



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

*MEDIR LA SOBRECARGA SUBJETIVA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE  
PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERMINALES EN EL H.G.Z. /U.M.F. # 8  
"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".*

**T E S I S**

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. GABRIELA HERNÁNDEZ TRUJILLO**

**ASESORES:**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

**DRA. GUADALUPE ALMA RUTH DAMKEN ROBLES**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8**

**"DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**

**No de Registro: R-2011-3605-21**



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.

**MEDIR LA SOBRECARGA SUBJETIVA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERMINALES EN EL H.G.Z. /U.M.F. # 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

**AUTORES:**

Dra. Hernández Trujillo Gabriela, Dra. Guadalupe Alma Ruth Damken Robles, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. H.G.Z./U.M.F.#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

**OBJETIVO:**

Determinar la sobrecarga subjetiva de cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales en el HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Tipo de estudio: transversal, descriptivo. Criterios de inclusión: cuidadores primarios de pacientes de la consulta externa del HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” con dolor crónico o enfermedad terminal. Criterios de exclusión: que no firmen la carta de consentimiento informado. Muestra: 138 pacientes; intervalo de confianza 99%. Variables: edad paciente cuidado, sexo paciente cuidado, padecimiento paciente cuidado, sexo cuidador primario, edad cuidador primario, estado civil cuidador primario, tiempo de ser cuidador primario, sobrecarga global, grado de sobrecarga. Instrumento de recolección: Escala de Carga de Zarit para obtener los resultados de la investigación.

**RESULTADOS:**

Se estudió 138 pacientes, observando predominio de sexo femenino 106 (76.8%), sexo masculino 32(23.2%). Se encontró 63% cuidadores primarios con un grado de sobrecarga intensa; así mismo 69.9% reportaron mucha sobrecarga global.

**CONCLUSIONES:**

Los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales del HGZ/UMF#8 tienen un grado de sobrecarga global en un 69.9%.

**Palabras claves:** cuidador primario, sobrecarga global, grado de sobrecarga.

***MEDIR LA SOBRECARGA  
SUBJETIVA EN LOS CUIDADORES  
PRIMARIOS DE PACIENTES CON  
DOLOR CRÓNICO Y TERMINALES EN  
EL H.G.Z. /U.M.F. # 8  
“DR. GILBERTO FLORES  
IZQUIERDO”.***

## AUTORIZACIONES

---

Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro

Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8

“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Encargado de la Coordinación Clínica de Enseñanza e Investigación en Salud

HGZ/UMF No.8

“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

---

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 “Dr.  
Gilberto Flores Izquierdo”

---

Dr. Jesús Andrés González Zepeda

Profesor Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8 “Dr.  
Gilberto Flores Izquierdo”

---

Dra. Guadalupe Alma Ruth Damken Robles

Especialista en Medicina Familiar

Adscrito a la UMF No 140. Encargada de Programa DIABETIMSS

Asesor clínico de tesis

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi madre, por la valentía de haberme dado la vida.*

*A mi familia, quien inspira mis proyectos y logros.*

*A mis amigos, quienes con su compañía incondicional hacen de mi travesía por este mundo algo agradable e inolvidable.*

*A mis profesores, por sus enseñanzas, compañía y consejería durante este proceso de mi formación.*

*A todos los patrocinadores anónimos presentes en mí día a día.*

*A la vida, por las experiencias ganadas, que permiten hacer de mí una mejor mujer.*

*A Dios, por permitirme incluir todo esto en mi vida.*

## ÍNDICE

	Páginas.
Resumen	2
Antecedentes	7
Planteamiento del problema	13
Justificación	13
Objetivos	14
Hipótesis	14
Materiales y métodos	14
Tipo de estudio	14
Diseño de la investigación	15
Población lugar y tiempo	16
Muestra	16
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	17
Variables	17
Diseño estadístico	21
Métodos de recolección de datos	22
Maniobras para evitar y controlar sesgos	22
Cronograma	23
Consideraciones éticas aplicables al estudio	24
Consideraciones de las normas e instructivos institucionales	24
Recursos materiales y humanos	24
Resultados	26
Discusión	49
Conclusiones	50
Bibliografía	52
Anexos	54



## MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCIÓN

Con el progresivo envejecimiento de la población y una mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas, discapacidades físicas o psíquicas y con ello un creciente número de pacientes con dolor crónico, el crecimiento del número de personas dedicadas al cuidado de familiares enfermos o de personas que así lo requieren debido a su condición ha ido en aumento (Consejo Nacional de Población 2006). Es por ello que el interés por la prestación de estos cuidadores y todo de lo que ellos sea materia a evaluar ha crecido durante las últimas décadas. Actualmente existe consenso entre los investigadores de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante. Por lo general los cuidadores primarios llegan a tener complicaciones en su bienestar físico, psicológico y social. (Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998; Wu y Lo, 2007). 1

La evidencia sugiere que los cuidadores primarios reportan una pobre percepción de su salud y se ha demostrado que tienen una baja respuesta inmunológica. Específicamente, la carga y la tensión que sufren los cuidadores primarios están asociadas a niveles altos de comorbilidad. 1, 2

### CONCEPTO DE CARGA

El concepto de carga se remonta a los años sesenta, cuando Grand y Sainsbury (1963) se interesaron en conocer como afectaba a la familia y a la vida doméstica la convivencia con pacientes psiquiátricos. Posteriormente, el impacto de esta forma de asistencia implicó la necesidad de evaluar sus efectos, y a su vez puso de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término "carga", las que fueron el origen de la primera distinción entre "carga subjetiva" y "carga objetiva". (Montorio y cols., 1998). 2, 3

La carga objetiva tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol de cuidador y se relaciona fundamentalmente con variables del paciente y con las características que determinan la demanda de cuidados; el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados.

La carga subjetiva se ha definido como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto las dificultades como las recompensas. 2,3

A pesar de la ambigüedad del concepto, la carga es comunmente planteada dentro del contexto del modelo cognitivo- conductual del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986). De este modo, la carga es vista como la evaluación o la percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas. Siguiendo este enfoque, Zarit diseñó la Entrevista de Carga del Cuidador, uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la carga subjetiva del cuidador primario. Se ha comprobado que los cuidadores con mayor nivel de

carga, medida mediante este instrumento, muestran peor autopercepción de salud y mayor probabilidad de tener trastornos emocionales. (García y cols., 2004). 4

La Organización Mundial de la Salud promueve la importancia de que las familias reciban apoyo por parte de los servicios de cuidados paliativos, identificando no sólo al paciente sino a la familia como unidad de cuidado. Cuidar a pacientes con dolor crónico o con enfermedad terminal puede producir estrés y desembocar en un sentimiento de “sobrecarga”. Diversos factores se relacionan con la aparición de la sobrecarga, entre ellos se pueden destacar el apoyo social que recibe el cuidador primario y el estado de salud de la persona cuidada.

Los grados de discapacidad y dependencia ante una enfermedad crónica o dolor difieren según las características psicosociales y culturales de la población. La dependencia y la discapacidad ocasionan reacciones en la familia. En nuestro país, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, lo cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes. A pesar de esto, en México se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores, quienes comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados por su papel. La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados. 5, 6

## **CUIDADOR PRIMARIO**

En 1999, la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa e indirecta”.

Se ha confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y en la salud. Existen estudios que han encontrado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. Se han identificado alteraciones en esta población que afecta múltiples esferas – emocional, social, estructural -, las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo. 7, 8, 9

Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre. Mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador sacrifica sus propios recursos y actividades.

Algunos factores identificados en los cuidadores primarios y que han sido susceptibles de evaluación son patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad, estrés, tipo de cuidado y sobrecarga.

El tipo de cuidado se ha descrito en términos de la duración del cuidado en meses o años y en horas al día, así como en el grado de impacto de la vida privada del

cuidador y en la frecuencia de la ocurrencia de indicadores diagnósticos de estrés en el cuidador. Las investigaciones sobre las consecuencias del papel del cuidador se han centrado en la sobrecarga o burden, que describe las consecuencias negativas del cuidador sobre la familia y las posibles variables que pueden influir en ella. 10

## **FAMILIA COMO RED SOCIAL PRIMARIA**

El cuidado al enfermo con dolor crónico y enfermedades terminales, ha sido tratado por numerosos autores, entre otros por Zarit, S. H. (1.980), Pereda, C., De la Prada, M. A., Actis, W., Rodríguez, P. y sus col. (1.999), García, M. y sus col. (2.001), Quintanilla, M. (2.002) y Rodríguez, A. y sus col. (2.004a) estableciendo el marco conceptual que ha permitido identificar los antecedentes y la situación del problema de ser cuidador primario y lo que ello implica. 10, 11, 12

El ser humano se caracteriza por ser un individuo que vive en sociedad, motivo por el que ha sido capaz de desarrollar sus conocimientos y dominar la naturaleza. La sociedad es un sistema dinámico y abierto, dentro del cual existen subsistemas poblacionales que interactúan entre sí. Uno de estos subgrupos son los pacientes con padecimientos terminales y dolor crónico. El marco de relación entre los subsistemas puede ser de enfrentamiento o colaboración. En estos subgrupos esta interdependencia puede ser compleja y conflictiva ya que puede presentar un grado de dependencia hacia otros segmentos sociales (García, M. y cols., 2.001 y Rodríguez, A. y cols., 2.004). Entre los individuos en sociedad, se producen interacciones como el amor, la cooperación. El apoyo social consiste en proporcionar distintos tipos de ayuda emocional o material desde el entorno social que rodea al individuo y que suele darse recíprocamente según el momento de la vida en que se produzca. El nivel de cercanía del entorno social varía ampliamente según el tiempo histórico en el que se produce dependiendo de la cultura y la organización de dicho entorno. La insuficiencia de apoyo social es un grave problema para el ser humano que puede llevar incluso a la muerte. 11, 12

El apoyo social mutuo tiene aspectos como el reconocimiento, la pertenencia y la vinculación al grupo, la percepción de autoestima, la obtención de bienes necesarios como la nutrición o el cuidado en la enfermedad, la infancia y la vejez. Según indica Quintanilla, M. (2.002), existen tres categorías de apoyo. El apoyo emocional es el intercambio de sentimientos proporcionando comprensión y amor, reforzando el sentido de pertenencia y autoestima. El apoyo informativo o estratégico es la ayuda para la resolución de problemas concretos. Y finalmente, el apoyo material o instrumental consiste en la prestación de servicios en circunstancias que no pueden ser salvadas por uno mismo. Por tanto, el apoyo social abarca temas económicos pero también servicios en actividades de la vida diaria como el cuidado personal, las tareas domésticas y salir a la calle.

El apoyo social depende de las redes sociales de cada individuo, aunque no siempre que hay red, hay apoyo. En general, el principal representante es la familia y es la que se encarga del apoyo emocional y material e instrumental, dejando a los profesionales (con conocimientos específicos) el apoyo estratégico para cuando se produce un problema concreto como la enfermedad. La familia,

como red social primaria, cumple un papel esencial de apoyo social y cuidado en todas las etapas de la vida humana. A veces, sin embargo, durante las relaciones que mantienen los miembros de la familia aparecen consecuencias no deseadas, pero dentro del contexto amplio de relaciones positivas y negativas de ayuda mutua. Como indica Zarit, S. H. (1.980), puede darse el caso que las personas que son cuidadores primarios, se sientan muy absorbidas, estresadas, fatigadas, con un sentimiento de sobrecarga. 11, 12, 13

## **IMPACTO Y CONSECUENCIAS DE SER CUIDADOR**

Numerosos autores determinan que el ser cuidador primario conlleva un impacto y consecuencias que en ocasiones son negativas. A continuación se desarrollan algunas teorías. (Martín, M., Salvadó, I. y Nadal, S., 1.996 y Picot, S., Zauszniewski, Debanne SM y Holston, E.1.999) y en otras positivas (Farran, C. J., 1.997)

### **Consecuencias en los cuidadores.**

Las consecuencias de ser cuidadores primarios pueden clasificarse en negativas o positivas según la autopercepción de los cuidadores. Las consecuencias negativas son recogidas ampliamente por la literatura, mientras que el estudio de las positivas es un campo emergente que refuerza positivamente el concepto de cuidar. En cuanto a las consecuencias positivas destacamos los sentimientos positivos que se desarrollan al cuidar a una persona y el sentimiento de bienestar. Entre las consecuencias negativas del cuidado diversos autores destacan las consecuencias sobre la salud física y mental, la depresión, el cansancio, la sobrecarga, los problemas laborales, económicos y sociales.

### **Principal consecuencia negativa del cuidado en el cuidador primario: El sentimiento de carga, ansiedad y depresión.**

La principal consecuencia es el llamado “sentimiento de carga” en los cuidadores primarios. El conocimiento o identificación de los factores que puedan mejorar las consecuencias de cuidar en el cuidador podrá potenciar la aplicación de intervenciones que mejoren el estado psicológico del cuidador y el coste económico del mismo. El concepto de “carga” antes de 1.980 solo era utilizado por la psiquiatría pero desde esta fecha (Zarit, S. H., 1.980) también se utiliza en geriatría. La **escala de sobrecarga de Zarit** permite establecer cuando es aconsejable institucionalizar al paciente por la carga que está soportando el cuidador. La carga se puede definir como la alteración y/o estrés que aparece cuando los hechos ocurren con mayor rapidez que la capacidad mental para darles coherencia. Por tanto, esta conceptualización se basa en la teoría de adaptación y estrés de Lazarus, R.S. y sus col. (1984). Martín, M. y sus col. (1996) fueron los primeros autores en 1996 que validaron la escala de Zarit. Según estos autores hay tres modelos conceptuales que explican la sobrecarga:

1. Relación de la sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente. **A mayor deterioro del paciente hay mayor sobrecarga en el cuidador.**

2. Buscar la explicación de la **sobrecarga** según la calidad de vida, **ansiedad o depresión** del cuidador primario, desde su propia personalidad.

3. La teoría general de la adaptación y estrés (Lazarus, R. S. y sus col., 1.984). El cuidador debe afrontar determinados factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve mediada por factores psicológicos, impacto emocional, utilización de soporte familiar y estrategias de afrontamiento. Como resultado de la interacción entre acontecimientos estresantes y mediadores de respuesta, los cuidadores pueden tener una vivencia subjetiva de sobrecarga que se puede medir con la escala de sobrecarga de Zarit.

Debido a lo descrito, se considera que el apoyo al cuidador debe tomarse como una actividad central y definitiva. Las necesidades de los cuidadores primarios son multidimensionales e incluyen apoyo económico, psicológico, informativo y para manejar la fatiga. 12, 13, 14

## **ESCALA DE CARGA DE ZARIT**

Distintos estudios muestran la utilidad del instrumento, los que coinciden en que la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos en el cuidado. Se ha reportado que la puntuación de carga obtenida en la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit es un mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados.

El instrumento original de Zarit y cols. (1980) consistía en un cuestionario de 29 ítems. Evaluaba los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del cuidador. En una revisión del instrumento Zarit, Orr y Zarit (1985) redujeron el instrumento de reactivos a 22. Validada en 1998 por Montorio y cols para 22 ítems en población española.

Se evalúan tres grandes esferas de acuerdo al concepto que engloba cada factor:

1. Impacto del cuidado sobre el cuidador, se refiere principalmente a las valoraciones que hace el cuidador respecto de la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social.
2. Relación interpersonal cuidador-paciente, representando por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con su familiar o paciente, como sentimientos de vergüenza, enfado, tensión.
3. Expectativas de autoeficacia, refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar. 15,16, 17

## **VALIDEZ DE LA ENTREVISTA DE CARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN POBLACIÓN MEXICANA**

El interés por validar la versión de Montorio y cols. (1998) de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (en población de Madrid, España), nace de la necesidad de contar con instrumentos psicológicos con cualidades psicométricas adecuadas a nuestra población y que permitan identificar factores psicológicos relacionados con la salud o la enfermedad de los cuidadores primarios que cuidan o asisten las necesidades de sus pacientes. Se realizó con cuidadores primarios que asistían junto con sus pacientes a instituciones de salud pública de la Ciudad de México. Unidad 503 de Cardiología del Hospital General de México, Clínica de EPOC del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Centro Médico Siglo XXI (unidad de pediatría), Programa de atención domiciliaria de las unidades de Medicina Familiar 21 y 73 del IMSS, Esclerosis Múltiple Asociación Civil (ERMAC) y Clínica de la Facultad de Estudios Superiores – Zaragoza (UNAM), programa "Cuidado del Adulto Mayor". 18

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿Cuál es la frecuencia de sobrecarga subjetiva en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales en el HGZ/UMF# 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"?

## **JUSTIFICACION:**

En nuestro país no existen muchos estudios sobre las características psicoafectivas de la persona que asume voluntariamente el papel de responsable de un paciente. El cuidador primario de un enfermo terminal es la figura clave en todo el proceso de enfermedad. En los últimos años se han realizado investigaciones donde se han evaluado a los cuidadores primarios de pacientes con diferentes tipos de enfermedades. En cuanto a los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales, existen relativamente pocos estudios en nuestro país, sobre la prevalencia de las características psicoafectivas de la persona que asume voluntariamente el papel de responsable de un paciente. Siendo la sobrecarga, manifestada como depresión la principal de estas características psicoafectivas. Entre el 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos. En México, el cuidado de salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes. La Organización Mundial de la Salud promueve la importancia de que los familiares reciban apoyo por parte de los servicios de cuidados paliativos identificando no sólo al paciente sino a la familia como unidad de cuidado. Los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, sobre todo si cuidan pacientes terminales, el tipo de paciente influye en la sintomatología psicoafectiva.

Por lo tanto resulta pertinente efectuar un estudio que amplíe la experiencia y que permita evaluar la sobrecarga subjetiva en los familiares o cuidadores afectados, para proporcionar seguridad y eficacia en el diagnóstico, tratamiento y satisfacción en el curso de la evolución de la enfermedad a la que se enfrenta este cuidador, así como una medicina más digna de cuidados paliativos y minimizar el impacto negativo de la enfermedad del paciente cuidado en la calidad de vida de ambas partes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la sobrecarga subjetiva de cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales en el HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

## **OBJETIVO ESPECIFICO**

Conocer la sobrecarga global y el grado de sobrecarga, a través de los dominios de impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia, de la Escala de Carga de Zarit.

## **HIPÓTESIS ALTERNA:**

H0: La sobrecarga subjetiva es frecuente en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales en el HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

## **HIPÓTESIS NULA:**

H1: La sobrecarga subjetiva no es frecuente en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales en el HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

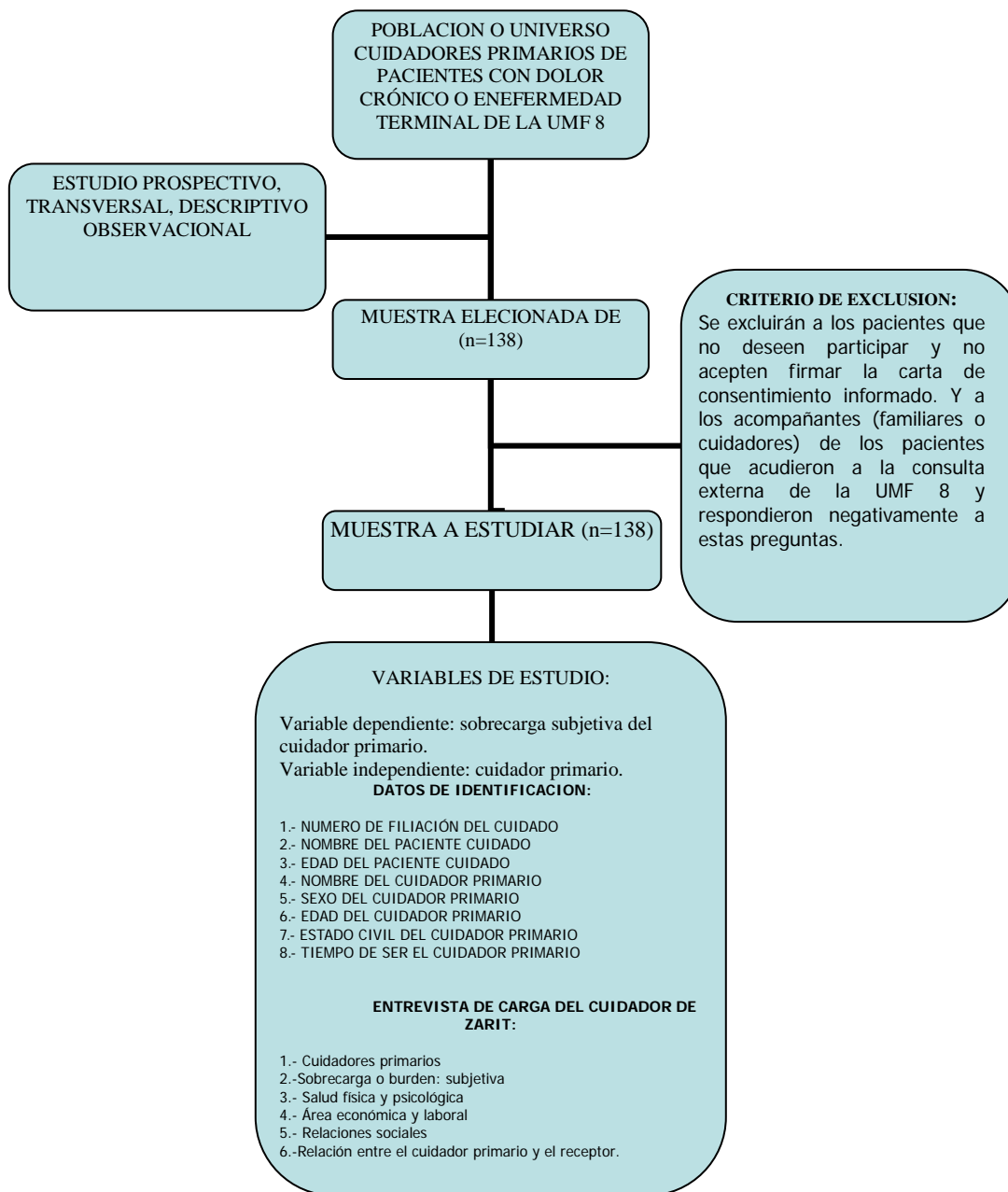
## **MATERIALES Y METODOS**

### **TIPO DE INVESTIGACION:**

- a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO
- b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL
- c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO
- d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO
- e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.



## DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



ELABORO: DRA. GABRIELA HERNÁNDEZ TRUJILLO.

## **POBLACION Ó UNIVERSO**

Se realizó el estudio en los cuidadores primarios que acudían con sus pacientes a la consulta externa del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que cumplan los criterios de inclusión, aplicándose la Escala de Carga de Zarit.

## **ÁMBITO GEOGRÁFICO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN**

La investigación se realizara en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, en la delegación Álvaro Obregón.

## **MUESTRA**

**TAMAÑO DE LA MUESTRA:** El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, requerirá 138 pacientes con un intervalo de confianza de 90%. Con una proporción del 0.15. Con una amplitud total del intervalo de confianza de 0.10.

## **DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

N= Numero total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

**CRITERIOS DE INCLUSION:** Nuestra población diana serán cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico o enfermedad terminal; sin distinción de sexo, ni de estado civil, a partir de la mayoría de edad, que deseen participar y firmen previamente la carta de consentimiento informado.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:** Se excluirán a los pacientes que no deseen participar y no acepten firmar la carta de consentimiento informado. Y a los acompañantes (familiares o cuidadores) de los pacientes que acudieron a la consulta externa de la UMF 8 y respondieron negativamente a estas preguntas.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:** Pacientes con pérdida de historia clínica, que no se encuentre por 3 intentos en los archivos de la UMF 8. Por fallecimiento del paciente cuidado, porque el paciente ya no sea derechohabiente al IMSS.

## **ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES**

**VARIABLE DEPENDIENTE:** Sobrecarga Subjetiva del Cuidador Primario.

**VARIABLE INDEPENDIENTE:** Cuidador primario.

**VARIABLES GENERALES:** número de filiación del cuidado, edad del paciente cuidado y del cuidador primario, sexo del cuidador primario, estado civil del cuidador primario, tiempo de ser el cuidador primario.

## **DATOS DE IDENTIFICACION**

- 1.- NUMERO DE FILIACIÓN DEL CUIDADO
- 2.- NOMBRE DEL PACIENTE CUIDADO
- 3.- EDAD DEL PACIENTE CUIDADO
- 4.- NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO
- 5.- SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO
- 6.- EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO
- 7.- ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO
- 8.- TIEMPO DE SER EL CUIDADOR PRIMARIO

## **ENTREVISTA DE CARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT**

- 1.- Cuidadores primarios
- 2.-Sobrecarga o burden: subjetiva
- 3.- Salud física y psicológica
- 4.- Área económica y laboral
- 5.- Relaciones sociales
- 6.-Relación entre el cuidador primario y el receptor.

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.**

**CUIDADOR PRIMARIO:** Es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres.

**SOBRECARGA O BURDEN SUBJETIVA:** Son las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; que se ha visto es un indicador de los efectos del cuidado.

**EDAD:** Es el tiempo transcurrido en años que un individuo ha vivido. Variable de tipo cuantitativo continua.

**SEXO:** Condición de los órganos sexuales que distingue a los organismos en macho y hembra. Variable nominal dicotómica, indicadores: masculino y femenino.

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES  
CARACTERISTICAS GENERALES**

<b>NOMBRE DE VARIABLES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>VALORES DE LAS VARIABLES</b>
NUMERO DE FILIACIÓN	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS CONSECUTIVOS
NOMBRE DEL PACIENTE CUIDADO	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL PACIENTE
EDAD DEL PACIENTE CUIDADO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS
SEXO PACIENTE CUIDADO	CUANTITATIVA	NOMINAL	1=MASCULINO 2=FEMENINO
NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO	CUALITATIVA	TEXTUAL	NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO
SEXO CUIDADOR PRIMARIO	CUALITATIVO	NOMINAL	1=MASCULINO 2=FEMENINO
EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS
ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO
	CUANTITATIVA		
TIEMPO DE SER EL CUIDADOR PRIMARIO		CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS

ELABORO: DRA. GABRIELA HERNÁNDEZ TRUJILLO.

**DEFICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES  
INSTRUMENTO DE ZARIT**

<b>NOMBRE DE VARIABLES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>	<b>VALORES DE LAS VARIABLES</b>
<b>GRADO DE SOBRECARGA</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	<b>1= NO SOBRECARGA( 0 A 46 PUNTOS)</b> <b>2= CARGA LEVE (47 A 55 PUNTOS)</b> <b>3=SOBRECARGA INTENSA( 56 A 88 )</b>
<b>SOBRECARGA GLOBAL</b>	CUALITATIVA	NOMINAL	<b>1= NADA (0 PUNTOS)</b> <b>2= POCA (1 PUNTO)</b> <b>3= MUCHA (2 PUNTOS)</b> <b>4= EXTREMA (3 PUNTOS)</b>

ELABORO: DRA. GABRIELA HERNÁNDEZ TRUJILLO.

## **DISEÑO ESTADISTICO**

Para el análisis de los datos se uso el paquete estadístico SPSS, versión 12.0, para Windows. Inicialmente se hará un análisis descriptivo de las variables de estudio. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentaje. Estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. Para el análisis De la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION**

Se diseño una presentación con los datos de identificación personalizada. Instrumento aplicado: Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit. Mide la sobrecarga subjetiva, definida como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. Versión española de Montorio y cols. (1998).

El cuestionario de Zarit se realizará al cuidador familiar habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales. Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados.

La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 88. Para cada ítem se utiliza una escala de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre). Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son:

- No sobrecarga: 0-46
- Sobrecarga leve: 47-55
- Sobrecarga intensa: 56-88.

Siendo el ítem 22 medidor de la sobrecarga global del cuidador primario, y tiene un rango de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre). Teniendo como punto de corte:

- Nada: 0
- Poca: 1
- Mucha: 2
- Extrema: 3

Las puntuaciones de sobrecarga correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física del cuidador, así como con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados.

## **METODO DE RECOLECCION**

En el estudio participaron cuidadores primarios y sus pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de medicina familiar y consulta de otras especialidades del HGZ/UMF#8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, con dolor crónico o enfermedad terminal. Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, informándoseles ampliamente en qué consiste éste estudio de investigación. Una vez que aceptaron participar, firmaron la carta de consentimiento informado.

Posteriormente se realizó interrogatorio directo acerca de la ficha de identificación. Se aplicó la Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit, se dio un tiempo de 30 minutos para la realización de la prueba. Por último se procedió a realizar el análisis estadístico del estudio en el programa SPSS.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

Se debe de aplicar la encuesta del cuidador primario de Zarit en forma individual o grupal. Se aplicara a partir de la mayoría de edad y a quienes puedan leer. Y a todo aquel que sea cuidador primario de paciente con dolor crónico o enfermedad terminal. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Durante la aplicación de la encuesta del cuidador primario de Zarit, es importante recordar que las respuestas no requieren aceptar ayuda de otras personas. NO debe hacerse mención de la presencia de sobrecarga. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario. Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario. El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.



## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:  
SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES TERMINALES O CON DOLOR CRÓNICO

2009-2010

FECHA	MAR 2009	ABR 2009	MAY 2009	JUN 2009	JUL 2009	AGO 2009	SEP 2009	OCT 2004	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2009	FEB 2009
TÍTULO							X					
ANTECEDENTES							X					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA							X					
OBJETIVOS								X				
HIPOTESIS								X				
PROPOSITOS								X				
DISEÑO METODOLOGICO								X				
ANALISIS ESTADISTICO									X			
CONSIDERACIONES ETICAS										X		
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFIA												X
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACION												
FECHA	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010	ENE 2011	FEB 2011
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
ALMACENAMIENTO DE DATOS			X	X	X	X	X	X	X	X		
ANALISIS DE DATOS											X	
DESCRIPCION DE DATOS											X	
DISCUSIÓN DE DATOS											X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACION Y REVICION FINAL											X	
REPORTE FINAL												X
AUTORIZACIONES												
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												
PUBLICACION												

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, un aplicador de cuestionarios, un recolector de datos, se espera la participación en cuanto a orientación de la realización de la investigación del asesor de investigación. Se cuenta con la entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit.

Para la realización de esta investigación se cuenta con el apoyo para el análisis estadístico a través del programa SPSS 12 de Windows. Servicio de fotocopiado para reproducir la entrevista sobre la carga del cuidador primario de Zarit, lápices, borradores. Los gastos en general se absorberán por el residente de medicina familiar Gabriela Hernández Trujillo.

### **RECURSOS MATERIALES:**

- Hojas
- Lápices
- Goma
- Plumas
- Computadora, con programas como WORD, EXCEL
- Programa estadístico SPSS 17
- Impresora
- Artículos
- Internet

### **RECURSOS HUMANOS:**

- Un investigador
- Un asesor clínico
- Un asesor metodológico

### **FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO**

- Los disponibles por el investigador

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO**

La presente investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975, garantizando a los pacientes entrevistados el mejor método diagnóstico y terapéutico con el que cuenta esta institución. Asimismo se dio a conocer ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no interferiría de ningún modo con la relación médico/paciente. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación y la encuesta de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales de Zarit, se encuentra en anexos.

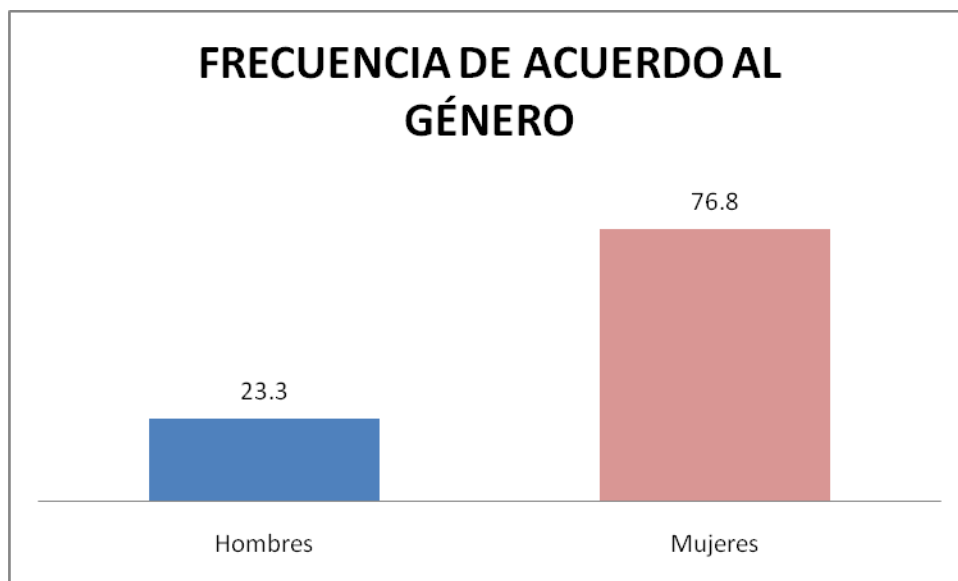
## **CONSIDERACIÓN DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES DE MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de investigación.

## RESULTADOS

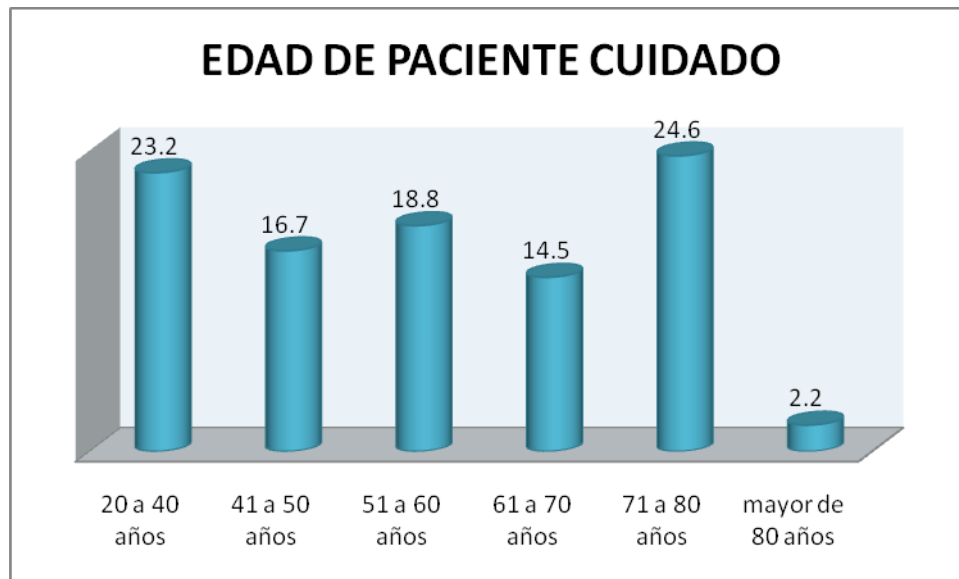
\_Se estudió 138 pacientes cuidadores primarios del HGZ/ UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, observando predominio de sexo femenino 106 (76.8%), sexo masculino 32(23.2%).

Genero	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombres	32	23.3
Mujeres	106	76.8
Total	138	100



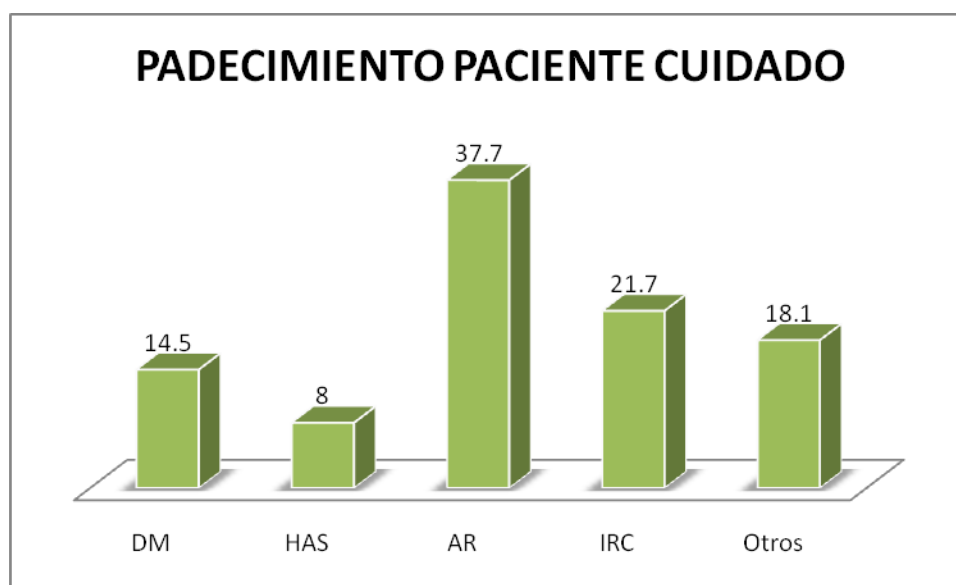
\_ En cuanto al rango de edad del paciente cuidado se encontró 32 (23.2%) 20 a 40 años, 23 (16.7) 41 a 50 años, 26 (18.8) 51 a 60 años, 20 (14.5) 61 a 70 años, 34 (24.6%) 71 a 80 años, 3 (2.2) más de 80 años.

Edad de paciente cuidado	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>20 a 40 años</b>	32	23.2
<b>41 a 50 años</b>	23	16.7
<b>51 a 60 años</b>	26	18.8
<b>61 a 70 años</b>	20	14.5
<b>71 a 80 años</b>	34	24.6
<b>mayor de 80 años</b>	3	2.2
<b>Total</b>	138	100.0



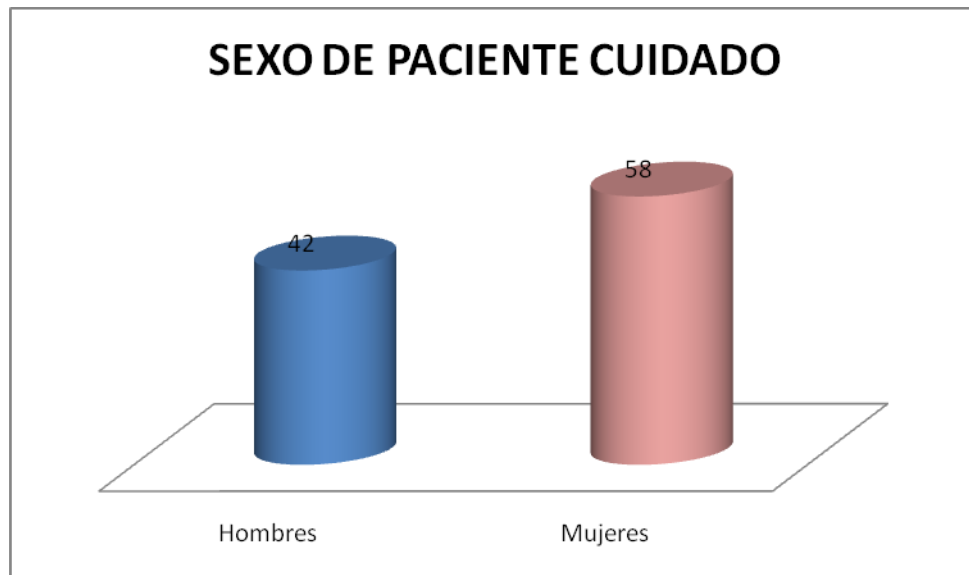
\_En lo que corresponde al padecimiento en el paciente cuidado se observó 20 (14.5%) pacientes con DM2, 11 (8.0%) pacientes con HAS, 52 (37.7%) pacientes con AR, 30 (21.7%) pacientes con IRC, 25 (18.1%) pacientes con otros padecimientos.

Padecimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
DM	20	14.5
HAS	11	8.0
AR	52	37.7
IRC	30	21.7
Otros	25	18.1
Total	138	138



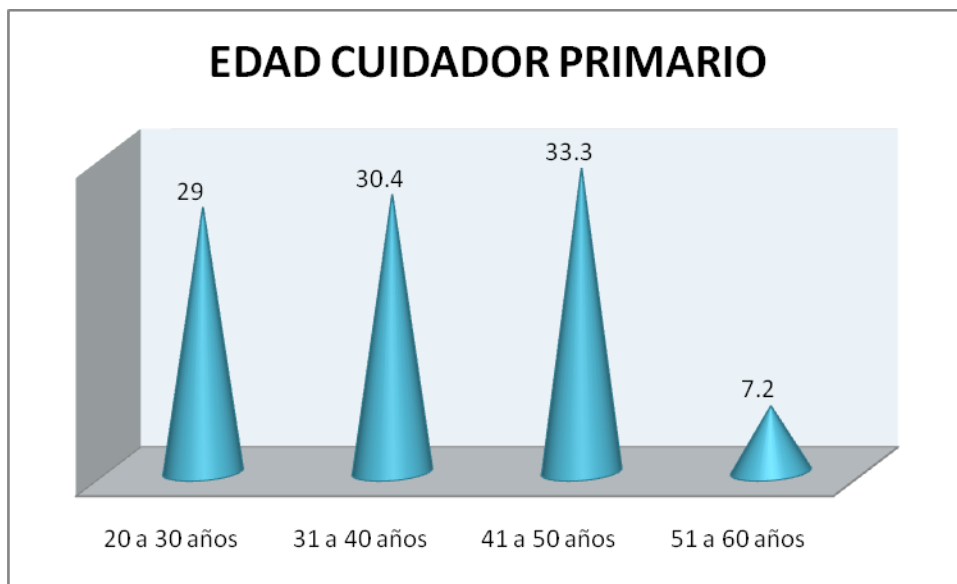
\_ Respecto al sexo del paciente cuidado se encontró 58 (42.0%) sexo masculino, 80 (58.0%) sexo femenino.

Genero	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombres	58	42.0
Mujeres	80	58.0
Total	138	100



\_En el rango de edad del cuidador primario se encontró 40 (29%) 20 a 30 años, 42 (30.4%) 31 a 40 años, 46 (33.3%) 41 a 50 años, 10 (7.2%) 51 a 60 años.

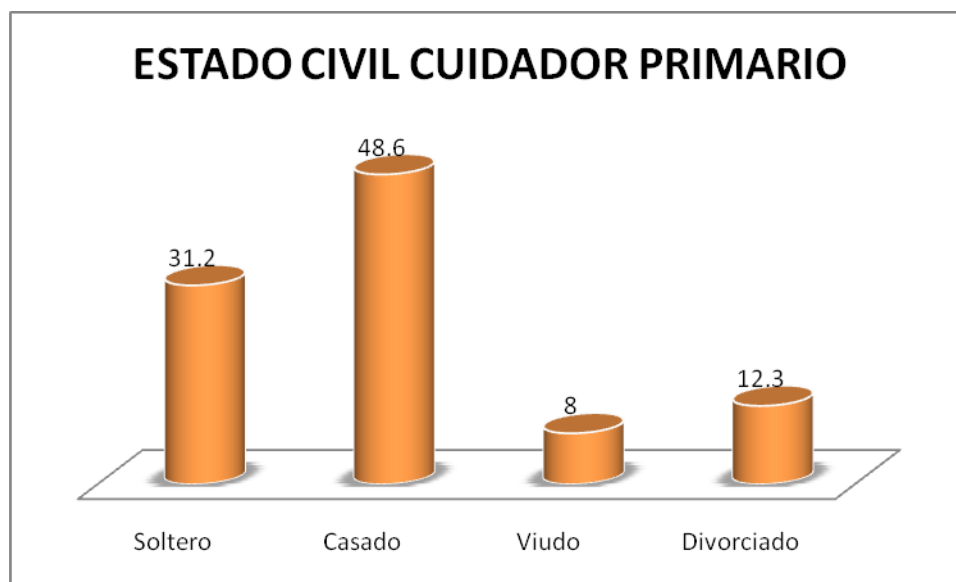
Edad cuidador primario	Frecuencia	Porcentaje (%)
20 a 30 años	40	29
31 a 40 años	42	30.4
41 a 50 años	46	33.3
51 a 60 años	10	7.2
Total	138	100





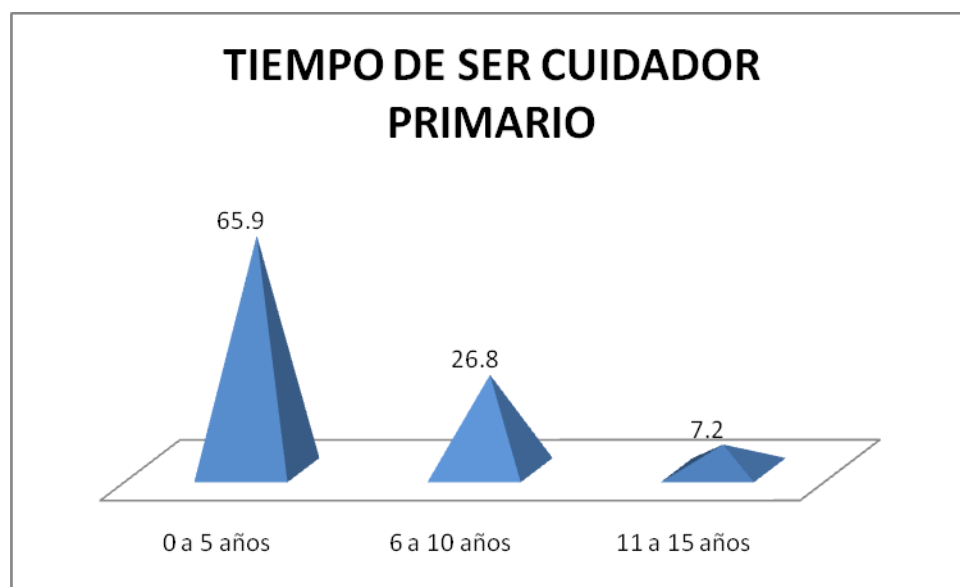
\_ Se analizó el estado civil del cuidador primario 43 (31.2%) soltero, 67 (48.6%) casado, 11 (8.0%) viudo, 17 (12.3%) divorciado.

Estado civil cuidador primario	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	43	31.2
Casado	67	48.6
Viudo	11	8.0
Divorciado	17	12.3
Total	138	100



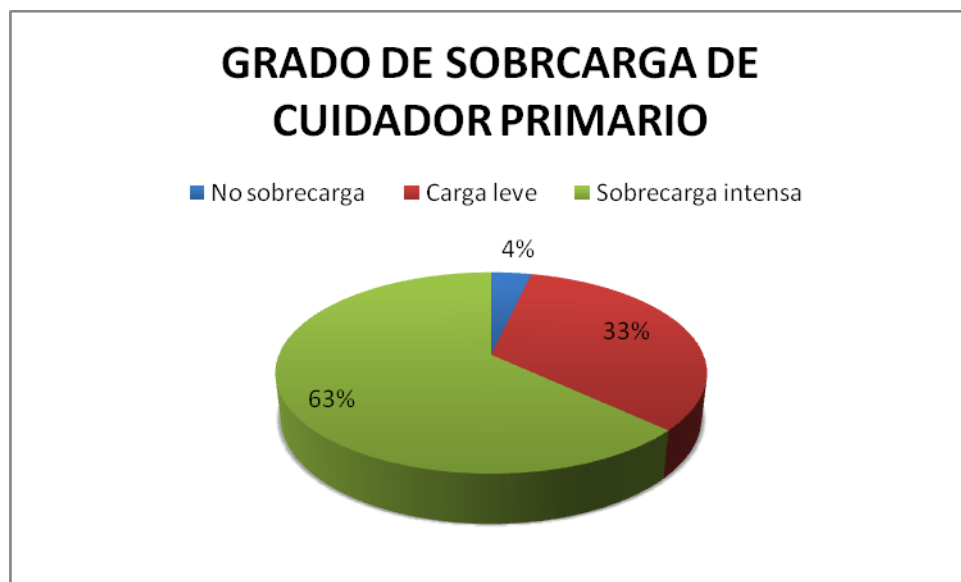
\_ Se observó dentro del parámetro tiempo de ser cuidador primario 91 (65.9%) 0 a 5 años, 37 (26.8%) 6 a 10 años, 10 (7.2%) 11 a 15 años.

Tiempo de ser cuidador primario	Frecuencia	Porcentaje (%)
0 a 5 años	91	65.9
6 a 10 años	37	26.8
11 a 15 años	10	7.2
Total	138	100



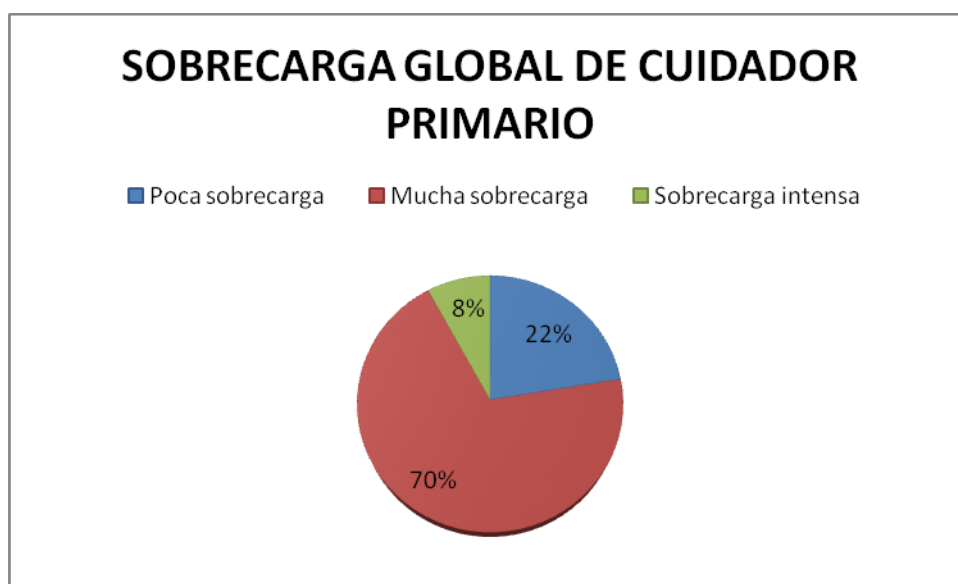
\_ En cuanto al grado de sobrecarga de cuidador primario se encontró 5 (3.6%) no sobrecarga, 46 (33.3%) carga leve, 87 (63.0%) sobrecarga intensa.

Grado de sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje (%)
No sobrecarga	5	3.6
Carga leve	46	33.3
Sobrecarga intensa	87	63.0
Total	138	100



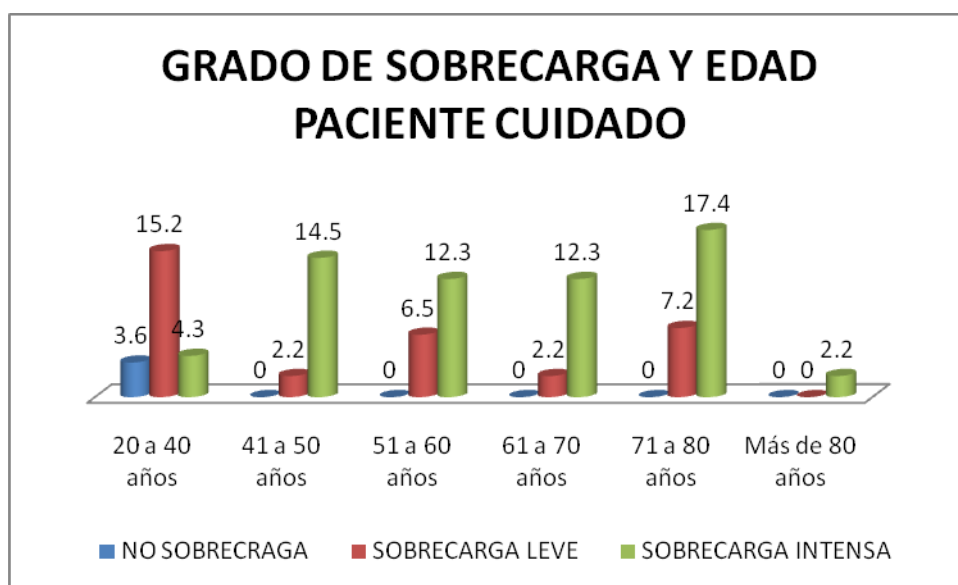
\_Se observó en la sobrecarga global de cuidado primario 31 (22.5%) poca sobrecarga global, 96 (69.6%) mucha sobrecarga global, 11 (8.0%) intensa sobrecarga global.

Sobrecarga global de cuidador primario	Frecuencia	Porcentaje (%)
Poca	31	22.5
Mucha	96	69.9
Intensa	11	8.0
Total	138	100



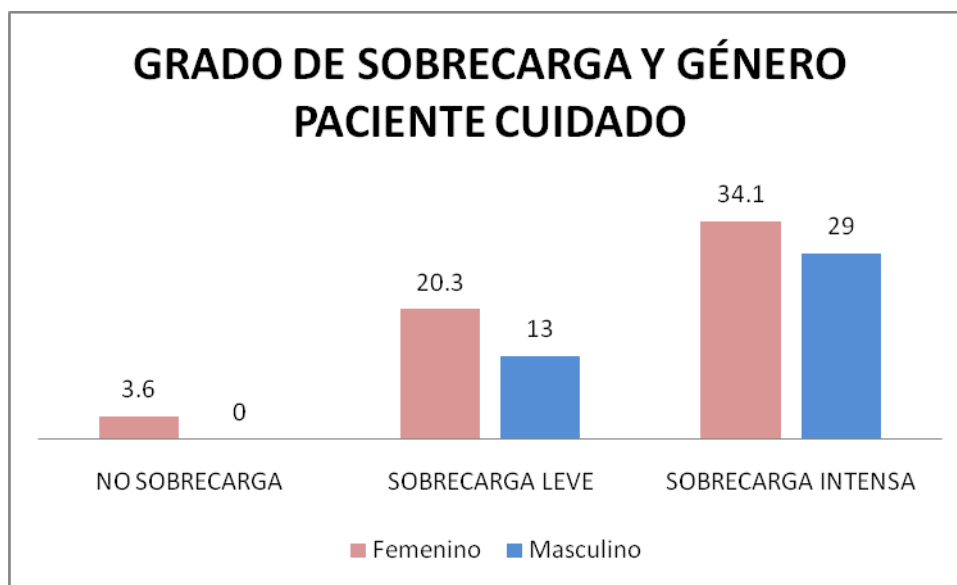
\_En el apartado grado de sobrecarga y rango de edad de paciente cuidado, se analizó 5 (3.6%) 20 a 40 años con no sobrecarga, 21 (15.2%) con sobrecarga leve, 6 (4.3%) con sobrecarga intensa. De 41 a 50 3 (2.2%) con sobrecarga leve y 20 (14.5%) con sobrecarga intensa. De 51 a 60 años 9 (6.5%) con sobrecarga leve y 17 (12.3%) con sobrecarga intensa. De 61 a 70 3 (2.2%) con sobrecarga leve, 17 (12.3%) con sobrecarga intensa. De 71 a 80 años 10 (7.2%) con sobrecarga leve y 24 (17.4%) con sobrecarga intensa. En el rango mayor de 80 años 3 (2.2%) con sobrecarga intensa.

Edad paciente cuidado	GRADO DE SOBRECARGA						Total	
	NO SOBRECARGA		SOBRECARGA LEVE		SOBRECARGA INTENSA			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
20 a 40 años	5	3.6	21	15.2	6	4.3	32	23.2
41 a 50 años	0	0.0	3	2.2	20	14.5	23	16.7
51 a 60 años	0	0.0	9	6.5	17	12.3	26	18.8
61 a 70 años	0	0.0	3	2.2	17	12.3	20	14.5
71 a 80 años	0	0.0	10	7.2	24	17.4	34	24.6
Más de 80 años	0	0.0	0	0.0	3	2.2	3	2.2
Total	5	3.6	46	33.3	87	63.0	138	100



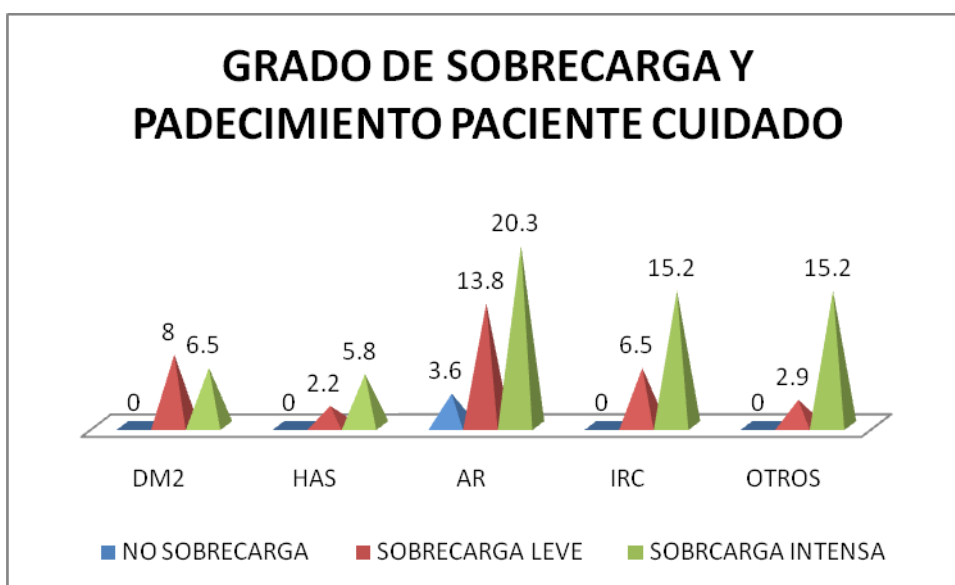
\_ En el rubo grado de sobrecarga y género de paciente cuidado, se encontró 5 (3.6%) con no sobrecarga, 28 (20.3%) con sobrecarga leve, 47 (34.1%) con sobrcarga intensa en mujeres. Hombres 0 (0.0%) con no sobrecarga, 18 (13.0%) con sobrecarga leve, 40 (29.0%) con sobrecarga intensa.

Género paciente cuidado	GRADO DE SOBRECARGA						Total	
	NO SOBRECARGA		SOBRECARGA LEVE		SOBRECARGA INTENSA			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	5	3.6	28	20.3	47	34.1	80	58.0
Masculino	0	0.0	18	13.0	40	29.0	58	42.0
Total	5	3.6	46	33.3	87	63.0	138	100



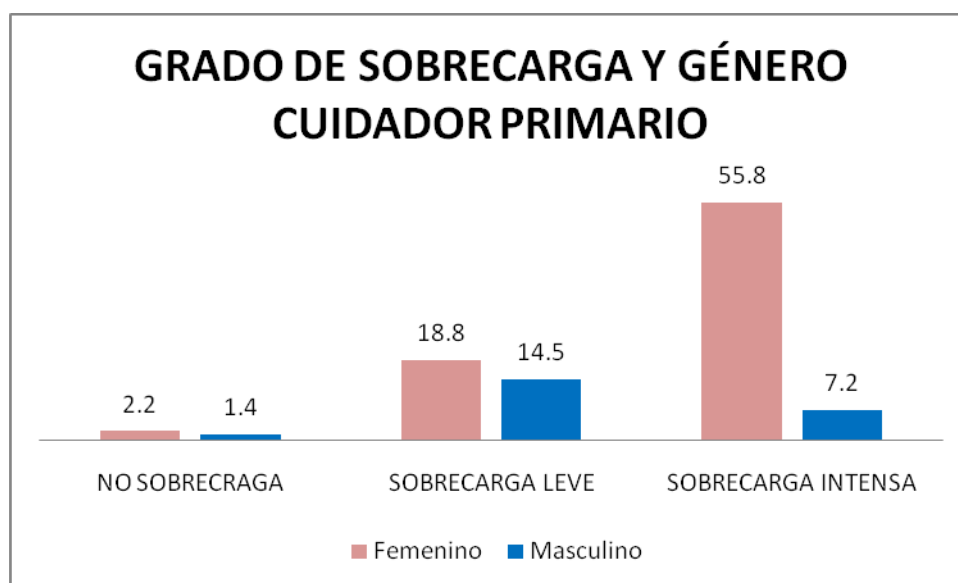
\_ En la sección correspondiente al grado de sobrecarga en relación al padecimiento del paciente cuidado, se analizó 11 (8.0%) con sobrecarga leve y 9 (6.5%) con sobrecarga intensa con respecto a Diabetes Mellitus 2. 3 (2.2%) con sobrecarga leve y 8 (5.8%) con sobrecarga intensa respecto a la Hipertensión Arterial Sistémica. 5 (3.6%) con no sobrecarga, 19 (13.8%) con sobrecarga leve y 28 (20.3%) con sobrecarga intensa con respecto a la artritis reumatoide. 4 (2.9%) con sobrecarga leve, 21 (15.2%) con sobrecarga intensa en otros padecimientos.

Padecimiento paciente cuidado	GRADO DE SOBRECARGA						Total	
	NO SOBRECARGA		SOBRECARGA LEVE		SOBRECARGA INTENSA			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
DM2	0	0.0	11	8.0	9	6.5	20	14.5
HAS	0	0.0	3	2.2	8	5.8	11	8.0
AR	5	3.6	19	13.8	28	20.3	52	37.7
IRC	0	0.0	9	6.5	21	15.2	30	21.7
OTROS	0	0.0	4	2.9	21	15.2	25	18.1
Total	5	3.6	46	33.3	87	63.0	138	100



\_ En el rubro grado de sobrecarga y género de cuidador primario, se observó 3 (2.2%) no sobrecarga, 26 (18.8%) sobrecarga leve y 77 (55.85) mujeres con sobrecarga intensa. Hombres 2 (1.4%) con no sobrecarga, 20 (14.5%) con sobrecarga leve y 10 (7.2%) con sobrecarga intensa.

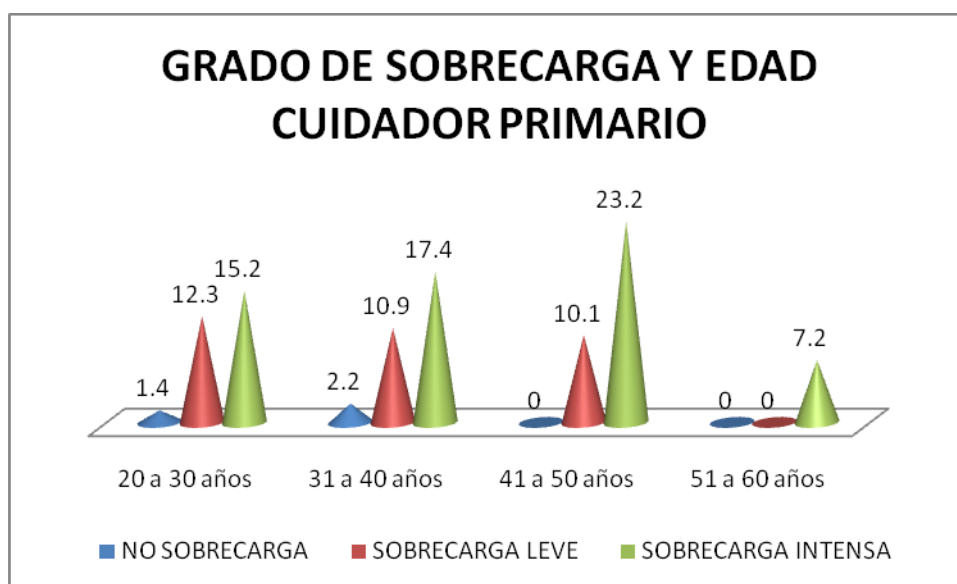
Género Cuidador Primario	GRADO DE SOBRECARGA						Total	
	NO SOBRECARGA		SOBRE CARGA LEVE		SOBRECARGA INTENSA			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	3	2.2	26	18.8	77	55.8	106	76.8
Masculino	2	1.4	20	14.5	10	7.2	32	23.2
Total	5	3.6	46	33.3	87	63.0	138	100





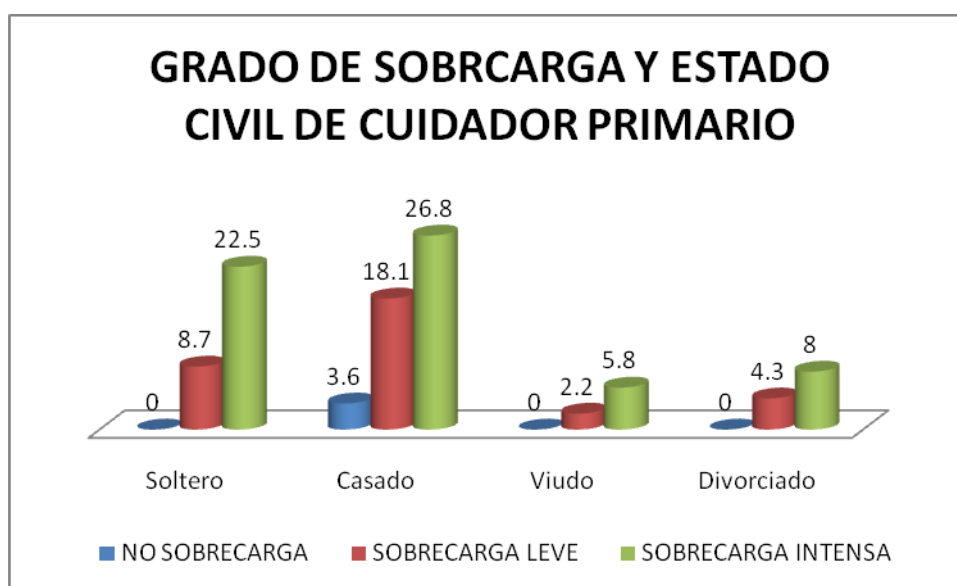
\_ En el apartado grado de sobrecarga y edad de cuidador primario, se encontró 2 (1.4%) no sobrecarga, 17 (12.3%) sobrecarga leve y 21 (15.2%) sobrecarga intensa en el rango de 20 a 30 años. De 31 a 40 años 3 (2.2%) no sobrecarga, 15 (10.9%) sobrecarga leve, 24 (17.4%) sobrecarga intensa. De 41 a 50 años 0 (0.0%) no sobrecarga, 14 (10.1%) sobrecarga leve y 32 (23.2%) con sobrecarga intensa. De 51 a 60 años 0 (0.0%) con sobrecarga leve y 32 (23.2%) con sobrecarga intensa. De 51 a 60 años 10 (7.2%) sobrecarga intensa.

Edad Cuidador Primario	GRADO DESOBRECARGA						Total	
	NO SOBRECARGA		SOBRECARGA LEVE		SOBRECARGA INTENSA			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
20 a 30 años	2	1.4	17	12.3	21	15.2	40	29.0
31 a 40 años	3	2.2	15	10.9	24	17.4	42	30.4
41 a 50 años	0	0.0	14	10.1	32	23.2	46	33.3
51 a 60 años	0	0.0	0	0.0	10	7.2	10	7.2
Total	5	3.6	46	33.3	87	63.0	130	100



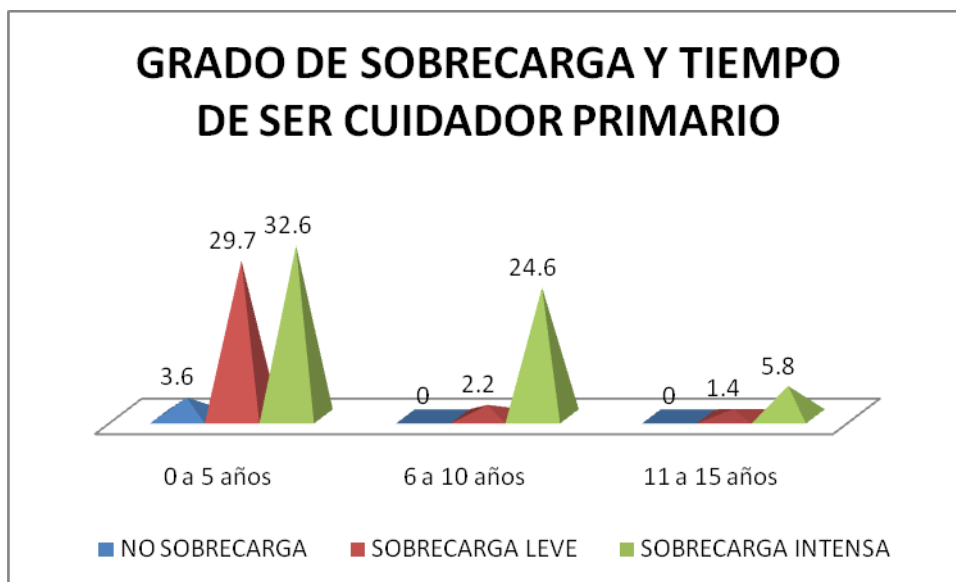
\_ En el rubro grado de sobrecarga y estado civil de cuidador primario, se observó 12 (8.7%) sobrecarga leve y 31 (22.5%) sobrecarga intensa en cuidador soltero. 5 (3.6%) con no sobrecarga, 25 (18.1%) con sobrecarga leve y 37 (26.8%) con sobrecarga intensa en cuidador casado. 3 (2.2%) sobrecarga leve y 8 (5.8%) sobrecarga intensa en cuidador viudo. 6 (4.3%) sobrecarga leve y 8 (5.8%) con sobrecarga intensa en cuidador divorciado.

Estado Civil Cuidador Primario	GRADO DE SOBRECARGA						Total	
	NO SOBRECARGA		SOBRECARGA LEVE		SOBRECARGA INTENSA			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Soltero	0	0.0	12	8.7	31	22.5	43	31.2
Casado	5	3.6	25	18.1	37	26.8	67	48.6
Viudo	0	0.0	3	2.2	8	5.8	11	8.0
Divorciado	0	0.0	6	4.3	11	8.0	17	12.3
Total	5	3.6	46	33.3	87	63.0	130	100



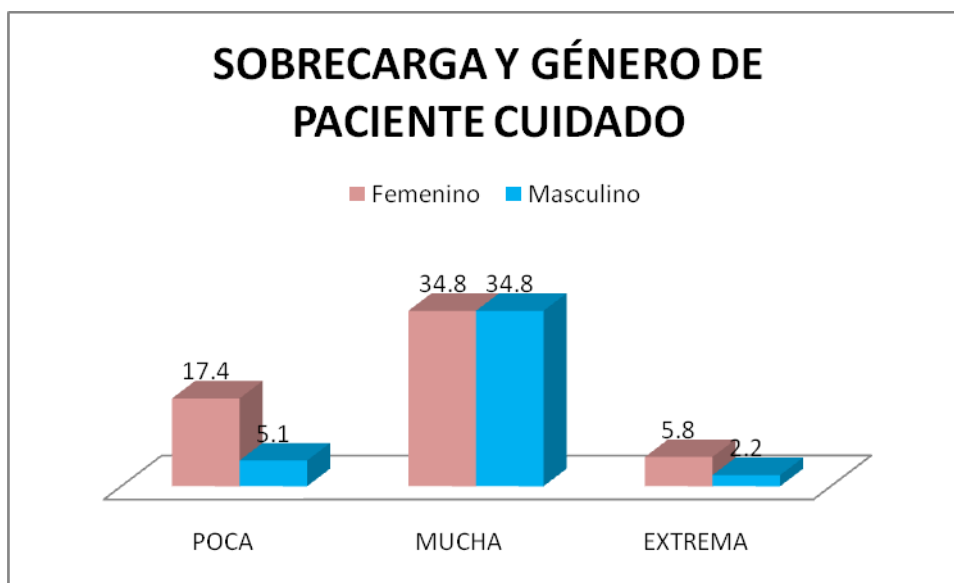
\_ En el conjunto grado de sobrecarga y tiempo de ser cuidador primario, se observó en el rango de 0 a 5 años 5 (3.6%) con no sobrecarga, 41 (29.7%) con sobrecarga leve, 45 (32.6%) con sobrecarga intensa. De 6 a 10 años 0 (0.0%) no sobrecarga, 3 (2.2%) sobrecarga leve, 34 (24.6%) sobrecarga intensa. De 11 a 15 años 0 (0.0%) no sobrecarga, 2 (1.4%) sobrecarga leve y 8 (5.8%) sobrecarga intensa.

Tiempo de ser Cuidador Primario	GRADO DE SOBRECARGA						Total	
	NO SOBRECARGA		SOBRCARGA LEVE		SOBRECARGA INTENSA			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
0 a 5 años	5	3.6	41	29.7	45	32.6	91	65.9
6 a 10 años	0	0.0	3	2.2	34	24.6	37	26.8
11 a 15 años	0	0.0	2	1.4	8	5.8	10	7.2
Total	5	3.6	46	33.3	87	63.0	138	100



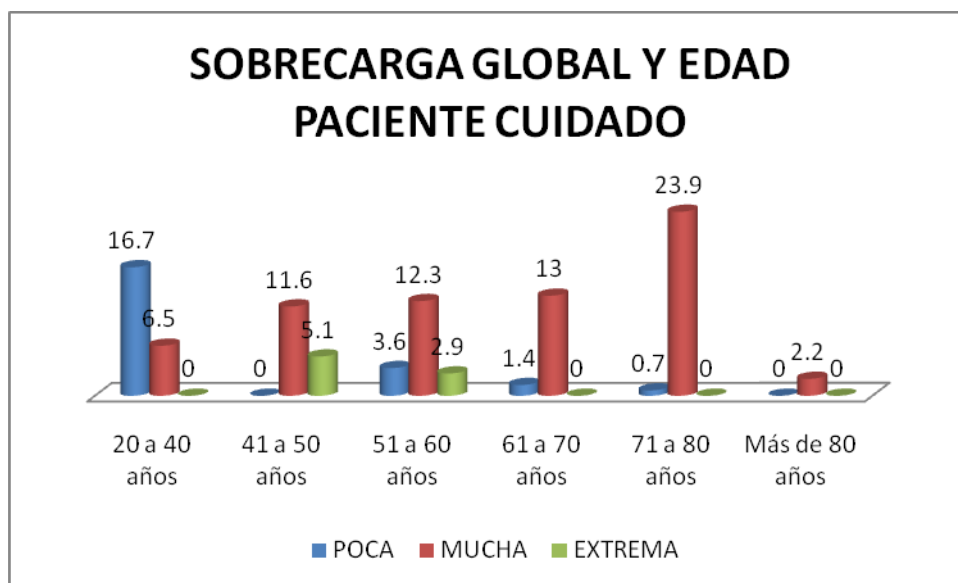
\_ En el componente sobrecarga global y género de paciente cuidado, se encontró 24 (17.4%) mujeres con poca sobrecarga global, 48 (34.8%) con mucha sobrecarga global y 3 (2.2%) con extrema sobrecarga global. Hombres 7 (5.1%) con poca sobrecarga global, 48 (34.8%) con mucha sobrecarga global y 11 (8.0%) con extrema sobrecarga global.

Género paciente cuidado	SOBRECARGA GLOBAL						Total	
	Poca		Mucha		Extrema			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	24	17.4	48	34.8	8	5.8	80	58.0
Masculino	7	5.1	48	34.8	3	2.2	58	42.0
Total	31	22.5	96	69.6	11	8.0	138	100



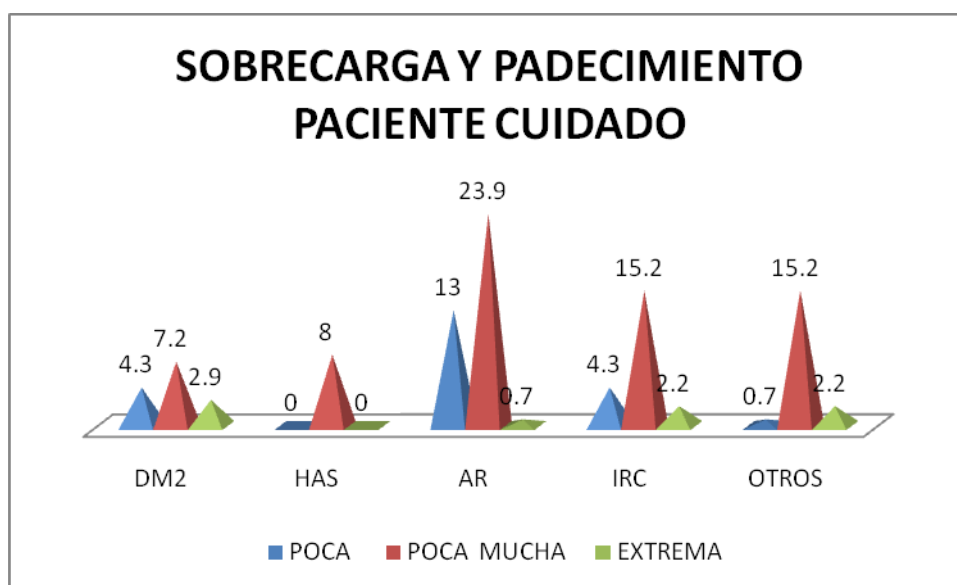
\_ En el rubro sobrecarga global y edad paciente cuidado, se observó en el rango de 20 a 40 años 23 (16.7%) poca sobrecarga global, 9 (6.5%) mucha sobrecarga global. De 41 a 50 años de edad 16 (11.6%) mucha sobrecarga global y 7 (5.1%) extrema sobrecarga global. De 51 a 60 años 5 (3.6%) poca sobrecarga global, 17 (12.3%) mucha sobrecarga global, 4 (2.9%) extrema sobrecarga global. De 61 a 70 años 2 (1.4%) poca sobrecarga global y 18 (13.0%) mucha sobrecarga global. De 71 a 80 años 1 (0.7%) poca sobrecarga global y 33 (23.9%) mucha sobrecarga global. Más de 80 años 3 (2.2%) mucha sobrecarga global.

Edad paciente cuidado	SOBRECARGA GLOBAL						Total	
	Poca		Mucha		Extrema			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
20 a 40 años	23	16.7	9	6.5	0	0.0	32	23.2
41 a 50 años	0	0.0	16	11.6	7	5.1	23	16.7
51 a 60 años	5	3.6	17	12.3	4	2.9	26	18.8
61 a 70 años	2	1.4	18	13.0	0	0.0	20	14.5
71 a 80 años	1	0.7	33	23.9	0	0.0	34	24.6
Más de 80 años	0	0.0	3	2.2	0	0.0	3	2.2
Total	31	22.5	96	69.6	11	8.0	138	100



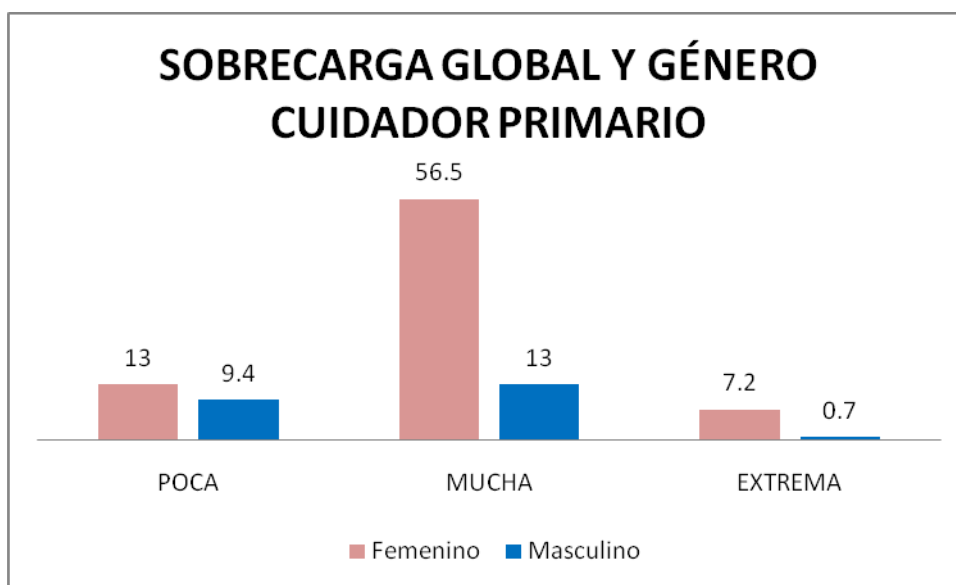
\_ En el apartado sobrecarga global y padecimiento de paciente cuidado, se valoró 6 (4.3%) con poca sobrecarga global, 10 (7.2%) con mucha sobrecarga global, 4 (2.9%) con extrema sobrecarga global con respecto a Diabetes Mellitus. 11 (8.0%) mucha sobrecarga global con respecto a Hipertensión Arterial Sistémica. Artritis Reumatoide 18 (13.0%) con poca sobrecarga global, 33 (23.9%) con mucha sobrecarga global y 1 (0.7%) con extrema sobrecarga global. 6 (4.3%) con poca sobrecarga global, 21 (15.2%) con mucha sobrecarga global y 3 (2.2%) con extrema sobrecarga global con respecto a Insuficiencia Renal Crónica. 1 (0.7 %) con poca sobrecarga global, 21 (15.2%) con mucha sobrecarga global y 3 (2.2%) con extrema sobrecarga global con respecto a otros padecimientos.

Padecimiento paciente cuidado	SOBRECARGA GLOBAL						Total	
	Poca		Mucha		Extrema			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
DM2	6	4.3	10	7.2	4	2.9	20	14.5
HAS	0	0.0	11	8.0	0	0.0	11	8.0
AR	18	13.0	33	23.9	1	0.7	52	37.7
IRC	6	4.3	21	15.2	3	2.2	30	21.7
OTROS	1	0.7	21	15.2	3	2.2	25	18.1
Total	31	22.5	96	69.6	11	8.0	130	100



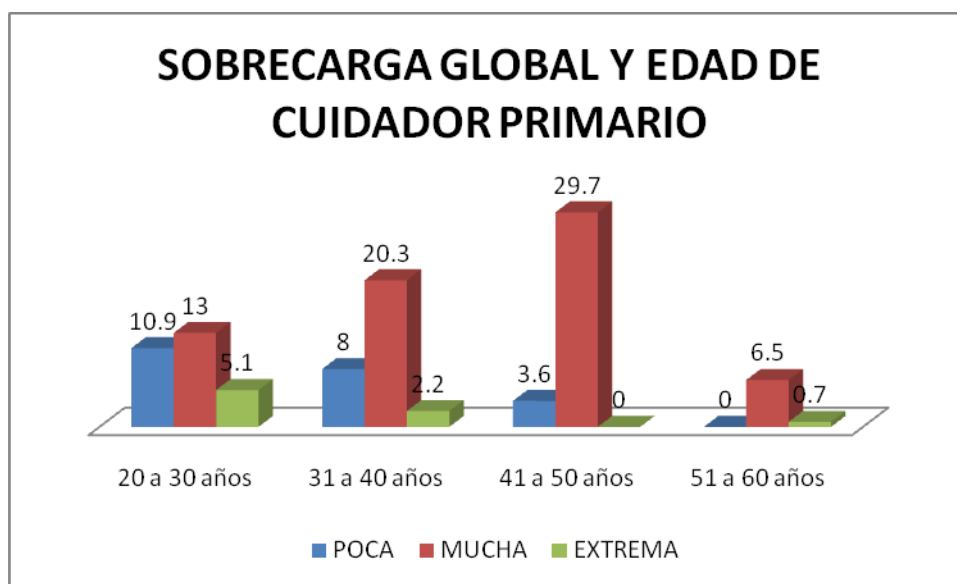
\_ En el rubro sobrecarga global y género de cuidador primario, se analizó 18 (13.0%) mujeres con poca sobrecarga global, 78 (56.5%) con mucha sobrcarga global y 10 (7.2%) con extrema sobrecarga global. Hombres 13 (9.4%) con poca sobrecarga global, 18 (13.0%) con mucha sobrecarga global y 1 (0.7%) extrema sobrecarga global.

Género Cuidador Primario	SOBRECARGA GLOBAL						Total	
	Poca		Mucha		Extrema			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Femenino	18	13.0	78	56.5	10	7.2	106	76.8
Masculino	13	9.4	18	13.0	1	0.7	32	23.2
Total	31	22.5	96	69.6	11	8.0	138	100



\_ En la sección sobrecarga global y edad cuidador primario, se encontró de 20 a 30 años 15 (10.9%) poca sobrecarga global, 18 (13.0%) mucha sobrecarga global, 7 (5.1%) con extrema sobrecarga global. De 31 a 40 años 11 (8.0%), 28 (20.3%) con mucha sobrecarga global, 3 (2.2%) extrema sobrecarga global. De 41 a 50 años 5 (3.6%) y 41 (29.7%) extrema sobrecarga global. De 51 a 60 años 9 (6.5%) mucha sobrecarga global y 1 (0.7%) extrema sobrecarga global.

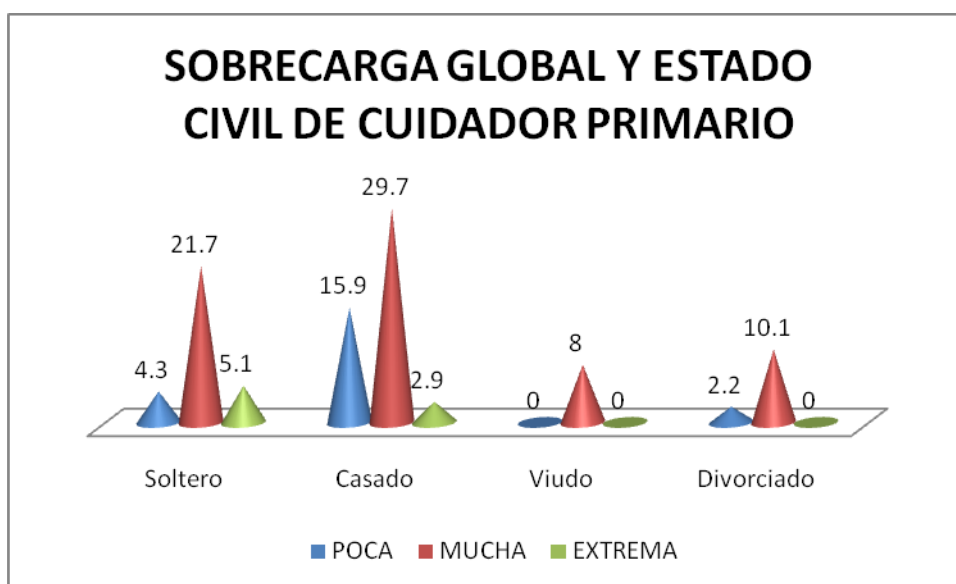
Edad Cuidador Primario	SOBRECARGA GLOBAL						Total	
	Poca		Mucha		Extrema			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
20 a 30 años	15	10.9	18	13.0	7	5.1	40	29.0
31 a 40 años	11	8.0	28	20.3	3	2.2	42	30.4
41 a 50 años	5	3.6	41	29.7	0	0.0	46	33.3
51 a 60 años	0	0.0	9	6.5	1	0.7	10	7.2
Total	31	22.5	96	69.6	11	8.0	138	100





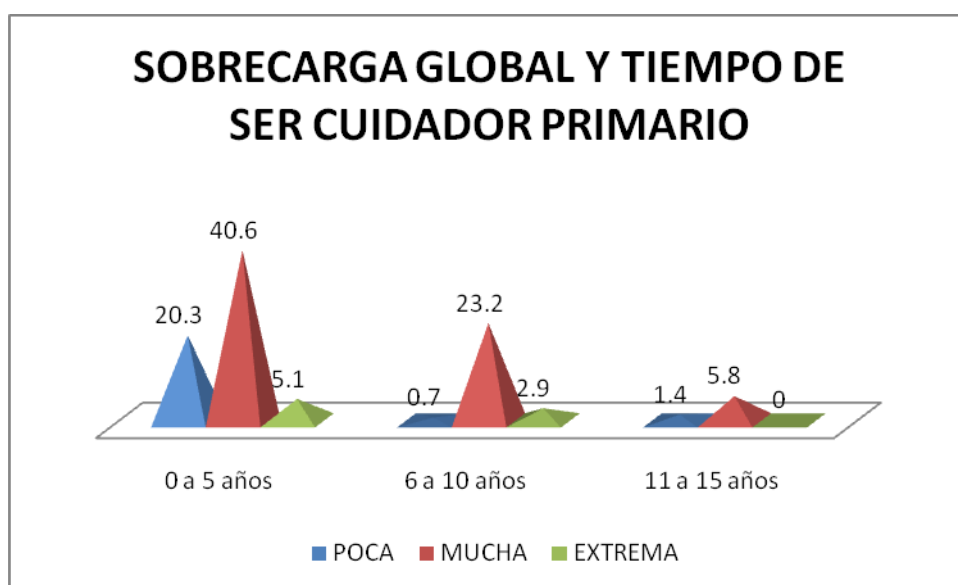
\_ En el conjunto sobrecarga global y estado civil de cuidador primario, se valoró 6 (4.3%) con poca sobrecarga global, 30 (21.7%) con mucha sobrecarga global y 7 (5.1%) con extrema sobrecarga global en cuidador soltero. Casado 22 (15.9%) con poca sobrecarga global, 41 (29.7%) con mucha sobrecarga global y 4 (2.9%) con extrema sobrecarga global. Viudo 11 (8.0%) con mucha sobrecarga global. 3 (2.2%) poca sobrecarga global y 14 (10.1%) con mucha sobrecarga global en cuidador primario divorciado.

Estado Civil Cuidador Primario	SOBRECARGA GLOBAL						Total	
	Poca		Mucha		Extrema			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
Soltero	6	4.3	30	21.7	7	5.1	43	31.2
Casado	22	15.9	41	29.7	4	2.9	67	48.6
Viudo	0	0.0	11	8.0	0	0.0	11	8.0
Divorciado	3	2.2	14	10.1	0	0.0	17	12.3
Total	31	22.5	96	69.6	11	8.0	130	100



\_ En el rubro sobrecarga global y tiempo de ser cuidador primario, se encontró en el rango de 0 aq 5 años 28 (20.3%) con poca sobrecarga global, 56 (40.6%) con mucha sobrecarga global, 7 (5.1%) con extrema sobrecarga global. De 6 a 10 años 1 (0.7%) con poca sobrecarga global, 32 (23.2%) con mucha sobrecarga global, 4 (2.9%) con extrema sobrecarga global. De 11 a 15 años 2 (1.4%) con poca sobrecarga global y 8 (5.8%) con mucha sobrecarga global.

Tiempo de ser Cuidador Primario	SOBRECARGA GLOBAL						Total	
	Poca		Mucha		Extrema			
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)	Frecuencia	(%)
0 a 5 años	28	20.3	56	40.6	7	5.1	91	65.9
6 a 10 años	1	0.7	32	23.2	4	2.9	37	26.8
11 a 15 años	2	1.4	8	5.8	0	0.0	10	7.2
Total	31	22.5	96	69.6	11	8.0	138	100



## DISCUSIÓN

Los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, el tipo de paciente influye en esta sintomatología y en el grado de sobrecarga o sobrecarga global que lleguen a desarrollar. Con el paso del tiempo se ha desarrollado un interés para estudiar tanto el efecto del entorno familiar sobre la enfermedad del paciente como el impacto de la enfermedad en los cuidadores, denominando a esto carga del cuidador. Por lo que considero importante el hecho de que se deben de sustentar programas de intervención dirigidos a esta población pilar en el tratamiento de los pacientes.

La presente investigación encontró que la sobrecarga subjetiva del cuidador primario presentó un puntaje alto en la Escala de Zarit que los identifica como portadores de este síndrome identificado como "carga del cuidador", en un 63% como sobrecarga intensa y un 69% como mucha sobrecarga global de la población del HGZ/ UMF #8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"; lo cual demuestra que el impacto en la sobrecarga subjetiva es seriamente afectada reflejándose en un detrimento en la calidad de vida tanto del cuidado como del cuidador. Más aún no ser prevenida, reconocida y tratada por el personal médico; ya que el que no se cuente con una orientación adecuada o que inclusive exista un problema en la dinámica familiar y ésta condicione aún más dicha sobrecarga.

Debido a lo descrito, se considera que el apoyo al cuidador debe tomarse como una actividad central y definitiva. Las necesidades de los cuidadores primarios son multidimensionales e incluyen apoyo económico, psicológico, informativo y para manejar la fatiga.

Se identifican diversos factores que podrían ayudar a desarrollar intervenciones terapéuticas dirigidas hacia los principales problemas en los cuidadores primarios, atacando el elevado nivel de sobrecarga en los cuidadores. Existe, de igual manera, una gran necesidad de crear instrumentos válidos que apoyen en la identificación de los factores de riesgo tanto en los cuidadores como en los pacientes. Ya que la sobrecarga del cuidador primario se considera como un factor predictor para la institucionalización del paciente cuidado o cambio de rol o de cuidador. Dentro del manejo que se puede dar a esta problemática es identificar de manera inicial a estos pacientes diana, para comenzar, el papel que como médicos familiares se les tiene encomendado, máxime al ser su universo de trabajo las familias con diversos escenarios dentro del primer nivel de atención, realizando evaluaciones para poder así identificar aspectos cruciales que necesiten intervención.

Se propone realizar intervenciones psicológicas breves, pudiendo ser eficaces para disminuir la sintomatología afectiva. Ofreciendo de esta forma al paciente cuidado, al cuidador y a sus familias programas de intervención multidimensionales y abarcara aspectos tanto físicos como psicológicos e instrumentales.

Esta investigación sobre los cuidadores primarios sugiere la motivación para la creación de programas de intervención orientados hacia la prevención de problemas de salud, ya que los cuidadores son vulnerables y se encuentran en riesgo de convertirse en pacientes crónicos al pasar el tiempo. Se pueden realizar intervenciones orientadas a la prevención de la claudicación

familiar, fenómeno que interfiere con el tratamiento médico y entorpece el trabajo del equipo. Se pueden evitar internamientos prolongados y crisis familiares que obstruyan por completo el curso de la recuperación o del tratamiento del paciente.

En esta investigación se buscó encontrar y medir la sobrecarga subjetiva de los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico o enfermedad terminal. Con los resultados encontrados se observó que la a mayor edad tanto de cuidador primario y paciente cuidado, padecimientos de tipo de dolor crónico, padecimientos crónicos y degenerativos como insuficiencia renal crónica, evento vascular cerebral, cáncer pulmonar, así como padecimientos cardiacos, generan en el cuidador primario mayor sentimiento de ansiedad, depresión y con ello carga subjetiva considerable. Lo que lo convierte en un problema serio de quiebre o rehabilitación de los participantes en esta actividad, que puede ser oportunamente diagnosticado y tratado en el primer nivel de atención.

## **CONCLUSIONES**

Después de aplicarles a 138 pacientes que conforman nuestra muestra, la Encuesta de Carga de Zarit, 63% cuidadores primarios resultaron con un grado de sobrecarga intensa; así mismo con lo que respecta a la sobrecarga global 69% reportaron mucha sobrecarga global; lo cual es consistente con la literatura nacional e internacional, respecto a la sobrecarga subjetiva de los cuidadores primarios.

Los pacientes fueron mayoritariamente del sexo femenino: mujeres cuidando a mujeres.

Por otro lado, la distribución de la edad tanto de pacientes como de cuidadores corresponde a lo informado en la literatura extranjera, sobre todo en países latinoamericanos. La distribución de la edad tanto de los pacientes como de los cuidadores es semejante.

Con respecto al grado de sobrecarga se observa un aumento de esta cuando la edad del paciente cuidado se encuentra entre los 71 a 80 años ya que 17.4% se encontraron con un grado de sobrecarga intensa.

En lo referente al género 34.1% presentaron sobrecarga intensa al cuidar pacientes del sexo femenino, con respecto de 29.0% con sobrecarga intensa al cuidar a pacientes del sexo masculino.

Con respecto al padecimiento del paciente cuidado 20.3% resultaron con sobrecarga intensa al cuidar a pacientes con Artritis Reumatoide; con respecto a 15.2% con sobrecarga intensa de cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y otros padecimientos.

En cuanto al género del cuidador primario 55.8% pacientes del sexo femenino manifestaron sobrecarga intensa, en comparación con 7.2% pacientes masculinos que manifestaron sobrecarga intensa.

Con respecto al grado de sobrecarga se observa un aumento de esta cuando la edad del cuidador primario se encuentra entre los 41 a 50 años de edad ya que 23.2% cuidadores primarios presentaron grado de sobrecarga intensa.

En lo que se refiere al estado civil del cuidador primario se observa aumento de la carga para cuidadores casados ya que resultaron 26.8% cuidadores con sobrecarga intensa; 22.5% cuidadores primarios solteros con sobrecarga intensa.

Respecto al tiempo de cuidado, la mayoría de los cuidadores se agrupó en los menos de un año a 5 años como cuidadores. Estas dos etapas identificadas como los puntos en los que los cuidadores indican mayor grado de sobrecarga, en un caso por el ajuste a la nueva actividad y en el otro por “síndrome del cuidador”, en donde el cuidador se encuentra sobrecargado debido al tiempo y cantidad de recursos tanto personales como económicos invertidos. Además, los cuidadores permanecen con el paciente la mayor parte del día, conducta asociada a mayor sobrecarga y a mayores crisis dentro del núcleo familiar.

En cuanto a tiempo de ser cuidador primario 32.6% cuidadores resultaron con sobrecarga intensa con un tiempo en el rango de 0 a 5 años.

En cuanto al género del cuidador primario 34.8% pacientes tanto del sexo femenino como masculino manifestaron mucha sobrecarga global.

Con respecto a la sobrecarga global se observa un aumento de esta cuando la edad del paciente cuidado se encuentra entre los 71 a 80 años ya que en 23.9% pacientes se encontraron con mucha sobrecarga global.

En cuanto al padecimiento del paciente cuidado 23.9% resultaron con mucha sobrecarga global al cuidar a pacientes con artritis reumatoide. Mientras 15.2% con mucha sobrecarga global de cuidadores de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y otros padecimientos.

En cuanto al género del cuidador primario 56.5% pacientes del sexo femenino manifestaron mucha sobrecarga global, en comparación con 13.0% masculinos que manifestaron mucha sobrecarga global.

Con respecto a la sobrecarga global se observa un aumento de esta cuando la edad del cuidador primario se encuentra entre los 41 a 50 años de edad ya que 29.7% cuidadores primarios presentaron mucha sobrecarga global.

En lo que se refiere al estado civil del cuidador primario se observa aumento de la carga para casados ya que resultaron 29.7% cuidadores primarios con mucha sobrecarga global; seguidos de 21.7% cuidadores solteros con mucha sobrecarga global.

En cuanto a tiempo de ser cuidador primario 40.6% cuidadores resultaron con mucha sobrecarga global con un tiempo en el rango de 0 a 5 años.

Con los resultados obtenidos se pudo aceptar la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula, concluyéndose que los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales adscritos al Hospital General de Zona #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” presentan un importante nivel de sobrecarga global y grado de sobrecarga, dentro de los puntos evaluados en la Escala de Carga de Zarit.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Olga Isabel Alfaro Ramírez del Castillo, Tania Morales Vigil, Fernando Vázquez Pineda, Sofía Sánchez Román. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (5): 485-494.
2. Virginia Janeth Alpuche Ramírez, Bertha Ramos del Río, Mario Enrique Rojas Russell, Carlos Gonzalo Figueroa López. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales.
3. Muñoz Cobos F, Espinosa-Alejandro JM, Portillo-Strempel J. La familia en la enfermedad terminal. *Med Fam* 2002;3 (3):190-199.
4. Deví J. Almazán I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo. *Rev Gerontol* 2002; 12(1):31-37.
5. Babarro, A. A., Garrido, B. A. Díaz, P. A., Casquero, R.R y Riera, P.M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33(2), 61-68.
6. Bédard, M., Molloy, W., Squire, L., Dobois, S., Lever. (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *The Gerontologist*.
7. García C., M.M., Mateo R., I y Maroto N., G (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida en las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18 (Supl.2), 83-92.
8. Nancy Guinart Zayas, Como atender a la familia del enfermo terminal. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 22 (1).
9. Francisco Javier Mayer Rivera. *Revista Digital Universitaria*. 10 de abril del 2006. Volumen 7, números 4, ISSN, 1067-6079.
10. DiGirolamo AM, Salgado de Snyder VN. Women as primary caregivers in México: Challenges to well-being. *Salud Pública Mex* 2008;50:516-522.
11. T Garza Elizondo/ J. M. Ramírez Aranda/ R.F. Gutiérrez Herrera. Relación de colaboración médico-paciente-familia. *Archivos en Medicina Familiar*, mayo-agosto, año/volumen. 8, num 002. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, A.C. México, p. 57-62.
12. Zarit, H.S., Reeve, E.K. y Bach- Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *The Gerontologist*, 20 (6), 649-655.
13. María del Mar García- Calvente. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 1): 132-9.
14. Lavielle P, Clark P, Martínez H, Mercado F, Ryan G. Conducta del enfermo ante el dolor crónico. *Salud Pública Mex* 2008; 50: 147-154.
15. Celia Ibáñez, Reyes Ávila. El equipo interdisciplinario como instrumento básico en cuidados paliativos. *Psicooncología*. Vol 5, Num. 2-3, 2008, pp. 439-457.
16. Muñoz-Cobos F, Espinosa-Almendro JM, Portillo- Strempel J, Rodríguez-González G. La familia en la enfermedad terminal. *Med Fam* 2002;3(3):190-199.
17. Zarit M, Zarit T. Evaluación del medio y del cuidado del paciente con demencia. Barcelona, España: Prous; 1982.
18. Virginia Janeth Ramírez, Carlos Gonzalo López. Validez de la Encuesta Zarit en una muestra de cuidadores primarios. *Psicología y Salud*, julio- diciembre, año/ vol. 18, num 002. Pp. 237-245.

# ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
Para la participación en el proyecto: *MEDIR LA SOBRECARGA EN LOS  
CUIDADORES PRIMARIOS  
DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERMINALES.***

*Investigador: Dra. Hernández Trujillo Gabriela.*

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ . FECHA: \_\_\_\_\_ .

**Procedimiento del estudio:**

Al aceptar participar se le realizará el cuestionario de ESCALA DE CARGA DE ZARIT una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una entrevista, acudir a consulta que se programe para tomar datos de identificación y aplicación de la encuesta. Declaro que se ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: Beneficios mayor vigilancia y acceso a estudios de gabinete que normalmente no están disponibles para la atención rutinaria de los pacientes, inconvenientes y molestias y responder a la entrevista dirigida. El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los que se llevara a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto. El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO



**ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION  
MEDIR LA SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DOLOR  
CRÓNICO Y TERMINALES.**

NUMERO DE FILIACION PACIENTE CUIDADO:

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE CUIDADO:

\_\_\_\_\_

EDAD DEL PACIENTE CUIDADO: \_\_\_\_\_ AÑOS

SEXO PACIENTE CUIDADO: 1 (  ) MASCULINO    2 (  ) FEMENINO

PADECIMIENTO DEL CUIDADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO:

\_\_\_\_\_

SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO: 1 (  ) MASCULINO    2 (  ) FEMENINO

EDAD DEL CUIDADOR PROMARIO: \_\_\_\_\_ AÑOS

ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO: 1 (  ) SOLTERO    2 (  ) CASADO

3 (  ) VIUDO    4 (  ) DIVORCIADO

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE SER CUIDADOR PRIMARIO:

\_\_\_\_\_ AÑOS

**ENCUESTADOR. DRA. GABRIELA HDEZ TRUJILLO.**

