

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



FACULTAD DE MEDICINA

“PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA, SINTOMAS DEPRESIVOS Y NIVEL DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR INFORMAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDADES DE LA ESCUELA ESPECIAL FISCAL “3 DE DICIEMBRE” Y ESCUELA DE EDUCACION BÁSICA ESPECIAL “JEFFERSON PEREZ”. LAGO AGRIO-SUCUMBIOS. JUNIO-SEPTIEMBRE DE 2018”

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGÍA.**

AUTORAS:

Arlet Sofía Flores Rojas

Patricia Gabriela Montesdeoca Rhea

DIRECTOR:

Dr. Sergio Hernán Cháves Oleas

QUITO-ECUADOR 2018

AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, por brindarnos la oportunidad de realizar nuestros estudios en tan renombrada institución.

A las escuelas 3 de Diciembre y Jefferson Pérez por permitirnos y darnos todas las facilidades para la realización de este estudio.

Al Dr. Sergio Hernán Chaves Oleas; nuestro director, le expresamos nuestro más sincero agradecimiento por su apoyo y asesoramiento para la realización de la investigación.

De igual manera al Dr. José Sola, por sus valiosas aportaciones que permitieron el desarrollo de y culminación del estudio.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a mis padres por su apoyo durante todos estos años.

A mi hermano Ariel, por su apoyo, complicidad y amistad, por ser más que un hermano de sangre; un hermano de corazón al cual admiro y amo profundamente.

A mi abuela Esthela, por brindarme su dulzura y bondad durante toda mi vida.

A mi perro Dante, por ser el ser más fiel, amigo incondicional y confidente que desde que llego a mi vida sólo ha sabido brindarme felicidad.

A mis amigas y amigos; la familia que uno elige.

PATRICIA GABRIELA MONTESDEOCA RHEA.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios y a mis padres por permitirme llegar hasta este momento.

Mi padre Jorge Flores que me apoyo incondicionalmente durante todo este camino, le agradezco mucho por sus consejos, cariño y paciencia, sin él no habría sido posible la culminación de este proyecto.

A mi madre Judith Rojas que siempre confió en mí y realizo muchos sacrificios para la culminación de mi carrera, es un gran ejemplo de perseverancia y esfuerzo.

A mi Abuela Emérita Marín por ayudarme siempre que lo necesite, gracias por creer en mí.

A mis hermanos y a mi sobrina Allison por toda la ternura y alegría que transmite.

A Cris, A mis amigos y amigas por su cariño y paciencia.

ARLET SOFIA FLORES ROJAS

DEFINICION DE TERMINOS

OR: Odds ratio

OMS: Organización Mundial de la Salud

DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría. Quinta edición.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

CONADIS: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades

AE: Autoeficacia

MAO: Monoaminoxidasa

5HT: Receptor de serotonina

IRSS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

COMT: Catecol-O-metiltransferasa

5-HTT: Transportador de serotonina

5-HTP: Hidroxitriptófano

L-DOPA: L-Hidroxifenilalanina

TMAV: Transportador monoaminérgico vesicular

GABA: Ácido gamma aminobutírico

BDNF: Factor neurotrófico derivado del cerebro

NGF: Factor de crecimiento nervioso

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

ACV: Accidente cerebrovascular

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9

PHQ-2: Patient Health Questionnaire-2

BDI-PC: Beck Depression Inventory for Primary Care

WHO-5: 5-Item World Health Organization Well

AAIDD: Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo

ÍNDICE DE CONTENIDO

CONTENIDO	Página
PÁGINAS PRELIMINARES	
PORTADA.....	I
AGRADECIMIENTOS	II
DEDICATORIA	III
DEFINICION DE TERMINOS	V
ÍNDICE DE CONTENIDO	VI
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XI
ÍNDICE DE ANEXOS	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRACT.....	XV
CAPITULO I	
1. INTRODUCCION	17
CAPITULO II 20	
2. MARCO TEORICO	
2.1 El Cuidador	20
2.1.1 Cuidado.....	20
2.1.2 Cuidador.....	21
2.1.3 Tipos de Cuidador.....	21
2.1.4 Fases de Adaptación al Cuidado.....	22
2.1.5 Habilidades y Actividades del Cuidador.....	23
2.1.6 Características Sociodemográficas del Cuidador.....	24
2.2. Percepción De Autoeficacia.....	26
2.2.1. Definición:	26
2.2.2. Fuentes de Autoeficacia.....	27
2.2.3. Procesos Activados por la Autoeficacia	30
2.2.4. Influencia de las creencias de autoeficacia en la actuación personal.....	31
2.2.5. Autoeficacia para el cuidado.....	32
2.2.6. Herramientas de Estudio	34

2.3	Depresión	35
2.3.1	Definición	35
2.3.2	Epidemiología.....	35
2.3.3	Factores de riesgo	36
2.3.4	Etiología.....	39
2.3.4.1	Teorías Psicológicas.....	39
2.3.4.2	Factores Genéticos	42
2.3.4.3	Neurobiología	43
2.3.4.4	Factores biológicos	45
2.3.5	Clasificación de los síndromes depresivos	48
2.3.6	Depresión Enmascarada.....	68
2.3.7	Herramientas del estudio:	70
2.4	Sobrecarga Del Cuidador	74
2.4.1	Definición	74
2.4.2	Epidemiología.....	74
2.4.3	Tipos de Sobrecarga del cuidador.....	75
2.4.4	Factores de Riesgo de Sobrecarga en el Cuidador.....	75
2.4.5	Factores que influyen en la percepción de Sobrecarga.....	76
2.4.6	Síntomas de Sobrecarga en el Cuidador	79
2.4.7	Herramientas de evaluación.....	81
2.5	Discapacidad	82
2.5.1	Definición:	82
2.5.2	Epidemiología:	82
2.5.3	Clasificación:	83

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1	Planteamiento Del Problema.....	85
3.2	Justificación.....	85
3.3	Objetivos	86
3.4	Hipotesis.....	87
3.5	Tipo de Estudio	87
3.6	Muestra de Estudio.....	87

3.7	Unidad De Estudio	88
3.8	Criterios De Inclusión y Exclusión	88
3.8.1	Criterios de inclusión:.....	88
3.8.2	Criterios de exclusion:	88
3.9	Procedimientos De Recolección De Información	89
3.10	Plan De Análisis De Datos	89
3.11	Definición De Variables:.....	90
3.12	Operacionalización De Variables.....	91
CAPITULO IV		
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
4.1	Análisis Univariado.....	108
4.1.1	Resultados Descriptivos de las Variables Sociodemográficas	108
4.1.2	Resultados Descriptivos de la Variable Autoeficacia.....	113
4.1.3	Resultados descriptivos de la variable sobrecarga	114
4.1.4	Resultados descriptivos de la variable depresión	115
4.2	Cruce de Variables	116
4.3	Correlación Bivarial entre autoeficacia, sobrecarga y niveles depresión en el cuidador informal.....	125
CAPITULO V 132		
5.	DISCUSION	132
CAPITULO VI		
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1	Conclusiones	138
6.3	Limitaciones del Estudio.....	141
6.4	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	142
6.5	ANEXOS	149

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos para Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo.....	49
Tabla 2. Criterios Diagnósticos De Trastorno Depresivo Mayor.....	52
Tabla 3. Criterios Diagnósticos De Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)	58
Tabla 4. Criterios Para Trastornos Disfóricos Menstruales	61
Tabla 5. Criterios Diagnósticos para el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	63
Tabla 6. Criterios Diagnósticos para trastorno depresivo debido a otra afección médica	66
Tabla 7. Número de participantes	88
Tabla 8. Comparación de las muestras de cada institución según la edad.....	109
Tabla 9. Distribución de las muestras de cada institución según la situación laboral	112
Tabla 10. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel de autoeficacia.....	113
Tabla 11. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel de sobrecarga.....	114
Tabla 12. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel depresión	115
Tabla 13. Cruce de variables descriptivas y el nivel de autoeficacia.....	116
Tabla 14. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para autoeficacia.....	119
Tabla 15. Cruce de variables descriptivas y el nivel de sobrecarga.....	120
Tabla 16. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para sobrecarga.....	122
Tabla 17. Cruce de variables descriptivas y el nivel de depresión	123
Tabla 18. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para depresión	124
Tabla 19. Pruebas de Correlación de Pearson en la institución 3 de Diciembre.....	126
Tabla 20. Resumen del OR de la variable autoeficacia en la institución 3 de Diciembre	127

Tabla 21. Resumen del OR de la variable sobrecarga en la institución 3 de Diciembre	128
Tabla 22. Resumen del OR de la variable depresión en la institución 3 de Diciembre	129
Tabla 23. Distribución de las muestras de cada institución según el género	149
Tabla 24. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel instrucción	150
Tabla 25. Distribución de las muestras de cada institución según el estado civil.....	150
Tabla 26. Distribución de las muestras de cada institución según el parentesco.....	150
Tabla 27. Pruebas de Correlación de Pearson en la institución Jefferson Pérez.....	153

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de las muestras de cada institución según el género.....	108
Gráfico 2. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel instrucción.....	110
Gráfico 3. Comparación de las muestras de cada institución según el estado civil.....	111
Gráfico 4. Distribución de las muestras de cada institución según el parentesco.....	112
Gráfico 5. Comparación de las muestras de cada institución según la edad.....	149
Gráfico 6. Comparación de las muestras de cada institución según la situación laboral.....	151
Gráfico 7. Comparación de las muestras de cada institución según el nivel de autoeficacia	151
Gráfico 8. Comparación de las muestras de cada institución según el nivel de sobrecarga	152
Gráfico 9. Comparación de las muestras de cada institución según el nivel de depresión	152

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. TABLAS Y GRÁFICOS	149
Anexo 2. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS CUIDADORES DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA	154
Anexo 3. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES.....	156
Anexo 4. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL DE BAESSLER Y SCHWARZER....	156
Anexo 5. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT	157
Anexo 6. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	158
Anexo 7. FOTOGRAFÍAS	161

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos con la percepción de autoeficacia en los cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal 3 de Diciembre y la Escuela de Educación Básica Especial Jefferson Pérez, Lago Agrio-Sucumbíos.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo (descriptivo/analítico) de corte transversal, realizado en 170 Cuidadores informales de niños con discapacidades institucionalizados de las dos únicas escuelas de Educación Especial de Lago Agrio en el año 2018 entre los meses de Junio-Septiembre, utilizando los siguientes instrumentos: Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer, Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit e Inventario de Depresión de Beck, así como también un cuestionario que permite identificar las características sociodemográficas de los cuidadores. Para el análisis de datos y determinación de la relación entre las variables se utilizó el programa estadístico SPSS.

Resultados: En este estudio se encontró que el perfil de cuidador informal en su mayoría corresponde a una mujer, madre, de instrucción primaria, entre 31 y 40 años, en situación de desempleo y que tiene una pareja. En la Escuela Jefferson Pérez las variables no tienen relación significativa entre sí, ya que el valor de p en todos los casos es mayor a 0,05. Por otro lado, en la Escuela 3 de Diciembre se obtuvo una relación significativa entre las tres variables: entre la autoeficacia y la sobrecarga se encontró una relación negativa con una $p = 0,005$; entre autoeficacia y depresión también se obtuvo una relación negativa con una $p = 0,000$ y por último entre sobrecarga y depresión se obtuvo una relación positiva con una $p = 0,000$ además se calculó OR con las variables dicotomizadas ; los cuidadores con bajo nivel de escolaridad presentan 2,5 veces más probabilidades de presentar sobrecarga. Asimismo, se encontró que en las mujeres es 3,3 veces

más probable desarrollar depresión; también se encontró que los cuidadores con bajo nivel de escolaridad presentan 3,1 veces más riesgo de presentar esta patología.

Conclusiones: En la Escuela Jefferson Pérez las variables no tienen relación significativa entre sí. Por su parte, la Escuela 3 de Diciembre presento una relación significativa entre las tres variables: entre la autoeficacia y la sobrecarga se encontró que mientras mayor sea la autoeficacia de los cuidadores menor será el nivel de sobrecarga y viceversa; entre autoeficacia y la depresión se demostró que a mayor autoeficacia menor será la depresión de los cuidadores y viceversa; también entre la sobrecarga y la depresión se observa que mientras mayor sea la sobrecarga se incrementará la depresión en el cuidador.

Los cuidadores que presentan más riesgo de desarrollar sobrecarga son aquellos que cuentan con bajo nivel de escolaridad, los que presentan más riesgo de desarrollar depresión son las mujeres, con bajo nivel de escolaridad; el hecho de tener un empleo es un factor de protección contra esta patología.

Palabras clave: autoeficacia, sobrecarga, depresión, cuidador informal, discapacidad.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of overload and depressive symptoms with the perception of self-efficiency of informal caregivers of children with disabilities of the Special Fiscal School “3 de Diciembre” and the Basic Special Educational School “Jefferson Pérez”, Lago Agrio-Sucumbíos.

Materials and Methods: Quantitative study (descriptive/analytic), cross sectional, carried out with 170 informal Caregivers of children with disabilities, institutionalized in the two only schools of Special Education of Lago Agrio, during the year 2018, during the period between the months of June-September, using the following tools: Scale of General Self-efficiency of Baessler and Schwarzer, Zarit Caregiver Burden scale and Beck’s Depression Inventory, as well as a questionnaire, which allows to identify the caregivers’ socio-demographic characteristics. For the data analysis and determination of the relation between the variables, the SPSS statistical program was used.

Results: In this study it was found that the informal caregiver’s profile mostly corresponds to a woman, mother, of primary instruction, between 31 and 40 years old, in situation of unemployment and with a partner. In the School “Jefferson Pérez” the variables do not have a significant relation to each other, as the p value in all the cases is higher than 0,05. On the other side, in the School “3 de Diciembre” a significant relation among the three variables was obtained: between self-efficiency and overload, a negative relation was found with a $p = 0,005$; between self-efficiency and depression a negative relation was also obtained with a $p = 0,000$, and finally, between overload and depression a positive relation was obtained with a $p = 0,000$

OR was also calculated with the dichotomized variables; caregivers with low levels of education are 2.5 times more likely to be overburdened. We also found that women are 3.3 times able to

develop depression; It was also found that caregivers with low level of education are 3.1 times able to present his pathology.

Conclusions: In the School “Jefferson Pérez” the variables do not have a significant relation with each other. In its part, the School “3 de Diciembre” presented a significant relation among the three variables: between self-efficiency and overload, it was found that the greater the self-efficacy of the caregivers is, the lower is the overload level and vice versa; between self-efficiency and depression it was shown that the greater the self-efficacy is, the lower is the depression of the caregivers and vice versa; also , between overload and depression, it is observed that the greater the overload is, the depression in the caregiver will be increased.

The caregivers that present the highest risk of overloading are those who have low levels of education; those who have more risk of developing depression are women, with a low level of schooling. Having a job is a factor of protection against this pathology.

Key Words: self-efficiency, overload, depression, informal caregiver, disability.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La motivación impulsa al ser humano a emprender acciones en función de los objetivos que desea alcanzar; el éxito que pueda lograr a lo largo de su vida dependerá de la forma en la ejecute conductas para conseguirlo. Sin embargo, no es suficiente saber que es aquello que se anhela ni los métodos para alcanzarlo; es necesario hacer una introspección y evaluar estas habilidades. Es así como la percepción de autoeficacia pretende desarrollar conductas que permitan alcanzar los objetivos propuestos. La autoeficacia es definida por Bandura como “la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir cierto resultado” (Caro, 1987). “Las creencias de autoeficacia representan un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento, la acción y que determina, junto con otras variables, el éxito de las propias acciones” (Gutierrez, 2011).

Por otro lado, en el Ecuador según cifras estadísticas del CONADIS existen 435865 personas que presentan algún tipo de discapacidad (CONADIS, 2018); varios estudios tanto nacionales como internacionales muestran que la familia es generalmente quien se encarga del cuidado de estas personas. Es en este contexto que aparece el cuidador informal definido como “aquella persona responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (Feldberg, 2011).

Dentro de este proceso de cuidado y dada la gran responsabilidad que afrontan como cuidadores informales en muchas ocasiones su calidad de vida puede verse afectada a tal punto que el cuidador puede sentirse sobrecargado. Se entiende como sobrecarga del cuidador al “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo” (Roig, 1998).

Los cuidadores informales son un grupo vulnerable para desarrollar varias patologías; una de las más frecuentes es la depresión entendida como un “trastorno mental que se caracteriza por la pérdida de interés o placer, tristeza, falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (Caraveo, 2014).

En varios estudios se ha encontrado que entre el 46 -59% de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan medicamentos para tratar condiciones como depresión, ansiedad e insomnio 2 o 3 veces más en comparación al resto de la población (Alfaro, 2008).

Es por este motivo que la presente investigación pretende abordar la problemática de quien cumple el rol de cuidador de los alumnos con diferentes tipos de discapacidad de las dos únicas instituciones de educación especial en Lago Agrio; conocer si existe relación entre la función tan importante que cumplen como cuidadores, y la forma en que la presencia o ausencia de síntomas depresivos y el nivel de sobrecarga podría afectar en su percepción de autoeficacia para el cuidado.

Con este fin se aplicaron diferentes escalas y cuestionarios que permitan obtener la información acerca de las características antes expuestas en los cuidadores informales de la Escuela Especial Fiscal 3 de Diciembre y la Escuela de Educación Básica Especial Jefferson Pérez, de esta manera poder tener información de las experiencias que afrontan los cuidadores y de este modo recomendar estrategias que permitan al cuidador tener una calidad de vida más adecuada.

CAPITULO II
2. MARCO TEORICO
2.1 El Cuidador

2.1.1 Cuidado

“El cuidar es una actividad constitutiva del ser humano, necesaria para su subsistencia y desarrollo” (Torralba, 2005). La labor que desempeña una persona que tiene a su cargo el cuidado de otra es un hecho que cambia la vida de la que realiza esta actividad.

El concepto de cuidado ha ido evolucionando a lo largo de los años. La palabra cuidador fue introducida en los años 1970 y hacía referencia a enfermeras u otro personal; en los años 1980 se empieza a emplear el término cuidador informal mismo que hacía referencia a los familiares que cuidaban sin recibir pago por ello. Finalmente, en el año 1995 Carers Recognition and Services Act de Gran Bretaña fue el organismo que otorgo una categoría legal al cuidador que se define como la persona que brinda cuidado a otra por más de 20 horas a la semana (Cavaye, 2006).

De acuerdo a la teoría de cuidado de Kristen Swanson, “se considera a los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal” (Rodriguez Campo, 2012). Pero además puede haber otros motivos que influyan en el cuidador a tomar esta responsabilidad; como el altruismo, reciprocidad, empatía, satisfacción personal, obligación, sentimientos de culpa del pasado, etc.

2.1.2 Cuidador

“Persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, enfermedad o minusvalía que le dificulta e impide el desarrollo normal de sus capacidades vitales o de sus relaciones sociales” (Castel, 2003). La mayoría de veces el cuidador es un medio a través del cual se atienden las necesidades básicas de la persona que recibe su cuidado; en él se deposita el compromiso de preservar la vida de otro, es un eje primordial en lo que a salud y calidad de vida se refiere ya que es un nexo entre el personal de salud y el enfermo.

Se ha demostrado que el “principal agente social encargado del cuidado y atención de estas personas dependientes es la propia familia, lo que focaliza la tarea principalmente en el cónyuge, el hijo/a, el hermano/a u otros parientes próximos” (Mendoza, 2014). El cuidado brindado por familiares tiene algunos beneficios como un ambiente más cálido y acogedor, pero además presenta desventajas como el desgaste progresivo del cuidador o situaciones de conflicto familiar que pueden terminar excluyendo, restringiendo o anulando la autonomía del paciente.

2.1.3 Tipos de Cuidador

- **Cuidador principal:** Es la persona familiar o cercana encargada de brindar de forma prioritaria soporte tanto físico como emocional, es el apoyo que lo asiste de manera constante y comprometida además es quien asume la principales decisiones sobre el cuidado (Ramirez, 2005).
- **Cuidador formal:** Este tipo de cuidadores tienen una adecuada instrucción sobre los cuidados que necesita la persona dependiente y ofrecen su atención con límites horarios y menor

compromiso afectivo en relación al cuidador informal. Reciben además un salario por el trabajo prestado.

Profesional capacitado que realiza tareas que van más allá de las propias capacidades de las personas para cuidar de sí mismas o de los demás.

Existen dos tipos de cuidados formales: el que tiene lugar en las instituciones y el que se contrata a través de las familias. (Rodríguez, 2005)

- **Cuidador informal:** “Cuidado y atención fundamentalmente por familiares y allegados, pero también por otros agentes de atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia” (García, 2009). Dedicar gran parte de su tiempo a brindar apoyo y realizar tareas en beneficio del enfermo y presentan las siguientes características: no recibe una remuneración económica por su labor, no ha recibido una capacitación para esta tarea, no es parte de instituciones sociales o sanitarias.

2.1.4 Fases de Adaptación al Cuidado

- **Negación o falta de conciencia del problema:** En los inicios del proceso de cuidado la negación suele aparecer como un mecanismo para sobrellevar miedos y ansiedades propias de la situación. Es común que se evite hablar de la gravedad o deterioro de la persona que recibe el cuidado.
- **Búsqueda de la información:** El cuidador empieza a investigar toda la información posible acerca de la condición de su familiar. Es una etapa en la que es común que existan

sentimientos de frustración, culpa o ira en los cuidadores por haberles “tocado” vivir esta realidad.

- **Reorganización:** Luego de tener más claro el panorama acerca de la condición de la persona que necesita ayuda el cuidador dispondrá de herramientas que le faciliten desempeñar esta función lo que le permitirá sentirse con más control ante esta situación y aceptar de mejor manera los cambios que se van presentando día a día.
- **Resolución:** Si la persona que cuida logra adaptarse correctamente podrá buscar estrategias que le permitan sentirse mejor consigo misma, tratará de buscar personas que compartan experiencias similares y dedicará más tiempo a sí misma para realizar actividades sociales y recreativas (Ruiz, 2012).

2.1.5 Habilidades y Actividades del Cuidador

No se cuida una enfermedad si no a la persona que la padece. La concepción de la enfermedad trae consigo creencias culturales, religiosas, valores e ideologías con la cual se generan nuevas experiencias que modifican las funciones acostumbradas, se asumen responsabilidades y se toman decisiones que buscan el beneficio del enfermo, por este motivo el cuidador debe tener bien desarrolladas sus habilidades para tomar decisiones y resolver problemas.

En el caso de una persona con discapacidad, el cuidador debe ser una persona muy paciente, que pueda sobrellevar el hecho de que algunas veces el discapacitado no tiene conciencia de la enfermedad que padece y tolerar actitudes discriminantes o poco altruistas de la sociedad. “Las familias son solidarias con los dependientes y los mantienen en el hogar,

señalando que las principales razones para cuidar de sus familiares son el cariño y el deber” (Aravena & Alvarado, 2010).

”Aumentar las habilidades del cuidador podría reducir sus sentimientos de impotencia, evitar las reacciones adversas, permitir hacer previsiones y fomentar su bienestar general” (Ortiz, 2006). Se plantea que el cuidar a familiares dependientes o con enfermedades crónicas supone estados de nerviosismo, falta de descanso, problemas para dormir, dificultad para relacionarse socialmente, dolores físicos y necesidad de vacaciones. Es por esta razón que los cuidadores informales son considerados un grupo vulnerable en cuanto a trastornos del estado del ánimo se refiere.

En cuanto a las actividades de cuidado se encuentran divididas en 3 dimensiones:

- **Actividades de la vida diaria:** movilidad en el hogar, aseo personal, comida y bebida.
- **Actividades instrumentales:** labores domésticas, desplazamiento fuera del hogar.
- **Actividades de cuidado psicosocial:** toma de decisiones, resolución de problemas, barreras de lenguaje, apoyo emocional, compañía, etc.

2.1.6 Características Sociodemográficas del Cuidador

Según estudios se ha identificado que los cuidadores informales son principalmente mujeres (madres, esposas), casadas, amas de casa, con un rango de edad entre 40 y 50 años, de bajo nivel socioeconómico, nivel de educación básica, que dedican entre 21-24 horas del día al cuidado (Flores e. a., 2012).

En el cuidador, las actividades más rezagadas son: el trabajo remunerado, estudio, actividades de ocio y relaciones con otras personas. La mayoría no percibe remuneración por su labor (92 %), a pesar de ser la única ocupación que realizan (Gómez, 2016).

2.2. Percepción De Autoeficacia

Percepción es la “Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos” (RAE, 2018). Esta va a depender por una parte de los estímulos físicos y sensaciones involucradas, así como también de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se explican y toman significado según las experiencias previas y pautas culturales.

La autoeficacia es un concepto que en los últimos años ha retomado interés, desde la psicología social, para lograr explicar ciertas creencias, pautas y comportamientos que engloban áreas afectivas, cognitivas y conductuales (Velasquez, 2012).

2.2.1. Definición:

La autoeficacia se identifica como un “estado psicológico en el cual la persona evalúa su capacidad y habilidad de ejecutar determinada tarea, actividad, conducta, entre otros, en una situación específica con un nivel de dificultad previsto” (Bardales, 2006) .

Para Bandura la Autoeficacia se define como: “la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinado resultado” (Caro, 1987).

Según la teoría de Bandura uno de los aspectos que más influyen en la vida diaria del hombre, es su autoconocimiento, la opinión que se tenga de su eficacia personal. En este sentido se entiende como autoeficacia a la creencia estable que tiene una persona sobre la capacidad para afrontar adecuadamente escenarios de la vida diaria. El conocimiento, las operaciones

transformadoras y las habilidades requeridas son elementos imprescindibles , pero no suficientes, para conseguir un adecuado rendimiento (Diaz, 2008).

En su teoría, Bandura distingue entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado:

- **Expectativa de eficacia:** certeza de que la propia persona puede ejecutar con éxito la conducta necesaria para conducir a un resultado.
- **Expectativa de resultado:** consideraciones realizadas por uno mismo respecto a que ciertas conductas van a conducir a determinados resultados (Caro, 1987).

2.2.2. Fuentes de Autoeficacia

Según Bandura, el conocimiento de la propia eficacia se basa en cuatro fuentes principales:

1) Experiencia de dominio o logros de ejecución: La vivencia de éxitos pasados crean una fuerte sensación de eficacia personal mientras que los fracasos debilitan esta autopercepción que depende directamente de la manera en que las personas interpretan sus logros y fracasos personales.

Los logros obtenidos les proporcionan a las personas evidencias auténticas acerca de su capacidad para realizar con éxito tareas similares en el futuro (Prieto, 2007). “La influencia del fracaso en la AE va a depender, en parte, del momento y del patrón de experiencias en las que se da el fracaso” (Caro, 1987).

2) Experiencias vicarias: Las personas no sólo aprenden a partir de su propia experiencia sino también mediante observación de conductas que otros llevan a cabo y los resultados de estos comportamientos. El hecho de observar e imaginar a personas cercanas de nuestro entorno, alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes aumenta las creencias que tiene el

observador de que posee las suficientes herramientas para realizar exitosamente actividades similares. Mientras mayor sea la similitud asumida, más persuasivos serán los logros y los fracasos de los modelos. Si las personas consideran a los modelos muy diferentes a sí mismos sus creencias de eficacia personal no se verán muy influidas (Diaz, 2008). Este tipo de aprendizaje sirve de modelo para futuras acciones.

Tiene 4 elementos básicos:

- **Procesos de atención:** capacidad de seleccionar la información que se obtendrá a partir de la conducta del modelo. Algunos factores que determinan la selección son las destrezas conductuales y preferencia del observador.
- **Procesos de retención:** necesarios para memorizar conductas observadas para reproducirlas posteriormente. Es un proceso activo de cambio y organización de la información de lo observado.
- **Procesos de producción:** es la ejecución misma de la conducta observada que si da como resultado consecuencias positivas favorece la realización de esta conducta en situaciones futuras.
- **Procesos motivacionales:** Para Bandura poner en práctica todo lo aprendido a través de la observación depende de las motivaciones personales (Prieto, 2007).

Aunque las experiencias vicarias no tienen la fuerza de las experiencias directas son capaces de producir cambios significativos y duraderos en la autoeficacia mediante su efecto sobre el rendimiento.

3) Persuasión verbal: Hace referencia a lo que los otros nos dicen acerca de nuestro desempeño.

A quien se persuade verbalmente de que posee las suficientes capacidades para poder ejecutar exitosamente determinadas actividades, tiende a ejecutarlas con mayor empeño y mantenerlas por un tiempo mucho más prolongado en comparación con aquellos que dudan de sí mismos y piensan constantemente en sus deficiencias personales ante las dificultades.

“La persuasión verbal se utiliza ampliamente para inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente para conseguir aquello que desea. Es más difícil infundir creencias altas de eficacia personal que debilitarlas mediante la persuasión social exclusivamente” (Diaz, 2008).

4) Estados fisiológicos y emocionales: Para Bandura las personas pueden aprender más rápido si

lo que aprenden guarda cierta coherencia con su estado de ánimo, así mismo recordarán mejor cuando se encuentren con un ánimo similar al que tenían cuando aprendieron determinada cosa.

La intensidad de las reacciones tanto físicas como emocionales no son tan importantes en comparación a la manera en que se las percibe e interpreta.

La autoeficacia interviene ya sea positiva o negativamente en el comportamiento humano. Este procesamiento cognitivo implica una doble función: Se debe seleccionar cuidadosamente el tipo de información al que se presta atención y reflexionar acerca de las propias capacidades para realizar una tarea. Además, se debe integrar toda la información procedente de varias fuentes para desarrollar y crear el sentimiento de eficacia personal (Prieto, 2007).

2.2.3. *Procesos Activados por la Autoeficacia*

Cognitivos: Gran parte de la conducta humana, que persigue una finalidad, se regula mediante el pensamiento anticipador que incluye los objetivos deseados.

Las creencias de autoeficacia afectan los patrones de pensamiento favoreciendo o inhibiendo la ejecución de determinadas conductas ya que influyen en el modo en el que las personas construyen situaciones y los tipos de anticipaciones que realizan.

Motivacionales: La autoeficacia interfiere en 3 tipos de motivaciones:

1) **Atributos causales:** Las personas con una percepción alta de autoeficacia atribuyen el fracaso a un esfuerzo insuficiente y los que tienen baja autoeficacia atribuyen este resultado a su baja capacidad.

Este tipo de atribuciones afectan en cuanto a motivación y desempeño.

- **Expectativas de resultado:** Las personas actúan en función de lo que creen que pueden hacer y del resultado que tal acción generará. El grado de motivación dependerá de la expectativa acerca de que una acción generará un resultado, así como del valor que se le otorga al resultado.

- **Representación de metas:** Implica un proceso de comparación cognitiva entre una meta y la satisfacción personal, de esta manera personas guían su conducta y se crean incentivos para persistir hasta conseguir lo que se pretende.

2) **Afectivos:** Desempeña un papel fundamental en la autorregulación de estados afectivos, naturaleza e intensidad de experiencias emocionales.

3) De selección: En los procesos de selección las personas cultivan potencialidades y estilos de vida evitando actividades que sobrepasan sus capacidades y escogiendo aquellas en las que les es fácil actuar (Prieto, 2007).

En diversos estudios se ha demostrado que, si el sujeto presenta una baja percepción de autoeficacia, se relaciona con la obtención de pobres resultados causando sentimientos negativos como una respuesta emocional debida a la incapacidad de enfrentar dichos eventos (Galicia, 2013) .

Una percepción de autoeficacia alta está relacionada con pensamientos positivos, compromiso en la realización de actividades, recuperación ante el fracaso y afrontamiento de problemas como desafíos estimulantes. A través de esta teoría se puede prever las acciones futuras ante determinada situación.

2.2.4. Influencia de las creencias de autoeficacia en la actuación personal

•**Elecciones:** Influye en la decisión que toman las personas al emprender una conducta. En este sentido se prefiere realizar actividades en las que se es bueno y evitar aquellas que suponen un potencial fracaso.

•**Esfuerzo:** tiempo que las personas resisten a pesar de las dificultades que se les presentan. A mayor sentimiento de autoeficacia, mayor será el esfuerzo y grado de persistencia.

- **Patrones de pensamiento y reacciones emocionales:** Tener expectativas altas sobre la propia eficacia favorece el sentimiento de seguridad personal cuando de enfrentar un obstáculo se trata.

Sin embargo, no solo basta con tener experiencias positivas, sino que también se debe poseer conocimientos y destrezas para poner en práctica una conducta (Prieto, 2007).

2.2.5. Autoeficacia para el cuidado

Haley y Pardo definieron la autoeficacia del cuidador como “la confianza de esta persona en relación con el manejo de problemas conductuales y de incapacidades del receptor del cuidador” (Haley & Pardo, 1989).

En los cuidadores se evalúan 3 esferas que pueden afectarse al momento de realizar esta tarea:

- **Autoeficacia para el autocuidado y obtención de respiro:** actitudes adoptadas por los cuidadores para reducir su propia angustia y mejorar su bienestar.

- **Autoeficacia en la respuesta a conductas disruptivas:** habilidades adoptadas por los cuidadores para la resolución de problemas.

- **Autoeficacia en el control de pensamientos molestos:** habilidad del cuidador para manejar adecuadamente pensamientos angustiantes e inútiles acerca de su situación de cuidado (Steffen, 2002).

Las personas con puntajes bajos de autoeficacia presentan menor disponibilidad de ayuda de sus familias por ello la importancia de determinar e identificar a las personas con bajo nivel de autoeficacia (Steffen, 2002).

En un estudio realizado con 63 cuidadores de pacientes con cáncer en etapa paliativa, se observó que los cuidadores que percibían mayor autoeficacia reportaron niveles más bajos de estrés, así como disminución del estado de ánimo negativo y aumento del estado de ánimo positivo (Zenteno, 2017).

En un estudio realizado en México se demostró que las mujeres tienden a percibir menor autoeficacia, hecho que puede ser explicado por los estereotipos de género, las expectativas creadas por los padres, la aprobación por parte de sus pares y las creencias culturales que han instaurado en la sociedad la creencia de que las mujeres son menos competentes que los hombres en muchas tareas (Rocha & Ramírez, 2011).

Debido a los estereotipos implantados en la sociedad desde la niñez se alienta a los hombres a plantearse metas mucho más altas, exigir resultados, y constantes palabras de motivación y elogios para que alcancen sus objetivos, por otro lado, a la mujer desde su infancia se le impone un papel menos activo y con menos exigencias razón por la cual no logra desarrollar sus capacidades por completo. Todos estos factores repercuten y ocasionan que la mujer tenga una percepción de autoeficacia menor a la del hombre.

En un estudio realizado en España se evidenció que las cuidadoras con menor edad percibían mayores repercusiones al asumir este rol, relacionadas por ejemplo con los conflictos para equilibrar empleo y cuidados, lo cual aumentaba su nivel de sobrecarga respecto a las cuidadoras con mayor edad (García, Rodríguez, & Navarro, 2004). Además, se encontró que las personas de mayor edad que progresivamente pierden sus capacidades físicas y cognitivas, presentan una menor autoeficacia en la mayoría de las tareas propuestas.

2.2.6. Herramientas de Estudio

- **Test de autoeficacia general de *baessler* y *Schwarzer***

La escala consta de 10 ítems con formatos de respuesta de escalas de tipo Likert de 4 rangos; 1 = Incorrecto, 2 = Apenas Cierto, 3 = Más bien cierto, 4 = Cierto.

El objetivo de esta escala es evaluar el sentimiento estable de competencia personal para manejar una situación potencialmente estresante. (Grimaldo, 2005)

10-19 Puntos: Baja Autoeficacia

20-25Puntos: Moderada Autoeficacia

26-40 Puntos: Alta Autoeficacia.

2.3 Depresión

2.3.1 Definición

El término depresión se utiliza en 3 sentidos: síntoma (puede acompañar otros trastornos como angustia), como síndrome (se caracteriza por tristeza, culpa, anhedonia) y como enfermedad se observa como un trastorno de tipo biológico en el que puede delimitarse una etiología, clínica, curso, pronóstico, tratamiento específico. (Vallejo, 2015)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría la depresión se define como un estado que afecta negativamente la manera como se siente, piensa y actúa una persona. La depresión causa sentimientos tanto de tristeza como de pérdida de interés en actividades que antes causaban placer. Esto puede llevar a una variedad de problemas físicos y psíquicos y puede influir en las actividades que realiza la persona tanto en su trabajo como en su hogar (Psiquiatría, 2017).

Para el DSM-V “los trastornos depresivos tienen como rasgo más común la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo” (APA, 2014).

2.3.2 Epidemiología

Esta patología es una de las principales causas de problemas de salud y discapacidad, según la OMS más de 300 millones de personas en el mundo viven con depresión, en 10 años

(2005 —2015) ha presentando un incremento de más del 18% (PAHO, 2017). La proporción global de población con depresión en 2015 fue estimada en 4.4% (WHO, 2017).

Anualmente se suicidan cerca de 800 000 personas; actualmente el suicidio, es la segunda causa de muerte en personas que tienen entre 15 a 29 años y se estima que esta cifra incrementa vertiginosamente en los próximos años tanto que para el 2030 va a ocupar el puesto n°1 en el ranking de enfermedades mentales (OMS, 2018).

En el Ecuador, la prevalencia de personas que sufren depresión es de 4.6% en 2017. (Ecuador, 2017), cifras que son concordantes con las estadísticas mundiales.

Según estadísticas del INEC año 2015; 2.088 personas fueron atendidas por episodios de depresión; de este total 64% fueron mujeres. El rango de edad comprendida entre 19 a 59 años correspondía a la mayor cantidad de personas que fueron atendidas por episodios depresivos con el 73,5% de los casos. En el 2015 1.073 personas se suicidaron; 75.2% hombres y 24.8% mujeres (INEC, 2017).

2.3.3 Factores de riesgo

- **Sexo femenino:** las mujeres la padecen de 2 a 3 veces más que los hombres ya que se encuentran vulnerables, sobretodo en la adolescencia y puerperio. Esto se debe a la transmisión genética, fisiología endócrina y desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad (Agudelo, 2010).
- **Edad:** Puede presentarse independientemente de la edad. Existe un importante número de casos entre los 20-50 años, considerándose los 24 años como mediana de inicio. Se ha

observado que adultos mayores (65 años o más) constituyen otro grupo de riesgo debido a los factores psicosociales de esta etapa (Benjet, 2004).

En mujeres las edades de mayor presentación se encuentran entre 30-60 años, mientras que en los hombres entre 40-70 años (Agudelo, 2010).

- **Enfermedades crónicas tanto físicas como mentales:** Ser diagnosticado de una enfermedad crónica es un golpe duro que sufren las personas, ya que eso quiere decir acostumbrarse a una situación diferente, cambiar rutinas, gestionar distintas situaciones y obtener el máximo beneficio de nuestros recursos. Hay algunas enfermedades crónicas que causan mucho dolor lo cual afecta la homeostasis emocional del individuo que la padece favoreciendo la aparición de depresión.

- **Rasgos de personalidad:** Ciertos tipos de personalidad como los rasgos obsesivos presentan más riesgo de desarrollar depresión. Las personas con rasgos obsesivos de personalidad son aquellas que se caracterizan por tener una rigidez extrema, tendencia al perfeccionismo y una preocupación excesiva por el orden y el control sobre su entorno. Cuando las cosas no marchan según lo planeado sufren frustración.

Los pacientes que presentan trastorno límite de personalidad tienden a desarrollar depresión, hecho explicado por su gran inestabilidad tanto afectiva como del estado de ánimo y también de su autoimagen.

Por otro lado, personas con trastorno depresivo de la personalidad son personas pesimistas, anhedónicas, indecisas, desconfiadas, les es difícil encontrar algo que le dé sentido a su vida (Kaplan, 2015).

- **Estado civil:** En hombres es más común en divorciados o viudos que en casados, en el caso de las mujeres se ha visto que las casadas presentan más casos de depresión debido al rol social que cumple en el matrimonio (Ayuso, 1981).
- **Nivel socioeconómico:** No se ha podido establecer una relación clara entre nivel socioeconómico y depresión ya que los hallazgos de varios estudios no son concluyentes (Alarcon, 2012).
- **Grandes Pérdidas:** El duelo es un proceso de adaptación emocional ante cualquier tipo de pérdida. “El duelo es la matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas” (Díaz, 2012).

Experimentar un duelo emocional es sentir de un modo profundo la tristeza, es un proceso normal que nos permite recuperar el equilibrio personal; sin embargo, si este no se resuelve correctamente puede desencadenar en procesos patológicos y favorecer la aparición de trastornos como la depresión.

- **Raza:** una encuesta de los Estados Unidos halló que la prevalencia de depresión mayor para los blancos era del 18%, los negros del Caribe 13% y los afroamericanos del 10%. Sin embargo, la depresión mayor fue más crónica y se asoció con un mayor deterioro funcional tanto en afroamericanos como en negros caribeños, en comparación con los blancos (Williams D, 2007).

2.3.4 Etiología

El modelo mas aceptado para explicar la enfermedad depresiva recurre a una concepcion psiconeurobiologia que incluye la predisposicion genetica, la influencia temprana de la crianza y los efectos de las situaciones estresantes actuales (psico-genesis), que producen modificaciones en el sistema neuroendocrino, inmunologico, de neurotransmisores, en las conexiones sinapticas, etc (Retamal , 2005).

2.3.4.1 Teorías Psicológicas

- **Teorías psicoanalíticas:**

En 1911, Abraham afirmaba que el paciente depresivo se halla invadido por sentimientos de pérdida, culpa o baja autoestima y que los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia una persona; pérdida (real o simbólica) se dirigen hacia la misma persona y que percibe la perdida como rechazo a sí mismo por lo cual confunde inconscientemente con experiencias previas sensibilizadoras (Mendels, 1972).

Freud en 1917, afirmó que la diferencia esencial entre pesadumbre y depresión consiste en que en esta última hay una acentuada pérdida de la auto estimación señalaba que, en el curso normal del duelo, la persona a quien este concierne separa las emociones previamente asociadas con la persona perdida y llega a identificarse él mismo con los sentimientos descritos.

Sus sentimientos ambivalentes previos de odio hacia el objeto perdido, se canalizan ahora dirigiéndose al propio sujeto y estaba caracterizado por: irritación dirigida al objeto perdido, sentimientos de culpa respecto del objeto perdido, y un sentimiento de sufrimiento y pérdida. Freud afirmaba que para resolver estos sentimientos era necesario el trabajo de duelo el cual implica el recuerdo consciente y la expresión de objetos de memoria y cuando esto ocurre, se van perdiendo los vínculos que ataban a la persona afectada por el duelo con la persona perdida, la reducción de estas ataduras permite el enderezamiento gradual de las emociones hacia nuevas actividades y relaciones.

Para Freud esta pérdida posteriormente recapitulada en forma simbólica es lo que origina la depresión por lo cual puede considerarse como un fallo del proceso normal de duelo (Mendels, 1972).

En 1948, Klein propuso que la depresión se formaba en el primer año de vida ya que afirmaba que todos los niños atraviesan un estadio evolutivo, al que dio el nombre de actitud depresiva el cual estaba caracterizado por una fase de tristeza, temor y culpa, el niño en ciertas circunstancias se halla frustrado por la carencia de amor, se irrita contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo hacia ella, pero en algún momento llega a temer por que

estas fantasías se hagan realidad y desarrolla ansiedad y culpa, el niño no es capaz de distinguir entre el mundo exterior (su madre) y por lo general llega a conjugar en su mente dos realidades acerca de la madre: una que lo ama y otra que lo odia, si logra comprender que son la misma persona esto conduce a una solución satisfactoria de la actitud depresiva pero cuando no se produce la reunión de estos dos en una misma persona (una institución del objeto bueno interno) se ha colocado la base patológica para el desarrollo de las depresiones (Mendels, 1972)

- **Teoría conductual:**

Skinner (1953) postuló que la depresión era el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social. “Este modelo sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno” (Vázquez, 2018). Las interacciones con el medio pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas, las emociones y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonicio D.O, 1995).

Para Beck las personas que desarrollan depresión tienen esquemas relacionados con la depreciación de sí mismo, indica que sería más apropiado considerar la depresión como un trastorno antecedente del pensar con una resultante alteración de la afectividad y de la conducta en consonancia con la distorsión cognoscitiva (Mendels, 1972).

Una concepción peyorativa de sí mismo, interpretaciones negativas de las experiencias propias y una visión pesimista del futuro consistirían en la triada cognitiva básica del paciente depresivo (Vallejo, 2015).

2.3.4.2 Factores Genéticos

Existe un binomio entre causas genéticas y ambientales implicadas en el desarrollo de depresión. Se han encontrado alrededor de 200 genes implicados.

El porcentaje de heredabilidad varía entre 10-25% si lo padece un solo progenitor y se incrementa al doble cuando ambos lo padecen. En gemelos el porcentaje de heredabilidad varía entre 50-70% (Kaplan, 2015).

Los factores genéticos desempeñan un papel más importante para la depresión en las mujeres que en los hombres. Un estudio de gemelos encontró que la heredabilidad de la depresión mayor era más alta en las mujeres en comparación con los hombres (42 % frente al 29 %) (Kendler KS, 2006).

Entre los genes involucrados se encuentran el gen COMT asociado a disminución de volumen del hipocampo, mutaciones en las regiones genéticas que se relacionan con un mal funcionamiento del eje Hipófisis-hipotálamo-adrenal (alelo FKBP5). Se han encontrado modelos de metilación de ADN que codifica el Factor neurotrófico derivado del cerebro con la aparición de ideas suicidas (Perez Padilla, 2017).

Además, se han aislado variantes funcionales de la región promotora 5-HTT. El denominado alelo corto de una de las variantes principales puede predisponer a la depresión ante estresores ambientales (Caspi, 2003).

2.3.4.3 Neurobiología

- **Anatomía de los circuitos nerviosos que participan en las emociones.**

El sistema límbico tiene como función controlar las emociones. Cuatro son las regiones que tienen un papel fundamental en cuanto a regular las mismas: corteza prefrontal, zona cingulada anterior, hipocampo y amígdala.

- **Corteza prefrontal**

La corteza prefrontal ha sido relacionada tanto con la experiencia como con la expresión emocional. Esta zona es la región más anterior de la corteza cerebral, ocupa la porción más grande de los lóbulos frontales.

De acuerdo a su topografía se subdivide en: prefrontal dorsolateral, orbitofrontal y medial. De estas tres, las regiones orbitofrontal y medial son las más implicadas en el control de las emociones.

La región orbitofrontal recibe aferencias de todas las regiones sensoriales y envía proyecciones al área entorrinal, circunvolución del cíngulo, amígdala. Se encarga de dar una respuesta emocional ante conductas aprendidas, de refuerzo formando parte del centro de recompensa-castigo. La principal función de la región orbitofrontal es el “control emocional inhibitorio permitiendo el cambio de conducta en función del significado emocional de los estímulos” (Navarro, 2004).

La región medial por su parte recibe una mayor cantidad de aferencias hipocámpicas y una mayor cantidad de proyecciones sensoriales auditivas. Esta región está “relacionada tanto con la experiencia como con la expresión emocional, y es crítica para el procesamiento de emociones asociadas con situaciones sociales y personales complejas” (Navarro, 2004).

- **Zona cingulada anterior**

Actúa como punto integrador de las aferencias de la atención y las emociones. Las regiones rostral y ventral se relacionan con la parte afectiva mientras que las regiones dorsales se relacionan con la parte cognitiva.

“La activación de la zona cingulada anterior facilita el control de la excitación emocional, particularmente cuando se ha frustrado un logro o cuando se encuentran problemas nuevos” (Kaplan, 2015).

- **Hipocampo**

Tiene un papel importante en la adquisición del aprendizaje espacial y la consolidación de la memoria a largo y corto plazo.

- **Amígdala**

La amígdala es una estructura que recibe proyecciones de todas las áreas de asociación sensorial, así como también aferencias talámicas lo que permite que se les dé un significado afectivo a los estímulos.

2.3.4.4 Factores biológicos

- **Neurotransmisores**

La teoría de las monoaminas señala a la serotonina y noradrenalina como los principales compuestos relacionados con el desarrollo de depresión. “Esta hipótesis se apoyó por el hallazgo de que el tratamiento con reserpina (un fármaco antihipertensivo, que agota las reservas de las monoaminas), causó episodios depresivos en algunos pacientes” (Perez Padilla, 2017).

- **Neurotransmisión serotoninérgica**

La serotonina es un neurotransmisor obtenido a partir del aminoácido L-triptófano, que se obtiene de la dieta; gracias a la enzima triptófano hidroxilasa se transforma en 5-hidroxitriptófano que por acción de la 5-HTP descarboxilasa se transforma en 5HT que luego se almacena en vesículas presinápticas que se liberan en la brecha sináptica. Una vez en la brecha la serotonina actúa sobre receptores pre y post sinápticos que gracias a transportadores localizados en la membrana pre sináptica la recapturan para evitar que la neurotransmisión sea indefinida.

La acción de la 5-HT termina cuando es convertida en el ácido 5-hidroxiindolacético por acción de la monoaminoxidasa (MAO). La serotonina influye en el sueño, la actividad motora, percepción sensorial, el apetito, el comportamiento sexual, regulación de la temperatura, la

nocicepción y la secreción de las hormonas (Perez Padilla, 2017). Esta teoría se ve reforzada por la acción benéfica que ejercen los IRSS en esta patología.

- **Neurotransmisión noradrenérgica**

La noradrenalina se sintetiza a partir del neurotransmisor L- tirosona que gracias a la enzima tirosina-hidroxilasa se convierte en L-hidroxifenilalanina (L-DOPA) que es catalizada por la descarboxilasa de la L-DOPA dando lugar a la dopamina que por acción de la enzima dopamina- β -hidroxilasa se transforma en noradrenalina. Esta última es almacenada en vesículas sinápticas mediante el transportador monoaminérgico vesicular (TMAV).

La noradrenalina es liberada en la brecha sináptica por exocitosis y es recapturada por el transportador específico de la membrana presináptica. Finalmente, la noradrenalina es catabolizada por la MAO o la COMT (catecol-O-metil transferasa). Las neuronas noradrenérgicas inervan el locus caeruleus que recibe aferencias del hipocampo, amígdala y corteza prefrontal.

Las funciones de la noradrenalina se han relacionado con la motivación, el estado de alerta-vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, el apetito, la conducta sexual, la neuromodulación de los mecanismos de recompensa, el aprendizaje y la memoria (Perez Padilla, 2017).

Esta teoría se ve reforzada por la acción benéfica que ejercen fármacos como desipramina (antidepresivo tricíclico) y reboxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina).

- **Otros sistemas de neurotransmisores**

Otra de la hipótesis manifiesta que la actividad colinérgica central puede desequilibrar los ejes colinérgico y adrenérgico. Numerosos estudios implican cambios en GABA y glutamato en la fisiopatología de la depresión. Un protocolo de espectroscopia de resonancia magnética observó niveles elevados de glutamato y niveles más bajos de GABA en la corteza occipital de sujetos diagnosticados con depresión mayor (Sanacora G, 1999)

- **Eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal**

La estimulación de este eje modula el metabolismo, reproducción, inflamación, inmunidad y neurogénesis. Se ha observado que en personas con hipercortisolemia se induce un estado de depresión (Hales, 2014).

La hiperactividad de este eje promueve la atrofia de las proyecciones dendríticas neuronales, disminuye la neurogenesis y la neuroplasticidad, así como incrementa la muerte neuronal.

El estrés a su vez afecta la expresión y la liberación de neurotrofinas como el BDNF y NGF, que juegan un papel clave en la plasticidad neuronal, la neurogenesis, la formación de espinas dendríticas y en el nacimiento de nuevas sinapsis (Perez Padilla, 2017).

2.3.5 Clasificación de los síndromes depresivos

Según el DSM-V se subdivide en:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Trastorno disfórico menstrual
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

Trastorno De Desregulación Disruptiva Del Estado de Ánimo

Tabla 1. Criterios diagnósticos para Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo

<p>A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.</p> <p>B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.</p> <p>C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.</p> <p>D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).</p> <p>E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.</p> <p>F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.</p> <p>G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.</p> <p>H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.</p> <p>I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco.</p> <p>Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.</p> <p>J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).</p> <p>Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maniaco o hipomaniaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.</p> <p>K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.</p>
--

Fuente: (APA, 2014)

Características diagnósticas

El principal rasgo es la presencia de irritabilidad crónica, grave y persistente. Tiene dos manifestaciones clínicas, la primera son los accesos de cólera que pueden ser verbales o de comportamiento en respuesta a alguna frustración. La segunda es un estado de ánimo molesto la gran mayoría del tiempo (APA, 2014)

Prevalencia

Afecta más al género masculino que al femenino. Es una patología más común en niños y adolescentes, con una prevalencia del 1.5-2.8% (Copeland, 2013).

Desarrollo y curso

El inicio de la patología debe presentarse a partir de los 10 años de edad; no debe usarse el término en menores de 6 años.

Factores de riesgo y pronósticos:

- **Temperamentales:** Los niños con este trastorno tienen historias psiquiátricas complejas. Pueden tener diagnóstico de otras patologías como TDAH, trastorno de ansiedad o trastorno oposicional desafiante antes de que se presenten todos los criterios de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- **Fisiológicos:** Los niños que padecen de este trastorno presentan dificultad en el procesamiento de la información y tienen dificultades al momento de identificar emociones en el rostro, además alteración para la toma de decisiones (APA, 2014).

Consecuencias

La irritabilidad crónica está asociada con muchas adversidades en las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar. Presentan un nivel de tolerancia a la frustración bajo lo que hace que no participen en actividades de niños de su edad, la relación con sus familiares es difícil por su temperamento y tienen dificultad para establecer una relación de amistad.

Trastorno Depresivo Mayor

Tabla 2. Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

(Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular 106 Trastornos depresivos un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.¹

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica

Fuente: (APA, 2014)

Características diagnósticas

La mayoría de síntomas exceptuando los cambios de peso e ideación suicida deberían estar presentes casi todos los días la mayor parte del día. Se debería indagar ante la presencia de una queja somática y determinar si se asocia a sintomatología depresiva. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la fatiga y alteraciones del sueño. La fatiga se presenta incluso sin haber realizado ningún esfuerzo físico. El insomnio medio es frecuente en una persona con depresión mayor. Las alteraciones psicomotoras son menos frecuentes, pero denotan mayor gravedad.

Se considera episodio depresivo mayor a un tiempo de al menos 2 semanas consecutivas casi todos los días la mayor parte del día con presencia de ánimo depresivo o pérdida de interés en las actividades que se disfrutaban antes. Para considerar un síntoma como parte del trastorno depresivo mayor debe ser nuevo o denotar desmejora del estado de la persona previo al desarrollo del episodio. En niños y adolescentes es más frecuente un estado de ánimo irritable (APA, 2014).

El estado de ánimo que suele ser triste, desesperanzado, desanimado en algunos casos se puede tratar de ocultar, pero se lo puede reconocer en la entrevista. Otro síntoma común es la pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban. En cuanto al apetito puede tener un aumento o disminución que terminan en una ganancia o pérdida de peso considerables (5% peso corporal).

Se producen sentimientos de inutilidad o culpa; se malinterpretan los acontecimientos diarios neutros como si se probasen defectos personales. Existe dificultad para concentrarse o tomar decisiones. Por último, el síntoma que pone en peligro la vida del paciente es el suicidio que pueden ir desde ideas de no despertarse la mañana siguiente hasta tener un plan o intentos previos de suicidio (APA, 2014).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se ha relacionado la hiperactividad del eje hipofisario-hipotalámico-adrenal que se relaciona con la melancolía, riesgo de posible suicidio y rasgos psicóticos.

Prevalencia

En períodos de 1 año la prevalencia de este trastorno es de 7%, en personas entre 18-29 años la prevalencia es 3 veces mayor en comparación con pacientes de 60 años. En mujeres el trastorno tiende a iniciar en la adolescencia temprana y la prevalencia oscila 1.5-3 veces mayor en el género masculino (APA, 2014).

Desarrollo y curso

El trastorno puede aparecer a cualquier edad, sin embargo, es común que aparezca por primera vez en la adolescencia, pico generalmente a los 20 años. Mientras más temprano sea el inicio del cuadro hay más probabilidad de que la depresión sea de tipo familiar y se relacione con alteraciones de personalidad (APA, 2014).

La cronicidad de síntomas depresivos sugiere fuertemente la presencia de otros trastornos mentales como de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias.

Factores de riesgo y pronósticos

- **Temperamentales:** El neuroticismo refleja inestabilidad emocional, preocupación y tensión constantes lo que hace que una persona con estas características sea más propensa a desarrollar un trastorno depresivo.
- **Ambientales:** Las adversidades en especial en edades tempranas de la infancia son un factor importante para desarrollar un trastorno depresivo mayor.
- **Genéticos y fisiológicos:** Los familiares con primera línea de consanguinidad de pacientes con trastornos depresivos tienen 4 veces más posibilidades de desarrollarlos en comparación con la población general.
- **Modificadores del curso:** Los trastornos afectivos no mayores aumentan el riesgo de que el sujeto desarrolle depresión, en estos casos es de tipo refractario. En trastornos como ansiedad, personalidad límite y trastornos por consumo de sustancias es muy frecuente el desarrollo de trastorno depresivo. Enfermedades crónicas como diabetes, patología cardiovascular u obesidad mórbida se complican con episodios depresivos (APA, 2014).

Consecuencias funcionales del trastorno depresivo mayor

Las consecuencias dependen de la intensidad de los síntomas. Para algunas personas la sintomatología puede ser muy leve de modo que quienes los padecen no sean conscientes de su patología; en otros casos pueden ser tan intensos que pueden ser incapacitantes.

Diagnóstico diferencial:

- **Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos:** Los episodios de depresión mayor con marcado ánimo irritable son difíciles de diferenciar de los episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos.
- **Trastorno del humor debido a otra afección médica:** El diagnóstico se debe basar en la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio, si no se considera que es consecuencia de una afección médica específica.
- **Trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/ medicamentos:** una droga de abuso o medicamento está etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.
- **Trastorno por déficit de atención/hiperactividad:** la baja tolerancia a la frustración está presente en el TDAH y en el episodio depresivo mayor. Se debe tener cuidado en especial en niños de sobre diagnosticarlos de episodio depresivo mayor en especial si su alteración de ánimo se caracteriza por irritabilidad más que por tristeza o pérdida de interés.
- **Trastorno de adaptación con ánimo deprimido:** El episodio depresivo que ocurre en respuesta a un evento estresante se diferencia del trastorno de adaptación con ánimo

deprimido debido a que los criterios diagnósticos completos del episodio depresivo mayor no se cumplen en el trastorno de adaptación con ánimo deprimido (APA, 2014).

- **Tristeza:** La tristeza es una emoción primaria que causa una sensación de pérdida y dolor. Es un estado afectivo negativo que se acompaña de un deseo de alejamiento, aislamiento y pasividad (AMBIT, 2014). La tristeza no es una patología es una respuesta ante un estímulo como separación, accidentes, diagnóstico de una enfermedad, noticias inesperadas.

La tristeza ayuda al individuo a expresar la emoción que le provoca una situación de pérdida o decepción y favorece la reflexión y autoconocimiento. Por lo tanto, a pesar de ser una emoción negativa de tristeza presenta un lado adaptativo provocando la expresión de las personas (Greenberg, 1999).

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

Tabla 3. Criterios Diagnósticos De Trastorno Depresivo Persistente (Distimia)

<p>En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.</p> <p>A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.</p> <p>B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnía. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.</p> <p>C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos. D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años. E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.</p> <p>G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).</p> <p>H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.</p>

Fuente: (APA, 2014)

Características diagnósticas

La principal característica de este trastorno es un estado de ánimo deprimido presente la mayor parte del día casi todos los días por un período de 2 años en adultos y 1 año en niños y adolescentes. En los períodos de ánimo deprimido deben presentarse al menos 2 de 6 de los síntomas del criterio B. Durante este año o dos años cualquier intervalo sin síntomas dura máximo 2 meses (APA, 2014).

Prevalencia

El trastorno depresivo persistente es una fusión del trastorno distímico y el trastorno de depresión mayor crónico; la prevalencia en 12 meses es de 0.5% para el trastorno depresivo persistente y 1.5% para el trastorno depresivo mayor crónico.

Desarrollo y curso

El trastorno depresivo persistente suele tener un inicio temprano e insidioso. El inicio antes de los 21 años se relaciona con mayor probabilidad de presentar trastornos comórbidos de personalidad y abuso de sustancias.

Factores de riesgo y pronósticos:

- **Temperamentales:** el neuroticismo, la mayor gravedad de los síntomas, mal funcionamiento global y presencia de trastornos de ansiedad o conducta predicen un peor pronóstico.
- **Ambientales:** Experiencias de grandes pérdidas en la infancia de los padres o su separación.
- **Genéticos y fisiológicos:** Es probable que pacientes con trastorno depresivo persistente tengan familiares en primer grado que también lo hayan padecido.

Diagnóstico diferencial:

- **Trastorno depresivo mayor:** Un estado de ánimo depresivo además de 2 o más síntomas de los criterios de episodio depresivo mayor se realiza el diagnóstico de distimia. Si se cumplen criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor se debe diagnosticar este trastorno.
- **Trastornos psicóticos:** Síntomas depresivos se asocian al trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante.
- **Trastorno depresivo o bipolar debido a otra afección médica:** Si se considera que los síntomas depresivos no son atribuibles a las consecuencias fisiopatológicas o una condición médica basando esta información en la historia clínica se debe considerar que son consecuencia del trastorno mental primario y se considera la otra patología como un acompañante.
- **Trastorno depresivo o bipolar inducido por uso de sustancias:** Cuando se considera que las alteraciones del estado de ánimo están asociadas al consumo de determinada droga o medicamento.
- **Trastornos de personalidad:** Si un individuo cumple con los criterios de trastorno depresivo persistente y de trastorno de personalidad se deben diagnosticar ambas patologías (APA, 2014).

Trastorno Disfórico Premenstrual

Tabla 4. Criterios Para Trastornos Disfóricos Menstruales

<p>A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después de inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación. B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes: 1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo). 2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales. 3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto desprecio. 4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.</p> <p>C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B. 1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones). 2. Dificultad subjetiva de concentración. 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía. 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos. 5. Hipersomnias o insomnio. 6. Sensación de estar agobiada o sin control. 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso. Nota: Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.</p> <p>D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).</p> <p>E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).</p> <p>F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)</p> <p>G. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo)</p>
--

Fuente: (APA, 2014)

Características diagnósticas

Presencia de labilidad emocional, disforia y síntomas de ansiedad que se repiten en la fase premenstrual y remiten cuando inicia la menstruación o tiempo después, estos síntomas deben estar presentes en la mayoría de ciclos menstruales del último año y deben afectar las esferas laboral o social. Los síntomas principales son afectivos y de ansiedad, pero también pueden presentarse síntomas conductuales y somáticos (APA, 2014).

Prevalencia

La prevalencia oscila entre 1.8-5.8% de las mujeres en periodo de menstruación, 1.8% de las mujeres cumplen los criterios y no presentan deterioro funcional mientras que 1.3% presentan los criterios y también presentan deterioro funcional.

Desarrollo y curso

En muchas pacientes comienza posterior a la menarquia; en ciertas mujeres los síntomas se agravan cerca de la menopausia.

Factores de riesgo y pronóstico:

- **Ambientales:** factores como estrés, antecedentes de traumas interpersonales, cambios estacionales y aspectos de conducta sexual, además el papel del género femenino y como se relacionan con el trastorno.
- **Genéticos y fisiológicos:** el rango de heredabilidad de síntomas premenstruales está entre 30-80%.

Diagnóstico diferencial:

- **Dismenorrea:** Hace referencia a las menstruaciones dolorosas, los síntomas se presentan al inicio de la menstruación, los síntomas del trastorno disfórico premenstrual inician unos días antes de esta y se pueden presentar en los primeros días de la menstruación.
- **Trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente:** Mujeres con este tipo de trastornos pueden presentar sintomatología que se relaciona con la fase del ciclo menstrual.
- **Uso de tratamientos hormonales:** en mujeres con síntomas moderados y graves pueden estar usando tratamientos hormonales incluidos los anticonceptivos. Si los síntomas se

presentan tras el uso de estas hormonas los síntomas pueden explicarse por el uso de las mismas.

Trastorno Depresivo Inducido Por Una Sustancia/Medicamento

Tabla 5. Criterios Diagnósticos para el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento

<p>A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.</p> <p>B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2): 1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un periodo importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).</p> <p>D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.</p> <p>E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.</p> <p>Nota de codificación: Los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para los trastornos depresivos por [sustancia/medicamento específico] se indican en la tabla siguiente. Obsérvese que el código CIE-10-MC depende de si existe o no algún trastorno concomitante por uso de sustancias de la misma clase. Si un trastorno leve por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por sustancias, el carácter en 4a posición es "1," y el clínico registrará "trastorno leve por consumo de [sustancia]" antes de trastorno depresivo inducido por sustancias (p. ej., "trastorno leve por consumo de cocaína con trastorno depresivo inducido por cocaína"). Si un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias coincide con el trastorno depresivo inducido por una sustancia, el carácter en 4a posición es "2," y el clínico hará constar "trastorno moderado por consumo de [sustancia]" o "trastorno grave por consumo de [sustancia]" según la gravedad del trastorno concurrente por consumo de esa sustancia. Si no existe un trastorno concurrente por consumo de una sustancia (p. ej., después de un consumo fuerte puntual de la sustancia), el carácter en 4a posición es "9," y el clínico sólo hará constar el trastorno depresivo inducido por sustancias</p>

Fuente: (APA, 2014)

Características diagnósticas

La sintomatología depresiva se asocia al consumo, inyección o inhalación de sustancias (drogas de abuso, toxinas, medicación psicotrópica. Medicamentos como estimulantes,

esteroides, L-dopa, antibióticos, fármacos dermatológicos, fármacos quimioterápicos, y agentes inmunológicos pueden causar alteraciones anímicas depresivas.

- **Prevalencia**

La prevalencia es de 0.26%.

- **Desarrollo y curso**

El trastorno depresivo por uso de sustancias se puede dar mientras el sujeto está consumiendo la sustancia o en su abstinencia. En general el trastorno se inicia en las primeras semanas o en el mes del consumo de la sustancia. Si los síntomas persisten por 4 semanas después de abandonar la sustancia/medicamento se deben considerar otras causas que expliquen la sintomatología depresiva.

Medicamentos relacionados con presencia de sintomatología depresiva son: efavirenz, clonidina, metildopa, reserpina, isotretinoína, corticoesteroides, interferón.

Factores de riesgo y pronóstico

- **Temperamentales:** Antecedentes de consumo de alcohol o drogas favorecen el desarrollo de trastorno depresivo inducido por sustancias.
- **Ambientales:** Factores de riesgo concernientes a la enfermedad como uso de altas dosis de corticoesteroides o altas concentraciones plasmáticas de efavirenz o altos contenidos de estrógenos/progesterona en los anticonceptivos orales.

Modificadores del curso

Se ha visto que el sexo masculino es el que mayores casos de trastorno depresivo asociado al uso de sustancias presenta, otros factores como raza blanca, educación secundaria completa, y menores ingresos económicos. Se han identificado antecedentes familiares de consumo de sustancias, presencia situaciones estresantes en el último año.

Diagnóstico diferencial

- **Intoxicación y abstinencia de sustancias:** Se debe hacer un diagnóstico de trastorno depresivo por uso de sustancias antes que diagnosticar de intoxicación o abstinencia de sustancias si los síntomas afectivos son lo suficientemente graves como para garantizar una atención clínica independiente.
- **Trastorno depresivo primario:** Se distingue cuando se considera que una sustancia es la responsable de los síntomas depresivos.
- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** Se debe considerar la posibilidad de que los síntomas afectivos estén causados por las consecuencias fisiológicas de la afección médica más que por la medicación, en cuyo caso se diagnosticaría un trastorno depresivo debido a otra afección médica (APA, 2014).

Trastorno Depresivo Debido a Otra Afección Médica

Tabla 6. Criterios Diagnósticos para trastorno depresivo debido a otra afección médica

<p>Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno depresivo debido a otra afección médica es 293.83, que se asigna independientemente del especificador. El código CIE-10-MC depende del especificador (véase más adelante). Especificar si: (F06.31) Con características depresivas: No se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. (F06.32) Con episodio del tipo de depresión mayor: Se cumplen todos los criterios (excepto el Criterio C) para un episodio de depresión mayor. (F06.34) Con características mixtas: También existen síntomas de manía o hipomanía pero no predominan en el cuadro clínico.</p> <p>Nota de codificación: Incluir el nombre de la otra afección médica en el nombre del trastorno mental (p. ej., 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas). La otra afección médica también se codificará y enumerará por separado inmediatamente antes del trastorno depresivo debido a la afección médica (p. ej., 244.9 [E03.9] hipotiroidismo; 293.83 [F06.31] trastorno depresivo debido al hipotiroidismo, con características depresivas).</p>
<p>A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.</p> <p>B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.</p> <p>C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).</p> <p>Otro trastorno depresivo especificado</p> <p>D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.</p> <p>E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

Fuente: (APA, 2014)

Características diagnósticas:

Para establecer si las alteraciones del estado de ánimo se deben a una patología subyacente se debe primero instaurar la patología de base. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el comienzo, exacerbación o remisión de la afección médica general y alteración del estado de ánimo. Otro punto a tomar en cuenta son las características (edad atípica, curso atípico, ausencia de heredabilidad).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Existen algunas condiciones como accidentes cerebrovasculares, Huntington, Parkinson, Cushing e hipotiroidismo que se relacionan con el apareamiento de depresión.

Desarrollo y curso

Cuando ha existido un accidente cerebrovascular la aparición de depresión se da casi inmediatamente. Aunque se ha visto que la duración de los episodios depresivos tras un infarto cerebral fue de 9-11 meses en promedio.

En Huntington y Parkinson la aparición de sintomatología depresiva aparece antes que los síntomas motores y el deterioro cognitivo.

Factores de riesgo y pronóstico

El riesgo de que tras un ACV se desarrolle un episodio depresivo depende de la localización de la lesión siendo más frecuentes en infartos frontales inferiores.

Diagnóstico diferencial :

- Trastornos depresivos no debidos a otra afección médica
- Trastorno depresivo inducido por medicamentos/sustancias
- Trastornos de adaptación

Otro Trastorno Depresivo Especificado

Se utiliza esta categoría para síntomas propios de un trastorno depresivo pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría de los trastornos

depresivos, algunos ejemplos son: depresión breve recurrente, estado depresivo de corta duración, episodio depresivo con síntomas insuficientes.

Otro Trastorno Depresivo No Especificado

Esta categoría es utilizada para manifestaciones en las cuales se caracterizan los síntomas de un trastorno depresivo pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica para trastornos depresivos.

2.3.6 Depresión Enmascarada

La manifestación de la depresión enmascarada muchas de las ocasiones es canalizada por medio de trastornos psicósomáticos a modo de tarjetas de presentación que son más notorias que la depresión en sí misma.

El diagnóstico de las depresiones enmascaradas o larvadas es exclusivamente psicopatológico y lo primero será pensar en la posibilidad de que la sintomatología corresponda a una depresión. Solo así se podrá llegar a desenmascarar la enfermedad. (Retamal, 2017). Se debe tener en cuenta que las depresiones profundas nunca son enmascaradas.

Las máscaras que ocultan la enfermedad se clasifican en máscaras psíquicas y somáticas. Las máscaras psíquicas expresan vivencias depresivas de formas de conducta, son una reacción psicológica al malestar producido por la sintomatología depresiva y aparecen conductas autodestructivas (predisposición a los accidentes por tomar riesgo extremos),

adiciones, alcohol, juego compulsivo y delincuencia; además síntomas angustiosos expresados conductualmente como obsesión y fobias (Retamal , 2005).

Máscaras Somáticas

- **Algias y parestesias:** las cefaleas son el síntoma más frecuente en especial las de tipo frontal, difuso, de difícil localización, transición gradual hacia vértigo e inhibición de pensamiento otros de los síntomas que se suelen presentar son lumbago, dolor de extremidades superiores, y dolores dorsales. Entre las parestesias la más común es la de localización bucofaríngea el dolor se extiende al tórax causando un carácter angustioso como de constricción, se debe tomar en cuenta que los síntomas dolorosos como manifestación de depresión se presenta mayormente del lado izquierdo (Retamal , 2005).
- **Alteraciones psicosenoriales:** El más frecuente es el vértigo en el que el suelo tiene un movimiento de vaivén, sensación del dolor al mirar, inquietud en las piernas y sabor metálico.
- **Trastornos digestivos:** Alteraciones del apetito como bulimia y anorexia, meteorismo, aerofagia, constipación, vómito y diarrea.
- **Trastornos cardiorrespiratorios:** parestesias precordiales, palpitaciones, hipertensión arterial, disnea, rinitis y asma.
- **Trastornos genitourinarios:** en mujeres se suelen incrementar estas molestias días previos a la menstruación, usualmente se quejan de micción frecuente, impotencia y dispareunia.

2.3.7 Herramientas del estudio:

Instrumentos de evaluación:

Para la elección adecuada de la herramienta diagnóstica se debe tener en cuenta particularidades al elegir un cuestionario para detectar la depresión, entre ellas la precisión diagnóstica en la población estudiada y la viabilidad de su administración. El número de preguntas, la puntuación, la facilidad de interpretación, y el nivel de lectura adecuado son factores que pueden afectar la viabilidad del instrumento.

La precisión diagnóstica de las preguntas de cribado para la depresión se valida con las entrevistas de diagnóstico estructurado que utilizan criterios de consenso, como el DSM-5 (Williams & Nieuwsma, 2018).

Los instrumentos de detección cortos son: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), el Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), el Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC) y el 5-Item World Health Organization Well - (WHO-5), estos pueden ser autoaplicados.

- **Inventario de depresión de Beck:** desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica.

BDI-para atención primaria es una escala de siete ítems adaptada del extensamente validado inventario de depresión Beck de 21 ítems tipo Likert. Este inventario fue creado por

Beck y es uno de los más empleados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión (Psicólogos, 2013).

Este cuestionario es uno de los más usados a nivel europeo y mundial, tiene una sensibilidad de 97%, una especificidad del 99%, está conformado por 21 ítems y su calificación puede variar desde 0-63, se considera que por ser un cuestionario relativamente corto y comprensible es autoaplicable, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado.

Se le solicita a la persona evaluada que escoja aquellas afirmaciones que caracterizan como se ha sentido en las últimas 2 semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM para la depresión mayor. En el cual se puede obtener 4 categorías: cuatro grupos: 0-13 mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Cada pregunta tiene un valor de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta.

- **PHQ-9 “Cuestionario sobre la salud del paciente “:**es uno de los instrumentos más utilizados para el cribado de la depresión, esta herramienta de evaluación cuenta con uno de los más altos porcentaje de sensibilidad 88% y especificad 88% para depresión que al

igual que la anterior es autoaplicada debido a su número de preguntas y simplicidad de las mismas.

Aunque se puede usar solo como una prueba de detección o para monitorear el tratamiento, se administra cada vez más para la confirmación de un resultado positivo de PHQ-2 (Douglas M. Maurer, 2013). La prueba consta de 9 criterios del DSM-IV en una escala que va desde 0 (para nada) hasta 3 (casi todos los días), los valores que se pueden obtener son de 0-27, se tiene establecido que de 1-4 Depresión mínima, 5-9 depresión ligera, de 10-14 depresión moderada, 15-19 depresión moderada-severa y de 20-27 depresión severa.

- **PHQ-2:** Esta es una de los nombrados instrumentos de detección ultracortos el cual puede descartar pero no diagnosticar esta herramienta realiza dos preguntas simples sobre el estado de ánimo y la anhedonia, posee un 97% de sensibilidad y un 67 % de especificidad en adultos, con un 38 por ciento valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del 93 por ciento (John Williams, 2018).

- **WHO-5:** Es otra de las herramientas de evaluación, que consta de 5 items, en la cual el puntaje varia de 0-25 y tiene alto nivel de sensibilidad (93%), pero bajo nivel de especificidad (64%).

Tratamiento

Se recomienda la asociación de terapia con antidepresivos junto con psicoterapia ya que se han visto mejores resultados con esta asociación. El efecto de los antidepresivos inicia

después de 2 o 3 semanas de su administración, se necesita un tiempo de al menos 6 meses para observar algún tipo de remisión.

En cuanto a psicofármacos tenemos a los ISRS que tienen una tasa de respuesta del 60-75% y se consideran más seguros en comparación con los antidepresivos tricíclicos. El uso asociado de psicofármacos y psicoterapia se reserva para depresiones graves; en depresiones leves y moderadas se puede usar psicoterapia sola (Simon, 2017).

Existen varias alternativas terapéuticas entre las más usadas está la terapia cognitivo conductual que puede durar entre 12-20 sesiones. Esta terapia se fundamenta en la idea de que las emociones y los estilos de conducta no dependen sólo de los estímulos físicos percibidos por el entorno sino que dependen también de los pensamientos que dan forma a nuestra manera de percibir tanto esos estímulos como nuestros propios procesos mentales.

Otro tipo de terapia que se puede usar es la terapia interpersonal que investiga sobre los síntomas, las relaciones sociales y el rol de la persona y de esta manera hacer un cambio en su comportamiento frente al suceso que genera dicho estado de ánimo (APA, 2014).

2.4 Sobrecarga Del Cuidador

El proceso de cuidar a un paciente con discapacidad es una experiencia estresante que afecta esferas tanto físicas como mentales de los cuidadores. Muchos cuidadores, sin darse cuenta se exigen más allá de sus posibilidades y terminan olvidándose de su propio yo; llegando a perjudicarse no solo a sí mismos sino también a las personas que cuidan.

2.4.1 Definición

En lo referente al término Sobrecarga, se lo define como un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo” (Roig, 1998).

En este sentido que se entiende por carga del cuidador al “conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que pueden afectar en sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad” (Cerrato, 1998).

2.4.2 Epidemiología

En la población norteamericana el 19.2% tiene a su cargo a personas enfermas o discapacitadas. En Europa el 5.5% de la población cuida de forma no remunerada a personas adultas; en España el 20,7% de los habitantes presta ayuda a otra persona en las actividades de la vida diaria (Carretero, 2010).

2.4.3 Tipos de Sobrecarga del cuidador

La sobrecarga del cuidador fue dividida por Hoening Y Hamilton en sobrecarga objetiva y subjetiva.

- **Sobrecarga objetiva:** supervisión de comportamientos problemáticos, interrupción de las tareas del hogar, disminución de sistemas de apoyo social y financieros de la familia, la estigmatización, la privación de las necesidades de los familiares y la suspensión de sus proyectos de vida por la enfermedad del paciente (Leiderman, 2013). El hecho de cuidar demanda olvidarse de sí mismo, dejar a un lado metas y sueños para preocuparse completamente del familiar que necesita su cuidado.

Existen algunas situaciones que causan este tipo de sobrecarga como lo son: limitación en realizar actividades personales, realización de tareas domésticas, transporte y movilización del discapacitado, supervisión de la persona cuidada, situación económica.

- **Sobrecarga subjetiva:** valoración personal de los familiares con respecto a su familiar, sus resentimientos, depresiones, ansiedades y la manera en que perciben esa carga (Loukissa, 1994). Algunas situaciones pueden causar sobrecarga subjetiva como niveles de dependencia, cuestionamientos, miedos sobre el futuro, conductas vergonzantes y problemas en el sueño.

2.4.4 Factores de Riesgo de Sobrecarga en el Cuidador

1) Relacionadas con el receptor de cuidado

- Tipo y porcentaje de discapacidad
- Dificultad en la comunicación

- Incontinencia, vómitos, escaras
- Impide dormir por las noches
- Otras patologías médicas que padezca

2) Relacionadas con el cuidador

- Mala salud física previa
- Historial previo de trastornos mentales
- Sin cónyuge, pareja o amigos íntimos
- Edad avanzada o anciano
- Sin otra actividad aparte del cuidar
- Sin otros parientes que convivan en el domicilio
- Bajo nivel económico
- Ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de día no disponibles)
- Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico
- Estilos de afrontamiento inadecuados

3) Relación cuidador-paciente

- Vínculo emocional (Rodríguez del Álamo, 2004)

2.4.5 Factores que influyen en la percepción de Sobrecarga

- **Gravedad de la enfermedad:**

Los cuidadores que presentan mayor nivel de estrés y en general situaciones negativas en el proceso de cuidado son aquellos que tienen a su cargo personas con mayores porcentajes de discapacidad o a su vez un tipo de discapacidad más severo. Hay un mayor riesgo de deterioro de la calidad de vida y salud mental de los cuidadores de niños discapacitados menos funcionales (García Isidoro, 2013).

En un estudio realizado en cuidadores de niños con parálisis cerebral infantil severa se encontró un nivel de sobrecarga intensa en 91.7% de ellos debido, principalmente asociado al grado de dependencia por parte del enfermo y por falta de recursos económicos para brindar mejores condiciones de atención (Arnedo, 2013).

- **Tipo de relación:**

La mayoría de estudios confirman que la familia es la principal proveedora de los cuidados informales para las personas dependientes. En general las personas que brindan este tipo de cuidado son familiares directos padres, hijos o cónyuges. En muchos estudios se ha identificado que el nivel de sobrecarga es directamente proporcional al grado de proximidad que se tiene con la persona que se cuida.

La familia no solo enfrenta las dificultades de la situación de dependencia de la persona, sino que a estos se suma el efecto emocional que tiene el ver a un ser querido que requiere de estos cuidados.

El tener un hijo con alguna discapacidad puede ser percibido como una fractura en el desarrollo “normal” de la relación familiar. Los miembros de una familia que tengan un integrante con discapacidad , son más propensos a experimentar situaciones de estrés, cambios continuos en los roles dentro y fuera de la familia y a una mayor inversión de tiempo (García R. , 2015).

Para que una familia afronte la enfermedad de uno de sus miembros, debe poner en marcha una serie de recursos, de cuyo desarrollo dependerá en buena parte el éxito en el afrontamiento. La actitud de los padres, hermanos, abuelos, tíos y en sí, de toda la red social que rodea a la familia, será la base para que la persona con discapacidad adquiera la máxima autonomía y desarrollarse de una forma normalizada.

En un estudio realizado en Medellín-Colombia año 2011 se encontró que entre las personas que más atención brindan al momento de cuidar a discapacitados son madres y esposas (Pulgarin A, 2011).

- **Personalidad resistente y sentido de coherencia:**

La teoría de personalidad resistente describe a una persona que puede recibir estímulos que son potencialmente estresantes pero los toma como una oportunidad de crecimiento personal haciéndoles frente de manera activa y optimista. Se caracteriza por tres factores: control, reto y compromiso. El control hace referencia a que tienen la capacidad de encontrar

una motivación intrínseca para realizar una actividad. El reto se refiere a que se percibe la situación como una oportunidad para mejorar la situación actual o las propias competencias y finalmente el compromiso indica la autoconfianza, la importancia de lo que uno mismo es y de aquello que se hace.

El sentido de coherencia es un modelo salutogénico que crea una tendencia disposicional relativamente estable, que nos hace evaluar las circunstancias como significativas, predecibles y manejables; tiene 3 componentes: Comprensibilidad: habilidad de establecer conexiones lógicas y ordenadas en lo que sucede en el ambiente. Manejabilidad: Se relaciona con la autoeficacia y la competencia. Significatividad: se refiere a la motivación que se encuentra en una situación (Burguillos Peña, 2014).

- **Recursos sociales**

Es de suma importancia la creación de grupos de apoyo o programas destinados a los cuidadores informales con el fin de dar soporte a los cuidadores y de minimizar las repercusiones de los cuidados de larga duración.

2.4.6 Síntomas de Sobrecarga en el Cuidador

Síntomas físicos:

- Agotamiento
- Aumento o disminución del apetito
- Trastornos del sueño

- Dolores musculares, cefaleas, problemas digestivos,
- Consumo de sustancias: café, alcohol, tabaco, drogas
- Automedicación
- Despreocupación por el cuidado personal

Síntomas emocionales

- Sentimientos de culpa
- Irritabilidad y cambios frecuentes del estado de ánimo
- Sentimiento de inutilidad
- Dificultad para concentrarse
- Problemas de memoria

Síntomas sociales

- Desinterés por las actividades que disfrutaba antes
- Aislamiento familiar y social
- Problemas económicos (Echerri Garcés, 2016)

En diferentes estudios que comparaba cuidadores vs no cuidadores se demostró que en variables relacionadas a su salud física y psicológica los cuidadores presentan más estrés, están más deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y autoeficacia que los no cuidadores (Seguí, 2008).

Diferentes estudios muestran que los cuidadores más jóvenes presentan niveles de sobrecarga más altos que las de mayor edad, talvez porque perciben un mayor coste de oportunidad asociada a cuidado. Relacionado con los conflictos para compatibilizar empleo y cuidados (García-Calvente, 2004).

2.4.7 Herramientas de evaluación

Se han identificado múltiples instrumentos para medir sobrecarga del cuidador, el más utilizado a nivel internacional es el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit que es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. El test evalúa 3 dimensiones: impacto de cuidado (ítems 2,3,7,8,10,11,12,14,16,17,18,19 y 22); relaciones interpersonales (ítems 1,4,5,6,9,13) y expectativas de autoeficacia (15,20,21), consta de 22 preguntas de 5 opciones; los niveles de respuesta son: 0= nunca, 1= rara vez, 2= Algunas veces, 3=bastantes veces, 4= casi siempre.

Las puntuaciones obtenidas se suman; la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos.

0-21 puntos: ninguna sobrecarga

21-40 puntos: sobrecarga leve

41-60 puntos: sobrecarga moderada

61-88 puntos: sobrecarga severa

En un estudio realizado en Mexico, se determinó que esta herramienta presentaba una sensibilidad del 90.5%, una especificidad de 95.5%, un valor predictivo positivo 95% y valor predictivo negativo 100% (Montero, 2014).

2.5 Discapacidad

Según estadísticas de la OMS más de 1000 millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, aproximadamente 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento (OMS, 2018).

2.5.1 Definición:

La discapacidad envuelve la interacción de una persona en sus esferas física, psíquica y sociales, incluye problemas en la función y estructura corporal, limitaciones en la realización de acciones o tareas e incluso la restricción de un individuo con alguna limitación en la participación en situaciones de la vida diaria.

Para la OMS, el término discapacidad hace referencia a “deficiencias que afectan a una estructura o función corporal, limitaciones en la actividad es decir al ejecutar una acción o tarea y restricciones de capacitación aquellos problemas para participar en situaciones vitales” (OMS, 2018).

2.5.2 Epidemiología:

Según las estadísticas del 2018 del CONADIS el total de personas con discapacidad registradas en Ecuador es de 435865. Del total de personas con discapacidad, 43,78% son mujeres y 56,2% hombres; el 46.65% sufre discapacidad física, el 22.51% discapacidad intelectual, el 26,08 % discapacidad sensorial y el 4, 77% discapacidad psicosocial (CONADIS, 2018).

2.5.3 *Clasificación:*

La discapacidad se clasifica:

- Por su gravedad
- Por el tipo

POR EL TIPO

- **Física:** Disminución o ausencia de funciones motoras o físicas y que genera un impacto en las actividades de la vida diaria.
- **Psicosocial:** Aquella en la que existen disfunciones temporales o permanentes en la mente para realizar actividades de la vida cotidiana (Kupfer, 2016).
- **Cognitiva:** Para la AAIDD la discapacidad cognitiva se define como:

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años” (Desarrollo, 2018).

- **Sensorial:** Discapacidad para ver, oír o hablar.

POR GRAVEDAD

- **Leve:** Cociente intelectual entre 50-70. Tienen una afectación en el sensorio motor, tienen capacidades sociales y pueden desarrollar conductas laborales adecuadas para una autonomía mínima.
- **Moderada:** Coeficiente intelectual entre 35-50. Realizan labores con supervisión, pueden desarrollar conductas para el autocuidado.
- **Grave:** Coeficiente intelectual entre 20-35. Pueden aprender a hablar y realizar tareas simples. A nivel legal son incapaces de tomar decisiones.
- **Profundo:** Coeficiente intelectual <20. Gran dependencia para la mayor parte de actividades. Asociado a enfermedades neuronales.

Según el grado de discapacidad en nuestro país el 45,5% padece discapacidad leve, 34.98% moderada, 13.66% grave y 5.86% profunda (CONADIS, 2018).

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 Planteamiento Del Problema

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos con la percepción de autoeficacia en el cuidador informal de niños con discapacidades?

3.2 Justificación

En el cantón Lago Agrio se cuenta con un total de 3180 personas con discapacidad registradas, del cual el 19,6% (623) corresponden a edades comprendidas entre 4 a 17 años. Se cuentan con dos centros escolares fiscales para personas con discapacidad que tienen aproximadamente 200 alumnos.

Es importante señalar que el tema de las personas con discapacidad en nuestro país ha ido tomando protagonismo a raíz de las nuevas leyes y protección hacia este grupo vulnerable; sin embargo, la labor que desempeña el cuidador no ha recibido el mismo apoyo; los factores que se generan en esta relación dual entre cuidador y persona con discapacidad no han sido lo suficientemente estudiados, tampoco se ha analizado como estos factores pueden afectar a uno u otro y como se puede potenciar positivamente esta relación. Es importante el saber el nivel de autoeficacia que tiene el cuidador porque a raíz de los resultados de esta investigación se podrán sugerir correctivos necesarios para mejorar el manejo y del estudiante discapacitado.

Resulta entonces fundamental el realizar una investigación que pueda establecer la presencia de síntomas depresivos, nivel de sobrecarga en el cuidador y así determinar si estas

dos variables pueden influir positivamente o negativamente en su percepción de autoeficacia al momento de brindar cuidado a los niños con discapacidad.

3.3 Objetivos

Objetivo General

- Determinar la relación que existe entre el nivel de sobrecarga y síntomas depresivos con la percepción de autoeficacia en de los cuidadores informales de niños con discapacidades de LA ESCUELA ESPECIAL FISCAL 3 DE DICIEMBRE Y LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL JEFFERSON PÉREZ, LAGO AGRIO-SUCUMBÍOS.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de niños con discapacidades en LA ESCUELA ESPECIAL FISCAL 3 DE DICIEMBRE Y LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL JEFFERSON PÉREZ, LAGO AGRIO-SUCUMBÍOS.
- Determinar la presencia de síntomas depresivos en los cuidadores informales de niños con discapacidades en LA ESCUELA ESPECIAL FISCAL 3 DE DICIEMBRE Y LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL JEFFERSON PÉREZ, LAGO AGRIO-SUCUMBÍOS.
- Establecer las características de la percepción de autoeficacia de los cuidadores informales de niños con discapacidades de LA ESCUELA ESPECIAL FISCAL 3 DE DICIEMBRE Y de LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL JEFFERSON PÉREZ, LAGO AGRIO-SUCUMBÍOS.

- Comparar la percepción de autoeficacia en los cuidadores informales de las escuelas a y b.

3.4 Hipótesis

- Los síntomas depresivos en el cuidador informal de niños con discapacidades no son determinantes que influyen en su percepción de autoeficacia.
- Los síntomas depresivos en el cuidador informal de niños con discapacidades son determinantes que influyen en su percepción de autoeficacia.
- El nivel de sobrecarga en el cuidador informal de niños con discapacidades no es un determinante que influye en su percepción de autoeficacia.
- El nivel de sobrecarga en el cuidador informal de niños con discapacidades es un determinante que influye en su percepción de autoeficacia.

3.5 Tipo de Estudio

- Estudio cuantitativo (descriptivo/analítico) de corte transversal.

3.6 Muestra de Estudio

El universo del estudio estuvo conformado por 200 cuidadores informales de niños con discapacidades institucionalizados de las dos únicas escuelas de Educación Especial de Lago Agrio; sin embargo, la muestra usada en la presente investigación fue de 170 cuidadores que aceptaron participar voluntariamente en este estudio.

Tabla 7. Número de participantes

INSTITUCION	NUMERO DE PARTICIPANTES	PORCENTAJE
Jefferson Pérez	10	5,8 %
3 de Diciembre	160	94,2%
Total	170	100%

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

3.7 Unidad De Estudio

Cuidadores Informales de niños con discapacidad de la Escuela Especial Fiscal 3 de Diciembre y la Escuela de Educación Básica Especial Jefferson Pérez, Lago Agrio-Sucumbíos. Año 2018 (Junio - Septiembre).

3.8 Criterios De Inclusión y Exclusión

3.8.1 Criterios de inclusión:

- Cuidadores permanentes de los niños con discapacidades que asisten a la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez” en Lago Agrio-Sucumbíos.
- Que tengan disponibilidad de tiempo y acepten colaborar con el estudio

3.8.2 Criterios de exclusion:

- Personas que se nieguen a participar voluntariamente en el estudio.
- Personas con trastornos mentales
- Personas no tienen un contacto permanente con los niños

3.9 Procedimientos De Recolección De Información

Posterior a la respectiva autorización de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”, ubicadas en Lago Agrio-Sucumbíos, para la realización de la presente investigación; se coordinaron reuniones con los cuidadores de los niños institucionalizados en las que se les explicó el propósito de esta investigación y se realizó la entrega del consentimiento informado para posterior firma del mismo.

A continuación se entregó el cuestionario de recolección de datos personales y 3 escalas: Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer, Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit e Inventario de Depresión de Beck.

3.10 Plan De Análisis De Datos

Los datos que se emplearon en la ejecución de este estudio fueron obtenidos a partir de escalas y cuestionarios. Posteriormente se generó una base de datos en Excel en la cual se realizó la tabulación de los mismos a continuación, se generó una nueva base de datos en el programa SPSS versión 19 y allí se los analizó para su posterior interpretación.

Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias, porcentajes y estos resultados se los presentan en gráficos y tablas.

En el cruce de las variables cualitativas se utilizó la prueba estadística del Chi² mientras que para las variables cuantitativas se empleó el coeficiente de correlación lineal de Pearson.

Se calculó también el OR entre las variables de estudio y las variables demográficas, para lo cual fue necesario dicotomizar estas variables.

3.11 Definición De Variables:

Variables demográficas:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Trabajo
- Estado civil
- Parentesco

Variables de estudio:

- **Variable independiente:** Percepción de autoeficacia
- **Variables dependientes:** Síntomas Depresivos y Percepción de sobrecarga en el cuidador.

3.12 Operacionalización De Variables

Variables Demográficas

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Años cumplidos	Medidas de tendencia central: promedio, media, desviación estándar	Cuestionario de recolección de datos personales.
SEXO	Sexo apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.	Femenino Masculino	%	
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Ninguna Primaria Secundaria Universidad	%	Cuestionario de recolección de datos personales.
TRABAJO	Empleo u oficio que impide dedicar el tiempo en otra cosa.	SI NO	%	Cuestionario de recolección de datos personales.

ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Soltero casado Unión libre Divorciado Viudo	%	Cuestionario de recolección de datos personales.
PARENTESCO	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Madre Padre abuelos Hermanos Tíos	%	Cuestionario de recolección de datos personales.

Operacionalización de la Variable Independiente (Autoeficacia)

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	FUENTE	ÍTEM
OBTENER LO QUE QUIERO	Capacidad de conseguir algo que se solicita, anhela o pretende.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer	1

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Capacidad de encontrar una solución ante una dificultad o adversidad.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer	2
PERSISTENCIA	Esfuerzo continuo, que permite alcanzar los objetivos propuestos.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer	3
CONFIANZA	Creencias en las propias capacidades para resolver un problema.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer	4
SUPERAR IMPREVISTOS	Capacidad de vencer situaciones adversas e inesperadas.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer	5
TRANQUILIDAD	Habilidad para conservar la calma y serenidad ante una adversidad.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer	6
AUTOSUFICIENCIA	Condición de quien se basta a sí mismo.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer	7
ESFUERZO	Empleo energético del vigor o del ánimo para conseguir algo.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer	8
ASTUCIA	Habilidad para salir fácilmente de un apuro.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarcer	9

ALTERATIVA	Opción o elección más adecuada de entre otras que se consideran.	No A veces Casi siempre Siempre	Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer	10
-------------------	--	--	--	----

Operacionalización de las Variables Dependientes (Síntomas Depresivos y Sobrecarga)

SOBRECARGA

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	FUENTE	ÍTEM
AYUDA	Brindar apoyo y cooperación en situaciones adversas.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	1
TIEMPO	Cantidad de horas que dedica el cuidador al discapacitado	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	2
AGOBIADO	Sensación de preocupación, cansancio y tensión por brindar el cuidado al familiar	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	3

VERGÜENZA	Alteración del ánimo causada por haber cometido una acción humillante	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	4
ENFADO	Turbación del estado de ánimo, sensación de ira, frustración por la convivencia con el discapacitado.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	5
RELACIÓN INTRAFAMILIAR	Interacción entre dos o más personas de la familia	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	6
MIEDO	Sensación de incertidumbre e inseguridad acerca del futuro del discapacitado.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	7
DEPENDENCIA	Estado en el que se encuentran los discapacitados y por el cual tienen necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida ordinaria.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	8

TENSION	Falta de tranquilidad que se presenta ante un estímulo.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	9
SALUD	Estado de completo bienestar físico mental y social.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	10
INTIMIDAD	Relación de amistad muy cercana y de gran confianza	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	11
VIDA SOCIAL	Actividades que realiza el cuidador en el ámbito público, y su interacción con otras personas de la sociedad.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	12
INCOMODIDAD	Situación que genera displacer y molestias	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	13

INDISPENSABLE	Que no se puede prescindir de él o no se puede dejar de tener en consideración.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	14
GASTOS	Cantidad de dinero invertida en las necesidades del discapacitado	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	15
CAPACIDAD	Cualidades que tiene el cuidador para hacerse cargo del discapacitado	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	16
PERDIDA DE CONTROL	Incapacidad de tomar decisiones y acciones en su vida	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	17
RELEVAR	Poner a una persona en el lugar que ocupa otra, ejecutando la misma función.	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	18

INDESICION	Dificultad para elegir entre dos o más opciones	Nunca Casi nunca A veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	19
ESFUERZO	Actitud destinada a alcanzar un objetivo	Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	20
MEJORAR CUIDADO	Optimización de la acciones dirigidas al cuidado del discapacitado	Nunca Rara vez Algunas veces Bastantes veces Casi siempre	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	21
CARGA	Conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que pueden afectar en sus actividades,	Nada Casi nada Poco Mucho Todo sus ingresos	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	22

DEPRESIÓN

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA	FUENTE	ÍTEM
ESTADO DE ÁNIMO	Es una actitud o disposición emocional en un momento determinado.	<ul style="list-style-type: none"> • No me siento triste • Me siento gran parte del tiempo. • Me siento triste todo el tiempo • Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo. 	Inventario de depresión de Beck	1
PESIMISMO	Propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable.	<ul style="list-style-type: none"> • No estoy desalentado respecto de mi futuro. • Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. • No espero que las cosas funcionen para mí. • Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar. 	Inventario de depresión de Beck	2
FRACASO	Resultado adverso de una cosa que se esperaba sucediera bien.	<ul style="list-style-type: none"> • No me siento como un fracasado. • He fracasado más de lo que hubiera debido. • Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. • Siento que como persona soy un fracaso total 	Inventario de depresión de Beck	3

PÉRDIDA DE PLACER	Pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.	<ul style="list-style-type: none"> • Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. • No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. • Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. • No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar. 	Inventario de depresión de Beck	4
CULPA	Responsabilidad de un suceso o acción negativa que se atribuye a una persona	<ul style="list-style-type: none"> • No me siento particularmente culpable. • Me siento culpable respecto de • Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. • Me siento culpable todo el tiempo. 	Inventario de depresión de Beck	5
CASTIGO	Pena impuesta a una persona por un delito o falta	<ul style="list-style-type: none"> • No siento que este siendo castigado • Siento que tal vez pueda ser castigado. • Espero ser castigado. • Siento que estoy siendo castigado 	Inventario de depresión de Beck	6
DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO	Desagrado y rechazo a sí mismo, no estimación de la misma persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Siento acerca de mí mismo que siempre. • He perdido la confianza en mí mismo. • Estoy decepcionado conmigo mismo. • No me gusto a mí mismo. 	Inventario de depresión de Beck	7

AUTOACUSACIÓN	Atribución a si mismo de un delito o falta.	<ul style="list-style-type: none"> • No me critico ni me culpo más de lo habitual • Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo • Me critico a mí mismo por todos mis errores • Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede 	Inventario de depresión de Beck	8
PENSAMIENTOS SUICIDAS	Consistente en el pensamiento de acabar con la propia existencia.	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo ningún pensamiento de matarme. • He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría • Querría matarme • Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo. 	Inventario de depresión de Beck	9
LLANTO	Derramar lágrimas en señal de dolor, tristeza, alegría o necesidad	<ul style="list-style-type: none"> • No lloro más de lo que solía hacerlo. • Lloro más de lo que solía hacerlo • Lloro por cualquier pequeñez. • Siento ganas de llorar pero no puedo. 	Inventario de depresión de Beck	10

AGITACIÓN	Estado de excitación y nerviosismo que conlleva en ocasiones a moverse de forma brusca, inquieta y repetida.	<ul style="list-style-type: none"> • No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. • Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. • Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto • Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. 	Inventario de depresión de Beck	11
PÉRDIDA DE INTERES	Falta de entusiasmo hacia un objeto, una persona, actividad.	<ul style="list-style-type: none"> • No he perdido el interés en otras actividades o personas. • Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. • He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. • Me es difícil interesarme por algo. 	Inventario de depresión de Beck	12

INDECISIÓN	Incapacidad de decidir	<ul style="list-style-type: none"> • Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. • Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones • Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. • Tengo problemas para tomar cualquier decisión 	Inventario de depresión de Beck	13
DESVALORIZACIÓN	Sensación de infravaloración que sufre una persona, incapaz de observar todo el potencial que posee.	<ul style="list-style-type: none"> • No siento que yo no sea valioso • No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme • Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. • Siento que no valgo nada. 	Inventario de depresión de Beck	14
PÉRDIDA DE ENERGIA	Fatiga , pereza o falta de motivación; incluso llegando a mostrarse como somnolencia o sedación.	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo tanta energía como siempre. • Tengo menos energía que la que solía tener. • No tengo suficiente energía para hacer demasiado • No tengo energía suficiente para hacer nada. 	Inventario de depresión de Beck	15

CAMBIO EN EL SUEÑO	Grupo de padecimientos que afectan el desarrollo del ciclo sueño-vigilia	<ul style="list-style-type: none"> • No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. • Duermo un poco más que lo habitual. -Duermo un poco menos que lo habitual. • Duermo mucho más que lo habitual. -Duermo mucho menos que lo habitual • Duermo la mayor parte del día -Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme 	Inventario de depresión de Beck	16
IRRITABILIDAD	Estado caracterizado por molestia, ira y frustración.	<ul style="list-style-type: none"> • No estoy tan irritable que lo habitual. • Estoy más irritable que lo habitual. • Estoy mucho más irritable que lo habitual. • Estoy irritable todo el tiempo. 	Inventario de depresión de Beck	17

CAMBIOS EN EL APETITO	Disminución, aumento o desaparición del apetito	<ul style="list-style-type: none"> • No he experimentado ningún cambio en mi apetito. • Mi apetito es un poco menor que lo habitual. <ul style="list-style-type: none"> - Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. • Mi apetito es mucho menor que antes. <ul style="list-style-type: none"> - Mi apetito es mucho mayor que lo habitual • No tengo apetito en absoluto. <ul style="list-style-type: none"> - Quiero comer todo el día. 	Inventario de depresión de Beck	18
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	La concentración se ve afectada con una intensidad y duración diferentes	<ul style="list-style-type: none"> • Puedo concentrarme tan bien como siempre. • No puedo concentrarme tan bien como habitualmente • Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. • Encuentro que no puedo concentrarme en nada. 	Inventario de depresión de Beck	19

CANSANCIO	Sensación de fatiga ante esfuerzos físico o mentales	<ul style="list-style-type: none"> • No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. • Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. • Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. • Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía 	Inventario de depresión de Beck	20
PÉRDIDA DE INTERES EN SEXO	Disminución de libido	<ul style="list-style-type: none"> • No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. • Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. • Estoy mucho menos interesado en el sexo. • He perdido completamente el interés en el sexo. 	Inventario de depresión de Beck	21

Aspectos Bioéticos

- La participación en este estudio fue de carácter voluntario.
- Los datos obtenidos en este estudio se utilizaron únicamente con fines educativos.
- Se solicitó la aprobación del comité de bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para la realización de este estudio.

- Se entregó información sobre el estudio a realizar el cual consta en el consentimiento informado que se entregará a cada participante. (ANEXO 2)

CAPITULO IV

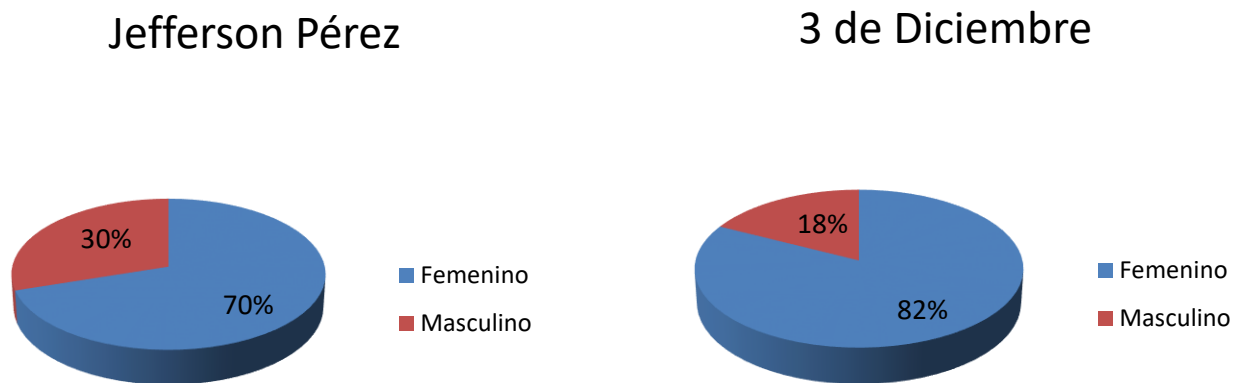
4. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos posterior a la aplicación de los instrumentos para medir la percepción de autoeficacia, los síntomas depresivos y el nivel de sobrecarga en el cuidador informal de niños con discapacidades. La muestra estuvo conformada por 160 cuidadores de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y 10 cuidadores de la Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”; las cuales se encuentran en la ciudad de Lago Agrio-Sucumbíos, durante el periodo de Junio a Septiembre de 2018.

4.1 Análisis Univariado

4.1.1 Resultados Descriptivos de las Variables Sociodemográficas

Gráfico 1. Distribución de las muestras de cada institución según el género



Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Por razones culturales es bastante común que una mujer ya sea esposa, madre, hija o hermana asuma el cuidado de su familiar ya que se caracteriza por ser más sensible, brindar seguridad y protección a todos los miembros de su familia; en la Escuela Jefferson Pérez el 70% de los cuidadores informales son mujeres (n=7) y en la Escuela 3 de Diciembre el 82.5% son mujeres (n=132).

Tabla 8. Comparación de las muestras de cada institución según la edad

Edad	Institución			
	Jefferson Pérez		3 De Diciembre	
	F	F%	F	F%
20 a 30 años	4	40,00%	42	26,25%
31 a 40 años	6	60,00%	51	31,88%
41 a 50 años	0	0,00%	40	25,00%
51 a 60 años	0	0,00%	18	11,25%
61 a 70 años	0	0,00%	9	5,63%
Total	10	100%	160	100%
Media	30,60		39,24	
Desv. Estándar	11,341		4,042	

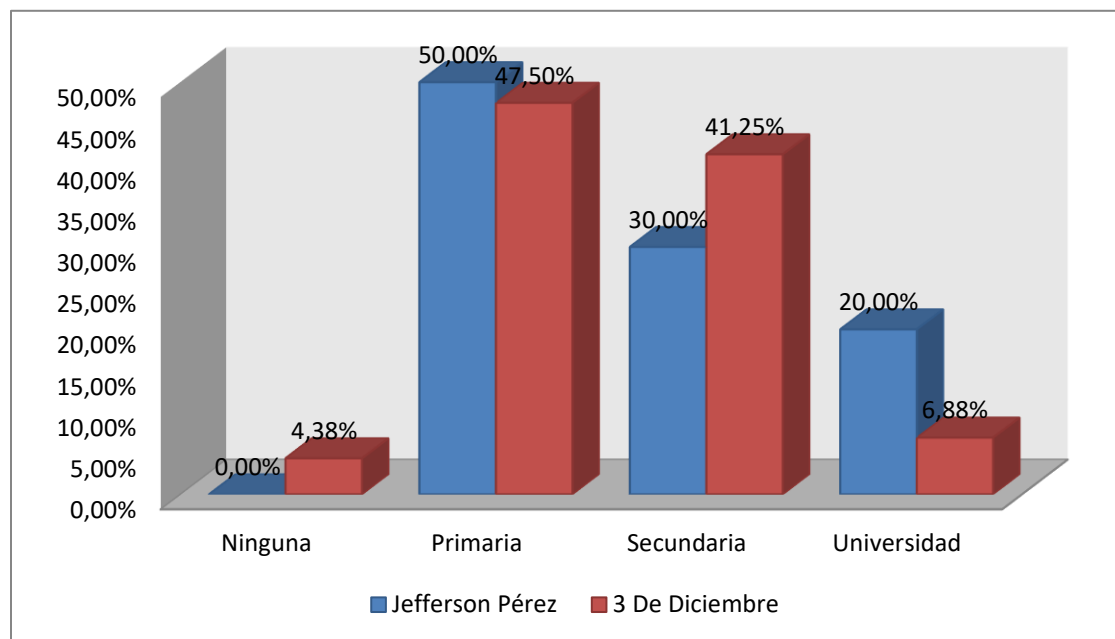
Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En lo que respecta a la edad de los cuidadores informales de la escuela Jefferson Pérez; el 60% (n=4) se encuentran entre los 31-40 años y presentan una media de 30.6 años. En la escuela 3 de Diciembre la distribución de edad es más variada y la media es de 39.24 años.

Se puede apreciar sin embargo que la mayoría de los cuidadores de ambas escuelas tienen entre 20 y 40 años.

Gráfico 2. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel instrucción.



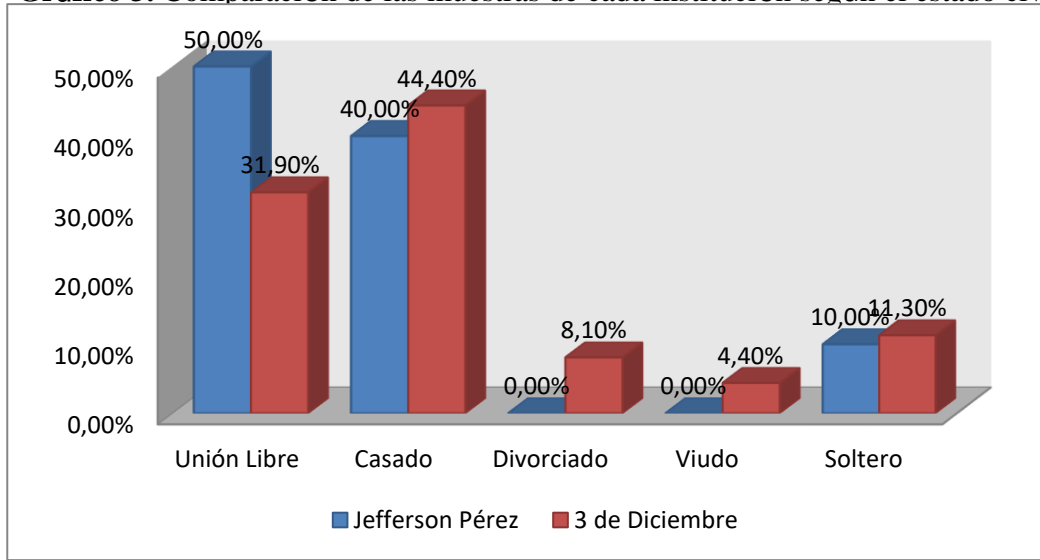
Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En cuanto al nivel de instrucción en la escuela Jefferson Pérez, el 50% (n=5) tiene un nivel de instrucción primaria y el 30% (n=3) un nivel de instrucción secundaria. Se observa también que un 47,5% (n=76) de los cuidadores de la Escuela 3 de Diciembre tienen un nivel de instrucción primaria y el 41,25% (n=66) tienen un nivel de instrucción secundaria.

Con lo cual se demuestra que el nivel de instrucción que predomina en los cuidadores de ambas escuelas es primario.

Gráfico 3. Comparación de las muestras de cada institución según el estado civil.

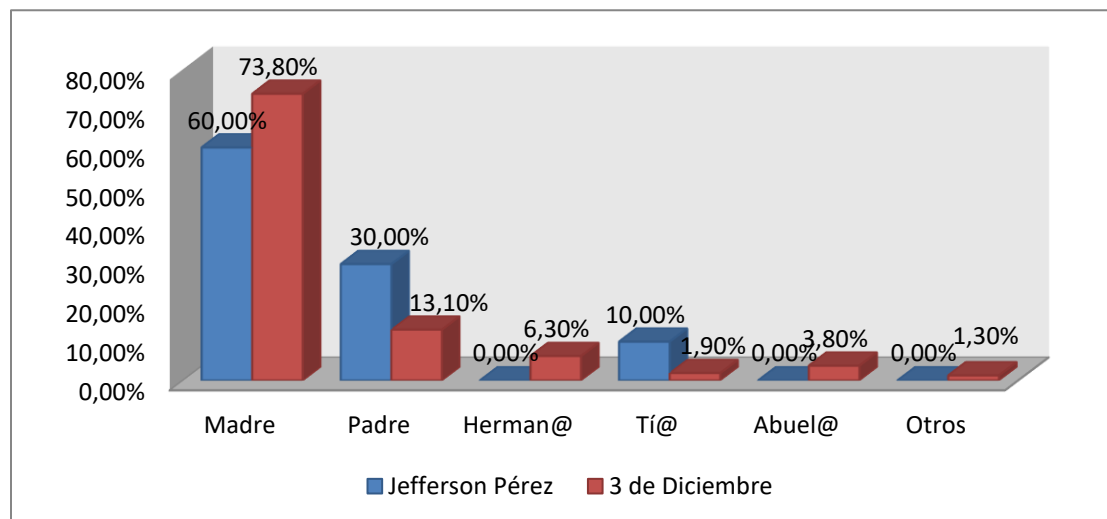


Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En cuanto al estado civil de los cuidadores, en la Escuela Jefferson Pérez 90% (n=9) cuentan con una pareja y predomina la unión libre 50%. En la Escuela 3 de Diciembre, el 76.3% (n=122) están en pareja y predomina el estado civil casado 44.4%. Se ha visto que el estar en pareja genera sentimientos de protección, seguridad, afecto y amor lo que podría facilitar el desarrollo de habilidades de cuidado.

Gráfico 4. Distribución de las muestras de cada institución según el parentesco.



Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En relación al parentesco de los cuidadores, en la Escuela 3 de Diciembre el 73,8% (n=118) son las madres de los niños con discapacidad. En la Escuela Jefferson Pérez también fueron en su mayoría las madres quienes se encargaban del cuidado del niño 60% (n=6). Los cuidados y atenciones que brinda una madre no se enfocan únicamente en atender las necesidades básicas, sino también las necesidades afectivas en este sentido ningún otro miembro de la familia crea un vínculo tan fuerte como el de la madre.

Tabla 9. Distribución de las muestras de cada institución según la situación laboral

Tiene trabajo	Institución			
	Jefferson Pérez		3 de Diciembre	
	F	F%	F	F%
SI	4	40,0%	52	32,5%
NO	6	60,0%	108	67,5%
Total	10	100,0%	160	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En lo que respecta a los resultados de la situación laboral se obtuvo que en la escuela Jefferson Pérez, el 60% (n=6) de cuidadores no trabaja mientras que en la escuela 3 de Diciembre el 67,5% (n=108) tampoco cuenta con un empleo. El cuidar de una persona con discapacidad es una labor constante que conlleva tiempo completo lo que explica que la mayoría de cuidadores no cuenten con un trabajo.

4.1.2 Resultados Descriptivos de la Variable Autoeficacia

Tabla 10. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel de autoeficacia

Nivel de Autoeficacia	Institución			
	Jefferson Pérez		3 de Diciembre	
	F	F%	F	F%
Baja Autoeficacia (10 – 19 Puntos)	0	0,0%	11	6,9%
Moderada Autoeficacia (20 – 25 Puntos)	0	0,0%	58	36,3%
Alta Autoeficacia (26 –40 Puntos)	10	100,0%	91	56,9%
Total	10	100,0%	160	100,0%
Media	33,20		25,87	
Desviación Estándar	1,93		4,47	

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Luego de aplicar la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer se observó que el 100% (n=10) de los cuidadores de la Escuela Jefferson Pérez presentan altos niveles de autoeficacia; esto puede justificarse por el tipo de discapacidad que maneja esta institución (auditiva) y que la mayoría de los padres está capacitado en lenguaje de señas.

En la escuela 3 de Diciembre el 56.9% (n=91) de los cuidadores perciben niveles altos de autoeficacia, en esta institución también se encuentran cuidadores con niveles bajos y moderados de autoeficacia y esto se puede deber a la gran variedad de discapacidades que maneja esta escuela y que las dificultades de los padres varía según el tipo y grado de discapacidad.

4.1.3 Resultados descriptivos de la variable sobrecarga

Tabla 21. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel de sobrecarga

Nivel de Sobrecarga	Institución			
	Jefferson Pérez		3 de Diciembre	
	F	F%	F	F%
Ninguna carga (0 – 21 Puntos)	3	30,0%	30	18,8%
Carga Leve (21 – 40 Puntos)	7	70,0%	102	63,8%
Carga moderada (41 – 60 Puntos)	0	0,0%	26	16,3%
Carga severa (61 – 88 Puntos)	0	0,0%	2	1,3%
Total	10	100,0%	160	100,0%
Media	22,60		28,89	
Desviación estándar	9,69		10,99	

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Al analizar el nivel de sobrecarga en los cuidadores de la escuela Jefferson Pérez se encontró que el 70% (n=7) presentó una sobrecarga leve y el 30% (n=3) restante no presento niveles de sobrecarga. En la escuela 3 de Diciembre se obtuvo que el 81.4 % (n=130) de los

cuidadores presentan niveles de sobrecarga entre leve, moderada y severa, predominando el nivel leve.

4.1.4 Resultados descriptivos de la variable depresión

Tabla 32. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel depresión

Nivel de Depresión	Institución			
	Jefferson Pérez		3 de Diciembre	
	F	F%	F	F%
Mínima depresión (0 – 13 Puntos)	10	100,0%	109	68,1%
Depresión Leve (14 – 19 Puntos)	0	0,0%	36	22,5%
Depresión Moderada (20 – 28 Puntos)	0	0,0%	15	9,4%
Total	10	100,0%	160	100,0%
Media	5,00		11,17	
Desviación estándar	2,05		5,81	

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En lo que respecta a los resultados del nivel de depresión, el 100% de cuidadores (n=10) de la escuela Jefferson Pérez presentaron mínimos indicadores de depresión y de la escuela 3 de Diciembre el 68,1% (n=109) presentaron mínima depresión mientras que el 31,9 % (n=51) de los cuidadores presentaron depresión entre leve y moderada. Es importante mencionar que en ninguno de los cuidadores de ambas escuelas presenta puntajes de depresión grave.

4.2 Cruce de Variables

A continuación, en la tabla 12 se muestran los resultados del cruce entre las variables demográficas y la comparación de las variables autoeficacia, sobrecarga y depresión

Tabla 43. Cruce de variables descriptivas y el nivel de autoeficacia

		Institución							
		Jefferson Pérez		3 de Diciembre					
		Interpretación Autoeficacia		Interpretación Autoeficacia					
		Alta Autoeficacia		Baja Autoeficacia		Moderada Autoeficacia		Alta Autoeficacia	
		F	F%	F	F%	F	F%	F	F%
Sexo	Femenino	7	70,00%	8	5,00%	48	30,00%	76	47,50%
	Masculino	3	30,00%	3	1,88%	10	6,25%	15	9,38%
Intervalo De Edad	20 a 30 años	4	40,00%	1	0,63%	14	8,75%	27	16,88%
	31 a 40 años	6	60,00%	2	1,25%	20	12,50%	29	18,13%
	41 a 50 años	0	0,00%	6	3,75%	11	6,88%	23	14,38%
	51 a 60 años	0	0,00%	1	0,63%	9	5,63%	8	5,00%
	61 a 70 años	0	0,00%	1	0,63%	4	2,50%	4	2,50%
Escolaridad	Ninguna	0	0,00%	1	0,63%	2	1,25%	4	2,50%

	Primaria	5	50,00%	8	5,00%	31	19,38%	37	23,13%
	Secundaria	3	30,00%	2	1,25%	22	13,75%	42	26,25%
	Universida d	2	20,00%	0	0,00%	3	1,88%	8	5,00%
Trabajo	SI	4	40,00%	4	2,50%	11	6,88%	37	23,13%
	NO	6	60,00%	7	4,38%	47	29,38%	54	33,75%
Estado Civil	Unión Libre	5	50,00%	2	1,25%	15	9,38%	34	21,25%
	Casado	4	40,00%	4	2,50%	30	18,75%	37	23,13%
	Divorciado	0	0,00%	2	1,25%	5	3,13%	6	3,75%
	Viudo	0	0,00%	3	1,88%	4	2,50%	0	0,00%
	Soltero	1	10,00%	0	0,00%	4	2,50%	14	8,75%
Parentesco	Madre	6	60,00%	6	3,75%	43	26,88%	69	43,13%
	Padre	3	30,00%	3	1,88%	7	4,38%	11	6,88%
	Herman@	0	0,00%	1	0,63%	2	1,25%	7	4,38%
	Tí@	1	10,00%	0	0,00%	2	1,25%	1	0,63%
	Abuel@	0	0,00%	1	0,63%	3	1,88%	2	1,25%

	Otros	0	0,00%	0	0,00%	1	0,63%	1	0,63%
--	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En institución Jefferson Pérez todos presentaron una alta autoeficacia. En la escuela 3 de Diciembre, el 56,88 % de los cuidadores obtuvieron un puntaje alto de autoeficacia; el resto de cuidadores presentaron niveles entre moderados y bajos. En ambas escuelas la característica de los cuidadores con alta autoeficacia corresponde a: mujeres, madres, con pareja, predominantemente en situación de desempleo y en su mayoría con nivel de instrucción primario.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la prueba Chi Cuadrado para $p \leq 0,05$.

Tabla 54. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para autoeficacia

		Institución		Interpretación
		3 De Diciembre		
		Interpretación Autoeficacia		
Sexo	Chi cuadrado	0,795		Independiente
	gl	2		
	Sig.	0,672		
Estado Civil	Chi cuadrado	26,567		Dependiente
	gl	8		
	Sig.	0,001 ^{a,b}		
Trabajo	Chi cuadrado	7,680		Dependiente
	gl	2		
	Sig.	0,021 [*]		
Intervalo De Edad	Chi cuadrado	9,317		Independiente
	gl	8		
	Sig.	0,316 ^{a,b}		
Parentesco	Chi cuadrado	6,836		Independiente
	gl	10		
	Sig.	0,741 ^{a,b}		
Escolaridad	Chi cuadrado	7,067		Independiente
	gl	6		
	Sig.	0,315 ^{a,b}		

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En la tabla 14 se evidencia que existe relación significativa entre el estado civil y el nivel de autoeficacia de los cuidadores de la institución 3 de Diciembre, con un $X^2 = 26,567$ y un p valor de 0,001 lo que indica que el nivel de autoeficacia depende del estado civil, también se encontró relación significativa entre la situación laboral y el nivel de autoeficacia evidenciado por un $X^2 = 7,680$ y un p valor 0,021, lo que indica que la situación laboral influye en la percepción de autoeficacia de los cuidadores; en el caso de la institución Jefferson Pérez

no existe suficiente evidencia estadística para deducir una relación significativa por lo que no se muestran estos resultados en la tabla.

Tabla 15. Cruce de variables descriptivas y el nivel de sobrecarga

		Institución											
		Jefferson Pérez				3 De Diciembre							
		Interpretación Sobrecarga				Interpretación Sobrecarga							
		Ninguna carga		Carga leve		Ninguna carga		Carga leve		Carga moderada		Carga Severa	
		F	F%	F	F%	F	F%	F	F%	F	F%	F	F%
Sexo	Femenino	2	20%	5	50%	21	13%	85	53%	24	15%	2	1%
	Masculino	1	10%	2	20%	9	6%	17	11%	2	1%	0	0%
Intervalo de Edad	20 a 30 años	1	10%	3	30%	7	4%	27	17%	8	5%	0	0%
	31 a 40 años	2	20%	4	40%	8	5%	32	20%	9	6%	2	1%
	41 a 50 años	0	0%	0	0%	9	6%	25	16%	6	4%	0	0%
	51 a 60 años	0	0%	0	0%	4	3%	12	8%	2	1%	0	0%
	61 a 70 años	0	0%	0	0%	2	1%	6	4%	1	1%	0	0%
Escolaridad	Ninguna	0	0%	0	0%	0	0%	4	3%	3	2%	0	0%
	Primaria	1	10%	4	40%	9	6%	53	33%	13	8%	1	1%
	Secundaria	1	10%	2	20%	16	10%	40	25%	9	6%	1	1%
	Universidad	1	10%	1	10%	5	3%	5	3%	1	1%	0	0%
Trabajo	SI	1	10%	3	30%	15	9%	33	21%	4	3%	0	0%
	NO	2	20%	4	40%	15	9%	69	43%	22	14%	2	1%
Estado Civil	Unión Libre	0	0%	5	50%	9	6%	33	21%	9	6%	0	0%
	Casado	2	20%	2	20%	13	8%	46	29%	10	6%	2	1%
	Divorciado	0	0%	0	0%	4	3%	6	4%	3	2%	0	0%
	Viudo	0	0%	0	0%	1	1%	4	3%	2	1%	0	0%

	Soltero	1	10%	0	0%	3	2%	13	8%	2	1%	0	0%
Parentesco	Madre	2	20%	4	40%	18	11%	75	47%	23	14%	2	1%
	Padre	1	10%	2	20%	8	5%	11	7%	2	1%	0	0%
	Herman@	0	0%	0	0%	1	1%	9	6%	0	0%	0	0%
	Tí@	0	0%	1	10%	2	1%	1	1%	0	0%	0	0%
	Abuel@	0	0%	0	0%	0	0%	5	3%	1	1%	0	0%
	Otros	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En la institución Jefferson Pérez, ningún cuidador presentó niveles altos de sobrecarga, el 70% (n=7) presentó un leve nivel sobrecarga y el 30% (n=3) sin sobrecarga. En la Escuela 3 de Diciembre se encontró que el nivel de sobrecarga predominante es el leve 64% (n=102). En cuanto a las características sociodemográficas de los cuidadores que presentaron niveles leves de sobrecarga encontramos que son en su mayoría mujeres, madres, con una pareja, en situación de desempleo y con un nivel de escolaridad primaria.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la prueba Chi Cuadrado para $p \leq 0,05$.

Tabla 66. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para sobrecarga

		Institución		Interpretación
		Jefferson Pérez	3 De Diciembre	
		Interpretación Sobrecarga	Interpretación Sobrecarga	
Intervalo De Edad	Chi cuadrado	0,079	5,897	Independiente
	gl	1	12	
	Sig.	0,778 ^a	0,921 ^{a,b}	
Sexo	Chi cuadrado	0,023	5,452	Independiente
	gl	1	3	
	Sig.	0,880 ^{a,b}	0,142 ^{a,b}	
Escolaridad	Chi cuadrado	0,635	13,620	Independiente
	gl	2	9	
	Sig.	0,728 ^{a,b}	0,136 ^{a,b}	
Trabajo	Chi cuadrado	0,079	8,624	Independiente JP Dependiente 3D
	gl	1	3	
	Sig.	0,778 ^a	0,035 ^{a,b,*}	
Estado Civil	Chi cuadrado	5,238	6,152	Independiente
	gl	2	12	
	Sig.	0,073 ^{a,b}	0,908 ^{a,b}	
Parentesco	Chi cuadrado	0,476	18,070	Independiente
	gl	2	15	
	Sig.	0,788 ^{a,b}	0,259 ^{a,b}	

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En la Escuela 3 de Diciembre se encontró relación significativa entre la situación laboral y la sobrecarga con un $X^2 = 8,624$ y un p valor de 0,035 lo que indica que el nivel de sobrecarga depende de la situación laboral de los cuidadores. Por otro lado, en la escuela Jefferson Pérez no se presentó relación de dependencia significativa con ninguna de las variables descriptivas.

Tabla 77. Cruce de variables descriptivas y el nivel de depresión

		Institución							
		Jefferson Pérez		3 de Diciembre					
		Interpretación Depresión		Interpretación Depresión					
		Depresión Mínima		Depresión Mínima		Depresión Leve		Depresión Moderada	
		F	F%	F	F%	F	F%	F	F%
Sexo	Femenino	7	70,00%	85	53,13%	34	21,25%	13	8,13%
	Masculino	3	30,00%	24	15,00%	2	1,25%	2	1,25%
Intervalo De Edad	20 a 30 años	4	40,00%	30	18,75%	10	6,25%	2	1,25%
	31 a 40 años	6	60,00%	33	20,63%	12	7,50%	6	3,75%
	41 a 50 años	0	0,00%	27	16,88%	10	6,25%	3	1,88%
	51 a 60 años	0	0,00%	13	8,13%	2	1,25%	3	1,88%
	61 a 70 años	0	0,00%	6	3,75%	2	1,25%	1	0,63%
Escolaridad	Ninguna	0	0,00%	1	0,63%	4	2,50%	2	1,25%
	Primaria	5	50,00%	46	28,75%	19	11,88%	11	6,88%
	Secundaria	3	30,00%	52	32,50%	13	8,13%	1	0,63%
	Universidad	2	20,00%	10	6,25%	0	0,00%	1	0,63%
Trabajo	SI	4	40,00%	47	29,38%	3	1,88%	2	1,25%
	NO	6	60,00%	62	38,75%	33	20,63%	13	8,13%
Estado Civil	Unión Libre	5	50,00%	36	22,50%	13	8,13%	2	1,25%
	Casado	4	40,00%	45	28,13%	17	10,63%	9	5,63%
	Divorciado	0	0,00%	9	5,63%	3	1,88%	1	0,63%
	Viudo	0	0,00%	3	1,88%	2	1,25%	2	1,25%
	Soltero	1	10,00%	16	10,00%	1	0,63%	1	0,63%
Parentesco	Madre	6	60,00%	73	45,63%	33	20,63%	12	7,50%
	Padre	3	30,00%	17	10,63%	2	1,25%	2	1,25%
	Herman@	0	0,00%	10	6,25%	0	0,00%	0	0,00%
	Tí@	1	10,00%	3	1,88%	0	0,00%	0	0,00%
	Abuel@	0	0,00%	4	2,50%	0	0,00%	1	0,63%

	Otros	0	0,00%	2	1,25%	0	0,00%	0	0,00%
--	-------	---	-------	---	-------	---	-------	---	-------

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En la tabla anterior se observa que en la escuela Jefferson Pérez todos los cuidadores presentan mínimos niveles de depresión mientras que en la escuela 3 de Diciembre el 22.5% (n=36) presenta depresión leve y 9.38% (n=15) depresión moderada.

La depresión se encuentra predominantemente en el sexo femenino lo cual se puede explicar por su predisposición genética, hormonal y ambiental.

Tabla 88. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson para depresión

		Institución		Interpretación
		3 de Diciembre		
		Interpretación Depresión		
Sexo	Chi-cuadrado	5,279		Independiente
	gl	2		
	Sig.	0,071(a)		
Intervalo De Edad	Chi-cuadrado	3,873		Independiente
	gl	8		
	Sig.	0,868(a,b)		
Escolaridad	Chi-cuadrado	21,422		Dependiente
	gl	6		
	Sig.	0,002(*,a,b)		
Trabajo	Chi-cuadrado	17,699		Dependiente
	gl	2		
	Sig.	0,000(*,a)		
Estado Civil	Chi-cuadrado	10,273		Independiente
	gl	8		
	Sig.	0,246(a,b)		
Parentesco	Chi-cuadrado	11,856		Independiente
	gl	10		
	Sig.	0,295(a,b)		

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En la tabla 18 se refleja que existe relación significativa entre el grado de instrucción y el nivel de depresión de los cuidadores de la escuela 3 de Diciembre, con un $X^2= 21,422$ y un p valor de 0,002 lo que indica que el nivel de depresión depende del grado de preparación académica de los cuidadores, también se encontró relación significativa entre la situación de trabajo y el nivel de depresión evidenciado por un $X^2= 17,699$ y un p valor 0,000 lo que indica que la situación laboral influye en el nivel de depresión de los cuidadores; en el caso de la institución Jefferson Pérez no existe suficiente evidencia estadística para deducir una relación significativa.

4.3 Correlación Bivariar entre autoeficacia, sobrecarga y niveles depresión en el cuidador informal

Se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson para las variables de estudio (puntajes obtenidos de los test de Zarit, Beck y Autoeficacia de Baessler y Schwarzer).

No se coloca la tabla de correlación de la escuela Jefferson Pérez debido a que ninguna de las variables en estudio tienen relación significativa entre sí obteniéndose un p valor mayor a 0,05 en todos los casos.

Tabla 19. Pruebas de Correlación de Pearson en la institución 3 de Diciembre

		Puntuación Total Autoeficacia	Puntuación Total Sobrecarga	Puntuación Total Depresión
Puntuación Total Autoeficacia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 160	-0,220** 0,005 160	-0,335** 0,000 160
Puntuación Total Sobrecarga	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N		1 160	0,655** 0,000 160
Puntuación Total Depresión	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)			1 160

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

En la tabla anterior se demuestra que en los resultados obtenidos de la Escuela 3 de Diciembre se obtuvo una relación significativa entre las tres variables: entre la autoeficacia y la sobrecarga se obtuvo un $r = -0,220^{**}$ con un $p = 0,005$ se infiere una relación inversamente proporcional, es decir mientras mayor sea la autoeficacia de los cuidadores menor será la sobrecarga y viceversa.

Por su parte, entre la autoeficacia y la depresión se obtuvo un $r = -0,335^{**}$ con un $p = 0,000$, se deduce una relación inversamente proporcional, mientras mayor sea la autoeficacia menor será la depresión de los cuidadores y viceversa.

Por ultimo entre sobrecarga y la depresión se obtuvo un $r = 0,655^{**}$ con un $p = 0,000$, se infiere una relación directamente proporcional lo que implica que mientras mayor sea la sobrecarga se incrementará la depresión en el cuidador y viceversa.

Tabla 20. Resumen del OR de la variable autoeficacia en la institución 3 de Diciembre

Variables Demográficas	Alta Autoeficacia		Baja Autoeficacia		OR	IC 95%		Valor p	Interpretación
	F	F%	F	F%		Inferior	Superior		
Edad									
20 - 50 años	124	77,5 %	9	5,6 %	1,102	0,224	5,412	0,905	No significativo
51 - 70 años	25	15,6 %	2	1,3 %					
Sexo									
Femenino	124	77,5 %	8	5,0 %	1,860	0,461	7,503	0,377	No significativo
Masculino	25	15,6 %	3	1,9 %					
Escolaridad									
Nivel Alto	75	46,9 %	2	1,3 %	4,561	0,953	21,823	0,039	No Significativo
Nivel Bajo	74	46,3 %	9	5,6 %					
Trabajo									
SI	48	30,0 %	4	2,5 %	0,832	0,232	2,978	0,777	No significativo
NO	101	63,1 %	7	4,4 %					
Estado Civil									
Con pareja	116	72,5 %	6	3,8 %	2,929	0,841	10,206	0,080	No significativo
Sin pareja	33	20,6 %	5	3,1 %					
Parentesco									

Madre	11 2	70,0 %	6	3,8 %	2,52 3	0,727	8,749	0,13 4	No significativo
Otros Familiares	37	23,1 %	5	3,1 %					

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Como se puede observar en la tabla 20 al analizar las variables demográficas con la variable autoeficacia (alta y baja) se evidenció que ninguna de las variables presenta relación significativa.

Tabla 91. Resumen del OR de la variable sobrecarga en la institución 3 de Diciembre

Variables Demográficas	Sobrecarga				OR	IC 95%		Valor p	Interpretación
	SI		NO			Inferior	Superior		
	F	F%	F	F%					
Edad									
20 - 50 años	10 1	63,1 %	3 2	20,0 %	1,32 9	0,531	3,324	0,542	No significativo
51 - 70 años	19	11,9 %	8	5,0 %					
Sexo									
Femenino	10 2	63,8 %	3 0	18,8 %	1,88 9	0,788	4,525	0,149	No significativo
Masculino	18	11,3 %	1 0	6,3 %					
Escolaridad									
Nivel Bajo	69	43,1 %	1 4	8,8 %	2,51 3	1,194	5,286	0,014	Significativo Riesgo
Nivel Alto	51	31,9 %	2 6	16,3 %					
Trabajo									
SI	35	21,9 %	1 7	10,6 %	0,55 7	0,266	1,168	0,11 9	No significativo
NO	85	53,1 %	2 3	14,4 %					

Estado Civil									
Con pareja	92	57,5 %	30	18,8 %	1,095	0,477	2,515	0,830	No significativo
Sin pareja	28	17,5 %	10	6,3 %					
Parentesco									
Madre	93	58,1 %	25	15,6 %	2,067	0,957	4,465	0,062	No significativo
Otros Familiares	27	16,9 %	15	9,4 %					

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Como se puede observar en la tabla 21 al analizar las variables demográficas con la variable sobrecarga se evidenció que la única que presenta una relación significativa es el nivel de escolaridad; se obtuvo un OR= 2.513 con lo que se infiere que los cuidadores informales de niños con discapacidad de la Escuela 3 de Diciembre con niveles de escolaridad más bajas tienen 2.513 veces más probabilidad de presentar sobrecarga.

Tabla 102. Resumen del OR de la variable depresión en la institución 3 de Diciembre

Variables Demográficas	Depresión				OR	IC 95%		Valor p	Interpretación
	SI		NO			Inferior	Superior		
	F	F%	F	F%					
Edad									
20 - 50 años	43	26,9 %	90	56,3 %	1,135	0,460	2,798	0,784	No significativo
51 - 70 años	8	5,0 %	19	11,9 %					
Sexo									
Femenino	47	29,4 %	85	53,1 %	3,318	1,086	10,136	0,028	Significativo Riesgo
Masculino	4	2,5 %	24	15,0 %					
Escolaridad									

Nivel Bajo	3 6	22,5 %	4 7	29,4 %	3,16 6	1,554	6,450	0.001	Significativo Riesgo
Nivel Alto	1 5	9,4%	6 2	38,8 %					
Trabajo									
SI	5	3,1%	4 7	29,4 %	0,14 3	0,053	0,389	0.00 0	Significativo Protector
NO	4 6	28,8 %	6 2	38,8 %					
Estado Civil									
Con pareja	4 1	25,6 %	8 1	50,6 %	1,41 7	,628	3,198	0.40 0	No significativo
Sin pareja	1 0	6,3%	2 8	17,5 %					
Parentesco									
Madre	4 5	28,1 %	7 3	45,6 %	3,69 9	1,444	9,475	0.00 4	Significativo Riesgo
Otros Familiares	6	3,8%	3 6	22,5%					

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Como se puede observar en la tabla 22 al analizar las variables demográficas con la variable depresión se evidenció que el hecho de ser mujer conlleva 3.318 veces más probabilidades de presentar depresión. También se demostró una asociación significativa con el nivel de escolaridad, los cuidadores informales con bajos niveles de escolaridad presentan 3.166 veces más riesgo de presentar depresión en comparación de aquellos con un nivel de escolaridad más alto, esto puede estar relacionado a la mayor cantidad de herramientas de afrontamiento y resolución de problemas que disponen las personas con mayor nivel de instrucción

Se demuestra también que las madres presentan 3.699 veces más riesgo de desarrollar depresión a comparación del resto de familiares que también cuidan al niño con discapacidad.

Por último, se demuestra que los cuidadores informales que cuentan con trabajo presentan menor probabilidad de desarrollar depresión, concretamente 0.143 veces menos que las personas en situación de desempleo, ya que el tener un trabajo genera en las personas expectativas y sentimientos de motivación que impulsan su crecimiento personal.

Se efectuó el mismo análisis para la Escuela Básica Especial Jefferson Pérez; debido al reducido número de muestra presente en esta institución no se obtuvo ningún valor o asociación estadísticamente representativo, motivo por el cual no se colocan tablas de estos análisis.

CAPITULO V

5. DISCUSION

En este estudio, el perfil del cuidador informal corresponde a mujeres, con una edad entre 31-40 años, con pareja, en su mayoría en situación de desempleo, madre de los niños y el nivel de instrucción que predominó fue primaria; Lo cual coincide con lo reportado en la literatura; en un estudio de la ciudad de México en el que de 281 cuidadores el 79% son mujeres, con una edad comprendida entre 31-45 años, 38% tiene una instrucción primaria, 68% viven en pareja (Bello, 2014).

En otro estudio de Chile, se encontró que de 67 cuidadores el 91% son mujeres, con una edad comprendida entre 46-55 años, mayoritariamente casados, y en su mayoría no realizan un trabajo remunerado fuera del hogar (Flores e. a., 2012).

Los tres estudios, tienen un significativa similitud y consistencia en cuanto a las variables género, edad y estado civil, en estos estudios se demuestra que el sexo predominante que realiza la labor de cuidador es la mujer; fenómeno que puede ser explicado desde la óptica cultural de roles de género, en que por un proceso histórico patriarcal, a la mujer se le ha asignado el papel de cuidadora, tanto de los hijos, como del hogar, es entendible entonces, que sea ella, la mujer, la más indicada, desde el punto de vista antropológico, psicológico y social para cumplir la función de cuidadora de quien necesita ayuda, soporte o protección, fortalecido este rol por los estereotipos sociales en los cuales se le impone la tarea de preocuparse por todos los miembros de la familia, es ella la responsable de la atención en el proceso de salud y enfermedad. Esta característica se replica a nivel mundial (Berg, 2009).

Un niño o niña con discapacidad es percibido como un acontecimiento inesperado que puede perturbar la dinámica familiar y por ello se activan los mecanismos de protección de la misma.

Se hace evidente en nuestro estudio que todos los cuidadores informales pertenecen al entorno familiar; esto se puede explicar, debido a que la familia es el núcleo protector que brinda cuidado, seguridad, afecto y estabilidad. Como refiere la antropóloga Comas d'Argemir brindar cuidado en la familia tiene connotaciones tanto afectivas (ya que se quiere a las personas que se cuida) y morales porque al hacerlo se adquieren un conjunto de obligaciones y deberes derivados del parentesco (Marrugat, 2005).

La autoeficacia del cuidador es definida como “la confianza de esta persona en relación con el manejo de problemas conductuales y de incapacidades del receptor del cuidado” (Haley & K., 1996). En nuestro estudio el 100% de cuidadores de la Escuela Jefferson Pérez presentan altos niveles de autoeficacia; en la Escuela 3 de Diciembre un 93.2 % de cuidadores presentan niveles de autoeficacia entre moderada-alta. Estos datos son comparables con un estudio mexicano en el que el 50.5% de los cuidadores informales presentan una moderada/alta autoeficacia respecto a su desempeño (Pablo Santiago, 2016).

Los padres de los niños con discapacidad presentan habitualmente agotamiento, trastornos de sueño, irritabilidad, entre otros síntomas que pueden derivar en sobrecarga del cuidador.

En el presente estudio de los 10 cuidadores de la Escuela Jefferson Pérez se evidencia una prevalencia de 70% de sobrecarga leve y en la Escuela 3 De Diciembre el 81,4% de los cuidadores presenta algún grado de sobrecarga que varía entre leve (63.8%) moderada (16.3%) e intensa (1.3%) resultados comparables con un estudio realizado en la India,

conformado por 55 cuidadores informales se encontró que el 29.09% presentan sobrecarga leve, 69.09% sobrecarga moderada y el 1.82% intensa (Sachin, 2017).

Es importante mencionar que las escuelas abordadas en nuestro estudio manejan diferentes tipos de discapacidades; por su parte en la Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez” acuden únicamente niños con discapacidad auditiva y la principal limitación que presentaban los cuidadores era la comunicación, condición manejable y superable con la adecuada capacitación en lenguaje de señas, lo cual deriva en el que este tipo de cuidadores afronten de mejor manera la discapacidad de sus niños.

Por otro lado, la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” acoge a niños con múltiples tipos de discapacidades por lo cual los cuidadores presentan distintos niveles de sobrecarga que puede tener relación con el tipo y grado de discapacidad como se presenta en el estudio realizado en Estados Unidos se demuestra que mientras mayor sea la discapacidad mayor será el nivel de sobrecarga del cuidador (Maes, 2003).

Según estadísticas de la OMS, la prevalencia de depresión a nivel mundial es de 4.4% (PAHO, 2017); en el Ecuador la prevalencia es de 4.6% (INEC, 2017) y cada año va incrementándose vertiginosamente. Según un estudio realizado en España, la prevalencia de depresión en cuidadores de personas dependientes es significativamente mayor si se la compara con la población general (Domínguez, 2012). Si nos centramos en la prevalencia de los trastornos depresivos obtenidos en el presente estudio se encontró que de los 160 cuidadores de la escuela 3 de Diciembre un 31.9% presenta algún grado de depresión entre leve (22.5%) y moderada (9.38%). En los resultados del estudio de Buenfil realizado en

México se encontró que 38.92% de los cuidadores presentan algún grado de depresión: leve (11.1%), moderada (16.7%) y grave (11.1%) (Buenfil, 2016).

Por su parte en la Escuela Jefferson Pérez ninguno de los cuidadores de los niños con discapacidad presentó algún grado de depresión hecho que como se mencionó anteriormente puede estar relacionado con el tipo de discapacidad que se maneja en esta institución.

En nuestro estudio se encontró que existe una relación significativa entre el nivel de instrucción y depresión con una $p=0.002$ y también entre situación laboral y depresión con $p=0.000$. Domínguez también demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre depresión y situación laboral; disminuyendo la depresión en aquellos que tienen un trabajo remunerado (Domínguez, 2012).

En cuanto al análisis bivariado de la Escuela 3 de Diciembre entre sobrecarga y depresión se obtuvo una relación positiva y significativa ($\alpha = 0,655^{**}$; $p = 0,000$) ; lo que quiere decir que a mayor sobrecarga percibida por parte del cuidador aumentará la presencia de depresión. Estos datos guardan similitud con el estudio realizado en la ciudad de México en el cual se encontró la misma correlación positiva entre sobrecarga y depresión (Alfaro, 2008).

Por otro lado en el análisis bivariado de esta misma institución entre depresión y autoeficacia se encontró una relación negativa y significativa ($\alpha = -0,335^{**}$; $p = 0,000$ a mayor percepción de autoeficacia menor será la presencia de depresión y viceversa. Desafortunadamente no se pudo encontrar estudios comparativos en cuidadores de personas

con discapacidad; sin embargo, en el ámbito académico en un estudio realizado en México se encontró que existe una relación inversa entre depresión y autoeficacia en donde aquellos sujetos que obtuvieron niveles bajos en depresión presentaron puntajes de autoeficacia altos (Galicía, 2013).

Finalmente en el análisis bivariado de sobrecarga y autoeficacia se encontró una relación negativa y significativa ($\alpha = -0,220^{**}$; $p = 0,005$) lo que significa que a mayor percepción de autoeficacia se presentarán menores niveles de sobrecarga y viceversa. En el estudio de Pablo Santiago también se demuestra una correlación negativa entre la sobrecarga percibida y autoeficacia percibida, ($p=0,01$) (Pablo Santiago, 2016).

En lo que respecta a los resultados provenientes del análisis bivariado de la Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez” no se encontró relación significativa entre ninguna de las variables hecho que puede ser explicado a la limitada muestra de cuidadores presente en esta institución.

Se realizó una dicotomización de variables tanto demográficas como las variables de estudio para poder aplicar la prueba OR. Al analizar los resultados obtenidos entre sobrecarga y variables demográficas mediante el empleo de OR se encontró que las personas con bajo nivel de escolaridad presentan 2.51 veces más probabilidad de desarrollar sobrecarga en comparación con los cuidadores con alto nivel de escolaridad, sin embargo estos datos no coinciden con la literatura revisada, en un estudio de MEXICO no se encontró diferencia significativa de sobrecarga en los cuidadores independientemente de su nivel de escolaridad (De Valle, 2015).

En los resultados obtenidos entre depresión y variables demográficas mediante el empleo de OR se encontró que las personas con niveles más bajos de instrucción tienen más probabilidad de presentar sintomatología depresiva; esto es comparable con un estudio realizado en Brasil en el que se obtuvieron resultados similares (Favero, 2010).

En un estudio de Colombia; Ávila, et al. encuentran que la depresión se asocia más a cuidadores con poca formación educativa, esto podría estar relacionado con limitadas capacidades de afrontamiento y adaptación en crisis ya que sus recursos se encuentran disminuidos a la hora de tomar decisiones (Ávila, 2010).

Otra variable relacionada con la aparición de sintomatología depresiva es la situación laboral, en este estudio se demuestra que las personas que cuentan con un empleo tienen 0.143 veces menos probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva. Este resultado es comparable con el encontrado en la revista de investigación social en la que se afirma que el desempleo tiene importantes efectos sobre la salud mental; uno de ellos es la aparición de patologías mentales como depresión, justificada por una baja autoestima y aparición de sentimientos de inutilidad (Aparicio, 2006).

En nuestro estudio también se encontró que las cuidadoras de sexo femenino tienen más probabilidades de presentar sintomatología depresiva; esto concuerda con la literatura tanto nacional como internacional en la que se evidencia que el sexo femenino presenta doble o triple riesgo de presentar sintomatología depresiva; esto puede explicarse por factores genéticos, biológicos y sociales (Agudelo, 2010).

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- Las características sociodemográficas predominantes de los cuidadores de niños con discapacidad en ambas escuelas son las siguientes: madres, con un nivel de instrucción primario, con pareja, mayoritariamente en situación de desempleo y con una edad comprendida entre 31-40 años.
- Todos los cuidadores de la Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez” presentan altos niveles de autoeficacia; ningún cuidador presenta sintomatología depresiva y la mayoría tiene leves niveles de sobrecarga.
- En la Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez” no se encontró relación estadísticamente significativa con ninguna de las variables de este estudio.
- En la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” el 56.9% de los cuidadores presentan altos niveles de autoeficacia, el 81.4 % presentan algún nivel de sobrecarga y el 31.88% algún nivel de depresión.
- En este estudio para la escuela 3 de Diciembre se encontró una relación estadísticamente significativa entre percepción de autoeficacia-estado civil y autoeficacia-situación laboral.
- Para la escuela “3 de Diciembre” se encontró una relación de dependencia entre el nivel de sobrecarga y la situación laboral .
- Se determinó que la variable depresión presenta relaciones estadísticamente significativas con el nivel de instrucción y situación laboral.

- Otro elemento que arroja la investigación es que en la escuela 3 de Diciembre, se presentan las siguientes relaciones: a) ha mayor percepción de autoeficacia, menor es el nivel de sobrecarga y viceversa; b) ha mayor percepción de autoeficacia menor es el nivel de depresión y viceversa; c) por último, a mayor sobrecarga incrementa la depresión.
- Después de efectuar la dicotomización de las variables tanto las demográficas como las de estudio se encontró que en la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” los cuidadores con bajo nivel de escolaridad (ninguna instrucción y nivel primario) presentan 2.5 veces más probabilidad de presentar sobrecarga.
- En la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” se encontró que las mujeres cuidadoras presentan 3.3 veces más probabilidades de presentar depresión,
- Se determinó también que si el cuidador es madre de los niños tiene 3.6 veces más probabilidad de presentar sintomatología depresiva.
- Además, se encontró que el tener trabajo reduce 0.14 veces la probabilidad de desarrollar un cuadro depresivo.
- Se comprobó la hipótesis de que el nivel de sobrecarga y la presencia de síntomas depresivos influyen en la percepción de autoeficacia.

6.2 Recomendaciones

Después de haber realizado esta investigación se recomienda:

- Crear centros de apoyo para los cuidadores informales de personas con discapacidad en el cual se realicen actividades de ocio y esparcimiento.
- Implementar programas institucionales para la prevención, monitoreo continuo e identificación de posible sintomatología que sugiera sobrecarga o depresión en los cuidadores.
- Diseñar programas educativos para los cuidadores de niños con discapacidad, con el fin de identificar debilidades al momento de ejercer su labor para de esta manera proporcionar mejores estrategias y habilidades en esta actividad.
- Incentivar la creación de grupos de cuidadores en la que compartan experiencias sobre cómo cuidar a los niños con discapacidad y otros temas relacionados sobre cómo cuidarse a sí mismos.
- Se debería extender la capacitación en este tema a profesiones afines (psicólogos, maestros, trabajadores sociales, etc.) para que así puedan brindar un soporte integral a los cuidadores informales.
- Promover más investigaciones que aborden estos temas ya que en el Ecuador no existe suficiente información.
- Concientizar sobre la importancia de una adecuada salud mental en los cuidadores informales.

6.3 Limitaciones del Estudio

- No se encontraron suficientes estudios de autoeficacia en población de cuidadores informales, lo cual fue un obstáculo al momento de comparar los datos.
- La población de la Escuela Jefferson Pérez fue muy reducida lo cual impidió obtener datos que demuestren alguna asociación estadística.

6.4 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agudelo, L. e. (2010). *Psiquiatría*. Medellín: CIB.
- Alarcon, R. (2012). *Psiquitria*. En A. Renato. Washington: OPS.
- Alfaro, e. a. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 485-494. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576066>
- AMBIT, F. (2014). *Crisis emocionales*. AMAT.
- Antonicio D.O, D. W. (1995). Psychotherapy versus medication. *Professional Psychology*, 574-585.
- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Panamericana.
- Aparicio, A. e. (2006). Efectos psicosociales del desempleo. En *Revista de Investigación Social* (págs. 66-74). México.
- Aravena, V., & Alvarado, O. (2010). *EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DE CUIDADORAS/ES INFORMALES*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300012
- Arnedo, S. (2013). *SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y FUNCIONALIDAD DE NIÑOS EN*. Obtenido de <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/2466/1/INFORME%20FINAL%20ENF..pdf>
- Ávila, J. e. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 71-84.
- Ayuso, J. (1981). *Las Depresiones*. Madrid: Interamericana.
- Bardales, K. D. (2006). *Pasado, Presente y Futuro*. *Psicología Social*.
- Bello, J. (2014). *SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS*. Obtenido de <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-gabriela.pdf>
- Benjet, C. e. (3 de 8 de 2004). *La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento*. . Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646506>
- Berg, J. e. (2009). Global Women's Health: A Spotlight on Caregiving. *Nursing Clinics of North America*, 375-384.
- Buenfil, B. e. (2016). Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 150-177.
- Burguillos Peña, A. (30 de 03 de 2014). *SENTIDO DE COHERENCIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL: EFECTO EN LA ANSIEDAD SOCIAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS*. Recuperado el 01 de 07 de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/3498/349851787032/>
- Caraveo, e. a. (2014). *Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama Epidemiológico*. Obtenido de

http://www.biblioteca.cij.gob.mex/Archivos/Materiales_de_consulta/Comorbilidad/Articulos/Trastornos_psiquiAtricos_y_abuso.pdf

- Caro, I. (1987). REVISION CRITICA DE LA TEORIA DE LA AUTOEFICACIA DE A. BANDURA. *Boletín de Psicología*. Obtenido de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N16-4.pdf>
- Carretero, S. e. (2010). *LA SOBRECARGA DE LAS CUIDADORAS DE PERSONAS*. Recuperado el 10 de 09 de 2018, de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Caspi, A. e. (2003). Influence of life stress on depression:moderation by polimorphism in the 5-htt gene Science. *SCIENCE*, 386-389.
- Castel, e. a. (2003). El síndrome del cuidador no profesional: ¿Existen diferencias en funcion de la patologia del en fermo anciano a cuidar? *Revista de Psicogeriatría*, 75-79.
- Castel, A, G. M. (2003). El síndrome del cuidador no profesional: ¿Existen diferencias en funcion de la patologia del en fermo anciano a cuidar? *Revista de Psicogeriatría*, 75-79.
- Cavaye, J. (2006). Carers: The polici context and International comparison. Hidden carers. Policy and Practice in Health and Social Care. . Edinburgh: Dunedin Academic Press.
- Cerrato, I. e. (1998). *La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez*. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf
- CONADIS. (25 de Julio de 2018). *CONADIS*. Obtenido de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/index.html>
- Copeland, w. e. (2013). Prevalence, Comorbidity and Correlates of DSM-5 Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 173-179.
- De Valle, M. e. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *ELSEVIER*, 1-46.
- Desarrollo, A. A. (2018). *Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra*. Obtenido de <http://creena.educacion.navarra.es/web/necesidades-educativas-especiales/equipo-de-psiquicos/discapacidad-intelectualp/definicion-de-discapacidad-intelectual/>
- Díaz, E. (4 de 2 de 2012). *El Duelo y su proceso para superarlo*. Recuperado el 27 de 7 de 2018, de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/64%20El%20duelo%20y%20su%20proceso.pdf>
- Díaz, M. (2008). *AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA DURANTE EL PROCESO DE JUBILACION DE LOS HOMBRES*. Recuperado el 24 de 04 de 2018, de http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/1/tesis-875-autoestima.pdf
- Domínguez, J. ,. (2012). Ansiedad y Depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Medicina de Familia SEMERGEN*, 16-23.
- Douglas M. Maurer, D. (01 de 04 de 2013). *PubMed*. Obtenido de American Family Phisician: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22335214?dopt=Abstract>
- Echerri Garcés, D. (08 de 06 de 2016). *Síndrome del cuidador quemado. Causas, síntomas y estrategias de afrontamiento*. Recuperado el 01 de 07 de 2018, de

<https://infotiti.com/2016/03/sindrome-del-cuidador-quemado-causas-sintomas-y-estrategias-de-afrontamiento/>

- Ecuador, R. M. (24 de 02 de 2017). *Redacción Médica Ecuador*. Recuperado el 25 de 07 de 2018, de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-entre-los-pa-ses-con-m-s-casos-de-depresi-n-en-latinoam-rica-89705>
- Favero, M. y. (2010). Depresión y calidad de vida en madres de niños con trastornos invasores de desarrollo. *evista Latino-Americana de Enfermagem* , 18-27.
- Feldberg, e. a. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. . *Neurología Argentina*, 11-17.
- Flores, E. (26 de 03 de 2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador familiar de adultos mayores con dependencia severa*. . Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf
- Flores, e. a. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 29-41. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-sobrecarga-del-cuidador-factores-S0212656712002090>
- Francesc, T. (2005). Esencia de Cuidar. Siete Tesis. *Sal Terrae: Revista de Teología Pastoral*, 885-894.
- Galicia, I. e. (2013). Autoeficacia en escolares adolescente: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología*, 491-500.
- García Isidoro, S. e. (2013). *Los retos del cuidador del niño con parálisis cerebral*. . Recuperado el 1 de julio de 2018, de https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/68_2/PDF/retoscuidadorParalisisCerebral.pdf
- García, j. r. (2009). *ministerio de sanidad y política social*. Recuperado el 22 de 04 de 2018, de Rogero, J. (2009). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO.
- garcía, j. r. (2009). *ministerio de sanidad y política social* . Recuperado el 22 de 04 de 2018, de Rogero, J. (2009). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO.
- García, M., Rodríguez, M., & Navarro, M. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*, 83-92.
- García, R. (23 de 2 de 2015). *Discapacidad y problemática familiar*. Obtenido de <http://www.udgvirtual.udg.mx/paakat/index.php/paakat/article/view/229/345>
- Gómez, e. a. (2016). *Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n3/v18n3a04.pdf>
- Greenberg, I. y. (1999). Trabajar con las emociones en psicoterapia . Barcelona: Paidós.
- Grimaldo, M. (19 de 01 de 2005). *VALIDEZ Y CONFIABILIDAD LA ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL DE BAESSLER & SCHWARZER*. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/236220396_Propiedades_Psicometricas_de_la_escala_de_Autoeficacia_General_de_Baessler_Schwarzer

- Gutierrez, e. a. (2011). Relaciones entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares. . *Psicothema*, 13-19.
- Hales, R. (2014). *Tratado de Psiquiatría clínica*. Barcelona: Elsevier.
- Haley, H., & K., P. (1996). Relations of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and Aging*, 389-392.
- Haley, W., & Pardo, D. (1989). Relations of severity of dementia to caregiving stressors. *Psychology and aging*, 389-392.
- INEC. (2017). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 27 de 5 de 2018, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)*. (s.f.). Recuperado el 23 de 09 de 2018, de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf
- Kaplan, e. a. (2015). Sinopsis de psiquiatría. En S. y. Kaplan, *Sinopsis de psiquiatría* (pág. 532). Madrid: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH.
- Kendler KS, G. M. (2006). *A Swedish national twin study of lifetime major depression*. Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology?search=depresi%C3%B3n%20genetica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Kupfer, J. D. (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Editorial Panamericana.
- Leiderman, E. (2013). *Sobrecarga del cuidador, calidad de vida y sintomatología depresiva en*. Obtenido de https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1675/Leiderman_Tesis_CC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- LEY ORGANICA. (22 de 09 de 2018). *REGLAMENTO GENERAL A LA LEY DE DISCAPACIDADES*. Obtenido de https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/Reglamento-lod-decre_-194.pdf
- Loukissa. (1994). Concept and models for the study of caregiver burden. *Journal of Psychiatric and Mnetal Health Nursing*, 151-156. Obtenido de *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Maes, B. e. (2003). Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioural or psychiatric problems. *Journal of Intellectual Disability Research.*, 447-455.
- Marrugat, M. (2005). La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. . *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 171-177.

- MARTÍNEZ-LÓPEZ, e. a. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis infntil severa. . *Psicología y Salud*, 275-282. Obtenido de Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa .
- Mendels, J. (1972). *La Depresion*. Barcelona: Hender.
- Mendoza, G. (2014). *Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica*. Obtenido de <http://medicinainterna.org.pe/pdf/SPMI%202014-1%20articulo%20%20sindrome%20de%20sobrecarga.pdf>
- Montero, X. (2014). *Escala de carga del cuidador de Zarit: Evidencia de validez en México*. Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/44918/42834>
- Navarro, R. y. (2 de 12 de 2004). *Anales de psicología*. Recuperado el 26 de 07 de 2018, de https://www.um.es/analesps/v20/v20_2/05-20_2.pdf
- OMS. (22 de 03 de 2018). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud*. (2018). Obtenido de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- Ortiz, L. B. (2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Aquichán: Mirada internacional.
- Pablo Santiago, R. e. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 152-158.
- PAHO. (2017). *Depresión: hablemos*. Obtenido de Depresión: hablemos.: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360
- Perez Padilla, E. A. (2017). *Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor*. Recuperado el 26 de 7 de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
- Prieto, L. (2007). *Autoeficacia del profesor universitario: Eficacia percibida y práctica docente*. Madrid: Narcea.
- Psicologos, C. G. (2013). *Evaluacion del Inventario BDI-II*. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Psiquiatria, A. A. (2017). *Asociacion Americana de Psiquiatria*. Obtenido de <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Pulgarin A, e. a. (2011). *Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000100003
- RAE. (2018). *RAE*. Obtenido de RAE: <http://dle.rae.es/?id=5X9HJy3>
- Ramirez, M. M. (2005). Habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cancer gastrointestinal. *Avances de Enfermería* , 7-17.
- Retamal . (2005). *Enfermedad depresiva*. Buenos Aires: Mediterraneo.

- Retamal, P. (2017). *Que es la depresion*. Obtenido de Que es la depresion: http://www.psiquiatriachile.cl/pdf/Diagnostico_depresion_enmascarada.pdf
- Rocha, T., & Ramírez, R. (2011). Identidades de género bajo una perspectiva multifactorial: elementos que delimitan la percepción de autoeficacia en hombres y mujeres. *Acta Investig Psicol*, 454-472.
- Rodriguez Campo, V. e. (10 de 2012). *Enfermería global*. Recuperado el 02 de 05 de 2018, de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>
- Rodríguez del Álamo, A. (2004). *Sobrecarga Psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Causas, problemas y soluciones*. Recuperado el 1 de julio de 2018, de http://www.gerontalia.com/sobre_carga.html
- Rodriguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Española de geriatría y gereontologia*, 1-79. Recuperado el 22 de 04 de 2018, de Rodríguez-Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de la ciudadanía. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(3), 5-15. doi: 10.1016/S0211-139X(0
- Roig, V. e. (1998). *La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer*. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/08-14-2.pdf
- Rojas, M. (2014). *NIVEL DE AUTOEFICACIA DE LOS EMPLEADOS DE LA CONFEDERACIÓN DEPORTIVA*. Recuperado el 23 de 09 de 2018, de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/43/Rojas-Manuel.pdf>
- Ruiz, A. e. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de Enfermería Neurológica*, 163-169.
- Sachin, D. . (2017). Assessment of burden among caregivers of cognitively impaired elderly, residing in an urban of North Karnataka: a cross sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4224-4227.
- Sanacora G, M. G. (1999). *Pubmed*. Obtenido de Reduced cortical gamma-aminobutyric acid levels in depressed patients determined by proton magnetic resonance spectroscopy.: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology/abstract/147>
- Seguí, J. (24 de 6 de 2008). *Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16724112>
- Simon, G. (2017). *uptoDate*. Obtenido de Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=depresi%C3%B3n%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H432086996
- Steffen, A. M. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Reliability and Validity Studies. *The Journals of Gerontology*, P74–P86.
- Torralba, F. (2005). Esencia de Cuidar. Siete Tesis. *Sal Terrae: Revista de Teología Pastoral*, 885-894.

- Vallejo, J. (2015). *INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA Y LA PSIQUIATRIA*. Barcelona: Elsevier.
- Vázquez, F. L. (27 de julio de 2018). *DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS*. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40581873/teorias_de_la_depresion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1532729126&Signature=XzJR9AA1IL%2BicW2vQF1JqfUFjJg%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTeorias_de_la_depres
- Velasquez, A. (2012). *Pequén*. Obtenido de REVISIÓN HISTÓRICO-CONCEPTUAL DEL CONCEPTO DE AUTOEFICACIA.: <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/8%20REVISI%C3%93N%20HIST%C3%93RICO-CONCEPTUAL%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20AUTOEFICACIA.pdf>
- WHO. (2017). *Depression and other common mental disorders*. Obtenido de WHO
- Williams D, e. a. (2007). *PUBMED*. Obtenido de Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology?search=depresi%C3%B3n%20genetica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4
- Williams, J., & Nieuwsma, J. (10 de 05 de 2018). *UptoDate*. Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?search=depression&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
- Zarit, S. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 649-655.
- Zenteno, A. e. (2017). Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado critico. *Enfermería universitaria*, 146-154.

6.5 ANEXOS

Anexo 1. TABLAS Y GRÁFICOS

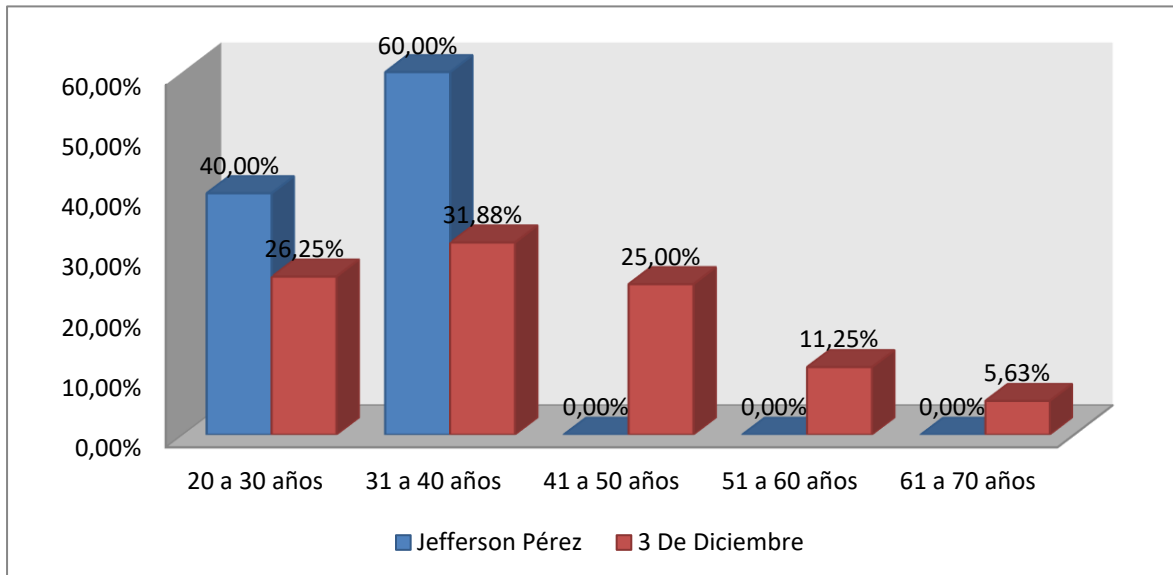
Tabla 113. Distribución de las muestras de cada institución según el género

Institución	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	F%	F	F%	F	F%
Jefferson Pérez femenino	7	70,0%	3	30,0%	10	100%
3 de Diciembre	132	82,5%	28	17,5%	160	100%

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Gráfico 5. Comparación de las muestras de cada institución según la edad



Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Tabla 124. Distribución de las muestras de cada institución según el nivel instrucción

Nivel de instrucción	Institución			
	Jefferson Pérez		3 De Diciembre	
	F	F%	F	F%
Ninguna	0	0,00%	7	4,38%
Primaria	5	50,00%	76	47,50%
Secundaria	3	30,00%	66	41,25%
Universidad	2	20,00%	11	6,88%
Total	10	100,0%	160	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Tabla 135. Distribución de las muestras de cada institución según el estado civil

Estado Civil	Institución			
	Jefferson Pérez		3 de Diciembre	
	F	F%	F	F%
Unión Libre	5	50,0%	51	31,9%
Casado	4	40,0%	71	44,4%
Divorciado	0	0,0%	13	8,1%
Viudo	0	0,0%	7	4,4%
Soltero	1	10,0%	18	11,3%
Total	10	100,0%	160	100,0%

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

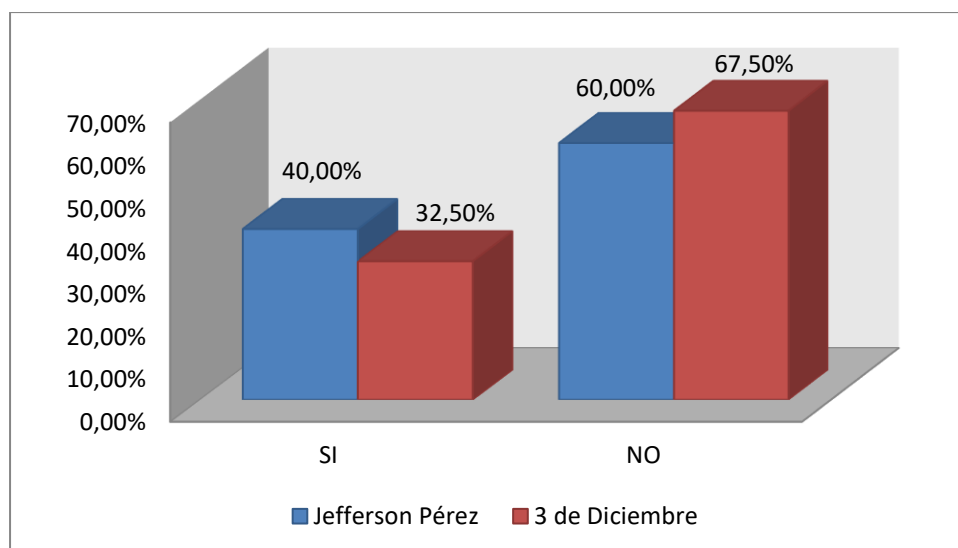
Tabla 146. Distribución de las muestras de cada institución según el parentesco

Parentesco	Institución			
	Jefferson Pérez		3 de Diciembre	
	F	F%	F	F%
Madre	6	60,0%	118	73,8%
Padre	3	30,0%	21	13,1%
Herman@	0	0,0%	10	6,3%
Tí@	1	10,0%	3	1,9%
Abuel@	0	0,0%	6	3,8%
Otros	0	0,0%	2	1,3%
Total	10	100%	160	100%

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

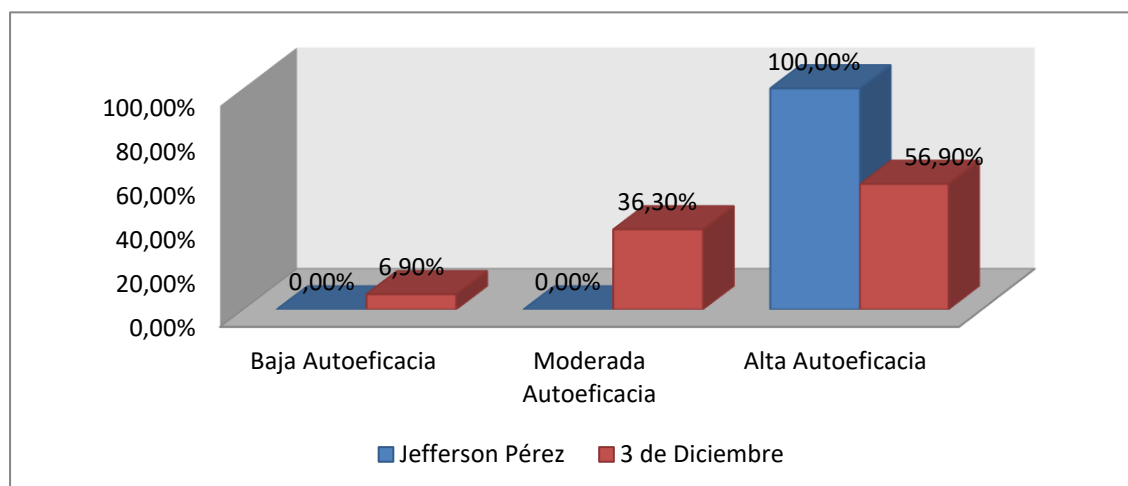
Gráfico 6. Comparación de las muestras de cada institución según la situación laboral



Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

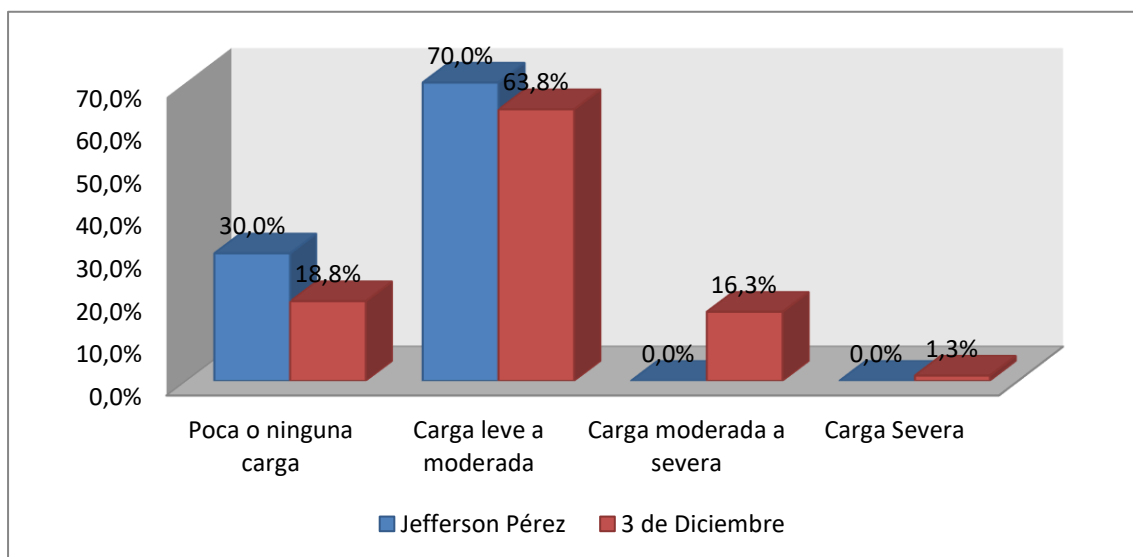
Gráfico 7. Comparación de las muestras de cada institución según el nivel de autoeficacia



Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

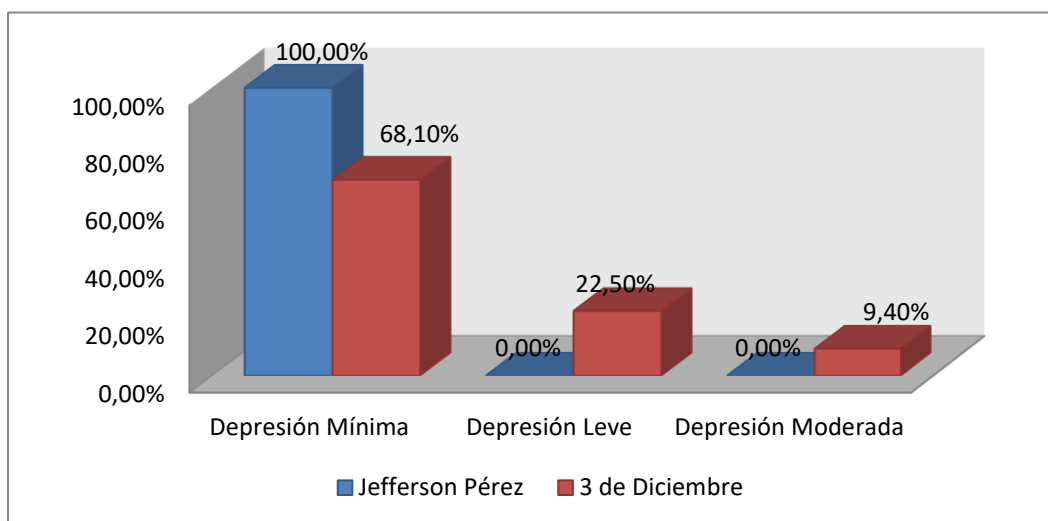
Gráfico 8. Comparación de las muestras de cada institución según el nivel de sobrecarga



Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Gráfico 9. Comparación de las muestras de cada institución según el nivel de depresión



Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Tabla 157. Pruebas de Correlación de Pearson en la institución Jefferson Pérez

		Puntuación Total Autoeficacia	Puntuación Total Sobrecarga	Puntuación Total Depresión
Puntuación Total Autoeficacia	Correlación de Pearson	1	-0,179	0,420
	Sig. (bilateral)		0,620	0,227
	N	10	10	10
Puntuación Total Sobrecarga	Correlación de Pearson		1	-0,408
	Sig. (bilateral)			0,242
	N		10	10
Puntuación Total Depresión	Correlación de Pearson			1
	Sig. (bilateral)			
	N			10

Fuente: Encuestas realizadas a cuidadores informales de niños con discapacidades de la Escuela Especial Fiscal “3 de Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”. Lago Agrio-Sucumbíos.

Elaborado por: Flores Arlet y Montesdeoca Patricia

Anexo 2. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A LOS CUIDADORES DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA

El objetivo de este documento es brindar a los participantes de esta investigación información acerca de la misma y del rol que desempeñan como participantes.

La presente investigación será realizada por Sofía Flores y Gabriela Montesdeoca, estudiantes de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

La presente investigación “Percepción de Autoeficacia, Síntomas Depresivos y Nivel de Sobrecarga En El Cuidador Informal De Niños Con Discapacidades De La Escuela Especial Fiscal “3 De Diciembre” y Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Perez”. tiene como objetivo identificar la idea que tienen los cuidadores de estos niños acerca de la labor que realizan al cuidarlos así como también relacionar este factor con las características en las que se desenvuelve el cuidador.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria; usted podrá retirarse del estudio incluso si ha aceptado participar en él antes.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre la investigación puede hacer preguntas en cualquier momento. Si alguna pregunta le causa incomodidad tiene el derecho de no responderla o de informarle a alguna de las investigadoras.

Agradecemos su participación.

Yo, _____ con CI _____, he sido informada acerca del objetivo de la presente investigación. Acepto voluntariamente mi participación en esta investigación

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, que la información obtenida será estrictamente confidencial y la información obtenida será usada únicamente en la presente investigación.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Arlet Sofía Flores Rojas
Pontificia Universidad Católica del
Ecuador
Cel: 0992156236
Email:arletsofi@hotmail.com

Patricia Gabriela Montesdeoca Rhea
Pontificia Universidad Católica del
Ecuador
Cel: 0984557405
Email:montesdeoca_gabriela@yahoo.co
m

Anexo 3. CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El presente cuestionario tiene como finalidad recolectar datos importantes para la realización del trabajo de investigación "PERCEPCIÓN DE AUTOEFICACIA, SINTOMAS DEPRESIVOS Y NIVEL DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR INFORMAL DE NIÑOS CON DISCAPACIDADES."

Nombre: _____

1. **Edad:** ____ años
2. **Sexo:** F____ M__
3. **Escolaridad:** Ninguna____ Primaria ____ Secundaria____ Universidad____
4. **Trabaja:** SI____ NO____
5. **Estado civil:** Soltero____ Casado____ Unión libre__ Divorciado__ Viudo__
6. **Parentesco:** Madre____ Padre__ Abuelos__ Hermanos __ Tíos __

Anexo 4. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL DE BAESSLER Y SCHWARZER

Nombre: _____

INDICACIONES:

Lea cada una de las afirmaciones y marque con una X el número que considere conveniente. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1	2	3	4
INCORRECTO	APENAS CIERTO	MÁS BIEN CIERTO	CIERTO

No.	Afirmaciones	1	2	3	4
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5	Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas.				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer.				
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				

(Rojas, 2014)

Anexo 5. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

NOMBRE: _____

INDICACIONES:

Lea cada una de las afirmaciones y marque con una X el número que considere conveniente. No hay respuestas correctas o incorrectas.

0	1	2	3	4
Nunca	Casi Nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre

No.	Afirmaciones	0	1	2	3	4
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente en la relación que tiene usted con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a 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/condición de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor de su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por cuidar a su familiar?					

(Zarit, 1980)

Anexo 6. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE: _____

Por favor, lea con atención cada pregunta. Luego elija el que mejor describa el modo en el que se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido.

Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1. **Tristeza**
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste gran parte del tiempo
 - 2 Me siento triste todo el tiempo.
 - 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. **Pesimismo**
 - 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
 - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 - 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 - 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. **Fracaso**
 - 0 No me siento como un fracasado.
 - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 - 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. **Pérdida de Placer**
 - 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. **Sentimientos de Culpa**
 - 0 No me siento particularmente culpable.
 - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber
 - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. **Sentimientos de Castigo**
 - 0 No siento que este siendo castigado
 - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
7. **Disconformidad con uno mismo.**
 - 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
 - 1 He perdido la confianza en mí mismo.
 - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
 - 3 No me gusto a mí mismo.
8. **Autocrítica**
 - 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
 - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
 - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas
 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 2 Querría matarme
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. Agitación
 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Pérdida de Interés
 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
 0 No siento que yo no sea valioso
 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 3 Siento que no valgo nada.
15. Pérdida de Energía
 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 1ª Duermo un poco más que lo habitual.
 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
 2ª Duermo mucho más que lo habitual.
 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
 3ª. Duermo la mayor parte del día
 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. Irritabilidad
 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 3 Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2ª. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.
- 19. Dificultad de Concentración
- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
- 20. Cansancio o Fatiga
- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
- 21. Pérdida de Interés en el Sexo
- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

(Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), s.f.)

Anexo 7. FOTOGRAFÍAS

Explicación del tema de investigación a los cuidadores informales de la Escuela Especial Fiscal “3 De Diciembre”



Aplicación personalizada de los instrumentos en la Escuela Especial Fiscal “3 De Diciembre”



Aplicación personalizada de los instrumentos en la Escuela de Educación Básica Especial “Jefferson Pérez”.



