

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21/ UMF 167
TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO**

**“La sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con
enfermedades co-mórbidas en la Unidad Medicina Familiar
No. 167, Guadalajara, Jal.”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. GREGORIO PAÚL ARMAS CASAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

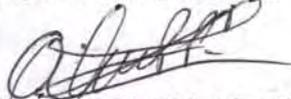
“La sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con enfermedades co-mórbidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 167 Guadalajara, Jal.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

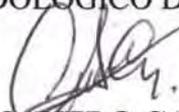
PRESENTA:

DR. GREGORIO PAÚL ARMAS CASAS

AUTORIZACIONES:



DRA. ALMA ROCÍO DEL PILAR CRUZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA # 21/ UMF 168
TEPATITLÁN DE MORELOS, JALISCO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS



DRA. CIRINA CANEDO CASTRO
ASESOR CLÍNICO DE TESIS
MEDICO FAMILIAR



DR. ALBERTO CHAPARRO TORRES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 21

“La sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con enfermedades co-mórbidas en la Unidad de medicina Familiar No. 167 Guadalajara, Jal.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

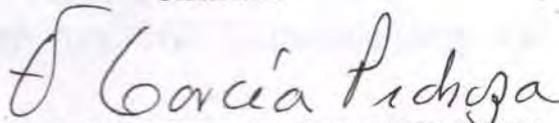
PRESENTA:

DR. GREGORIO PAÚL ARMAS CASAS.

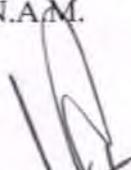
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

Resumen.....	1
Marco teórico.....	4
Justificación.....	11
Planteamiento del Problema.....	14
Objetivos.....	17
Hipótesis.....	18
Material y Métodos.....	18
Diseño de Estudio.....	18
Universo del estudio.....	18
Sitio donde se realizo el estudio	18
Tamaño de muestra	18
Criterios de inclusión.....	19
Criterios de no inclusión.....	19
Operación de las variables.....	20
Procedimientos.....	21
Análisis estadístico.....	21
Formas de captura de datos	21
Pruebas estadística a utilizar	21
Aspectos éticos	22
Recursos, financiamiento factibilidad.....	24
Cronograma de actividades.....	25
Bibliografía.....	26
Anexo 1.- hoja de consentimiento informado.....	29
Anexo2.-hoja de recolección de datos.....	30
Anexo 3.- hoja de firmas.....	31

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Muchas personas en nuestro país dedican una parte de su tiempo a cuidar a un familiar, normalmente de edad avanzada, el cual depende de esta ayuda para poder desenvolverse de las actividades de la vida diaria, esta dependencia genera en el cuidador sentimientos de aislamiento y pensamientos negativos. (5)

Al aumentar la población mayor de 60 años, aumenta la demanda de la necesidad de ayuda, eso unido a que hoy día la política social de los países desarrollados va encaminada a mantener a las personas mayores en el hogar el mayor tiempo posible, da lugar a una serie de problemas en el núcleo familiar como es el cansancio en el desempeño del rol del cuidador. (8)

Como ya se menciona, al miembro de la familia a cargo del cuidado del enfermo o de la persona con incapacidad se le conoce como CUIDADOR PRIMARIO; este realiza diversas tareas relacionadas con el cuidado personal y brinda no solo respeto al tratamiento médico, sino que también mantiene una interacción permanente con los médicos y el personal de salud.

El cuidador asume este papel debido a que sus circunstancias particulares y su relación con el enfermo le permiten dedicar su tiempo y esfuerzo a tales actividades. Este trabajo fuertemente estresante conlleva a muchos peligros para el equilibrio psíquico de estas personas.

El cuidado de los pacientes con enfermedades co-mórbidas genera un incremento de la carga de la responsabilidad de los cuidados y en ocasiones, carga económica, por lo que los cuidadores primarios sufren cambios de estilo de vida familiar,

se enfrentan a problemas éticos y mentales, lo que constituye una fuente importante de estrés y de angustia en el cuidador .

Que supone la multiplicidad de papeles en que se desdobra el cuidador, para seguir atendiendo las tareas de su vida cotidiana.

Debido a esto y al resultado tan importante que tiene el atender al cuidador primario, surge la presente situación denominada la sobrecarga subjetiva como un determinante social y detonador de muchas enfermedades que crean altos costos de tratamiento, y esto a la vez mas cuidadores primarios.

Por tal motivo nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la sobrecarga del cuidador primario en adultos mayores de 60 años con enfermedades co-mórbidas de la Unidad de Medicina familiar No. 167 en Guadalajara, Jalisco?

MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud define como adulto mayor a toda persona de 60 años de edad para países en subdesarrollo, y mayores de 65 años de edad para países desarrollados.(1)

El segmento de más rápido crecimiento de la población de adultos mayores es el de las personas de 80 años o más. Su número es de 70 millones, y se espera que en los próximos 50 años esa cifra se quintuplique. Aunque los países desarrollados han podido envejecer gradualmente, se enfrentan a problemas resultantes de la relación entre el envejecimiento, el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan el problema de un desarrollo simultáneo con el envejecimiento de la población.

Desde el punto de vista epidemiológico, hay un predominio de enfermedades crónicas y degenerativas, que acompañan al paciente por resto de su vida. También aparecen las discapacidades físicas y mentales, que incrementan con edad, las 2/3 partes de las muertes ocurren en el segmento de población de 60 años y mas .(2)

Se lograra' tener una base sólida para el desarrollo únicamente si se asignan recursos para el futuro; como la atención de estas personas , para la salud y educación para la población joven, ya que esta ultima comprende los viejos del futuro . Se sabe que la proporción de personas mayores de 60 años aumentara cuando menos al doble para el año 2010 a 2015 en México.

En México, la familia es el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único. Este sistema proporciona una infinidad de servicios como apoyo emocional, económico, toma de decisiones de los familiares , cuando es necesario cuidar a alguno de sus integrantes.(1) La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

(3)

El cuidado y la preocupación surgen de compromisos emocionales y sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus miembros. (1) A su vez, la atención del anciano dependiente puede generar sobrecarga para su cuidador, lo que se conoce como carga del cuidador, utilizando los siguientes conceptos para su estudio:

La sobrecarga del cuidador : Es un concepto de dimensiones múltiples en donde aparecen el estrés, los sentimientos negativos o las dificultades que originan el cuidado de un anciano e incluye aspectos de la salud física, emocionales, sociales y financieros, (4)

Cuidador Primario : es la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente o en forma obligatoria el papel responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo que está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta. (5) Es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa que incluye el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes, facilitando la integración del paciente en su entorno y en la realidad. (6)

Cuidador Secundario: Es aquel que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo, puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud. Por ejemplo estos son contratados de manera emergente para cuidar unas horas o días. (7)

Cuidador Informal: Es la prestación de cuidados de salud a las personas que lo necesitan, por parte de familiares, amigos, vecinos y en general, personas de la red social inmediata y que no recibe retribución económica por la ayuda que ofrecen.

Para el cuidador, el cuidar tiene un fuerte impacto en varias esferas.

En cuanto al perfil demográfico en la distribución de género son más frecuentes cuidadoras mujeres, que cuidadores hombres, con un rango de edad 38 años, y límites de 27 a 65 años, en cuanto al estado civil la mayoría son casados. (8,9)

Los cuidadores refieren presentar la siguiente sintomatología:

Cambios de la vida familiar: Los cuidadores manifiestan que se altera toda la vida familiar, conflictos familiares, afecta relaciones de pareja, alteración en las relaciones sexuales, aislamiento, pérdida de tiempo libre, problemas laborales como ausentismo, problemas económicos reducción de ingresos o aumentos de gastos.

Problemas Físicos: Dolor articular (cervicalgias y dorsalgias), cefaleas, alteraciones del sueño, infecciones cutáneas, cansancio. Mayor consumo de fármacos en los que se encuentran los analgésicos.

Problemas Psiquiátricos: Ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa por no poder atender correctamente al paciente. Se produce un mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos. (10,11)

SÍNDROME DE DESGASTE DEL CUIDADOR PRIMARIO:

Experimentado por los cuidadores de pacientes originado por la excesiva carga experimentada por sí mismo, cuyas manifestaciones fundamentales son: Trastornos del patrón del sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad relaciones interpersonales, sentimiento de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento a la persona que cuida, pensamiento de suicidio y abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio (agotamiento), aislamiento, pérdida de interés, dificultades para concentrarse y pérdida de memoria, este síndrome también es conocido como "Burn-Out" o del "cuidador quemado".(11,12,13)

Una mayor sobrecarga deteriora la salud mental, social y física del cuidador, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos mayor, aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad, que en población comparable no sobrecargada. Además, el cuidador tiende a no buscar ayuda médica, postergándose y priorizando los problemas de su familiar dependiente, manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi "invisible" para el sistema de salud. Esto hace necesario evaluar esta situación en nuestro país. (14)

Un buen manejo del paciente con enfermedades co-morbidas y sus cuidadores nos permitirá realizar un trabajo preventivo en tres niveles:

En el **primario** evitando la aparición de los síntomas en el cuidador, en el **secundario** detectando precozmente su aparición y en el **terciario** ya que una vez detectados podremos intervenir para evitar la progresión de los síntomas y permitir así unos cuidados más adecuados y retrasar la institucionalización (ya que los sujetos del cuidado se encontrarán mejor en tanto sus cuidadores estén en buenas condiciones). (15)

Recomendaciones al cuidador primario

Familia: El cuidado de los enfermos no se debe considerar algún problema, sino una responsabilidad a planificar por todos los miembros de la familia con la finalidad de ocuparse de las necesidades del enfermo de manera que la responsabilidad no recaiga sobre una sola persona.

El cuidador debe aceptar el apoyo de otros y no llevar la carga solo.

La angustia por no tener ayuda puede resolverse convocando una reunión para hablar del tema. La propia familia es la mayor fuente de ayuda, y si la situación es insostenible es necesario trabajar para prevenir la crisis.

Emociones: Comprender las emociones propias contribuyen a dominar satisfactoriamente los problemas del binomio paciente-cuidador.

Algunas emociones que experimentan los cuidadores pueden ser: vergüenza, pena, culpa, tristeza, y muchas otras que complican el manejo del paciente.

Ayuda especializada: Es útil tener asesoramiento médico especializado en cuanto a diagnóstico y tratamiento del paciente y el cuidador, un consultante de Psicología o Psiquiatría geriátrica puede explicarle sobre el rol cambiante en relación con la evolución de la enfermedad co-mórbida. Es necesario pensar con anticipación y tener a alguien a quien recurrir en caso de emergencia.

Descansos, distracción: El cuidador es importante para el mismo, el enfermo y la sociedad. Debe tener tiempo para sí mismo, compartir con otras personas, disfrutar de su pasatiempo favorito y divertirse. Buscar por cortos periodos a alguien que haga cargo del enfermo para poder descansar, resulta imprescindible.

Muchos terminan apartándose de la sociedad y se limitan a estar con la persona enferma en sus casas, pierden relaciones y contactos sociales debido a las exigencias de las tareas y la soledad dificulta sobrellevar los problemas.

Grupos de apoyo: Puede sentirse vergüenza cuando la personas tienen un comportamiento inapropiado en público ; esta incomodidad debe desaparecer cuando se comparten los sentimientos con otros que están pensando por las mismas situaciones. También ayuda el dar explicaciones sobre la enfermedad a amigos y vecinos para que puedan comprender mejor estos eventos.

Depresión: Se ha comprobado que las personas que cuidan pacientes tienen doble posibilidad de deprimirse. Es indispensable que los cuidadores, sobre todo los que se ven en este caso, reciban apoyo continuo y seguro.

Sueño: La falta de de sueño como consecuencia de cuidar a un ser querido puede conducir a depresión grave. Lo más importante a recordar es que se necesita dormir, aunque no sea posible lograr que el paciente descanse durante toda la noche. (16)

Intervención psicoterapéutica para cuidadores:

Los principales predictores del estado emocional tienen que ver con conductas de los cuidadores, lo que plantea la intervención terapéutica basada en la modificación del comportamiento, ante esta situación el programa plantea como objetivo general proporcionar a los cuidadores primarios que presentan un alto malestar emocional estrategias eficaces para el manejo del estrés, tomando como referencia los siguientes factores predictores del estado emocional de los cuidadores:

1. Incremento del tiempo de ocio.
2. Modificación de la valoración subjetiva de la situación. En concreto, disminución de la percepción de carga y de la reacción ante los problemas de memoria y conducta del mayor.
3. Incremento de la satisfacción con el apoyo social.
4. Mejora en la aplicación de estrategias de afrontamiento al cuidado (con una disminución del afrontamiento centrado en las emociones, lo que lleva implícito un aumento del afrontamiento centrado en el problema).
5. Mejora de la autoestima.

Utilizando las siguientes técnicas:

1. Incremento de actividades gratificantes.
2. Reestructuración cognitiva.
3. Entrenamiento en comunicación asertiva.
4. Entrenamiento en solución de problemas.
5. Programa de mejora de la autoestima. (17)

Para el manejo adecuado de esta compleja entidad, es necesario una excelente relación entre el equipo médico y la familia y enfatizar la necesidad de educar a los cuidadores en mecanismos saludables, flexibles y dinámicos que favorezcan la relación paciente-cuidador-familia. (18)

Numerosos instrumentos intentan objetivar la sobrecarga del cuidador: “índice global de carga”; “entrevista de sobrecarga del cuidador”; “cuestionario de sentido de competencia”, Sin embargo, estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado.

La “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” (EZ) logra aunar consistentemente todas estas dimensiones. Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español. (14) El

instrumento original consistía en un cuestionario de 29 elementos diseñado para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

salud física y psicológica, área económica, laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor receptora de cuidados. En su revisión se redujo el número de elementos a 22 (Zarit et al., 1985; Zarit y Zarit, 1983). (19,20)

El estudio se hará con la escala de Zarit modificada de 1985 que consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). (14,21)

Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) o “sobrecarga intensa” (≥ 56). “Sobrecarga ligera” representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa”. Esta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlación intraclassa (CCI) 0,71 en su estudio original, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales), consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países). Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas.

En validez de criterio, EZ muestra alta correlación con instrumentos afines ($r = 0,71$ con Índice Global de Carga; $r = 0,41$ con Inventario Breve de Síntomas). También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental. Se estima 20,7% de trastornos mentales en cuidadores, siendo EZ capaz de discriminar distrés psíquico con una sensibilidad de 93% y especificidad de 80%. (14)

JUSTIFICACION

MAGNITUD:

La importancia del cuidado y la atención de las personas con enfermedades co-mórbidas, la mayor parte de las cuales son cuidadas por un familiar ,es importante de manera reiterada que para los receptores cuidado la presencia, la actitud y los conocimientos del cuidador son definitivos como parte entorno y bienestar . (17)

Para los cuidadores familiares en su mayoría mujeres, conforman la parte más importante de las redes apoyo y soporte social de quienes están enfermos y incapacitados ,y desarrollan su potencial de cuidado de múltiples formas, la situación del cuidador atañe a la salud en nuestro medio y que debe abordarse de manera prioritaria, tanto por ellos como por las personas . Las estadísticas en Colombia mencionan que las familias en su mayoría son de nivel socioeconómico bajo (75.3%). La depresión en (81.3%), la ansiedad (85.2%⁹, y una mayor proporción de disfunción familiar severa (26.5%), en los cuidadores en relación con los no cuidadores. De los cuidadores primarios 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%) y con depresión (100%); 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores. Concluyendo que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados es un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas. (4)

TRASCENDENCIA : Algunos de los signos y síntomas que expresan y experimenta los cuidadores primarios, es agotamiento el agobio y miedo por el futuro del paciente , por otra parte no tener suficiente ingresos para el cuidado del enfermo y otros gastos, genera una mayor angustia en el cuidador, razón por la que la salud del cuidador empeora al descuidarse y vivir solo para el enfermo. Esta problemática se vuelve cada día más trascendental que un futuro la consecuencia de no darle seguimiento, y ayuda oportuna pueden ser graves y volverse de cuidador a enfermo.

Dentro de las enfermedades crónicas del cuidador se consideran aquellas como hipertensión arterial, diabetes, y las que pueden tener relación con el esfuerzo tanto físico como psíquico de este (cefaleas, lumbalgias, dorsalgias y cervicalgias, artrosis, insuficiencia venosa crónica, algias musculares inespecíficas). También se incluye la escala de ansiedad y depresión.

VULNERABILIDAD: Se hace indispensable hacer propuestas que contemplen la interrelación con el medio ambiente con el fin de favorecer conductas que minimicen factores de riesgo reconocidos en la aparición y las complicaciones de la enfermedad crónica degenerativa. Así mismo apoya en forma indirecta sobre reducir costos en atención y complicaciones tanto del cuidador como del paciente, y las instituciones de salud . Ya que la carga es un concepto clave en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas mayores en la familia. La población de adultos 60 años y mas que es de es 9432 con enfermedades co-mórbidas de la unidad de medina familiar 167 de IMSS de Guadalajara Jalisco.

FACTIBILIDAD: Es factible ya que es una actividad cotidiana el entrevistar a los adultos mayores y a sus cuidadores y es de fácil aplicación, no riesgoso y es de un costo muy bajo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1.- Conocer la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con enfermedades crónicas en la UMF 167 de Guadalajara Jalisco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Conocer características sociodemográficas del cuidador primario
- 2.- Identificar las características socioeconómicas del cuidador primario
- 3.- Identificar los signos y síntomas, emocionales que presenta el cuidador primario
- 4.- Identificar los signos y síntomas físicos que presenta cuidador primario

HIPOTESIS

No requiere por tratarse de un estudio descriptivo observacional.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, descriptivo y prospectivo.

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:

Se realizó en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 167 del IMSS de la Zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE ESTUDIO:

Total de acompañantes mayores de 18 años, que acudieron a la consulta con un adulto mayor de 60 años.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se calculó una muestra tomada del tamaño del universo de 4285 adultos mayores, del turno vespertino deduciendo que por cada paciente hay un cuidador, con un error máximo aceptable de 5% con un porcentaje estimado de la muestra de 50% y un nivel deseado de confianza del 95% obteniendo promedio total de 370 pacientes es el tamaño de la muestra, por lo que estuvo sujeto a la demanda de consulta en un lapso de un mes y la reunión de los criterios de inclusión

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Acompañante que sea el cuidador del paciente adulto mayor que acuda a consulta externa UMF 167 en Guadalajara, Jalisco.
2. Cuidador que acepte participar en el estudio bajo consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Acompañante que sea menor de 18 años.
2. Que el acompañante no sepa leer y/o escribir

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1. Instrumento de información incompleto
2. Acompañante con trastorno mental

VARIABLES DEL ESTUDIO

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Indicador	Estadístico
Sobrecarga del cuidador	1.-Ganas de llorar 2.-Irritabilidad 3.-Fatiga 4.-Tristeza 5.-Problemas Sueño 6.-problemas Conc. 7.-Dolor de Cabeza	Cuantitativa	1.-Ausencia 2.-Ligera 3.- Intensa	Frecuencia simple y %
Enfermedades Co –mórbidas	Enfermedades agregadas	Cuantitativa	1.-Si 2.-No	Frecuencia simple y %
Género	Relacionado con hombre o Mujer	Cuantitativa	1.- Mujer 2.- Hombre	Frecuencia y %
Edad(cuidador)	Años cumplidos del cuidador	Cuantitativa	1.-18-29 2.-30-39 3.-40-49 4.-50-59 5.-60-69 6.-70-79	Media, rango y D.E
Estado de salud del cuidador	Como se percibe el cuidador	Cualitativa	1.-Sano 2.-Enfermo	Frecuencia y %

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

El estudio se realizó una vez que fue aceptado por el SIRELCIS 1307. Se dio inicio del 02 al 31 de Diciembre del 2009. Se realizó en las instalaciones UMF 167 en Guadalajara Jalisco. En cuidadores de pacientes con 60 años de edad y mas con previo consentimiento informado en personas mayores de 18 años de edad , se les aplicó un cuestionario el cual fue realizado personalmente por el tesista, con un instrumento de recolección de datos el cual se elaboro con intervención de los asesores, pasando por un proceso de validación y se clasificaron los ítems para su aplicación previamente, considero una muestra de 370 pacientes correspondiente al cálculo de la muestra.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Forma de captura de los Datos:

Posteriormente se vació en software de Microsoft EXCEL 2003. Se empleo 1 mes en recolección de información y 1 semana para procesamiento estadístico en SPSS versión 10 y redacción del mismo.

Pruebas estadísticas a Utilizar:

La descripción de las variables categóricas se realizó por frecuencia simple y porcentaje ,las descripción de las y variables numéricas se realizarón con media y desviación estándar para la comparación de las variables se realizó de acuerdo a X^2 obteniendo una significancia estadística con valor de ($p < 0.05$).

ASPECTO ETICOS

El presente proyecto de investigación se clasifica como un estudio clase I en la Ley General de Salud de México y con base en los lineamientos de dicha clasificación se consideraran los siguientes:

Los procedimientos de este estudio estarán de acuerdo con las normas éticas internacionales, con el Reglamento de la Ley General en materia de Investigación para la Salud, y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989.

Titulo segundo, capitulo 1, articulo 17, sección 1, Investigación sin riesgos.

Se requerirá consentimiento bajo información (anexo I) ya que toda investigación en la que participen seres humanos es necesaria su autorización.

Se respetarán aspectos de confidencialidad, autonomía, no daño y beneficio de paciente.

En este estudio se contemplaran los siguientes aspectos:

Participación voluntaria: Se solicito al paciente a través de su consentimiento informado en el cual la paciente fue libre de participar o no según propia decisión después de haber escuchado los objetivos del estudio.

Consentimiento informado: Se realizo por escrito en donde se le explica claramente al familiar, quiénes son los responsables del estudio, los objetivos, los procedimientos a realizar beneficios y posibles riesgos. Se proporcionó un número telefónico de uno de los investigadores para resolver las dudas que el paciente tuvo durante el desarrollo del estudio.

Confidencialidad: La información recolectada fue manejada en forma confidencial y se utilizo exclusivamente para los fines de investigación de este estudio.

Los nombres, cédulas y otros identificadores del paciente serán borrados de la base de datos y no serán mencionados en los resultados o comunicaciones científicas.

Derecho a la no subsiguiente participación: El cuidador primario tuvo conocimiento del derecho, una vez incluido en el estudio, a no continuar y retirarse si él lo estima conveniente, sin expresión de causa y sin que por ello se derive para responsabilidad ni perjuicio alguno.

RESULTADOS

Este estudio incluyó 370 cuidadores primarios los cuales correspondieron al 8.63 % de los adultos mayores derechohabientes de esta unidad que requieren de cuidador y en relación al tamaño muestral calculado.

(Grafico 1)

En relación con la sobrecarga del cuidador observamos que la sobrecarga intensa fue la más frecuente afectando a 230 cuidadores correspondiendo a un 62.2 %, seguido de la sobrecarga ligera con un 32.4 % y solo 5.4% no presentaron sobrecarga.

(Grafico 2)

En relación la edad del paciente a cargo del cuidador primario, en sus diferentes grupos, se presenta en la tabla que la edad de 60 a 69 años es la edad del cuidador más frecuente y corresponde al 55.7%, seguido de 70 a 79 años correspondiendo al 32.4% observando que son cuidadores de mayor edad, teniendo el 5% de edades de 90 a 99 años.

(Grafico 3)

La relación de la edad del cuidador y sobrecarga del cuidador muestra que la edad más frecuente y la que presenta intensa sobrecarga es la edad de 60 a 69 años, seguido de la edad de 40 a 49 años, también con sobrecarga intensa, se observa que la edad menos frecuente fue de 18 a 29 con sobrecarga intensa. Por otro lado las edades que no presentaron sobre carga fue de 40 a 49 y 50 a 59 años. Con una significancia estadística $X^2 = 25.102$, $gl = 10$, $p = 0.005$.

(Grafico 4)

La relación de la edad del cuidador y el estado civil se aprecia que la edad de mayor frecuencia fue 60 a 69 años y en este grupo el estado civil predominante fue ser casado. Con una significancia estadística de $X^2 = 98.996$, $gl = 15$, $p = 0.000$.

(Grafico 5)

En esta tabla se observa la relación que hay entre el estado de salud del cuidador y los síntomas que presenta el cuidador, se aprecia que los cuidadores enfermos 45.40 %, presentan con mayor frecuencia ganas de llorar (5.6%), irritabilidad (11.35%) y fatiga (10 %), y en cambio los cuidadores sanos

54.32 % presentaron síntomas como problemas de concentración (6.2 %), problemas del sueño (8.9 %), dolor de cabeza (10.8%) y tristeza (6.2%). con una significancia estadística de $X^2 = 30.602$, $gl = 12$, $p = 0.002$.

(Grafico 6)

La frecuencia en relación con la escolaridad del cuidador, observamos que la mas alta fue escolaridad primaria corresponde 40.8%, seguida de secundaria con 22.4%, y técnica con 11.9%, presentando la frecuencia mas baja los profesionistas con 4.6%.

(Grafico 7)

En relación con la ocupación del cuidador se observa que el 72.2 % son los que se ocupan en el hogar, seguido del 20.5 % de los que salen del hogar , los desempleados son el 6.8 %.

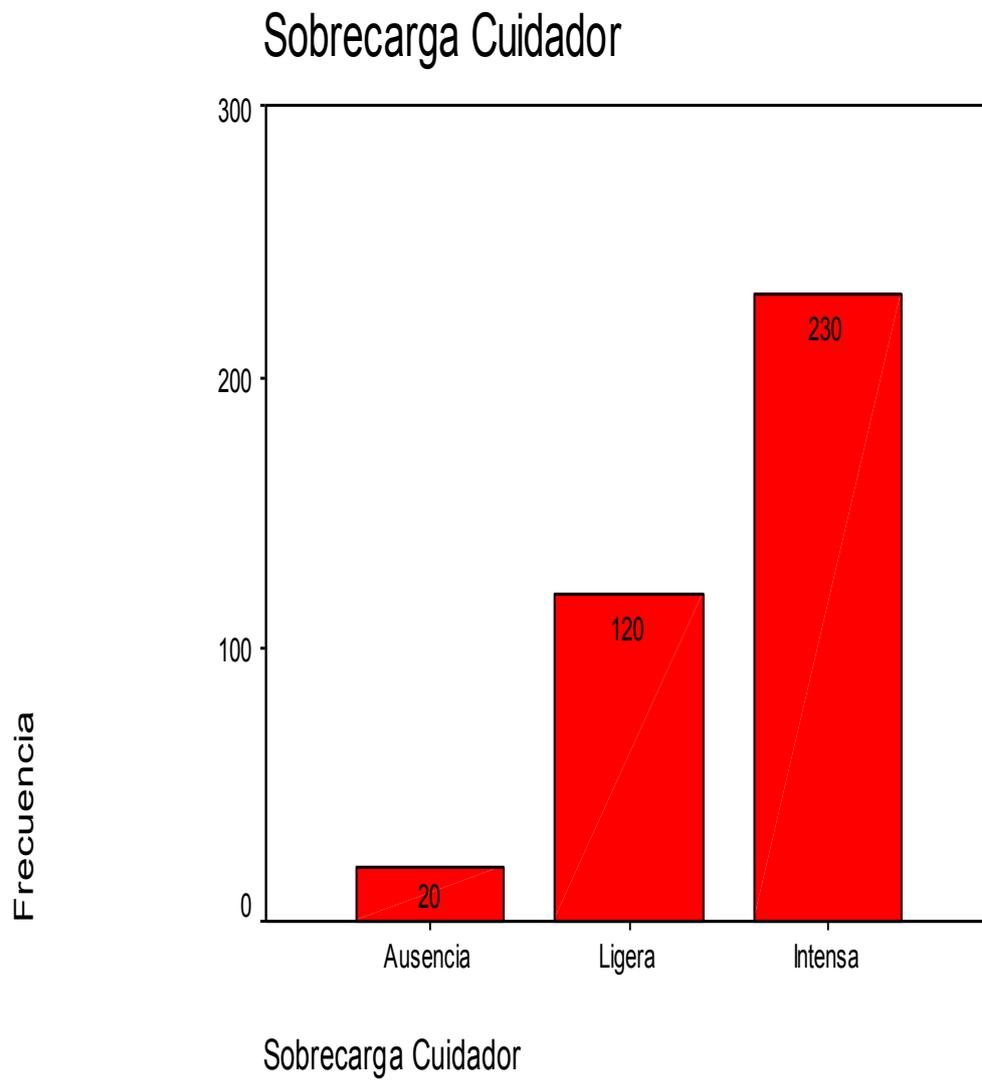
(Grafico 8)

La relación que presento la sobrecarga del cuidador con el estado civil, se observa que los que tienen intensa sobrecarga, y son casados representan la frecuencia mas alta con 51.89%, les siguen los de sobrecarga ligera y casados con 22.97 %. Con una significancia estadística de $X^2 = 11.212$, $gl = 6$, $p = 0.082$.

(Grafico 9)

Los síntomas que presenta el cuidador, el mas frecuente es irritabilidad con 20.5%, seguido en forma descendente con Fatiga con 19.7%, problemas del sueño con 16.5%, Dolor de cabeza con 14.1 %, ganas de llorar con 11.1%, Tristeza con 10.5%, y la frecuencia mas baja lo presento problemas de concentración con 7.6%.

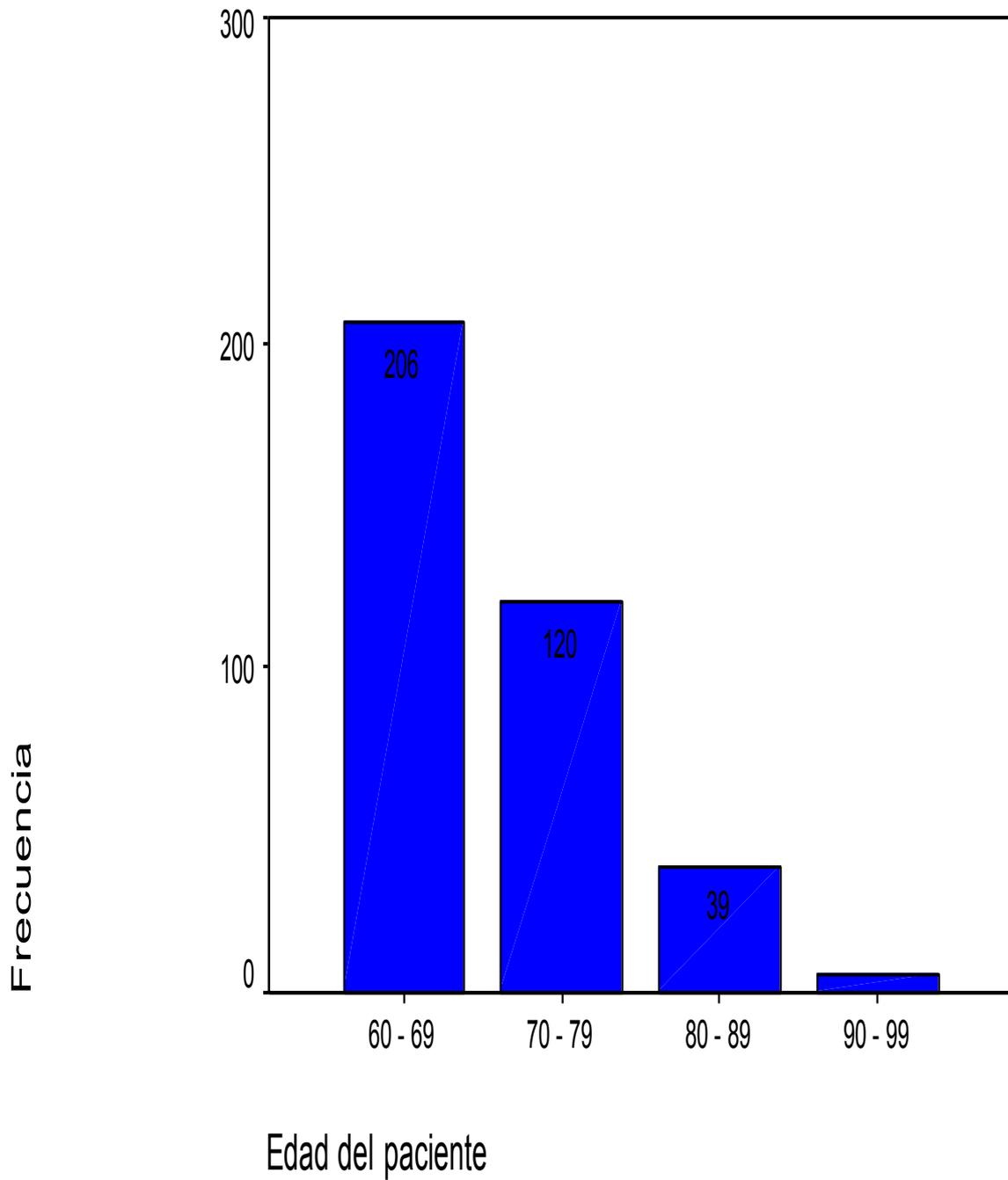
Grafico 1. Frecuencia de acuerdo a presencia de sobrecarga del cuidador



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos

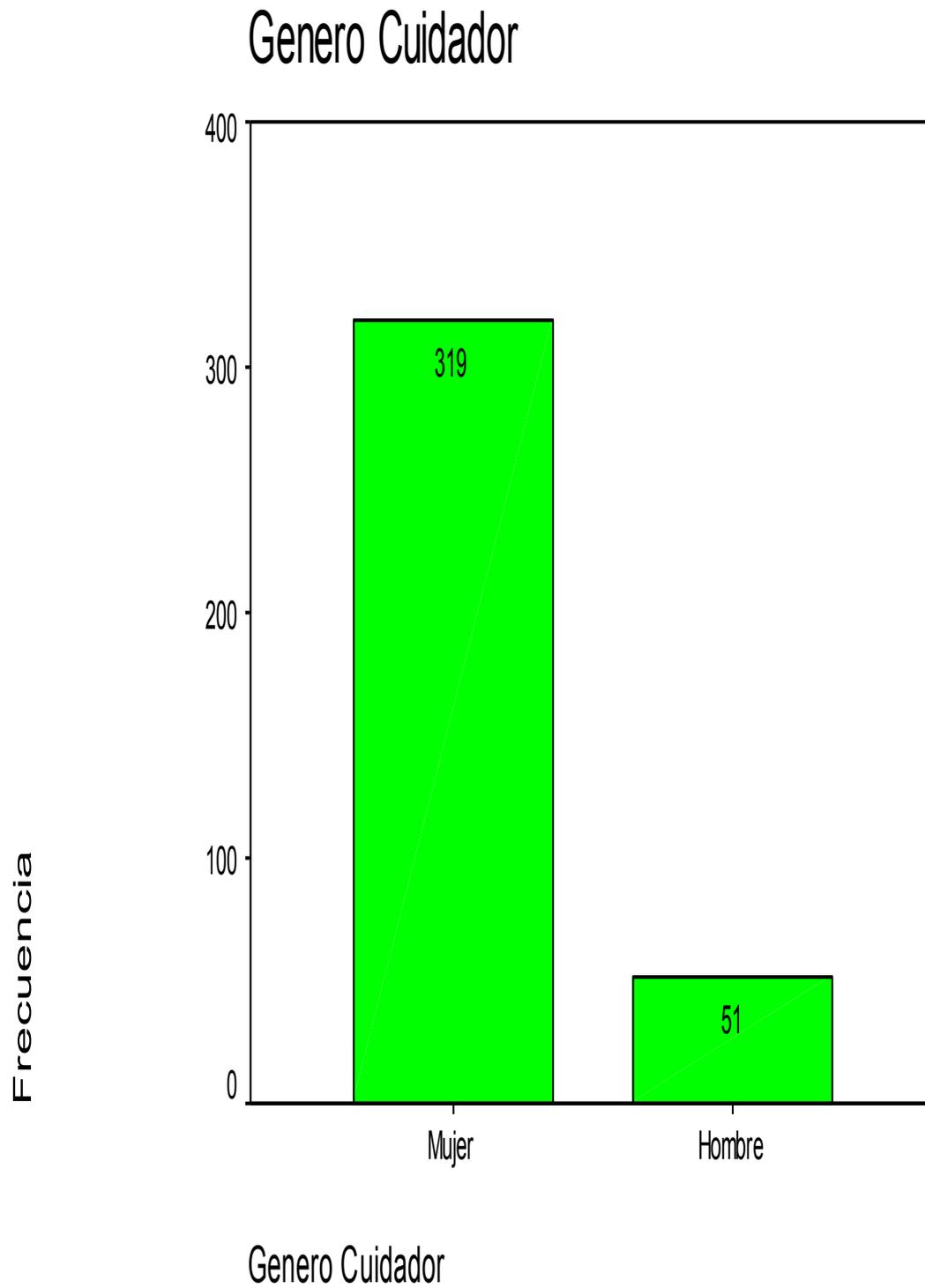
Grafico 2. Frecuencia de acuerdo a Edad del Paciente

Edad del paciente



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos

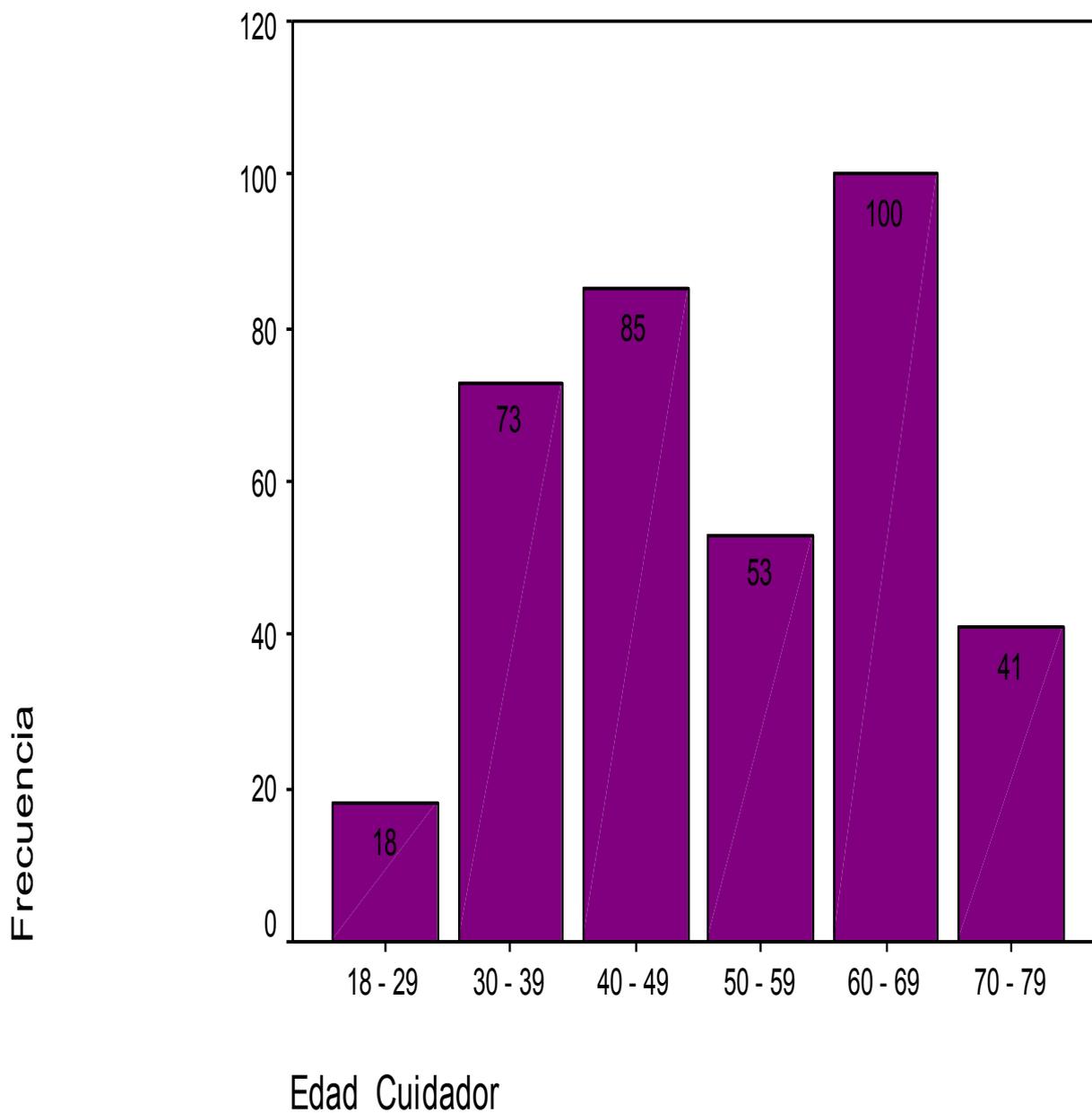
Grafico 3. Frecuencia de acuerdo a Género del cuidador



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos

Grafico 4. Frecuencia de acuerdo a Edad del cuidador

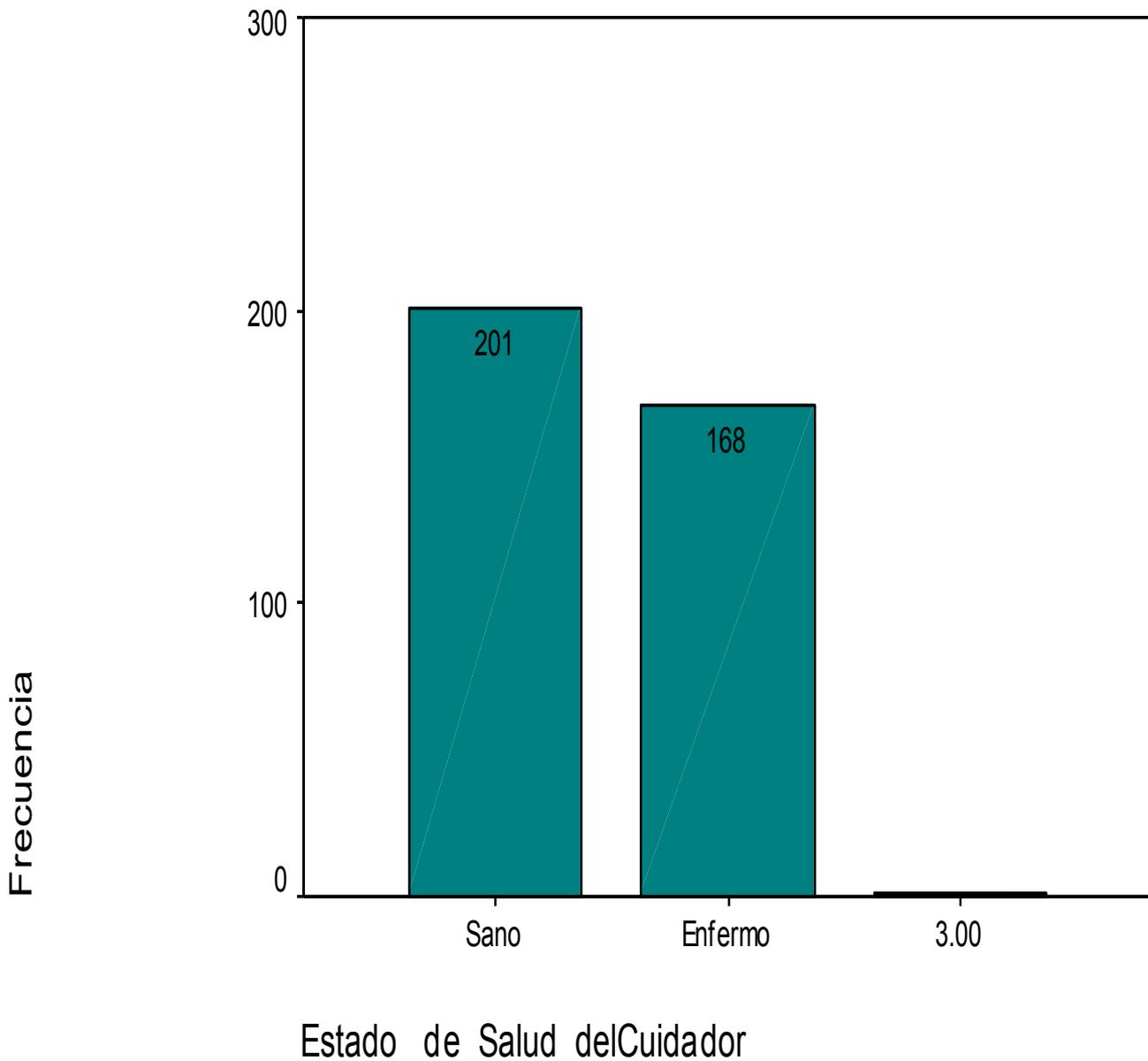
Edad Cuidador



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos.

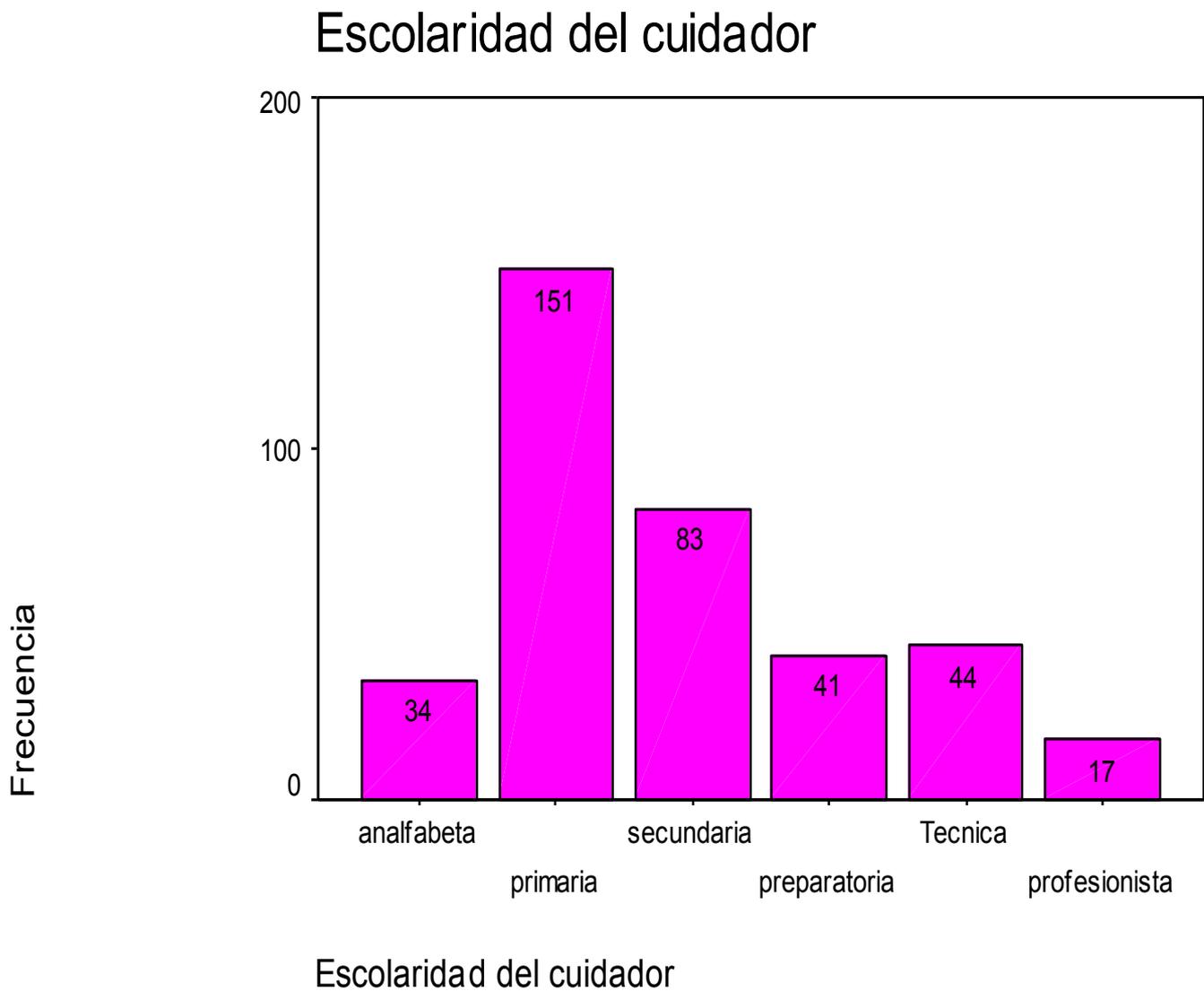
Grafico 5. Frecuencia de acuerdo al Estado de salud del Cuidador

Estado de Salud delCuidador



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos

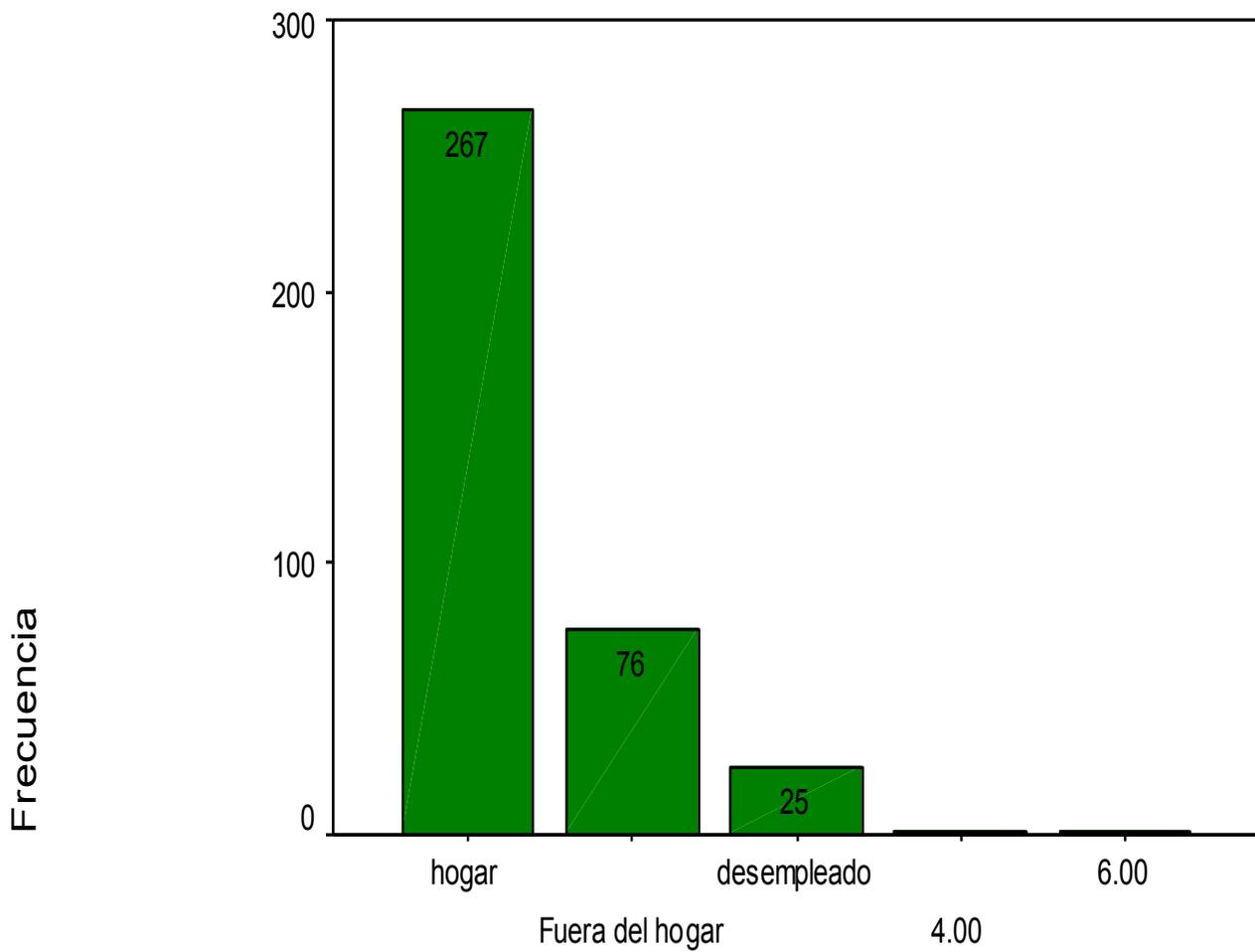
Grafico 6. Frecuencia de acuerdo a Escolaridad del Cuidador



FUENTE: Instrumentos de recolección de datos

Grafico 7. Frecuencia de acuerdo a Ocupación del cuidador

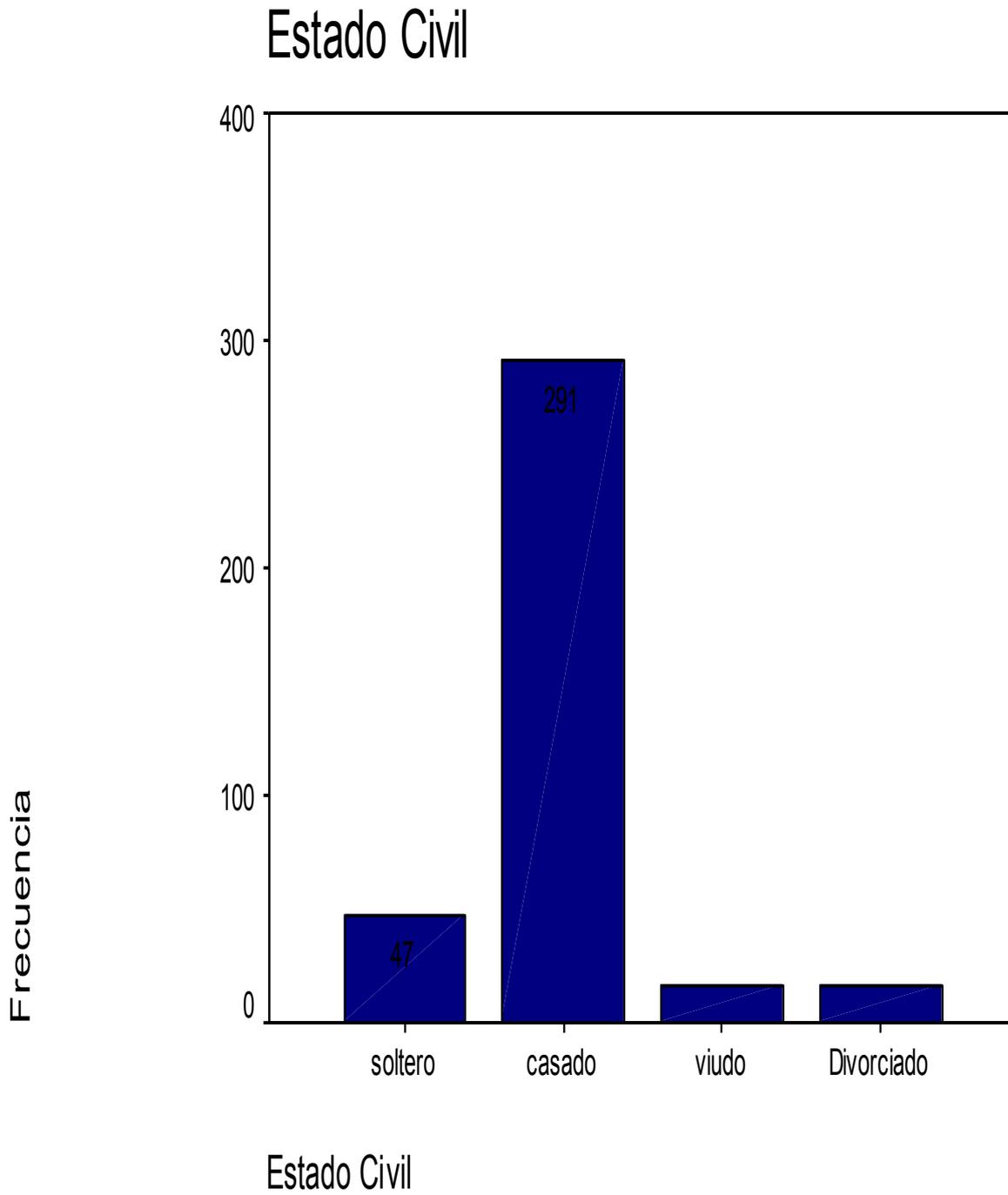
Ocupación del cuidador



Ocupación del cuidador

FUENTE: Instrumentos de recolección de datos

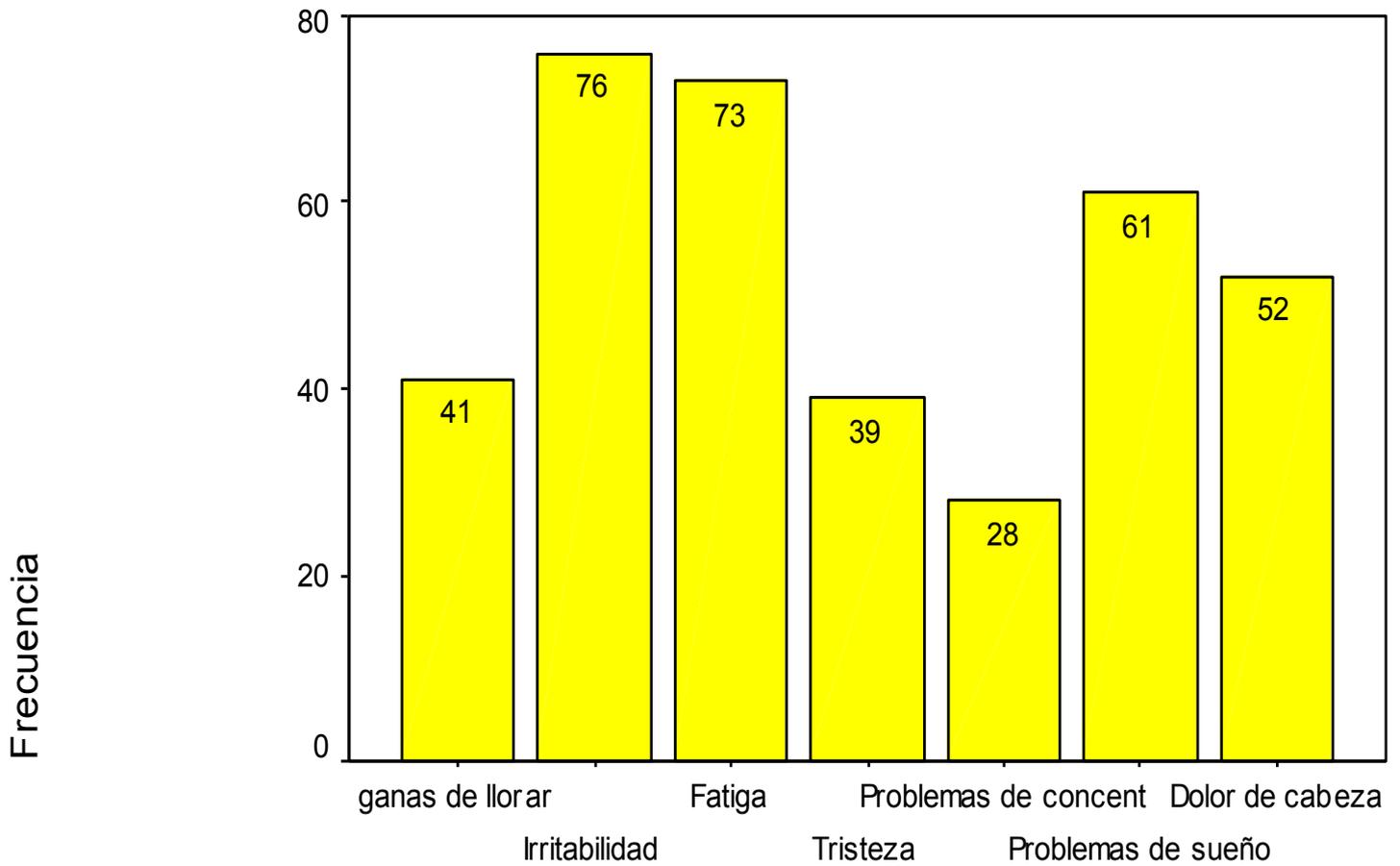
Grafico 8. Frecuencia de acuerdo al Estado Civil del cuidador



FUENTE: Instrumentos de recolección de dato

Grafico 9. Frecuencia de acuerdo a síntomas que presenta el cuidador

Sintomas que presenta el cuidador



Sintomas que presenta el cuidador

FUENTE: Instrumentos de recolección de dato

DISCUSIÓN

El termino de sobrecarga del cuidador no es muy conocido en la población general, y hasta en el ámbito medico, se desconoce la mayoría de las veces y no lo detectamos con los cuidadores que acuden a consulta familiar con un paciente anciano, la mayoría de las veces, el cuidador acude para atención del síntoma en forma aislada y de forma sindromatica de otras enfermedades. El cuidado y la preocupación surgen de compromisos emocionales y sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus miembros .(1)

La sobrecarga del cuidador : Es un concepto de dimensiones múltiples en donde aparecen el estrés, los sentimientos negativos o las dificultades que originan el cuidado de un anciano e incluye aspectos de la salud física , emocionales , sociales y financieros.(4)

Los problemas que suelen presentarse además de económicos, físicos y Psiquiátricos, y principalmente estos últimos en forma frecuente los siguientes como Ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa por no poder atender correctamente al paciente. Se produce un mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos. (10,11)

Las medidas generales y planes de tratamiento deben de planearse y llevar un control con las siguientes características: **primero** evitando la aparición de los síntomas en el cuidador, en **segundo** detectando precozmente su aparición y en **tercero** ya que una vez detectados podremos intervenir para evitar la progresión de los síntomas y permitir así unos cuidados más adecuados y retrasar la institucionalización (ya que los sujetos del cuidado se encontrarán mejor en tanto sus cuidadores estén en buenas condiciones). (15)

El tratamiento especializado y apoyo social. Es útil tener asesoramiento médico en cuanto a diagnóstico y tratamiento del paciente y el cuidador, un consultante de Psicología o Psiquiatría geriátrica puede explicarle sobre el rol cambiante en relación con la evolución de la enfermedad co-mórbida. Es necesario pensar con anticipación. (16)

CONCLUSIONES

Se cumplió en este estudio de la frecuencia de la sobrecarga del cuidador, se identificó que un factor de riesgo para que se presente el síndrome del cuidador es principalmente el no conocerlo por parte del equipo de salud, del paciente cuidado y del mismo cuidador, con ello se incrementa potencialmente todos los síntomas que llegan a detonar el síndrome de desgaste del cuidador.

Comprobó que el papel del cuidador primario es realizado por el género femenino, que esta casada, que el rango de estudios fue primaria y la edad en que hay más frecuentemente cuidadoras en de 60 a 69 años, con ello observando que el paciente y el cuidador se encuentran dentro del mismo rango de edad, y por lo tanto el cuidador presenta más riesgo de presentar también enfermedades co-mórbidas y por lo tanto en ocasiones estar más enfermo que el adulto mayor de 60 años con enfermedades co-mórbidas.

Se observó que la sobrecarga del cuidador se presenta con mayor frecuencia en los familiares que se encuentran en casa, como los familiares directos, por deseo propio o por obligación.

Por sugerencia se requiere que este síndrome sea más conocido por los médicos de primer contacto y el equipo de salud, así como su promoción de prevención de factores riesgo en las familias donde se requiere un cuidador, se sugiere principalmente al cuidador tener actividades recreativas, apoyo especializado con psicoterapeutas que manejen el stress, y den orientación para afrontar etapas del desarrollo de la enfermedad co-mórbida del paciente y de los mismo síntomas del propio cuidador.

Se recomienda el uso de la escala de Zarit, como instrumento para detección de riesgo de presentar síndrome de desgaste del cuidador.

Propongo que en próximas investigaciones sobre el tema de síndrome de sobrecarga del cuidador se tomaran medidas preventivas, y de difusión entre la población, para que esta entidad patológica no trascienda como enfermedad emergente, ya que soy un ser humano y probablemente yo necesite cuidador o lo inevitablemente ser cuidador primario.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de un marco se debe de plantear el desarrollo de un programa "Como mantener el bienestar del cuidador primario". Para beneficio de sus derechohabientes, principalmente el cuidador y el familiar a su cargo.

Este programa debe estar dirigido a cuidadores primarios y/o familiares, que tiene el objetivo general mejorar la calidad de vida de los cuidadores primarios y informales, proponiendo dos objetivos:

- 1.- Analizar las características, problemas y necesidades de los cuidadores primarios en su entorno más cercano.

- 2.- Diseñar un programa de intervención psicoterapéutica ajustado a las características, problemas y necesidades de los cuidadores primarios, una importante fuente es el estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y alteraciones emocionales.

ANEXOS

ANEXO 1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.167

1).- TITULO Y OBJETIVO DEL PROYECTO: “**Sobrecarga del cuidador de adultos mayores con enfermedad Co-mórbidas** El objetivo general es: Realizar una descripción general del cuidador de la UMF # 167 IMSS Guadalajara, Jalisco.

Esta información me fue proporcionada
por: _____
Fecha: _____

2).- Autorizo al investigador mencionado y a quienes ellos indiquen, a realizar los cuestionarios convenientes al proyecto.

3).- Autorizo al investigador a hacer uso de los cuestionarios aplicados con fines científicos, docentes y estadísticos, siempre y cuando se haga en el marco de la ética profesional y se guarde la confidencialidad de los mismos resultados.

4).- Estoy invitado a participar voluntariamente, aportando información.
Acepto que no recibiré compensación alguna por el estudio.

5).- Mi participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento que así lo decida y lo exprese a la investigadora responsable, sin afectar en nada mi seguimiento clínico.

6).- Se me ha orientado para que en caso de querer tratar cualquier asunto relacionado con mi participación pueda dirigirme a la Dra. Alma Roció del Pilar Cruz López Tel. 36088667

7).- Por lo anterior doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombre del Cuidador: _____

Teléfono: _____

Firma del Cuidador _____

Nombredeltestigo: _____ Firma: _____

Firma del Investigador: _____

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.167

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

Grado de Estudios:

- 1) Analfabeta
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Preparatoria
- 5) Técnica
- 6) Profesionista

Ocupación:

- 1) Hogar
- 2) Fuera del hogar
- 3) Desempleado

Estado Civil:

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Viudo
- 4) Divorciado.

SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTA EL CUIDADOR

Ganas de llorar.- Si _____ No _____
Irritabilidad.- Si _____ No _____
Fatiga.- Si _____ No _____
Tristeza.- Si _____ No _____
Problemas de Concentración. Si _____ No _____
Problemas de Sueño Si _____ No _____
Dolor de Cabeza Si _____ No _____

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Instrucciones : Este cuestionario consta de 22 preguntas , después de leer cuidadosamente cada una, conteste las preguntas del 1 al 22 marcando el numero (1,2,3,4,o 5) que se encuentren junto al enunciado de cada grupo que describa la manera como usted se ha sentido durante un mes y medio.	Nunca 1	Rara Vez 2	Algunas veces 3	Bastante veces 4	Casi siempre 5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidara su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Ortiz de la H. D, Morales V.J.J. Epidemiología. En: Rodríguez R, Geriatria. 1era ed. México 2004:3-7 224-29.
- 2.-Roca AC, Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. En URL::http://www.cocmed.sld.cu/no114_sp/ns114rev4.htm. Revisado Noviembre de 2009.
- 3.-Fernández O.M.A. El Impacto de la enfermedad en la familia. Rev. Fac Med. UNAM 2004 Vol. 47 No.6 Noviembre-Diciembre; 251-254
- 4.- Ocampo J.M, Herrera J.A, Torres P, Rodríguez J.A, Loba L, García C.A, Sobrecarga asociada con el cuidador de ancianos dependientes, Colomb Med 2007; 38:40-46.
- 5.- Alfaro R.O.I, Morales V.T, Vázquez P.F, Sánchez R.S. Ramos B, Guevara L.U. Sobrecarga ,ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales ,Rev. Med: IMSS, 2008; 46(5):485-494
- 6.-Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, et al. Trastornos Psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. Rev. Psiquiatría Fac Med Barna. 2000; 27:131-34
- 7.-Torres F.I.A, Beltrán G.J, Martínez P.G, Saldivar G.A.H, Quezada C.J, Cruz T.L.D. Revista de divulgaciones científica y tecnológica del Universidad Veracruzana Vol. 1, Núm. 2 Mayo-Agosto, 1-6.
- 8.- Lara P.G, González P.A.A, Blanco L.LA. Perfil del cuidador : sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de

atención Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008 Vol. 13, Núm. 4, octubre-diciembre, 159-66

9.-Peculo C.J.A, Rodríguez B.M, Casal S.M.M, Rodríguez R.H.J, Pérez de los S.O.C, Martín T.J.M, Cansancio de cuidado Informal en la asistencia urgente extrahospitalaria, Tempus Vitalis, Revista Internacional de Cuidados Vol., 6 NUM 1 2006.

10.- Bermejo C.C, Martínez M.M, Factores necesidades y motivacionales de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en núcleo familiar . Rev. Nure investigación 2004 ,2005 ,11(1) Diciembre y Enero: 1-7

11.-Chartrand V.A, Arias S.F., Deterioro Psicosomático del cuidador crucial ante la enfermedad discapacitante del adulto mayor. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana FCM Dr. Salvador Allende Dpto. MGI; 2008.

12.-Astudillo W ,Mendinueta C.Granja. P. Como apoyar el cuidador de un enfermo en el final de la vida. Psicooncología Vol. 5 Num. 2.3, 2008, 359-81.

13.- Crespo F.M. Factores generadores de estrés. Un caso concreto, Premio ex aequo Máster Psicogeriatría promoción 2002-2004.

14.- Breinbauer K. H, Vásquez V H. Mayanz S. S. Guerra C, Millán K.T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. Med Chile 2009; 137: 657-65.

15.- Lago C.S. Sanchez D.. Cuidados del cuidador del pacientes con Demencia. En URL [http: www.fisterra .com/guias2/cuidador .asp](http://www.fisterra.com/guias2/cuidador.asp) Revisado Noviembre 2009.

- 16.-Pedroso I.I, Padrón A, Álvarez L, Bringas M. L, Díaz de la F.A. El cuidador su papel protagónico en el manejo de las demencias. Rev. Mex. Neuroci. 2005 Vol. 6(2): 162-64
- 17.-Crespo M, López J, El apoyo a los cuidadores de mayores dependientes: Presentación del Programa "Como mantener su bienestar" Informaciones Psiquiátricas- Segundo trimestre 2007. Núm. 188
- 18.- Dueñas E, Martínez M.A, Morales B, Muñoz C, Viafara A.S, Herrera J.A. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales, Colom Med. 2006 Vol. 37 (2): 1-11
- 19.-Montorio C.I, Izal F.T.M, López.A, Sánchez C.M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto carga. Anales de psicología 1998, Vol., 14, No. 2 229-48
- 20.- Alpuche R.V.J, Ramos del R.B, Rojas R.M.E. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primario informales , Psicología y salud 2008 Vol. 18(2) Pp. 237-45
- 21.- Campean G.J.M, Silerio V.J, Castillo D.R, Parra D.M.L. Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. Rev. CONAMED, 2008 Vol. 13 (1); 17-21