



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA PARA DISMINUIR EL SÍNDROME DE SOBRECARGA, EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD EN EL DISTRITO 15D01 ARCHIDONA.

EDISON RAMIRO SAMANIEGO LAYEDRA.

Trabajo de titulación modalidad: Proyectos de Investigación Y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba – Ecuador
Septiembre - 2019



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, titulado “Intervención farmacológica para disminuir el síndrome de sobrecarga, en cuidadores de pacientes con discapacidad.”, de responsabilidad de Dr. Edison Ramiro Samaniego Layedra ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Tribunal:

Dr. Juan Mario Vargas Guambo, Mgs.

PRESIDENTE

Dr. Edwin Edgar Morocho Aguagallo, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

Dr. René Orlando Chunllo Quishpi, Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. William James Guillen, Esp.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Riobamba, septiembre del 2019

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Edison Ramiro Samaniego Layedra, soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



Edison Ramiro Samaniego Layedra

CÉDULA: 060351701-2

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Edison Ramiro Samaniego Layedra, declaro que el presente proyecto de investigación, es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados. Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación de Maestría.



Edison Ramiro Samaniego Layedra

CÉDULA: 060351701-2

DEDICATORIA

A Dios por permitirme disfrutar de este momento, a mi familia María Belén, Leonardo y Gabriel, a ustedes que son la razón de mi vida, jamás hubiera podido culminar este sueño sin su apoyo incondicional, sin su amor, en tiempos tristes jamás me dejaron caer, a ustedes que les debo todo. De igual forma a las mujeres que han sido mi segunda madre, Verónica y Enriqueta este viaje lo hicimos juntos, tío Marquito, Napo, Dios les pague, nunca podría pagarles todo lo que hicieron por mí. A toda mi familia gracias por su apoyo incondicional durante todo este largo recorrido, Natalia, Brihana, Aaron, Magui, gracias por cuidar de mis hijos como si fueran suyos. Amigos míos Mayra y Jonathan también a ustedes, hicieron de esta experiencia una de las más especiales.

Muy especialmente este logro va dedicado a la memoria de mis padres seres excepcionales que me enseñaron a enfrentar la vida con humildad, a mi madre con quien compartimos el sueño de ser médico, y finalmente a mi padre, pilar de mi existencia, cuando te fuiste te llevaste la mitad de mi vida, hoy te extraño y te recuerdo más que nunca.

En mi memoria vivirán para siempre

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, a mi familia y mis amigos por estar siempre presentes.

Mi profundo agradecimiento a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, y al Instituto de Posgrado y Educación Continua, sus autoridades y todo su personal, a mis docentes infinitas gracias.

De igual manera mi agradecimiento profundo al Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena, a mis médicos tratantes de los servicios de: emergencia, pediatría, ginecología, y medicina interna, junto con sus médicos residentes, e internos rotativos, gracias por tanto conocimiento y buenos momentos.

Al Distrito 15D01 Salud, muchas gracias por permitirme ser parte de ustedes durante estos tres años y poder realizar este trabajo investigativo.

Muy especialmente agradecerle a la Unidad de salud tipo A Cotundo a todo su personal médico, odontológico, enfermería, farmacia, estadística, y de limpieza.

Un reconocimiento de gratitud a mis amigos TAPS los llevare siempre en mi corazón.

A todos los habitantes de mi querido Cotundo, más que mis pacientes fueron mis maestros, gracias por hacer de mí una mejor persona.

Y finalmente Dr. Rene Chunllo, Dr. William Guillen, gracias por sus conocimientos, por guiarme durante este proceso, gracias por depositar en mí su confianza, no los defraudare.

Mi gratitud eterna al Dr. Edwin Morocho, gracias por ser parte y guía de esta investigación, pero muy especialmente gracias por su amistad, gracias por enseñarme que esta carrera no es una profesión, es una herramienta cuyo fin es el bienestar de nuestro paciente y su familia, me llevare siempre conmigo su ejemplo de dedicación y abnegación por nuestros pacientes.

Edison

ÍNDICE GENERAL

	Páginas
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.1.1. Situación problemática	2
1.1.2. <i>Formulación del problema</i>	4
1.2. Justificación de la Investigación.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	5
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	5
1.4. Hipótesis	5
CAPÍTULO II	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes del problema.....	6
2.2. Bases teóricas	6
2.2.1. <i>Síndrome de sobrecarga su vinculación con factores Fisiológicos</i> y <i>Psicológicos</i>	9
2.2.1.1. <i>Síntomas Fisiológicos y Psicológicos</i>	9
2.2.1.2. <i>Signos de agotamiento y estrés</i>	10
2.2.1.3. <i>Subtipos de agotamiento</i>	12
2.2.1.4. <i>Causas del Síndrome de sobrecarga</i>	14
2.2.1.5. <i>Afrontamiento del síndrome de sobrecarga</i>	16
2.2.2. <i>Los cuidadores Informales</i>	17
2.2.3. <i>Evaluación del SCC</i>	19
2.2.3.1. <i>Test de sobrecarga de Zarit</i>	19
2.2.3.2. <i>Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21)</i>	20
2.2.4. <i>Tratamientos del SCC</i>	22
2.3. Glosario de términos.....	23
2.4. Identificación de variables.....	24
2.5. Operacionalización de variables	25
2.6. Matriz de consistencia	28

CAPÍTULO III.....	30
3. METODOLOGÍA.....	30
3.1. Tipo y diseño de la investigación	30
3.2. Método de investigación.....	30
3.3. Enfoque de la investigación.....	30
3.4. Alcance de la investigación	31
3.5. Población de estudio	31
3.6. Unidad de análisis.....	31
3.7. Selección de la muestra	31
3.7.1. Criterios de inclusión.....	31
3.7.2. Criterios de exclusión	31
3.7.3. <i>Criterios de salida</i>	32
3.8. Tamaño de la muestra.....	32
3.8.1. <i>Universo</i>	32
3.8.2. Población	32
3.9. Técnicas de recolección de datos.....	32
3.10. Normas Éticas.....	33
3.11. Limitaciones del Estudio.	33
CAPÍTULO IV.....	34
4. ANÁLISIS Y RESULTADOS	34
4.1. Estadísticas descriptivas	34
4.1.1. <i>Estadísticas sociodemográficas de los cuidadores</i>	34
4.1.2. <i>Estadísticas de los pacientes</i>	36
4.1.3. <i>Estadística de la Salud del Cuidador</i>	38
4.2. Aplicación del test de Zerit para medir sobre carga.	40
4.2.1. <i>Resultados del pretest de Zerit antes del tratamiento farmacológico</i>	40
4.3. Aplicación del pretest DASS-21 para medir depresión ansiedad y estrés, previo el tratamiento farmacológico.....	50
4.3.1. <i>Resultados del pretest de DASS 21 depresión</i>	50
4.3.2. <i>Resultados del pretest de DASS 21 (Ansiedad)</i>	51
4.3.3. <i>Resultados del pretest de DASS 21 Estrés</i>	52
4.4. Resultados del retest de Zarit después del tratamiento farmacológicos	53
4.5. Resultados del retest DASS 21 después del tratamiento farmacológico	53
4.5.1. <i>Resultados de Retest de Depresión</i>	53
4.5.2. <i>Resultados del Postest de Ansiedad</i>	54
4.5.3. <i>Resultados del retest de Estrés</i>	54
4.6. Comprobación de la valides de tratamiento de sobrecarga.....	55

4.7.	Comprobación de valides de tratamiento farmacológico Pretest/Retest DASS 21	56
4.7.1.	<i>Comprobación de validez de tratamiento farmacológico Pretest/Retest para la depresión.....</i>	56
4.7.2.	Comprobación de validez de tratamiento farmacológico Pretest/Retest para la ansiedad	57
4.7.3.	<i>Comprobación de validez de tratamiento farmacológico Pretest/Retest para el estrés.....</i>	58
4.8.	Discusión	59
CAPÍTULO V		63
5.	PROPUESTA	63
5.1.	Diseño de proyecto de intervención	63
5.1.1.	<i>Antecedentes</i>	63
5.1.2	<i>Fundamentación</i>	64
5.1.3.	<i>Diagnóstico.....</i>	65
5.2.	Objetivos de la propuesta.....	65
5.2.1	<i>Objetivo General de la propuesta.....</i>	65
5.2.2.	<i>Objetivos específicos de la propuesta.....</i>	66
5.3.	Diseño/desarrollo de la intervención	66
5.3.1.	<i>Diseño y programación</i>	66
5.3.1.1.	<i>Valoración Clínica Integral.....</i>	66
5.3.1.2.	<i>Dosificación de fármacos</i>	67
5.3.2.	<i>Evaluación</i>	69
CONCLUSIONES		70
RECOMENDACIONES		71
BIBLIOGRAFÍA		
ANEXOS		

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-4	Edad de los cuidadores	34
Tabla 2-4.	Sexo de los cuidadores	35
Tabla 3-4	Estado Civil de los cuidadores	35
Tabla 4-4	Nivel de estudios de los cuidadores.....	35
Tabla 5-4	Actividad Principal de los cuidadores	36
Tabla 6-4	Sexo del paciente en dependencia	36
Tabla 7-4	Edad de los pacientes	36
Tabla 8-4	Relación de dependencia del paciente con el cuidador	37
Tabla 9-4	Enfermedad del Paciente	37
Tabla 10-4	Horas de atención diarias realizadas por el cuidador	37
Tabla 11-4	Tiempo que lleva de cuidador en años	38
Tabla 12-4	Visitas Atención Primaria en el año	38
Tabla 13-4	Percepción de calidad de vida	39
Tabla 14-4	Percepción de la calidad de Salud.	39
Tabla 15-4	Resultados de pretest de sobrecarga.....	40
Tabla 16-4	Asociación Nivel de sobrecarga con edad de los cuidadores	40
Tabla 17-4	Asociación Nivel de sobrecarga con sexo	41
Tabla 18-4	Asociación del nivel de sobrecarga con el nivel de estudios.....	42
Tabla 19-4	Asociación del nivel de sobrecarga con Actividad principal	42
Tabla 20-4	Asociación del nivel de sobrecarga con remuneración	43
Tabla 21-4	Asociación del nivel de sobrecarga con sexo de los pacientes.....	44
Tabla 22-4	Asociación del nivel de sobrecarga con Edad de los pacientes	44
Tabla 23-4	Asociación del nivel de sobrecarga con relación de dependencia.....	45
Tabla 24-4	Asociación del nivel de sobrecarga con Enfermedad del paciente.....	46
Tabla 25-4	Asociación del nivel de sobrecarga con horas de atención diarias.....	46
Tabla 26-4	Asociación del nivel de sobrecarga con Tiempo de cuidador/años.....	47
Tabla 27-4	Asociación del nivel de sobrecarga con N° de visitas a AP en el año	48
Tabla 28-4	Asociación del nivel de sobrecarga con Percepción de calidad de vida.....	49
Tabla 29-4	Asociación del nivel de sobrecarga con Percepción de calidad de salud	49
Tabla 30-4	Resultados de Pretest DASS 21 (depresión)	50
Tabla 31-4	Grado de Depresión.....	51
Tabla 32-4	Resultados Pretest DASS 21 (Ansiedad).....	51
Tabla 33-4	Grado de Ansiedad	51
Tabla 34-4	Resultados Pretest DASS 21 (Estrés).....	52
Tabla 35-4	Grado de Estrés	52

Tabla 36-4	Resultados de retest de sobrecarga.....	53
Tabla 37-4	Resultados Retest de DASS 21 (niveles de depresión)	53
Tabla 38-4	Resultados del Retest DASS 21 (niveles de Ansiedad).....	54
Tabla 39-4	Resultado de retest DASS 21 (niveles de Estrés).....	54
Tabla 40-4	Comprobación de validez de tratamiento para sobre carga Pretest/Retest de Zarit	55
Tabla 41-4	Validez de tratamiento para la depresión	56
Tabla 42-4	Validez de tratamiento para la ansiedad.....	57
Tabla 43-4	Validez de tratamiento para el estrés.....	58

RESUMEN

Se propuso la realización de una investigación orientada a una intervención farmacológica para disminuir el Síndrome de Sobrecarga en los cuidadores de personas con discapacidad que reciben el Bono Joaquín Gallegos Lara. Para el efecto se plantea la aplicación del Test de Zarit para medir nivel de sobrecarga y el test DASS 21 que evalúa los niveles de depresión, Ansiedad y Estrés. La aplicación de estos instrumentos de evaluación se realizó en dos tiempos un pretest previo a la aplicación de la propuesta de tratamiento farmacológico y un retest en el cual se indique los resultados obtenidos del tratamiento. Se establecen además datos socio epidemiológicos que contribuyen a establecer las relaciones de asociación con el nivel de sobrecarga. Con la consecución de estos datos en dos momentos diferentes se realizó un análisis comparativo aplicando el estadístico de McNemar Bowker que establece diferencias significativas entre situaciones de antes y después de la aplicación de un tratamiento. Los resultados obtenidos indican que los cuidadores presentan síntomas de sobrecarga ligera, e intensa, así como Depresión, Ansiedad y Estrés, para combatirlos se propuso la aplicación de un tratamiento farmacológico básico consistente en AINES, ansiolíticos y antidepresivos. En dosis y tiempo en función de las necesidades específicas de los cuidadores. Los resultados obtenidos indican que los tratamientos empleados dieron los resultados esperados, disminuyendo los síntomas de las patologías y elevando el número de cuidadores sin síndrome de sobrecarga, depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, se recomienda la aplicación de tratamientos integrales para obtener mejores resultados.

Palabras Clave: TECNOLOGIA Y CIENCIAS MEDICAS, MEDICINA FAMILIAR SÍNDROME DE CARGA, DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS, FÁRMACO, TRATAMIENTO, NAPO (PROVINCIA)



ABSTRACT

It is proposed to conduct a research oriented towards a pharmacological intervention to reduce Overload Syndrome in caregivers of people with disabilities who receive the Joaquín Gallegos Lara Bonus. For this purpose, the application of the Zarit Test is proposed to measure the level of overload and the DASS 21 test that evaluates the levels of depression, anxiety and stress. . The application of these evaluation instruments was carried out in two stages, a pretest prior to the application of the pharmacological treatment proposal and a retest in which the results obtained from the treatment are indicated. Socio-epidemiological data are also established that contribute to establishing association relationships with the level of overload. With the achievement of these data at two different times, a comparative analysis was performed applying the McNemar Bowker statistic that establishes significant differences between situations before and after the application of a treatment. The results obtained indicate that caregivers have symptoms of light and intense overload, as well as depression, anxiety and stress, to combat them It was proposed: the application of a basic drug treatment consisting of AINES, anxiolytics and antidepressants. In dose and time depending on the specific needs of the caregivers. The results obtained indicate that the treatments used gave the expected results, reducing the symptoms of the pathologies and raising the number of caregivers without syndrome of overload, depression, anxiety and stress. However, the application of comprehensive treatments is recommended for best results.

Keywords: TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES, FAMILY MEDICINE, LOAD SYNDROME, DEPRESSION, ANXIETY, STRESS, DRUG, TREATMENT, ÑAPO (PROVINCE)



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La población de personas con discapacidad crece en la medida en que aumenta la densidad poblacional, esto significa que detrás de cada persona que tiene algún problema o deficiencia superior al 30% requiere de una persona que se encargue de ella de forma permanente con el propósito de una mejor adaptabilidad en la sociedad.

Los cuidadores que realizan este tipo de trabajo, por sus características, son susceptibles a presentar daños a nivel físico, por el esfuerzo realizado y a nivel psicológico por la intensidad emocional que conlleva este trabajo.

En este contexto se plantea la presente investigación que busca establecer la incidencia del síndrome de sobrecarga en los cuidadores de las personas con discapacidad que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara y la realización de una intervención farmacológica que permita disminuir esta patología en el distrito 15D01 Archidona.

Para el efecto, sobre una base teórica, se plantea la realización del trabajo en función de la aplicación de un pretest y un retest aplicando como instrumentos el Test de Zarit para medir el nivel de sobrecarga y el Test de DASS 21, que mide depresión, ansiedad y estrés cuyos resultados se complementan con el análisis de variables socio epidemiológica obtenidas a través de una encuesta.

Los resultados obtenidos en el pretest de nivel de sobrecarga se comparan con los datos obtenidos en la encuesta, con el propósito de analizar el nivel de asociación entre estas variables para el efecto se utiliza la prueba estadística no paramétrica de chi cuadrado de independencia que determina el grado de relación existente.

Esta información permite determinar cuáles son los problemas y necesidades de los cuidadores para la estructuración y aplicación de un tratamiento farmacológico. Se aplican nuevamente las pruebas de test y se comparan los datos a través de tablas de contingencia y el estadístico de comparación antes y después de McNemar, encontrándose que existen diferencias significativas entre los dos periodos, lo que significa que los tratamientos aplicados de acuerdo al nivel de complejidad de sobre carga dieron resultados positivos. Se considera que los resultados

obtenidos en esta investigación serán de gran utilidad para su aplicación en otros entornos que contemplen condiciones parecidas a las aplicadas en este trabajo.

1.1. Planteamiento del Problema

1.1.1. Situación problemática

De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) la discapacidad se considera un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación (Vasqu ez Varquero, 2001), esto es las limitaciones de interacción con la sociedad y el medio ambiente que padecen algunas personas por efecto de una enfermedad física o psicosomática.

La OMS (2011), reporta que en el mundo más de 15% de la población sufre de algún tipo de incapacidad, de ella el 3% tienen discapacidades graves y estas cifras van en aumento por efecto de la prolongación del tiempo de vida y el incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas, con tratamientos que prolongan la vida de los pacientes, pero con altos costos en la calidad de vida.

Por obvias razones, las personas con discapacidad requieren una mayor demanda de asistencia en salud, y tienen mayor cantidad de necesidades insatisfechas en esta área, así, por ejemplo; en un análisis de los resultados propuestos por la OMS en su informe de Discapacidad en el Mundo, se establece que un promedio del 45% de las personas que adolecen trastornos mentales con un nivel socio económico medio y el 80% de personas de bajos recursos no han podido costearse los tratamientos en el año previo al estudio.

Los efectos de las discapacidades se producen, en la mayoría de casos de forma progresiva, afectando las esferas cognitiva, funcional y social, haciendo que los individuos que las padecen demanden de un alto grado de dependencia, lo que implica la necesidad creciente de la intervención de una persona que asuma el rol de cuidador (Delgado, Suarez, & Rionda, 2010).

Las funciones de los cuidadores son cada vez más complejas y se asumen paulatinamente, sin programación pre establecida y en muchas ocasiones sin formación alguna, lo que hace más difícil asumir la situación y tomar control (Lara, González P, & Blanco, 2008).

Sin importar el perfil del cuidador, numerosos estudios e investigaciones demuestran el impacto negativo que la actividad del cuidado a una persona con necesidades especiales puede

tener en la salud. Se reporta que las consecuencias más importantes se refieren al malestar psíquico y en especial a la mayor frecuencia de ansiedad y depresión (Mahoney, Regan, Katona, & Livingston, 2015), se han demostrado efectos importantes en el estado físico, aumento del aislamiento social y un déficit en la condición económica (Roca, y otros, 2000), (Rodríguez, Carrasco, García, Cuadra, & López, 2000).

En resumen, se pueda asegurar que el síndrome del cuidador cansado se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisomático, que puede afectar a todo tipo de personas y lleva a la claudicación de las tareas de cuidado.

Por sus características “los cuidadores se han constituido en un colectivo creciente, vulnerable y además oculto” (Lara, Diaz, Herrera, & Silveira, 2011). Con el problema de que la atención sanitaria y los cambios de estructura familiar y social no se concentran en ellos, sino exclusivamente en la persona con discapacidad.

Con el fin de mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, la OMS orienta y apoya a los Estados Miembros para que aumenten la conciencia con respecto a los problemas de la discapacidad y promueve la inclusión de esta como un componente de las políticas y programas nacionales de salud; es por ello que el gobierno nacional crea varios programas encaminados a brindar apoyo a estos grupos entre ellos se pueden mencionar, La Misión Solidaria Manuela Espejo y El Bono Joaquín Gallegos Lara.

En el Ecuador se reportan para el 2018 casi medio millón de personas con discapacidades físicas e intelectuales de las cuales el 80% tienen discapacidades altas y severas. Específicamente en la provincia del Napo, el Ministerio de Salud Pública reportó el 0,89% del total nacional del cual 947 caso se encuentran en el cantón Archidona.

De este grupo tan solo 65 personas reciben el Bono Joaquín Gallegos Lara, este bono se creó mediante Decreto Ejecutivo 422 del 6 de Agosto del 2010 para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad severa y profunda que no pueden gobernarse por sí mismas, identificadas en la base de datos de la “Misión Solidaria Manuela Espejo”; o con enfermedades catastróficas, raras o huérfanas (potencialmente mortales, debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y alta complejidad) determinadas por el Ministerio de Salud, en situación de criticidad socioeconómica, también se otorga a las niñas y niños menores de 14 años viviendo con VIH-SIDA (MIES, 2018)

El programa entrega 240 dólares mensuales a través del Banco Nacional de Fomento (BNF) a la persona responsable o cuidadora que deberá direccionar los recursos a gastos de alimentación, vestido, movilización e insumos básicos que garanticen el bienestar individual y familiar. También le corresponde mantener niveles adecuados de cuidados a la persona con discapacidad severa; asistir a cursos de capacitación; reportar al MIES si hay cambio de dirección y/o número de teléfono; asistir a controles médicos regularmente.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cómo una Intervención farmacológica disminuye la incidencia de síndrome de sobrecarga, en cuidadores de pacientes con discapacidad?

1.2. Justificación de la Investigación

El Estudio para una intervención farmacológica vinculada al síndrome de Sobre Carga, implica un aporte social importante considerando que es un problema de salud pública en el Ecuador se reporta que de cada 100 ecuatorianos 3,4 ciudadanos tienen algún problema de discapacidad, teniendo el problema una incidencia colateral en los cuidadores, de ahí que el conocimiento de esta patología y sus características es fundamental para combatirla.

En este contexto la información que se pueda entregar a las personas vinculadas al cuidado de individuos con discapacidades, representa un aporte importante para mejorar las condiciones de vida de los cuidadores y darles la posibilidad de realizar su trabajo de la mejor forma posible en beneficio de las personas a las que cuidan.

Desde el punto de vista científico, los esfuerzos realizados para atenuar el impacto del síndrome de carga en los cuidadores a través de tratamientos farmacológicos, en situaciones en las cuales se presenta un alto grado de incidencia, posibilita una sistematización de experiencias que posibiliten la intervención con otras personas que presenten características similares, asumiendo los conocimientos que dan las experiencias previas para disminuir los errores de tratamiento en el futuro.

Considerando el aspecto social, los efectos de la intervención posibilitarán el manejo de la patología del síndrome de carga por parte de los afectados, generándose una progresiva disminución de efectos directos y colaterales por causa de la enfermedad, haciendo posible que tanto los cuidadores como las personas con discapacidades tengan una mejor forma de vida, lo

que a largo plazo implica un mejor desarrollo para la comunidad en intervención y su entorno próximo.

La realización de este trabajo permitirá fortalecer las capacidades de los cuidadores, reduciendo los gastos en salud pública que representa el agravamiento de las condiciones físicas y sociales de estas personas, al mismo tiempo que los recursos canalizados a través del bono Joaquín Gallegos Lara, serán optimizados de mejor manera en beneficio de los pacientes con discapacidad y sus cuidadores.

El desarrollo de este trabajo, es el resultado de investigaciones previas.

Para ello se cuenta con el aval del ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Bienestar Social, por otro lado, se considera que los conocimientos adquiridos durante el periodo de estudios y en la práctica profesional son fundamentos suficientes como para llevar adelante las actividades planteadas en el proceso de intervención.

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Disminuir la incidencia del Síndrome de sobrecarga, en los cuidadores de los pacientes con discapacidad beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara en el Distrito 15 D01

1.3.2. Objetivos específicos

- Analizar las características socio – epidemiológicas de los cuidadores con síndrome de sobrecarga.
- Determinar la incidencia del síndrome de sobrecarga en los cuidadores formales.
- Aplicar la intervención farmacológica a los pacientes con síndrome de sobrecarga en el periodo marzo 2019 - junio 2019
- Evaluar el impacto de la intervención

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

La intervención farmacológica disminuirá la incidencia de síndrome de sobrecarga en los beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara en el periodo marzo 2019 - junio 2019.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

La OMS en el Informe Mundial de la Discapacidad (2011), asegura que más de mil millones de personas, el 15% de la población mundial están aquejadas por algún tipo de discapacidad, entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) de personas mayores de 15 años tienen problemas severos con dificultades importantes que no les permiten desenvolverse de forma adecuada, por otro lado afirma el informe, las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y el aumento de prevalencia de enfermedades crónicas.

Según La Dirección Nacional de Discapacidades (DND, 2018) en el Ecuador se encuentran registrados 445.829 personas con algún grado de discapacidad, de los cuales el 46 % son discapacidades físicas, 22,37% intelectuales.

El 80 % de estos igualmente con un grado de discapacidad de entre el 30 y 70%. En la Provincia del Napo se reportan 3.969 pacientes con discapacidad, de los cuales 947 se encuentran en el Cantón Archidona., lo que implica la vinculación de por lo menos una persona a cada situación de discapacidad, de las cuales solamente el 7% recibe el bono Joaquín Gallegos Lara.

2.2. Bases teóricas

Luego de haber sufrido un daño físico o Psicosomática por efecto de un accidente, enfermedades o lesiones degenerativas las personas afectadas presentan características y sintomatología que se relaciona con el deterioro de las funciones que posibilitan su autonomía, esto se refleja en alteraciones del orden cognitivo, motor, lenguaje e incluso en problemas emocionales.

En muchos de los casos esta sintomatología se vincula a trastornos psicológicos diversos producto de los cambios, la negación de un problema y la afectación en las relaciones familiares y sociales en general (Newburn, y otros, 2016), (Rao & Lyketsos, 2002).

De ahí, que sea necesario, que estas deficiencias sean suplidas por la ayuda de otras personas, realizando las actividades que la persona con discapacidad ya no puede realizar, además de brindar apoyo emocional, indispensable para la adaptación de la persona a su nueva condición, estas personas reciben el nombre de cuidadores y generalmente se les ubica en dos grupos, el primero y más común, que está constituido por los familiares o personas cercanas a la persona con discapacidad y el segundo profesionales en la salud o especializados en el área, a los primeros se les denomina cuidadores familiares y a los segundos cuidadores especializados (Cardona , Segura, Barbesí, & Agudelo, 2013).

En los dos casos, se presentan manifestaciones de malestar físico y mental que están vinculadas directamente a su actividad como cuidadores, en especial los primeros porque carecen de estrategias y técnicas para el afrontamiento eficiente ante las dificultades que el desempeño de esta actividad presenta (Peidomo & Garces, 2004).

Estas dificultades se caracterizan, de acuerdo a Zambrano y Ceballos (2007), “La serie de dificultades está caracterizada principalmente por sentimientos de carga, estrés y tristeza, y se les ha denominado síndrome de carga del cuidador (SCC)”.

El término “Carga” se ha traducido arbitrariamente del término inglés “burden” cuyo significado literal es estar quemado, fue acuñado por Freudenberger (1974), a inicios de la década de los 70 y hace referencia al agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado, esta también asociado al desgaste y la salud físicos por efecto de la acumulación de estresores ante los cuales el cuidador carece de capacidades específicas para adaptarse a una situación.

Algunas de ellas son, por ejemplo: Actividades cotidianas que requieren dependencia parcial o total del paciente hacia el cuidador (aseo personal, vestido, alimentación, entre otras), cambios conductuales del paciente, Altos costos económicas, limitaciones de actividades propias que generen satisfacción personal, entre otras (Zambrano & Ceballos, 2007).

Sobre la comprensión de la noción de síndrome de carga del cuidador (SCC) escasamente se han hecho esfuerzos por validarla y darle utilidad de ahí resulte de valor para su estudio aceptar que existen importantes diferencias en su apreciación teórica y utilización metodológica (Montorio, Fernandez, López, & Sánchez, 2008).

Se han establecido perfiles de cuidadores de acuerdo a la forma de asumir el problema por parte de las familias y los niveles d asistencia que puede brindar el entorno socio cultural y político, en l actualidad se están desarrollado instituciones públicas y privadas que se especializan

en la atención a personas con discapacidades, permitiendo a sus familiares manejar el hecho de una menos subyugante, sin embargo, estas instituciones implican altos costos y la separación de las personas (Perlingeiro, 2014).

A nivel de Latinoamérica, el cargo de cuidador lo ocupan los parientes más cercanos del paciente con discapacidad poniéndose en primer lugar a los padres con respecto a los hijos, a los hijos, luego están los conyugues y los hermanos del paciente, principalmente son mujeres las encargadas de proporcionarles el cuidado en lo que se refiere a la prevalencia del SCC, resulta complejo un análisis para obtener datos exactos sin embargo de los estudios revisados se puede establecer un promedio de 50 años aproximadamente (Dueñez, y otros, 2016).

Se asegura que “estas personas permanecen los siete días a la semana, en un promedio de 126 horas semanales, lo cual tiene implicaciones económicas sociales y de salud” (Zambrano & Ceballos, 2007).

En cuanto a las implicaciones económicas se debe tomar en cuenta que los recursos disponibles de la familia se destinan en gran parte al cuidado, así como también se limitan las actividades laborales del cuidador dejando de percibir esos recursos, por lo tanto, el cuidador familiar no recibe este dinero y se aleja de lo que fueron sus actividades productivas, debido a que el cuidado le demanda la mayor parte de su tiempo.

Se habla de que los cuidadores constituyen un recurso valioso, sin embargo, son un recurso vulnerable en el sentido de que para ellos los costos materiales, económicos, sociales y de salud son bastante altos.

En las últimas dos décadas se han realizado importantes trabajos de investigación sobre los cuidadores, sobre todo en poblaciones geriátricas y de personas con enfermedades terminales catastróficas, constituyéndose una importante línea de investigación en la gerontología y la residencia, estos trabajos permiten dar sostenibilidad al contexto teórico vinculado al SCC (Lara, Diaz, Herrera, & Silveira, 2011).

El incremento de personas con discapacidades graves, es bastante complejo de sistematizar, sin embargo, este crecimiento implica que detrás de cada una de ellas este un cuidador, y un alto porcentaje presenta síntomas de SCC, pero el número de estos casos es más desconocido aún ya que no se ha identificado con especificad su rol, siendo, como ya se ha mencionado anteriormente, su prevalencia directamente proporcional al número de pacientes con daños de discapacidad severos.

2.2.1. Síndrome de sobrecarga su vinculación con factores Fisiológicos y Psicológicos.

El síndrome de sobrecarga es una condición experimentada por los trabajadores, profesionales y otras personas en la que desarrollan síntomas similares a la depresión, ansiedad o estrés como resultado de aspectos de su función. El síndrome de sobrecarga puede manifestarse como signos de agotamiento físico, mental y / o emocional como resultado de la presión relacionada con el trabajo en sí o el entorno de trabajo (Prieto M, Arias P, Villanueva M, & Jiménez B, 2015).

2.2.1.1. Síntomas Fisiológicos y Psicológicos.

De acuerdo a Ortega y Ortega (2017), los factores de intranquilidad de un trabajo o lugar de trabajo pueden afectar la vida de una persona de varias maneras. Por lo que, aseguran los investigadores citados se pueden desarrollar una serie de posibles síntomas fisiológicos y psicológicos, que afectarán significativamente su calidad de vida general. Los signos comunes de agotamiento en el lugar de trabajo incluyen:

- Ansiedad
- Dolores de cabeza
- La falta de sueño
- Fatiga
- Una visión cada vez más cínica de la vida y el trabajo (Ortega J & Ortega J, 2017).

Los médicos y maestros se encuentran entre los tipos de empleados que más comúnmente experimentan síndrome de sobrecarga relacionado con el trabajo, lo que lleva al diagnóstico de agotamiento. Sin embargo, experimentar síndrome de sobrecarga relacionado con el trabajo, agotarse y sentirse abrumado hasta el punto de tener problemas de salud debido a las demandas del entorno laboral o familiar puede sucederle a cualquier persona, en cualquier trabajo y en cualquier etapa de la vida profesional (Pérez P, 2016).

Detectar las primeras señales de advertencia de agotamiento en una persona puede ser difícil, ya que la condición puede desarrollarse durante semanas o meses, como su respuesta al sobre trabajo el problema evoluciona de diferente manera (Alarcon, 2018).

Los síntomas a tener en cuenta pueden ser diferentes para cada persona considerando que alternativamente, cada ser humano responde de diferente manera a la presión mostrando

diferentes signos y síntomas de una amplia gama de alternativas pero que se vinculan al agotamiento mental o físico (Muñoz & Velásquez, 2016).

Las personas afectadas por sobrecarga relacionada con el trabajo pueden experimentar agotamiento mental, de acuerdo a Prieto, Arias, Villanueva y Jiménez (2015) pueden presentar algunos o todos los síntomas psicológicos y físicos siguientes:

- Rendimiento y productividad reducidos
- Ansiedad
- Desapego
- Sentirse apático
- Bajo estado de ánimo
- Dificultad para concentrarse
- Falta de creatividad
- Fatiga
- Actitudes negativas hacia los compañeros de trabajo o el trabajo.
- Bajo compromiso con el rol
- Rapidez para enojarse
- Rotación de trabajo
- Cinismo
- Entumecimiento emocional
- Frustración

Los síntomas físicos del agotamiento pueden incluir:

- Agotamiento
- Dolores generalizados
- Dolores de cabeza
- Desórdenes gastrointestinales
- Hipertensión
- Dificultad para dormir y / o un ciclo de sueño interrumpido
- Mayor susceptibilidad a los resfriados y la gripe.
- Tensión muscular

2.2.1.2. Signos de agotamiento y estrés

Aunque el agotamiento es causa del síndrome de carga relacionado con el trabajo, los síntomas que presenta un empleado cuando está agotado, son diferentes a los signos y síntomas de un empleado que experimenta estrés. Existen algunas diferencias, como se describe a continuación.

El estrés hace que un empleado se involucre demasiado con su entorno de trabajo, sintiendo ansiedad por el hecho de que sus niveles de productividad no son lo suficientemente altos, por lo que mostrara síntomas como un comportamiento hiperactivo y urgente, quizás sobresaliendo de sus compañeros de trabajo. En contraste, con un empleado que ha experimentado estrés relacionado con el trabajo hasta el punto de tener una sobrecarga exhibirá síntomas como la desconexión y la falta de productividad, debido a que se siente fuera de su entorno laboral (de Carmen G & Gil L, 2016).

El daño a la salud de un empleado, por estrés, es principalmente físico; un empleado que experimenta estrés continuamente tiene un mayor riesgo de cambios neurológicos y físicos, debido a los niveles elevados de hormonas del estrés, como el cortisol y la adrenalina. Los síntomas de estrés que un empleado puede mostrar y experimentar incluyen una disminución del deseo sexual, insomnio y tensión muscular (Días Z, 2016)

Un empleado que sufre sobrecarga laboral intensa y se ha visto afectado previamente por estos niveles de estrés durante semanas o meses, tiempo durante el cual cada vez perderá más energía, es poco probable que experimente nuevos síntomas físicos relacionados con los factores estresantes relacionados con el trabajo que le han causado agotamiento, ya que los síntomas físicos del agotamiento son producto del estrés continuo. (Alarcon, 2018).

Los síntomas que experimentará una persona que está agotada son principalmente psicológicos, relacionados con sentirse cada vez más apático y desmotivado en el lugar de trabajar (De Regil & Estrella, 2015).

En general, la sobrecarga es consecuencia de experimentar un período prolongado de estrés relacionado con el trabajo. Esto significa que es probable que los síntomas físicos del agotamiento, como los trastornos gastrointestinales, y los síntomas psicológicos, como el cinismo, se acumulen gradualmente con el tiempo, antes de que una persona, o sus compañeros de trabajo, familiares y amigos, empiecen a darse cuenta de está llegando a un estado de sobrecarga laboral (Días Z, 2016).

2.2.1.3. Subtipos de agotamiento

La experiencia individual de agotamiento es única, y el tratamiento puede requerir un enfoque especialmente adaptado, teniendo en cuenta las circunstancias de vida de una persona y su historial médico y profesional. Baumann (2018), hace referencia a la forma en que las personas responden al estrés crónico relacionado con el trabajo en tres tipos principales: frenético, poco cuestionado y desgastado.

a) El agotamiento frenético ocurre cuando las personas canalizan tanta energía en su trabajo, a menudo como resultado de la ansiedad, que las recompensas del rol eventualmente deben comenzar a parecer negativamente desproporcionadas al esfuerzo que invierten. Sin tener en cuenta el concepto de un equilibrio entre el trabajo y la vida para canalizar la energía máxima, esto ocurre cuando una persona trabaja con intensidad hasta el punto de agotamiento.

b) El agotamiento poco cuestionado ocurre cuando una persona se siente atrapada en un ambiente de trabajo monótono y poco estimulante, desempeñando un papel que no proporciona satisfacción laboral. Esto contribuye a una disminución general de su estado de ánimo.

c) El agotamiento por desgaste ocurre cuando las personas se rinden después de experimentar un período en el que su entorno de trabajo es constantemente una fuente de estrés intenso, o que produce recompensas insignificantes.

Estos distintos tipos de agotamiento se han establecido como preludeo del desarrollo de estrategias de intervención específicas que pueden emplearse en la recuperación de cada tipo de agotamiento.

Los trabajadores pueden comenzar a mostrar signos de síndrome de carga de manera ligeramente diferente, según las demandas de su trabajo y el contexto en el que se están agotando o comienzan a agotarse. A continuación, se explican algunos aspectos que permitirán comprender sobre cómo y por qué ocurre el agotamiento y para detectar los signos específicos en los profesionales de la salud.

El personal de los centros de salud con más probabilidades de verse afectado por el agotamiento incluye: enfermeras, auxiliares médicos y cirujanos, personal administrativo técnicos médicos, etc. (Saborio M & Hidalgo M, 2015). No es sorprendente que trabajar en un hospital o clínica esté fuertemente asociado con el desarrollo del agotamiento, considerando que la definición de la palabra fue acuñada por un miembro del personal de un hospital.

El psicólogo Herbert Freudenberger (1974). Los factores estresantes continuos relacionados con la clínica dieron como resultado que Freudenberger y sus compañeros de trabajo encontraran su experiencia de trabajar allí, emocional y físicamente desgastante y poco gratificante. En sus palabras, “se quemaron.”

Los signos que estos médicos mostraron de verse afectados negativamente a largo plazo por el estrés relacionado con el trabajo son similares a los signos de advertencia de agotamiento típicamente descritos por médicos y personas vinculadas a la salud que experimentan agotamiento en la actualidad esto incluye:

Fatiga y / o falta de sueño, que puede deberse a la ansiedad, al trabajo prolongado y generalmente a un trabajo irregular en cuanto a horarios, la incapacidad para relajarse y descansar después del trabajo, o una combinación de estos factores.

Despersonalización; esto generalmente implica tratar a todos los pacientes y situaciones de la misma manera, en lugar de hacerlo individualmente y no poder abordar a cada persona o tarea con una nueva perspectiva.

Baja moral; Los profesionales de la salud que se ven afectados por el agotamiento pueden mostrar signos emocionales, como parecer retraído o infeliz en el trabajo, o perder la confianza en sus habilidades, capacidades y poder de decisión. Pueden carecer de un sentido de logro y sentir que su éxito profesional es insignificante o insuficiente, incluso si, en realidad, se están desempeñando bien.

Absentismo; tomar varios días de enfermedad, tomar descansos largos, no participar en comunicaciones profesionales.

Una mayor tendencia a cometer errores, como prescribir inadecuadamente o tener un rendimiento deficiente, lo que puede reforzar los sentimientos de agotamiento emocional y baja moral.

Actitud negativa, puede presentarse como cinismo, sentir o expresar una falta de confianza en el establecimiento médico o en el sistema de salud en general, sentirse irritado por las demandas de los pacientes o compañeros de trabajo, centrarse en lo negativo, es decir, vidas perdidas en lugar de vidas salvadas, irritabilidad y agresión.

2.2.1.4. *Causas del Síndrome de sobrecarga*

Según los médicos que clasifican el agotamiento como una condición médica independiente, el criterio clave para ser diagnosticado es simplemente que la ocupación diaria de un empleado, cualquiera que sea su trabajo, debe estar directamente relacionada con su salud mental y / o física.

Esto puede abarcar una incapacidad real o percibida para hacer frente a las demandas del rol en sí, una respuesta problemática a los factores estresantes asociados con el entorno de trabajo, o una combinación de ambos (Navarro G, Ayeche D, & Huerte L, 2015)

También es posible que el agotamiento afecte a las personas que experimentan un factor estresante en su vida personal que está afectando su capacidad para realizar su trabajo, como pasar por una ruptura, cuidar a un miembro de la familia con una enfermedad o lidiar con la pérdida de un ser querido (Gázquez, Guerrero, & Escoriza, 2016). Las posibles causas comunes de agotamiento de acuerdo a Pérez (2016) incluyen uno o más de los siguientes factores.

Tener una gran carga de trabajo, particularmente en profesiones donde se requiere una producción constante de trabajo de alta calidad, como por ejemplo en el caso de ser abogado, médico, terapeuta, enfermera o maestro.

Tener un pobre equilibrio trabajo / vida; mantener un equilibrio trabajo / vida es crucial para tener una buena calidad de vida, ciertos trabajos, como ser médico o cuidador, generalmente implican trabajar durante largas horas, lo que puede complicar la ejecución de planes sociales o dificultar el tiempo para actividades recreativas y autocuidado, esta es una razón por la cual roles como estos están asociados con altos niveles de agotamiento.

Cuando una persona se está agotando, a menudo se ve afectada y puede sentirse incapaz de reservar tiempo para desconectarse mental y emocionalmente del trabajo, lo que puede reforzar sus síntomas de agotamiento (García H, Valdés M, & Corral, 2016)

Manejo de material o situaciones angustiantes. Los trabajadores sociales, los terapeutas y otras personas que trabajan en contacto cercano con aquellos que experimentan factores estresantes de naturaleza sensible o desencadenante corren el riesgo de agotarse. Esto suele deberse a que se ven afectados emocionalmente por elementos de las situaciones y / o material relacionado, como entrevistas con contenido perturbador, que encuentran en el trabajo (Pérez P, 2016).

Es posible desarrollar estrés traumático secundario como resultado de un encuentro independiente con material desencadenante, o como resultado de una mayor exposición a largo plazo al contenido desencadenante. La exposición a largo plazo al contenido desencadenante también puede provocar que el afectado desarrolle un trauma indirecto y / o fatiga de compasión, u otras posibles causas de agotamiento (Casillas C, 2016)

Falta de autonomía. - Los trabajos administrativos y de servicio están asociados con largas horas y trabajo arduo, pero en su mayoría implican seguir procesos establecidos, sin posibilidad de innovación por parte de la persona que desempeña el papel. En los entornos donde este es el caso generalmente la mayoría de los empleados tienen una moral baja.

Esto se debe a que trabajar dentro de un sistema estructurado sobre el cual no se tiene control, para realizar tareas que no varían día a día, puede volverse monótono. Los trabajos de esta naturaleza a menudo se asocian con una falta de motivación y sentimientos de aburrimiento y / o frustración (Pérez P, 2016; Alarcon, 2018).

Percibir que el trabajo o la empresa de uno es inútil. - La sensación de que las tareas que uno realiza en el trabajo no logran el efecto deseado, puede hacer que una persona desarrolle agotamiento, particularmente si esto ocurre durante un período prolongado de tiempo.

No recibir crédito por los logros de uno, ignorar sus sugerencias, experimentar interrupciones continuas a lo largo de la jornada laboral o descartar su trabajo en lugar de incorporarlo a los proyectos pueden ser factores que generan una sensación de inutilidad y, en última instancia, causan agotamiento (Pérez P, 2016; Ortega J & Ortega J, 2017).

No ser suficientemente recompensado. - Es ampliamente aceptado que el trabajo de uno será más gratificante en algunas áreas que en otras. Sin embargo, sentir que el trabajo de uno es insuficientemente gratificante en cualquier capacidad puede ser un factor causal significativo de agotamiento.

Trabajar en un ambiente no favorable. - Esto constituye cualquier tipo de entorno profesional en el que uno se siente personalmente infeliz o incapaz de trabajar de manera efectiva, o ambos. Esto puede involucrar.

Tener una dinámica interpersonal improductiva o negativa con los colegas. - Sentir la tensión de trabajar en un entorno acelerado sin una cultura de cuidado mutuo. Intentar

desempeñar el papel de uno en una configuración inadecuada o no estructurada donde no hay protocolos a seguir cuando uno encuentra problemas y / o necesita orientación.

Experimentar injusticia o discriminación. - Las emociones negativas y el aumento del estrés asociado con el trato injusto por parte de los compañeros de trabajo y / o experimentar discriminación están directamente relacionados con el agotamiento en muchos estudios.

No compartir los valores del lugar de trabajo o de los colegas. - Las personas que generalmente pasan la mayor parte de su tiempo en el trabajo y tiene valores diferentes a los de sus compañeros con lo que se relaciona durante la jornada laboral, incluso si experimenta una discriminación absoluta, esto puede llevar a sentirse alienado, lo que puede causar estrés y agotamiento (Pérez P, 2016).

2.2.1.5. *Afrontamiento del síndrome de sobrecarga.*

No existe un procedimiento terapéutico establecido para el síndrome de sobrecarga. A muchas personas les resulta útil dejar su lugar de trabajo de manera temporal o permanente. Sin embargo, otros encuentran una solución adecuada, tomando decisiones proactivas y / o con apoyo terapéutico, modificando el ambiente de trabajo y sus actitudes hacia él, de tal manera que se eliminen o reduzcan los factores responsables de causar el síndrome de sobrecarga (Aldas V, 2017).

Cuando una persona ha desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para garantizar que su trabajo no afecte su calidad de vida, podrá abordarlo con menos reticencia o ansiedad. Pueden comenzar a mostrar una manera más feliz y relajada en el lugar de trabajo, y / o ser más comunicativos con ideas o más dispuestos a asumir nuevos proyectos.

Al diseñar un plan para la recuperación del agotamiento con un terapeuta o médico, una persona podrá superar sus síntomas de agotamiento físico, mental y emocional, y desarrollar una actitud más positiva hacia su trabajo, lugar de trabajo o situación (Hurtado & Pereira, 2015)

Aunque ser un cuidador de personas con discapacidad puede ser una posición voluntaria no remunerada, produce sentimientos de agotamiento, debido a su naturaleza emocional y físicamente agotadora. Sobre todo, cuando se da la atención a una persona cercana, puede ser imposible separar las demandas del cuidado de los sentimientos de amor por los que están bajo su cuidado.

Esto puede conducir a sensaciones de culpabilidad si la condición de la persona o personas a su cuidado no mejora como se esperaba, y / o la renuencia a tomarse un tiempo libre del cuidado para actividades recreativas o autocuidado (Eterovic D, Mendoza P, & Sáez C, 2015)

El agotamiento del cuidador que se desarrolla como resultado puede presentarse como sentimientos de desesperanza, depresión, irritabilidad, por ejemplo, reacción exagerada a problemas menores, bajo estado de ánimo, pérdida de interés en actividades que el cuidador disfrutaba anteriormente y, en algunos casos, fatiga de compasión (Mendoza S, 2014).

El síndrome de sobrecarga ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), como un posible riesgo psicosocial de trabajo; particularmente por trabajar en ambientes de alto estrés.

Sin embargo, algunos médicos e investigadores cuestionan la idea de que los signos de agotamiento por estrés relacionado con el trabajo son lo suficientemente independientes como para ser considerados como una afección médica completa en sí misma, argumentando que es simplemente un subtipo de depresión (Herrera, Díaz, & Gonzales, 2016; De Regil & Estrella, 2015; Lara, Diaz, Herrera, & Silveira, 2011).

2.2.2. Los cuidadores Informales

A diferencia de los cuidadores profesionales, como médicos y enfermeras, los cuidadores informales, que suelen ser familiares o amigos, brindan atención a personas con diversas afecciones, como edad avanzada, demencia o cáncer entre otras. Esta experiencia es comúnmente percibida como un factor de estrés crónico, y los cuidadores a menudo experimentan efectos psicológicos, de comportamiento y fisiológicos negativos en su vida diaria y en su salud.

Debido a que los cuidadores a menudo se enfrentan a múltiples eventos estresantes concurrentes y estrés prolongado e implacable, pueden experimentar efectos negativos para la salud, mediados en parte por la desregulación inmunológica y autonómica (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014).

Los cuidadores familiares o informales no remunerados forman parte del 90% del cuidado a largo plazo que necesitan los adultos en el hogar (Placeres H, de León R, & Delgado H, 2011). Un ejemplo de ello es que para el 2009, aproximadamente 75,7 millones de personas en los Estados Unidos prestaban servicios como cuidadores familiares no remunerados para adultos o niños.

De estos, 43.5 millones (66%) brindaron atención a un adulto mayor de 50 años. Una población que envejece, un mayor número de personas que viven con enfermedades crónicas y la falta de apoyo formal para los cuidadores tienen una mayor prevalencia de carga de cuidadores. (Fhon , Janampa, Huaman, Marques, & Rodrigues, 2016).

Un sondeo de la carga demostró que el 32% de los cuidadores tiene una alta nivel de sobrecarga el 19% tiene una sobrecarga media basada en una medida del tiempo dedicado a proporcionar los cuidados y de acuerdo al grado de dependencia (Tripodoro, Veloso, & Llanos, 2015)

La mayoría de los cuidadores son mujeres que atienden a un pariente (86%) o amigo (14%). Los cuidadores pasan un promedio de 20.5 horas por semana para brindar atención, con un 20% más de 40 horas por semana (Mendoza S, 2014)

La atención incluye asistencia con actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y asistencia médica (por ejemplo, administración de medicamentos, programación y acompañamiento a las visitas médicas y la realización de tratamientos). Igualmente, importante es que el cuidador proporciona apoyo emocional y comodidad. El valor económico de este cuidado informal supera en gran medida el gasto en atención médica domiciliaria formal y en el hogar de ancianos (Herrera, Díaz, & Gonzales, 2016). En un reciente estudio de cohorte se estimó el costo del cuidado informal por demencia en \$ 56.290 dólares por año por paciente (Hurd, Martorell, Delavande, Mullen, & Langa, 2013).

Cuidadores conyugales, en comparación con un hijo adulto que asiste a un padre, enfrentan mayores desafíos porque son más propensos a vivir con el beneficiario de la atención, tienen pocas opciones para evitar el rol de cuidadores, son menos conscientes del costo que el cuidador les está cobrando, son más vulnerables debido a su edad avanzada y están asociados a un mayor riesgo de morbilidades (Loureiro, Fernandes, da Nóbrega, & Rodriguez, 2014).

La mayoría de los cuidadores familiares no están capacitados y, a menudo, se sienten mal preparados para asumir tareas de cuidado. Esto es especialmente cierto para los cuidadores que brindan atención médica de mayor calificación, como el cambio de bolsas de catéter, la atención de heridas o la supervisión de la administración de medicamentos complejos.

Los cuidadores que son la interfaz principal con el sistema de atención médica a menudo reciben un apoyo inadecuado de los profesionales de la salud y con frecuencia se sienten abandonados y no reconocidos por el sistema de atención médica (Lilly M, Robinson A, Holzman, & Bottosff, 2017).

2.2.3. Evaluación del SCC

Los efectos de la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con patologías de cuidado, han sido objeto de creciente interés e investigación en los últimos años. El aumento de la carga del cuidador afecta negativamente, en términos físicos y la morbilidad psicológica, pero también en personas con trastornos psicológicos, ya que se asocia con una mayor probabilidad de familiarización con el paciente.

Las intervenciones para abordar la carga del cuidador pueden prevenir o retrasar algunos de estos resultados. El uso de un instrumento de detección de la carga del cuidador puede ser más efectivo para identificar problemas que una valoración clínica no estructurada (Goncalves P & Zarit, 2014)

2.2.3.1. Test de sobrecarga de Zarit

Según estudios hechos a lo largo del planeta, se han identificado tres componentes principales para identificar el SCC: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia. Para ello, el instrumento de evaluación más usado es la Entrevista de carga del cuidador, prueba diseñada por Zarit y Zarit, (Zarit, 1980), y que se ha validado en todo el mundo. Es una prueba psicométrica de calificación objetiva compuesta por 22 ítems, que evalúa la presencia o ausencia de éste, y mediante el análisis por cada uno de sus factores se pueden determinar las cualidades de la carga presente en el cuidador.

Zarit Burden Interview (ZBI) por sus siglas en inglés, se usa ampliamente en la investigación de la demencia, incluidos los estudios de cuidado familiar, ensayos clínicos de intervención psicosocial y de drogas (Cheng, Kwok, & Lam, 2014). El ZBI es un cuestionario de auto informe, utilizado para evaluar los sentimientos de carga de los cuidadores informales con respecto al impacto de la enfermedad en sus vidas.

Las preguntas se refieren a problemas que surgen en varios dominios: salud y bienestar, vida personal, social y finanzas. El ZBI se ha vuelto útil en la evaluación de la carga subjetiva en cuidadores de personas mayores dependientes con diagnósticos distintos a la demencia (como depresión) y en cuidados paliativos.

2.2.3.2. Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21)

La ansiedad, la depresión y el estrés, pueden describirse como puntos diferentes en el mismo "continuo", diferentes manifestaciones de la misma patología, diferentes síndromes asociados con otros trastornos del estado de ánimo, fenómenos distintos que pueden desarrollarse de una a otra manera durante un período de tiempo, o como diferentes patologías (Antúnez & Vinet, 2012).

Clark y Watson (1991), propusieron el Modelo Tripartito de Ansiedad y Depresión que considera los siguientes factores: afecto negativo (NA), que está presente tanto en la ansiedad como en la depresión; afecto positivo reducido (AP), que es común en la depresión; e hiperactivación fisiológica (HF), que es común en la ansiedad.

Los problemas asociados con el estado de ánimo y los trastornos afectivos a menudo abarcan el aspecto del bienestar subjetivo (o la falta de este), como la ansiedad y la depresión. En este sentido, la afectividad se relaciona con el bienestar, la angustia psicológica y el sufrimiento que el individuo puede o no experimentar (Kehne & Cain, 2010).

La base conceptual de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) se basó en el modelo tripartito de ansiedad y depresión. Este modelo propone que el trastorno de afecto (y sus subtipos) es un continuo entre depresión, ansiedad y estrés. La depresión se caracteriza por un bajo efecto positivo, desesperanza, baja autoestima y bajo estímulo.

La ansiedad está asociada con la hiperestimulación fisiológica y el estrés resultante de la tensión persistente, la irritabilidad y un bajo umbral de frustración o interrupción (Apostolo, Cardoso, Rodrigues, Macedo, & Paúl, 2016).

Por lo tanto, la depresión, la ansiedad y el estrés tienen características comunes, como afecto negativo, angustia emocional y cambios fisiológicos en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) (Antúnez & Vinet, 2012).

Aunque existen muchas definiciones de estrés, se le ha definido convencionalmente como una experiencia emocional acompañada de aspectos bioquímicos, fisiológicos, cognitivos y conductuales. El concepto de estrés surgió de la observación de que diferentes tipos de condiciones físicas o psicológicas amenazaban la homeostasis e iniciaron una cascada de reacciones fisiológicas, conocida como el "síndrome de adaptación general" (Alarcon, 2018).

En este contexto se define al estrés como una reacción compleja de componentes generales del cuerpo que involucran aspectos físicos, psicológicos, mentales y hormonales, que se desarrollan en etapas o fases. Para el DASS, el estrés se define como un estado emocional que varía según una evaluación individual de las situaciones experimentadas como una amenaza, un daño o un desafío (Lovibond & Lovibond, 1995).

El DASS requiere una evaluación de la demanda y una evaluación secundaria de afrontamiento, con los síntomas y las emociones como el principal organizador del concepto de la experiencia estresante, ya que incluye el estrés y las estrategias de afrontamiento (Apostolo, Cardoso, Rodrigues, Macedo, & Paúl, 2016).

La depresión es un trastorno emocional y mental que tiene una etiología muy compleja, a pesar de tener síntomas bien definidos. La etiología de la depresión incluye factores genéticos, biológicos y ambientales. El modelo de factores ambientales se centra en “la aparición de síntomas depresivos (Torres, Sepúlveda, Aguilar, & Pérez, 2015)

Según la concepción del DASS, la depresión es un trastorno emocional, pero no tiene una emoción específica. La depresión puede estar asociada con una variedad de emociones, como ansiedad, ira, culpa y vergüenza. La depresión generalmente se desencadena por condiciones de vida desfavorables y puede resultar de la experiencia de una gran pérdida o de sentimientos de desesperanza o de que la vida no vale la pena (Apostolo, Cardoso, Rodrigues, Macedo, & Paúl, 2016)

La ansiedad es un vago y desagradable sentimiento de miedo o aprensión que puede caracterizarse por una tensión o incomodidad derivada de la anticipación del peligro (Dominguez, Prieto C, & Barraca M, 2017). La ansiedad está asociada con la percepción de ciertos contextos ambientales (lugares, personas, actividades, etc.) que se comparan con experiencias anteriores (memoria) y que activan sistemas cerebrales específicos con funciones adaptativas (Cedillo T, Grijalva, Santaella H, Cuevas A, & Pedraza A, 2015).

En este sentido, la ansiedad puede considerarse como una emoción que está relacionada con una evaluación de riesgo de comportamiento. Lovibond y Lovibond (1995) desarrollaron el DASS como un instrumento único para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad en un proceso interactivo y orientado empíricamente. Los autores también identificaron un tercer factor definido como estrés. Su investigación se basa en el modelo tripartito de ansiedad y depresión.

El DASS se conceptualizó en forma de una evaluación de 42 ítems que consta de tres subescalas con 14 ítems cada una. Los ítems se refieren a los síntomas experimentados por el

sujeto en la semana anterior y usan una escala de Likert que va desde 0 ("no se aplica a mí en absoluto") a 4 ("la mayoría del tiempo se aplica a mí").

Aunque la versión completa (DASS-42) proporciona datos sobre los síntomas específicos de cada estado emocional evaluado, los autores afirman que la versión reducida del instrumento (DASS-21) tiene la misma estructura que la versión completa, pero solo requiere la mitad del tiempo. Completar la investigación de síntomas (Lovibond & Lovibond, 1995).

Las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS) fueron creadas con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobre posición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores (Lovibond & Lovibond, 1995).

Su versión abreviada, denominada Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) tiene como ventajas el ser un instrumento de auto-reporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes (Tully, Zajac, & Venning, 2009). A más, de estos dos instrumentos se consideran indicadores sociodemográficos y clínicos vinculados al análisis del SCC.

2.2.4. Tratamientos del SCC.

Desde una perspectiva preventiva se proponen por una parte estrategias enfocadas a los entornos, como la creación y preservación de un ambiente saludable (estilos de comunicación y liderazgo, manejo del tiempo), reconocimiento del desempeño (verbal, económico, social) y la capacitación a personas en puestos de liderazgo (De Regil & Estrella, 2015).

Para un trabajo individual o de pequeños grupos se ha propuesto técnicas para mejorar la tolerancia al estrés, de relajamiento, de asertividad, promover actividades de ocio (deporte, cultura, naturaleza), relaciones personales estables (familia, amigos, pareja), reducir la frustración por falsas expectativas, y el manejo del aspecto religioso/espiritual.

Para grupos de personas en ocupaciones de riesgo (por ejemplo, médicos, enfermeras, cuidadores primarios), programas de monitoreo y atención temprana, y en caso de presentarse síntomas psiquiátricos, terapia farmacológica y/o psicoterapia (Weber & Jaekel, 2000).

Korczak, Wastian y Schneider (2012) realizan una sistematización de literatura encontrando que entre las terapias más eficientes para combatir el SCC están la Musicoterapia, la meditación y la terapia física, la terapia cognitiva conductual reportaba evidencia más consistente de su eficacia.

A pesar de que numerosos estudios han procurado analizar objetivamente la utilidad de los tratamientos propuestos los resultados son sólo preliminares y bastante limitados en su diseño y poco comparables entre sí.

2.3. Glosario de términos

Agotamiento emocional. - Hace referencia a la disminución y pérdida de recursos emocionales, al sentimiento de estar emocionalmente agotado y exhausto, junto a la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás debido al trabajo que se realiza. Es una de las tres dimensiones del síndrome de burnout.

Auto concepto. - Es la percepción o imagen de uno mismo. Es decir, el conjunto de pensamientos con los que nos describimos a nosotros mismos. No es algo innato, sino que se forma a partir de sentimientos y experiencias.

Carga de trabajo. - Conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se obligado el trabajador durante su jornada laboral.

Carga de rol. - Hace referencia a la cantidad de papeles, roles desempeñados por el mismo trabajador.

Dependencia afectiva. - Las características de las personas con este tipo de dependencia ponen de manifiesto una necesidad constante por contar con la aprobación de los demás. Son personas que creen que no existen sin el otro porque no poseen una vida íntima e individual, manteniendo por lo general relaciones simbióticas; temen ser abandonadas lo que les lleva a adoptar posturas de subordinación.

Estrés laboral. - Surge cuando las demandas del trabajo son altas, y al mismo tiempo, la capacidad de control de las mismas es baja. Y también se produce cuando existe un desequilibrio entre el alto esfuerzo (demandas, obligaciones, etc.) y la baja recompensa (sueldo, estima, etc.).

Riesgo Psicosocial. - Aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionada con la organización del trabajo, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que se presentan con la capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador.

Satisfacción laboral. - Es el grado de bienestar que experimenta el trabajador con motivo de su trabajo, porque son satisfechas determinadas necesidades y ve realizadas las diferentes aspiraciones que puede tener, ya sean de tipo social, personal, económico o higiénico.

Síndrome de burnout. - Se ha conceptualizado como un agotamiento físico y mental y se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen un contacto directo y constante con personas que son beneficiarias del propio trabajo (docentes, sanitarios, trabajadores sociales, etc.).

Sobrecarga laboral. - Se produce cuando la cantidad de trabajo (sobrecarga cuantitativa) y cuando la complejidad de la tarea o altas demandas intelectuales (sobrecarga cualitativa) son excesivas y están por encima de la capacidad del trabajador para responder a esa tarea.

2.4. Identificación de variables

Variable Independiente o predictora

Intervención farmacológica

Variabes Dependientes o de resultados

Incidencia de síndrome de sobrecarga

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Valor Final	Tipo de variable
Variable Independiente				
Intervención Farmacológica	Mejoramiento de la calidad de la atención al paciente, garantizando la terapéutica farmacológica más idónea, incluyendo el concepto de corresponsabilidad del especialista en los resultados del paciente (Hepler & Strand, 1990).	Consumo de fármacos Media de fármacos Consumos AINE (antiinflamatorios no esteroideos) Consumo ansiolíticos Consumo antidepresivos	Dosis de tratamiento Intensidad de tratamiento Temporalidad de tratamiento	Numérica
Variables Dependientes.				
Incidencia del síndrome de sobrecarga	El síndrome de sobrecarga es una patología que afecta la salud física y psicológica del cuidador disminuyendo su calidad de vida y satisfacción vital. Es observable a través de indicadores Sociodemográficos y clínicas	Indicadores Sociodemográficas		
		Edad	Años Rango 18/84)	Numérica
		Sexo	Hombre Mujer	Categórica
		Estado Civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre	Categórica
		Nivel de estudios	Básico Bachillerato Pregrado	Categórica

			Postgrado	
		Actividad Principal	Con empleo fuera del hogar Sin empleo fuera del hogar	Categoría
		Remuneración	< al sueldo básico Sueldo básico > al sueldo básico	Categoría
		Sexo de la persona en situación de dependencia	Hombre Mujer	Categoría
		Edad de la Persona en situación de dependencia	Años (Rango 7/104)	Numérica
		Relación con la persona en situación de dependencia	Cónyuge/pareja Hijo/a Padre o madre Otros	Categoría
		Enfermedad de la persona cuidada	Demencia Trastornos mentales, neurológicos, daño cerebral Enfermedades del sistema osteomuscular, tejido conjuntivo, cardiovascular y Respiratorio Otros	Categoría
		Horas diarias de atención	Horas (Rango 2 a 24)	Numérica
		Tiempo de Cuidado	Años (Rango 1/55)	Numérica
		Indicadores Clínicos		

		Visita Atención primaria (AP) en los últimos 12 meses	Nº de visitas	Numérica
		Percepción de calidad de Vida	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala Pésima	Catagórica
		Percepción de la calidad de salud	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala Pésima	Catagórica
		Riesgo de Estrés Riesgo de depresión Riesgo de ansiedad	corte propuesto es 6 (>5), el cual tiene una sensibilidad de 81,48 de 6 (>5), el cual tiene una sensibilidad de 88,46 de corte de 5 (>4), el cual tiene una sensibilidad de 87,50	Numérica
		Sobrecarga del cuidador	Puntuación máxima de 88 puntos. no sobrecarga puntuación menor a 46 sobrecarga de cuidador 46/57, sobrecarga intensa una puntuación superior a 57	Numérica

2.6. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
Problema General ¿Cómo una Intervención farmacológica disminuye la incidencia de síndrome de sobrecarga, en cuidadores de pacientes con discapacidad?	Objetivo General Disminuir la incidencia del síndrome de sobrecarga, de los cuidadores de los pacientes con discapacidad beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara en el Distrito 15 D01 circuito 1 y 2.	Hipótesis General La intervención farmacológica disminuye la incidencia de síndrome de sobrecarga, de los beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara en el periodo febrero 2019 - abril 2019.	Variable Independiente Intervención Farmacológica	Consumo de fármacos Media de fármacos Consumos AINE (antinflamatorios no esteroideos) Consumo ansiolíticos Consumo antidepresivos	Tratamiento medico	Posología
			Variable dependiente Incidencia del síndrome de sobrecarga	Edad Sexo Estado Civil Nivel de estudios Actividad Principal Remuneración Sexo de la persona en situación de dependencia Edad de la Persona en situación de dependencia Relación con la persona en situación de dependencia Enfermedad de la persona cuidada	Encuesta	Cuestionario de encuesta

				Horas diarias de atención Tiempo de Cuidado Visita Atención primaria (AP) en los últimos 12 meses Percepción de calidad de Vida Percepción de la calidad de salud		
				Riesgo de Estrés Riesgo de depresión Riesgo de ansiedad	Test DASS-21	Reactivos del test DASS-21
				Sobrecarga del cuidador	Test sobre la carga del cuidador Zarit	Reactivos del test Zarit

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

La investigación realizada fue de tipo analítico, transversal, prospectivo, aplicativo. El diseño de la investigación cuasi experimental

3.2. Método de investigación

Lógico-histórico, considerando que se estudia la incidencia del síndrome de sobrecarga en los cuidadores de los pacientes discapacitados que reciben el Bono Joaquín Gallegos Lara y que para su estudio se ha estructurado un proceso lógico de diagnóstico e intervención, atendiendo a los aspectos más relevantes que están relacionados con este problema.

Analítico-sintético, como proceso científico de investigación se realizó un análisis de los aspectos que están vinculados al Síndrome de sobrecarga en los cuidadores de los pacientes discapacitados, se aplican herramientas para la recolección de la información y con los resultados obtenidos se pueden hacer generalizaciones que permiten establecer los tratamientos farmacológicos pertinentes de tal manera que se ha pasado del análisis de los pacientes al dictamen del tratamiento más adecuado.

Inductivo-deductivo, se utilizó este método, partiendo de los casos particulares de los cuidadores, estableciendo la condición sociodemográfica de los pacientes y afectados por los diferentes niveles de síndrome de sobrecarga y los niveles de depresión, ansiedad y estrés, para establecer de forma general los tratamientos, los cuales se aplican nuevamente de forma particular a los pacientes.

3.3. Enfoque de la investigación

La investigación realizada tuvo un enfoque Cuantitativo - cualitativo

3.4. Alcance de la investigación

El alcance de la investigación realizada fue de carácter aplicativo, descriptivo y explicativo considerando que se realizó una intervención a los pacientes cuidadores de personas con discapacidades que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara y que padecen síndrome de sobrecarga a través de la aplicación de tratamientos farmacológicos, para disminuir la incidencia del SCC, para el efecto se realizó una evaluación inicial, que permitió determinar el o los tipos de tratamiento farmacológicos para posteriormente realizar una evaluación final y comparar los resultados obtenidos de las dos evaluaciones.

3.5. Población de estudio

Cuidadores de personas con discapacidades beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara en el Distrito 15 D01 circuito 1 y 2.

3.6. Unidad de análisis

65 cuidadores de personas con discapacidad beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara del Distrito 15D01.

3.7. Selección de la muestra

65 cuidadores de personas con discapacidad beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara del Distrito 15D01.

3.7.1. Criterios de inclusión

- Ser cuidadores legalmente registrados.
- Predisposición de los cuidadores de los Beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos para participar en la intervención mediante consentimiento informado.

3.7.2. Criterios de exclusión

- Cualquier discapacidad física y/o mental que invalide la intervención.
- Cualquier indisposición ideológica, cultural o religiosa que le impida participar.
- Cuidadores que no expresaron su deseo de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado

3.7.3. Criterios de salida

- Los cuidadores que por cualquier situación y por su voluntad decidan abandonar el proceso de trabajo de investigación
- Situaciones no previstas que implique la necesidad de abandonar la investigación en cualquier etapa de su proceso.

3.8. Tamaño de la muestra

3.8.1. Universo.

El Universo encontrado son 65 cuidadores de personas con discapacidad que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara.

3.8.2. Población

Se trabajó con el Universo completo de los cuidadores de las personas con discapacidades que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara, por lo que no se realiza ningún tipo de muestreo.

3.9. Técnicas de recolección de datos

Los datos se obtuvieron a través de la revisión documental de las historias clínicas y entrevistas a los pacientes y los test de Zarit y Zarit para medir el síndrome de sobrecarga y el test para medición de depresión, ansiedad y estrés DASS 21, utilizando listas de reactivos de cada test. Los resultados obtenidos fueron sistematizados y calculados utilizando el software estadístico SPSS versión 22 y Hoja de cálculo Excel.

Luego de la lectura del consentimiento informado y la aceptación para participar en la investigación se aplicó a los cuidadores una entrevista sociodemográfica y los Pretest de Zarit y DASS 21 a 65 personas cuidadores de pacientes con discapacidad, beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara en el Distrito 15 D01 circuito 1 y 2.

Los resultados se sistematizaron y evaluaron con el propósito de determinar las necesidades de tratamiento farmacológico de los cuidadores, para el efecto se realizó un análisis comparativo para establecer el nivel de asociación entre las variables socioeconómicas y epidemiológicas con los resultados del pretest de Zarit de sobre carga utilizando el estadístico de chi cuadrado de independencia.

Con los datos obtenidos se diseñaron los tratamientos en función de las necesidades y requerimientos de los diferentes casos para posteriormente realizar la intervención en los pacientes durante el tiempo especificado de acuerdo a los requerimientos establecidos. Al finalizar los tratamientos se aplicó nuevamente los test DASS y Zarit, se sistematizaron y analizaron los resultados, los datos obtenidos se compararon utilizando el estadístico de McNemar Bowquer para diferencias significativas antes y después del tratamiento farmacológico.

El desarrollo de la propuesta de intervención farmacológica, a los cuidadores de personas con discapacidad que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara, se detalla en el Capítulo V de este trabajo de investigación, en el que se establecen los objetivos, factores y procedimientos metodológicos específicos de la aplicación de los fármacos a través de la descripción programada del proceso.

3.10. Normas Éticas

Para la realización de este estudio se consideró que el paciente debe estar adecuadamente informado sobre los procedimientos a realizarse para lo cual se propuso un documento de consentimiento informado en el cual se estableció el proceso médico al que será sujeto.

Los pacientes fueron diagnosticados profesionalmente y se le aplicó un tratamiento farmacológico estrictamente controlado, por lo que no corrieron ningún tipo de riesgo médico, por el contrario, se busca a través de esta intervención mejorar la calidad de vida de los cuidadores de personas con discapacidades.

La participación de los pacientes en el estudio fue totalmente voluntaria pudiendo aceptar o no formar parte del estudio y retirarse cuando consideraran necesario, sin que por ello puedan ser sujeto de ningún tipo de represalia o sanción de carácter legal.

3.11. Limitaciones del Estudio.

En el proceso de intervención las limitaciones encontradas fueron de carácter geográfico por la distancia de las viviendas de los pacientes en relación al centro de salud, criterios de carácter cultural e idiomático que dificultaron la comunicación y la dificultad de los pacientes para seguir adecuadamente los tratamientos.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y RESULTADOS

4.1. Estadísticas descriptivas

En el presente estudio se realizaron 65 encuestas a los cuidadores de personas con discapacidades beneficiarios del Bono Joaquín Gallegos Lara en el Distrito 15 D01 circuito 1 y 2. Tomándose los datos sociodemográficos y de salud de los cuidadores, y datos relevantes de los pacientes, se aplicó el test de Zarit para determinar los niveles de sobrecarga y se aplicó la escala DASS-21, con el propósito de determinar las patologías de depresión, ansiedad y estrés, los resultados encontrados fueron los siguientes.

4.1.1. Estadísticas sociodemográficas de los cuidadores

Tabla 1-4 Edad de los cuidadores

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
de 18 a 27	8	12,3
de 28 a 37	9	13,8
de 38 a 47	23	35,4
de 48 a 57	15	23,1
de 58 a 67	7	10,8
de 78 a 87	3	4,6
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

La encuesta sociodemográfica realizada a los cuidadores con respecto a la edad arroja los siguientes resultados de un total de 65 encuestados el 35,4% se encuentra en el intervalo de edad comprendido entre los 38 a 47 años, seguido de las personas de 48 a 57 años con 23,1% de 28 a 37 años con el 13,8% de 18 a 27 años con 12,3% de 58 a 67 años en 10,8% i de 78 a 87 años, 4,6% de los cuidadores.

Tabla 2-4. Sexo de los cuidadores

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	11	16,9
Femenino	54	83,1
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Con respecto al sexo, las mujeres representan el mayor porcentaje de cuidadores con el 83,10%, esto es 54 personas, mientras que los hombres alcanzan el 16,90% con 11 personas de los 65 encuestados.

Tabla 3-4 Estado Civil de los cuidadores

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	23	35,4
Casado	31	47,7
Divorciado	10	15,4
Viudo	1	1,5
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Sobre el indicador sociodemográfico los cuidadores encuestados aseguran que el 47,7% están casados, el 35,4% son solteros, 15,4% divorciados y el 1,5% viudos. Lo que significa que casi la mitad tiene otras responsabilidades a parte del trabajo que hacen con los pacientes.

Tabla 4-4 Nivel de estudios de los cuidadores

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje
Básico	24	36,9
Bachillerato	12	18,5
Técnico	13	20,0
Superior	12	18,5
Ninguno	4	6,2
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

En lo que se refiere al nivel de estudios de los cuidadores se encontró que el 36,9% tiene estudios de nivel básico, el 20% asegura tener nivel técnico, el 18,5% alcanzó el bachillerato, en la misma proporción 18,5% nivel superior y el 6,2% asegura no tener estudios.

Tabla 5-4 Actividad Principal de los cuidadores

Actividad principal	Frecuencia	Porcentaje
Con empleo fuera	26	40,0
Sin empleo fuera	39	60,0
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Sobre la actividad principal de los cuidadores se estableció que el 60% se encuentra sin empleo fuera de la actividad de cuidado y el 40% con empleo fuera de la actividad de cuidado.

4.1.2 Estadísticas de los pacientes

Tabla 6-4 Sexo del paciente en dependencia

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	38	58,5
Mujer	27	41,5
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

De acuerdo a las estadísticas el sexo de los pacientes en dependencia de los cuidadores es de 58,5% hombres y 41,5% mujeres.

Tabla 7-4 Edad de los pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
de 7 a 26	9	13,8
de 27 a 46	7	10,8
de 47 a 66	8	12,3
de 67 a 86	34	52,3
de 87 a 106	7	10,8
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

El intervalo de edad de los pacientes atendidos por los cuidadores con mayor porcentaje es el comprendido entre los 67 a los 86 años con el 52,3%, seguido de los por los pacientes de 7 a 26 años con 13,8% y luego los pacientes de 47 a 66 años con 12,3%, los pacientes con intervalos de 27 a 48% y de 87 a 106% se ubican en el cuarto lugar con 10,8% de los casos cada intervalo.

Tabla 8-4 Relación de dependencia del paciente con el cuidador

Relación de dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	18	27,7
Hijo/a	9	13,8
Padre/Madre	13	20,0
Laboral	25	38,5
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Con respecto a la relación de dependencia entre los cuidadores y sus pacientes, se estableció que el 38,5% era una relación laboral, el 27,7% pareja, el 20% Padre/madre y el 13,8% de Hijo/a.

Tabla 9-4 Enfermedad del Paciente

Enfermedad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Mental	22	33,8
Sistema Óseo-muscular	19	29,2
Daños en los tejidos	5	7,7
Cáncer	8	12,3
Daños cardiopulmonares	11	16,9
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

De los datos obtenidos en la encuesta a los cuidadores se estableció que las enfermedades que sufren los pacientes son el 33,8% trastorno mental, el 29,2% enfermedades del sistema óseo-muscular, 16,9% daños cardiopulmonares, el 12,3% cáncer y el 7,7% daño en tejidos.

Tabla 10-4 Horas de atención diarias realizadas por el cuidador

Horas de atención diarias	Frecuencia	Porcentaje
de 1 a 3	3	4,6
de 4 a 7	12	18,5
de 8 a 11	18	27,7
de 12 a 15	13	20,0
de 16 a 19	12	18,5
de 20 a 24	7	10,8
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

La cantidad de horas que los cuidadores pasan con los pacientes está dada por los siguientes datos de 8 a 11 horas el 27,7%, de 12 a 15 horas el 20%, de 16 a 19 horas el 18,5% al

igual que de 4 a 7 horas con el mismo porcentaje 18,5% de 20 a 24 horas 10,85 de los cuidadores y de 1 a 3 horas el 4,6%

Tabla 11-4 Tiempo que lleva de cuidador en años

Tiempo de cuidador	Frecuencia	Porcentaje
de 1 a 10	26	40,0
de 11 a 20	18	27,7
de 21 a 30	10	15,4
de 31 a 40	7	10,8
de 41 a 50	3	4,6
de 51 a 60	1	1,5
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Sobre el tiempo que lleva de cuidador los datos obtenidos fueron los siguientes: el 40% de los cuidadores afirman que llevan realizando este trabajo de 1 a 10 años, el 27,7% aseguran que llevan de cuidadores de 11 a 20 años, 15,4% dicen estar como cuidadores de 21 a 30 años, el 10,8% de 31 a 40 años; 4,6% de 41 a 50 años y 1,5% de 51 a 60 años. Por lo que se puede inferir que la mayoría de los cuidadores tiene en su función entre 1 a 10 años.

4.1.3. Estadística de la Salud del Cuidador

Tabla 12-4 Visitas Atención Primaria en el año

Vistas AP en el año	Frecuencia	Porcentaje
Una	12	18,5
Dos	9	13,8
3 o más	6	9,2
Ninguna	38	58,5
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los cuidadores de las personas con discapacidad han realizado las siguientes visitas de atención primaria en el último año el 58,5% ninguna visita, 18,8% una visita, el 13,8% dos visitas y el 9,2% de los cuidadores 3 o más visitas

Tabla 13-4 Percepción de calidad de vida

Nivel de percepción	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	1	1,5
Muy Buena	6	9,2
Buena	17	26,2
Regular	21	32,3
Mala	10	15,4
Muy Mala	7	10,8
Pésima	3	4,6
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

La percepción que tiene los cuidadores sobre su calidad de vida es la siguiente el 32,3% asegura que regular, le sigue el 26.2% quienes aseguran que su calidad de vida es buena, el 15,4% mala, el 10,8% muy mala, 9,2% Muy Buena, 4,6% Pésima y 1,5% excelente. Esto valores indican que la tendencia de calidad de vida de los cuidadores esta entre regular a buena, tendiendo hacia abajo.

Tabla 14-4 Percepción de la calidad de Salud.

Nivel de percepción	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	2	3,1
Muy Buena	7	10,8
Buena	15	23,1
Regular	20	30,8
Mala	11	16,9
Muy Mala	8	12,3
Pésima	2	3,1
Total	65	100,0

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Sobre la percepción de calidad de salud los cuidadores se expresan de la siguiente manera: el 30,8% consideran que su calidad de salud es regular, el 23,1% aseguran que buena, 16,9% dicen que la calidad de salud que tiene es mala, 12,3% muy mala 10,8% muy buena y las dos categorías extremas Excelente y pésima tienen un porcentaje de 3,1% para cada una de ellas.

4.2. Aplicación del test de Zerit para medir sobre carga.

4.2.1. Resultados del pretest de Zerit antes del tratamiento farmacológico

Tabla 15-4 Resultados de pretest de sobrecarga

Nivel de sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje
Sobre carga ligera	32	49,2
Sobre carga intensa	17	26,2
Ausencia de sobrecarga	16	24,6
Total	65	100,0

Fuente: Pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

La sistematización de los resultados del Test de Zarit y Zarit para medir la sobrecarga de trabajo en los cuidadores de pacientes con discapacidades que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara, previo a la aplicación de un tratamiento farmacológico, proporcionaron la siguiente información 32 de los cuidadores esto es el 49,2% tienen una sobre carga ligera, 17 de los cuidadores el 26,2 tienen una sobre carga intensa y 16 de ellos es decir el 24,6% manifiesta ausencia de sobrecarga.

Tabla 16-4 Asociación Nivel de sobrecarga con edad de los cuidadores

Edad	Sobrecarga de Zerit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
de 18 a 27	2	3,1%	6	9,2%	0	0,0%	8	12,3%
de 28 a 37	4	6,2%	3	4,6%	2	3,1%	9	13,8%
de 38 a 47	10	15,4%	6	9,2%	7	10,8%	23	35,4%
de 48 a 57	6	9,2%	2	3,1%	7	10,8%	15	23,1%
de 58 a 67	7	10,8%	0	0,0%	0	0,0%	7	10,8%
de 78 a 87	3	4,6%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,6%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$X^2_{gl:10} = 25,411$; $P = 0,005$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

De un total de 65 casos se obtuvo que el 15,4% (10/32) de los casos experimentan una sobrecarga ligera en el intervalo de 38 a 47 años; 10,8% (7/32) casos en el intervalo de 58 a 67 años; 9,2% (6/32) en el intervalo de edad de 48 a 57 años. Para la sobrecarga intensa los mayores porcentajes se reportan a 9,2% (6/17) casos a la edad de entre los 18 a 27 años, en el mismo

porcentaje y número a la edad de entre los 38 a 47 años. La ausencia de sobrecarga con mayor porcentaje es del 10,8% (7/16) a las edades de 38 a 47 y de 48 a 57 respectivamente.

Las edades a las que se encontró la mayor cantidad de casos de sobrecarga es 35,4% (23/65) en el intervalo de 38 a 47 y 23,1% (15/65) a en el intervalo de entre 48 a 57 años. Lo que significa que la incidencia de sobrecarga se manifiesta con mayor intensidad entre los 38 a 47 años, sin embargo, la mayoría de casos son de sobrecarga moderada, por otro lado es interesante observar que la mayor incidencia de sobrecarga intensa se produce en los cuidadores de entre 18 a 27 años, se estableció a través de la prueba de chi cuadrado (25,411 con 10 grados de libertad) que existe una importante asociación (P=0,005) de variables entre la edad de los cuidadores y los niveles de sobrecarga.

Tabla 17-4 Asociación Nivel de sobrecarga con sexo

Sexo	Sobrecarga de Zerit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Masculino	7	10,8%	3	4,6%	1	1,5%	11	16,9%
Femenino	25	38,5%	14	21,5%	15	23,1%	54	83,1%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$X^2_{gl:2} = 1,861; P = 0,394$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

La relación entre el indicador sociodemográfico de sexo con los resultados del nivel de sobrecarga obtenido del test de Zarit y Zarit, indica que del 100% (65) de los casos la mayoría de la sobrecarga se encuentra en las mujeres con el 83,1% (54/65) de los casos, en la sobrecarga ligera el sexo femenino alcanza el 38,5% (25/32) casos, en la descarga interna 21,5% (14/17) casos las mujeres no presentan sobrecarga en el 23,1% (15/16) casos.

La sobrecarga en los hombres es del 16,9% (11/65) casos. Se aplica la prueba de chi cuadrado con 2 grados de libertad y un coeficiente de significancia de 0,05, calculándose un chi cuadrado de 1,861 y un valor de P= 0,394, lo que significa que no se establece una relación estadísticamente significativa entre la variable de Sexo y la Variable de sobrecarga.

Tabla 18-4 Asociación del nivel de sobrecarga con el nivel de estudios

Nivel de estudios	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Básico	14	21,5%	6	9,2%	4	6,2%	24	36,9%
Bachillerato	8	12,3%	2	3,1%	2	3,1%	12	18,5%
Técnico	1	1,5%	6	9,2%	6	9,2%	13	20,0%
Superior	7	10,8%	3	4,6%	2	3,1%	12	18,5%
Ninguno	2	3,1%	0	0,0%	2	3,1%	4	6,2%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$$X^2_{gl:8} = 14,098; P = 0,079$$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Comparando las variables de nivel de descarga con el nivel de estudios del 100% (65) de los cuidadores de los discapacitados que recién el bono Joaquín Gallegos Lara se encontró que las personas que tienen mayor nivel de sobrecarga 36,9% (24/65) casos son aquellas que han tenido un nivel de educación básico, seguidos por el 20% (13/65) de casos de los cuidadores que tienen nivel técnico en tercer lugar (12/65) se encuentran los de bachillerato y los de educación superior con el mismo porcentaje.

Se ubica en el último puesto el 6,2% (4/65) casos en los que no tienen ningún nivel de escolaridad. En la sobrecarga ligera se encuentran con mayor intensidad el grupo de educación básica con 21,5% (14/32) de los casos, en la carga; en sobrecarga intensa se reparten el primer lugar entre los grupos de educación básica y educación técnica con 9,2% (6/17) casos cada uno. El grupo de escolaridad con mayor porcentaje de casos con ausencia de carga es el del nivel escolar técnico con 9,2% (6/16).

Tabla 19-4 Asociación del nivel de sobrecarga con Actividad principal

Actividad Principal	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Con empleo fuera	15	23,1%	5	7,7%	6	9,2%	26	40,0%
Sin empleo fuera	17	26,2%	12	18,5%	10	15,4%	39	60,0%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$$X^2_{gl:2} = 1,466; P = 0,480$$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

El análisis de la comparación del nivel de sobrecarga con la actividad principal de los cuidadores indica que los mayores niveles de sobrecarga están en las personas sin empleo fuera de la actividad de cuidador alcanzando el 60% (39/65), la mayoría de caso se ubican en la sobrecarga ligera sin empleo fuera de la actividad de cuidador con el 26,2% esto es (17/32),

En segundo lugar, se encuentran las personas con empleo fuera de la actividad de cuidado y sobrecarga ligera con el 23,10% (15/32) en sobre carga intensa, sin empleo por fuera esta el 18,5% (12/17) de los cuidadores. Se aplicó una prueba de chi cuadrado para medir el nivel de asociación y ese estableció un valor de 1,466 con 2 grados de libertad y un valor de P de 0,480. Lo que significa que estadísticamente no están asociadas las dos variables.

Tabla 20-4 Asociación del nivel de sobrecarga con remuneración

Remuneración	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
< Sueldo Básico	10	15,4%	2	3,1%	2	3,1%	14	21,5%
Sueldo Básico	6	9,2%	7	10,8%	5	7,7%	18	27,7%
> Sueldo Básico	16	24,6%	8	12,3%	9	13,8%	33	50,8%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0

$X^2_{gl:4} = 5,020$; $P = 0,285$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

En la relación de nivel de sobrecarga con la remuneración, se estableció que las personas que tiene mayor nivel de sobrecarga son aquellas que perciben menos del sueldo básico; Para sobre carga ligera con sueldo menor al básico 24,6% (16/32). Para sobrecarga intensa con sueldo menor al básico 12,3% (8/17), los cuidadores con sueldo menor al básico y con sobrecarga ligera 15,4% (10/32) se ubican en segundo lugar, se estableció un chi cuadrado de 5,020 con un P valor de 0,285

Tabla 21-4 Asociación del nivel de sobrecarga con sexo de los pacientes

Sexo del paciente en dependencia	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Hombre	19	29,2%	9	13,8%	10	15,4%	38	58,5%
Mujer	13	20,0%	8	12,3%	6	9,2%	27	41,5%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$$X^2_{gl:2} = 0,332; P = 0,847$$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Relacionando el sexo de los pacientes con los niveles de sobrecarga, los resultados obtenidos en el análisis son los siguientes los cuidadores que presentan mayores niveles de sobrecarga, son aquellos que trabajan con personas del sexo masculino, así: 29,2% (19/32) es cuidador de hombres con sobrecarga ligera, 20,0% (13/32) es cuidador de pacientes del sexo femenino con sobrecarga ligera, mientras que para la sobre carga intensa en hombres 13,8% (9/17) y para mujeres 12,3% (8/17)

Sin embargo, la ausencia de sobrecarga se da más en cuidadores con pacientes hombres con el 15,4% (10/6). El análisis de asociación entre variables a través del chi cuadrado con 2 grados dio un resultado de 0,332 y P valor igual a 0,847, lo que significa que no hay relación de asociación entre las variables.

Tabla 22-4 Asociación del nivel de sobrecarga con Edad de los pacientes

Edad de los pacientes	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
de 7 a 26	5	7,7%	2	3,1%	2	3,1%	9	13,8%
de 27 a 46	1	1,5%	4	6,2%	2	3,1%	7	10,8%
de 47 a 66	5	7,7%	2	3,1%	1	1,5%	8	12,3%
de 67 a 86	18	27,7%	5	7,7%	11	16,9%	34	52,3%
de 87 a 106	3	4,6%	4	6,2%	0	0,0%	7	10,8%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$$X^2_{gl:8} = 12,242; P = 0,141$$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

La relación Entre las variables de sobrecarga y de acuerdo a la edad de los pacientes indica que 27,7% (18/32) de los cuidadores sufren de sobrecarga ligera con pacientes de entre 67 a 86 años, 7,7% de con pacientes de la misma edad de sobre carga intensa, estableciéndose estas como las edad más críticas y que generan mayores niveles de sobrecarga; después se encuentra las edades de 47 a 66 años y la de 7 a 26 como las segundas edades más críticas para el cuidado con el 7,7% (5/32) de sobrecarga ligera para los cuidadores cada una.

Con relación a la carga intensa las edades de los pacientes que generan problemas en segundo lugar, de acuerdo a la información propuesta por los cuidadores son de 27 a 46 años y de 87 a 106 años con 6.2% (4/17), para el análisis de asociación de variables se aplicó el estadístico de chi cuadrado con 8 grados de libertad obteniéndose un resultado de 12,242 y un P valor igual a 0,141, lo que indica que no hay asociación estadística y que las variables son independientes.

Tabla 23-4 Asociación del nivel de sobrecarga con relación de dependencia

Relación de dependencia	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga		Caso	%
	Caso	%	Caso	%	Caso	%		
Pareja	9	13,8%	5	7,7%	4	6,2%	18	27,7%
Hijo/a	6	9,2%	1	1,5%	2	3,1%	9	13,8%
Padre/Madre	7	10,8%	3	4,6%	3	4,6%	13	20,0%
Otros	10	15,4%	8	12,3%	7	10,8%	25	38,5%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$$X^2_{gl:6} = 2,409; P = 0,878$$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

La relación entre las variables del nivel de sobrecarga y la dependencia de los pacientes con los cuidadores indica que: la relación de dependencia con otras personas provoca sobre carga ligera en 15,4% (10/32), en segundo lugar está la relación de pareja con 13,8% (9/32); para la sobre carga intensa indican la relación entre las variables, que también es la relación de dependencia con otras personas la que provoca el mayor porcentaje esto es 12,3% (8/17) y en segundo lugar la relación de pareja con 7,7% (5/17).

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para probar la asociación entre variables dando como resultado 2,409 con 6 grados de libertad y un P valor de 0,878, estableciéndose que las variables son independientes y no existe relación de asociación entre ellas.

Tabla 24-4 Asociación del nivel de sobrecarga con Enfermedad del paciente

Enfermedad del paciente	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Trastorno Mental	6	9,2%	8	12,3%	8	12,3%	22	33,8%
Sistema Óseo-muscular	11	16,9%	4	6,2%	4	6,2%	19	29,2%
Daños en los tejidos	4	6,2%	1	1,5%	0	0,0%	5	7,7%
Cáncer	6	9,2%	1	1,5%	1	1,5%	8	12,3%
Daños cardiopulmonares	5	7,7%	3	4,6%	3	4,6%	11	16,9%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$X^2_{gl:8} = 9,302; P = 0,318$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

En cuanto a la relación de sobrecarga con las enfermedades de los pacientes, se determinó que la sobre carga ligera esta generada por las enfermedades del sistema óseo-muscular en el 16,6% (11/32) seguida de las enfermedades de trastorno mental con 9,2% (6/32), la sobre carga intensa es provocada con mayor porcentaje 12,3% (8/17) por las enfermedades de trastorno mental, seguida con 6,2 (4/17) por las enfermedades del sistema (óseo-muscular) estableciéndose que estas dos patologías son las que provocan mayor sobrecarga en los cuidadores. Se aplicó la prueba de chi cuadrado para ver si estadísticamente las variables están asociadas, encontrándose como resultado 9,302, con dos grados de libertad y un P valor de 0,318, por lo tanto, las variables son independientes.

Tabla 25-4 Asociación del nivel de sobrecarga con horas de atención diarias

Horas de atención diarias	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
de 1 a 3	3	4,6%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,6%
de 4 a 7	4	6,2%	3	4,6%	5	7,7%	12	18,5%
de 8 a 11	11	16,9%	5	7,7%	2	3,1%	18	27,7%
de 12 a 15	3	4,6%	3	4,6%	7	10,8%	13	20,0%
de 16 a 19	8	12,3%	2	3,1%	2	3,1%	12	18,5%
de 20 a 24	3	4,6%	4	6,2%	0	0,0%	7	10,8%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$X^2_{gl:8} = 19,180; P = 0,038$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Sobre la relación de la sobrecarga y las horas de atención se pudo establecer que 16,9% (11/32) cuidadores consideran que la mayor sobrecarga ligera se da entre las 8 y las 11 horas de trabajo, en segundo lugar con 12,3(8/32) entre las 16 a 19 horas, en tanto que la sobrecarga intensa se produce con mayor fuerza entre la 8 y las 11Horas 7,7% (5/17), en segundo lugar está entre 10 a 24 horas con el 6,2% (6/17), de los resultados observados generalmente el número de horas que provocan mayor sobre carga están entre las 8 y 11H de trabajo, la relación de asociación de variables se midió a través de la prueba de Chi cuadrado con 8 grados de libertad, encontrándose que existe asociación entre las variables sobrecarga y horas de trabajo con 19,180 y un P valor de 0,038, lo que indica que el nivel de sobrecarga está asociado a las horas de trabajo.

Tabla 26-4 Asociación del nivel de sobrecarga con Tiempo de cuidador/años

Tiempo de cuidador	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga		Caso	%
	Caso	%	Caso	%	Caso	%		
de 1 a 10	13	20,0%	6	9,2%	7	10,8%	26	40,0%
de 11 a 20	12	18,5%	2	3,1%	4	6,2%	18	27,7%
de 21 a 30	2	3,1%	6	9,2%	2	3,1%	10	15,4%
de 31 a 40	4	6,2%	1	1,5%	2	3,1%	7	10,8%
de 41 a 50	1	1,5%	1	1,5%	1	1,5%	3	4,6%
de 51 a 60	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	1	1,5%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$X^2_{gl:10} = 12,706; P = 0,241$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

En la relación del nivel de sobrecarga y el tiempo que lleva realizando el trabajo el cuidador se encontraron los siguientes datos, en la sobrecarga ligera el mayor porcentaje se encontró entre 1 a 10 años con el 20% (13/32) y luego de 11 a 20 con 18,5% (12/32), para la sobrecarga intensa los datos encontrados indican que el 9,2% (6/17) está en la edad de 1 a 10 años y en la edad de 21 a 31 años de trabajo con el mismo porcentaje para las dos edades.

Es importante destacar los bajos porcentajes de la sobre carga interna, ya que se supone que mientras más tiempo tiene la persona cuidando al paciente mayor debería ser la intensidad de carga, sin embargo, sucede los contrarios, es en os primeros años donde se manifiesta este fenómeno con mayor fuerza.

Se busca establecer relaciones de asociación entre las variables a través de la aplicación de la prueba de chi cuadrado encontrándose un resultado de 12,706 con 10 grados de libertad y un P valor de 0,241, determinándose que las variables son independientes.

Tabla 27-4 Asociación del nivel de sobrecarga con N° de visitas a AP en el año

Visitas AP en el año	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Una	4	6,2%	3	4,6%	5	7,7%	12	18,5%
Dos	3	4,6%	4	6,2%	2	3,1%	9	13,8%
3 o más	2	3,1%	2	3,1%	2	3,1%	6	9,2%
Ninguna	23	35,4%	8	12,3%	7	10,8%	38	58,5%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$X^2_{gl:5} = 6,240$; $P = 0,397$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego

En la relación de asociación de nivel de sobrecarga con la variable de número de visitas a Atención Primaria (AP) en un año de los cuidadores, se encontró que en la sobre carga ligera los pacientes no habían asistido a atención primaria en un año en una proporción de 35,4% (23/32), para la sobre carga intensa la proporción de los que no se hicieron atender ni una sola vez es la del 12,3% (8/17).

Por otro lado, se encuentran porcentajes más bajo de ese nivel de sobrecarga en las personas que se hicieron atender tres o más veces siendo para la sobrecarga ligera y la sobrecarga intensa el 3,1% (2/32) y (2/17) respectivamente para cada una. Lo que indica que a mayor atención primaria menor sobrecarga de trabajo. Para determinar la asociación entre variables se empleó el estadístico de Chi cuadrado con 5 grados de libertad, obteniéndose 6,240 y un P valor de =,397, lo que indica que no existe una relación de asociación entre las variables por lo tanto son independientes.

Tabla 28-4 Asociación del nivel de sobrecarga con Percepción de calidad de vida

Percepción de calidad de vida	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga		Caso	%
	Caso	%	Caso	%	Caso	%		
Excelente	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%
Muy Buena	3	4,6%	3	4,6%	0	0,0%	6	9,2%
Buena	7	10,8%	5	7,7%	5	7,7%	17	26,2%
Regular	15	23,1%	3	4,6%	3	4,6%	21	32,3%
Mala	3	4,6%	2	3,1%	5	7,7%	10	15,4%
Muy Mala	1	1,5%	4	6,2%	2	3,1%	7	10,8%
Pésima	2	3,1%	0	0,0%	1	1,5%	3	4,6%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$X^2_{gl:12} = 17,336$; $P = 0,137$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Sobre la asociación del nivel de sobrecarga con la percepción de calidad de vida que tienen los cuidadores de sí mismos, se encontró que el 23,1% (15/32), sufren de sobrecarga ligera t aseguran que su calidad de vida es regular, el 10,8% (7/32) el mayor porcentaje de cuidadores con sobrecarga intensa es de 7,7% (5/17) y aseguran que tienen una calidad de vida buena, 6,2% ((4/17) con sobre carga intensa, aseguran tener una calidad de vida muy mala.

Para establecer las relaciones de asociación entre las dos variables se propuso un análisis de chi cuadrado con 12 grados de libertad, obteniéndose 17,336 y un P valor de 0,137, lo que significa que las variables son independientes.

Tabla 29-4 Asociación del nivel de sobrecarga con Percepción de calidad de salud

Percepción de calidad de salud	Sobrecarga de Zarit						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga		Caso	%
	Caso	%	Caso	%	Caso	%		
Excelente	1	1,5%	1	1,5%	0	0,0%	2	3,1%
Muy Buena	5	7,7%	1	1,5%	1	1,5%	7	10,8%
Buena	8	12,3%	1	1,5%	6	9,2%	15	23,1%
Regular	7	10,8%	10	15,4%	3	4,6%	20	30,8%
Mala	6	9,2%	2	3,1%	3	4,6%	11	16,9%
Muy Mala	3	4,6%	2	3,1%	3	4,6%	8	12,3%
Pésima	2	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,1%
Total	32	49,2%	17	26,2%	16	24,6%	65	100,0%

$X^2_{gl:12} = 15,094$; $P = 0,236$

Fuente: Entrevista de indicadores sociodemográficos pretest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

La relación existente entre las variables de nivel de sobrecarga con la percepción de la calidad de salud de los cuidadores indica que 12,3% (8/32) manifiestan síndrome de sobrecarga ligera, asegurando tener una buena calidad de salud, 10,8% (7/32) padecen sobre carga ligera, pero aseguran tener una salud regular, para la sobre carga intensa el mayor porcentaje de cuidadores es de 15,4% (10/17) que asumen en tener una condición de salud regular.

Para establecer la asociación entre variables se aplicó una prueba de chi cuadrado con 12 grados de libertad, obteniéndose un resultado de 15,094 y un P valor de 0,236, lo que significa que las variables comparadas son independientes.

De forma general la percepción de los cuidadores de los pacientes que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara, es heterogénea, tanto en la percepción de su calidad de vida como en el nivel de salud, así también el escaso porcentaje de cuidadores que reciben atención primaria al año, lo que hace suponer que no están conscientes de los niveles de riesgo laboral a los que están sujetos.

4.3. Aplicación del pretest DASS-21 para medir depresión ansiedad y estrés, previo el tratamiento farmacológico

4.3.1. Resultados del pretest de DASS 21 depresión

Tabla 30-4 Resultados de Pretest DASS 21 (depresión)

	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	55,4
No	29	44,6
Total	65	100,0

Fuente: Test de DASS 21

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los resultados del pretest DASS 21 para depresión fueron los siguientes: 55,4% esto es 36 cuidadores sufrían de depresión antes del tratamiento farmacológico, y 44,6% esto es 29 cuidadores no presentaron el problema.

Tabla 31-4 Grado de Depresión

Grado de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Leve	12	18,5
Moderada	13	20,0
Severa	7	10,8
Extrema	4	6,2
Ninguno	29	44,6
Total	65	100,0

Fuente: Test de DASS 21

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Como queda establecido en la tabla 4-29 el 44,6% de los cuidadores no presentan síntomas de depresión, mientras que los niveles de depresión en el 55,4% de los cuidadores se distribuye de la siguiente manera, 20% depresión moderada, 18,5 depresión leve, 10,8% depresión severa y 6,2 depresión extrema.

4.3.2. Resultados del pretest de DASS 21 (Ansiedad)

Tabla 32-4 Resultados Pretest DASS 21 (Ansiedad)

	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	41,5
No	38	58,5
Total	65	100,0

Fuente: Test de DASS 21

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

En lo que respecta a la presencia de trastornos de ansiedad en los cuidadores la aplicación del test de DASS 21 encontró que el 58,5% de los cuidadores no sufre de ansiedad, y el 41,5% tiene el problema, pero en diferentes niveles como se explica en la tabla 30-4

Tabla 33-4 Grado de Ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	20	30,8
Moderada	15	23,1
Severa	4	6,2
Extrema	5	7,7
Sin Ansiedad	21	32,3
Total	65	100,0

Fuente: Test de DASS 21

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los grados de ansiedad son los siguientes, del 32,3% de los cuidadores no adolecen del síndrome, el 30,8% lo tiene con un nivel leve, el 23,1% de manera moderada, 6,2% severa y 7,7% extrema

4.3.3. Resultados del pretest de DASS 21 Estrés

Tabla 34-4 Resultados Pretest DASS 21 (Estrés)

	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	66,2
No	22	33,8
Total	65	100,0

Fuente: Test de DASS 21

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los resultados del Pretest de DASS 21 para medir el estrés son los siguientes: el 66,2% de los cuidadores adolecen de estrés, mientras que en el 33,8% de los cuidadores no se encontró el problema.

Tabla 35-4 Grado de Estrés

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	12	18,5
Moderada	14	21,5
Severa	11	16,9
Extrema	6	9,2
Sin estrés	22	33,8
Total	65	100,0

Fuente: Test de DASS 21

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los niveles de afectación de estrés se manifestaron de la siguiente manera, el 21,5% sufre de estrés moderado, 18,5% de estrés leve, el 16,9% de estrés severo y el 9,2% de estrés extremo, 33,8% de los cuidadores no sufren estrés.

4.4. Resultados del retest de Zarit después del tratamiento farmacológicos

Tabla 36-4 Resultados de retest de sobrecarga

Nivel de sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje
Sobre carga ligera	29	44,6
Sobre carga intensa	6	9,2
Ausencia de sobrecarga	30	46,2
Total	65	100,0

Fuente: Retest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los resultados de retest de Zarit para medir el nivel del síndrome de sobrecarga luego de la aplicación de un tratamiento farmacológico en cuidadores de personas discapacitadas que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara indica que el 44,6% esto es 29 personas de un total de 65 sufren el síndrome de sobrecarga ligera, el 9,2%, esto es 6 personas sufren el síndrome de sobrecarga intensa, se encontró que el 46,2% 30 de los cuidadores no sufren el síndrome de sobrecarga.

4.5 Resultados del retest DASS 21 después del tratamiento farmacológico

4.5.1. Resultados de Retest de Depresión

Tabla 37-4 Resultados Retest de DASS 21 (niveles de depresión)

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Leve	19	29,2
Moderada	6	9,2
Severa	3	4,6
Extrema	1	1,5
Sin Depresión	36	55,4
Total	65	100,0

Fuente: Retest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los resultados de retest DASS 21 para depresión, luego de la aplicación del tratamiento farmacológico indican que 29,2% de los cuidadores tiene un nivel de depresión leve, en 9,2% se manifiesta moderada, en el 4,6% de forma severa y en el 1,5% de manera extrema, el 55,4% de los cuidadores de acuerdo al test no tienen depresión.

4.5.2. Resultados del Posttest de Ansiedad

Tabla 38-4 Resultados del Retest DASS 21 (niveles de Ansiedad)

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	17	26,2
Moderada	5	7,7
Severa	4	6,2
Extrema	1	1,5
Sin Ansiedad	38	58,5
Total	65	100,0

Fuente: Retest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

En el caso de los niveles de ansiedad, los resultados del retest DASS21 después de la aplicación farmacológica indican que el 26,2%, esto es 17 de los 65 cuidadores adolecen de ansiedad leve, el 7,7% de ansiedad moderada, el 6,2% de ansiedad severa y solamente 1,5% esto es un solo cuidador reporto ansiedad extrema, el 58,5% de los cuidadores no demuestran tener síntomas de ansiedad de ningún tipo.

4.5.3. Resultados del retest de Estrés

Tabla 39-4 Resultado de retest DASS 21 (niveles de Estrés)

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	15	23,1
Moderada	7	10,8
Severa	3	4,6
Extrema	2	3,1
Sin estrés	38	58,5
Total	65	100,0

Fuente: Retest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

El retest de estrés luego de aplicado el tratamiento farmacológico indica que el 23,1% esto es 15 de los 65 cuidadores manifiestan un estrés leve, el 10,8% un estrés moderado, en el 4,6% un nivel de estrés severo y en el 3,1 % esto es dos cuidadores el nivel de estrés es extremo, se estableció a través de los resultados obtenidos que el 58,5% de los cuidadores de pacientes con discapacidades que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara no sufren de estrés.

4.6. Comprobación de la validez de tratamiento de sobrecarga

Tabla 40-4 Comprobación de validez de tratamiento para sobre carga Pretest/Retest de Zarit

Sobrecarga de Zarit Pretest	Sobrecarga de Zarit Retest						Total	
	Sobre carga ligera		Sobre carga intensa		Ausencia de sobrecarga		Caso	%
	Caso	%	Caso	%	Caso	%		
Sobre carga ligera	20	30,8%	4	6,2%	8	12,3%	32	49,2%
Sobre carga intensa	9	13,8%	2	3,1%	6	9,2%	17	26,2%
Ausencia de sobrecarga	0	0,0%	0	0,0%	16	24,6%	16	24,6%
Total	29	44,6%	6	9,2%	30	46,2%	65	100,0%

McNemar Bowker_{gl:3} = 15,926 P = 0,001

Fuente: Pretest y Retest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los datos obtenidos del análisis de la aplicación del pretest y el retest de Zarit indican que el 30,8% (20/65) de los cuidadores sufre de sobrecarga ligera, el 13,8% (9/65) de los cuidadores que sufrían sobrecarga intensa al momento del retest demuestran tener sobre carga ligera; 6,2% (4/65) de los cuidadores han pasado de sobrecarga ligera a sobrecarga intensa, el 3,1% (2/65) de los cuidadores se mantienen en la sobrecarga intensa. 12,3% (8/65) de los cuidadores que manifestaban padecer sobrecarga ligera ya no la tienen.

De igual forma el 9,2% (6/65) que padecían sobrecarga intensa, luego del retest ya no se manifestó el problema. Comparando los resultados totales se encontró que el porcentaje del pretest para sobrecarga ligera fue de 49,2% (32/65) en relación con el 44,6% (29/65) observado en el retest.

Para la sobrecarga intensa el resultado en el pretest fue 26,2% (17/65) frente a 9,2% (6/65) en el retest, mientras que en el pretest los cuidadores que no manifestaron sobrecarga estaba en el porcentaje del 24,6% (17/65) de sobre carga intensa en los cuidadores. Los porcentajes del pretest para ausencia de sobrecarga fueron de 24,6% (16/65), mientras que los resultados de ausencia de sobrecarga obtenidos en el retest alcanzaron al 46,2%.

Para comprobar si existen diferencias significativas entre el pretest y el retest luego de la aplicación del tratamiento farmacológico se aplicó la prueba McNemar Bowker con 3 grados de libertad y con un valor de significancia de 0,05, obteniéndose un resultado de 15,926 y un P valor de 0,001, lo que significa que existe una diferencia significativa entre los resultados del Pretest de Zarit previos al tratamiento y el retest luego del tratamiento, indicando que el tratamiento

farmacológico ha disminuido el síndrome de sobrecarga en los cuidadores de personas discapacitadas que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara.

4.7. Comprobación de valides de tratamiento farmacológico Pretest/Retest DASS 21

4.7.1. Comprobación de validez de tratamiento farmacológico Pretest/Retest para la depresión

Tabla 41-4 Validez de tratamiento para la depresión

Grado de depresión pretest	Grado de depresión Retest										Total	
	Leve		Moderada		Severa		Extrema		Sin Depresión			
	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Caso	%
	o		o		o		o		o			
Leve	6	9,2%	1	1,5%	2	3,1%	0	0,0%	3	4,6%	12	18,5%
Moderada	9	13,8%	1	1,5%	1	1,5%	0	0,0%	2	3,1%	13	20,0%
Severa	2	3,1%	3	4,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,1%	7	10,8%
Extrema	2	3,1%	1	1,5%	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	4	6,2%
Sin Depresión	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	29	44,6%	29	44,6%
Total	19	29,2%	6	9,2%	3	4,6%	1	1,5%	36	55,4%	65	100,0%

McNemar Bowker_{gl:8} = 17,400 P = 0,026

Fuente: Pretest y Retest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los resultados del test de DASS 21 aplicado a los cuidadores de personas discapacitadas que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara, para la variable de depresión fueron los siguientes: el 9,2% (6/65) cuidadores mantienen un grado de depresión leve, 13,8% (9/65) pasaron de y grado de depresión moderado a leve, 3,31% (2/65) pasaron de una depresión severa a leve.

En idéntico porcentaje de extrema a leve; 1,5% (1/65), pasó de leve a moderada, en la misma proporción se mantienen la depresión moderada, 4,6% (3/65) pasaron de severa a moderada, y 1,5% (1/65) de extrema a moderada; el 3.1% (2/65) de los cuidadores pasaron de una depresión leve a severa, 1,5% (1/65) paso de moderada a severa; en igual porcentaje se encontró un cuidador que se mantenía en una depresión severa.

Se encontró que 4,6% (3/65) pasar de depresión moderada a no tener depresión, 3,1% (2/65) pasaron de tener depresión moderada a no tener depresión, en el mismo porcentaje de depresión severa a no tener depresión, se encontró que el 44,6 (29/65).

El análisis general indica que 18,5% (12/65) cuidadores con depresión leve en el pretest subieron al 29,2% (19/65) con depresión leve en el retest; Los cuidadores con depresión moderada, pasaron de 20% (13/65) al 9,2% (6/65); para la depresión severa se encontró que 10,8% (7/65), subieron a 4,6% (3/65), mientras que para la depresión extrema de 1,5% (1/65) bajaron 6,2% (4/65), mientras que los cuidadores sin depresión pasaron del 44,6% (29/65) al 55,4% (36/65).

Para comprobar si la diferencia entre las dos evaluaciones fue significativa, se aplicó la prueba estadística de McNemar Bowker, con ocho grados de libertad y un coeficiente de significancia de 0,05, obteniéndose 17,400 y un P valor igual a 0,026 lo que significa que hubo diferencias importantes entre los resultados del pretest y el retest.

Como se puede observar en la tabla 4-37, los niveles de depresión leve bajaron considerablemente, mientras que, para la depresión moderada, severa y extrema, los casos aumentaron, lo que implica que el tratamiento farmacológico para depresión fue adecuado para los cuidadores con depresión leve.

4.7.2. Comprobación de validez de tratamiento farmacológico Pretest/Retest para la ansiedad

Tabla 42-4 Validez de tratamiento para la ansiedad.

Grado de ansiedad de pretest	Grado de Ansiedad retest										Total	
	Leve		Moderada		Severa		Extrema		Sin Ansiedad			
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%
Leve	7	10,8%	3	4,6%	1	1,5%	0	0,0%	9	13,8%	20	30,8%
Moderada	4	6,2%	1	1,5%	3	4,6%	1	1,5%	6	9,2%	15	23,1%
Severa	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,6%	4	6,2%
Extrema	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	6,2%	5	7,7%
Sin Ansiedad	4	6,2%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%	16	24,6%	21	32,3%
Total	17	26,2%	5	7,7%	4	6,2%	1	1,5%	38	58,5%	65	100,0%

McNemar Bowker_{gl:9} = 17,637 P = 0,040

Fuente: Pretest y Retest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los resultados del test de DASS 21 para la variable Ansiedad, fueron los siguientes 10,8% (7/65) demuestran una ansiedad leve, 4,6 (3/65) paso e leve a moderada, 1,5% (1/65) paso de leve a severa y 13,8% (9/65), paso de ansiedad leve a no presentar ansiedad.

6,2% (4/65) paso de ansiedad moderada a leve, 1,5% (1/65) se mantiene en moderada, 4,6% (3/65) paso de moderada a severa, 1,5% (1/65) de moderada a extrema, 9,2% (6/65), de moderada a no presentar ansiedad. 1,5% (1/65) paso de severa a leve.

4,6 (3/65) de ansiedad severa a no presentar ansiedad. 1,5% (1/65) de ansiedad extrema a leve, 6,2% (4/65) de ansiedad extrema a no presentar ansiedad. 6,2% (4/65) pasaron de presentar ansiedad a ansiedad leve, 1,5% (1/65) se no presentar ansiedad a ansiedad moderada, 24,6% (16/65) sin ansiedad.

Los resultados generales indican que de 30,8% (20/65) se bajó al 26,2% (17/65) de ansiedad leve, la ansiedad moderada paso del 23,1% (15/65) a 7,7% (5/65) la ansiedad severa en los cuidadores se mantuvo en 6,2% (4/65), mientras que la ansiedad extrema bajo de 7,7% (5/65) a 1,5% (1/65). Los porcentajes de ausencia de cuadros de ansiedad subieron de 30,8% (20/65) a 58,5% (38/65) de los casos, estos resultados demuestran la eficiencia del tratamiento farmacológico para la ansiedad.

Para comprobar si las diferencias mostradas entre los dos test son significativas se aplicó el estadístico de McNemar Bowker con 19 grados de libertad y un nivel de significancia de 0,05, obteniéndose como resultado 17,637 con un P valor igual a 0,040, estableciéndose que la diferencia de los resultados de los test antes y después del tratamiento es importante.

4.7.3. Comprobación de validez de tratamiento farmacológico Pretest/Retest para el estrés

Tabla 43-4 Validez de tratamiento para el estrés.

Grado de Estrés pretest	Grado de Estrés posttest										Total	
	Leve		Moderada		Severa		Extrema		Sin Estrés		Caso	%
	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%	Caso	%		
Leve	9	13,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	4,6%	12	18,5%
Moderado	2	3,1%	6	9,2%	0	0,0%	0	0,0%	6	9,2%	14	21,5%
Severo	2	3,1%	1	1,5%	2	3,1%	0	0,0%	6	9,2%	11	16,9%
Extremo	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	2	3,1%	2	3,1%	5	7,7%
Sin estrés	2	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	21	32,3%	23	35,4%
Total	15	23,1%	7	10,8%	3	4,6%	2	3,1%	38	58,5%	65	100,0%

McNemar Bowker_{gl:8} = 20,200 P = 0,010

Fuente: Pretest y Retest de Zarit

Realizado por: Edison Samaniego. 2019

Los resultados de la aplicación del test de DASS 21 para la variable de estrés son los siguientes: se encontró que el 13,8% (9/65) de los cuidadores continua con un nivel leve de estrés y 4,6% (3/65) paso de un estrés leve a no presentar síntomas; 3,1% (2/65) pasaron de un estrés moderado a uno leve, 9,2% (6/65) se han mantenido con estrés moderado.

3,1% (2/65) pasaron de estrés severo a leve, 1,5% (1/65) de estrés severo a moderado, 3,1% (2/65) de los cuidadores se mantienen en un estrés severo, mientras que 9,2% paso de estrés severo a no presentar estrés; 3,1% (2/65) de los cuidadores que no tenían estrés, presentaron síntomas de estrés leve y 32,3% (21/65) de los cuidadores se mantuvo sin estrés.

Considerando los resultados generales se estableció que los cuidadores con estrés leve pasaron de 18,5% (12/65) al 23,1% (15/65), los cuidadores con estrés moderado disminuyeron del 21,5% (14/65) antes del tratamiento a 10,8% (7/65); los cuidadores con estrés severo pasaron de 16,9% (11/65) a 4,6% (3/65), mientras que los cuidadores con estrés extremo pasaron de 7,7% (5/65) a 3,1% (2/65). Los cuidadores sin estrés aumentaron de 35,4% (23/65) a 58,5% (38/65), estableciéndose una diferencia porcentual de 23,1% de incremento.

Para determinar si esta diferencia fue significativa se aplicó la prueba estadística de antes y después de McNemar Bowker, con 8 grados de libertad y 0,05 de nivel de significancia, de la cual el resultado fue de 20,200 con un p valor de 0,010, determinándose una diferencia significativa importante entre los dos test, por lo que se puede asegurar que la aplicación del tratamiento farmacológico disminuyo el nivel de estrés de los cuidadores de personas discapacitadas que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara.

4.8. Discusión

En un estudio realizado por Espinoza y Aravena (2012), relacionado con síndrome de sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales en Chile, se reporta que dentro de las características bio-sociodemográficas de los cuidadores el 90% son mujeres, con edad comprendida entre 37 y 86 años, promediando los 57 años, con un nivel de escolaridad en el 43,3% básica, con el 40% con educación media entre completa e incompleta y apenas el 3,3% de educación superior.

El 50% de los cuidadores son casados, la mayoría de las cuidadoras informales, de acuerdo a esta investigación atienden a familiares cercanos como a sus conyugues, padres, hijos o hermanos 96,7%, en escaso porcentaje 3,3% a amigos u otras personas.

En la investigación realizada por Valle y otros (2015), orientada al análisis de sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor en México, se reporta que la media en edad de los cuidadores era de 44 años, el 81% de las cuidadores fueron mujeres, con grado de escolaridad de nivel medio, el 80% poseen pareja, el 75% son cuidadoras de adultos mayores.

Los resultados reportados en este trabajo de investigación aseguran que el 83,1% de los cuidadores son del sexo femenino encontrándose este porcentaje entre los propuestos en las investigaciones de Espinoza y Aravena y la de Valle, con respecto a la edad se estableció que la mayoría de cuidadores se encuentran entre los 38 y los 57 años con un promedio de 47 años, diferenciando con la en 10 años menos con la investigación de Espinoza y Aravena y con tres años más de promedio con respecto a la investigación de Valle.

Sin embargo, se podría decir que se ubica en los rangos de edad la que se encuentran la mayoría de los cuidadores de personas con discapacidades. En este trabajo se reporta que el 47,7% está casados, acercándose este dato a la investigación realizada en Chile antes que a la realizada en México. A diferencia de los trabajos propuestos para esta investigación la relación de dependencia de los cuidadores con los discapacitados es de carácter laboral en el 38,5% de carácter laboral, en segundo.

Sobre la situación laboral Espinoza y Aravena (2012) indican que el 79% de los cuidadores aseguran que los recursos económicos que manejan no son suficientes para mantener la situación a pesar de que el 26,6% se desempeña en un trabajo remunerado, por su parte Valle y colegas indican que el 73% de los cuidadores objeto de estudio tiene un trabajo remunerado en esta investigación el 60% de los cuidadores se encuentran sin empleo fuera de la actividad de cuidado.

Mendoza (2014), en su investigación sobre síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica, reporta que los cuidadores se hacían cargo de los pacientes todos los días en el 83,8% y habían estado a cargo de ellos por más de un año el 17,6% y ,menos de un año el 36,8%. Espinoza y Aravena (2012), confirman que el 73% de los cuidadores se dedican a esta labor de 1 a 6 años y el 42% lo hace de 6 a 15 horas diarias y 31% de 16 a 24 horas, apenas el 27% lo realiza por menos de 5 horas.

Por su parte Dueñas y otros (2016), en la investigación sobre síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales establece que la atención dada a los pacientes por parte de los cuidadores de más de 12 horas con el 38%, de 7 a 9 horas el 21% de 10 a 12 horas el 17% estos datos, en el caso de esta investigación se reportó que los cuidadores

se encontraban cuidando a los pacientes de 1 a 10 años en el 40% de los casos seguidos de 11 a 20 años con 27,7%.

Se reportó la cantidad de horas al día que los cuidadores pasan con los pacientes encontrándose que el mayor porcentaje está entre 8 a 11 horas datos que concuerdan con los propuestos en las investigaciones citadas.

Con respecto a los niveles de sobrecarga Prieto y sus colegas (2015) reportan en su investigación sobre síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel que el 52% de los cuidadores no padecen de síndrome de sobrecarga, el 17% lo sufre levemente y el 31% presenta síndrome de sobrecarga intenso.

Por su parte Mendoza (2014), reporta que el 8,8% de los casos no presenta síndrome de sobrecarga, el 19,1% tiene síndrome de sobrecarga leve y el 72,1% síndrome de sobrecarga intenso. Los resultados en este trabajo de investigación sobre el síndrome de sobrecarga en los cuidadores de las personas discapacitadas que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara fue de 49,2% , sobre carga ligera, 26,2% de sobre carga intensa y 24,6% sin sobrecarga, estos valores difieren de los datos encontrados, ya que en las dos investigaciones con las que se compara este trabajo el síndrome de sobrecarga ligera representa un porcentaje menor, mientras que en esta investigación los resultados obtenidos para este tipo de sobrecarga es el mayor, en segundo lugar se manifiesta la sobrecarga intensa y en última instancia la ausencia de sobrecarga.

Sin embargo, luego de la aplicación de la propuesta de tratamiento farmacológico el porcentaje mayor se traslada a la ausencia de sobrecarga con el 46,2%, seguida del porcentaje de sobrecarga ligero con 44,6% y el porcentaje de sobrecarga intenso es mínimo con 9,2%.

Con respecto a los niveles de depresión Ávila, García y Gaitán (2015), en un estudio sobre habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia, reportan que el 53% de los cuidadores no presentan manifestaciones depresivas, mientras que el 34,4% presenta depresión leve, 12,5% depresión moderada, no presentaron cuadros de depresión grave. En el estudio realizado por Córdova y Aparicio (2014).

Se reporta Depresión mínima 6%, Leve 28%, moderada 46% y Severa en 20%, En esta investigación bajo los parámetros del test DASS 21, se encontró que los niveles de depresión previos a la aplicación de un tratamiento farmacológico fueron de 44,6 % sin depresión, valor que relativamente es cercano al de la estadística propuesta por Ávila, García y Gaitán, depresión leve 12%, porcentaje diferente a los reportados en las dos investigaciones citadas.

La depresión moderada difiere con los datos de Ávila, García y Gaetan y con los de Córdova Aparicio, con respecto a la depresión severa y extrema los datos porcentuales de las investigaciones analizadas son relativamente diferentes en las tres investigaciones, haciendo suponer que la depresión en los cuidadores depende de muy diversos factores.

Con respecto a la ansiedad los datos propuestos por Ávila, García y Gaetano (2015) indican que los niveles de encontrados en cuidadores para este factor son 20% mínima, 34% leve, 30% moderada y 16% Severa.

Datos que difieren a los resultados encontrados en la aplicación del test de DASS 21 realizado en esta investigación donde el 30,8% de los cuidadores no presenta ansiedad y el mayor porcentaje de ansiedad se manifiesta con un grado leve con en 30,8%, seguido del moderado con 23,1% para los resultados de ansiedad luego de la aplicación del tratamiento farmacológico se encuentra una variación importante, en la que los cuidadores que no se manifiestan con ansiedad sube al 58,5%, la ansiedad leve baja al 26,2% y la moderada es de apenas el 7,7%.

En los trabajos de investigación analizados se reporta que los cuidadores de personas con discapacidad aseguran tener niveles de estrés entre el 68% y el 75% de los casos (Alarcon, 2018), sin embargo, no se han encontrado análisis de reportes de niveles de estrés vinculados a la presencia del síndrome de sobrecarga.

Los resultados obtenidos del Test de Zarit en el factor de estrés para esta investigación fueron los siguiente: antes de la aplicación de la terapia farmacológica el 33,8% no reporto estrés, 21,5% estrés moderado, 18,5% estrés leve 16,9 estrés severo y 9,2% estrés extremo, frente a estos resultados están los obtenidos luego de la aplicación de la propuesta de intervención farmacológica encontrándose el 58,5% de los cuidadores sin estrés, 23,1% con estrés leve, 10,8% con estrés moderado, 4,6% con estrés severo y apenas el 3,1% con estrés extremo.

Estableciéndose que el tratamiento propuesto ha dado importantes resultados mejorando la calidad de vida de los cuidadores; sin embargo, es importante considerar que este tratamiento farmacológico requiere también de otros factores para obtener los mejores rendimientos.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Mejoramiento de las condiciones de vida en los cuidadores de personas discapacitadas que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara, a través de una intervención Farmacología para la disminución de la incidencia de síndrome de sobrecarga.

5.1. Diseño de proyecto de intervención

5.1.1. Antecedentes

A partir de abril del 2012, se instauró en el Ecuador el Bono Joaquín Gallegos Lara, que consiste en una transferencia monetaria condicionada de \$240 dólares que son entregados generalmente al familiar que cuida de una persona con discapacidad severa, enfermedad catastrófica o sea menor de 14 años y padezca VIH SIDA (MIES, 2018).

Esta ayuda económica llega a aproximadamente 22.750 familias con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas, haciendo posible que sus cuidadores amplíen más la permanencia y los puedan atender a tiempo completo, así también como apoyo para que estas personas tengan a posibilidad de desarrollar emprendimientos dentro de su hogar.

Sin embargo, el trabajo que implica la asistencia a personas con discapacidad es arduo y altamente complejo, lo que genera una grave descompensación en la vida normal del cuidador, sobre todo cuando tiene una filiación directa con la persona a la que cuida, los efectos son físicos y psicológicos y se van acumulando, presentándose al inicio como molestias corporales, luego depresión, ansiedad, y estrés que más tarde se constituye en lo que se denomina Síndrome de Sobrecarga.

Hasta la fecha de la elaboración de esta propuesta y de acuerdo al Consejo Nacional para la Igualdad de discapacidades (CONADIS, 2019), en el Ecuador se encuentran registrados 466.236 personas, con discapacidades superiores al 30%, nivel que implica la necesidad de terceras personas para el cuidado de estos ciudadanos.

Esto significa que detrás de esta gran cantidad de individuos que no pueden valerse en su totalidad por sí mismos existe un número importante de cuidadores, que asumen una responsabilidad adicional, en sus vidas que generalmente está ligada a la del discapacitado por parentesco. En este sentido el Bono Joaquín Gallegos Lara viene a paliar en algo las necesidades de los discapacitados y sus familias.

Una vez iniciado el proceso de acompañamiento y cuidado de la persona discapacitada, el cuidador se enfrenta permanentemente a contraer el síndrome de sobrecarga de ahí que sea fundamental considerar algunos factores que permitan mejorar los niveles de prevención y coadyuven a mejorar el nivel de vida de los cuidadores.

De entre ellos es importante mencionar los tratamientos farmacológicos que se pueden hacer en función de aliviar la sintomatología del síndrome de sobrecarga, considerando que, hasta la actualidad, no se considera a este problema como una patología y su estudio se fragmenta en una diversidad de áreas que abarcan la parte fisiológica y la psicológica de forma aislada, cuando el problema es el resultado de una sola realidad.

5.1.2 Fundamentación

La propuesta de intervención farmacológica para personas cuidadores de discapacitados que reciben el Bono Joaquín Gallegos Lara, tiene su fundamento en la integración de los diversos factores que inciden en el apareamiento del síndrome de sobrecarga, para a partir de su conocimiento establecer con criterio conveniente y establecer cuáles son las medidas farmacológicas adecuadas para paliar los síntomas de la patología.

Considerando que desde la perspectiva de la medicina preventiva no se pueden implementar prácticas invasivas cuya pertinencia estará a cargo de especialista en la o las áreas correspondientes ya sean de psicología, fisiatría u otros de especialidad.

Sin embargo, con esta investigación se pretende hacer un análisis de los efectos que los fármacos de uso generalizado pueden tener en este tipo de dolencias de tal suerte que para el inicio del tratamiento farmacológico se utilizó tres grupos de fármacos.

AINES (ibuprofeno, diclofenaco, paracetamol), Ansiolíticos (valeriana, clonazepam, alprazolam) antidepresivos (fluoxetina, mirtazapina, escitalopram), en la elección del fármaco se considera la valoración clínica integral de cada paciente, además de una valoración por psiquiatría en determinados casos, junto con los resultados obtenidos posteriores a la aplicación de los test de diagnóstico Zarit y DASS 21, realizados en el contexto de la investigación.

5.1.3. Diagnóstico

Como se ha explicado antes en el Ecuador están registrados 466.236 personas con discapacidad de las cuales el 59,19% pertenecen al género masculino y 43,80% pertenecen al género femenino, estas personas sufren diferentes tipos de discapacidades a saber:

Físicas el 46,62%, intelectuales el 22,35%, auditivas 14,12%, visual 11,79% y psicosocial el 5,13%, a su vez estas discapacidades se manifiestan en diversos grados 45,17% con discapacidades bajas (30% a 49%), 34,66% con discapacidades medias (50% a 74%), 14,16% con discapacidad altas (75% al 84%) y discapacidades graves 6,2% (85% al 100%), los datos del CONADIS (2019), indican que la mayor parte de personas discapacitadas se ubican en el rango de edad de entre 30 a 64 años.

Por otro lado, las personas que reciben bonos por discapacidad son 114.963, esto es el 24,65% y las personas que reciben el Bono Joaquín Gallegos Lara, son 22.750, que alcanza al 4,87% de los discapacitados, siendo que a partir del 30% de discapacidad se requiere de la asistencia de terceras personas para ayuda.

La información disponible no hace referencia a ningún estudio sobre la situación actual de los cuidadores, la información tiene su peso centrado en los discapacitados, invisibilizando a este inmenso grupo de personas que hacen un gran esfuerzo para mejorar la calidad de vida de los individuos cuidados.

A nivel internacional existen estudios, sin embargo, escasamente se habla sobre tratamientos farmacológicos específicos para el síndrome de sobrecarga, los tratamientos son específicos para trastornos aislados que están vinculados al síndrome como son dolores y lumbalgias, depresión, ansiedad y estrés.

5.2. Objetivos de la propuesta

5.2.1 Objetivo General de la propuesta

Mejorar de las condiciones de vida en los cuidadores de personas discapacitadas que reciben el bono Joaquín Gallegos Lara, a través de una intervención Farmacología para la disminución de la incidencia de síndrome de sobrecarga.

5.2.2. *Objetivos específicos de la propuesta*

- Establecer los tratamientos de acuerdo al tipo de síntomas
- Organizar los tratamientos de acuerdo a previa valoración médica y psicológica de los cuidadores
- Aplicar los tratamientos
- Evaluar los resultados de la aplicación farmacológica.

5.3. *Diseño/desarrollo de la intervención*

5.3.1. *Diseño y programación*

Las dificultades de salud que se manifiesten con relación a la actividad de cuidar a personas con discapacidades deben realizarse en función de una perspectiva interdisciplinaria coordinada.

5.3.1.1. *Valoración Clínica Integral*

En la Valoración Clínica Integral se valoran los síntomas físicos y psicológicos si el caso lo amerita, con el propósito de utilizar adecuadamente los fármacos estrictamente necesarios y durante el menor periodo de tiempo, de forma especial los analgésicos y los psicofármacos, con el propósito de disminuir las situaciones que puedan conducir al abuso.

En este contexto se considerarán los posibles factores desencadenantes que provoque el síndrome de descarga, de entre los cuales es importante considerar las características del cuidador y las condiciones de la persona que es cuidada.

Se debe considerar, si el caso lo requiere la derivación a consulta de fisioterapia, cuando se presenten patologías de tipo óseo-muscular con el propósito de evaluar la dolencia y evitar lesiones a través del aprendizaje de técnicas de movilización y transferencia.

Una vez establecida la presencia o no de alteraciones de origen fisiológico, se debe considerar la promoción para el cuidado de la sintomatología vinculada al síndrome de sobrecarga producto del cuidado a personas con discapacidad e insistir en las medidas preventivas pertinentes y las acciones de carácter higiénico dietéticas y de educación para la salud.

5.3.1.2. Dosificación de fármacos

Por las características patológicas del síndrome de sobrecarga, se utilizarán tres tipos de fármacos:

1) AINES

a) Tratamiento con Ibuprofeno:

Dosis diaria recomendada 1200-1600mg, distribuida en dosis múltiples de 400 a 600 mg con periodo de 6 a 8 horas de acuerdo a las necesidades del paciente, no se debe sobrepasar la dosis diaria recomendada de 2400mg.

Se recomienda utilizar la dosis más baja posible y en el periodo de tiempo más corto de acuerdo a los requerimientos del paciente.

b) Tratamiento con diclofenaco

El tratamiento puede ser oral, intramuscular e intravenosa por infusión.

Dosis diaria recomendada:

Dosis oral va de 100 a 200 mg diariamente.

Dosis Intramuscular: una ampolla diaria de 75mg por vía intrigueta profunda, solamente en casos extremos administrar dos inyecciones diarias con intervalo 12 horas.

c) Tratamiento con paracetamol

Tratamiento oral

Dosis diaria como analgésico es de es de 325 a 1,000 mg cada cuatro horas, hasta un máximo de 4 gramos al día.

2) Ansiolíticos

a) Tratamiento con Valeriana

Tratamiento Oral

2 ml (40 gotas) 3 veces al día, pudiéndose aumentar hasta un máximo de 5 ml (100 gotas) por toma si fuera necesario.

b) Tratamiento con clonazepam

- La primera dosis no debe ser mayor a 1,5 mg/día, fraccionada en 3 tomas.
- La dosis puede incrementarse en 0,5 mg cada 72 horas.
- La dosis de mantenimiento debe ajustarse a las necesidades de cada paciente, generalmente se encuentra entre los 4 a 8 mg diarios

c) Tratamiento con Alprazolam

- La dosis adecuada debe individualizarse en función del grado de severidad de los síntomas y la respuesta del paciente al tratamiento.
- En caso de que la situación del paciente requiera incrementar la dosis se recomienda hacerlo con absoluta precaución para evitar reacciones adversas, generalmente los pacientes que no han recibido tratamiento con medicamentos psicotrópicos requieren dosis menores
- Dosis para ansiedad: 0.75 a 1.5 mg diarios, administrados en dosis divididas de 0.5 a 0.75 mg.

3) Antidepresivos

a) Tratamiento con Fluoxetina

Para Depresión: se recomienda una dosis de 20 mg por día, preferentemente administrada en la mañana, se puede establecer el aumento de la dosis luego de varias semanas, si se observa mejoría con el tratamiento. Las dosis superiores a 20 mg/día pueden administrarse una vez al día (por la mañana), o dos veces al día (por la mañana y por la tarde), y no se deberá exceder una dosis máxima de 80 mg/d.

b) Tratamiento con Mirtazapina

Para la Ansiedad, la dosificación de mirtazapina es de 15 a 45mg al día.

La dosis recomendada es de 15 mg al día, por sus propiedades de sedante es recomendable que se administre por la noche, antes de ir a dormir, en caso de que el paciente no responda se recomienda aumentar la dosis hasta 45mg al día.

c) Tratamiento con Escitalopran

Para la depresión y la ansiedad: Dosis inicial de 10 mg/día que, según la respuesta del paciente, puede incrementarse hasta un máximo de 20 mg/día.

5.3.2. Evaluación

Las evaluaciones de los tratamientos farmacológico se harán en base aplicación de test de Zarit para síndrome de sobrecarga y DASS 21 para medir niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés, Se aplicará un pretest y un retest para determinar a través de análisis estadístico la efectividad de los tratamientos de acuerdo a las necesidades individuales de los cuidadores afectados.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de las características socio epidemiológicas vinculadas al síndrome de sobrecarga se ha podido establecer que los cuidadores de personas con discapacidad que reciben el Bono Joaquín Gallegos Lara son el 83,1% mujeres, la mayoría de ellas entre los 38 a 47 años, entre solteras y casadas con nivel de educación básico y medio, sin empleo fuera de la actividad de cuidado, que atienden a pacientes hombres y mujeres generalmente entre 67 y 86 años con afinidad de dependencia laboral en un 38% y cónyuges en 27,7%, la mayoría de ellos con trastornos mentales y enfermedades del sistema óseo muscular a los que atienden entre 8 y 11 horas diarias, la mayoría de los cuidadores ha trabajado entre 11 y 20 años.

Aplicados los test de Zarit y DASS 21 se concluye que previa la aplicación del tratamiento farmacológico el 49,2% de los cuidadores padece de sobrecarga ligera, 26,2% de sobrecarga intensa y el 24,6% no presenta síntomas de sobrecarga. Al comparar el nivel de sobrecarga de los cuidadores con los indicadores socio epidemiológicos, no se establecieron asociaciones significativas entre ellos. A través del test de DASS se determinó que existe una importante presencia de cuidadores que presentan síntomas de depresión moderada, ansiedad leve y estrés moderado.

Se aplicó un tratamiento farmacológico atendiendo a las necesidades específicas de los cuidadores, tras un análisis clínico y si era necesario un análisis psicológico, en los tratamientos implementados dependiendo de las características de los síntomas se usaron AINES, ansiolíticos y antidepresivos, en bajas dosis y en espacios lo más cortos posibles.

Los resultados obtenidos de los tratamientos se evaluaron a través del análisis comparativo de pretest con retest, reportándose un aumento de los cuidadores sin síndrome de sobrecarga de 24,6% al 46,2%, aumento de los cuidadores sin síntomas de depresión del 44,6% al 55,4%, aumentos en los cuidadores sin síntomas de ansiedad de 32,3% a 58,5% y un aumento en los cuidadores sin síntomas de estrés de 35,4% al 58,5%. Para establecer si existían diferencias significativas entre las dos evaluaciones se aplicó para cada factor la prueba de McnNemar Bowker, obteniéndose en todos ellos diferencias significativas importantes.

RECOMENDACIONES

El síndrome de sobrecarga entre los cuidadores de personas con discapacidades es el resultado de la vinculación de varios factores socio epidemiológicos cuyo efecto se va manifestando progresivamente, por lo que se recomienda que se mejoren las condiciones de vida de estas personas, ya que el estado de se preocupa más por los pacientes con discapacidad e invisibiliza a los cuidadores poniéndoles en un segundo plano. En el Ecuador existen más de 611.000 personas con discapacidades superiores al 30% y detrás de ellas hay personas y familias que los cuidan.

El síndrome de sobrecarga no es reconocido como una patología específica de las personas que trabajan con pacientes con discapacidad, sin embargo, se atiende en función de los síntomas que son propias de ella, esto es en base al apareamiento de trastornos neurálgicos, ansiedad, depresión y estrés, sin embargo, se recomienda que se considere a la dolencia en su real contexto y dimensión haciendo posible una mejor evaluación y tratamiento.

Los tratamientos farmacológicos que pueden ser aplicados para contrarrestar los síntomas del síndrome de sobrecarga son apenas una parte del contexto en el que se desarrolla esta dolencia, por lo que se recomienda una integración eficiente de factores preventivos y curativos conjugados en el marco de un análisis específico del síndrome de sobrecarga, al tiempo de mejorar las condiciones de vida de los cuidadores.

De los resultados de la aplicación del tratamiento farmacológico se desprende la efectividad que ellos tienen como paliativos para las dolencias que tienen, sin embargo, se recomienda que estos tratamientos sean utilizados con moderación, con las mínimas dosis aconsejables y por el menor tiempo posible. El mayor trabajo de intervención debe estar orientado a fortalecer las capacidades de los cuidadores para la manipulación de personas con discapacidades, el reconocimiento emocional y económico por su trabajo y el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas que hacen grandes sacrificios en favor de un sector vulnerable de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Adelman, R., Tmanova, L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, *10*, 1052-1060.
- Alarcon, M. (2018). *Estrés y burnout enfermedades en la vida actual*. s/c: Plibrio.
- Aldas V, A. (2017). *Estrategia de afrontamiento y síndrome de burnout en personal de salud*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terpia Psicológica*, *30*(3), 49-55.
- Apostolo, J., Cardoso, D., Rodrigues, M., Macedo, M., & Paúl, C. (2016). Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el ámbito comunitario. *Enfermería Clínica*, *2*, 111-120.
- Ávila T, J., García C, J., & Gaitán R, J. (2015). HAbilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, *19*(1), 71-84.
- Baumann, F. (2018). *Cansados. Como luchar contra la fatiga y el agotamiento del día a día*. Cordoba : Editorial Almuzara.
- Cardona , D., Segura, A., Barbesí, D., & Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *31*(1), 30-39.
- Casillas C, O. (2016). Estrés Traumático secundario y salud en la atención profesional con familias: una mirada relacional. *Santiago*, *139*, 95-109.
- Cedillo T, A., Grijalva, M., Santaella H, G., Cuevas A, M., & Pedraza A, A. (2015). Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Revista médica del Instituto mexicano de seguro social*, *53*(3), 362-367.
- Cheng, S., Kwok, T., & Lam, L. (2014). Dimensionalidad de la carga de cuidadores de Alzheimer: análisis factorial confirmativo y correlatos de la entrevista de Zarit Burden. *Psicogeriatría Internacional*, *28*(9), 1455-1463.
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Modelo tripartito de ansiedad y depresión : evidencia psicométrica e implicaciones taxonómicas. *J.Abnormal Psychol*, *100*(3), 316-336.
- Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS. (Julio de 2019). *Personas con discapacidades registradas*. Obtenido de Consejo Nacional para la igualdad de discapacidades : <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Cordova , A., & Aparicio, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, *12*(1), 149-167.

- de Carmen G, M., & Gil L, M. (2016). el estres en el ambito profesional de la salud. *Persona*, 11-30.
- De Regil, L., & Estrella, D. (2015). *Sindrome de Burnout Una revisión breve*. Bogota: s/e.
- Delgado, E., Suarez, F., & Rionda, L. (2010). Procesos metodológicos en geriatría. *Medicine*, 10, 4256-4262.
- Días Z, D. (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo. *Artículos de Argentina*, 60.
- Dirección Nacional de Discapacidades DND. (2018). *Calificación o recalificación de personas con discapacidad*. Obtenido de Dirección Nacional de Discapacidades – DND: <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/>
- Dominguez, R., Prieto C, V., & Barraca M, J. (2017). Un estudio caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clinica y salud*, 28(3), 139-146.
- Dueñez, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A., & Herrera, J. (2016). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 1, 31-38.
- Espinoza M, K., & Aravena V, J. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30.
- Eterovic D, C., Mendoza P, S., & Sáez C, K. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadores informales de personas dependientes. *Enfermería global*, 14(38), 235-248.
- Fhon , J., Janampa, J., Huaman, T., Marques, S., & Rodrigues, R. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en enfermería*, 34(3), 251-258.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of issues*, 30(1), 159-165.
- García H, L., Valdés M, D., & Corral, D. (2016). Síndrome de burnout en el medio hospitalario. 3(403).
- Gázquez, A., Guerrero, C., & Escoriza, M. (2016). Cuidando al cuidador tras la pérdida . *Investigación en salud y envejecimiento* , 179.
- Goncalves P, M., & Zarit, S. (2014). The Zarit Burden Interview in Portugal: Validity and recommendations in dementia and palliative care. *Acta médica portuguesa*, 27(2), 163-165.
- Hepler, C., & Strand, L. (1990). Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care. *AmJ Hosp Pharm*, 47, 533-543.
- Herrera, B., Díaz, L., & Gonzales, G. (2016). La carga del cuidado en la enfermedad crónica en la diada cuidador familiar-receptor del cuidado. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 18(2), 43-60.
- Hurd, M., Martorell, P., Delavande, A., Mullen, K., & Langa, K. (2013). Costos monetarios de la demencia en Estados Unidos. *N Engl J Med*, 368(14), 1326-1334.

- Hurtado, D., & Pereira, F. (2015). El síndrome de desgaste profesional, manifestación de la ruptura de reciprocidad laboral. *Revista Salud Bosque*, 2(2), 29-38.
- Kehne, J., & Cain, C. (2010). Utilidad terapéutica de los antagonistas no peptídicos del receptor CRF1 en la ansiedad, la depresión y los trastornos relacionados con el estrés: evidencia de modelos animales. *Pharmacol*, 128(3), 460-487.
- Korczak, D., Wastian, M., & Schneider, M. (2012). Therapy of the burnout syndrome. *Gms Health Technol Asses*, 8(5).
- Lara, L., Diaz, M., Herrera, E., & Silveira, P. (2011). Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 17, 107-111.
- Lara, P., González P, P., & Blanco, L. (2008). Perfil del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de especialidades Médico Quirúrgicas*, 13, 159-166.
- Lilly M, B., Robinson A, C., Holzman, S., & Bottosff, J. (2017). Podemos ir más allá de la carga y el agotamiento para respaldar la salud y el bienestar de los cuidadores familiares a las personas con demencia? Evidencia de la Columbia Británica, Canadá. *Comunidad de atención de la salud*, 20(1), 103-112.
- Loureiro, L., Fernandes, M., da Nóbrega, M., & Rodriguez, R. (2014). Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associaÇao com características do idos e demanda de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 227-232.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the beck Depression and Anxiety Inventaries. *Behaviour Reserch and Therapy*, 33, 335-343.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2015). The LASER-AD Study. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13-19.
- Mendoza S, G. (2014). Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Rev.Soc PeruMed Interna*, 27(1), 12-18.
- Ministerio de Inclusion Economica y Social MIES. (23 de febrero de 2018). *Bono Joaquín Gallegos Lara beneficia a cerca de 23 mil cuidadores de*. Obtenido de <http://www.ecuadorchequea.com/2018/05/29/bono-joaquin-gallegos-lara-discapacidad-gobierno-lenin-moreno/>
- Montorio, I., Fernandez, M., López, A., & Sánchez, M. (2008). La entrevista de carga al cuidador: utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de la Psicología*, 14, 229- 248.
- Muñoz , A., & Velásquez, M. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 202-211.
- Navarro G, D., Ayechu D, A., & Huerte L, I. (2015). Prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN Medicina de Familia*, 41(4), 191-198.

- Newburn, C., Bansal, G., Wood, M., Crivelli, L., Planas, J., Duran, A., & Dongarra J. (2016). Heterogeneous streaming: Psychiatric disorders associated with traumatic brain injury. *International Parallel and Distributed Processing Symposium Workshops*, 611-629.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2011). *Informe Mundial sobre la discapacidad*. Malta: OMS.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2018). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
- Ortega J, M., & Ortega J, O. (2017). Clima Laboral: Efecto del Agotamiento profesional "Burnout" en la calidad de vida del trabajador. *Revista Empresarial*, 11(41), 6-13.
- Peidomo, A., & Garces, A. (2004). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: síndrome del asistente desasistido. *Anales de la Psicología*, 14, 83-93.
- Pérez P, J. (2016). *Calidad de vida en el trabajo*. México: EDitorial El Manual Moderno.
- Perlingeiro, R. (2014). Los cuidados de salud para los ancianos: Entre las limitaciones presupuestarias y el derecho a un mínimo existencial. *Boletín Mexicano de derecho Comparado*, 47(140), 547-584.
- Placeres H, J., de León R, L., & Delgado H, I. (2011). LA familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483.
- Prieto M, S., Arias P, N., Villanueva M, E., & Jiménez B, C. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Medicina Interbna de México*, 660-668.
- Rao, V., & Lyketsos, C. (2002). Psychiatric aspects of traumatic brain injury. *Psychiatr Clin Nort Am*, 25(1), 43-69.
- Roca, M., Ubeda, I., Fuentelsaz, C., Gallego, C., López, R., Pont, A., . . . al, e. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26, 217-223.
- Rodríguez, M., Carrasco, M., García, M., Cuadra, P., & López, L. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedades neurodegenerativas: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención Primaria*, 26, 139-144.
- Saborio M, L., & Hidalgo M, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 1, 119-224.
- Torres, H., Sepúlveda, Y., Aguilar, J., & Pérez, R. (2015). Factores Psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74.
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, 17.
- Tully, P., Zajac, I., & Venning, A. (2009). The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 717-726.

- Valle A, D., Hernández L, I., Zúñiga V, M., & Martínez A, P. (2015). Sobrecarga y Bornout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria, 1*, 19-27.
- Vasquéz Varquero, J. L. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Organización Panamericana de la Salud: Grafo: S.A.
- Weber, A., & Jaekel , A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies. *Ocuup Med, 50*(7), 512- 517.
- Zambrano , R., & Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 36*(1), 26-39.
- Zarit, S. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist, 20*, 649-655.

ANEXOS

Anexo A. Formulario de consentimiento informado

INVESTIGACIÓN: Intervención farmacológica para disminuir el Síndrome de sobrecarga, en cuidadores de pacientes con discapacidad.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Dr. Edison Ramiro Samaniego Layedra		Escuela Superior Politécnica del Chimborazo

¿De qué se trata este documento
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará a los cuidadores de los pacientes con discapacidad beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara en el Distrito 15 D01 circuito 1 y 2. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir.
Introducción
Las funciones de los cuidadores son cada vez más complejas y se asumen paulatinamente, sin programación pre establecida y en muchas ocasiones sin formación alguna, lo que hace más difícil asumir la situación y tomar control. Algunos estudios demuestran el impacto negativo que la actividad del cuidado a una persona con necesidades especiales puede tener en la salud. las consecuencias más importantes se refieren al malestar psíquico y en especial a la mayor frecuencia de ansiedad y depresión, efectos importantes en el estado físico, aumento del aislamiento social y un déficit en la condición económica. Con el problema de que la atención sanitaria y los cambios de estructura familiar y social no se concentran en ellos, sino exclusivamente en la persona con discapacidad.
Objetivo del estudio
Disminuir el Síndrome de sobrecarga, de los cuidadores de los pacientes con discapacidad beneficiarios del bono Joaquín Gallegos Lara en el Distrito 15 D01 circuito 1 y 2.
Descripción de los procedimientos
Considerando que este proceso de intervención se constituye en un factor de reflexión, el enfrentarse a los test realizados puede traer cambios en la actitud de la persona a la que se le aplican, por lo tanto, se realizara una charla preparatoria de inducción, que permita una adecuada participación de los cuidadores. Se inicia con la aplicación del Test Zarit, luego del cual, se excluirán a los cuidadores que hayan obtenido puntajes menores a 56 puntos. A los cuidadores con puntajes superiores a 56 puntos se les aplicará el test DASS – 21. Que será nuevamente aplicado luego de la aplicación farmacológica para medir el efecto.
Riesgos y beneficios

El paciente será diagnosticado profesionalmente y se le aplicara un tratamiento farmacológico estrictamente controlado , por lo que no corre ningún tipo de riesgo médico, por el contrario se busca a través de esta intervención mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras de personas con discapacidades

Otras opciones si no participa en el estudio

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria solamente usted decide si acepta o no participar o incluso si durante la investigación quiere retirarse; esto no la afectará en ningún sentido.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono que pertenece a Dr. Edison Ramiro Samaniego Layedra o envíe un correo electrónico a CORREO ELECTRONICO

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Nombres completos del testigo (*si aplica*)

Firma del testigo

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar a
.....
Presidente del Comité de Bioética de la Escuela Superior Politécnico del
Chimborazo , al siguiente correo electrónico

dd/mm/año

Anexo B Test de Zarit

Instrucciones:

A continuación, le presentamos 22 preguntas, contéstelas honestamente

Tómese el tiempo necesario (no hay apuro)

Para responder utilice la siguiente puntuación

0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces

3 =

Bastantes veces 4 = Casi siempre

Ponga una **X** en el cuadro que corresponde

Preguntas	0	1	2	3
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?				
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?				
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?				
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?				
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?				
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?				
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?				
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?				
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?				
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?				
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?				
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?				
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?				
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?				
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?				
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?				

Anexo C Test DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0** = Nunca **1** = A veces, o durante parte del tiempo
2 = Casi siempre, o durante una buena parte del tiempo
3 = Siempre, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3