

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**DEPRESIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL EN CUIDADORES PRIMARIOS
DE NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, DE UNA UMF
DEL IMSS DELEGACIÓN TABASCO**

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Familiar**

Presenta:

Gerardo Aguilar Jiménez

Director (es):

MED. ESP. EN MED. FAM. Ricardo González Anoya

MED. ESP. EN MED. FAM. Elías Hernández Cornelio

Villahermosa, Tabasco

Febrero 2021



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0070/DACS/JAEP
27 de enero de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Gerardo Aguilar Jiménez
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

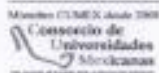
Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez, Dra. Rosario Zapata Vázquez, M. en C. Griselda Hernández Ramírez, Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego y el Dr. Ricardo González Anoya, impresión de la tesis titulada: "Depresión y satisfacción laboral en cuidadores primarios de niño con déficit de atención e hiperactividad, de una UMF del IMSS delegación Tabasco", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis el Dr. Ricardo González Anoya y el M. en C. Elías Hernández Cornelio.

Atentamente

Dra. Miriam Carolina Martínez López
Directora

- C.e.p.- M. en C. Ricardo González Anoya.- Director de Tesis
- C.e.p.- M. en C. Elías Hernández Cornelio.- Director de Tesis
- C.e.p.- Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez.- sinodal
- C.e.p.- Dra. Rosario Zapata Vázquez.- Sinodal
- C.e.p.- M. en C. Griselda Hernández Ramírez.- Sinodal
- C.e.p.- Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego.- Sinodal
- C.e.p.- Dr. Ricardo González Anoya.- Sinodal

C.e.p.- Archivo
D:\ACME\ACF\BME\file\



Av. Crisól. Gregorio Méndez Marín, s/n. 2838-A,
Col. Tercero de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6334, e-mail: poagrado@dacs@ujat.mx



Universidad Juárez Autónoma de Tabasco



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO
"ESTUDIO EN LA OBRERA. ACCIÓN EN LA CASA"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 25 del mes de enero del año 2021, el que suscribe, **Gerardo Aguilar Jiménez**, alumno del programa de la **Especialidad en Medicina Familiar**, con número de matrícula 181E50017 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "**Depresión y satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad, de una UMF del IMSS delegación Tabasco**", bajo la Dirección del Dr. Ricardo González Anoya y el Dr. Elias Hernández Cornelio, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31, El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: gerardi2122@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Gerardo Aguilar Jiménez

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios nuestro creador, por bendecirme con el don de la vida y haberme acompañado y guiado a lo largo de la especialidad, ya que sin su ayuda ni sus muestras de amor, no hubiera podido concluir este grande y maravilloso reto.

A mis asesores de tesis, el Dr. Ricardo González Anoya y al Dr. Elías Hernández Cornelio, por brindarme la oportunidad de compartir sus conocimientos con mi persona, con mucha paciencia y dedicación durante el desarrollo de la tesis.

A mi madre y mis hermanos, por ser parte importante de mi vida. A Adri por ser un ejemplo de desarrollo profesional a seguir.

Y por último, y no menos importante, a Instituto Mexicano del Seguro Social, por haberme recibido con los brazos abiertos, y darme la oportunidad de formarme como médico especialista, brindándome a través de sus pasillos, conocimiento y nuevas amistades.



DEDICATORIAS

A mi madre, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad y por su motivación constante para alcanzar mis anhelos.

A mi esposa Angela, por ser parte de mi vida, por su apoyo incondicional a lo largo de estos tres años de residencia, siempre alentándome al desarrollo profesional.

A mis hijos Ricardo y Neri Sofía por comprender mi ausencia en momentos importantes junto a ellos.

A mi hermana Adriana por haber sido una de las principales personas involucradas en ayudarme a que este proyecto fuera posible, por sentar en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación.



INDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	I
ABREVIATURAS.....	III
GLOSARIO.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÒRICO.....	2
2.1 Definición depresión.....	2
2.2 Epidemiología.....	2
2.3 Fisiología.....	3
2.4 Fisiopatología.....	3
2.5 Clasificación.....	4
2.6 Manifestaciones clínicas.....	4
2.7 Diagnóstico.....	5
2.8 Tratamiento farmacológico.....	5
2.9 Tratamiento no farmacológico.....	6
2.10 Definición de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	6
2.11 Epidemiología.....	6
2.12 Fisiopatología.....	7
2.13 Clasificación.....	7
2.14 Manifestaciones clínicas.....	7
2.15 Diagnóstico.....	7
2.16 Tratamiento.....	8
2.17 Definición de satisfacción laboral.....	8
2.18 Definición de cuidador primario.....	8
2.19 Artículos relacionados.....	9
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
4. JUSTIFICACIÓN.....	14



5.	OBJETIVOS.....	16
6.	MATERIAL Y METODO.....	17
7.	RESULTADOS.....	32
8.	DISCUSIÓN.....	42
9.	CONCLUSIONES.....	43
10.	RECOMENDACIONES.....	44
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45
12.	ANEXOS.....	49

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grupo de edad y género de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 2. Estado civil de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 3. Grado de escolaridad de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 4. Ocupación de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 5. Tiempo que dedica al cuidado del paciente por cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 6. Grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 7. Satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 8. Análisis por dominio de cuestionario Need Satisfaction Porter para satisfacción laboral.

Tabla 9. Distribución por grado de depresión y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 10. Distribución por género y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 11. Distribución por edad y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.



Tabla 12. Distribución por estado civil y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 13. Distribución por grado de escolaridad y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 14. Distribución por ocupación y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 15. Distribución por tiempo dedicado al cuidado del paciente y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 16. Distribución por género y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 17. Distribución por edad y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 18. Distribución por estado civil y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 19. Distribución por nivel de escolaridad y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 20. Distribución por ocupación y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tabla 21. Distribución por tiempo dedicado al cuidado del paciente y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TADH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.



ABREVIATURAS

ACH	Acetilcolina
BDNF	Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
DA	Dopamina
DSM-V	Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales
GADAH	Grupo de Apoyo para el Déficit de Atención e Hiperactividad
GPC	Guía de Práctica Clínica
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
NA	Noradrenalina
NGF	Factor de Crecimiento Nervioso
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSD	Otros Síntomas Depresivos
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
5-HT	Serotonina
SD+	Síntomas Depresivos positivos
SD-	Síntomas Depresivos negativos



SDM Síndrome Depresivo Mayor

SPSS Statical Package for de Social Sciences

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

UMF Unidad de Medicina Familiar

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Cuidador primario: Persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo, dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir necesidades básicas del mismo.

Déficit de atención de hiperactividad: Trastorno caracterizado por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas.

Depresión: Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas de tipo afectivos, cognitivo, volitivo y somático.

Satisfacción laboral: Nivel en que a los trabajadores les agrada realizar sus actividades laborales teniendo como bases categóricas dos vertientes: una de tipo cognitivo y otra de tipo afectivo.



RESUMEN

DEPRESIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD, DE UNA UMF DEL IMSS DELEGACIÓN TABASCO

M Esp. En Med. Fam. González Anoya Ricardo, M en Cs. Hernández Cornelio Elías, M.C. Aguilar Jiménez Gerardo

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes, es afección de tipo psiquiátrica, frecuente en niños, caracterizada por actividad motora excesiva. La depresión tiene repercusiones a nivel laboral, en la salud mental y en la economía familiar. **Objetivo:** Relacionar el grado de depresión con la satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad en la Unidad Médica Familiar 39 Villahermosa, Tabasco. **Material y método:** Estudio transversal, prospectivo y analítico. El universo es de 132 cuidadores primarios de niños con diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad, con una muestra $n=121$, para una confiabilidad del 95% y un margen de error de 5%. Se aplicó el instrumento Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para la depresión y el instrumento Need Satisfaction Questionnaire Porter (cuestionario de satisfacción de necesidades de Porter) para medir la satisfacción laboral en cuidadores primarios. Para el análisis se realizó una base de datos utilizando el programa SPSS versión 22. Para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y para el análisis bivariado Chi Cuadrada. **Recursos e infraestructura:** Un residente de la especialidad de medicina familiar, material de oficina y recursos financieros que serán proporcionados por el investigador. **Experiencia del grupo:** Los investigadores son expertos en el tema de investigación como equipo multidisciplinario.

Palabras clave: cuidador primario, depresión, satisfacción laboral, déficit de atención e hiperactividad.



ABSTRACT

DEPRESSION AND JOB SATISFACTION IN PRIMARY CAREGIVERS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY, OF A UMF OF THE IMSS DELEGATION TABASCO

Fam. Med. Spec. González Anoya Ricardo, M in Cs. Hernández Cornelio Elías, M.C. Aguilar Jiménez Gerardo

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents is a psychiatric condition, frequent in children, characterized by excessive motor activity. Depression has repercussions at the workplace, mental health and family finances. **Objective:** To relate the degree of depression with job satisfaction in primary caregivers of children with attention deficit and hyperactivity in the Family Medical Unit 39 Villahermosa, Tabasco. **Material and method:** Cross-sectional, prospective and analytical study. The universe consists of 132 primary caregivers of children diagnosed with attention deficit and hyperactivity disorder, with a sample $n = 121$, for a reliability of 95% and a margin of error of 5%. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) instrument applied for depression and the Need Satisfaction Questionnaire Porter instrument (Porter's needs satisfaction questionnaire) applied to measure job satisfaction in primary caregivers. For the analysis, a database make using the SPSS version 22 program. For the univariate analysis, descriptive statistics, measures of central tendency (mean, median, mode) used and for the bivariate analysis, Chi Square. **Resources and infrastructure:** A resident of the specialty of family medicine, stationery and financial resources that will be provided by the researcher. **Group experience:** Researchers are experts in the research topic as a multidisciplinary team.

Key words: primary caregiver, depression, job satisfaction, attention deficit and hyperactivit.



1. INTRODUCCIÓN

La depresión es una psicopatología del estado de ánimo que se caracteriza por episodios de descenso de humor y que además se acompaña de falta de concentración, apatía, fatiga, alteraciones del sueño entre otros síntomas.

En México, este padecimiento ocupa el cuarto lugar de trastornos mentales más frecuentes y graves que puede llegar a desenlaces fatales como el suicidio; en Tabasco, este padecimiento prevalece más en hombres que en mujeres con un rango de edad que oscila entre los 25 a 29 años de edad.

Por otra parte el trastorno por déficit de atención es grupo de trastornos caracterizados de inicio en la infancia que se caracteriza por la combinación de un comportamiento hiperactivo y que se acompaña de una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas. En los últimos años este trastorno ha ido en aumento pero realmente se reportan pocos casos de esta patología debido a lo complejo de su diagnóstico.

Este estudio permitirá identificar la relación que existe entre el grado de depresión con la satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención, logrando así un manejo conjunto del paciente con déficit de atención y su familiar.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de depresión

Según la guía de práctica clínica la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas de tipo afectivos, cognitivo (baja atención, concentración y memoria), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica.¹

Una segunda definición es la que establece el National Institute of Mental Health (NIMH), quien la cita como un trastorno del estado de ánimo común pero grave, llegando a causar síntomas con niveles variables de severidad repercutiendo en el pensamiento de las personas, así como disminución de la capacidad para atender y manejar sus actividades rutinarias.²

2.2 Epidemiología

Según la OMS, a nivel mundial se estima que 300 millones de personas padecen esta enfermedad, siendo una de las causas principales de discapacidad e inclusive en sus formas más graves puede llevar al suicidio, afecta mayormente a mujeres que a hombres.³

De acuerdo al plan de acción de salud mental 2013-2020 de la OMS, está previsto que los trastornos mentales tengan un impacto mundial de pérdidas económicas de aproximadamente US\$ 16,3 billones entre los años 2011 y 2030.⁴

En América latina, el Plan de Acción sobre salud mental 2015-2020 desarrollado por la OPS (Organización Panamericana de la Salud), comenta que cada año 65.000 personas se suicidan, y lo más destacado es que es la



tercera causa de muerte en el grupo etario de 20 a 24 años, con una tasa de mortalidad ajustada a la edad de 5,2 (8,4 hombres y 2,1 mujeres).⁵

En México, la depresión ocupa el cuarto lugar de trastornos mentales más frecuentes y es una de las causas principales de deterioro de calidad de vida en las mujeres, teniendo como principal consecuencia el suicidio, del cual en el año de 2016 se registraron 6,370.⁶

En Tabasco, de acuerdo al INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) en el año 2019 las tasas de suicidio fueron más prevalentes en hombres que en mujeres, siendo el grupo etario de 25-29 años el más frecuente, seguido del grupo de 20-24 años y de 30-34 años siendo igual frecuentes en hombres.⁷

2.3 Fisiología

El equilibrio emocional está regulado por el sistema límbico el cual interactúa a través de vías nerviosas liberando neurotransmisores como la noradrenalina (NA), dopamina (DA), serotonina (5-HT) y acetilcolina (ACh), los cuales originan emociones de placenteras y no placenteras, motivo por el cual es llamado el “cerebro emocional”.⁸

2.4 Fisiopatología

La depresión se desarrolla por alteración en los sistemas neuronales a nivel de neurotransmisores como el serotoninérgico, noradrenérgico y el dopaminérgico, en los cuales se encuentran disminuidos concentraciones de noradrenalina (NA), serotonina (5-HT) y dopamina (DA), lo que se conoce como hipótesis monoaminérgica.⁹

Existen sustancias llamadas neutrofinas como el factor de crecimiento nervioso (NGF), el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y la serotonina que sustentan el proceso de neurogénesis y vitalidad neuronal y glial, los cuales se han visto alterados en episodios de depresión y estrés crónico dando origen a



deterioro en el sistema límbico amígdala-corteza anterior del cíngulo y en el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal.^{8, 10}

Ésta última llamada hipótesis neurotrófica deja en claro que la depresión mayor se deriva por dos situaciones: en primer lugar de la atrofia neuronal la cual es facilitada por disminución de la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y, por alteración en la regularidad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, el cual deja expuesto el tejido nervioso al cortisol y por lo tanto inhibición de la proteína BDNF.¹¹

2.5 Clasificación

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-V se clasifican en: trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor con episodio único o recurrente, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y, trastorno depresivo especificado.¹²

2.6 Manifestaciones clínicas

Existen manifestaciones clínicas de pacientes los cuales se agrupan en síntomas emocionales, neurovegetativos y de tipo cognitivo que en ocasiones pueden acompañarse de otros síntomas psiquiátricos y esto hace más difícil el diagnóstico; entre los principales síntomas se encuentran: disminución del interés al realizar actividades cotidianas, pérdida de peso, insomnio e hiperinsomnio, fatiga, agitación psicomotriz, pensamientos de muerte y en casos severos ideas suicidas.¹³



2.7 Diagnóstico

Existen diferentes pruebas diagnósticas a realizar como coadyuvantes en el diagnóstico de trastornos depresivos y así clasificarlos de acuerdo a su gravedad, entre ellos destacan: Patient Health Questionnaire 2 y 9 (PHQ-2 Y PHQ-9), Edinburgh Postnatal Depression Scale (Escala de depresión postnatal de Edimburgo), Geriatric Depression Scale (Escala de depresión geriátrica) y Cornell Scale for Depression in Dementia (Escala de Cornell para depresión en la demancia).¹⁴

2.8 Tratamiento farmacológico

Se recomienda iniciarlo independientemente del grado de depresión con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina, sin embargo algunos artículos mencionan que se recomienda iniciarlo en fase moderada a severa seleccionando el fármaco dependiendo de la sintomatología del cuadro depresivo; el objetivo del tratamiento es la regulación del sistema monoaminérgico.^{1, 15}

Para personas mayores de 11 años se puede utilizar el escitalopram o fluoxetina con la recomendación de mantener el tratamiento por 6 meses posterior a la remisión de la sintomatología. Otras literaturas señalan que para el trastorno depresivo mayor los fármacos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina iniciando con dosis bajas e ir incrementando la dosis, si no existiera respuesta se opta por una terapia combinada con otro fármaco.^{13, 16}



2.9 Tratamiento no farmacológico

Una de las piezas clave en el tratamiento conjunto de la depresión es el inicio de la psicoterapia que consiste en: terapia cognitivo conductual, centrada en la familia e interpersonal, con sesiones que varían dependiendo del grado de depresión, teniendo para la depresión leve-moderada un número de 6 a 8 sesiones durante 10 a 12 semanas y, para la depresión moderada-grave de 16-20 sesiones por espacio de 5 meses.^{1, 17}

2.10 Definición de trastorno por déficit de atención e hiperactividad

De acuerdo a la guía de práctica clínica, se define como un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas, problemas que se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo, por lo general de comienzo temprano en los primeros 5 años de vida.¹⁸

Otra definición establece que este trastorno es una alteración del desarrollo neurológico la cual tiene cimientos como carga genética, además de causas neuropsicológicas que originan disrupción en la atención, impulsividad e hiperactividad motora.¹⁹

2.11 Epidemiología

En la República Mexicana este trastorno es una de las principales causas de consulta en los servicios de salud mental, representando una tasa del 28.6% en población menor de 12 años y 40% en población adolescente, predominando en



el sexo masculino, siendo Durango el estado con mayor prevalencia de este trastorno.²⁰

2.12 Fisiopatología

Hay teorías que explican que ciertos factores neuroquímicos aumentan los niveles de neurotransmisores como noradrenalina y dopamina al bloquear la recaptación neuronal presináptica; además de que puede haber afectación a nivel de ganglios basales y lóbulos frontales los cuales se encargan del control de la conducta, solución de problemas y fijación de la atención, al verse afectado éstos órganos se puede explicar la sintomatología manifestada en estos pacientes.²¹

2.13 Clasificación

De acuerdo a la American Psychiatric Association 2013 existen tres subtipos del TDAH: a) de predominio inatento, b) hiperactivo/impulsivo y, c) combinado siendo ésta última la más frecuente; existen otras clasificaciones definidas en el manual DSM-V: otro trastorno por déficit de atención con hiperactividad especificado y trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.^{12, 22}

2.14 Manifestaciones clínicas

Generalmente son pacientes que presentan 3 tipos de sintomatología: la de tipo inatento puede presentarse: dificultad para realizar tareas cotidianas, no sigue instrucciones o no concluye tareas escolares; sintomatología hiperactiva: hipermovilidad de miembros superiores o inferiores, corren en forma excesiva sin razón alguna, habla excesiva; sintomatología impulsiva: interrumpe de forma repentina o se incluye inoportunamente en actividades o juegos.²³



2.15 Diagnóstico

Existen dos sistemas de clasificación para criterios diagnósticos basados en el DSM-V y el CIE-10 (clasificación internacional de las enfermedades), dichos sistemas comparten similitud en cuanto a sintomatología en la cual destacan 18 síntomas presentes durante más de 6 meses, además dichos síntomas afectan varios aspectos de la vida del niño; difieren en cuanto a edad de presentación de los síntomas ya que el DSM-V menciona edad de presentación antes de los 12 años y el CIE-10 antes de los 7 años.²⁴

2.16 Tratamiento

El estándar de oro para este padecimiento es el tratamiento multidisciplinario el cual está conformado por un tratamiento farmacológico y psicológico enfocadas a estrategias conductuales y de aprendizaje apoyadas en programas de entrenamiento y educación a cuidadores primarios. Entre los fármacos indicados en el tratamiento del TDAH destacan el metilfenidato, la lisdetsanfetamina, la atomoxetina y la guanfacina.^{18, 25}

2.17 Definición de satisfacción laboral

Es el nivel en que a los trabajadores les agrada realizar sus actividades laborales teniendo como bases categóricas dos vertientes: una de tipo cognitivo y otra de tipo afectivo, dando como resultado una respuesta positiva hacia su trabajo y productividad.²⁶

2.18 Definición de cuidador primario

La Organización Mundial de la Salud en el siglo pasado estableció el concepto de cuidador primario como: la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo, en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el



paciente y a cubrir necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta.²⁷

2.19 Artículos relacionados

En el año 2016 realizaron en Jaén, España; Pino-Casado, Ordoñez-Urbano, et. al.; un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la satisfacción con el tiempo de ocio y la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión en cuidadores de familiares mayores dependientes. Se estudiaron a un grupo de personas cuidadoras (n=200), del sexo masculino y femenino, además de que se empleó un análisis descriptivo utilizando la frecuencia absoluta y relativa para variables cualitativas, y la media y la desviación típica para las cuantitativas. La mayoría de las personas cuidadores fueron mujeres, hijas de la persona cuidada, encontrándose una asociación inversa entre la satisfacción con el tiempo de ocio y la sobrecarga subjetiva ($r=-0.55$; IC: 95%: -0.45 a -0.64), la ansiedad ($r=-0.30$; IC: 95%: -0.17 a -0.41) y la depresión ($r=-0.25$; IC: 95%: -0.11 a -0.37). Se concluyó que la satisfacción con el tiempo de ocio puede tener un efecto protector sobre la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y la depresión de forma independiente a la carga objetiva.²⁸

En el año 2020 se realizó un estudio que se llevó a cabo en la Fundación Universitaria Sanitas (Colombia) en colaboración con la Universidad de Alcalá y la Universidad Autónoma de Madrid, cuyo objetivo era comparar los niveles de carga y depresión, así como las relaciones entre estas variables y dos factores del familismo, entre cuidadores colombianos de personas diagnosticadas con esquizofrenia y cuidadores de personas diagnosticadas con demencia. La muestra se compuso de 133 cuidadores informales primarios de los cuales 70 fueron cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia y 63 cuidadores



informales de pacientes con demencia. El diseño de estudio fue de cohorte retrospectiva teniendo como criterios de inclusión a niño(a) o adolescente a partir de los tres años y hasta los 17 años 11 meses de edad y su cuidador primario. Se empleó un

cuestionario de estudios sociodemográficos, además se utilizaron los cuestionarios: Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit, Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la Escala de familismo. Se realizó comparaciones de media en los niveles de carga, depresión y familismo en función de las variables sociodemográficas sexo, convivencia con el paciente, ocupación, ingresos económicos y parentesco. El resultado fue que se encontró una correlación positiva entre la obligación familiar y la carga y la depresión en el caso de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia, a diferencia de lo que se observó en la muestra de cuidadores de personas con demencia donde no se halló dicha correlación.²⁹

En el año 2016 realizaron en Barranquilla, Colombia, Galvis, Cerquera, et. al.; un estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre los niveles de depresión y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con demencia tipo Alzheimer. El tipo de muestreo fue aleatorio simple a partir de una base de datos. El estudio llevado a cabo fue de tipo no experimental, transversal correlacional con una muestra de 84 cuidadores formales y 92 informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Para dicho estudio se utilizó el inventario de depresión estado-rasgo (IDER) y la escala de sobrecarga de Zarit. Se encontró una correlación en el ámbito de $p < 0.01$ entre sobrecarga y depresión en los cuidadores informales, pero no en los formales.³⁰

En el año 2016 realizaron en La Habana, Cuba, Garson PM, Pascual CY, y Collazo LE; un estudio cuyo objetivo fue caracterizar el malestar psicológico que experimentan los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de



Alzheimer en los estadios leve y moderado. Se estudiaron a 35 cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada del policlínico “Carlos Manuel Portuondo”, realizando un estudio descriptivo, y teniendo como criterios de inclusión: ser el cuidador principal del paciente, voluntariedad del cuidador principal, vivir en la misma residencia del paciente y estar facilitando los cuidados al paciente demente por un período mayor de 6 meses. En la categoría de mínimo, predominó la agitación o agresión (20.00%), las alteraciones del sueño (22.85%) y los trastornos de hábitos alimentarios (25.71%); en la categoría ligero, prevalecieron la depresión (20.00%), las alteraciones del sueño (25.71%) y los trastornos de hábitos alimentarios (22.85%); en la categoría de moderado, los síntomas más frecuentes fueron las repeticiones (25.71%), la depresión y la ansiedad, ambos con un 22.85%, y la apatía y la irritabilidad, con un 20.00%. en la categoría de severo, el síntoma predominante más frecuente fue las repeticiones con un 20.00%.³¹

Por otro lado en el año 2019 en Barcelona, España, Viñas-Diez, Conde-Sala, et. al., realizaron un estudio cuyo objetivo era explorar los factores asociados a la sintomatología depresiva y la sobrecarga en el cuidador principal y aplicar un modelo de ecuaciones estructurales para identificar la relación entre ellas. Dicho estudio estuvo conformado por una muestra de 127 cuidadores familiares con enfermedad de Alzheimer, con seguimiento de 24 meses, realizando una análisis de regresión multivariante para identificar las características de pacientes y cuidadores asociadas a la sobrecarga y la depresión del cuidador principal, diseñando así un modelo de ecuaciones estructurales cuyo resultado fue que la sobrecarga tuvo un efecto directo sobre la depresión, tanto en la evaluación basal como a los 24 meses. Las variables que se asociaron a la sobrecarga fueron: escolaridad y menor salud mental del cuidador principal, y las alteraciones conductuales y la dependencia funcional del paciente, obteniéndose así que a menor nivel cognitivo del paciente y la menor salud mental del cuidador principal se asociaban a la depresión.³²



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un problema clínico importante en poblaciones pediátricas, así como motivo de consulta muy frecuente en la especialidad de psiquiatría infantil. Hay diversos estudios acerca de la prevalencia del TDAH, en países bien desarrollados como Alemania, se presentan hasta en un 9.6%, Colombia 17%, España 6% y Puerto Rico 5%.

En México, se calcula que existen aproximadamente 1,500 000 niños con este problema, el cual se ha visto relacionado con disfunciones en el núcleo familiar. Las edades de máxima prevalencia van de los 6 a los 9 años de edad e incluso hasta los 12 años de edad.

Acorde a la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social, se estima que existe una población infantil en México de aproximadamente 33 millones, de los cuales el 15% presenta algún trastorno de tipo mental, siendo uno de los más frecuentes es el mencionado previamente. Dicha enfermedad afecta entre el 4 y el 12% de la población escolar.

De acuerdo a datos obtenidos del INEGI, existen también grupos de apoyo para el déficit de atención e hiperactividad (GADAH), para el 2013 se han impartido 639 pláticas de orientación y se han constituido 191 grupos de apoyo beneficiando a 1599 familias, ya que se ha visto que en los últimos años, hay niños con más recaídas y con falta de respuesta al tratamiento psicológico y farmacológico, siendo esto relacionado a problemas en el ámbito familiar, debido a que dicha enfermedad es silente y se desarrolla después de los 4 años de vida, por lo cual, es difícil para el resto de la familia manejar a pacientes con dicho trastorno, ocasionando así, múltiples disfunciones en el hogar, tanto en relaciones de pareja como fraterno filiales.



Por otro lado, viendo la parte del cuidador primario del paciente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la satisfacción laboral de estas personas podría definirse como malo, tomando como factor desencadenante el cansancio físico y por consecuencia episodios de depresión. Lo que puede en ocasiones llevar al fracaso laboral y a desistir en el apoyo en el tratamiento de su familiar.

Asimismo, el grado de depresión que llegan a desarrollar los cuidadores de este tipo de pacientes, se ha relacionado de forma proporcional con la satisfacción laboral, se ha visto que a mayor avance de la enfermedad depresiva, la satisfacción de su desempeño laboral suele ser baja, ya que no se sienten capaces de desarrollarse plenamente en ella, el motivo principal, el cansancio físico y emocional que todo esto conlleva.

En el presente estudio de investigación se espera poder dar apoyo integral al cuidador primario en cuanto a depresión se refiere, para así poder mejorar su satisfacción laboral y por consecuencia dar mayor apoyo a su familiar enfermo, para poder llevar a cabo lo antes descrito y dar un manejo personalizado a cada paciente, se establece la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la satisfacción laboral según el grado de depresión en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad de una UMF del IMSS?



4. JUSTIFICACIÓN

La depresión ocupa el cuarto lugar en México dentro del rubro de trastornos mentales frecuentes, que afecta a la población joven y adulta siendo más frecuente en la tercera y cuarta década de la vida con predominio en la población masculina y que en sus casos más severos concluyen en suicidio. Equitativamente el trastorno por déficit de atención e hiperactividad ocupa los primeros lugares como motivo de consulta en el área de psiquiatría infantil con predominio en edad escolar y frecuente en pacientes de sexo masculino. Estas dos entidades cobran gran relevancia dado que tienen un impacto a nivel económico y emocional en las familias.

El impacto de la persona con depresión repercute en ocasiones de manera importante a nivel laboral llegando en ocasiones a la deserción laboral y, en segundo plano y no menos importante tiene una repercusión en la salud mental y en la economía de la familia. Por otro lado el paciente con déficit de atención e hiperactividad demanda sobreatención y cuidados de la familia específicamente en la persona que provee el sustento familiar, que conlleva al cansancio físico y emocional, además de que a nivel económico representa un impacto importante dado que en ocasiones la solvencia de medicamentos de este tipo de padecimientos en muchas de las veces resulta imposible cubrirlas.

Actualmente existe una interrogante de si el cuidado del paciente con déficit de atención e hiperactividad genera algún grado de depresión en el cuidador primario. Como es bien sabido, se han ido incrementado las cifras de pacientes con trastornos mentales principalmente de tipo depresivo, y debido a este incremento hay un gran distanciamiento social y laboral que conlleva en nuestros días a tener personas con deserción laboral. Tales conductas psicológicas se ven reflejadas en su ámbito laboral, originando deserción de



éste y falta de cuidado del paciente con déficit de atención e hiperactividad, que muchas veces repercuten en el ámbito familiar.

Este estudio permitirá identificar la asociación de la satisfacción laboral con algún grado de depresión del cuidador primario y, de esta forma podríamos realizar un diagnóstico y manejo oportuno y evitar complicaciones a largo plazo tanto para el cuidador como para el paciente con déficit de atención. El Médico familiar tendría la oportunidad de identificar la satisfacción laboral y la calidad de vida de estos pacientes.

El beneficio del cuidador primario sería que se podrían identificar síntomas depresivos asociados a la satisfacción laboral, y así se podría prevenir posibles complicaciones y deserción laboral y mejorar la relación con su familiar enfermo con déficit de atención.

En esta investigación se cuenta con los recursos necesarios para su realización y no pone en riesgo la integridad de los individuos que participan en la misma. No representa riesgos ni dificultades para la obtención de datos y si representa un inicio para determinar si algún grado de depresión se relaciona con la satisfacción laboral en el cuidador primario de pacientes con déficit de atención e hiperactividad.



5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Relacionar el grado de depresión con la satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad en la Unidad Médica Familiar 39 Villahermosa, Tabasco.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características demográficas y clínicas de la población estudiada.
2. Determinar el grado de depresión en el cuidador primario de niños con déficit de atención e hiperactividad.
3. Determinar la satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad
4. Correlacionar el grado de depresión y la satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad.



6. MATERIAL Y METODO

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio transversal, prospectivo, analítico.

6.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La investigación se llevará a cabo en la unidad médica familiar número 39 Licenciado Ignacio García Téllez en Villahermosa, Tabasco, ambos turnos. Se estudiarán familiares de ambos sexos, entre 30 – 45 años, que sean cuidadores primarios de niños que cuenten con diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad que lleven control en el servicio de medicina familiar. Se contempla un universo de 132 pacientes con las características previamente descritas.

La muestra se calculará por medio de fórmula matemática para poblaciones finitas y de acuerdo a los datos estadísticos de las pacientes que acudieron a control en el año 2019 de la UMF 39 en Villahermosa, Tabasco.

$$n = \frac{z^2 \times p \times q \times N}{d^2(N - 1) + z^2 \times p \times q}$$

N = Universo (132)

z = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Porción de éxito o proporción esperada (5%)

q = Porción de fracaso (1-p)

d = Precisión (5%)



$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 132}{0.05^2(132 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 132}{0.0025(131) + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{126.72}{1.041} = 121$$

$n = 121$ encuestas

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- » Cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad diagnosticados en segundo nivel de atención y con seguimiento en la unidad médica familiar.
- » Cuidadores primarios de ambos sexos entre 30 y 45 años de edad.
- » Cuidadores primarios que se encuentren laborando actualmente.
- » Cuidadores primarios neurológicamente aptos para responder los cuestionarios.

6.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- » Aquellos que no deseen participar respondiendo al cuestionario.
- » Personas con alguna patología neurológica.



6.4 VARIABLES

Dependiente:

- Satisfacción laboral.

Independiente:

- Datos sociodemográficos del cuidador: edad, género, estado civil, grado de escolaridad, ocupación, tiempo que dedica al cuidado del paciente con déficit de atención.
- Grado de depresión



6.5 TABLA DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Ítem	Escala de medición	Prueba estadística
Edad	Tiempo que ha vivido una persona a partir de su nacimiento.	Registrando el número de años de vida cumplidos	Cuantitativa Discreta	Años	De razón	Medidas de tendencia central
Género	Conjunto de atributos sociales que se le asignan a las personas (formas de comportarse, normas, actividades a realizar) según hay sido identificado como hombre o como mujer.	Solicitando se registre el género mediante la pregunta ¿Cuál es su género? 1) Femenino 2) Masculino	Cualitativa Dicotómica	1) Femenino 2) Masculino	Cualitativa nominal	Medidas de tendencia centra



Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Recabado del dato registrado de acuerdo a su estado civil actual	Cualitativa Policotómica	-Soltero -Casado/ unión libre -Divorciado/ separado -Viudo	Nominal	Medidas de tendencia centra
Grado de escolaridad	Grado máximo de estudios del paciente.	Dato en encuesta al paciente	Cualitativa Policotómica	1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria/bachiller 4) Licenciatura/posgrado	Ordinal	Medidas de tendencia centra
Ocupación	Acción y efecto de ocuparse.	Dato obtenido en encuesta al paciente	Cualitativa Policotómica	-Estudiante -Trabajador -Labores del hogar o desempleo	Nominal	Distribución de frecuencias
Tiempo que dedica al cuidado del paciente	Tiempo dedicado al cuidado del paciente con TDAH durante el día.	Eligiendo el inciso que más se ajuste a las horas de cuidado.	Cuantitativa	a) 2-4 horas b) 4-6 horas c) Más de 6 horas	De razón	Medidas de tendencia central



Grado Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda e inhibición de las funciones psíquicas	Utilizando el cuestionario PHQ-9. Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-V) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca" 1 = "algunos días" 2 = "más de la mitad de los días" 3 = "casi todos los días".	Cualitativa	<u>Ítem 7 al 15</u> <u>Severidad de los síntomas depresivos:</u> Depresión leve, moderada, severa. <u>Diagnóstico de síndromes depresivos:</u> SDM, OSD, SD+, SD-	Ordinal	Medidas de tendencia central dispersión
------------------------	--	--	-------------	---	---------	--



Satisfacción laboral	Grado en que a los empleados les gusta su trabajo independiente de su estado emocional o cognitivo.	Need Satisfaction Questionnaire Porter , consta de 15 ítems referidos a cinco necesidades básicas: 1.- de seguridad (6 y 15), 2.- de pertenencia y amor (1,9, 10 y 14), 3.- de valoración (2, 4 y 8), 4.- de autorrealización (3, 7 y 13) y, 5.- de autonomía (5, 11 y 12). Cada ítem formula tres preguntas: el grado en que se da esta característica en el puesto de trabajo, el grado en el que debería darse y, la importancia del ítem para el entrevistado. Valores:: 1 = "nada" 2 = "muy poco" 3 = "escaso" 4 = "suficiente" 5 = "bastante" 6 = "mucho" 7 = "total"	Cualitativo	ÍTEM del 16 al 30 Nivel de satisfacción laboral: - Bueno - Regular - Malo	Ordinal	Medidas de tendencia de dispersión.
-----------------------------	---	---	-------------	---	---------	-------------------------------------



6.6 INSTRUMENTO

Consta de 3 apartados, el primero que corresponde a los datos sociodemográficos que incluyen número de ITEMS, que incluirá ficha de identificación de los participantes, así como datos sociodemográficos.

El apartado 2 consta de del Cuestionario de salud del paciente PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), el cual se desarrolló por los Dres. Robert I., Spitzer, Janet B.W., Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, y validada para Chile por Baader a través del Instituto de Neurociencias Clínicas de la Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile en el año 2012, es un instrumento que permite realizar la pesquisa de pacientes con trastorno depresivo y además clasifica la severidad de dicho padecimiento. Está estructurado de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a:

0 = “nunca”

1 = “algunos días”

2 = “más de la mitad de los días”

3 = “casi todos los días”.

La depresión se evalúa con un rango de puntuación de 0 a 27 puntos, con puntos de corte que representan los niveles de severidad correspondientes: 1 a 4: sin depresión, 5 a 9: depresión leve, 10 a 14: depresión moderada, 15 a 19: depresión moderada-severa y 20 a 27: depresión severa. Los puntos de corte pueden ser cambiados, al alcanzar un puntaje de 10 o más se puede diagnosticar depresión mayor. Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtienen los siguientes síndromes clínicos:



- Síndrome depresivo mayor (SDM): presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de “más de la mitad de los días, y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo.
- Otro síndrome depresivo (OSD): presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por “más de la mitad de los días” y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo.
- Síntomas depresivos positivos (SD+): presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios anteriores.
- Síntomas depresivos negativos (SD-): no presenta ningún criterio diagnóstico “más de la mitad de los días” (valores < 2).

El apartado 3 incluye un cuestionario para medir la satisfacción laboral en cuidadores primarios conocido como Need Satisfaction Questionnaire Porter (cuestionario de satisfacción de necesidades de Porter), el cual está basado en la teoría de las necesidades de Maslow y cuya versión original fue realizada por los españoles Fernández A y Ovejero B en 1994, con la finalidad de evaluar la satisfacción laboral del trabajador y por ende el rendimiento laboral, dicha evaluación consta de 15 ítems referidos a cinco necesidades básicas: 1.- necesidades de seguridad (ítems 6 y 15), 2.- necesidades de pertenencia y amor (ítems 1,9, 10 y 14), 3.- necesidades de valoración (ítems 2, 4 y 8), 4.- necesidades de autorrealización (ítems 3, 7 y 13) y, 5.- necesidades de autonomía (ítems 5, 11 y 12). Cada ítem formula tres preguntas sobre: el grado en que se da esta característica en el puesto de trabajo del entrevistado, el grado en el que debería darse y, la importancia del ítem para el entrevistado. Cada ítem tiene un valor referente a:

1 = “nada”



2 = “muy poco”

3 = “escaso”

4 = “suficiente”

5 = “bastante”

5 = “mucho”

7 = “total”

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Previa autorización de la Comisión de Ética e Investigación Científica del IMSS (SIRELCIS), así como de las autoridades de la UMF 39 del IMSS, se llevarán a cabo las encuestas para depresión y satisfacción laboral. Se identificarán los familiares de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la consulta externa de Medicina Familiar y se evaluará si cumplen con los criterios de inclusión establecidos en éste trabajo de investigación, de ser así se le dará una explicación detallada del estudio por parte del investigador quien entregará el consentimiento informado previa autorización del director de la UMF 39, en caso de estar de acuerdo se procederá a otorgarles las encuestas para que sean llenadas de forma personal proporcionándoles material para el llenado de las encuestas. Tiempo estimado para responder los cuestionarios 20 minutos aproximadamente.

6.8 ANALISIS ESTADÍSTICO

Se realizará a través de una base de datos utilizando el programa SPSS versión 22 y el programa Excel, posteriormente se realizara la interpretación de encuestas y análisis de los resultados para ser plasmados en las gráficas correspondientes. Para el análisis univariado se utilizará una estadística descriptiva, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y para el análisis bivariado Chi Cuadrada, para establecer la relación entre las variables principales de investigación.



6.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizará de acuerdo a lo disponible en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud

ARTÍCULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la



naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación; deberá ser firmado por dos testigos y por el



sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6.10 MATERIALES

6.10.1 Recursos Humanos:

- Residente de tercer año de Medicina Familiar

6.10.2 Recursos Materiales:

- Computadora
- Impresora
- Tinta para impresora
- Hojas blancas
- Lápices
- Borradores
- Sacapuntas

6.10.3 Recursos Financieros

- Serán proporcionados por el médico investigador



7. RESULTADOS

Análisis univariado

TABLA 1. Grupo de edad y género de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Grupo de edad	Genero				Total	
	Femenino		Masculino		f	%
	f	%	f	%		
30 a 34 años	20	9.4	15	7.1	35	16.5
35 a 39 años	20	9.4	26	12.3	46	21.7
40 y más	16	7.5	24	11.3	40	18.9
Total	56	26.4	65	30.7	121	57.1

TABLA 2. Estado civil de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Estado Civil	f	%
Soltero	15	12.4
Casado	37	30.6
Unión libre	41	33.9
Divorciado	10	8.3
Separado	12	9.9
Viudo	6	5.0
Total	121	100.0

TABLA 3. Grado de escolaridad de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Grado de Escolaridad	f	%
Ninguno	1	.8
Primaria	14	11.6
Secundaria o Bachillerato	75	62.0
Licenciatura o posgrado	31	25.6
Total	121	100.0



TABLA 4. Ocupación de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Ocupación	<i>f</i>	%
Estudia	2	1.7
Trabaja	92	76.0
Labores del hogar o desempleo	17	14.0
Estudia/trabaja	10	8.3
Total	121	100.0

TABLA 5. Tiempo que dedica al cuidado del paciente por cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tiempo que dedica al cuidado del paciente durante el día:	<i>f</i>	%
2-4 horas	40	33.1
4-6 horas	44	36.4
Más de 6 horas	37	30.6
Total	121	100.0



TABLA 6. Grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

PHQ-9 Grado de Depresión	f	%
Sin Depresión	45	37.2
Depresión Leve	16	13.2
Depresión Moderada	49	40.5
Depresión Moderada Severa	7	5.8
Depresión Severa	4	3.3
Total	121	100.0

TABLA 7. Satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Satisfacción Laboral	f	%
Baja Satisfacción	83	68.6
Alta Satisfacción	38	31.4
Total	121	100.0

TABLA 8. Análisis por dominio de cuestionario Need Satisfaction Porter para satisfacción laboral.

Satisfacción Laboral	Baja Satisfacción		Alta Satisfacción	
	f	%	f	%
El sentimiento de autoestima que adquiere una persona en mi puesto	75	62.0	46	38.0
La autoridad y el poder que conlleva mi puesto	68	56.2	53	43.8
La oportunidad para desplegar y desarrollar la personalidad en mi puesto.	68	56.2	53	43.8
El prestigio de mi puesto dentro del trabajo (la atención que le prestan dentro del trabajo).	68	56.2	53	43.8



La posibilidad de pensar y actuar con independencia en mi puesto.	63	52.1	58	47.9
El sentimiento de seguridad en mi puesto	70	57.9	51	42.1
El sentimiento de autorrealización que una persona adquiere en mi puesto (el sentimiento de poder emplear las propias aptitudes y de perfeccionarlas).	77	63.6	44	36.4
El prestigio del puesto fuera del trabajo (la atención que se le presta fuera del trabajo).	78	64.5	43	35.5
El sentimiento de realizar algo que vale la pena.	64	52.9	57	47.1
La oportunidad de poder ayudar a otros en mi puesto	72	59.5	49	40.5
La oportunidad que existe en mi puesto de poder participar en la fijación de objetivos.	65	53.7	56	46.3
La oportunidad que existe en mi puesto para poder participar en la determinación de los métodos, de los modos de proceder y actuar.	68	56.2	53	43.8
El sentimiento de estar bien informado en mi puesto	73	60.3	48	39.7
La oportunidad que existe en mi puesto de estrechar lazos de amistad	79	65.3	42	34.7
El sentimiento que se tiene en mi puesto de estar sometido a una presión.	74	61.2	47	38.8

Análisis bivariado

TABLA 9. Distribución por grado de depresión y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Grado de Depresión	Satisfacción Laboral				Total		X ²	gl	Valor de P
	Baja Satisfacción		Alta Satisfacción		f	%			
	f	%	f	%					
Con Depresión	59	48.8	17	14.0	76	62.8	7.74	1	0.005
Sin Depresión	24	19.8	21	17.4	45	37.2			
Total	83	68.6	38	31.4	121	100.0			



TABLA 10. Distribución por género y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Genero	Satisfacción Laboral				Total		X ²	gl	Valor de P
	Baja Satisfacción		Alta Satisfacción		f	%			
	f	%	f	%					
Femenino	34	28.1	22	18.2	56	46.3	3.005	1	0.062
Masculino	49	40.5	16	13.2	65	53.7			
Total	83	68.6	38	31.4	121	100.0			

TABLA 11. Distribución por edad y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Grupo de edad	Satisfacción Laboral				Total		X ²	gl	Valor de P
	Baja Satisfacción		Alta Satisfacción		f	%			
	f	%	f	%					
30 a 34 años	24	19.8	11	9.1	35	28.9	0.042	2	0.979
35 a 39 años	32	26.4	14	11.6	46	38.0			
40 y más	27	22.3	13	10.7	40	33.1			
Total	83	68.6	38	31.4	121	100.0			

TABLA 12. Distribución por estado civil y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Estado Civil	Satisfacción Laboral				Total		X ²	gl	Valor de P
	Baja Satisfacción		Alta Satisfacción		f	%			
	f	%	f	%					
Soltero	9	7.4	6	5.0	15	12.4	2.57	5	0.765
Casado	24	19.8	13	10.7	37	30.6			
Unión libre	28	23.1	13	10.7	41	33.9			
Divorciado	8	6.6	2	1.7	10	8.3			
Separado	10	8.3	2	1.7	12	9.9			
Viudo	4	3.3	2	1.7	6	5.0			
Total	83	68.6	38	31.4	121	100.0			



TABLA 13. Distribución por grado de escolaridad y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Grado de Escolaridad	Satisfacción Laboral				Total		X ²	gl	Valor de P
	Baja Satisfacción		Alta Satisfacción		f	%			
	f	%	f	%					
Ninguno	0	0.0	1	0.8	1	0.8			
Primaria	9	7.4	5	4.1	14	11.6			
Secundaria o Bachillerato	52	43.0	23	19.0	75	62.0	2.4	3	0.493
Licenciatura o posgrado	22	18.2	9	7.4	31	25.6			
Total	83	68.6	38	31.4	121	100.0			

TABLAS 14. Distribución por ocupación y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Ocupación	Satisfacción Laboral				Total		X ²	gl	Valor de P
	Baja Satisfacción		Alta Satisfacción		f	%			
	f	%	f	%					
Estudia	1	0.8	1	0.8	2	1.7			
Trabaja	66	54.5	26	21.5	92	76.0			
Labores del hogar o desempleo	8	6.6	9	7.4	17	14.0	5.007	3	0.171
Estudia/trabaja	8	6.6	2	1.7	10	8.3			
Total	83	68.6	38	31.4	121	100.0			



TABLA 15. Distribución por tiempo dedicado al cuidado del paciente y satisfacción laboral de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tiempo que dedica al cuidado del paciente durante el día:	Satisfacción Laboral				Total		X ²	gl	Valor de P
	Baja Satisfacción		Alta Satisfacción						
	f	%	f	%	f	%			
2-4 horas	28	23.1	12	9.9	40	33.1	0.058	2	0.971
4-6 horas	30	24.8	14	11.6	44	36.4			
Más de 6 horas	25	20.7	12	9.9	37	30.6			
Total	83	68.6	38	31.4	121	100.0			

Análisis bivariado

TABLA 16. Distribución por género y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Género	Grado de Depresión				Total		X ²	gl	Valor de P
	Con Depresión		Sin Depresión						
	f	%	f	%	f	%			
Femenino	37	30.6	19	15.7	56	46.3	0.475	1	0.309
Masculino	39	32.2	26	21.5	65	53.7			
Total	76	62.8	45	37.2	121	100.0			



TABLA 17. Distribución por edad y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Grupo de edad	Grado de Depresión				Total		X ²	gl	Valor de P
	Con Depresión		Sin Depresión		f	%			
	f	%	f	%					
30 a 34 años	20	16.5	15	12.4	35	28.9	0.22	2	0.392
35 a 39 años	27	22.3	19	15.7	46	38.0			
40 y más	29	24.0	11	9.1	40	33.1			
Total	76	62.8	45	37.2	121	100.0			

TABLA 18. Distribución por estado civil y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Estado Civil	Grado de Depresión				Total		X ²	gl	Valor de P
	Con Depresión		Sin Depresión		f	%			
	f	%	f	%					
Soltero	9	7.4	6	5.0	15	12.4	2.82	5	0.727
Casado	23	19.0	14	11.6	37	30.6			
Unión libre	24	19.8	17	14.0	41	33.9			
Divorciado	8	6.6	2	1.7	10	8.3			
Separado	9	7.4	3	2.5	12	9.9			
Viudo	3	2.5	3	2.5	6	5.0			
Total	76	62.8	45	37.2	121	100.0			



TABLA 19. Distribución por nivel de escolaridad y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Grado de Escolaridad	Grado de Depresión				Total		X ²	gl	Valor de P
	Con Depresión		Sin Depresión						
	f	%	f	%	f	%			
Ninguno	1	0.8	0	0.0	1	0.8	0.636	3	0.888
Primaria	9	7.4	5	4.1	14	11.6			
Secundaria o Bachillerato	47	38.8	28	23.1	75	62.0			
Licenciatura o posgrado	19	15.7	12	9.9	31	25.6			
Total	76	62.8	45	37.2	121	100.0			

TABLA 20. Distribución por ocupación y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Ocupación	Grado de Depresión				Total		X ²	gl	Valor de P
	Con Depresión		Sin Depresión						
	f	%	f	%	f	%			
Estudia	2	1.7	0	0.0	2	1.7	1.55	3	0.671
Trabaja	57	47.1	35	28.9	92	76.0			
Labores del hogar o desempleo	10	8.3	7	5.8	17	14.0			
Estudia/trabaja	7	5.8	3	2.5	10	8.3			
Total	76	62.8	45	37.2	121	100.0			



TABLA 21. Distribución por tiempo dedicado al cuidado del paciente y grado de depresión de cuidadores primarios de niños con TDAH de una UMF del IMSS, delegación Tabasco.

Tiempo que dedica al cuidado del paciente durante el día:	Grado de Depresión				Total		X ²	gl	Valor de P
	Con Depresión		Sin Depresión						
	f	%	f	%	f	%			
2-4 horas	24	19.8	16	13.2	40	33.1	2.44	2	0.294
4-6 horas	25	20.7	19	15.7	44	36.4			
Más de 6 horas	27	22.3	10	8.3	37	30.6			
Total	76	62.8	45	37.2	121	100.0			



8. DISCUSIÓN

En relación a las características demográficas de los cuidadores en el presente estudio se encontró que la mayoría se encontraban en una rango de edad de entre 35-39 años, en estado civil unión libre con escolaridad máxima bachillerato y dedicando de 4-6 horas al cuidado del menor.

En cuanto al grado de depresión se encontró en este estudio que la depresión leve se presenta en pacientes de 40 años de edad y el 40.5% presentaba depresión moderada.

En relación a la satisfacción laboral se encontró que el 68.6% de los cuidadores primarios presentaba baja satisfacción laboral y el 24% baja satisfacción laboral dedicando 4-6 horas diarias al cuidado del menor.

Por último se relacionó la depresión con el nivel de satisfacción laboral encontrándose que 48.8% presentaban depresión y baja satisfacción laboral y el 19.8% presentaba baja satisfacción laboral pero sin presentar estado depresivo.



9. CONCLUSIONES

- En cuanto al estado civil las personas más afectadas fueron aquellas que se encontraban en unión libre con un rango de edad de 35-39 años de edad.
- En relación a nivel económico se encontró relación que al tener un grado de depresión el cuidador tendrá baja satisfacción laboral.
- Se concluyó que el tiempo dedicado al cuidado del menor es de 4-6 horas diarias.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. RECOMENDACIONES

Primeramente, se recomendaría realizar evaluaciones integrales en la consulta de medicina familiar enfocándose al paciente trabajador con descendencia afectada por alguna enfermedad neurológica.

Para ello, se recomendaría aplicar de forma mensual un cuestionario para evaluar la salud psicológica del paciente trabajador con hijos portadores de alguna enfermedad neurológica.



11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Esquinca, J., García, A., Platas, E., Rodríguez, D., Zamora, M., & Santillana, S. (2015). Diagnóstico y Tratamiento del trastorno Depresivo en el Adulto. Instituto Mexicano Del Seguro Social, 1–64. Retrieved from http://www.infomedicsa.com/panamajournals/pdf/PJ_RMDP_1998_023_001-8.pdf
2. Instituto Nacional de Salud Mental. (2016). Depresión: Trastorno depresivo persistente y mayor. National Institute of Mental Health, (19), 6.
3. Concepto, D. (n.d.). 2. Epidemiología 2.1. (pp. 49–96). pp. 49–96.
4. Salud, O. M. D. La. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de La Salud, 54. https://doi.org/978_92_4_350602_9
5. Plan de Acción sobre la Salud Mental. (2015). 21.
6. <https://asociacionpsicoanaliticamexicana.org/depresion-en-2020-sera-la-principal-causa-de-discapacidad-en-mexico/>
7. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_06_0ce246dc-784f-4198-807b-4375a1612693
8. Pérez-padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-cortés, J. C., & Salgado-burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. 28(2), 73–98.
9. Gonz, R., & Xin, N. (2016). Acupuntura. 0(1), 9–15.
10. Arango-Dávila, C. A., & Rincón-hoyos, H. G. (2016). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. 7(1), 46–55.
11. Hernández, H. C., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., & Rodríguez, E. C. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. 39(1), 47–58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
12. Diagn, C. (n.d.). DSM-5.



- 13.
14. Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Seminar Depression. 392, 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
15. Depression in adults. (2019).
16. Pérez Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Revista de La Facultad de Medicina (México), 60(5), 7–16.
17. Roca Bennasar, M., & Aragonès, E. (2018). Abordaje compartido de la depresión Documento. Consenso multidisciplinar. Euromedice, 3–5. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Enric_Aragones2/publication/323685480_Abordaje_compartido_de_la_depresion_Consenso_multidisciplinar/links/5b961fb3a6fdccfd54381928/Abordaje-compartido-de-la-depresion-Consenso-multidisciplinar.pdf
18. [https://namipv.org/espanol/#:~:text=La%20Alianza%20Nacional%20Sobre%20Enfermedades%20Mentales%20\(NAMI\),-Sobre%20NAMI%20Pomona](https://namipv.org/espanol/#:~:text=La%20Alianza%20Nacional%20Sobre%20Enfermedades%20Mentales%20(NAMI),-Sobre%20NAMI%20Pomona)
19. Paseo, A., Reforma, D., & Juárez, C. (2009). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. Secretaría de Salud.
20. Fernández, S. M., Piñón, A., & Vázquez-Justo, E. (2017). THDA Y TRANSTORNOS ASOCIADOS Concepto, evolución y etiología del TDAH. Lex Localis, 1–6. Retrieved from <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.1>
21. Pérez-padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-cortés, J. C., & Salgado-burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. 28(2), 73–98.
22. Attention deficit hyperactivity disorder in children. (2018).
23. Barrios, O., Matute, E., Ramírez-Dueñas, M. de L., Chamorro, Y., Trejo, S., & Bolaños, L. (2016). Características del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares mexicanos de acuerdo con la percepción de los



-
-
24. padres. Suma Psicológica, 23(2), 101–108.
<https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.05.001>
25. Portela, A., Carbonell, M., Hechevarría, M., & Jacas, C. (2016). MsC. Migdalia Carbonell Naranjo,. *Medisan*, 20(4), 556–607. Retrieved from <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=5ba2a896-f13d-4ace-abfc-5dbed1da5340@sessionmgr4008&hid=4209>
26. <http://tdahytu.es/diagnostico/criterios-para-diagnosticar-el-tdah/>
27. Quintero Gutierrez del Alamo Javier. (2019). Actualización En El Manejo De Tadh. Congreso de Actualización Pediatría, (TDAH), 29–36. Retrieved from https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._29-36_actualizacion_en_el_manejo_del_tdah.pdf
28. Pujol-Cols, L. J., & Dabos, G. E. (2018). Satisfacción laboral: una revisión de la literatura acerca de sus principales determinantes. *Estudios Gerenciales*, 34(146), 3–18. <https://doi.org/10.18046/j.estger.2018.146.2809>
29. Guerrero, J., Romero, G., Martínez, M., Martínez, R., & Rosas, S. (2016). Investigación Perception of the primary caregiver on nursing interventions in terminally ill patients Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 24(2), 91–98. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf>
30. Del-Pino-Casado, R., & Ordóñez-Urbano, C. (2016). Efectos de la satisfacción con el tiempo de ocio en personas cuidadoras de familiares mayores dependientes. *Atención Primaria*, 48(5), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.005>
31. Mora-Castañeda, B., Fernández-Liria, A., Pedroso-Chaparro, M., & Márquez-González, M. (2020). Carga, depresión y familismo en cuidadores informales colombianos de pacientes con esquizofrenia y pacientes con demencia. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 28(3), 517–531.
32. Galvis, M. J., & Cerquera Córdoba, A. M. (2016). Relationship between depression and burden in caregivers of alzheimer disease patient



33.s. Psicología Desde El Caribe, 33(2), 83–103.

<https://doi.org/10.14482/psdc.33.2.6307>

34. Patterson, M. G., Pascual, Y., Lemus, C., Licenciada En Enfermería, I. I., Policlínico, E., Antonio, J., ... li, C. (2016). Malestar psicológico en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer Psychological uneasiness in principal caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3), 389–396. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>

35. Viñas Díez, V., Conde Sala, J. L., Turró Garriga, O., Gascón Bayarri, J., & Reñé Ramirez, R. (2019). Síntomas depresivos y sobrecarga en los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer: un modelo de ecuaciones estructurales. *Revista de Neurología*, 69(01), 11. <https://doi.org/10.33588/rn.6901.2018504>.



12. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Depresión y satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad, de una UMF del IMSS Delegación Tabasco

Patrocinador externo (si aplica)*: No

Lugar y fecha: Villahermosa, Tabasco a 23 de noviembre de 2020

Número de registro: F-2020-2701-040

Justificación y objetivo del estudio: Este estudio permitirá identificar la asociación de la satisfacción laboral con algún grado de depresión del cuidador primario y, de esta forma podríamos realizar un diagnóstico y manejo oportuno y evitar complicaciones a largo plazo tanto para el cuidador como para el paciente con déficit de atención. Objetivo: Relacionar el grado de depresión con la satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad en la Unidad Médica Familiar 39 Villahermosa, Tabasco

Procedimientos: Aplicación de encuestas a cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Proponer medidas para dar un manejo integral para evitar futuras complicaciones.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Si se desea

Participación o retiro: Voluntario

Privacidad y confidencialidad: Los datos serán manejados por el investigador con garantía de confidencialidad y privacidad

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

No autorizo que se tome la muestra

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Dependiendo de los resultados obtenidos, se trabajará para apoyar al cuidador primario con depresión en tener un tratamiento integral, que abarque aspectos emocionales.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dr. Gerardo Aguilar Jiménez Residente de 3er. Año de Medicina Familiar. Tel: 993 255 18 81

Investigador Responsable: Med. Fam. Ricardo González Anoya. Tel: 993 3110529. Correo: ricardo.gonzalezan@imss.gob.mx.

Colaboradores: Med. Fam. Elías Hernández Cornelio. Tel: 993 1291220. Correo: eli_as_454@hotmail.com/ R3MF Gerardo Aguilar Jiménez. Tel: 993 255 18 81. Correo: gerariki2122@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

<hr/> Nombre y firma del sujeto Testigo 1	<hr/> R3MF Gerardo Aguilar Jiménez Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. * En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.

Clave: 2810-009-013



CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE PHQ-9

“Depresión y satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad, de una UMF del IMSS Delegación Tabasco”

Instrucciones: Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas **durante las últimas dos semanas.**

	Nunca (0 días)	Varios días (De 1 a 6 días)	Más de la mitad de los días (más de 1 semana)	Casi todos los días (casi los últimos 14 días)
	0	1	2	3
7. Poco interés o agrado al hacer las cosas.				
8. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
9. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
10. Se siente cansado o tiene poca energía.				
11. Tiene poco o excesivo apetito.				
12. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.				
13. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				
14. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				
15. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				
Totales				

Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto se le ha dificultado realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil 0	Un poco difícil 1	Muy difícil 2	Extremadamente difícil 3



**CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCION LABORAL Need Satisfaction
Questionnaire Porter**



“Depresión y satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad, de una UMF del IMSS Delegación Tabasco”

Instrucciones: encierre en un círculo el número que mejor represente, teniendo en cuenta la siguiente escala:

1= nada 2= muy poco 3= escaso 4= suficiente 5= bastante 6= mucho 7= total

FACTOR DEL PUESTO DE TRABAJO QUE MIDE	ESCALA DE RESPUESTA
16.- El sentimiento de autoestima que adquiere una persona en mi puesto	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
17.- La autoridad y el poder que conlleva mi puesto.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
18.- La oportunidad para desplegar y desarrollar la personalidad en mi puesto.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
19.- El prestigio de mi puesto dentro del trabajo (la atención que le prestan dentro del trabajo).	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
20.- La posibilidad de pensar y actuar con independencia en mi puesto.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
21.- El sentimiento de seguridad en mi puesto.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
22.- El sentimiento de autorrealización que una	



persona adquiere en mi puesto (el sentimiento de poder emplear las propias aptitudes y de perfeccionarlas).	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
23.- El prestigio del puesto fuera del trabajo (la atención que se le presta fuera del trabajo).	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
24.- El sentimiento de realizar algo que vale la pena.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
25.- La oportunidad de poder ayudar a otros en mi puesto.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
26.- La oportunidad que existe en mi puesto de poder participar en la fijación de objetivos.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
27.- La oportunidad que existe en mi puesto para poder participar en la determinación de los métodos, de los modos de proceder y actuar.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
28.- El sentimiento de estar bien informado en mi puesto.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
29.- La oportunidad que existe en mi puesto de estrechar lazos de amistad.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7
30.- El sentimiento que se tiene en mi puesto de estar sometido a una presión.	
a) ¿En qué medida se da actualmente?	1 2 3 4 5 6 7
b) ¿En qué medida debería darse?	1 2 3 4 5 6 7
c) ¿Qué importancia tiene para mí?	1 2 3 4 5 6 7



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 39
DELEGACION TABASCO**

Villahermosa, Tabasco a 23 de noviembre de 2020

Dr. Roberto Carlos Lima Ascencio
Director de la unidad de medicina familiar No. 39 IMSS, Delegación Tabasco.
Presente

Asunto: Oficio de no inconveniente

Por medio del presente un servidor Gerardo Aguilar Jiménez, Médico Residente del tercer año de la especialidad de Medicina Familiar, me permito solicitar permiso para realizar encuestas a pacientes que acuden a control en la unidad médica a su digno cargo, para llevar a cabo y de forma reglamentaria mi protocolo de investigación titulado "**Depresión y satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad, de la UMF 39 del IMSS Delegación Tabasco**", en el periodo correspondiente asignado para la realización del mismo, los datos recolectados quedarán guardados en una base de datos exclusiva para el uso del estudio y no serán distribuidos a otras personas, respetando la confidencialidad del paciente y sus familiares.

Sin otro asunto en particular me despido de usted, agradeciendo su valiosa y favorable respuesta.

Atentamente
Gerardo Aguilar Jiménez
Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar
Matrícula 99286840



GOBIERNO DE
MÉXICO



2020
LEONA VICARIO

DELEGACIÓN ESTATAL TABASCO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Villahermosa Tabasco 23 de Noviembre del 2020

Dr. Roberto Carlos Lima Ascencio
Director De La Unidad De Medicina Familiar No. 39 IMSS Delegacion Tabasco
PRESENTE

Enterado de la solicitud de Gerardo Aguilar Jiménez, residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar con matrícula 99286840, quien solicita autorización para realizar encuestas en esta Unidad Médica No. 39 para obtener datos y llevar a cabo el protocolo de investigación titulado "Depresión y satisfacción laboral en cuidadores primarios de niños con déficit de atención e hiperactividad, de la UMF 39 del IMSS Delegación Tabasco", manifestando por esta vía que no existe ningún inconveniente para la realización del mismo y se le otorgará las facilidades necesarias para llevar a cabo dicho protocolo.

Sin más por el momento se extiende la presente para fines que convengan a la interesada.

Dr. Roberto Carlos Lima Ascencio
Director de la unidad médica familiar 39

c.c. para el archivo