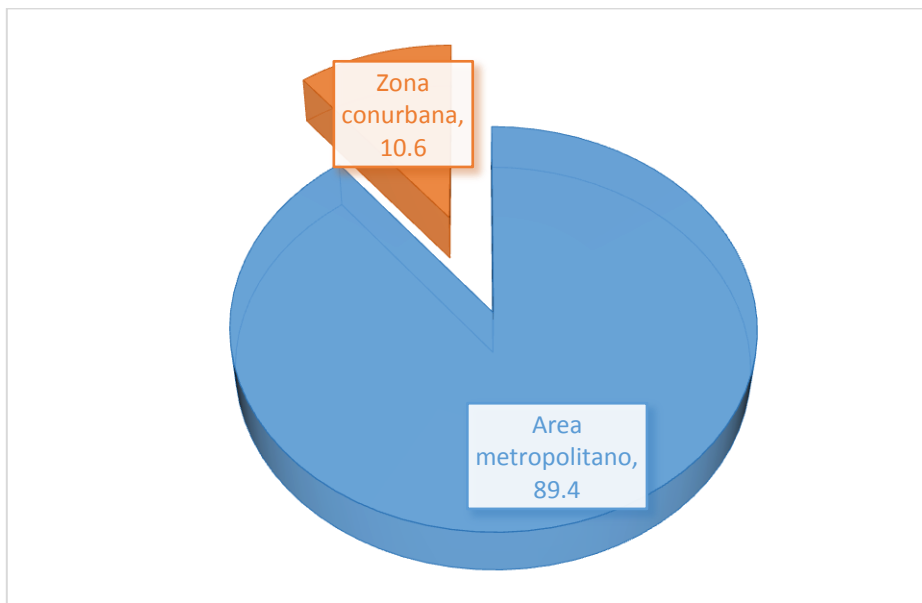
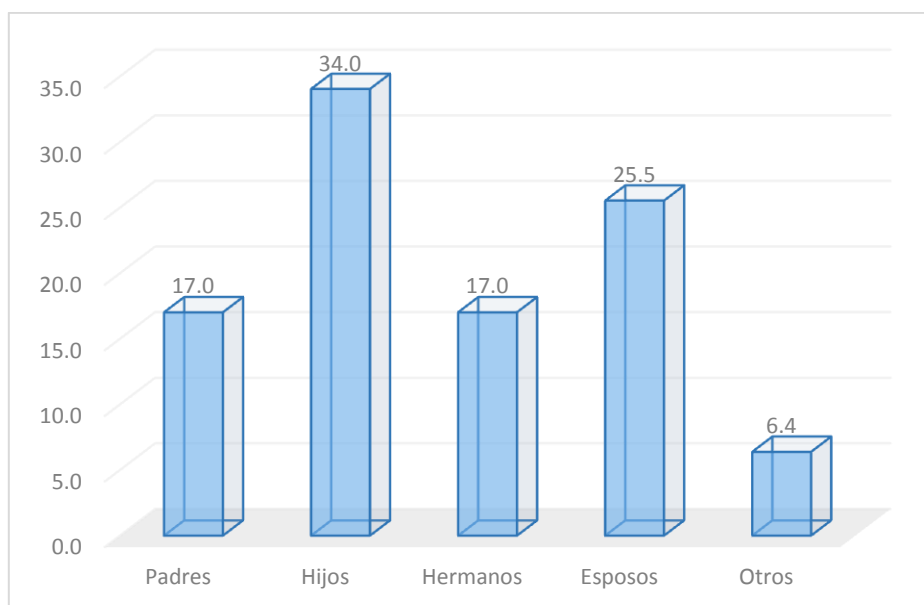


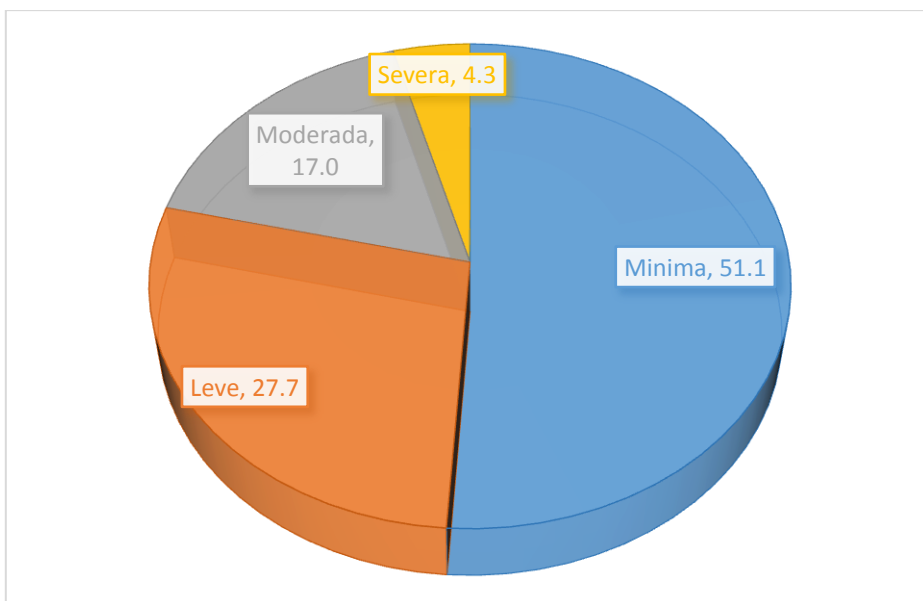
Tabla 7

Relación		
	Porcentaje	Frecuencia
Padres	17.0	8
Hijos	34.0	16
Hermanos	17.0	8
Esposos	25.5	12
Otros	6.4	3
Total	100.0	47

Grafica 7



Grafica 8

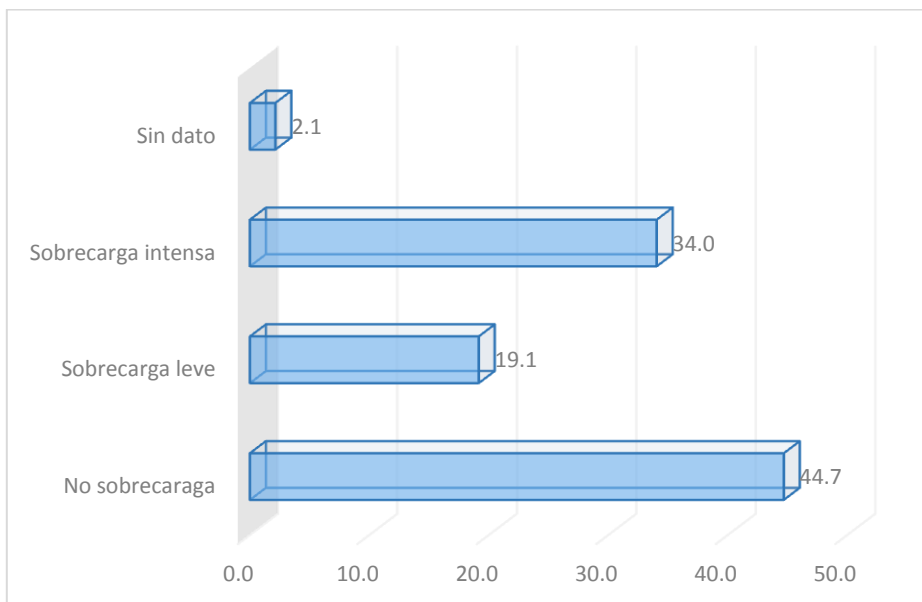


En la cuanto a los puntajes obtenidos por los cuidadores en la escala de sobrecarga de Zarit, los resultados fueron los siguientes.

Tabla 9

Grado TZ		
	Porcentaje	Frecuencia
No sobrecarga	44.7	21
Sobrecarga leve	19.1	9
Sobrecarga intensa	34.0	16
Sin dato	2.1	1
Total	100.0	47

Grafica 9



Se encontró un predominio de no sobrecarga en los cuidadores con un 44.7%, presentando una sobrecarga leve el 19.1% y una sobrecarga intensa el 34%.

Se demostró que no existe correlación entre la severidad de los síntomas depresivos de los pacientes hemodializados y el grado de sobrecarga que presenta su cuidador

Tabla cruzada Grado TZ * Nivel Depresión

	Valor	df	p
Chi-cuadrado de Pearson	2,798 ^a	6	0.834
Razón de verosimilitud	3.304	6	0.770
Asociación lineal por lineal	0.491	1	0.483
N de casos válidos	46		

De la misma manera se demostró que no existe correlación entre las horas de cuidado y el grado de sobrecarga del cuidador.

	Edad Paciente	Total, de Beck Nivel de depresión	Edad Familiar	Horas de cuidado	TZ total
N	47	47	47	47	46
Media	50.79	10.06	48.64	17.19	50.74
Mediana	51.00	9.00	50.00	24.00	49.50
Moda	49 ^a	0	50	24	70
Desviación estándar	16.463	8.061	13.295	7.171	13.171
Asimetría	-0.175	0.744	0.464	-0.163	0.142
Error estándar de asimetría	0.347	0.347	0.347	0.347	0.350
Curtosis	-0.857	0.204	0.127	-1.906	-1.033
Error estándar de curtosis	0.681	0.681	0.681	0.681	0.688
Mínimo	18	0	27	8	27
Máximo	83	32	82	24	75

Capítulo VII

Discusión

En un estudio realizado por Daneke y Kimmel con una n= de 55 diada paciente/cuidador se demostró que, a mayor puntaje en la escala de Beck, había un mayor impacto negativo en la percepción de la calidad de vida y depresión del cuidador(). Por otro lado, en un estudio realizado con 28 diada paciente/cuidador no se demostró relación entre el grado de depresión del paciente y la sobrecarga del cuidador, en este mismo estudio se encontró que los pacientes que vivían en familias unidas presentaban menores índices de depresión.(19)

En nuestro estudio se encontró que existe un predominio de síntomas depresivos mínimos a leves en los pacientes sometidos a hemodiálisis, así como un predominio de no sobrecarga en sus cuidadores, con la ausencia de correlación entre ambas variables. Esto podría ser debido al posible factor protector que presenta vivir en familia u otro posible motivo son los estilos de afrontamientos que presentan los cuidadores. La cual pudiera ser sugerida para investigar en futuros estudios.

Recientemente se ha comenzado a poner más énfasis en los cuidadores, principalmente en el nivel de sobrecarga que estos presentan. Estudios anteriores han estado mayormente enfocados a los cuidadores de pacientes con demencias y problemas neurológicos, existiendo escasa literatura en lo referente a la sobrecarga que presentan los cuidadores de pacientes con enfermedad renal y comorbilidad depresiva, tema que es de vital importancia seguir estudiando debido a la alta incidencia de enfermedad renal.

Capítulo VII

Conclusiones

Este estudio demostró que no existe una correlación entre la severidad de los síntomas depresivos y el grado de sobrecarga del cuidador. Esto podría ser debido a que los pacientes participantes presentaron un predominio de puntajes mínimos o leves en la escala de Beck lo que puede ser debido al posible factor protector que presenta vivir en familia o a los estilos de afrontamiento que presentan sus cuidadores. Y a que la atención brindada por los médicos Nefrólogos del servicio de Hemodiálisis es de calidad y con calidez.

Se demostró que no existe relación entre las horas de cuidado y el grado de sobrecarga del cuidador. Esto se ha encontrado en otros estudios como en el de *Juvanteny y Rovira*⁽²¹⁾. De la misma manera es posible que los estilos de afrontamiento y el marco cultural y social presente en nuestra sociedad estén implicados en este resultado.

Capítulo IX

Anexos

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Instrucciones para la persona cuidadora: 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 Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
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 Vd.?					
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 Vd.?					
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 a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho 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 su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					



5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - ☐ Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - ☐ No me encuentro triste
 - ☐ Me siento algo triste y deprimido
 - ☐ Ya no puedo soportar esta pena
 - ☐ Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - ☐ Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - ☐ Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - ☐ No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - ☐ No espero nada bueno de la vida
 - ☐ No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - ☐ He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - ☐ He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - ☐ Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - ☐ No me considero fracasado
 - ☐ Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - ☐ Ya nada me llena
 - ☐ Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - ☐ Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - ☐ No estoy especialmente insatisfecho
 - ☐ Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - ☐ A veces me siento despreciable y mala persona
 - ☐ Me siento bastante culpable
 - ☐ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - ☐ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - ☐ No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - ☐ Presiento que algo malo me puede suceder
 - ☐ Siento que merezco ser castigado
 - ☐ No pienso que esté siendo castigado
 - ☐ Siento que me están castigando o me castigarán
 - ☐ Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - ☐ Estoy descontento conmigo mismo
 - ☐ No me aprecio
 - ☐ Me odio (me desprecio)
 - ☐ Estoy asqueado de mí
 - ☐ Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - ☐ No creo ser peor que otros
 - ☐ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - ☐ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - ☐ Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - ☐ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - ☐ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - ☐ Siento que estaría mejor muerto
 - ☐ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - ☐ Tengo planes decididos de suicidarme
 - ☐ Me mataría si pudiera
 - ☐ No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Períodos de llanto
 - ☐ No lloro más de lo habitual
 - ☐ Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - ☐ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - ☐ Ahora lloro más de lo normal

Capítulo X

Bibliografía

1. Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.G, (2006, October). "Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis" *Univ. Psychol. Bogotá*, 487-499.
2. Vinaccia, S. (2005). "Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas". *DIVERSITAS*, 1(2). Universidad de San Buenaventura, Medellín
3. Schulz, R., & Beach, B. (1999)., "Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study," . *The Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219.
4. Nagarathnam, K., & Padma, R. (2016, March & April). Assessment of burden among caregivers of hemodialysis patients at a Tertiary Care Hospital of Andhra Pradesh. *Indian J Nephrol*, 26(2), 152-153.
5. Rascon, M. L., Caraveo, J., & Valencia, M. (2010, Nov. & Dec.). "Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México" . *Revista de Investigación Clínica* , 62(6), 509-515.
6. Arrechavata, M. C., Cantoni, M. I., & Palma, E. (2011). "Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores". *Rev. Panam. Salud Pública* , 30(1).
7. Morales-Jaime, R., Salazar-Martinez, E., Flores-Villegas, F., & Lopez, A. E. (2008). "Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión". *Gac Méd Méx*, 144(8). Retrieved from (www.anmm.org.mx).
8. Valladares, A., Dilla, T., & Sacristan, A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(1), 49-53.
9. Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-peterson, J. (1980). "Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden,". *Gerontologist*, 20(6), 649-655.
10. Lund, L., Ross, L., & Petersen, M. A. (2014). "Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver's relationship to the patient: a survey". *BMC Cancer* , 14, 541.
11. Padierna, A., Martin, J., Aguirre, U., & Gonzalez, N. (2013). "Burden of caregiving among family caregivers of patients with eating disorders,". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 151-161.
12. Christensen, A. J., Wiebe, J. S., & Smith, T. W. (1994). "Predictors of survival among hemodialysis patients: Effect of perceived family support" . *Health Psychol*, 13(6), 521-526.
13. Langer, S. L., Rudd, M. E., & Syrjala, K. L. (2007). "Protective buffering and emotional desynchrony among spousal caregivers of cancer patients". *Health Psychol* ;, 26(5), 635.
14. Chiang, H., Livneh, H., & Yen, M. (2013). "Prevalence and correlates of depression among chronic kidney disease patients in Taiwan. *BMC Nephrol*", , 14(1), 78. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2369-14-78>
15. Razani, J., Kakos, B., & Orieta-Barbalace, C. (2007). "Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia". *J Am Geriatr Soc* , 55(9), 1415.

16. Bandeira, M., Glaucia, M., & Cordero, L. (2007). "Family Burden Interview Scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): reliability study of the Brazilian version". *Rev Bras Psiquiatr*, 29(1), 47-50.
17. Garces, J., Carreto, S., Rodenas, F. (2006, Julio) " Sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuesta de intervención psicosocial". *Polibienestar*, 1-7
18. Polenick, C. A., & Martire, L. M. (2013). Caregiver Attributions for Late-Life Depression and Their Associations with Caregiver Burden. *Family process*, 52, 709-722. doi:www.FamilyProcess.org
19. Khaira, A., Mahahan, S., & Agarwal, S. (2012). Depression and Marital Dissatisfaction among Indian Hemodialysis Patients and Their Spouses: A Cross-Sectional Study. *Renal Failure*, 34(3), 316-322. doi:10.3109/0886022X.2011.647291
20. Dalui, A., Guha, P., & De, A. (2014, January). Assessment of stress & related albuminuria in caregivers of severely mentally ill persons. *Indian J Med Res*, 139, 174-177.
21. Juvanteni, F. R., & Rovira, A. M. (2000, Jan. & feb.). "CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE MAYOR DE HEMODIÁLISIS". 116-122.
Hospital General de Vic. Unidad de Nefrología
22. Muñoz, L. A., Price, Y. M., Reyes, M., & Ramirez, M. (2010). "vivencias de los cuidadores familiares de adulto mayores que sufren depresión". *Rev. Esc. Enferm. USP*, 44(1).
www.ee.usp.br/reeusp/
23. Leal, M. L., Sales, R., & Ibañez, E. (2008). "Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo". *Actas Esp Psiquiatr*, 36(2), 63-69.
24. Moreno-gaviño, L., Bernabeu-witter, M., Alvarez-tello, M., & Rincon-gomez, M. (2008). "Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos". *Aten Primaria*, 40(4), 193-198.
25. Simpionato, E., Castanheira, L., & Melo, S. (2008, July & aug.). "LA INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA". *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(4).
www.eerp.usp.br/rlae
26. Zhou, Y., Rosenheck, R., Mohamed, S., & Ou, Y. (2016). "Comparison of burden among family members of patients diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder in a large acute psychiatric hospital in China". *BMC Psychiatry*, 16, 283.
27. Torres, A. M., Pinills, M., & Villa, E. (2004, April). "CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FACTORES ESTRESANTES QUE EXPERIMENTAN LOS FAMILIARES CUIDADORES DE ENFERMOS MENTALES". *XVI COLOQUIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERIA*. doi:10.1590/S0104-11692004000700017 · Source: DOAJ
<https://www.researchgate.net/publication/26392051>
28. Muharrem, A., Fatih, K., & Hakan, M. (2012, December). "Evaluation of Burden in a Group of Patients with Chronic Psychiatric Disorders and Their Caregivers". *The Journal of Psychiatry and Neurological Science*, 25(4), 330-337. doi:10.5350/DAJPN2012250405
29. Nuhu, F. T., Yusuf, A. J., & Akinbiyi, A. (2010). "The burden experienced by family caregivers of patients with epilepsy attending the government psychiatric hospital, Kaduna, Nigeria". *Pan African Medical Journal*, 16(5).
<http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/5/16/full>

30. Möller-Leimkuhler, A. M., & Maedger, F. (2011). "Personality factors and mental health outcome in caregivers of first hospitalized schizophrenic and depressed patients: 2-year follow-up results". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 261, 165-172. doi:10.1007/s00406-010-0155-5
31. Lou, Q., Liu, S., & Huo, Y. R. (2015). "Comprehensive analysis of patient and caregiver predictors for caregiver burden, anxiety and depression in Alzheimer's disease". *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2668-2678. doi:10.1111/jocn.12870

Capítulo XI
Resumen autobiográfico

Nallely de la Rosa Galarza

Candidato para el grado de Especialista en Psiquiatría General

Tesis: “Correlación de la severidad de síntomas depresivos en
pacientes hemodializados y sobrecarga en su cuidador”

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía:

Nacido en Monterrey, Nuevo León, México, el 02 de marzo de 1987, hija de Efrain Omar de la Rosa Peña y Margarita Eligia Galarza Delgado. Segunda de cuatro hijas.

Egresó de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en agosto del 2010.

Cursando la especialidad en Psiquiatría General en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” (Universidad Autónoma de Nuevo León) de marzo del 2013 a febrero del 2017.