



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO MEXICO
Y MUNICIPIOS SEDE**

(CENTRO MEDICO ECATEPEC CD. ECATEPEC DE MORELOS DEL ESTADO DE
MÉXICO)

Identificar el síndrome del cuidador y la depresión generada en el mismo dentro de
las familias en la Clínica ISSEMYM de Naucalpan

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NOMBRE: CARMEN EDITH JUÁREZ BECERRIL

ASESOR: JOSÉ LUIS SÁNCHEZ SÁNCHEZ



CD. ECATEPEC ESTADO DE MÉXICO 2009- 2011



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.

Identificar el síndrome del cuidador y la depresión generada en el mismo dentro de las familias en la Clínica ISSEMYM de Naucalpan

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NOMBRE: CARMEN EDITH JUÁREZ BECERRIL

A U T O R I Z A C I O N E S:

DRA. MA. TERESA ORTEGA ESPINOSA
DIRECTOR DEL CENTRO MÈDICO ECATEPEC DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÈXICO Y
MUNICIPIOS

DR. VÍCTOR CHÁVEZ AGUILAR
JEFE ENSEÑANZA DEL CENTRO MEDICO ECATEPEC
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÈXICO Y
MUNICIPIOS

DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL CENTRO MEDICO ECATEPEC DEL
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÈXICO Y
MUNICIPIOS

DR. JOSÉ LUIS SÁNCHEZ SÁNCHEZ
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA CLINICA IMSS No. 52 Y A LA
CLINICA REGIONAL CUATITLAN IZCALLI ISSEM y M. MTRO. EN
ADMINISTRACION DE SISTEMAS DE SALUD Y DOCTORANTE EN
ADMINISTRACION PÚBLICA
ASESOR DE TESIS

Identificar el síndrome del cuidador y la depresión generada en el mismo dentro de las familias en la Clínica ISSEMYM de Naucalpan

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

NOMBRE: CARMEN EDITH JUÁREZ BECERRIL

A U T O R I Z A C I O N E S

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

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

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

DEDICATORIAS

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de realizarme como ser humano y profesionalista, ya que a pesar de los obstáculos he logrado alcanzar las metas propuestas.

A nuestra casa de estudios (UNAM) por haberme dado la oportunidad de ingresar al sistema de Educación Superior y cumplir este gran sueño.

A mi madre que es el ser más maravilloso de todo el mundo. Gracias por el apoyo moral, tu cariño y comprensión que desde niña me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

Asimismo agradezco a mi hermosa hija **Grecia**, por su gran apoyo, comprensión y amor y por estar conmigo en todos los momentos de mi vida, ya que significas una parte importante de mí ser y eres mi mayor fortaleza además de ser uno de los principales motivos de mi existencia.

Dedico este trabajo de igual manera a mi tutor, asesor y amigo el Dr. José Luis Sánchez Sánchez quien me ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro para con ello brindar una mejor calidad de vida a las personas y en bien de mis pacientes.

Una dedicatoria especial al Profesor y paciente Magdaleno Castro Argueta el cual con su gran experiencia y conocimientos en elaboración de tesis, le dio el último toque a este trabajo.

Índice

Presentación

Capítulo 1. La familia

1.1	Papel de la familia en México	1
1.1.1	Tipos de familia.....	1
1.1.2	Funciones de la familia.....	2
1.1.3	Indicadores de dinámica y funcionalidad familiar.....	2
1.1.4	Definición de Familia y su relación como sistema.....	2
1.1.5	Impacto familiar y social de la enfermedad.....	3
1.2	Tipos de crisis.....	4
1.2.1	Crisis Normativas.....	4
1.2.3	Crisis Paranormativa.....	5
1.3	Epidemiología.....	5
1.4	Enfermedades Crónicas Degenerativas.....	7
1.5	Definición de cuidar.....	7
1.6	Definición de cuidador.....	7
1.7	Definición de carga.....	8
1.8	Definición de sobrecarga.....	8
1.9	Carga objetiva.....	8
1.10	Carga subjetiva.....	9
1.11	Factores de riesgo para el cuidador.....	9
1.12	Diagnostico del cuidador.....	12
1.13	Teoría de los roles.....	12
1.14	El rol del cuidador y la familia.....	12
1.15	Rol de la mujer como principal cuidador.....	13
1.16	Tratamiento y manejo del síndrome del cuidador.....	14
1.17	Factores estresantes que desencadenan el síndrome del cuidador.....	15

1.18	Alteraciones psíquicas detectadas en el cuidador.....	15
1.19	Definición de Depresión.....	16
1.20	Factores de riesgo.....	16
1.21	Justificación de la investigación.....	17
1.22	Planteamiento del problema.....	18
Capítulo III Metodología		
2.1	Objetivo.....	21
2.2	Objetivo general.....	21
2.3	Objetivos específicos.....	21
3.1	Tipo de estudio.....	21
3.2	Marco metodológico.....	21
3.3	Determinación de la muestra.....	22
3.4	Criterios de selección.....	22
3.5	Criterios de exclusión.....	22
3.6	Recursos materiales.....	23
3.7	Consideraciones éticas y profesionales.....	23
3.8	Definición conceptual y operacionalidad de variables.....	23
Capítulo IV Resultados.....		24
Capítulo V Discusión.....		28
Capítulo VI Conclusiones.....		29
Capítulo VII Recomendaciones.....		31
Bibliografía.....		31
Anexos.....		33

Presentación

¡Muerto en vida! Así se expresaron muchas personas que conocieron a Adolfo López Mateos cuando, ya ex presidente de México, un aneurisma cerebral lo tenía reducido a un despojo humano. Sin ver sin sentir, sin escuchar, sin pensar, sin hablar, sin saborear alimentos; su existencia, inferior aun al nivel animal, era, en aquellos largos meses, una mera vida vegetativa; incolora, vacía, inhumana. Y aquel hombre había sido muchos años el rector de la política de nuestro país. La ciencia, los médicos, la familia ya nadie pudo hacer nada por él. Y es que la vida humana es, antes que nada, vida de relación, no sólo a nivel físico (respiración, alimentación, transpiración), sino a nivel psicológico y social. El nivel de las relaciones define el nivel de la existencia misma de un ser humano y esta inicia en la familia. ¿Quién hay de entre los humanos que no tenga problemas de salud? El padre, la madre, el hijo, la suegra, el yerno, la nuera, el vecino, el profesor, el alumno, el compañero de trabajo, todos son áreas potenciales de conflicto, pero se atiende en sus cuidados sin esperar un pago, solo a quienes se consideran miembros de la familia.

CAPITULO I La familia

1.1 El papel de la familia en México

Una de las grandes riquezas humanas y sociales de la cultura mexicana es precisamente el valor de la familia. El desarrollo de México no se puede entender sin el papel central que ha jugado ésta como institución básica en la formación y realización de los individuos, muchas familias requieren de apoyo especial para salir adelante y cumplir así su función de formación educativa, de formación en valores y de cuidado de la salud, entre otras.

En México más del 95% de las personas viven con alguien de su familia. Ello da cuenta de la centralidad de ésta, el sistema familiar contemporáneo es predominantemente nuclear sin embargo, durante el periodo 1976-1997, la proporción de este tipo de hogar muestra una ligera tendencia al descenso (de 71 a 67.4%), lo que ha llevado a algunos autores a hablar de un proceso gradual de “desnuclearización”: aunado a la reducción en la proporción de hogares nucleares, ⁽¹⁾ también en psicología se le conoce como familias disfuncionales.

1.1.1 Tipos de Familias

Existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido cuatro tipos de familias:

- 1.-La familia nuclear: es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos.
- 2.-La familia extensa o consanguínea: se compone de dos generaciones y esta basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás parientes que estén conviviendo juntos.
- 3.-La familia monoparental: es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos.
- 4.-En México existe una modalidad que se llama UNION LIBRE y en la que una mujer y un hombre acuerdan en vivir juntos y con el nacimiento del 1er. hijo se adquieren los mismos derechos que si se hubieran casado. ⁽²⁾

1.1.2 Funciones de la Familia

Son las tareas que le corresponde realizar a cada uno de los integrantes de la familia y se reconocen las siguientes funciones de acuerdo al 1ª Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de organismos e instituciones Educativas y de Salud. (3)

A.-Socialización.- promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propia, la replica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

B.-Afecto.- interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal

C.- Cuidado.- es la protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades ya sean materiales sociales financieras y de salud del grupo familiar.

D.-Estatus.- es la participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

E.-Reproducción.- provisión de nuevos miembros de la familia.

F.-Desarrollo y ejercicio de la sexualidad. En el transcurso del ciclo vital se forma la identidad sexual y de género del individuo, las actitudes sexuales y la conducta sexual.

1.1.3 Indicadores de dinámica y funcionalidad familiar

De acuerdo con Chagoya Beltran (6) La dinámica familiar es una colección de impulsos, pensamientos, emociones y acto tanto positivo como negativo, que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que esta como unidad funcione bien o mal. La manera de pensar, sentir, actuar y presentarse ante los otros que cada miembro de la familia tiene, producirá acercamiento o alejamiento, desarrollo, estancamiento o regresión y un clima de seguridad, angustia y tensión. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar o superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa una familia funcional, siendo capaz de cumplir con las tareas que le ha sido asignada de acuerdo a la etapa del ciclo vital por la que curse (7). Una familia funcional identifica problemas con claridad y ve los problemas como situación que afecta a todos.(6)

Dentro de los elementos que pueden afectar la dinámica familiar, conviene destacar dos por su importancia, el primero son los cambios obligados que se producen en el transito de una etapa a otra del ciclo vital crisis normativas y en segundo la presentación de acontecimientos vitales estresantes como es el caso de las crisis no normativas. Entre los indicadores más utilizados para valorar la dinámica familiar, es conveniente señalar los siguientes: la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional y la comunicación.

1.1.4 Definición de Familia y su relación como sistema.

La OMS define a la familia como miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

El diccionario de la Lengua Española menciona que la familia es el grupo de personas que viven juntas bajo autoridad de una de ellas, formando un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.

La Familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, y según los socialistas como Frederic Le Paly y Proudhon, “ es la célula básica de la sociedad” En este sentido se podría definir como un sistema y cada uno de sus componentes se verán afectados en su comportamiento y desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos. La familia de estos pacientes que se encuentra inmersa en su cuidado debería ser objeto de atención, ya que dispone de recursos como adaptabilidad, normas, valores, conductas para afrontar tensiones y cuando se expone a eventos críticos, como lo es la enfermedad incapacitante es uno de sus miembros, por lo general esto origina una alteración que si no se supera de modo satisfactorio puede desarrollar situaciones estresantes incluyendo el “Síndrome del cuidador”

Este síndrome constituye una situación estresante con peligro de abordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de la percepción del sufrimiento del dolor del enfermo a su cuidado. (4)

1.1.5 Impacto familiar y social de la enfermedad

La presencia de una enfermedad tanto aguda como crónica representa un cambio en el funcionamiento de la familia, para adaptarse a la situación de enfermedad, la familia pone en marcha sus mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de manera más o menos adecuada, a pesar de ello, cuando la enfermedad o la cronicidad sobrepasan los mecanismos de autorregulación se puede producir un impacto tanto positivo como negativo importante; el impacto que tiene la enfermedad está determinado por los factores relacionados con la misma enfermedad, con el entorno social y con la propia historia personal del enfermo, su personalidad, el tipo de relaciones familiares que tiene, las experiencias que ha tenido la familia en casos similares si es que los ha habido y cómo ha reaccionado ante ellos. Sin embargo, el impacto de la enfermedad se controla, disminuye o evita, según sea el caso, con el cuidado que le prodiga la familia al enfermo.

Dado que la familia es un sistema, también se ve amenazada con cambios en otras áreas de la vida de tipo instrumental y una de las que se afecta de manera sustancial es la económica.(5) y más cuando no se cuenta con un sistema de seguridad social.

La capacidad de resolución de los problemas que tenga la familia, se basa en dos fortalezas específicas: la capacidad que tiene cada uno de los miembros para permanecer o no reactivo ante la intensidad de las emociones vivenciales en el grupo, y la capacidad que tiene cada individuo para comunicar a los otros sus pensamientos y sentimientos.

El paciente con su enfermedad adquiere centralidad en la familia, la cual le da mayor facilidad para hacer alianzas o coaliciones en pro o en contra de uno o varios miembros de la familia, engrandecer los sentimientos de culpa, los resentimientos y los temores, lo que puede generar mayor estrés y disfunción familiar. Cada familia tiene su propia cultura, por lo que es determinante que se maneje de acuerdo con sus valores, mitos y posición ante la vida. Hay que tomar en cuenta la vivencia del paciente sobre todo en la fase terminal, la cual vive con sus miedos exaltados al dolor, la pérdida del control, al abandono y la soledad, a no haber

trascendido, a ser olvidado, al futuro de los que deja, a no haber vivido lo suficiente así como de la mejor manera que lo hubiera hecho, y miedo a lo que viene que es desconocido. Está descrito en la literatura médica el síndrome del cuidador, que se presenta cuando los cuidadores familiares logran que los enfermos terminales permanezcan y mueran en su domicilio, pero el costo que tienen que pagar es muy alto tanto física como emocional y socialmente. (4)

1.2. Tipos de Crisis

Las crisis familiares son clasificadas en dos grandes grupos

- Crisis normativas (evolutivas, intrasistémicas o transitorias)
- Crisis paranormativas (no normativas, intersistémicas o no transitorias)

Debemos tomar en cuenta que el término "transitorio" no se refiere a temporalidad, si no a la transición, es por eso que una crisis normativa es transitoria porque da lugar a otro evento esperado (como el nacimiento del primer hijo), y una crisis paranormativa es no transitoria porque no precede a un evento esperado (como el divorcio).

Crisis paranormativas o no transitorias: Son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Son experiencias adversas o inesperadas, que incluyen eventos provenientes del exterior (intersistémicas), que, aunque frecuentes, generalmente resultan impredecibles para la familia. Las crisis no normativas que ocurren en el interior de la familia, como divorcio, alcoholismo y actividades criminales, entre muchas otras, habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro tipo de evento crítico. Estas crisis usualmente se asocian con grandes periodos de disfunción familiar durante los cuales los miembros de la familia presentan dificultades en la comunicación y para la identificación de los recursos necesarios para resolverlas. (5)

1.2.1 Crisis normativas

Etapas constitutivas: matrimonio, dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen; cónyuges adolescentes; problemas de adaptación sexual; diferencias socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja.

Etapas procreativas: embarazo, diferentes expectativas sobre el embarazo, nacimiento del primer hijo, dificultad para asumir el rol parental, familia con hijos lactantes y preescolares, adolescencia, ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos etc

Etapas de dispersión: separación de los hijos por causas escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos etc

Etapas familiares: padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez etc. (6)

1.2.2 Crisis paranormativa

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por los cambios biopsicosocial en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que está incluida. Una crisis es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma, es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia.

Las crisis familiares son la expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan que producen desorganización en el seno familiar.

Familiares: abandono o huida del hogar. Relaciones sexuales prematrimoniales, embarazo prematrimonial o no deseado, matrimonio no planeado, experiencias sexuales traumáticas, conflictos conyugales, separación y/o divorcio. Rivalidad entre hermanos, problemas con las familias de origen, incorporación de otras personas a la familia por adopción o por la llegada de un padrastro, hermanastro o miembros de la familia extensa. Expulsión de la escuela

Enfermedades ó accidentes: abortos esterilidad ó infertilidad, complicaciones del embarazo parto o puerperio. Infecciones de transmisión sexual, traumatismos y lesiones, pérdida de funciones corporales, amputaciones, enfermedades, hospitalización, invalidez o muerte de cualquier miembro de la familia, toxicomanías y suicidio

Económicas: cambios bruscos en el socioeconómico, problemas graves, deudas, hipotecas, etc

Laborales: cambios de puesto u horario de trabajo, huelgas, pérdida del empleo, desempleo prologado

Legales: conductas delictivas, juicios, actividades criminales, pérdida de la libertad

Ambientales: emigración, cambios de residencia desastres naturales (terremotos, inundaciones) o provocados (terrorismo, guerras).⁽⁵⁾

1.3 Epidemiología.

Sabemos que los cambios de la salud en el enfermo crónico dependen de, factores que intervienen en toda una vida, que van desde factores incontrolables como la herencia genética, pasando por condicionantes socioeconómicas como las oportunidades de educación y trabajo, y llegando hasta la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vida. De esta manera, las características sociales, económicas, familiares y de salud están en gran parte determinadas décadas antes por la historia familiar, socioeconómica y cultural del individuo.

En 1976 un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) definió la salud del conjunto de la familia como un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de esta, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada y desde entonces quedó aclarado que es un concepto que

trasciende el estado físico y mental de sus miembros y se refiere al ambiente sano para el desarrollo natural de los que viven en su seno.⁽⁶⁾

La transición demográfica y epidemiológica en la cual se encuentra inmerso nuestro país, ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento se incremente, de 44 años en la década de los cuarenta, a 75 años en el 2000, lo que ha propiciado un paulatino envejecimiento de la población, el cual se agudizará en los años venideros, con lo que se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años.

Hasta principios de los años noventa, se podía percibir en México una transición prolongada, donde ocurría temporalmente una mezcla de enfermedades crónico-degenerativas y enfermedades infecciosas y carenciales, con diferencias acentuadas particulares según los estratos sociales y las regiones del país.

El cambio que se ha producido durante los últimos años apartir 2000 en la pirámide poblacional en los países occidentales ha dado lugar a que haya un aumento de población con enfermedades crónico-degenerativas. La pirámide como tal ha dejado de serlo, para pasar, no a invertirse todavía, sino a ser como una gran campana, con la máxima concentración de población en las edades medias de la vida.⁽⁶⁾

Sin embargo, en condiciones normales de salud el hombre durante el proceso de envejecer debe tener a la mano procedimientos que pongan a su favor el vivir con calidad de vida. El proceso patológico que lleva a condiciones de morbilidad crónica, a incapacidades y a la muerte es muy común que se haya generado en edades tempranas y no se haya manifestado sino hasta la vejez. Las estadísticas mundiales son claras evidenciando un incremento progresivo, de enfermedades crónico-degenerativas en pacientes de todas las edades, como son 75% derivadas de enfermedades cardiovasculares, quiere decir que Infartos agudos al miocardio y EVC que dejan en el individuo secuelas neurológicas y cardiovasculares, son etiologías de discapacidad; el segundo porcentaje de discapacidad se encuentra asociado a enfermedades como es enfermedad articulares degenerativas, por ejemplo son canal estrecho medular en región lumbar y cervical, artrosis degenerativa en fase avanzadas y que afectan la articulación coxofemoral, región lumbar y cervical, otras etiologías son mielopatías múltiples, síndromes de desgaste que representa el 13% de enfermedades discapacitantes y sus asociaciones de origen son desnutrición grado III, cirrosis, diabetes fases avanzadas con complicaciones como son ceguera, sordera, insuficiencia renal, amputaciones de extremidades sobre todo por pie diabético. Otras metabólicas, enfermedades renales, cáncer gástrico, cáncer de colon; otro porcentaje el 7 % de enfermedades discapacitantes tenemos a neuropatías restrictivas con oxígeno dependencia en relación a estas son, lupus, fibrosis pulmonar, cáncer pulmonar, por último se señala que el 1% pertenece a enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, demencia, psicosis, secuelas mentales por Alzheimer, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad depresión mayor, estos datos estadísticos correspondieron a OMS y OPS. ⁽⁷⁾

Al aumentar esta esperanza media de vida a los 80-90 años, apartir del 2000 según el INEGI en México, nos encontramos con una alta población en edad geriátrica, se menciona que del 2020 al 2050 la población de usuarios de salud tendrá una edad que oscila de 60 años en un 50% de la población mexicana (ya que la prevalencia de ésta aumenta a medida que aumenta la edad), aumentando así el número de personas que necesita algún tipo de ayuda y, por tanto la discapacidad necesitara, el mismo número de cuidadores.⁽⁸⁾

El deterioro del estado funcional, la salud mental, el estado nutricional, los trastornos de la marcha, las caídas, las alteraciones del afecto y de la cognición, la fragilidad, falta de accesibilidad a los servicios de salud, así como la utilización de servicios por los ancianos en México se encuentra desprotegida por las instituciones de salud, por no contar con programas dirigidos a esta población según el informe IMSS en el 2005 por lo que concluye que son áreas poco conocidas y no se les da la relevancia que merecen. (9)

1.4 Enfermedades crónicas degenerativas

La salud en general está íntimamente ligada a la calidad de vida. El deterioro del estado funcional, cognitivo, nutricional, así como la prevalencia y letalidad de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitante, y la falta de accesibilidad a los servicios de salud en México son poco conocidos y por ello no se da la relevancia que merecen en la planeación y diseño de políticas de seguridad social. Debemos entender que los procesos patológicos de orden metabólico, cardiovascular o de tipo oncológicos, así como otras patologías, influyen invariablemente en la funcionalidad del individuo disminuyendo su calidad de vida.

Los pacientes que padecen enfermedades crónicas, requieren de tratamientos por el resto de su vida; por otro lado la problemática de tener un enfermo en casa desestabiliza a los familiares, provoca crisis en las relaciones de los mismos; este proceso de adaptación suele ser largo y difícil, además de requerir la atención de un cuidador; siendo este, aquella persona que, aunque no pertenece al mundo sanitario ni se ha formado como tal, es el responsable del cuidado del enfermo.

Hasta principios de los años noventa, se podía percibir en México una transición prolongada, donde ocurría temporalmente una mezcla de enfermedades crónico-degenerativas y enfermedades infecciosas y carenciales, con diferencias acentuadas particulares según los estratos sociales y las regiones del país y predominando o castigando a las clases más desprotegidas y por supuesto no exentando de ello a los niños y discapacitados.(9)

1.5 Definición de cuidar

Cuidar significa prestar atenciones en todo lo referente a la actividad vital de una persona. La amplitud de este concepto explica también su complejidad y acarrea un sin fin de funciones no escritas, pero presentes en el día a día de la evolución de un enfermo.

Cuidadores Familiares de personas mayores dependientes

Son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional o enfermedad originó (10)

1.6 Definición de cuidador

El cuidador es aquella persona que, aunque no pertenece al mundo sanitario ni se ha formado como tal, es el responsable del cuidado del enfermo dependiente en el domicilio. Existe la llamada generación *sandwich* o *pivote* en la que incluimos las personas de 50 a 74 años que se mantienen muy activas, a pesar de encontrarse jubiladas una parte de ellas. Este grupo asume en la actualidad los cuidados informales de los *oldest old* (viejos viejos) y se espera que jueguen un papel aún mayor.

Se estima que en un futuro cercano estos ancianos (50 a 74 años) que cuidan personas mayores de 85 años en su mayoría *oldest old*, tendrán una educación elevada, mejores condiciones de trabajo y de vida, y mejor salud, van a preferir pagar un sistema de cuidados formales que convertirse en un cuidador informal (Jean-Marie Robine, 2007). ⁽¹¹⁾

1.7 Definición de carga

El Diccionario de la lengua española define «carga» como «obligación aneja a un estado, empleo u oficio» y también como «cuidados y aflicciones del ánimo». El cuidador asume una obligación no retribuida ni esperada respecto a la persona cuidada —el paciente— que padece una enfermedad por su propia naturaleza incapacitante y crónica, sin que exista tratamiento curativo de la misma. Esto impide al paciente cumplir plenamente las obligaciones recíprocas asociadas con las relaciones normales entre adultos, y además sus problemas requieren una ayuda superior a la normal.

1.8 Definición de sobrecarga

La sobrecarga se produce al añadirse el papel de cuidador a los roles familiares habituales. El concepto de «carga» se encuentra estrechamente relacionado con el de «funcionamiento social», y el de «expectativas sociales». Una persona con un pobre funcionamiento social supone una carga para otra porque implica la ruptura del equilibrio en las relaciones, de tal forma que una persona se ve obligada a hacer más de lo que justamente le corresponde. Diferenciar las «cargas» específicamente atribuibles a la enfermedad del paciente de aquellas preexistentes o debidas a otras causas es hoy en día un problema sin resolver.⁽¹²⁾

Por este motivo, el concepto de «carga» aplicado al cuidado de los enfermos mentales distinguió la carga objetiva y la carga subjetiva.

1.9 Carga objetiva

La carga objetiva se define por la descripción de todo lo que la familia está soportando como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros. Es cualquier alteración de la vida familiar debida a la enfermedad del paciente, potencialmente verificable y observable. La carga objetiva hace referencia a alteraciones en el trabajo, la vida social, el tiempo libre, las tareas de la casa, las finanzas y las interacciones dentro y fuera de la familia. Su estimación tiene dos componentes:

1. La vida normal de la familia se ha alterado de alguna forma.
2. Esa alteración se debe a la enfermedad del paciente.

Las dificultades para evaluar este concepto son evidentes. No es fácil predecir cuál hubiera sido la vida de los miembros de la familia si no hubiera surgido la enfermedad. Unas personas llevan vidas sociales muy activas y otras ninguna vida social sin que haya de por medio un familiar enfermo.

Además, estas enfermedades son crónicas y al evaluar el cambio debido a la enfermedad se toma como referencia la vida antes de que apareciera la enfermedad, hace muchos años, sin que sea ésta una comparación válida por el propio cambio temporal. La actividad de las personas y las familias evoluciona de forma natural con el ciclo vital. La atribución de los cambios a la enfermedad del paciente no deja de estar en muchos casos influenciada por factores subjetivos.⁽¹³⁾

1.10 Carga subjetiva

La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva, hace referencia a la reacción subjetiva del cuidador ante las tareas que asume por el hecho de cuidar del paciente. Para unas personas asumir gran cantidad de tareas puede no suponer ninguna carga mientras que otros, con muy pocos cambios en su estilo de vida pueden sentir una gran carga por el hecho de tener un familiar enfermo.

Pero también se produce una carga por factores subjetivos no relacionados con tareas asumidas por el cuidador ni con comportamientos del paciente, por ejemplo, la angustia por el hecho de que el paciente nunca llegará a ser lo que hubiera podido ser.

La carga objetiva del cuidador se relaciona con la gravedad de los síntomas de la enfermedad

En algunos casos los síntomas positivos son (alucinaciones y delirios) y las conductas en cortocircuito, destructivas, agresivas o suicidas, las responsables de mayores alteraciones en los cuidadores. Sin embargo, en otros, son los síntomas negativos, el retraimiento, autoabandono, pasividad, etc. los más relacionados con la carga del cuidador.⁽¹³⁾

1.11 Factores de riesgo para el cuidador.

Los investigadores mencionan en los estudios que el principal factor de riesgo del padecer síndrome de cuidador es tener un anciano con alguna discapacidad y que esta fue secuela de enfermedades crónicas, por ello un familiar asume el rol de cuidador.

La pobreza es otro factor de riesgo de padecer este padecimiento, debido a que su estado económico no permite gozar de otro tipo de atención, tanto nutricional, de salud, así como de prestación de servicios de salud. Otro factor es el tipo de familia, educación, cultura y sociodemográfica de ésta donde en México se señala que la mujer será la que asuma el papel de cuidador.

La educación del paciente, su cultura en atención de autocuidado personal es un principal motivo de padecer enfermedades en la vejez. ⁽¹³⁾

Factores de riesgo para el cuidador

Principales áreas de la carga familiar

Aspectos diferenciables en la «carga» familiar desde un punto de vista teórico: tareas de la casa, relaciones familiares, relaciones sociales, tiempo libre y desarrollo personal, economía, hijos y hermanos, salud mental y malestar subjetivo. Considera objetivos los seis primeros y subjetivos los dos últimos. La carga objetiva la define como los síntomas y el comportamiento de los enfermos en su ambiente sociofamiliar y las consecuencias del mismo. La carga subjetiva por el contrario se refiere a las consecuencias psicológicas para los familiares.⁽¹⁴⁾

a) Tareas de la casa

Normalmente las tareas de la casa se reparten de forma recíproca y equitativa. Cuando un miembro de la familia se ve imposibilitado para cumplir sus tareas, otro tiene que asumirlas. Si además del enfermo, otro miembro de la familia asume las tareas adicionales de cuidado,

supervisión y control del paciente, se ve obligado a abandonar o delegar en otro sus funciones habituales en el hogar.

b) Relaciones familiares

Las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia de los enfermos crónicos suelen volverse tensas debido a la aparición de nuevas obligaciones hacia el familiar enfermo y la necesidad de asumir más tareas de la casa. Pero también el malestar subjetivo originado por la alteración del medio social de cada miembro de la familia (amigos, trabajo, vecinos, etc.) o por la búsqueda de causas (o de «culpables») de la enfermedad crónica entorpece las relaciones.

c) Relaciones sociales

La tensión de las relaciones interpersonales no se limita a los familiares próximos. Afecta a todos los familiares, vecinos, amigos y conocidos. La estigmatización puede inducir a mantener el secreto e incluso ocultar y negar la enfermedad a todo el mundo. En ocasiones para conseguirlo se rompe el contacto con los familiares y amigos hasta perder todo contacto social y toda posibilidad de ayuda por su parte. Esta falta de apoyo social hace a los familiares del enfermo más vulnerables a padecer problemas de ansiedad, depresión, etc.

d) Tiempo libre y desarrollo personal

La sobrecarga de tareas no sólo limita las relaciones sociales sino también cualquier posibilidad de desarrollo personal o vocacional. El tiempo libre desaparece y con él las oportunidades para desarrollar las aficiones, deportes, vacaciones, etc.⁽¹⁴⁾

e) Impacto familiar y social de la enfermedad

La presencia de una enfermedad tanto aguda como crónica representa un cambio en el funcionamiento de la familia, para adaptarse a la situación de enfermedad, la familia pone en marcha sus mecanismos de autorregulación que le permiten seguir funcionando de manera más o menos adecuada, a pesar de ello, cuando la enfermedad o la cronicidad sobrepasan los mecanismos de autorregulación se puede producir un impacto tanto positivo como negativo importante; el impacto que tiene la enfermedad está determinado por los factores relacionados con la misma enfermedad, con el entorno social y con la propia historia personal del enfermo, su personalidad, el tipo de relaciones familiares que tiene, las experiencias que ha tenido la familia en casos similares si es que los ha habido y cómo ha reaccionado ante ellos. Sin embargo el impacto de la enfermedad se controla, disminuye o evita según sea el caso, con el cuidado que le prodiga la familia al enfermo.⁽¹⁵⁾

Dado que la familia es un sistema, también se ve amenazada con cambios en otras áreas de la vida familiar de tipo instrumental y una de las que se afecta de manera importante es la económica.

La capacidad de resolución de los problemas que tenga la familia, se basa en dos fortalezas específicas: la capacidad que tiene cada uno de los miembros para permanecer no reactivo ante la intensidad de las emociones vivenciales en el grupo y la capacidad que tiene cada individuo para comunicar a los otros sus pensamientos y sentimientos.⁽¹⁶⁾

El paciente con su enfermedad adquiere centralidad en la familia, la cual le da mayor facilidad para hacer alianzas o coaliciones en pro o en contra de uno o varios miembros de la familia, engrandecer los sentimientos de culpa, los resentimientos y los temores, lo que puede generar mayor estrés y disfunción familiar.

Cada familia tiene su propia cultura, por lo que es determinante que se maneje de acuerdo con sus valores, mitos y posición ante la vida.

Hay que tomar en cuenta la vivencia del paciente sobre todo en la fase terminal, la cual vive con sus miedos exaltados al dolor, la pérdida del control, al abandono y la soledad, a no haber trascendido, a ser olvidado, al futuro de los que deja, a no haber vivido lo suficiente así como de la mejor manera que lo hubiera hecho, y miedo a lo que viene que es desconocido.

”Está descrito en la literatura médica el síndrome del cuidador, que se presenta cuando los cuidadores familiares logran que los enfermos terminales permanezcan y mueran en su domicilio, pero el costo que tienen que pagar es muy alto tanto física como emocional y socialmente.”⁽¹⁶⁾

Economía

Los ingresos económicos de la familia se reducen en primer lugar por la pérdida de capacidad de trabajo del enfermo. Pero, no es infrecuente, que la necesidad de cuidar al enfermo disminuya también la capacidad de trabajar de otros miembros de la familia. Por otra parte, los gastos aumentan, tanto por las necesidades especiales de cuidado de los pacientes como por las conductas de los mismos.

Etiología

Las características de la persona, su educación, sus valores la cultura de la familia la relación de predisposición de asumir un rol de cuidados por parte de individuo- familia en el entorno relacionado es la pobreza. Otros autores refieren que se genera un vínculo de dependencia con enfermo con discapacidad y enfermedades crónicas no curativas, entre el cuidador y el enfermo; este vínculo genera desadaptación individual, familiar, crisis en las relaciones entre enfermo-cuidador-familia (síndromes socio-familiar), que a su vez generan en el paciente con “síndrome de cuidador”, otro aspecto al que se le denomina carga la carga dará secuelas con el tiempo además de los físicos.”⁽¹⁷⁾

Sin embargo, de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes, el 71,9% es asumido por los familiares y allegados, y de estos cuidadores el 83% son mujeres, el 61,5% de ellas no reciben ayuda para la realización de este trabajo. El trabajo que los cuidadores llevan a cabo atendiendo a los enfermos impedidos crónicos recluidos en el domicilio, generalmente durante largos períodos de tiempo, determina un aumento de morbilidad en los cuidadores principales. Diferentes estudios describen las repercusiones psíquicas y físicas que tienen sobre los cuidadores esta labor, tales como ansiedad y depresión, sobrecarga o cansancio en el desempeño del rol de cuidador, dolores musculares relacionados con el esfuerzo, percepción negativa de su estado de salud y en general una pérdida de la calidad de vida que se trasmite al grupo familiar. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio.”⁽¹⁸⁾

1.12 Diagnostico del cuidador

Efecto de la Edad y el sexo

El efecto de la *edad y el sexo* en la carga también es difícil de interpretar. Hay quienes señalan que cuando el enfermo es varón la alteración de la dinámica familiar y del tiempo libre es mayor. Mientras que otros sugieren que el impacto de la enfermedad del varón es positivo para sus esposas al potenciar su desarrollo personal, responsabilidad e independencia. El malestar psicológico subjetivo es mayor en los cuidadores de mujeres.⁽¹⁹⁾

La edad del paciente, está muy relacionada con la duración de la enfermedad, y modifica el tipo de carga. A mayor edad, mayor carga global. Sin embargo, cuanto más joven es el paciente mayor tendencia a causar cargas objetivas. Se ha señalado un fenómeno de creciente tolerancia, resignación y en el último extremo una forma de «burn-out» entre los cuidadores con el paso del tiempo. Si bien la duración de la enfermedad es importante, la constancia y severidad de los síntomas ejerce una mayor influencia en la carga.⁽²⁰⁾

1.13 Teoría de los roles

Las personas se consideran actores en un sistema de relaciones sociales. Existen categorías de personas más o menos similares en determinados aspectos. Estas categorías se denominan «posiciones»: padre, madre, hijo, etc. Una persona en una posición presenta unas expectativas sobre la forma en que con ella se va a portar otra persona de distinta posición. Este conjunto de expectativas se denomina «sector de rol». La suma de diferentes sectores de rol forma un rol.

El rol se define como el conjunto de comportamientos esperados entre dos personas como resultado de las posiciones de cada una de ellas.

Las manifestaciones de la enfermedad en forma de síntomas, deficiencias y discapacidades hacen que los pacientes no sean capaces de cumplir sus roles en mayor o menor medida. No cumplen las expectativas de sus familiares y esto origina malestar en todos los implicados. Las tareas no cumplidas por el paciente pasan a los familiares, y al tratarse de tareas que normalmente no les corresponderían, se convierten en una carga. Esto constituiría una violación pasiva de los roles.

1.14 El rol del cuidador y la familia

En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia.⁽²²⁾

La existencia del cuidador informal (según definición de la Organización Mundial de la Salud) es fundamental en nuestra sociedad, pero no está exenta de riesgos. En muchas ocasiones, a lo largo del proceso de la enfermedad, el cuidador siente que se queda sin fuerzas para seguir adelante.

Son los grandes desconocidos de esta enfermedad. Casi el 80% sufre lo que se conoce a los cuidadores como el *síndrome del cuidador*. “Muchas veces sufren depresión, ansiedad o estrés y esto les obliga a medicarse”. También precisan de atención psicológica porque no pueden asumir el cambio drástico que se produce en su vida, además de las secuelas que la enfermedad deja en la persona que atiende. Todos los miembros de la familia, pero, especialmente, el cuidador principal, pasan necesariamente por un período de adaptación forzosa a esa dinámica irreversible e incapacitante que suele implicar la demencia.⁽²¹⁾

Ello conlleva a modificaciones en el estilo y hábito de vida de todos los familiares y puede desembocar fácilmente en lo que se ha denominado «carga familiar» definida como: «el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos con enfermedades crónicas o incapacitados».⁽²³⁾

1.15 Rol de la mujer como principal cuidador

La mujer no sólo es objeto de la atención a la salud, sino también un sujeto activo en la atención de la salud. En todos los grupos sociales en México las mujeres son tradicionalmente, las responsables de cuidar la salud de la familia, en especial la de los niños pequeños, los ancianos y los discapacitados. Esta carga es especialmente pesada para las mujeres de pocos recursos, ya sea que trabajen solo dentro o también fuera del hogar, y que no cuentan con ayuda profesional o doméstica, ni acceden a los escasos servicios privados que existen para cubrir estas necesidades. Las mujeres en México se enfrentan, cada vez más, a un importante dilema: a pesar de que ellas se están incorporando al mercado de trabajo remunerado a un ritmo acelerado, no reciben apoyo ni reconocimiento alguno por el cumplimiento de su tarea de “cuidadoras” de la salud en el ámbito doméstico.⁽²⁴⁾

El entrenamiento del cuidador es un proceso que tiene como fin la adquisición de destrezas necesarias para la realización de una determinada función. Este entrenamiento se adquirirá mediante la información adecuada, la lectura y la propia experiencia práctica; la formación sería, la combinación adecuada de buen entrenamiento y una correcta instrucción que nos permita aumentar los conocimientos, cambiar actitudes negativas y adquirir capacidades adecuadas de cuidados.

La importancia del papel del cuidador se pone de manifiesto a lo largo de toda la enfermedad y sus funciones son:

- ✓ Informar sobre los síntomas del paciente y su estado funcional.
- ✓ Administrar los tratamientos prescritos y proveer los cuidados necesarios para el paciente.
- ✓ Gestionar y organizar la vida en el entorno familiar.

Tomar decisiones que tienen que ver con la ubicación del enfermo, la administración de sus bienes, la incapacitación legal, el momento de pasar de cuidados curativos a paliativos, etc.

Lo primero que debe hacer el cuidador habitual de un enfermo dependiente, siempre que sea posible, es delegar algunas de sus responsabilidades en los miembros que componen su entorno social (familiares, amigos, vecinos, etc.). Para ello, es fundamental que establezca líneas de comunicación estrechas con las personas que van a ejercer de cuidadores auxiliares para que todos conozcan el “día a día” del enfermo y lleven a cabo sus tareas de forma correcta.

En relación con los cuidados asistenciales que debe recibir el enfermo, el médico de cabecera o el especialista que normalmente le atiende, será quien deberá informar al cuidador de cómo hay que resolver las diferentes situaciones que se vayan planteando.

En relación con el sexo no se ha encontrado un patrón estándar de respuesta diferente entre hombres y mujeres, aunque se admite que la implicación emocional de las mujeres es mayor, al menos en un primer momento, lo que puede llevar a mayores niveles de sobrecarga o de síntomas psiquiátricos.

Por otra parte, se admite que los hombres tienden a pedir ayuda externa más fácilmente que las mujeres. Aunque las esposas inicialmente informaban de mayor sobrecarga que los maridos, estas diferencias no se mantenían con el seguimiento, de lo que podía deducirse que, con el paso del tiempo, las mujeres vayan adoptando estrategias de enfrentamiento más parecidas a las de los hombres. El estilo cognitivo y los mecanismos de afrontamiento han motivado numerosos estudios que demuestran que los cuidadores que sufren depresión y ansiedad sienten que tienen poco control sobre la conducta de sus familiares enfermos y sobre sus reacciones emocionales.⁽²⁵⁾

El neuroticismo y la extroversión son predictores de estrategias de afrontamiento. Los cuidadores con elevado nivel de neuroticismo utilizan de forma significativa estrategias centradas en las emociones y con menor frecuencia estrategias centradas en los problemas. Los cuidadores con elevado nivel de extroversión estrategias de búsqueda de apoyo social y con menor frecuencia estrategias centradas en las emociones. Los cuidadores con elevado nivel de neuroticismo experimentan más sobrecarga y manifiestan más quejas sobre su estado de salud.⁽²⁶⁾

1.16 Tratamiento y manejo del síndrome del cuidador.

Atención primaria de salud.

La creación de esta nueva organización en salud, valida el actual reconocimiento de que la atención primaria de salud, la nueva política en salud bosquejada en la década de los setenta del siglo XX en Alma Ata, es la principal guía para garantizar opciones concretas de acceso a la atención médica y al consiguiente mantenimiento y promoción de la salud, basada en una estrategia que permita enfrentar con éxito, un grupo de procesos objetivos y subjetivos propios del grado de desarrollo socioeconómico actual.

Salud Familiar y Funcionalidad.

La salud familiar es el ajuste o equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar y no la suma de la salud de sus integrantes.

Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas y en las conductas de riesgo de salud. Se ha observado la relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes.⁽²⁷⁾

Deficiencia o discapacidad en el adulto.

En la actualidad, en nuestro país tenemos ya una aproximación a la medición de la situación de salud en lo que respecta a la salud del anciano. A partir de la información disponible podemos categorizar las necesidades prioritarias de salud de las personas de edad en México en tres grupos: a) las de alta discapacidad, como caídas, demencias y artropatías; b) las que dividen las pérdidas entre muertes prematuras y discapacidad, como es el caso de la enfermedad vascular cerebral, las nefritis y nefrosis y la cardiopatía hipertensiva y; c) las necesidades que se generan cuando las pérdidas son fundamentalmente por muerte prematura, como cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, todo tipo de neoplasias, influenza y neumonías.⁽²⁸⁾

El grupo de los funcionalmente dependientes se subdivide en los que tienen deficiencia, discapacidad o minusvalía:

A) La deficiencia corresponde a una anomalía de una estructura u órgano; por ejemplo, una insuficiencia respiratoria leve, que no causa impacto en las actividades del diario vivir.

B) La discapacidad significa compromiso de algún rendimiento funcional o de la actividad de un individuo, que produce un trastorno leve en la capacidad de su diario vivir o de alguna actividad instrumental.

C) La minusvalía refleja un compromiso importante en la interacción del individuo con el entorno, como ocurre, por ejemplo, con la insuficiencia respiratoria grave, que le impide desplazarse fuera de la casa debido a la dependencia de oxígeno.

Los gobiernos en todos los países necesitan reconocer el papel que juegan los cuidadores y deben hacer esfuerzos para mejorar tanto los servicios a los países como proveer apoyo financiero y de otro tipo para ayudar a los cuidadores en su tarea. ⁽²⁹⁾

1.17 Factores estresantes que desencadenan el Síndrome del cuidador

Los síntomas del paciente, las dificultades para cumplir su papel y los límites objetivos que esto impone a los familiares se contemplan como factores estresantes ambientales o tensiones crónicas que dan lugar a los aspectos subjetivos de la carga, la carga emocional o el malestar subjetivo.

1.18 Alteraciones Psíquicas detectadas en el cuidador

Problemas psíquicos: La prevalencia de desordenes del área psíquica alcanza un 50% a menudo difíciles de verbalizar y definidos como somatizaciones o como términos vagos del tipo de desánimo o falta de fuerzas

Se conoce, por estudios realizados, que los "cuidadores" de ancianos y con enfermedades terminales, presentan más alteraciones psíquicas que las personas que atienden a otro tipo de enfermos y estas están dadas fundamentalmente por reacciones inadaptativas y sentimientos de soledad e incapacidad para la labor de cuidador. También puede aparecer pérdida de la autoestima, ira, tristeza y ansiedad.

Problemas psíquicos: ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, hipocondría auto culpabilidad sentimientos de culpa por no poder atender correctamente al paciente. Se produce un mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos.

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

Alteraciones físicas: cansancio, dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dificultades para dormir, dolores articulares, etc.

Alteraciones laborales: en algunos casos pueden conllevar importantes consecuencias económicas.

En estos se han detectado claros efectos sobre la salud tanto física como psíquica del cuidador/a como son agotamiento físico y mental, problemas osteo musculares, cardiovasculares e inmunológicos, hipertensión, estados depresivos debido al sentimiento de soledad, ansiedad, insomnio, irritabilidad, nerviosismo y baja autoestima. Siempre unidos a sentimientos de impotencia y resignación.

En algunos colectivos, como en los cuidadores/as de ancianos con demencia, se llega a presentar en más de un 50% síntomas depresivos, con tasas superiores a la población de referencia de diabetes, artritis, úlcera péptica y anemia, presentando mayor impacto sobre su salud en comparación a otros tipos de cuidadores/as.⁽²⁹⁾

Otra de las consecuencias del desgaste que puede sufrir el cuidador primario es la depresión, derivada justamente de la carga y demás síntomas que genera las atenciones proporcionadas y el estado de salud del paciente, incluso provocando síntomas de angustia, tristeza, melancolía en él.

1.19 Definición de Depresión

Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.

La depresión se integra dentro de los trastornos mentales que día a día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

1.20 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para que se presente la depresión varían de acuerdo a la edad, sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, expectativas de vida, realización de metas a largo plazo, religión, tipo de trabajo que desempeña la persona; pero en otros casos, las causas de la depresión son explicadas con cambios orgánicos que presenta la persona y son determinados por algunas sustancias como la noradrenalina y serotonina, aunado a modificaciones hormonales.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente.⁽³²⁾

1.21 Justificación de la investigación

Las estadísticas del INEGI del 2005 mencionan que la relación de las familias para disponer de un cuidador se da en solo el .5% del total de la población mexicana, diferencian por su cultura, posición social, su capacidad de afrontar los problemas y de tomar las decisiones necesarias; así como familias con distintos grado de unión entre sus miembros.

Existen diferentes situaciones dentro de una familia esto va desde una enfermedad común de alguno de sus integrantes hasta que en algún momento determinado emergen o se presenta alguna enfermedad crónica degenerativa o discapacitante, física o mental en alguno de sus integrantes.

Como ejemplo tenemos que no es igual la situación de una familia con un hijo recién nacido al que diagnostican una enfermedad grave o aguda como insuficiencia renal crónica o discapacidad etc; a otros que descubren que sus hijos adolescentes o jóvenes, que hasta ese momento eran personas sanas, descubre que uno de sus miembros padece o le diagnostican una enfermedad crónica o mental grave.

La situación afectiva del cuidador, el desgaste pesan mas para un “cuidador” por el tiempo y la relación familiar con el enfermo; esto puede llevar al familiar o al cuidador a etapas de desgaste o sobrecarga emocional, física, mental, económica manifestándose principalmente con cambios de actitud, irritabilidad, fatiga, ansiedad y depresión.⁽³⁴⁾

Por lo que respecta a los pacientes estos van a requerir de tratamientos por el resto de sus vidas y conociendo la problemática de tener un enfermo en casa alerta estar atentos ya que esto puede provocar desestabilización familiar y crisis en las relaciones entre ellos; alteraciones psicosociales principalmente en el “cuidador”, como alteraciones de conducta, comportamiento y disminución en su capacidad así como del tiempo que dispone para trabajar, sin tomar en cuenta las necesidades y gastos que el paciente genera y que la mayor parte de las veces el cuidador tiene que asumir sin la remuneración o aportación del resto de la familia.

Es por este motivo que se realiza esta investigación para identificar el deterioro emocional y desgaste, que presenta el **cuidador de pacientes** con enfermedades crónico degenerativas lo cual nos será útil para el diagnóstico, pronóstico y seguimiento; en sí para brindar una atención integral al paciente.

Cabe mencionar que ISSEMyM no se cuenta con estudios de este tipo por lo que la investigación será un área de aportación al conocimiento en la unidad de Consulta Externa Naucalpan

1.22 Planteamiento del problema

La OMS, señaló en el 2006 que en América Latina se cuenta con una población discapacitada del 7%, y no se cuenta con información detallada del padecimiento, que sufren las personas que están con la responsabilidad o al cuidado de un enfermo. En el año 2003 en México el INEGI señala que la población con problemas de discapacidad es del 5% de la población total a nivel nacional y el Estado de México, es el que tiene el mayor porcentaje de discapacidad con un 0.8 % del total del país; ciertamente no se cuenta con información estadística que señale la enfermedad del cuidador en estas familias, y a nivel municipal no se tiene ningún tipo de información. El Instituto Nacional de Psiquiatría, publica en 2007 las consecuencias de la enfermedad del cuidador y como están asociadas a la depresión, síndrome ansioso, síndrome maniaco, y los cambios de conducta.⁽³⁶⁾

Se estima que en los próximos 10 años, millones de mexicanos presentaran trastornos de índole depresivos, por esta razón es importante evaluar este problema. Porque según especialistas en el área de Psiquiatría la depresión va a presentarse como una grave epidemia en nuestro país. La Comisión de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, menciona que hay una depresión muy grave que se llama depresión mayor, la cual aparece en el 3.3% de la población, siendo una cifra bastante alta de personas con dicho padecimiento, existiendo un alto riesgo de hasta el 15% de suicidio en ellos.⁽³⁶⁾

En la Clínica de Consulta Externa Naucalpan del 2003 al 2005 se cuenta con una población del 3%, de pacientes con enfermedades crónicas discapacitantes (bioestadística de la unidad), observando un aumento a 160, este incremento se debe al envejecimiento de nuestra población usuaria. Dichas enfermedades crónicas van a requerir de cuidados extras en las familias donde se desenvuelven es por esto que el instituto debería poner más énfasis para diagnosticar el síndrome de cuidador.

En la enfermedad crónica o discapacidad, la familia tiende a aglutinarse o a desintegrarse, por lo que debemos identificar precozmente los riesgos, los problemas que presenten, para abordarlos lo antes posible en el diagnóstico del síndrome del cuidador. La familia ha de reestructurarse en el campo social para asumir las tareas que anteriormente realizaba el enfermo, situación que provoca en muchas ocasiones efectos negativos en la vida de quien lo atiende con deterioro económico (reducción o pérdida de trabajo), malestar emocional y cambios en su salud, especialmente cuando el paciente necesite más ayuda. ⁽³⁷⁾

Su deterioro progresivo y la persistencia de los síntomas no controlados satisfactoriamente (anorexia, cansancio, debilidad, dificultad y dolor en la movilización) tienden a ser factores importantes de preocupación para los familiares. Un diálogo constructivo con ellos puede facilitar un acuerdo sobre cómo actuar con el enfermo y, a la vez ofrecerle ayuda o consuelo, favorecer su acercamiento y reducir su aflicción. Muchos de los problemas que se detectan

en la atención del paciente provienen de las condiciones emocionales y sociales que viven las personas, e influyen de forma significativa en la enfermedad y en la ansiedad que les acompaña. Así, en un estudio catalán se encontró que los aspectos psicosociales de la enfermedad (83%) y los síntomas físicos (17%), eran más importantes para las familias, mientras al enfermo parecían preocuparle más estos últimos (67,4%) en relación a los psicosociales (32,6%). Los pacientes, en general, desean información menos detallada que sus cuidadores sobre los síntomas potenciales futuros y el proceso de su enfermedad, agradecen más saber que no tendrán dolor, que se mantendrá su dignidad y que serán bien cuidados.

En otros trabajos se reveló que las principales demandas de pacientes y familiares fueron: a) soporte emocional; b) asesoramiento (aunque saben la existencia de algunas ayudas específicas, no conocen cómo ponerlas en práctica).⁽³⁸⁾

Las necesidades de salud despiertan mucho interés en la población, y están protegidas constitucionalmente. Sin embargo, la delimitación de la situación de necesidad tiene un fuerte componente social y varía de unos grupos a otros y evoluciona constantemente, integrando componentes objetivos (el estado de salud según la medición de los expertos) y subjetivos (la autopercepción). A diferencia de la necesidad, cuyo concepto remite directamente al sujeto que la padece, la demanda es un concepto relacional, porque requiere tanto el sujeto individual o colectivo que la padece como el sujeto al que va dirigida la solicitud de intervención.⁽³⁸⁾

Otros factores importantes son la edad de los cuidadores, su formación para atenderle, la progresión de la enfermedad, las necesidades crecientes del cuidado, la falta de relevos y no poder repartir los tiempos. Un bajo nivel cultural es más común en personas por encima de los 65 años, sin educación escolar, inmigrantes y con enfermedades crónicas y se ha asociado con un peor pronóstico de salud, una menor satisfacción del paciente con el cuidado, peor seguridad del enfermo y costos de salud más altos.

Dado que estas habilidades de cuidado no se generan de forma espontánea, el profesional de atención primaria tendrá que aportar su orientación en casi todas las ocasiones como la atención física con indicaciones prácticas la prevención de úlceras por presión, la higiene, los tipos de comidas, ingesta y excreta, administración de fármacos, el uso de medicación de rescate y qué hacer en caso de una crisis.⁽³⁹⁾

En un estudio de Schultz y Beach, reveló que las esposas de pacientes que realizaban la función de cuidadoras crónicas, presentan un riesgo de mortalidad 63% más alto que los controles, con un aumento de la aparición de complicaciones en las enfermedades más frecuentes de este grupo de edad.⁽³⁹⁾

Algunos estudios describen las características del paciente crónico domiciliario y de sus cuidadores: Los pacientes son en su mayoría mujeres (68%), media de edad 82 años, 18% presentan soledad, con una dependencia absoluta para todas en un 11% y un 20% con severas alteraciones cognitivas. Los cuidadores también son mayoritariamente mujeres (84,4%), un 78,5% tienen síntomas de alguna enfermedad crónica relacionada con el esfuerzo, el 69,6% presentan ansiedad y el 43% depresión.

Una revisión realizada por la OMS en el 2004 sobre la efectividad de los cuidados domiciliarios a personas con enfermedades crónicas, revela que la institucionalización puede ser reducida al aumentar el nº de visitas y realizando una valoración multidimensional,

aunque no demostró reducción de pérdida funcional. La OMS señala que los programas de atención domiciliaria son potencialmente de costo-efectivos debido a su bajo costo comparados con los cuidados prolongados en instituciones.

Es una realidad conocida que las familias tienen cada vez dificultades mayores para atender a sus miembros dependientes por la desaparición de la familia tradicional numerosa que compartía una única vivienda, la reducción del tamaño de las viviendas, el incremento de las familias monoparentales y la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral, actualmente sólo un 40% de las mujeres de entre 40 y 64 años pero se prevé que dentro de 25 años sean más del 70%. Pese a todas las dificultades, la familia sigue siendo el principal proveedor de cuidados informales.

El pilar básico de la calidad de vida de los pacientes crónicos y de sus familias son las medidas no farmacológicas, con tres componentes básicos: información, formación en cuidados del enfermo y del propio cuidador, y el soporte profesional y humano. Es importante identificar cuanto antes al cuidador principal, la persona que asume toda la responsabilidad en el cuidado del paciente, porque las repercusiones que los cuidados tienen para él no aparecen sino muy indirectamente en los ayudantes o colaboradores.⁽⁴⁰⁾

Hay estudios que demuestran la eficacia de programas psicoeducativos y psicoterapéuticos grupales con los cuales no se ha conseguido prevenir este síndrome. El cuidador debe conocer y revisar periódicamente las señales de alerta de agotamiento y estrés, reconocer señales de que es necesario tomarse un respiro y pararse a pensar en cómo recuperarse. Es fundamental para mantener la salud del cuidador, a la vez que de forma indirecta mejora los cuidados y calidad de vida del enfermo. La vulnerabilidad del paciente a abusos y negligencia aumenta cuando el cuidador tiene problemas físicos o emocionales.

Es evidente la creciente presión a la que se ven sometidas las diferentes redes de servicios sanitarios y sociales, como consecuencia de los cambios epidemiológicos, demográficos y socio-culturales en los que nuestra sociedad está inmersa. Determinados pacientes (geriátricos, crónicos discapacitados y oncológicos, fundamentalmente) plantean múltiples demandas asistenciales sobre los recursos médicos y sociales que, frecuentemente, no son tratadas con la agilidad y flexibilidad adecuadas.

Las diferentes redes de servicios, encargados de atender las necesidades de cuidados de salud de la población, se enfrentan actualmente a una creciente demanda, causada por una serie de cambios epidemiológicos, demográficos y socio-culturales, producidos en estos últimos años que, no por conocidos e identificados, dejan de ser determinantes de esta situación.

Las demandas que estos pacientes generan se caracterizan por ser múltiples, es decir, demandas no solo de tipo médico, sino social, psicológico, económico, personal, etc. Igualmente son demandas cambiantes que recaen sobre todos los niveles asistenciales: Atención Primaria de Salud, Hospitales, Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales, etc. Otro elemento que caracteriza a la demanda es su prolongación en el tiempo, provocando la necesidad de unos cuidados continuados y, en ocasiones, permanentes.⁽⁴⁰⁾

Aunado a esta problemática de salud se observa la negligencia del adulto hacia los menores, siendo esta la expresión más frecuente del maltrato infantil; sin embargo, no existe una definición universalmente aceptada para ella, lo que dificulta interpretar e identificar el

problema. Se ha señalado que negligencia es la incapacidad que tiene un cuidador de procurar a un niño las condiciones sanitarias, educativas, de desarrollo psicológico, nutricionales, de alojamiento y protección frente a cualquier peligro, que es capaz de proporcionar. Para diferenciar entre ambas, hay que considerar las condiciones sociales, económicas y culturales de los individuos y las comunidades, para lo cual el profesional encargado de la atención de un niño debe actuar con sensibilidad y profundizar en el estudio de los factores mismos del niño, del agresor, de la familia y del entorno social a fin de identificar la posibilidad de maltrato en su variedad de negligencia o cualquier otra de sus manifestaciones, evitando hacer juicios apresurados sobre este factor. Hay que tratar de identificar factores de protección y factores de riesgo en el menor y en la familia a fin de facilitar resiliencia. ⁽⁴¹⁾

En México las estadísticas sobre el cuidador revelan que existen padecimientos en número cada vez mayor, como las enfermedades crónicas precedidas de las neurológicas, las cuales representan un alto impacto sobre el este, y por lo tanto el aumento en el número de cuidadores de pacientes con estos padecimientos.

Capítulo III

2.1 Objetivo.

Establecer un método de evaluación de forma instrumentada para determinar el síndrome del cuidador por escala de Zarit que evalúa a el cuidador y su efecto de consecuencia como lo es la depresión será determinado por aplicar de manera técnica la escala de Beck por estudiar si se cursa con el estado depresivo en las familias de la Clínica de Naucalpan.

2.2 Objetivo General:

Identificar el síndrome del cuidador y la depresión generada en el mismo dentro de las familias en la Clínica ISSEMYM de Naucalpan.

2.3 Objetivos Específicos.

1. Identificar con la escala de Zarit el nivel del síndrome del cuidador.
2. Identificar niveles de depresión en el cuidador primario de las familias de la clínica Naucalpan.

3.1 Tipo de estudio.

Este estudio se realizó del ciclo 2006 – 2010 con las siguientes características de investigación: Es de tipo descriptivo, propectivo y exploratorio de característica longitudinal en los usuarios de la clínica de Consulta Externa de Naucalpan

3.2 Marco Metodológico

Población, Lugar y Tiempo

La clínica de Naucalpan se encuentra ubicada al norte del Estado de México en el municipio de Naucalpan cuenta con una población derecho-habiente de 25.000 asegurados, requirió de encuestar a 125 personas; para determinar el tamaño de muestra, de manera intencional y

operativa. El estudio se realizó en calle Corona no. 20, col. Padre Figueroa, municipio de Naucalpan Estado de México en el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, (ISSEMyM)

3.3 Determinación de la muestra

Las muestras tienen un fundamento matemático estadístico. Éste consiste en que obtenidos unos determinados resultados, de una muestra elegida correctamente y en proporción adecuada, se puede hacer la inferencia o generalización fundada matemáticamente de que dichos resultados son válidos para la población de la que se ha extraído la muestra, dentro de unos límites de error y probabilidad, que se pueden determinar estadísticamente en cada caso.

N = el tamaño de la población (25000)

n = tamaño de la muestra. $(N-n/ N-1)$ (25000- 1250 / 25000 -1) término de corrección utilizado para poblaciones finitas y muestras sin reemplazamiento. Total de .95

p = proporción de elementos que posee la característica investigada: ($q = 1 - p$)

Por lo que q equivale a 0.05 entonces de 25000 como constante de 1 la proporción a estudiar por lo que el total de población a estudiar es de 125 pacientes de un total de estimado de familias con padecimiento de enfermedades crónicas que cuentan con alguna discapacidad.

El diseño de este estudio es descriptivo y retrospectivo en el cuidador, con una población determinada por la presencia de discapacidad crónica en cualquier manifestación de la Clínica Consulta Externa Naucalpan servicio de Psiquiatría

3.4 Criterios de selección

1. Ser derechohabiente del ISSEMYM y usuario recurrente de los servicios de la clínica de Naucalpan.
2. Que sea una familia que cuente con un enfermo discapacitado o con alguna enfermedad crónica
3. El género masculino ó femenino es indiferente a este estudio
4. Se establecerá la cantidad de años de cuidado del enfermo en un mínimo de 5 años
5. Se encuestaran pacientes sin diagnóstico previo de enfermedad física o mental.
6. Se seleccionara a pacientes con cualquier dogma religioso, raza, estado civil, y situación socioeconómica.

3.5 Criterios de exclusión

1. Quedara excluido del estudio aquel que manifieste no participar.
2. Se excluye las personas que no se han derechohabientes de ISSEMyM Naucalpan

Procedimiento para realizar la investigación

- a. Aviso a autoridades
- b. Solicitar participación voluntaria de servidores públicos
- c. Aplicación de la encuesta
- d. Análisis estadístico (cualitativo)
- e. Análisis estadístico con medidas de resumen, frecuencia, moda, desviación estándar

3.6 Recursos materiales.

125 encuestas, lápices 10, 1 laptop, Libros, Consultorio médico amueblado.

3.7 Consideraciones éticas y profesionales

Se realiza este estudio que comprende y respeta las consideraciones éticas, basado en la Ley General de Salud como una responsabilidad profesional en el ejercicio de la investigación y respeto a los asegurados, se cumple con el decálogo de respeto a la atención de usuarios emitidos por el decreto de SSA. Las personas y diagnosticadas con síndrome de cuidador y depresión gozaran de una alta privacidad de su información y además evaluados se dará el beneficio de apoyo psiquiátrico, derivado a que el ISSEMYM no cuenta con apoyo en el área de terapia familiar y se canalizara a toda la familia.⁽³⁵⁾

3.8 Definición conceptual y Operacionalidad de las variables en el estudio del Síndrome de Cuidador.

Datos	Definición	Tipo de variable/ Escala de medición	Valores
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Cuantitativa/ continua	A. Años
Sexo	División del género humano en dos grupos Hombre- Mujer	Cualitativa/ Nominal	A. Masculino B. Femenino
Cuidador	Persona, que aunque no pertenece al mundo sanitario es el responsable del cuidado del enfermo dependiente en su domicilio	Cualitativa/ Nominal	A. Cuidador B No es cuidador
Escala de Zarit	Instrumento o escala la cual se utiliza para evaluar si los cuidados o atenciones que se brindan a un enfermo le causan alteraciones en su vida familiar, social y laboral	Cualitativa/ Continua	A. sin sobrecarga B. sobrecarga C. sobrecarga intensa
Escala de Beck	Instrumento o escala la cual se utiliza para evaluar si los grados de Depresión	Cualitativa/ Continua	A Leve B. Moderada C. Severa

Fuente: Diccionario de la Real academia española editorial Porrúa editado en 2006

Capítulo IV Resultados

La tabla I. Muestra los parámetros evaluados son la edad que establece una media de 50 años, el sexo con la relación de masculino y femenino es de 1.8 en la determinación de media, se obtuvo una mediana de 2 para la evaluación del síndrome del cuidador por lo que el resultado en la interpretación de los 125 estudiados la edad del cuidador es de 47- 51, la mayoría por tener un reporte de media con 2 interpreta que estas personas cursan con a con depresión moderada.

	EDAD	SEXO	ZARIT	BECK	C.PARANORMATIVO	DIAGNOSTICO
Media	50.71	1.81	1.99	1.95	1.86	1.46
Mediana	51.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00
Desv. Estándar	7.263	.395	.370	.490	.353	.500

Tabla. 1 De Estadística de media, mediana, moda y desviación estándar de Edad, Sexo, Escala de Zarit, Crisis Paranormativa, Diagnostico de depresión, Comportamiento Familiar, Actividades Cotidianas. Consultorio de Naucalpan del ISSEMYM.

La tabla 2 de frecuencia obtuvo una relación en base al sexo con la siguiente descripción el masculino cuenta con un porcentaje de 18.3 % en la relación a la mujer que representa el 82.7 esto quiere decir que hay más mujeres designadas para el cuidado de pacientes crónicos y discapacitados en relación a los varones que no realizan estas actividades.

	Frecuencia	Porcentaje
MASCULINO	24	18.3
FEMENINO	101	82.7
Total	125	100.0

Tabla. 2 de frecuencia por sexo en la evaluación del síndrome del cuidador Consultorio de Naucalpan del ISSEMYM.

En la tabla 3 de frecuencia y porcentaje muestra que los evaluados de 125 personas con síndrome de cuidador 108 se relacionaron a sobrecarga 9 sin sobrecarga, y 8 corresponden a sobrecarga lo que muestra para el estudio es que la mayor parte de pacientes con discapacidad son una sobrecarga.

Zarit	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 47 NO SOBRECARGA	9	6.9
DE 47 - 55 SOBRECARGA	108	82.4
MAS DE 55 SOBRECARGA INTENSA	8	6.1
Total	125	100.0

Tabla de 3 de frecuencia de los resultados de la evaluación de Zarit para determinar el síndrome de cuidador Consultorio de Naucalpan del ISSEMYM.

El resultado siguiente de la tabla 4 de frecuencias y porcentajes indican que el 77 % de los cuidadores entrevistados presentan depresión moderada determinado por la escala de Beck , el segundo lugar cuenta con depresión leve con el 13.7% y en tercer lugar con 9.2% depresión severa.

Beck	Frecuencia	Porcentaje
DEPRESION LEVE	18	13.7
DEPRESION MODERADA	95	77.3
DEPRESION SEVERA	12	9.2
Total	125	100.0

Tabla de 4 de frecuencia y porcentajes de los resultados de la evaluación de la Escala de Beck para determinar la depresión del cuidador Consultorio de Naucalpan del ISSEMYM.

En la tabla no. 5 de frecuencias y porcentajes de dos consideraciones ó cuestionamientos en el cuidador para establecer la relación de crisis paranormativa que fue. 1.- Si consideraron el suceso como inesperado y 2.- como esperado el atender a un enfermo; obteniendo un resultado de 13.7% para los sucesos esperados y de 86.3% para los no inesperados. Esto indica que la mayoría de los entrevistados cuentan con este problema como una relación eventual paranormativa

C.PARANORMATIVO

	Frecuencia	Porcentaje
CONSIDERA UN SUCESO ESPERADO	18	13.7
CONSIDERA UN SUCESO INESPERADO	107	86.3
Total	125	100.0

Tabla de 5 de frecuencia y porcentajes de los resultados de la evaluación del cuidador y su relación con la crisis paranormativa en dos sucesos esperado e inesperado en el Consultorio de Naucalpan del ISSEMYM.

Se considera en la tabla 6 los efectos producidos por el síndrome del cuidador y la relación con la depresión si estos factores afectaron la comunicación de este, por ello en los 125 entrevistados se obtuvo en siguiente porcentaje el 26% se vio afectada la comunicación familiar, y el 74% considero que no se afecta la comunicación familiar al realizar los cuidados de un enfermo.

	Frecuencia	Porcentaje
AFECTO SU COMUNICACION	34	26.0
NO AFECTO SU COMUNICACION	91	74.0
Total	125	100.0

Tabla de 6 de frecuencia y porcentajes de los resultados de la evaluación del cuidador y su relación con la comunicación Consultorio de Naucalpan del ISSEMYM.

La tabla 7 de frecuencias en porcentaje muestra los datos con un 51.9 % presento trastornó afectivo y de los 125 restantes que corresponde al 100% y el valor restante que corresponde a el 48.1 % respondieron que el cuidado de un enfermo no se afecto en sus emociones por ello esto correspondió a casi a la mitad de los entrevistados, en relación a los si se vieron afectados en sus emociones y en su relación familiar

Afectividad	Frecuencia	Porcentaje
AFECTO SUS EMOCIONES	68	51.9
NO AFECTO SUS EMOCIONES	57	48.1
Total	125	100.0

Tabla de 7 de frecuencia y porcentajes de los resultados de la evaluación del cuidador y su relación con estado alterado de emociones Consultorio de Naucalpan del ISSEMYM

La tabla 8 de frecuencias expresado en porcentajes da resultados en los pacientes con el síndrome de cuidador y estos se relacionan con dos consideraciones en base a sus actividades cotidianas Y el resultado obtenido por este cuestionamiento fue que de 125 personas el 55% refirió que si vio afectada su actividad daría el otro porcentaje del 45 % considero que no .

Actividades	Frecuencia	Porcentaje
AFECTO SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS	66	55.4
NO AFECTO SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS	59	45.0
Total	131	100.0

Tabla de 8 de frecuencia y porcentajes de los resultados de la evaluación del cuidador con su relación en las labores cotidianas afectadas por el cuidado del paciente Consultorio de Naucalpan del ISSEMYM

Capítulo V Discusión

En la Clínica de Consulta Externa de Naucalpan se observó que es más frecuente la asociación de la Depresión con el desarrollo del síndrome del Cuidador, situación que difiere de los elaborados en España por lo que ellos tienden a presentar más síntomas físicos y no tanto dar importancia a lo afectivo y familiar. Se observó la presencia de Depresión moderada lo que es relevante para la comparación con otros estudios como los realizados en Europa específicamente España en 2006; donde en un estudio catalán se encontró que los aspectos psicosociales de la enfermedad se presentaron en un (83%) y los síntomas físicos (17%), siendo estos más importantes para las familias, mientras que al enfermo parecían preocuparle más estos últimos (67,4%) en relación a los psicosociales (32,6%).

En un estudio de Schultz y Beach en 2004, se reveló que las esposas de pacientes que realizaban la función de cuidadoras crónicas, presentan un riesgo de mortalidad 63% más alto que los controles, con un aumento de la aparición de complicaciones en las enfermedades más frecuentes de este grupo de edad. En este estudio obtuvimos de resultado que la relación de un cuidador está vinculada a Depresión ya que en nuestro estudio se observó un porcentaje de depresión moderada de un 77.3% al diagnóstico de enfermedad; a situaciones paranormales o como suceso inesperado 86.3% en la familia y a que predominan las actividades de trastornos en la comunicación familiar con un porcentaje del 74 % y en el desinterés por la realización de actividades cotidianas y por último a la sobrecarga con un porcentaje 82.4 %⁽⁴¹⁾

Hay estudios españoles y catalanes principalmente, que describen las características del paciente crónico domiciliario y de sus cuidadores: Los pacientes son en su mayoría mujeres (68%), media de edad 82 años, 18% presentan soledad, con una dependencia absoluta para todas en un 11% y un 20% con severas alteraciones cognitivas. Los cuidadores también son mayoritariamente mujeres (84,4%), un 78,5% tienen síntomas de alguna enfermedad crónica relacionada con el esfuerzo, el 69,6% presentan ansiedad y el 43% depresión. Algunas semejanzas que presentaron los resultados de otras investigaciones, fue en este rubro porque la presencia del Síndrome del cuidador se relaciona con la edad que se identificó en Naucalpan existiendo un promedio de 50 años para el desarrollo de este síndrome, y otras relaciones evaluadas en España y el Clínica de Consulta Externa Naucalpan es la presencia de Depresión la cual ocupa un porcentaje de 77.3 % para depresión moderada, donde se obtuvo que las actividades cotidianas y el esfuerzo son predominantes en ambas poblaciones; con predominio del sexo femenino, reportando un porcentaje de 82.7 % con respecto al masculino con un porcentaje de 18.3%, comprobando que la mujer sigue siendo la destinada para realizar dicha actividad y como una predisposición para desarrollar dichos síntomas.

En la muestra de esta investigación la tabla 7 de frecuencias en porcentaje se anotaron los datos con un 51.9 % que presentaron trastornos afectivos y el valor restante que corresponde a el 48.1 % respondieron que el cuidado de un enfermo no se afectó en sus emociones por ello esto correspondió a casi a la mitad de los entrevistados, en relación a los que sí se vieron afectados en sus emociones y en su relación familiar

Capítulo VI Conclusiones.

Para este estudio que se realizó en la Clínica de Consulta Externa de Naucalpan perteneciente al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios con siglas (ISSEMYM) y de acuerdo a los objetivos planteados de determinar por dos indicadores de evaluación que son la escala de Zarit para evaluar el síndrome del cuidador y la escala de Beck para depresión, se seleccionó una población de 125 personas, y de estas se obtuvo que en tres parámetros establecidos por las variables de este instrumento de evaluación (Escala de Zarit) que son para determinar la enfermedad del cuidador: carga, sobrecarga, en estos parámetros el 60% se encontró con este problema y sobrecarga intensa con un menor porcentaje.

Otro objetivo que se cumplió fue para determinar si estos cuidadores presentaban algún tipo de depresión en algún grado y se obtuvo que sí y su mayor porcentaje radica en que estos pacientes cursan con depresión moderada, estableciendo una relación directa del enfermo con síndrome de cuidador.

Se cumplieron los objetivos de opinión y de evaluación considerando los datos siguientes: relacionar si este es un suceso inesperado con una interpretación a la crisis paranormativa y la mayor parte del porcentaje refirió que sí, además la comunicación, que el afecto y las emociones, así como las actividades cotidianas fueron otros objetivos trazados a cumplir y a relacionar en el desarrollo del síndrome del cuidador en más del 50%.

Se trabajó con 125 personas que fueron seleccionados en la muestra, por lo que cada objetivo se cumplió al ser evaluados pero, se canalizaron solo las familias para su atención correspondiente al servicio de Psiquiatría, aquellas que se encontraron con alguna relación de sobre carga intensa y predominio a surgir una depresión mayor para su evaluación y para su tratamiento.

Finalmente se considera este trabajo como un elemento más de aprendizaje donde la interacción de los participantes –paciente-cuidador-familia-medico-institución de salud-autoridades...son vitales para llevar a cabo una efectiva labor evitando así cualquier síndrome o alteración afectiva o de salud en cualquiera de sus modalidades.

Capítulo VII Recomendaciones

El ISSEMYM, como Instituto de Salud y Seguridad Social cuenta con un campo vasto a explotar y tratar, porque este inicia el desarrollo profesional de la Medicina Familiar permitiendo así en un futuro, generar crecimiento de subespecialidades como lo es la Terapia Familiar, estableciendo la atención correspondiente a este Síndrome del cuidador, el cual queda infradiagnosticado y nunca atendido; por lo que además de ser evaluado en este momento, nos permite considerar que se deben de implementar programas de atención que traten el problema del enfermo de forma integral y multidisciplinaria no solo como paciente sino a la familia como objeto de este entorno por lo que se sugiere la integración de un equipo de psiquiatra, psicólogo, terapeuta familiar para resolver estos casos.

En el campo de trabajo de familia me refiero a tres aspectos:

- I. La evaluación de enfermedades en atención primaria que es primordial para prevención en esta materia (dirigida al cuidador y resto de la familia) porque ellos son quienes pueden verse afectados por los cambios de comunicación, relación, roles, y funcionamiento familiar.
- II. Atender a la familia como núcleo social, para mantener su salud, es necesario continuar con el estudio y trabajar en elaboración de programas que permitan su atención en esta especialidad.
- III. Se requiere de continuar con capacitaciones a médicos familiares por tratarse de problemas no diagnosticados por falta de conocimiento en dicha área y como oportunidad para este objetivo sería la implementación de la Terapia Familiar apoyados por la Especialidad de Psicología Clínica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Smilkstein G., *The Family APGAR: A proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians*. Seattle, Washington, J Fam pract 1978, 6(6). 4
2. Huerta G.J.L., *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad*, editorial Alfil, 1ª. Ed. México 1998, p 47
3. Programa de acción: Mujer y Salud, ED., www.salud.gob.mx/docprog/estrategia.../mujer_y_salud.pdf , p.11-25
4. María C. Franqueza Roca. Jornadas de Actualización en psicogeriatría."¿Quién cuida al cuidador?"; N°. 172 ed. Dialnet, España 2003, pág. 221
5. García, x. y Estremero, J. (2003). Ciclo vital y crisis evolutivas. Buenos. Aires: Área de Salud Mental. Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina familiar y la Atención primaria de la Salud. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano de Buenos Aires.<http://www.foroaps.org/files/ciclovital201.pdf> pág 165-176
6. Alfredo Rodríguez del Alamo. Neuropsicólogo. Fundación SPF de Neurociencias.Cuidar al que cuida Manual de apoyo a cuidadores de pacientes con Alzheimer y crónicos domiciliarios.
7. Chagoya B.L.,Dinamica familiar Funcional y disfuncional, estudio médico de la familia, cap.17 pág 165-170
8. Herrera S.P.M. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud.rev. Cubana. Medicina General Integral 1997;pág 11-13
9. Modelo de Salud del grupo familiar Rev Cubana Salud Pública 2005;31(4) Escuela Nacional de Salud Pública
10. Pérez Trullen JM, Abanto Alta J, Labarta Mancho J. El síndrome del cuidador: en los procesos con deterioro cognoscitivo 1999 pág 5-7 y 9-10
11. Marino Pérez Álvarez, Adolfo Javier Cangas Díaz, José Manuel García Montes. Abordaje Clínico Autores: Apuntes de Psicología, ISSN 0213-3334, Vol. 24, N°. 1-3, 2006 , págs. 293-307
12. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural rev esp salud pública 2002, vol. 76, n.º 6. Pág 715.
13. Dra. Nancy Paleo Díaz. Especialista de primer grado de Psiquiatría.Los cuidadores, victimas secundarias de la enfermedad de Alzheimer. Index medico Journal-Quinta.Edic.www.indexmedico.com/alzheimer/paleo_diaz.htm
14. Armando Carlos Roca Socarrás1, Kleydis. Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. "Burden in Caregiver of Demented Age" Interpsiquis. 2005
15. Medicina Familiar. Crisis familiares, Autores: Huerta JL. Medicina familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Capitulo 2 pág. 40-44. Editorial Alfil
16. Repercusiones sociales en la familia y papel de los cuidadores Revista Clínica de Medicina de Familia versión impresa ISSN 1699-695X vol.2 n.7 Albacete jun. 2009
17. Secretaría de Salud, Dirección de Estadística El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México INEGI-SOMEDE; 1990.
18. A Barragán-Solís. El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. Rev. Med. Fam.vol 8 pág 109-117
19. Gutiérrez Robledo L. La Salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. (SABE) Organización. Panamericana de la Salud, WDC 2004 (*Rev Soc Mex Ger* 1(2):pág 30-41.(1990)
20. Dr. Pedro Paulo Marín. Dr. Salvador Sarrá.Evaluación funcional del adulto mayor EFAM- Chile Evaluación Geriátrica, septiembre de 2003.
21. Alice Chartrand Vázquez., Frangel Arias Sánchez, Autor Deterioro psicosomático del cuidador crucial ante la enfermedad discapacitante del adulto mayor Instituto

- Superior de Ciencias Médicas de la Habana” del policlínico universitario “Héroes de Girón” año Medicina General Integral. Ciudad de la Habana 2009
22. Guía de Atención Domiciliaria, Autores: Ramón Veras Castro. Médico de familia. Distrito Sanitario Málaga 2006/Sevilla,pág 23
 23. Wilson Astudillo, Carmen Mendiñeta y Patricia Granja. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida.
 24. Psic. Noemí Lucero Islas Salas y Mtra. Psic. Bertha Ramos del Río. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC.. Programa Psicología de la Salud. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
 25. María José Valderrama Ponce. El cuidado, ¿Una tarea de mujeres? Cuadernos de historia-geografía, ISSN 1136-6834, N° 35, 2006 Vasconia. págs. 373-385
 26. María Ángeles Durán. Las demandas sanitarias de las familias. Departamento de Economía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Madrid. España.
 27. Dr. Arturo Perea-Martínez, Dr. Arturo Loredo-Abdalá, et al. Negligencia o pobreza. El sobre-diagnóstico del maltrato al menor Acta Pediatría Mex 2007;28(5):193-7,
 28. El perfil sociodemográfico del cuidador primario del paciente adulto mayor se ve afectado en todo momento. Rev CONAMED. 2008; 13 Supl 1: 17-21
 29. Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. Primera Edición, 2001. Secretaría de Salud ISBN 970-721-003-6
 30. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Autores: Mariana Belló, Lic en Psic, Esteban Puentes-Rosas, M en C María Elena Medina-Mora, Dra en Psic, Rafael Lozano. Salud pública de México / vol.47, suplemento 1 de 2005 Pag 54-60
 31. Escala de Zarit reducida para sobrecarga del cuidador en atención primaria. unirioja.es/servelet/articulo.código2265744
 32. www.nimh.nih.gov/health/publications/español/depresion/.pdf
 33. www.clinicadeansiedad.com/01/12/50/test_de_ansiedad_orientativos. Inventario de ansiedad (adaptado de Beck)
 34. Araceli González-Valentín Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga
 35. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.
 36. María Angeles Duran Heras. Las demandas Sanitarias de las familias Departamento de Economía Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (CSIC). Madrid España pág 22-26
 37. Envejecimiento, http://Catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/hr/c.outino_m_/capitulo.2001; pág. 51.
 38. Astudillo, W. Mendiñeta C. Importancia de la comunicación en el cuidado paliativo. Cuidados del enfermo en el final de la vida. editores. Medicina Paliativa, vida y atención a su familia. 5 ed. Barañain EUNSA, 2008. p. 10-12
 39. Roca I Casas et al Atención domiciliaria a pacientes crónicos. La atención en el domicilio del paciente con demencia. Cuidados paliativos en Atención Primaria de Salud FMC.1994.pág 88-103
 40. Teran Trillo, Ponce Rosas, Irigoyen Coria; Fernández Ortega, Gómez Clavelina F.J. Redes sociales en la atención médica familiar; Rev Med.Fam.1999pág 35-44

Anexos

Escala de sobrecarga de Zarit consta de 21 reactivos.

En la evaluación para este estudio se considero la evaluación de Zarit por ello la descripción de su evaluación depende de 84 puntos para tener un adecuado estado de salud y no contar con esta patología de cuidador.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Núm	Preguntas	Puntuación				
		0	1	2	3	4
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente cansado cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4	¿Se ha sentido avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Cree que la situación actual afecta su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
6	¿Siente angustia por el futuro que le espera a su familia?					
7	¿Siente que su familiar depende al 100% de usted?					
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
9	¿Siente que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar?					
10	¿Siente que no tiene vida propia por cuidar de su familiar?					
11	¿Su vida social se ve afectada por cuidar de su familiar?					
12	¿Es molesto invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
13	¿El familiar lo ve como la única persona con la que puede contar?					
14	¿Le afecta económicamente el cuidar a su familiar?					
15	¿Se siente capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
16	¿Perdió el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
17	¿Dejaría el cuidado de su familiar a otras personas?					
18	¿Fue orientado acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
19	¿Desearía hacer más de lo que hace por su familiar?					
20	¿Ha presentado cambios en su estado de ánimo por cuidar a su familiar?					
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

Cada ítem se valora de la siguiente forma.

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima es de 84 puntos.

Indicación: medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores.

Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cada uno de los cuales se califica en un gradiente de frecuencia que va desde 0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. A veces, 3. Bastantes veces, 4. Casi siempre.

Interpretación:

-<47; No sobrecarga

-47 a 55; Sobrecarga leve

->55; Sobrecarga intensa

Inventario de Ansiedad (adaptado de Beck)

• Nombre:

• Edad:

• Fecha:

Indique el grado de malestar que le ha provocado cada síntoma de los expuestos a continuación durante los últimos diez días , colocando el número adecuado en el espacio correspondiente. Aplicando un (0) a ninguna tensión y un (10) a la máxima tensión.

1. Debilidad (sobre todo en las piernas).
2. Incapacidad para relajarme
3. Temores a que suceda una catástrofe
4. Mareos / Vértigos.
5. Aceleración del latido cardiaco
6. Sensación de estar aterrorizado
7. Nerviosismo
8. Desasosiego
9. Sensación de ahogo
10. Temblores de manos generalizados, estremecimientos.
11. Miedo a perder el control
12. Miedo a morir.
13. Sensación de irrealidad.
14. Respiración dificultosa y entrecortada
15. Sentirse asustado y atemorizado
16. Malas digestiones, gases, nudo en el estómago.
17. Sensación de desmayo
18. Rubor facial.
19. Sudoración, sin que pueda deberse a la temperatura ambiental.