

# Relación entre sobrecarga, ansiedad y depresión con la calidad de vida de cuidadores de niños con discapacidad

Relationship between overload, anxiety and depression with quality of life of caregivers of children with disabilities

NORMA GRACIELA LÓPEZ MÁRQUEZ<sup>1,2</sup>

Recibido: Marzo 7, 2014

Aceptado: Agosto 5, 2014

## Resumen

El cuidador de una persona con discapacidad dependiente está sometido al estrés, sobrecarga, síntomas de ansiedad (SA) y de depresión (SD); tales factores pueden afectar su calidad de vida (CV). El objetivo del estudio fue describir la relación entre sobrecarga, SA y SD con CV de cuidadores de niños con discapacidad dependiente, mediante un estudio descriptivo en 31 cuidadores que resultaron con baja CV en una investigación previa sobre «CV de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente, del CRIT Chihuahua, México». Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, inventarios de ansiedad y depresión de Beck y la escala de sobrecarga de Zarit. Los resultados exponen sobrecarga moderada (31.9%), SA moderados (21.3%) y, SD leves (13.4%). Se encontraron relaciones inversas entre CV y SA ( $r = -.174$ ;  $pv = 0.664$ ), inversas entre CV y SD ( $r = -.020$ ;  $pv = 0.311$ ) y, mínimas entre sobrecarga y CV ( $r = .030$ ;  $pv = 0.923$ ), el valor p indica ausencia de asociación entre las variables. Se reveló que cuatro cuidadores tienen pensamientos suicidas, manifestando SA y sobrecarga graves. Los cuidadores más expuestos a padecer algún trastorno mental, por el nivel grave en los SA y SD, son los empleados de medio tiempo, los que estudiaron carrera técnica y los que viven en unión libre. Se concluye que la relación entre las variables de estudio con CV no fue significativa, pero los resultados exhiben información relevante para investigaciones dirigidas a conocer más sobre los factores que influyen en la CV de cuidadores de niños con discapacidad.

**Palabras clave:** estado de salud, cuidado, salud emocional, sobrecarga, síntomas de ansiedad y depresión, calidad de vida.

## Abstract

The caregiver of a person with a dependent disability is submitted to stress, overload, symptoms of anxiety (SA) and depression (SD), such factors can affect his/her quality of life (QOL). The objective of this study was to describe the relationship between overload, SA and SD with the QOL of caregivers of children with a dependent disability, through a descriptive study applied to 31 caregivers that resulted with a low quality of life on a previous research called "Quality of life of primary caregivers of patients with a dependent disability of CRIT Chihuahua, Mexico". A socio-demographic questionnaire was applied as well as Beck's inventories of anxiety and depression and Zarit's overload scale. The results show a moderate overload (31.9%), moderate SA (21.3%) and slight of SD (13.4%). Inverse relationships between the QOL and the SA ( $r = -.174$ ;  $pv = 0.664$ ) were found, inverse relationships between QOL and SD ( $r = -.20$ ;  $pv = 0.311$ ) and a minimum relationship between overload and QOL ( $r = -.030$ ;  $pv = 0.923$ ), p value indicates the absence of association between variables. It was revealed that four caregivers have suicidal thoughts manifesting SA and severe overload. The caregivers who are more exposed to suffer some derangement thanks to the severe level in their SA and SD are part-time employees, as well as the ones who have a technical career education and the ones who live in free union. It can be concluded that the relationship between the variables of the study with QOL was not significant, but the results exhibit relevant information to research aimed to know more about QOL of caregivers of children with disabilities.

**Keywords:** health, mental health, overload, symptoms of anxiety and symptoms of depression, quality of life.

<sup>1</sup> Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Chihuahua. Blvd. Juan Pablo II No. 4101. Fracc. Zona Industrial Robinson, Chihuahua, Chih., México. C.P. 31074. Tel. (614) 429-53-54.

<sup>2</sup> Dirección electrónica del autor de correspondencia: nlopez@teleton-chh.org.mx.

## Introducción

**E**s muy posible que haya un deterioro en la salud psicológica de las personas que proporcionan atención a personas con discapacidad dependiente, tanto de la persona que la padece como la de su cuidador, teniendo como característica el progreso del deterioro de uno o varios factores psicológicos, como el estrés, la sobrecarga, depresión y ansiedad, entre otros. La sobrecarga, los síntomas de ansiedad (SA) y síntomas de depresión (SD) están vinculados con el estado de salud del cuidador, influyendo aparentemente en el declive en su calidad de vida (CV), ya que esta actividad de cuidado implica un enorme esfuerzo y responsabilidad.

Estudios como el presente no son frecuentes en México, tal vez porque el cuidar puede ser visto como una conducta obligada por las normas sociales y morales. El cuidar en la familia implica un fuerte componente afectivo que además está impregnado de un elevado contenido moral, ya que se lleva a cabo en el marco de un conjunto de obligaciones y deberes derivados de los lazos del parentesco (Murrugat *et al.*, 2005).

Felce y Perry (1995) encontraron diversos conceptos de CV que describen como: a) la calidad de las condiciones de vida de una persona; b) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; c) la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y, por último, d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal según sus valores, aspiraciones y expectativas personales (Torres *et al.*, 2006).

En 1980, Zarit, Reever y Bach-Peterson definieron la sobrecarga como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador (Martínez *et al.*, 2012). Aparentemente, entre mayor sea la sobrecarga, el deterioro de la salud mental, social y física del cuidador se presenta con más frecuencia; así mismo, es posible que se detonen trastornos ansioso-depresivos (Hayo *et al.*, 2009).

Los síntomas de ansiedad se conceptualizan como el estado emocional con sensación subjetiva desagradable, originada por una hiperactividad del sistema nervioso, provocada por una amenaza potencial, real o imaginaria, y que se manifiesta con síntomas físicos y psíquicos (Tafoya *et al.*, 2006).

Estudios de los últimos veinte años permiten afirmar que los cuidadores familiares están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Méndez *et al.*, 2010). Otros, han sugerido que la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad en cuidadores está asociada con diferentes variables socio-demográficas, características psicológicas propias del cuidador y cuestiones ambientales, como las relaciones familiares (Rodríguez *et al.*, 2010). Se ha reportado que los síntomas de depresión en cuidadores son el resultado de diferentes variables psicosociales, tales como poca satisfacción con la vida, menor actividad física y falta de apoyo social tangible (Rodríguez *et al.*, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad del individuo para interesarse y disfrutar de las cosas, y que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo (Beltrán *et al.*, 2012).

La OMS explica la dependencia como un estado en el que los niños, adultos y ancianos, debido a una pérdida física, psíquica o de autonomía intelectual, necesitan de asistencia para manejarse en las actividades de la vida cotidiana (Martínez *et al.*, 2012).

Los cuidadores primarios manejan la dependencia del paciente utilizando sus capacidades personales, principalmente, por eso, la percepción y atención a los SA y SD, la sobrecarga e impacto de la enfermedad dependerán esencialmente de su habilidad y recursos. Por lo tanto, es importante conocer más detalladamente los factores que están relacionados con la CV y con los elementos que la componen.

El objetivo de este estudio es describir la relación de la sobrecarga, los SA y SD con la CV de los cuidadores primarios que participaron en la investigación sobre «Calidad de vida de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente, del CRIT Chihuahua, México» (López-Márquez, 2013), y que resultaron con CV regular o baja (puntajes por debajo de 50 en una escala de 0 a 100), y en donde el mayor deterioro se presentó en su salud mental más que en la salud física, de tal forma que es posible considerar que la desestimación de la relación de estos factores psicológicos con la CV podría estar sesgando el apoyo que se les brinda a los cuidadores primarios.

## Materiales y métodos

La investigación se realizó en el CRIT Chihuahua en el año 2013, se empleó un diseño descriptivo de corte transversal. Se utilizó un método no aleatorio, ya que la muestra fue constituida por 31 cuidadores que fueron seleccionados de los 149 que participaron en la investigación llamada «Calidad de vida de cuidadores de pacientes con discapacidad dependiente del CRIT Chihuahua». Estos 31 cuidadores obtuvieron un nivel de malo a regular (bajo) en su CV por haber obtenido puntajes menores de 50, para la medición de la CV, se

utilizó el instrumento Short Form-36 (SF-36), la valoración de la CV se clasifica en: 0-25 mala/muy baja; 26-50 regular/baja; 51-75 buena/media; 76-99 muy buena/alta y 100 excelente. También se definieron como criterios de inclusión, que los cuidadores tuvieran un tiempo de cuidado mayor de un año, que asistiera regularmente a los servicios del CRIT, que tuviera estatus activo y que su participación fuera voluntaria, así como, que fueran cuidadores de las clínica A (parálisis cerebral); clínica B (enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, amputados y lesión medular); y clínica C (estimulación temprana y neuroterapia)

Para conocer el perfil de los cuidadores se utilizó un cuestionario sociodemográfico diseñado para este efecto, constituido por 20 ítems de respuesta breve con el que se recabó información de la muestra participante (nombre, edad, género, escolaridad, ocupación, clínica a la que pertenecen, tipo de familia, parentesco con el paciente y estrato socioeconómico, entre otros).

Para evaluar el grado de sobrecarga de los cuidadores se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (EZ), utilizada a nivel internacional y validado en diversos idiomas incluyendo el español. EZ consta de 22 preguntas tipo Likert de cinco opciones (0-4 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (0-88 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: sobrecarga normal (0 a 28) sobrecarga moderada (29 a 55) o sobrecarga grave (56 a 88). Sobrecarga moderada representa un factor de riesgo para generar sobrecarga grave. Esta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador (Hayo *et al.*, 2009). La Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit fue validada por Alpuche, Ramos (2008) en una población de cuidadores informales mexicanos de pacientes con diversas enfermedades crónico-degenerativas (Martínez *et al.*, 2012).

Para identificar los síntomas de ansiedad en los cuidadores se empleó el inventario de

ansiedad de Beck (BAI), el cual es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Cada uno de los 21 ítems del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona evaluada debe indicar el grado en que se ha visto afectada por el mismo durante la última semana, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (nada en absoluto), 1 (levemente), 2 (moderadamente), ó 3 (gravemente). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total, cuyo rango es de 0 a 63. Se proponen los siguientes puntos de corte para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa (Beck y Steer, 1993): 0-7 = normal; 8-15 = leve; 16-25 = moderada, y 26-63 = grave (Sanz *et al.*, 2011). El inventario de Ansiedad de Beck es uno de los más utilizados en la investigación clínica, demostró tener una validez discriminante entre pacientes con ansiedad y aquellos con el trastorno. La mayoría de los estudios dan evidencia de que BAI posee propiedades psicométricas adecuadas, es un instrumento válido y confiable para evaluar síntomas ansiosos, puesto que tiene alta consistencia interna, con un coeficiente alfa = 0.86 (Tafuya *et al.*, 2006).

Para obtener datos sobre los síntomas de depresión, se evaluó a los cuidadores mediante el inventario de depresión de Beck (BDI). El BDI consta de 21 ítems, en cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en que contesta el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63 (Sáenz *et al.*, 1998) Para distinguir los niveles en los síntomas de depresión es: 0-9 = mínima; 10-16 = leve; 17-29 = moderada, y 30-63 = grave (Sanz *et al.*, 2011). El BDI es el instrumento de

auto informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación (Sanz *et al.*, 1998).

Para ejecutar la evaluación se organizó la recogida de datos por medio del contacto con los participantes y se establecieron horarios para la aplicación de cuestionarios. Los participantes fueron informados del tema y objetivos del estudio, se les explicó que su participación era voluntaria y se garantizó la confidencialidad de los resultados. Confirmada su disposición, firmaron la carta de consentimiento informado. La evaluación fue realizada en forma individual; contestaron el cuestionario sociodemográfico y luego los inventarios de ansiedad y depresión de Beck y la escala de sobrecarga de Zarit. Los resultados de la variable CV (dependiente y continua) se obtuvieron de la investigación anterior ya mencionada.

Los datos se procesaron y analizaron con el programa IBM SPSS versión 20. Como primer paso se realizó el análisis descriptivo de los instrumentos aplicados (Zarit, BAI, BDI) para comprender sus componentes, luego un análisis estadístico numérico (Media aritmética) para conocer en qué nivel se encuentra el grupo de estudio respecto a las variables independientes (sobrecarga, SA y SD). Para examinar y cuantificar la relación entre la variable dependiente (CV) con las independientes se utilizó el análisis de regresión múltiple y la correlación de Pearson ( $r$ ) y así conocer si en la muestra las variables están asociadas. Finalmente se analizaron con método descriptivo las variables independientes con las variables sociodemográficas.

## Resultados y discusión

La muestra de estudio constó de 30 mujeres y un hombre, las edades oscilan entre 24 y 60 años, siendo la edad media 40.52 años, las madres de familia representan el 83.9%. El 80.6% está casado y el 64% pertenecen a la

clínica A. La escolaridad más frecuente es la secundaria (35.5%), el 90.3% depende económicamente de alguien, solo un cuidador no cuenta con servicio médico, el 48.4% no tiene tiempo para esparcimiento personal y el mismo porcentaje sólo a veces lo tiene, el 87.1% cuida al paciente las 24 horas de día y el 58.1% no cuenta con apoyo para el cuidado permanente

del paciente en caso de que él o ella faltara. Los cuidadores primarios del presente estudio fueron en su mayoría mujeres, lo cual es consistente con los reportes de la literatura internacional (Almazán *et al.*, 2002). Este aspecto debe considerarse para diseñar programas de intervención enfocados a mujeres.

### Sobrecarga

**Cuadro 1.** Análisis estadístico descriptivo de la escala de sobrecarga de Zarit.

Ítem	Nunca (0)	Casi Nunca (1)	A veces (2)	Bastantes veces (3)	Casi siempre (4)
	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
¿Su familiar le solicita más ayuda de la que necesita?	6/19.4	3/9.7	16/51.1	4/12.9	2/6.5
¿Debido al tiempo que dedica a su familiar, ya no tiene tiempo para usted?	2/6.5	8/25.8	11/35.5	4/12.9	6/19.4
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	4/12.9	2/6.5	12/38.7	8/25.8	5/16.1
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	25/80.6	2/6.5	2/6.5	1/3.2	1/3.2
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	22/71	1/3.2	7/22.6	1/3.2	0
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y familia?	17/54.8	2/6.5	7/22.6	3/9.7	2/6.5
¿Siente temor por el futuro de su familiar?	2/6.5	3/9.7	9/29	5/16.1	12/38.7
¿Siente que su familiar depende de usted?	1/3.2	1/3.2	9/29	4/12.9	16/51.6
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	22/71	3/9.7	3/9.7	1/3.2	2/6.5
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	15/48.4	3/9.7	7/22.6	4/12.9	2/6.5
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	17/54.8	2/6.5	8/25.8	1/3.2	3/9.7
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por cuidar a su familiar?	11/35.5	5/16.1	11/35.5	2/6.5	2/6.5
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa a causa de su familiar?	28/90.3	0	2/6.5	0	1/3.2
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única que lo puede cuidar?	14/45.2	3/9.7	8/25.8	3/9.7	3/9.7
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de otros gastos?	3/9.7	2/6.5	12/38.7	7/22.6	7/22.7
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	13/41.9	0	16/51.6	1/3.2	1/3.2
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	12/38.7	5/16.1	8/25.8	2/6.5	4/12.9
¿Desearía poder dejar encargado el cuidado de su familiar a otras personas?	17/54.8	3/9.7	9/29	0	2/6.5
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	17/54.4	3/9.7	10/32.3	1/3.2	0
¿Siente que debería hacer más por su familiar de lo que hace?	2/6.5	2/6.5	16/51.6	6/19.4	5/16.1
¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	10/32.2	6/19.4	9/29	2/6.5	4/12.9
En general, ¿se siente sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	9/29	5/16.1	11/35.5	2/6.5	4/12.9

**FUENTE:** Sobrecarga de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente del CRIT Chihuahua. 2013.

Se encontró un registro importante de síntomas como sentirse tenso, tener temor por el futuro del paciente, sentir la responsabilidad total por el cuidado del paciente, falta de dinero y la consideración de que deberían hacer más por el paciente. Estos síntomas detectados y sufridos por los cuidadores concuerdan con los de estudios que mencionan que la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento (Ruíz *et al.*, 2012). Llama la atención que más del 50% de los cuidadores no consideran que pueden dejar el cuidado de su familiar a cargo de otra persona, cabe la posibilidad de que los motivos coincidan con Martínez y Torres (2007), en que para ellos, la atención por parte del cuidador hacia el paciente representa un conjunto de emociones y conflictos, ya que el cuidador piensa que no puede dejar al paciente en manos de otra persona; este sentimiento puede ser debido a diversas emociones, como el amor, la culpa, el sentido del deber, el decoro y los valores religiosos (González *et al.*, 2012).

### Síntomas de ansiedad (SA)

Se puede observar en el Cuadro 2 que los síntomas de ansiedad más relevantes son: sentirse acalorados, incapaces de relajarse, con temor a que ocurra lo peor, inestables, atemorizados, con nerviosismo, con miedo a perder el control, temor a morir y con problemas digestivos. Los resultados concuerdan con los del estudio sobre el impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres, cuando describen que las cuidadoras mencionaban problemas concretos como ansiedad, y decían sentirse irritables, nerviosas, tristes y agotadas, en algunos casos, estos problemas se vivían como un cambio permanente de personalidad y de estado de ánimo, con sentimientos de insatisfacción y pérdida de la ilusión de vida (García *et al.*, 2004).

**Cuadro 2.** Análisis estadístico descriptivo del inventario de ansiedad de Beck.

Ítem	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
	(0)	(1)	(2)	(3)
	n / %	n / %	n / %	n / %
Torpe o entumecido	9/29	16/51.6	5/16.1	1/3.2
Acalorado	5/16.1	15/48.4	10/32.3	1/3.2
Con temblor en las piernas	4/45.2	12/38.7	3/9.7	2/6.5
Incapaz de relajarse	4/12.9	14/45.2	9/29	4/12.9
Con temor a que ocurra lo peor	12/38.7	6/19.4	9/29	4/12.9
Mareado, o que se le va la cabeza	15/48.4	8/25.8	6/19.4	2/6.5
Con latidos en el corazón fuertes y acelerados	13/41.9	14/45.2	2/6.5	2/6.5
Inestable	12/38.7	8/25.8	6/19.4	5/16.1
Atemorizado o asustado	11/35.5	9/29	6/19.4	5/16.1
Nervioso	8/25.8	10/32.3	6/19.4	7/22.6
Con sensación de bloqueo	14/45.2	11/35.5	3/9.7	3/9.7
Con temblores en las manos	17/54.8	11/35.5	3/9.7	0
Inquieto e inseguro	10/32.3	10/32.3	9/29	2/6.5
Con miedo a perder el control	13/41.9	7/22.6	7/22.6	4/12.9
Con sensación de ahogo	16/51.6	10/23.3	2/6.5	3/9.7
Con temor a morir	13/41.9	5/16.1	4/12.9	9/29.0
Con miedo	11/35.5	7/22.6	5/16.1	8/25.8
Con problemas digestivos	12/38.7	6/19.4	6/19.4	7/22.6
Con desvanecimientos	18/58.1	9/29	3/9.7	1/3.2
Con rubor facial	17/54.8	8/25.8	4/12.9	2/6.5
Con sudores fríos o calientes	18/58.1	7/22.6	5/16.1	1/3.2

**FUENTE:** Síntomas de ansiedad de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente. CRIT Chihuahua. 2013.

### Síntomas de depresión (SD)

Los síntomas más recurrentes que se muestran en el Cuadro 3 se mencionan también en investigaciones donde se encuentran reportes frecuentes sobre problemas del sueño, fatiga y cansancio, que podrían tomarse con reserva debido a que la actividad del cuidador amerita desgaste físico, lo cual podría sumarse o enmascarar la depresión (Alfaro *et al.*, 2008).

También se detectó un síntoma que pone en riesgo la vida del cuidador, el pensamiento suicida. Cuatro personas (12.9%) reconocen que han tenido ideas de morir pero no las han llevado a cabo; este hallazgo es significativo, ya que las ideas suicidas están latentes; en este sentido, no importa tanto el porcentaje de personas que lo manifiesten, sino que el comportamiento está

presente en el grupo estudiado, por lo tanto, lo primordial es la atención inmediata. Se ha encontrado literatura en la que refiere que los síntomas de depresión contribuyen a una disminución en la calidad de vida, disminución funcional y un incremento en la mortalidad por comorbilidad con otras condiciones médicas (Rodríguez *et al.*, 2010). Se observó que estas cuatro personas muestran niveles graves en sobrecarga y SA, así como niveles de moderados a graves en SD. Existe un sesgo en la detección de la depresión porque sólo se midieron los SD con el inventario de depresión de Beck, de tal forma que es un aspecto a tomar en cuenta en caso de ofrecerse algún tipo de intervención. De acuerdo con la literatura, la sintomatología depresiva debe ser interpretada con mucha prudencia antes de realizar un diagnóstico y aconsejar una intervención psicológica o, aún más delicado, prescribir el uso de anti-depresivos (González *et al.*, 2009). La intervención en este caso se debe limitar a canalizar al cuidador con un médico especialista que pueda diagnosticar los posibles trastornos psicológicos y conduzca la intervención adecuada que propicie en el cuidador una mejoría en su estado emocional, que descarten sus ideas suicidas, acrecienten su CV y, al mismo tiempo, no pongan en riesgo la CV del paciente. Esta revelación coincide con otros estudios, que refieren que los cuidadores preocupados por los pacientes, con el tiempo pueden tener tendencias suicidas o depresión, y entregarse a la atención del paciente a expensas de su propia salud y bienestar (Chessick *et al.*, 2009).

**Cuadro 3.** Análisis estadístico descriptivo del inventario de depresión de Beck.

Ítem	Interrogante Valores: a) 0; b) 1; c) 2; d) 3	n	%
1	a) No me siento triste	15	48.4
	b) Me siento triste	12	38.7
	c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello	12	9.7
	d) Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo	1	3.2
2	a) No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro	20	64.5
	b) Me siento desanimado con respecto al futuro	8	25.8
	c) Siento que no puedo esperar nada del futuro	2	6.5
	d) Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar	1	3.2
3	a) No me siento fracasado	22	71.0
	b) Siento que he fracasado más que la persona normal	4	12.9
	c) Cuando miro hacia el pasado lo que veo es un montón de fracasos	3	9.7
	d) Siento que como persona soy un fracaso completo	2	6.5

Ítem	Interrogante Valores: a) 0; b) 1; c) 2; d) 3	n	%
4	a) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes	12	38.7
	b) No disfruto de las cosas como solía hacerl	17	54.8
	c) Ya nada me satisface realmente	1	3.2
	d) Todo me aburre o me desagrada	1	3.2
5	a) No siento ninguna culpa particular	17	54.8
	b) Me siento culpable buena parte del tiempo	13	41.9
	c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	1	3.2
	d) Me siento culpable todo el tiempo	0	0
6	a) No siento que esté siendo castigado	26	83.9
	b) Siento que puedo estar siendo castigado	4	12.9
	c) Espero ser castigado	0	0
	d) Siento que estoy siendo castigado	1	3.2
7	a) No me siento decepcionado en mí mismo	26	83.9
	b) Estoy decepcionado conmigo	5	16.5
	c) Estoy harto de mí mismo	0	0
	d) Me odio a mí mismo	0	0
8	a) No me siento peor que otros	12	38.7
	b) Me critico por mis debilidades o errores	16	51.6
	c) Me culpo todo el tiempo por mis faltas	2	6.5
	d) Me culpo por todas las cosas malas que suceden	1	3.2
9	a) No tengo ninguna idea de matarme	27	87.1
	b) Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo	4	12.9
	c) Me gustaría matarme	0	0
	d) Me mataría si tuviera la oportunidad	0	0
10	a) No lloro más de lo habitual	24	77.4
	b) Lloro más que antes	4	12.9
	c) Ahora lloro todo el tiempo	2	6.5
	d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo nunca aunque quiera	1	3.2
11	a) No me irrito más ahora que antes	12	38.7
	b) Me irrito más fácilmente ahora que antes	17	54.8
	c) Me siento irritado todo el tiempo	1	3.2
	d) No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme	1	3.2
12	a) No he perdido interés en otras personas	15	48.4
	b) Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar	14	45.2
	c) He perdido la mayor parte de mi interés en los demás	2	6.5
	d) He perdido todo el interés en los demás	0	0
13	a) Tomo decisiones como siempre	20	64.5
	b) Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes	7	22.6
	c) Tengo mayor dificultad que antes para tomar decisiones	4	12.9
	d) Ya no puedo tomar ninguna decisión	0	0
14	a) No creo que me vea peor que antes	12	38.7
	b) Me siento preocupada que esté pareciendo avejentado o inactivo	9	29.0
	c) Siento que hay cambios permanentes en mí que me hacen ver inactivo	7	22.6
	d) Creo que me veo horrible	3	9.7
15	a) Puedo trabajar tan bien como antes	8	25.8
	b) Me cuesta mayor esfuerzo empezar a hacer algo	17	54.8
	c) Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa	6	19.4
	d) No puedo hacer ningún tipo de trabajo	0	0
16	a) Puedo dormir tan bien como antes	7	22.6
	b) No duermo tan bien como antes	19	61.3
	c) Me despierto 1 o 2 hrs más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir	3	9.7
	d) Me despierto varias hrs más temprano de lo habitual y no puedo volverme a dormir	2	6.5
17	a) No me canso más de lo habitual	6	19.4
	b) Me canso más frecuentemente de lo que solía cansarme	21	67.7
	c) Me canso de hacer cualquier cosa	3	9.7
	d) Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa	1	3.2
18	a) Mi apetito no ha variado	21	67.7
	b) Mi apetito no es tan bueno como antes	10	32.3
	c) Mi apetito es mucho peor que antes	0	0
	d) Ya no tengo nada de apetito	0	0
19	a) Últimamente no he perdido mucho peso si es que he perdido	18	58.1
	b) He perdido más de 2 kilos	9	29.0
	c) He perdido más de 4 kilos	3	9.7
	d) He perdido más de 6 kilos	1	3.2
20	a) No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual	17	54.8
	b) Estoy preocupado por problemas físicos como malestares y constipación	9	29.0
	c) Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa	4	12.9
	d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más	1	3.2
21	a) No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo	8	25.8
	b) Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar	1	3.2
	c) Estoy mucho menos interesado por el sexo de lo que solía estar	17	54.8
	d) He perdido por completo mi interés por el sexo	5	16.1

## ¿Cuáles son los niveles de sobrecarga, SA y SD del grupo de estudio?

Como se puede observar en el Cuadro 4, el grupo en estudio exhibe un nivel de sobrecarga moderada. Solamente el 4% de los cuidadores reporta un puntaje de sobrecarga grave. Existe discrepancia con investigaciones llevadas a cabo en cuidadores de familiares con discapacidad dependiente donde se ha encontrado que el 91.7% reporta sobrecarga intensa percibida principalmente por la creencia de que el cuidado es un deber moral que no debe ser eludido, aunado al grado de dependencia del enfermo y la falta de recursos económicos para brindar mejores condiciones de atención (Martínez *et al.*, 2008).

**Cuadro 4.** Distribución de los puntajes.

VARIABLES INDEPENDIENTES	Media	Desv. Típica
Sobrecarga	31.9	14.09
Síntomas de Ansiedad	21.2	13.18
Síntomas de Depresión	13.3	6.25

El nivel en los SA es moderado también, sin embargo, el 40% de los cuidadores tienen puntajes considerados como graves. Este hallazgo revela un importante deterioro en la esfera psicológica de algunos cuidadores. Según el DSM-IV (2000), la ansiedad es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza, sin embargo, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual. Respecto a los SD se refleja un nivel leve en el grupo de estudio, sin embargo, dentro del mismo grupo, el 49% se encuentra en nivel moderado, con el riesgo de derivarse a nivel severo si no se ofrece la atención clínica y psicológica adecuada en tiempo y forma.

Con frecuencia, la prevención para el mantenimiento de una buena salud mental evita problemas y complicaciones graves de depresión. Existen estudios que describen que entre 46 y 59% de los cuidadores se encuentran clínicamente deprimidos y presentan trastornos de ansiedad con mayor frecuencia que el resto de la población (Alfaro *et al.*, 2007); con esta información, se dilucida la importancia de la prevención e intervención temprana. Hay bibliografía donde se confirma la eficacia de distintas intervenciones encaminadas a mejorar los cuidados de los pacientes y aportar estrategias que permitan al cuidador afrontar este tipo de situaciones (López *et al.*, 2009).

## ¿Cuál es la relación que existe entre CV y sobrecarga, SA y SD?

Para cuantificar el grado de relación lineal existente entre las variables de estudio se utilizó la correlación de Pearson (*r*) y análisis de regresión de regresión múltiple.

**Cuadro 5.** Descripción de la relación entre CV y sobrecarga, SA, SD.

Modelo	Coeficientes <sup>a</sup>				
	Coeficientes no estandarizados		<i>r</i>	<i>t</i>	<i>p<sub>v</sub></i>
	B	Error típ.			
(Constante)	48.633	6.061	1	8.023	.000
1 Sobrecarga	.079	.179	.030	.440	.664
Ansiedad Beck	-.189	.184	-.174	-1.032	.311
Depresión Beck	.040	.413	-.020	.098	.923

a. Variable dependiente: Calidad de Vida.

En el Cuadro 5 se advierte que existe relación inversa entre la CV y SA, igual entre CV y SD. Se distingue una relación positiva pero mínima entre sobrecarga y CV, por lo tanto, es posible sugerir que la sobrecarga, los SA y SD no son los factores que tengan disminuida la CV de los cuidadores primarios de niños con discapacidad del grupo de estudio ya que la correlación (*r*) es significativa al nivel 0.05 bilateral. Con estos resultados se muestra una discrepancia con lo establecido en otros estudios, en donde se reporta evidencia de la disminución de la calidad de vida en los



cuidadores, así como un aumento en los factores psicológicos de depresión, ansiedad y estrés (Gabriel *et al.*, 2011). Para resumir la asociación de manera más objetiva se calculó el valor p ( $p_v$ ), que tiene un nivel de significación establecido convencionalmente de 0.05 ó 0.01 y que se muestra en la Figura 1 (a,b,c).

Figura 1a.

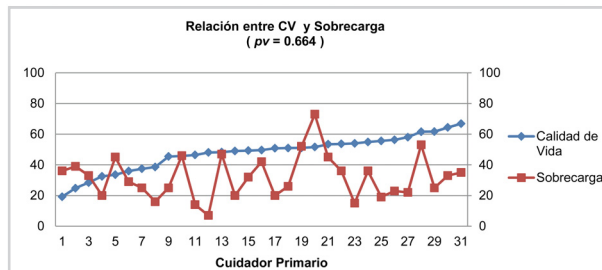


Figura 1b.

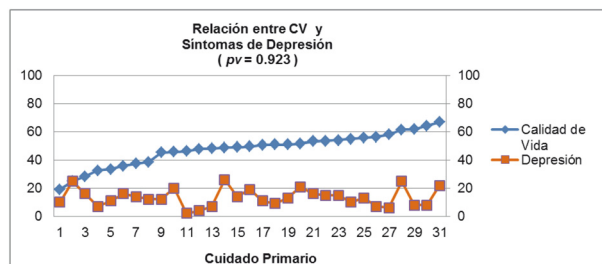
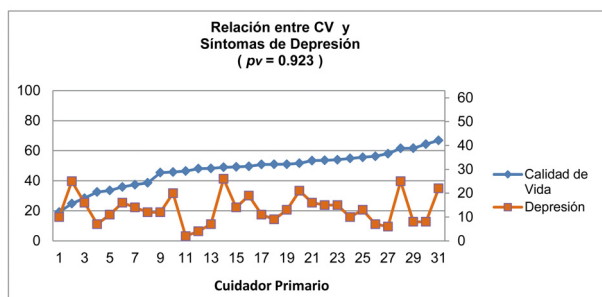
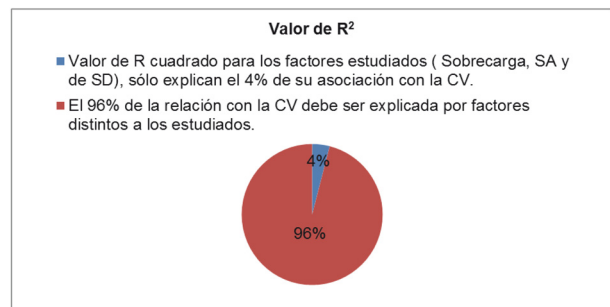


Figura 1c.



En las Gráficas 1(a, b, c), se advierte que el valor p ( $p_v$ ) para los tres factores tiene un nivel de significación superior a 0.05, por lo tanto, se infiere que no existe asociación entre la CV y sobrecarga, los SA y SD de los cuidadores de niños con discapacidad del grupo de estudio y que, por lo tanto, los factores que influyen negativamente en su CV son otros.

Gráfica 2. Coeficiente de determinación  $R^2$ .



Estos resultados no son los esperados, la asociación obtenida es muy baja, por tal motivo, es importante indicar que una relación no implica causación, el que las variables sobrecarga, SA y SD no estén altamente relacionadas con la CV no implica que una variable no sea causante de la otra y viceversa. Estos resultados no coinciden con los de otros estudios que reportan que los cuidadores de personas con discapacidad dependiente comprometen sus vidas privadas y por lo tanto, su salud; además, ser testigo de que una persona querida está sufriendo trae consigo angustia, sentimientos de abandono, temor, nerviosismo y dudas acerca del cuidado que se le está proporcionando al paciente (Alfaro *et al.*, 2008).

¿Cuáles grupos están más expuestos al aumento de la sobrecarga, los SA y SD según sus características sociodemográficas?

El Cuadro 7 muestra que la mayoría de los grupos exponen niveles de moderados en las tres variables, esto conlleva a vaticinar que todas las características descritas inciden poco en la CV del grupo de estudio. Los grupos más afectados con sobrecarga alta son los empleados de tiempo completo y los que solamente estudiaron primaria, el grupo que muestra mayores SA son los empleados de medio tiempo y, los cuidadores que viven en unión libre son los que describen mayores SD, sin embargo, son los que gozan de mejor CV. Estos datos arrojan resultados relevantes ya que son inesperados. Según otros estudios, el género,

**Cuadro 7.** Análisis descriptivo de sobrecarga, SA y SD según los datos sociodemográficos.

Datos Sociodemográficos		Sobrecarga	SA Beck	SD Beck	CV
		Media	Media	Media	Media
<b>Clínica</b>	Clínica A	34	22	14	48
	Clínica B	30	21	12	46
	Clínica C	22	15	11	46
<b>Estado Civil</b>	Casado(a)	32	22	14	47
	Divorciado(a)	27	12	8	48
	Soltero(a)	31	20	12	47
	Unión Libre	35	20	22	67
<b>Ocupación</b>	Ama de Casa	32	21	14	48
	Empleado Medio Tiempo	7	32	4	48
	Empleado Tiempo Completo	37	24	11	49
	Trabajador Independiente	31	20	16	42
<b>Grado Escolar</b>	Carrera Técnica	33	26	10	47
	Licenciatura	28	20	11	57
	Primaria	37	19	14	47
	Preparatoria	29	18	10	46
	Secundaria	31	24	16	46
<b>Tipo de Familia</b>	Completa	31	24	14	47
	Incompleta	29	17	10	48
	Mixta	35	17	14	48
<b>Parentesco</b>	Abuelo(a)	31	17	9	40
	Madre	33	23	14	48
	Tío(a)	22	10	8	47

escolaridad y parentesco con el paciente son características demográficas que se asocian con la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas e incapacitantes (Mondragón *et al.*, 2010). Por tal motivo, es importante destacar que es indispensable emplear una mayor cantidad de datos sociodemográficos en próximas investigaciones donde se evalúe el deterioro psicológico de cuidadores de niños con discapacidad dependiente, ya que pudieran estar ampliamente relacionados con la CV o con su salud mental, como lo mencionan otras investigaciones en las que se atribuye sobre todo la sobrecarga a factores como: características del paciente, características personales del cuidador, demandas psicosociales, respuestas fisiológicas y emocionales, vínculo afectivo entre el paciente y el cuidador, y aspectos relacionados con el apoyo social percibido (Martínez *et al.*, 2008).

### ¿El apoyo social es importante para la CV?

El Cuadro 8 describe los resultados de las variables en estudio al responder interrogantes sobre el apoyo recibido. Se desprende que el apoyo económico no marca diferencias significativas entre los que son dependientes económicos y los que no son, lo mismo ocurre con los que cuentan o no con apoyo para el cuidado del paciente en caso de faltar el cuidador primario. Sin embargo, hay una diferencia reveladora entre los que sí tienen tiempo para el esparcimiento personal y los que solo algunas veces lo tienen, o no lo tienen; aquellos que tienen tiempo para la recreación cuentan con niveles bajos en sobrecarga, SA y SD; en este sentido, resulta conveniente reflexionar acerca de la recreación o esparcimiento personal y su repercusión en la salud mental de los cuidadores. En un artículo sobre recreación sana se hace referencia a que promover el desarrollo humano es hoy una necesidad mundial, lo que sitúa a la recreación como una condición para lograr los procesos de cambio y orientar a la humanidad hacia sistemas de

relaciones más armónicas que propicien una calidad y un estilo de vida decoroso (López *et al.*, 2011). De tal forma que brindar a los cuidadores primarios espacios y tiempos para actividades de recreación se hace necesario dentro de los programas de rehabilitación de niños o personas con discapacidad dependiente.

**Cuadro 8.** Descripción de la sobrecarga, SA y SD según el apoyo social recibido.

Datos Sociodemográficos		Sobrecarga	SA	SD
		Zarit	Beck	Beck
		Media	Media	Media
¿Depende económicamente de alguien?	No	37	26	14
	Si	31	21	13
¿Cuenta con servicio médico?	No	47	17	7
	Si	31	21	14
¿Cuenta con tiempo para esparcimiento personal?	A veces	33	25	15
	No	32	19	13
¿Cuenta con apoyo para el cuidado al 100% del paciente por tiempo indeterminado en caso de verse imposibilitado para hacerlo usted?	Si	14	1	2
	No	31	22	13
	Si	33	20	14
	No			

### Conclusiones

Se puede mencionar que la sobrecarga, los síntomas de ansiedad y de depresión no son factores determinantes para que los cuidadores del grupo de estudio tengan una baja calidad de vida por la ausencia de asociación existente entre ellos. Del mismo modo, los grupos clasificados según los datos sociodemográficos tampoco muestran valores tan bajos en las variables independientes, por lo tanto, se presume un sesgo importante en la recolección de datos sociodemográficos ya que no se logró explicar la relación de factores que tienen afectada la calidad de vida de los cuidadores, sin embargo, los resultados descritos demuestran la necesidad de otorgar al cuidador herramientas que le permitan mejorar sus habilidades de cuidado y de afrontamiento, de manera tal que sea capaz de mantener una óptima calidad de vida. Es posible que estos resultados se deban a otros factores como que son familias que ya cuentan con un servicio

multidisciplinario para el niño con discapacidad, a sus creencias religiosas, al tipo de cultura, a la situación geográfica, etc., datos que en próximas investigaciones se deben estimar.

Como hallazgo se reveló el peligro de que cuatro cuidadores pongan en riesgo su vida si sus pensamientos suicidas persisten, destacando la necesidad y urgencia de mejorar su salud mental mediante una intervención clínica y psicológica adecuada, también se evidenció que la recreación o esparcimiento personal es un factor importante para minimizar el deterioro de la calidad de vida.

Se sugiere que a partir de estos resultados se lleve a cabo la actualización de programas y proyectos que se promueven en el CRIT, de tal forma que se brinde un servicio institucional integral más eficiente para el paciente y su familia, pero, sobre todo, más enfocado a sus necesidades para posibilitar la mejoría de su calidad de vida.


Se queda como interrogante si la creencia social y aparentemente lógica de que la sobrecarga, los síntomas de ansiedad y de depresión están altamente relacionadas con la baja calidad de vida de cuidadores de personas con discapacidad es innegable. De tal modo que es un deber meditar sobre esa idea y, muchos otros supuestos que rigen las opiniones sociales y que evitan cambiar paradigmas.

## Agradecimientos

El producto de esta investigación está dedicado principalmente a los cuidadores que participaron en ella, agradezco su disposición e interés, pero sobre todo, su motivación. De manera especial agradezco al Prof. Gabriel Rivera Gamboa, al M.S.T. Iván David Picazo Zamarripa y, al Ing. Alejandro Ávila por su experiencia compartida, su amabilidad en el trato y su disposición al brindarme sus enseñanzas.

## Literatura citada

- ALFARO-RAMÍREZ del Castillo, O. I., S. Sánchez-Román, B. Ramos-Del Río. 2008. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro, Soc.* 46(5):485-494.
- BELTRÁN, M.C., M. A. Freyre. 2012. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicología Clínica.* 30(1):5-13.
- BREINBAUER, K. H., V.H. Vásquez, S.S. Mayanz, C. Guerra, T. Millán. 2009. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile.* 137(5):657-665.
- CAMACHO-ROSALES, J. Estadística con SPSS para Windows. 2000. Ed. Rama. Madrid. <http://personal.us.es/vararey/adatos2/correlacion.pdf>
- CHESSICK, A., D.A. Perlick., D.J. Miklowitz. 2009. Ideación suicida y síntomas depresivos en pacientes bipolares como predictores de la salud y bienestar de los cuidadores. *Psiquiatría.com.* 11(8):876-884.
- DEVÍ, J., I. Almazán. 2002. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev. Gerontol.* 12(1):31-37.
- GABRIEL, P.J., J.M. Barroso. 2011. Depresión, ansiedad y estrés. Evaluación de la calidad de vida en cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. *Avances en Neurología;* 2:6
- GARCÍA-CALVENTE, M., I. Mateo., G. Maroto. 2004. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit.* 18(2):83-92
- GONZÁLEZ-CASTRO, U., A.G. Reyes. 2012. Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Rev. Electrónica de Psicología de Iztacala.* 15(2)
- GONZÁLEZ-CELIS, A.L. 2009. Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos Mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues.* 1(1):15-28. Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, A. C. México
- LÓPEZ-GIL, M.J. 2009. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam.* 2(7):332-339.
- LÓPEZ-HERRERA, M.C., M.A. López-Arística. 2011. Recreación Sana: ¿Opción o necesidad? Contribuciones a las Ciencias Sociales. [www.eumed.net/rev/cccss/14](http://www.eumed.net/rev/cccss/14)
- LÓPEZ-MÁRQUEZ, N. G. 2013. Calidad de vida de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente, del CRIT Chihuahua, México. *TECNOCENCIA Chihuahua* 7(3):139-151.
- MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICAS DE DESÓRDENES MENTALES [DSM-IV]. 2000. *Asociación de psiquiatría de Estados Unidos.* (4ª ed. revisada). Washington.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, L.D., M.T. Robles, B. Ramos, F. Santiesteban., M.E. García, M. Morales, L. García. 2008. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Rev. Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.* 20:23-29.
- MARTÍNEZ-LÓPEZ, C., B. Ramos-Del Río. 2012. Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud.* 22(2):275-282.
- MÉNDEZ, L., O. Giraldo, D. Aguirre-Acevedo, F. Lopera. 2010. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina. *Revista Chilena de Neuropsicología.* 5:137-145
- MURRUGAT, L. La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. 2005. *Rev. Mult. Gerontol.* Barcelona. 15(3):171-177.
- PAZ-RODRÍGUEZ, F. Predictores de Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos. 2010. *Revista Ecuatoriana de Neurología.* 19(1-2).

- RUIZ-RÍOS, A.E., M.G. Nava. Cuidadores: responsabilidades – obligaciones. 2012. *Enf Neurol (México)* 11(3):163-169
- RODRÍGUEZ, A., M. Mondragón. 2010. Variables Asociadas con Ansiedad y Depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades Neurodegenerativas. *ArchNeurocién (Méx)*. 15(1): 25-30.
- SANZ, J. Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Ficha Técnica del Inventario de Ansiedad de Beck. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.
- SANZ, J., C. Vázquez. 1998. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. 10(2):303-318.
- TAFOYA-RAMOS, S. A., G. Pérez-Mitre, H. Ortega-Soto. 2006. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis (México)*. 15(3).
- TORRES, A., Sanhueza, O. 2006. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y Enfermería*, 12(1), 9-17.
- ZÚNIGA, M.A., G.T. Carrillo-Jiménez, P.J. Fos, B. Gandek, M.R. Medina-Moreno. 1999. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Mex.* 41:110-118. 

---

Este artículo es citado así:

López-Márquez, N. G. 2014. Relación entre sobrecarga, ansiedad y depresión con la calidad de vida de cuidadores de niños con discapacidad. *TECNOCENCIA Chihuahua* 8(2): 78-90.

## Resumen curricular de la autora

**NORMA GRACIELA LÓPEZ MÁRQUEZ.** Terminó su licenciatura en 2002, año en que le fue otorgado el título de Licenciado en psicopedagogía por la Escuela Normal Superior "Prof. José E. Medrano" en Chihuahua, Chih., México. Realizó su posgrado en Chihuahua, donde obtuvo el grado de Maestra en Psicoterapia Clínica en el 2006 por el Instituto de Estudios Superiores y Formación Humana de Chihuahua, Chih. Obtuvo el diploma en acompañamiento y consejería tanatológica en el 2010 por el Instituto Mexicano de Tanatología en México D. F. Desde el 2007 labora en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) y posee la categoría de Asesor pedagógico. Su área de especialización es Evaluación psicopedagógica y Psicoterapia Familiar. Ha participado como docente en la licenciatura en educación en la Universidad del Desarrollo Profesional (UNIDEP) y en el posgrado en educación en el Centro de Investigación y Docencia (CID) de Chihuahua, Chih. Ha impartido 5 conferencias por invitación. Ha participado como ponente el segundo Congreso de Investigación Educativa en el Estado de Chihuahua. Ha publicado dos artículos de investigación en la revista TECNOCENCIA de la UACH.