

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELAGACIÓN 16 MEXICO PONIENTE
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF 58
“LAS MARGARITAS”**

“NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL
PACIENTE GERIATRICO, EN LA UMF NO 65, RIO HONDO NAUCALPAN
ESTADO DE MEXICO”



**TÉSIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. ALEJANDRA REYES DEL VALLE**

ASESOR:

**DR. CESAR LÓPEZ GARCÍA.
ASEOSR METODOLOGICO Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR SEMIPRESENCIAL HGZ CON UMF 65.**

NAUCALPAN DE JUAREZ, ESTADO DE MEXICO. OCTUBRE DE 2012



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.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

ALUMNO: **ALEJANDRA REYES DEL VALLE**

**NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL
PACIENTE GERIATRICO, EN LA UMF NO 65, RIO HONDO NAUCALPAN
ESTADO DE MEXICO.**

AUTORIZACIONES

DR CESAR CARLOS LOPEZ GARCIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF 58 "LAS MARGARITAS"
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS.

DR MARGARITO DE LA TORRE LOPEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF 58
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
"LAS MARGARITAS"

TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO 2012
TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

ALUMNO: ALEJANDRA REYES DEL VALLE

**NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL
PACIENTE GERIATRICO, EN LA UMF NO 65, RIO HONDO NAUCALPAN
ESTADO DE MEXICO.**

AUTORIZACIONES

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

Agradecimientos:

A Dios, por darme la oportunidad de vivir, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, por sus enseñanzas, su amor, cariño, consejo, su ejemplo, por esa hermosa familia que nos dieron .Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy .Por su incondicional apoyo. A ti mamá por que eres mi orgullo, toda mi admiración y respeto son para ti. A ti papá por alentarme siempre a dar lo mejor de mí, yo sé que desde donde estas, sigues caminando al lado mío, cosechando mis triunfos que son tuyos. Esta nueva meta terminada, es gracias a ustedes.

A mis hermanas Sabrina y Ma. Del Rosario, por su cariño, su apoyo y porque durante todo el proceso de formación que he tenido durante estos años siempre estuvieron ahí cuando más las necesitaba y cuando no, también. (¡Y sé que seguirán!). Sabri no hay palabras suficientes, ni nada con que agradecer el enorme apoyo que me has brindado siempre, este esfuerzo es de las dos. Las amo mucho. Gracias por estar.

A mi hija hermosa, Alejandra Sofía por que has sido el motor más grande para realizar nuevos logros, por que sé que para ti, también fue un sacrificio el tiempo invertido en este proyecto, por tus desvelos cuando estaba de guardia, Mi Sofí preciosa te amo, gracias por entender a tan corta edad; Mamita hermosa este logro es por y para ti, mi amor.

A mi esposo Marco quién me convenció de trabajar en esta noble institución y que además con su ejemplo de vida, me mostro que aún en la adversidad, se puede lograr lo que realmente se quiere; por ser un impulso constante de mejora en mi vida. Por tu tiempo, sé que te hice correr en las mañanas, y por tu apoyo, pero sobre todo por lo que me has enseñado a cerca de la vida real. De verdad lo aprecio, Gracias.

A todos mis maestros, que a lo largo de este periodo de tiempo se dieron a la tarea de compartir su tiempo, conocimiento y experiencia. Al Dr. César Profesor titular, mi asesor de tesis y sin duda alguna un gran amigo, Gracias, por todas sus enseñanzas, orientación y nobleza a lo largo de esta etapa de formación. Dra. Lupita, Médico Adjunto, agradezco infinitamente su apoyo, consejos y aportaciones para mejorar mi desempeño. Maestros sin más gratificación que vernos llegar a la recta final.

Y en especial a mis compañeros y amigos, con quienes conviví durante este tiempo de formación, y que al final sé que formamos un excelente equipo. Gracias por que aprendí y disfrute mucho de su compañía.

Alejandra

INDICE

1. Resumen	6
2. Antecedentes	7
3. Planteamiento del Problema	13
4. Objetivos y Justificación	14
5. Material y Métodos	15
6. Descripción general del estudio	19
7. Factibilidad y aspectos éticos	20
8. Resultados, graficas y cuadros	21
9. Análisis de los resultados	42
10. Conclusión	44
11. Bibliografía	46
12. Anexos	48
- Anexo 1. Cédula de recolección de datos	49
- Anexo 2. Hoja de Consentimiento Informado	50
- Anexo 3. Escala de Sobrecarga Cuidador Principal.Zarit	51
- Anexo 4. Escala de Graffar	52

Reyes, DA. Nivel de Sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico, en la Unidad de Medicina Familiar no 65, Río Hondo Naucalpan Estado de México. Octubre del 2012

Resumen.

INTRODUCCION: El envejecimiento y la urbanización de la población son tendencias que caracterizan el siglo XXI, resultado del desarrollo humano exitoso en el siglo pasado. México se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica siendo una de las consecuencias más trascendentes del cambio en la composición de la estructura por edad de la población. Una característica demográfica significativa es el progresivo envejecimiento de la población. En 1999 la OMS 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 por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea de manera directa o indirecta”. Ser un cuidador principal o primario tiene un impacto en la vida y salud. De ahí deriva la importancia del cuidador, ya que esta situación implica cambios en la vida familiar del enfermo y en la de su cuidador, que puede ver afectada su salud física y psicológica así como su vida familiar y social. **OBJETIVO:** Determinar el nivel de sobrecarga en el cuidador principal ,del paciente geriátrico ,en la Unidad de Medicina Familiar numero 65, del Instituto Mexicano del Seguro Social , en Rio Hondo Naucalpan, , Estado de México. **MATERIAL Y METODOS:** Es un estudio Transversal, Observacional y Prospectivo. Muestreo no probabilístico por criterio o fines especiales (de conveniencia) de 76 adultos cuidadores principales de pacientes geriátricos. Con la recolección de datos a través de una encuesta estructura por variables sociodemográficas como edad del paciente y de cuidador, sexo del cuidador y del paciente, parentesco, estado civil, enfermedades asociadas del cuidador, tiempo de cuidado, tiempo libre; así como la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, en su versión original) y la de nivel socioeconómico de Graffar. **RESULTADOS:** De 76 cuidadores principales encuestados, el 93.4% son del sexo femenino, el 6.6% masculino. El 30% de los cuidadores son casados, el 22.4% .solteros. El 50% son hijos (as) ,21% nietos(as), el 15.8%, hermanas y nueras y esposos (as) en un 6.6%.El rango de edad fue 39 a 48 años con 31.6%. y de 39 a 48 años con 22.4 %. El nivel socioeconómico predominante fue el bajo con 40.8%.El tiempo de cuidado 6 a 10 años con 39.5%. El 67 % de los cuidadores presento enfermedades asociadas. El 62% no cuenta con tiempo libre. Finalmente se obtuvo: 48.7% de los cuidadores no presenta sobrecarga, el 51.4% presenta sobrecarga de manera general, con un 13.2% para sobrecarga ligera y el 38.2% restante para sobrecarga intensa. **CONCLUSIONES:** En nuestro medio es de suma importancia detectar a esta población de alto riesgo para prevenir futuras complicaciones, así como el iniciar con estrategias que como médicos familiares nos permitan orientar y prevenir el colapso del cuidador principal ,al detectar las variables modificables y así evitar en su medida, los cambios de roles familiares y por ende las crisis familiares paranormativas que pueden poner en peligro la estabilidad de la familia, debido a que en nuestro país el cuidado de la salud aun está a cargo en mayor medida de la familia, con más exactitud de la población del sexo femenino por la misma idiosincrasia de nuestra cultura.

I.- ANTECEDENTES:

El envejecimiento afecta a todas las especies existentes en nuestro planeta, incluyendo al ser humano, quien pese a los temores e incertidumbres que este fenómeno ocasiona, es un estado al que todos desean llegar. El envejecimiento no es una enfermedad, sin embargo se asocia ampliamente con enfermedades crónicas ⁽¹⁾.

El proceso de deterioro de la capacidad funcional deja al individuo expuesto a que se manifiesten los síntomas característicos de ellas. Pero las enfermedades en si no son parte del proceso de envejecimiento propiamente tal, sino la consecuencia del mismo. Además de las enfermedades y condiciones asociadas al envejecimiento que, sin ser directamente causantes de la muerte si son responsables en gran parte de del deterioro en la calidad de vida del anciano. Es importante destacar que la calidad de vida se encuentra desmedrada además, por otros factores biológicos tales como la falta de resistencia a infecciones y pérdida de la capacidad regenerativa ⁽¹⁾

Al rebasar los 80 años, se modifica sustancialmente la panorámica de la salud siendo en general las mujeres las que más sufren un deterioro de la calidad de vida, esto es secundario a la acumulación de las enfermedades crónicas, que son las principales causantes de discapacidad y de una calidad de vida inferior, por ejemplo la morbilidad en adultos mayores secundario a hipertensión arterial y diabetes mellitus. ⁽²⁾

El envejecimiento y la urbanización de la población son 2 tendencias globales que constituyen fuerzas que caracterizan el siglo XXI, resultado de un desarrollo humano exitoso durante el siglo pasado y en medida que las ciudades crecen, la proporción de residentes de 60 años o más va en aumento. ⁽³⁾ Actualmente más personas mayores viven en ciudades, en los países en vías de desarrollo la proporción de personas mayores en las comunidades urbanas se multiplicara 16 veces, desde cerca de 56 millones en 1998 a más de 908 millones en el 2050 ⁽³⁾.

Una de las características demográficas más significativas de las sociedades desarrolladas, es el progresivo envejecimiento de la población, las causas de este fenómeno residen en el aumento de la esperanza de vida ⁽⁴⁾.

En los próximos 10 años, una mayor proporción de la población se considerara vieja, debido al fenómeno del envejecimiento de la población mundial, gran parte de estas personas mayores serán mujeres por que tienen una expectativa de vida mayor. ⁽⁵⁾

Una vida larga es sinónimo de buena salud. El envejecimiento de la población mundial tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, es un indicador de la mejora de la salud mundial, la población mundial de 60 años o más es de 650 millones y se calcula que en 2050 alcanzara los 200 millones, la mayor parte se producirá en países en desarrollo donde pasaran de 400 a 1700 en ese mismo periodo de tiempo, sin embargo esto se acompaña de retos sanitarios especiales para el siglo XXI ⁽⁶⁾.

Este cambio demográfico tiene repercusiones en la salud pública, la buena salud es esencial para las personas mayores mantengan su independencia y participen en la vida familiar y comunitaria. Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de toda la vida y de la comunidad. Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de la vida pueden retrasar e incluso evitar la aparición de enfermedades no transmisibles y crónicas. ⁽⁷⁾

A nivel mundial, la población de 65 años o más es el grupo etario de crecimiento más rápido. En el año 2050, aproximadamente un 80% de las personas mayores vivirán en países en desarrollo. El envejecimiento de la población corre paralelo a la urbanización rápida: en 2007 más de la mitad de la población mundial vive en ciudades y se calcula que en 2030 la cifra será superior al 60%. ⁽⁸⁾

El envejecimiento de la población es un triunfo de la sociedad moderna que refleja la mejora de la salud mundial, pero también plantea retos especiales para el siglo XXI, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. ⁽⁸⁾ La esperanza de vida en países como el Japón y Francia era superior a 80 años ya en 2005, y también está aumentando en los países en desarrollo: un niño nacido el día de hoy en Chile, Costa Rica, Jamaica, el Líbano, Sri Lanka o Tailandia puede esperar una vida de más de 70 años ⁽⁸⁾

En 2050, cerca del 80% de las muertes corresponderán a personas mayores de 60 años. El gasto sanitario aumenta con la edad y se concentra en el último año de vida, pero cuanto más tarde muera una persona menor serán los costos concentrados en ese periodo. El aplazamiento de la edad de la muerte gracias a un envejecimiento saludable y a políticas apropiadas para el final de la vida podría proporcionar grandes ahorros en materia de atención sanitaria. ⁽⁸⁾

Durante los últimos cien años las características de la población de México se vieron determinadas de manera sustantiva por diversas circunstancias, entre ellas:

El fin del Porfiriato

El Periodo Revolucionario y

Los posteriores esfuerzos emprendidos para reconfigurar la dinámica demográfica del país.

De acuerdo con datos del censo en 1910, México contaba en ese entonces, con una población cercana a 15.2 millones de habitantes (7.5 millones mujeres y 7.7 millones hombres) y su estructura de edad era sumamente joven, 42 % eran individuos menores de 15 años, y el 2% correspondía a adultos mayores de 65 años. ^(a). Para 1921, el censo se contabilizó, en 14.3 millones de habitantes, secundario a el movimiento armado, y por ende a la propagación de enfermedades, a las epidemias y a la creciente migración poblacional. ^(a) .En 1950 México ya contaba con 25.8 millones de habitantes con una estructura de edad aun muy joven, 42 % de la población menores de 15 años. Para 1970, la población alcanzo los 50 millones de habitantes. Alcanzando una esperanza de vida de 61.9 años (60 para hombres y 63.8 para mujeres) la esperanza de vida total al nacimiento es de 75.4 años, lo cual es reflejo de los logros en salud de desarrollo así como de que la mortalidad trasladara su peso hacia las edades más avanzadas al vivir cada vez mas. ⁽⁹⁾

México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica y se está aproximando al final de este proceso, este escenario dista mucho del que prevalecía anteriormente. Una de las consecuencias más trascendentes de esta transición demográfica es el cambio en la composición de la estructura por edad de la población. Este proceso implica el envejecimiento relativo de la población influido sin duda por la inercia demográfica. ⁽⁹⁾

Entre 1974 y el 2000 México logro abatir el elevado ritmo de crecimiento natural de la población. La población de México asciende a 106.7 millones en el 2008, un incremento de 8.2 millones con respecto a 98.4 millones en el 2000 es decir, aumento del 8.4%.

El descenso de la fecundidad da cuenta de una reducción en el número de nacimientos de 2.41 millones en 2000 a 1,96 millones que esperan ocurran durante el 2008; pero un proceso de envejecimiento más rápido que el descenso de la mortalidad propiciara un aumento de 480 mil a 518 mil decesos al cabo del mismo periodo. ⁽⁹⁾

La tendencia descendente de la mortalidad derivó en un aumento de la esperanza de vida que prevaleció a fines del siglo pasado, con la llegada del nuevo milenio, la ganancia en la esperanza de vida, es menor que la registrada en el pasado .La vida media de los Mexicanos se acrecentó de 73.9 años e el 2000 (71.3 para hombres y 76.5 para mujeres) a 76.5 años en el 2008 (72.7 y 77.5 respectivamente) ⁽⁹⁾

La población infantil (0 a 14 años) comenzó a decrecer a partir del año 2000, y entre ese año y el 2050 se espera disminuya de 33.6 a 20.5 millones. Los jóvenes (15 a 24 años), están iniciando esta transición a partir de enero del 2011 y se estima que entre el 2010 y el 2050 este grupo pasara de 20.2 a

14.1 millones. Los adultos (25 A 64 años) actualmente suman 48.2 millones, continuaran creciendo hasta la cuarta década del presente siglo, cuando alcancen su máximo de 65.2 millones. El grupo de adultos mayores (65 años y más) tendrá el envejecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI. El monto actual de 5.8 millones se verá cuadruplicado en 2050, cuando la población ascienda a 25.9 millones. ⁽¹⁰⁾

La evolución futura de la población de adultos mayores cuyo crecimiento actualmente es el más elevado, planteara enormes desafíos para las políticas sociales ya que tendrán que emprender un giro sustancial en su enfoque en la atención de las problemáticas propias del envejecimiento. No solo se trata de ampliar la oferta de servicios ya existentes, si no que habrán de incorporarse nuevas estrategias y programas. ⁽¹⁰⁾

Para promover la salud, prevenir la enfermedad y tratar las enfermedades crónicas en pacientes dependientes y frágiles es fundamental una atención primaria eficaz a las personas mayores. En general, la formación de los profesionales sanitarios tiene un pequeño o nulo contenido en materia de atención a las personas mayores. Sin embargo, el tiempo que pasan atendiendo a este sector de la población va en aumento. La OMS sostiene que todos los prestadores de atención sanitaria deben poseer formación geriátrica, independientemente de cuál sea su especialidad. ⁽⁸⁾

La aparición de una enfermedad crónica, invalidante física y/o cognitiva en una familia, altera la dinámica familiar, esta se ve afectada en su totalidad y su vida puede verse alterada de muchos modos, llegando incluso a conflictos maritales y/o familiares, en este sentido se considera a los miembros de familia como “pacientes ocultos”. Si no fuese por ellos que dedican alrededor de una media de 70 hrs a la semana, la mayoría de los pacientes con dependencia no serian capaces de sobrevivir. ^(9,10)

Por ejemplo, en el paciente geriátrico el riesgo de sufrir caídas aumenta con la edad y los traumatismos tienen consecuencias mucho más graves. Los costos sanitarios, humanos y económicos son importantes. ⁽⁸⁾ En América Latina y el Caribe las lesiones traumáticas ocasionan el 10% de la mortalidad y el 18% de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad ⁽¹¹⁾. Las lesiones son un problema de salud pública por que se encuentran vinculadas a la discapacidad, a la disminución de la calidad de vida y al incremento del número de años de vida potencialmente perdidos. ⁽¹¹⁾ motivo por el cual es importante la prevención en esta población.

En nuestro país el cuidado de la salud sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia y al sistema doméstico. La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente terminal, sin su participación activa difícilmente se van a alcanzar los objetivos marcados en atención al enfermo ⁽¹²⁾.

La información dada anteriormente, acerca del modo en que ha estado cambiando la demografía tanto a nivel mundial, como en México, fenómeno que se ha presentado secundario al aumento de la expectativa de vida del ser humano, es de suma importancia, ya que esto acarrea cambios muy importantes en la familia, al tener que iniciar el cuidado de un adulto mayor con todos los cambios degenerativos, cognitivos y propios de su condición.

La relevancia de esta temática de estudio, inicia con la escasa información que existe en nuestro medio a cerca de las características psicoafectivas de la persona que asume voluntariamente el papel de responsable del paciente ⁽¹³⁾. La dependencia y la discapacidad ocasiona reacciones en la familia, que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar, en los roles, y patrones de conducta en sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis familiares paranormativas que ponen en peligro la estabilidad de la familia, y en nuestro país el cuidado de la salud está a cargo en mayor medida de la familia. En México existe poca información sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores ^(13,14), lo cual se traduce en un evento contingente.

Cuidar es un arte, es una abnegada tarea llena de entrega, es un componente básico para cualquiera de los miembros de una familia ⁽¹⁵⁾. Sin embargo esta tarea no es inocua para la salud familiar en general y más aún para quien esta encargado de manera principal en esta actividad ⁽¹⁶⁾.

Debido a la importancia de esta situación, en la década de los ochenta, comenzaron a publicarse en países anglosajones y europeos estudios y reflexiones acerca de la atención informal de la salud. ⁽¹⁷⁾

En el año de 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 por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea de manera directa o indirecta” ⁽¹³⁾. Se ha confirmado que ser un cuidador principal o primario tiene un impacto en la vida y en la salud ⁽¹³⁾. De ahí deriva la importancia del cuidador, debido a que esta aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo a su cargo y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todos tipos dentro y fuera del domicilio, sirve de apoyo emocional y toma decisiones respecto a su atención. Esto implica cambios en la vida familiar del enfermo y en la de su cuidador, que puede ver afectada su salud física y psicológica así como su vida familiar y social ⁽¹⁷⁾

El 65% de los cuidadores familiares sufren cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física y /o psíquica. El 20% de los

cuidadores llega a desarrollar un cuadro intenso de esta misma sintomatología ⁽¹⁸⁾ alterando de manera importante su bienestar biopsicosocial

Un 40% de los cuidadores no recibe ayuda de ninguna otra persona, y muchos de ellos tienden a rechazar el apoyo exterior por sentimientos de culpa o de obligación moral. El uso de recursos institucionales es muy bajo que solo el 15 % de las familias tiene apoyo socio sanitario municipal o autonómico ⁽¹⁸⁾

En cuanto a las estadísticas de quien en la familia es el cuidador principal se encuentra la siguiente información:

Existen numerosos estudios, en los cuales están de acuerdo en que el cuidador principal, en su mayoría es del sexo femenino, esto tal vez se vea implicado por la influencia de tipo cultural existente en su gran mayoría.

El sexo femenino tiene una proporción 4:1 con respecto del masculino

PORCENTAJE %	PARENTESCO
43	HIJA
22 al 30	CONYUGE
7.2	NUERA

La mayoría son mujeres con un total de 83%

Edad media: 52 años

Estado civil: casado con un 77%

No reciben ayuda: 66%

Reciben ayuda diaria: 85%

Comparte domicilio con su paciente: 60%

La rotación familiar: 20% ^(19,20)

Todo lo anterior es de suma importancia debido a que a mayor expectativa de vida, aumenta la posibilidad de presentar dependencia, motivo por el cual se inicia con el tema de estudio, porque la población en general, no se encuentra capacitada para afrontar tales situaciones derivadas de estas circunstancias, condicionando a presentar la **Sobrecarga del Cuidador Principal**, ocasionado principalmente al descuido en el que se tiene a quien se hace cargo, de este tipo de personas.

En tal situación de crisis, no todos los componentes de la familia responden igual, apareciendo diferentes prototipos, los cuales se clasifican de la siguiente manera de acuerdo al rol que desempeñan:

- a) **Victima** : Persona que percibe la enfermedad como una amenaza personal
- b) **Escapado**: persona muy ocupada, vive lejos y no puede hacerse cargo del problema, es la válvula de escape de las críticas familiares.
- c) **Favorecedor de patologías**: persona convencida de saber más y hacer todo mejor que nadie. Suele discrepar diagnósticos, tratamiento, cuidados, a su antojo. No admite todo aquello que no tiene solución.
- d) **Cuidador principal**: Persona que asume la responsabilidad total en la atención y cuidado de este tipo de pacientes .existen 2 tipos de cuidadores: el tradicional y el de la sociedad moderna.

1.- El **cuidador principal tradicional**: Es el cuidador habitual que ha convivido siempre con el paciente y se ha encargado de su cuidado. Se le cuida en un contexto de obligación social mezclado con afectividad.

2--El **cuidador principal en la sociedad moderna**: Es el que ha asumido ese rol obligado por las circunstancias, se obliga a crear una relación cuidador –cuidado que no existía. Suele tener una actividad laboral que acarrea más tensiones

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la población mundial, así como en la unidad de medicina familiar número 65, existen familiares que desempeñan el rol de cuidador principal y nunca se ha indagado sobre la existencia de la sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico, de esto surge la pregunta de investigación:

¿Cuál será el grado de sobrecarga existente en el cuidador principal del paciente geriátrico de la unidad de medicina familiar numero 65, del Instituto Mexicano del Seguro Social?

III.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

GENERAL:

Determinar el nivel de sobrecarga en el cuidador principal ,del paciente geriátrico ,en la Unidad de Medicina Familiar numero 65, del Instituto Mexicano del Seguro Social , en Rio Hondo Naucalpan, , Estado de México

ESPECIFICOS:

Determinar el estado de SOBRECARGA INTENSA en las personas que son cuidadores principales del paciente geriátrico en la UMF 65.

Determinar el estado de SOBRECARGA LIGERA en las personas que son cuidadores principales del paciente geriátrico en la UMF 65.

Determinar la AUSENCIA DE SOBRECARGA en las personas que son cuidadores principales del paciente geriátrico en la UMF 65.

Determinar las características socio demográficas de los sujetos de estudio.

IV.-JUSTIFICACION:

Debido a que el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial. Ha provocado un aumento en la población de seres humanos longevos, y nuestro país no es la excepción, la transición epidemiológica que hemos experimentado ha hecho que en nuestro país, como en la mayoría de los países industrializados, las enfermedades crónicas superen a las agudas como principales causas de muerte en las tasas de mortalidad en general. Esto se acompaña a su vez de mayores prevalencias de morbilidad en este mismo sector de la población,

De manera que el número de pacientes geriátricos ha aumentado y con ello el número de personas que se hacen cargo de ellos. Por lo que la posibilidad de desarrollar Síndrome de Sobrecarga del Cuidador es cada vez mayor, esto aunado a que los cuidadores principales son pacientes ocultos que rara vez acuden a consulta a valoración para prevenir este tipo de síndrome.

La afectación que este síndrome produce no solo síntomas físicos, sino también alteraciones psicológicas, afectando la vida personal, social e incluso laboral de los cuidadores.

Para cuidar al cuidador se puede y se debe educar sobre la enfermedad del paciente y explicarle los cuidados que debe proporcionar, informar sobre con quien pueda acudir en caso de exacerbaciones, enviar a grupos de apoyo para soporte psicológico, orientar sobre organización familiar para la asistencia del enfermo todo con el objetivo de evitar que constituyan una población con riesgo de sufrir enfermedades

VI.-SUJETOS, MATERIAL Y METODOS:

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO:

Este protocolo se realizara en la Unidad de Medicina Familiar # 65 con servicio de Atención Médica Continua del primer nivel de atención, delegación 16 México-Poniente, el cual pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social. Con domicilio en Avenida Huixquilucan no 1, colonia Buenavista, en Rio Hondo Naucalpan, Estado de México. Con una población adscrita total de 46 760 pacientes (22 026 sexo masculino y 24 734 del sexo femenino).

La accesibilidad a la clínica es muy limitada debido a la ubicación, ya que se encuentra en una región con difícil acceso, ya sea en transporte público como privado al contar con solo una avenida irregular de doble sentido de 2 carriles, y sin la presencia de pasos peatonales lo cual aumenta la peligrosidad de la avenida.

Esta Unidad de Medicina Familiar, es una estructura de 1 piso, con 10 lugares de estacionamiento para el personal que labora en la clínica y para la ambulancia. Cuenta con servicio de Atención Médica Continua con apoyo de ambulancia para traslados a 2do nivel , 10 consultorios de medicina familiar ,distribuidos de la siguiente manera , 5 en planta baja y 5 en el primer piso , 2 consultorios de estomatología , 1 consultorio de apoyo, 1 consultorio de Medicina del trabajo , 1 consultorio de epidemiología ,1 consultorio de nutrición , 1 consultorio de medicina preventiva , un área de trabajo social , un área de laboratorio clínico y un área de servicio de radiología básica .Así mismo cuenta con un área de Gobierno , y un departamento de enseñanza el cual consta de un aula anexa con capacidad aproximada de 20 personas.

Cada uno de los consultorios está constituido por el siguiente personal: Un medico con categoría de Médico Familiar y una asistente médica. El equipo médico está constituido por escritorio , silla giratoria , equipo de cómputo ,una impresora , mesa de exploración , lámpara de chicote , banco de altura , 2 sillas , estetoscopio , baumanómetro, estuche de diagnóstico , equipo de termometría (termómetro , torundas secas y con alcohol, abatelenguas, guantes , pinar , cinta métrica), negatoscopio , lavamanos , jabón , toallas de papel (sanitas),papel sanitario , y un locker.

TIPO DE ESTUDIO:

Este estudio corresponde a una investigación de tipo Cuantitativo, debido a que utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y lograr objetivos establecidos previamente mediante la medición numérica y el uso de la estadística para determinar con exactitud patrones de comportamiento de la población de estudio. Es Transversal por que las variables son medidas una sola vez .Es

Observacional por que solo se presencian los fenómenos, sin modificar las variables y es

Prospectivo por que define previamente y se planea, con la recolección de datos a través de una escala ya validada. (Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, en su versión original)

GRUPO DE ESTUDIO:

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO:

En este estudio la unidad de análisis correspondió a un total de 76 Cuidadores principales de los pacientes geriátricos beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, con atención en la UMF # 65, Rio Hondo Naucalpan, Estado de México.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Ser el Cuidador Principal del paciente geriátrico derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ser mayor de edad.

Ser el cuidador principal de un año o más del paciente geriátrico

No recibir remuneración económica, por cuidar al paciente geriátrico

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Cuidadores Profesionales.

Cuidadores principales que reciban una remuneración económica, sin ser cuidadores profesionales

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Todo aquel individuo que decida retirarse del estudio

Según los criterios de exclusión planteados en el proyecto de tesis, no se excluyo a ningún candidato debido a que todos terminaron de llenar la encuesta.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población está conformada por los cuidadores principales de pacientes geriátricos de la población adscrita a la UMF 65 Rio Hondo Naucalpan, quienes fueron reclutados a través un muestreo no probabilístico de una Muestra por criterio o fines especiales. Las muestras por *fines*

especiales son muestras por conveniencia pero en las que se escogen a aquellos miembros que cumplan con criterios previamente establecidos al momento de la recolección de datos, de donde se obtuvo el número de cuidadores a encuestar.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDICION
PARENTESCO	Categórica	Vinculo por consanguinidad ,afinidad, adopción ,matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta	Relación que existe entre las personas.	1.-Madre/Padre 2.-Hijo(a) 3.-Abuelo(a) 4.-Suegro(a) 5.-Nieto(a) 6.Otros(nuera/hermana) 7.-Esposo(a)
EDAD	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona, al día de la realización del estudio	El tiempo que una persona ha vivido desde el nacimiento hasta la actualidad	CUIDADOR: 1.-18-28 Años 2.-29-38 años 3.-39-48 años 4.-49-58 años 5.-59-68 años 6.- más 69 años PACIENTE GERIATRICO: 1.-60-64 Años 2.-65-69 años 3.-70-74 años 4.-75-79 años 5.-80-84 años 6.-85-89 años 7.-90-94 años 8.-más de 95 años
SEXO	cualitativa nominal	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Genero de la personas	1.-FEMENINO 2.-MASCULINO

ESTADO CIVIL	Categoría	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace sus vínculos personales con otros individuos	Se refiere al vínculo legal existente, entre las personas.	<ul style="list-style-type: none"> 1.-Casado(a) 2.-Concubino 3.-Divorciado 4.-Madre soltera 5.-Separado 6.-Soltero 7.-Unión libre 8.-Viudo
ESCOLARIDAD	Cualitativa ordinal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (Grado máximo al día del estudio)	Se refiere al grado de estudios de las personas.	<ul style="list-style-type: none"> 1.-Primaria 2.-Secundaria 3.-Preparatoria 4.-Técnico 5.-Licenciatura 6.-Postgrado 7.-Sabe leer y escribir 8.-Analfabeta
TIEMPO DE CUIDADO		Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, a partir de cuándo inicio el cuidado de su paciente	Se refiere al tiempo que la persona dedica para cuidar de las necesidades de su paciente	<ul style="list-style-type: none"> 1.-1 a 5 años 2.-6 a 10 años 3.-11 a 15 años 4.-16 a 20 años 5.-Más de 21 años
TIEMPO LIBRE		Disposición del tiempo que no dedica al cuidado de su paciente.	Se refiere al tiempo dedicado para sí mismo.	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Si 2.- No
TIEMPO DE UNION CON SU PAREJA	Cuantitativa	Tiempo de vida conyugal	Es el periodo de tiempo que un individuo lleva de relación con la misma pareja	<ul style="list-style-type: none"> 1.-menos de 3 años 2.-3 a 5 años 3.-6 a 8 años 4.-9 a 10 años 5.-11 a 15 años 6.-16 a 20 años 7.-21 años o más
NUMERO DE HIJOS	Cuantitativa	Hijos cuidador principal del	Cantidad de hijos que tiene el cuidador	<ul style="list-style-type: none"> 1.-ninguno 2.- uno 3.-dos 4.-tres 5.-cuatro 6.-cinco 7.-seis 8.-7 o más

ENFERMEDADES ASOCIADAS	Categoría	Estado de salud del cuidador principal.	Aquellas patologías que padece el cuidador	a) Si. Todas las referidas por la paciente. b) No.
GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR		Conjunto de síntomas biopsicosociales que afectan al cuidador principal	Se refiere al grado de sobrecarga que presenta el cuidador principal del paciente geriátrico.	1.-Sin sobrecarga (menos de 46) 2.-Sobrecarga leve (47 a 55 puntos) 3.-Sobrecarga intensa (más de 56)
NIVEL SOCIECONOMICO	Categoría	Escala de Graffar para la valoración del estado socioeconómico del cuidador principal del paciente geriátrico	Se refiere al nivel y condiciones de vida en las que se encuentra el cuidador principal del paciente geriátrico	1.-Alto (3 a 6) 2.-Medio (7 a 10) 3.-Bajo (11 a 14) 4.-Miseria(15 a 18)

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 65, del Instituto Mexicano del Seguro Social, En Rio Hondo, Naucalpan, estado de México en ambos turnos y de los 20 consultorios, a través de la aplicación del cuestionario que contiene la cedula de recolección de datos así como la escala que mide la sobrecarga del cuidador (ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT versión original) en los cuidadores principales del paciente geriátrico, previa autorización por parte del cuidador a través de un consentimiento informado.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación Médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.

La declaración de Ginebra de la Asociación Medica Mundial, vincula al médico con la fórmula de “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y el Código Internacional De Ética Médica afirma que “el médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención medica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.”

En la Investigación Médica, es deber del médico proteger la vida, salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

En toda investigación en seres humanos , cada individuo debe recibir la información adecuada acerca del protocolo de investigación , .La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento .Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información el médico debe obtener entonces , preferiblemente por escrito , el consentimiento informado y voluntario de la persona , si no se puede obtener por escrito , debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Por lo que de acuerdo a lo anteriormente expuesto, de procederá a realizar este estudio, previa autorización por escrito del paciente a través de la elaboración de la hoja de consentimiento informado.

RECURSOS HUMANOS, ETICOS Y FINANCIEROS

Un Médico del curso de especialidad en Medicina Familiar (investigador)

Unidad de medicina familiar numero 65 Rio Hondo Naucalpan, Estado de México.

Hoja de consentimiento informado

Hojas de Instrumentos de Medición

Copiadora

Computadora

Programas estadísticos SPSS versión 20 y Microsoft office Profesional plus 2000

Hojas

Tinta

Papelería necesaria

ANALISIS DE LA INFORMACION:

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 20 y a través de Microsoft office profesional plus 2012, se utilizaron tablas de frecuencias, asociación y los gráficos con sus análisis correspondiente para facilitar la interpretación de los datos. Expresando algunas de las variables a través de medidas de intensidad relativa y medidas de tendencia central (mediana y moda.)

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 76 cuestionarios a los cuidadores principales de los pacientes geriátricos, que acuden a los servicios de salud ofrecidos en la Unidad de Medicina Familiar #65 del IMSS de San José Río Hondo, Naucalpan. A continuación se presentan los resultados obtenidos con el instrumento de recolección de datos, y el instrumento de medición de Sobrecarga del Cuidador Principal. Estos resultados se presentan a través de las siguientes tablas y gráficos.

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS Y SOCIOECONOMICOS DE LOS CUIDADORES

GRAFICO NO. 1

Distribución numérica de cuidadores, según el sexo.



SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos FEMENINO	71	93.4	93.4	93.4
MASCULINO	5	6.6	6.6	100.0
Total	76	100.0	100.0	

De la población de estudio (N=76), 71 pacientes correspondieron al sexo femenino (93.4 %) y 5 pacientes (6.6 %) al sexo masculino, siendo estos resultados similares a los encontrados. Cabe destacar que los pacientes del sexo masculino encontrados en este estudio corresponden a hijos que viven en la casa del paciente, 3 son solteros y 2 viven en unión libre.

GRAFICO NO.2

Distribución numérica del cuidador, según el parentesco



PARENTESCO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
HIJA/HIJO	38	50.0	50.0	50.0
NIETA/NIETO	21	27.6	27.6	77.6
OTROS	12	15.8	15.8	93.4
ESPOSA/ESPOSO	5	6.6	6.6	100.0
Total	76	100.0	100.0	

En este grafico se muestra que de la totalidad de la población estudiada, el 50% corresponde a hijos, 27 por ciento a nietas, el 15.8 % a otros (grupo integrado por nueras, hermanas) y el 6.6 % a las esposas.

GRAFICO 3

Distribución numérica del cuidador, según la edad.



EDADCUIDADOR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18-28	13	17.1	17.1	17.1
29 A 38	24	31.6	31.6	48.7
39 A 48	17	22.4	22.4	71.1
Válidos 49 A 58	13	17.1	17.1	88.2
59 A 68	8	10.5	10.5	98.7
69 EN ADELANTE	1	1.3	1.3	100.0
Total	76	100.0	100.0	

Del universo estudiado, el grupo etareo de mayor frecuencia, corresponde al que se encuentra en el intervalo de 29 a 38 años de edad con un 31.6 %, seguido del grupo etareo comprendido entre los 39 a los 48 años de edad con un total del 22.4%. Siendo el grupo minoritario el correspondiente al intervalo de 69 años en adelante con un 1.3% del total.

GRAFICO 4

Distribución porcentual de los cuidadores, según nivel socioeconómico.



GRAFFAR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ALTO 3 A 6	2	2.6	2.6	2.6
MEDIO 7 A 10	20	26.3	26.3	28.9
Válidos BAJO 11 A 14	31	40.8	40.8	69.7
MISERIA 15 A 18	23	30.3	30.3	100.0
Total	76	100.0	100.0	

En estos datos obtenidos en la población de estudio de la UMF 65 del IMSS, ubicada en San José, Rio Hondo Naucalpan podemos observar que el mayor porcentaje de la población se encuentra en un nivel socioeconómico bajo con un total de 31 pacientes (40.8 %), seguido de la población en condiciones de miseria con 30.3% y la minoría de un nivel alto correspondiente al 2.6 %.

GRAFICA 5

Distribución numérica de cuidadores, según el estado civil.



ESTADOCIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CASADO	30	39.5	39.5
	DIVORCIADO	4	5.3	44.7
	MADRE SOLTERA	5	6.6	51.3
	SEPARADO	5	6.6	57.9
	SOLTERO	17	22.4	80.3
	UNION LIBRE	8	10.5	90.8
	VIUDO	7	9.2	100.0
Total	76	100.0	100.0	

De acuerdo a esta grafica, encontramos que el 39.5% de los cuidadores estan casados, 17 % son solteros. Entre los cuidadores del sexo masculino, 3 de ellos se encuentran en el rubro de separación o divorcio, y los otros 2 viven en unión libre.

GRAFICA 6

Distribución numérica de cuidadores, según la ocupación.



OCUPACION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AMA DE CASA	31	40.8	40.8
	EMPLEADO	30	39.5	80.3
	PROFESIONISTA	7	9.2	89.5
	DESEMPLEADO	5	6.6	96.1
	EMPRESARIO	3	3.9	100.0
Total	76	100.0	100.0	

De acuerdo a la ocupación de la población estudiada, el 40.8% corresponde a mujeres que son amas de casa, seguido de empleados con un 39.5%, profesionistas en un 7 %, desempleados en un 5% y por ultimo empresarios en un 3%.

SITUACION DEL CUIDADOR

GRAFICO 7

Distribución numérica del cuidador, según tiempo de cuidado.



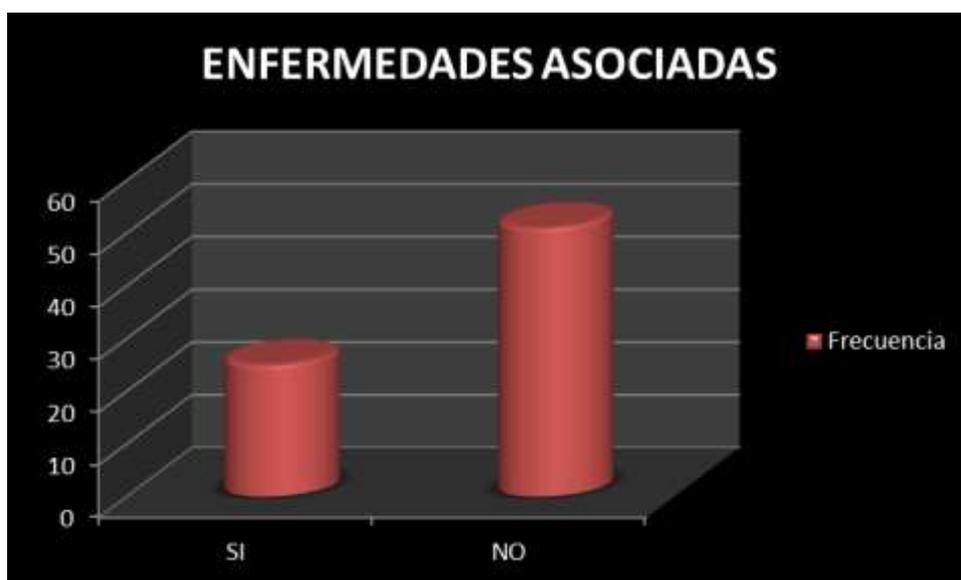
TIEMPOCUIDADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1 A 5 AÑOS	30	39.5	39.5	39.5
6 A 10 AÑOS	26	34.2	34.2	73.7
11 A 15 AÑOS	10	13.2	13.2	86.8
16 A 20 AÑOS	8	10.5	10.5	97.4
21 O MAS AÑOS	2	2.6	2.6	100.0
Total	76	100.0	100.0	

En este grafico podemos observar que existe un rango de tiempo muy amplio, que abarca desde el año hasta mas de 21 años realizando esta labor, en donde se aprecia que el 39.5% de los cuidadores han realizado esta actividad entre 1 a 5 años.

GRAFICA 8

Distribución numérica de pacientes, según enfermedades asociadas al cuidador.



ENFERMEDADES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	25	32.9	32.9	32.9
Válidos NO	51	67.1	67.1	100.0
Total	76	100.0	100.0	

De un total de 76 encuestados, se encontró que el 32.9 % de estos si presentan alguna enfermedad asociada contra el 67.1 % que refieren ser aparentemente sanos.

GRAFICA 9

Distribución numérica de pacientes, según el tiempo libre del cuidador.



TIEMPOLIBRE

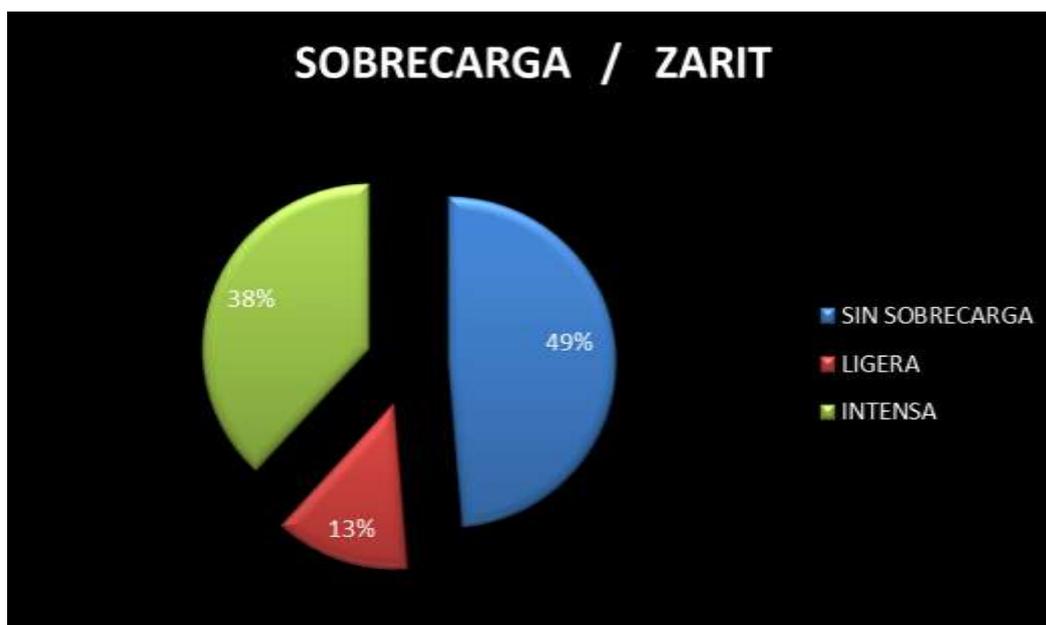
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	14	18.4	18.4	18.4
Válidos NO	62	81.6	81.6	100.0
Total	76	100.0	100.0	

De un total de 76 pacientes, solo el 14% cuenta con tiempo libre para realizar actividades recreativas, y el 81.6 % corresponde a los cuidadores que no tienen la oportunidad de tener tiempo libre.

EVALUACION DE CARGA DEL CUIDADOR

GRAFICA 10

Distribución porcentual de cuidadores de acuerdo al Grado de Sobrecarga.



GRADOSOBRECARGA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIN SOBRECARGA	37	48.7	48.7	48.7
LIGERA	10	13.2	13.2	61.8
INTENSA	29	38.2	38.2	100.0
Total	76	100.0	100.0	

La evaluación del nivel de sobrecarga de los cuidadores principales de paciente geriátricos se llevó a cabo a través de la aplicación de la encuesta de SOBRECARGA DE ZARIT. De una muestra de 76 personas, se encontró que el 48.7% no presenta sobrecarga, el 51.4% presenta sobrecarga siendo el 13.2% cuidadores con sobrecarga ligera y el 38.2% restante con sobrecarga intensa .

A continuación detallaremos el GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL en relación con algunos de los aspectos sociodemográficos de la población de estudio para determinar la influencia positiva o negativa que puede tener sobre el nivel de sobrecarga de nuestra población estudiada.

GRAFICA 11

Distribución en relación a distintos grados de sobrecarga de los cuidadores de pacientes geriátricos, según el sexo.

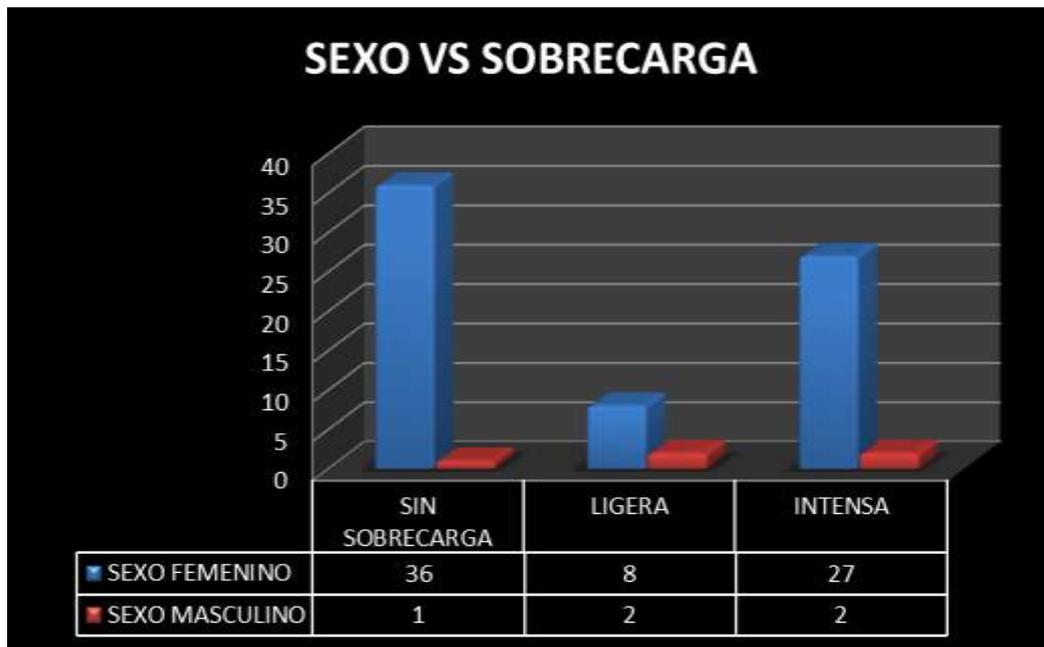


Tabla de contingencia SEXO * GRADOSOBRECARGA

Recuento

		GRADO DE SOBRECARGA			Total
		SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
SEXO	FEMENINO	36	8	27	71
	MASCULINO	1	2	2	5
Total		37	10	29	76

A través del gráfico podemos observar que el 49.29% de la población femenina presenta sobrecarga, y el 38 % corresponde a sobrecarga intensa vs el 50% que no presenta sobrecarga. En el sexo masculino el 80% presento sobrecarga, y el 40% corresponde a sobrecarga intensa vs el 20% que no presento sobrecarga. Sin embargo la cantidad de pacientes masculinos es mucho menor.

GRAFICA 12

Distribución numérica de la influencia del parentesco en el grado de sobrecarga del cuidador del paciente geriátrico.

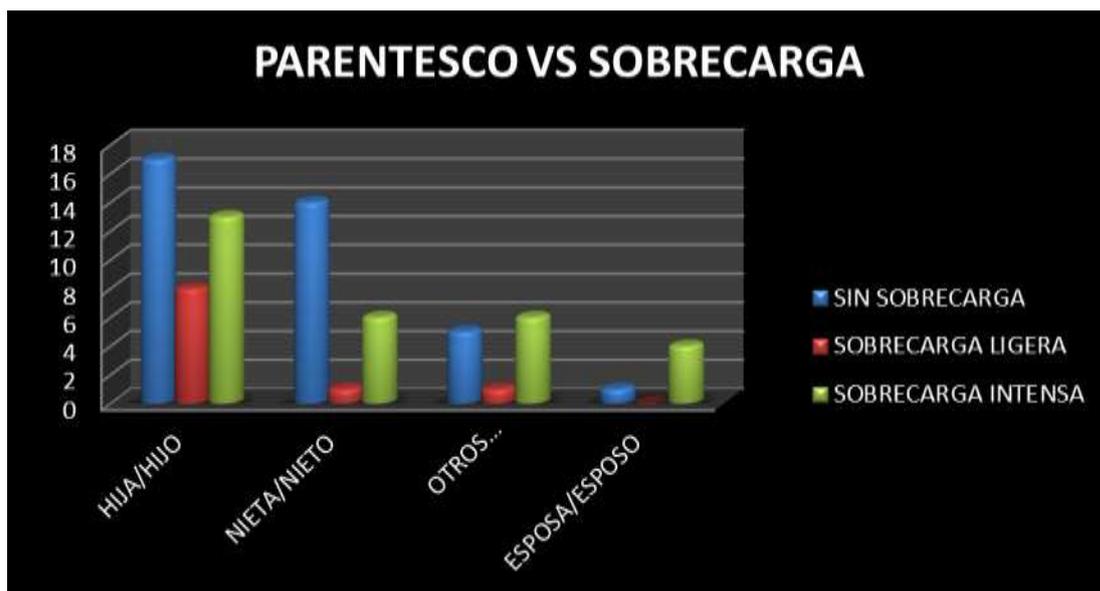


Tabla de contingencia PARENTESCO * GRADOSOBRECARGA

Recuento

		GRADOSOBRECARGA			Total
		SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
PARENTESCO	HIJA/HIJO	17	8	13	38
	NIETA/NIETO	14	1	6	21
	OTROS(hermana/nuera)	5	1	6	12
	ESPOSA/ESPOSO	1	0	4	5
Total		37	10	29	76

De acuerdo a lo anterior descrito en al grafica, se concluye que existe mayor sobrecarga en el cónyuge que desempeña el rol de cuidador del paciente geriátrico, seguido de los hermanos o nueras. Con una menor sobrecarga en los hijos encargados de esta tarea.

GRAFICA 13

Determinación numérica de sobrecarga existente de acuerdo a la edad del cuidador principal del paciente geriátrico.

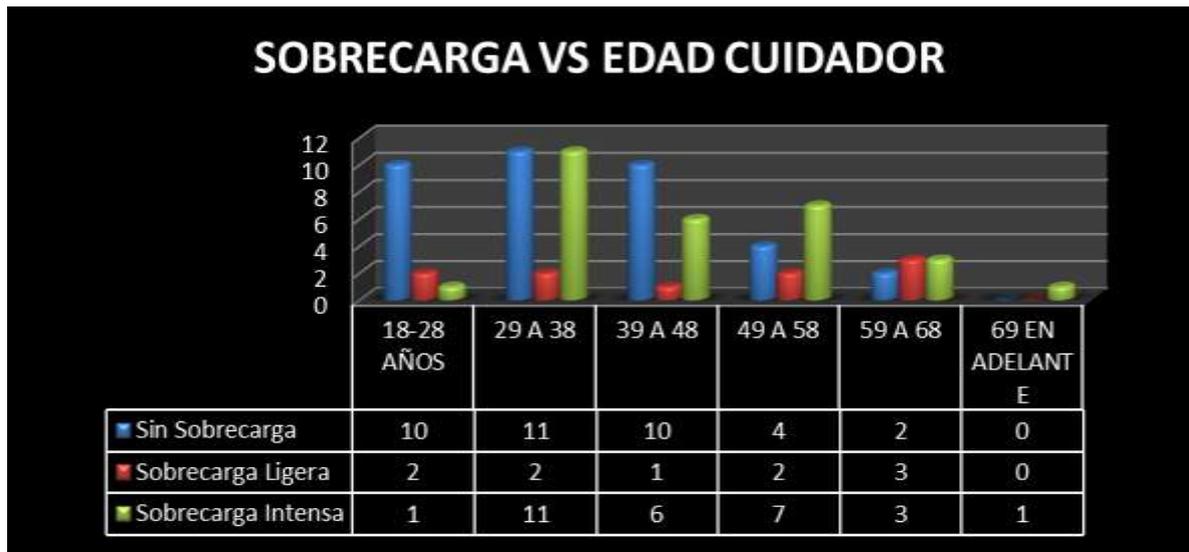


Tabla de contingencia EDADCUIDADOR * GRADOSOBRECARGA

Recuento

		GRADOSOBRECARGA			Total
		SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
EDADCUIDADOR	18-28	10	2	1	13
	29 A 38	11	2	11	24
	39 A 48	10	1	6	17
	49 A 58	4	2	7	13
	59 A 68	2	3	3	8
	69 EN ADELANTE	0	0	1	1
Total		37	10	29	76

Se observa que el grupo etareo en donde prevalece la mayor sobrecarga en el cuidador principal es la comprendida entre los 29 a 38 años de edad, seguida 39 a 48 años, siendo el grupo etareo menos afectado el comprendido entre los 18 a 28 años de edad.

GRAFICA 14

Determinación numérica de la sobrecarga en base a la edad del paciente.

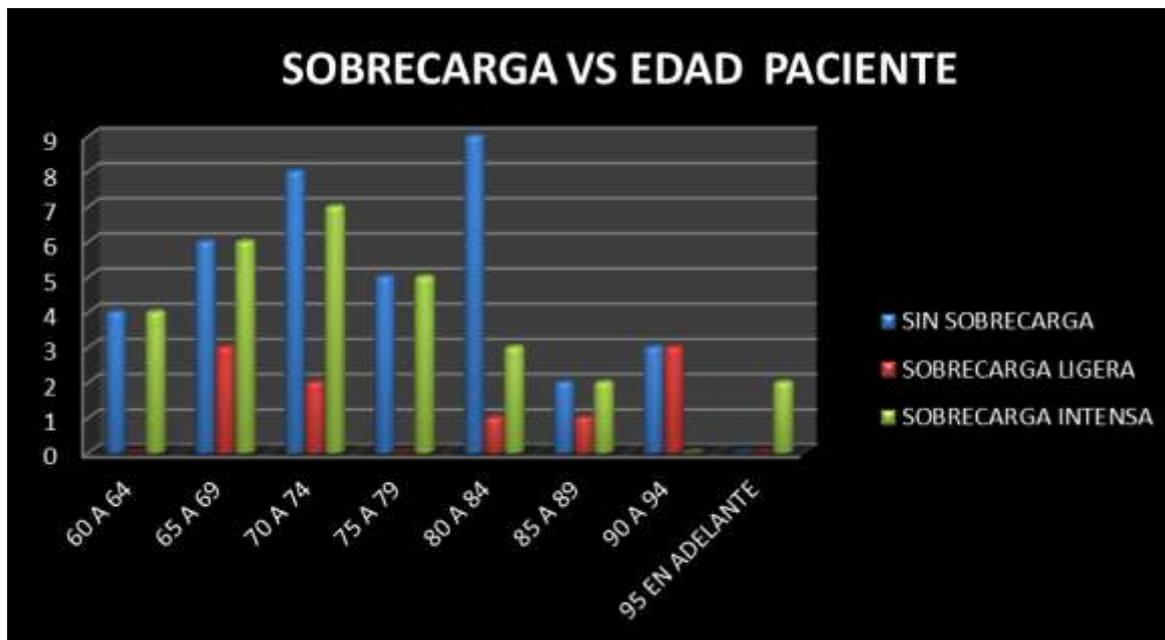


Tabla de contingencia EDADPACIENTE * GRADOSOBRECARGA

Recuento

	GRADOSOBRECARGA			Total
	SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
60 A 64	4	0	4	8
65 A 69	6	3	6	15
70 A 74	8	2	7	17
75 A 79	5	0	5	10
80 A 84	9	1	3	13
85 A 89	2	1	2	5
90 A 94	3	3	0	6
95 EN ADELANTE	0	0	2	2
Total	37	10	29	76

De acuerdo a los resultados anteriormente graficados, se llega a la conclusión de que el grupo etareo que mayor sobrecarga ocasiono al cuidador principal esta comprendida entre los 70 a 74 años de edad, seguida del grupo entre los 75 a 79 años. Siendo el grupo etareo que genero menor sobrecarga el comprendido entre 80 a 84 años de edad.

GRAFICA 15

Determinación numérica de la sobrecarga del cuidador principal de acuerdo al nivel socioeconómico.



Tabla de contingencia GRAFFAR * GRADOSOBRECARGA

Recuento

	GRADOSOBRECARGA			Total
	SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
ALTO 3 A 6	2	0	0	2
MEDIO 7 A 10	8	3	9	20
BAJO 11 A 14	14	5	12	31
MISERIA 15 A 18	13	2	8	23
Total	37	10	29	76

De acuerdo a los datos obtenidos, se observa que la mayor sobrecarga se presenta en aquellos cuidadores que en la escala de Graffar se califica como nivel socioeconómico bajo y medio y en el rubro de nivel socioeconómico alto se observa que no presentar ningún tipo de sobrecarga.

GRAFICA 16

Determinación numérica del grado de sobrecarga de acuerdo al estado civil del cuidador principal.



Tabla de contingencia ESTADOCIVIL * GRADOSOBRECARGA

Recuento

ESTADOCIVIL	GRADOSOBRECARGA			Total
	SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
CASADO	17	2	11	30
DIVORCIADO	0	2	2	4
MADRE SOLTERA	2	0	3	5
SEPARADO	1	0	4	5
SOLTERO	12	2	3	17
UNION LIBRE	3	2	3	8
VIUDO	2	2	3	7
Total	37	10	29	76

En este rubro, se destaca que el cuidador principal que esta casado, presenta mayor grado de sobrecarga. A diferencia de los cuidadores que son solteros en donde la mayoría no presenta sobrecarga.

GRAFICA 17

Determinación numérica de la sobrecarga en los cuidadores principales, en relación a la ocupación.



Tabla de contingencia OCUPACION * GRADOSOBRECARGA

Recuento

		GRADOSOBRECARGA			Total
		SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
OCUPACION	AMA DE CASA	17	3	11	31
	EMPLEADA	16	3	11	30
	PROFESIONISTA	2	2	3	7
	DESEMPLEADO	2	1	2	5
	EMPRESARIO	0	1	2	3
Total		37	10	29	76

En aquellos cuidadores, que son amas de casa o empleados se presenta un mayor índice de sobrecarga del cuidador. En los demás rubros no hay diferencias significativas.

GRAFICA 18

Determinación numérica de la influencia del tiempo de cuidado en el nivel de sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico



Tabla de contingencia TIEMPOCUIDADO * GRADOSOBRECARGA

Recuento

		GRADOSOBRECARGA			Total
		SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
TIEMPOCUIDADO	1 A 5 AÑOS	18	2	10	30
	6 A 10 AÑOS	10	5	11	26
	11 A 15 AÑOS	5	1	4	10
	16 A 20 AÑOS	4	1	3	8
	21 O MAS AÑOS	0	1	1	2
Total		37	10	29	76

El tiempo de cuidado que obtuvo un mayor nivel de sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico esta comprendido entre 6 y 10 años de cuidado con un 61.53% ,de los cuales el 42.30% presentan sobrecarga intensa, con el 40% de sobrecarga del cual el 33.33% presento sobrecarga intensa en el grupo de cuidado de 1 a 5 años. A diferencia de la menor sobrecarga en aquellos cuidadores con mas de 16 años de cuidado.

GRAFICA 19.

Determinación numérica de la sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico en relación con la presencia de enfermedades en el cuidador



Tabla de contingencia ENFERMEDADES * GRADOSOBRECARGA

Recuento

		GRADOSOBRECARGA			Total
		SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
ENFERMEDADES	SI	10	5	10	25
	NO	27	5	19	51
Total		37	10	29	76

De acuerdo a la información obtenida en las encuestas aplicadas al cuidador principal del paciente geriátrico, obtenemos los siguientes resultados: Que el cuidador principal con presencia de enfermedades asociadas tiene mayor grado de sobrecarga que aquellos que están aparentemente sanos.

GRAFICA 20

Determinación numérica del grado sobrecarga en relación al tiempo libre del cuidador principal del paciente geriátrico.



Tabla de contingencia TIEMPOLIBRE * GRADOSOBRECARGA

Recuento

		GRADOSOBRECARGA			Total
		SIN SOBRECARGA	LIGERA	INTENSA	
TIEMPOLIBRE	SI	11	1	2	14
	NO	26	9	27	62
Total		37	10	29	76

A menor tiempo libre del cuidador principal del paciente geriátrico es mayor la sobrecarga que presenta el encuestado, a diferencia de aquellos cuidadores que si cuentan con tiempo libre para la realización de actividades de recreación.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El propósito de este estudio, fue el de detectar a una población de muy alto riesgo, debido a que esta muy poco estudiada y cuya importancia radica directamente con el incremento que se ha estado dando en la expectativa de vida en la población mundial, y que cada vez que esta se incrementa, por ende aumenta la necesidad de cuidar a la población geriátrica. Esta población es de especial interés en el ámbito de la Medicina Familiar, debido a los cambios estructurales que ocasiona en el seno Familiar, estamos hablando del Cuidador Principal. En el año de 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 por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea de manera directa o indirecta”, Por lo que es preciso evaluar el impacto que produce la noble y desgastante labor de cuidar, en el autocuidado y en la calidad de vida del cuidador principal del paciente geriátrico.

En el presente estudio de investigación se desarrollo en la UMF no. 65 ubicada en San José Río Hondo Naucalpan Estado de México, donde se evaluó a la población de riesgo a través del instrumento diseñado y aprobado para detectar el nivel de Sobrecarga del Cuidador Principal (Escala de Zarit), así como las variables sociodemográficas utilizando un cuestionario diseñado que incluyó :sexo , edad del cuidador , edad del paciente geriátrico , estado civil, escolaridad , ocupación, tiempo de cuidado , presencia de enfermedades asociadas , y si dispone de tiempo libre y de un cuestionario para valoración el nivel socioeconómico del cuidador principal (escala de Graffar).

La mayoría de los resultados obtenidos, en este estudio de investigación, se relacionan en su gran mayoría con la situación que esperábamos encontrar de acuerdo a la literatura revisada previamente del tema, sin embargo se aprecia que existe AUSENCIA DE SOBRECARGA, en casi el 50 % de la población de estudio, situación que se valoro y analizo con el resto de las variables obtenidas en el estudio.

La población estudiada fue constituida por cuidadores del sexo femenino con una frecuencia del 93.4 % vs un 6.6% del sexo masculino, lo cual concuerda con los estudios previos realizados por Alamo, AR ⁽¹⁹⁾ y Purificación Estrada ⁽²⁰⁾, aunque en dicho estudio refieren una proporción 4:1 .Esto demuestra que en la sociedad estas labores se siguen delegando a la mujer probablemente asociado a el rol que se desempeña culturalmente. El 49.29% de la población femenina presenta sobrecarga siendo el 38 % sobrecarga intensa y En el sexo masculino el 80% presento sobrecarga con el 40% corresponde a sobrecarga intensa. Sin embargo la cantidad de pacientes

masculinos es mucho menor en una proporción aproximada de 14:1 en relación a la mujer.

El rango de edad del cuidador principal fluctuó entre los 18 y 70 años de edad, el grupo etareo de mayor frecuencia con 31.6% es en el intervalo de 29 a 38 años de edad posteriormente y con 22.4% el de los 39 a los 48 años. Y con el 17.1 % el grupo comprendido de los 49 a los 58 años. Siendo el grupo minoritario con 1.3% al grupo etareo de 69 o más años. Lo cual concuerda con lo escrito por Alamo, AR ⁽¹⁹⁾ y Purificación Estrada ⁽²⁰⁾ que la edad de cuidador oscila alrededor de la 5 tal década de la vida.

En cuanto al estado civil, se observo que el 39.5% son casados, seguido por el 22.4% solteros. En los estudios previos realizados por Alamo,AR⁽¹⁹⁾ y Purificación Estrada ⁽²⁰⁾, refieren una frecuencia del estado civil casado o vida conyugal de aproximadamente un 77% , la cual no concuerda con lo obtenido en esta investigación , cabe mencionar que en esta población la fluctuación de edad es muy grande y en su gran mayoría los cuidadores son nietos o hijos que aun no se casan y continúan conviviendo en casa de sus padres y/o abuelos , o por personas separadas o divorciadas que regresaron a vivir a casa de sus padres, como el caso de los cuidadores del sexo masculino que encuestamos en este estudio. Sin embargo, esto concuerda con el estudio realizado por Muñoz.C, et al⁽¹²⁾ donde refiere que en nuestro país, el cuidado de la salud sigue correspondiendo en su mayor medida a la familia.

En relación con el tiempo de cuidado del cuidador principal se observa que en nuestra población se encuentra con un porcentaje de 39.5% al periodo comprendido entre el año y los 5 años de cuidado, con 34.2% entre 6-10 años y en menor porcentaje en mas de 16 años de cuidado, probablemente esto se debe a la edad y parentesco de los cuidadores principales de esta población. La mayor sobrecarga se observo entre los cuidadores comprendidos entre los 6 y 10 años de cuidado con una sobrecarga intensa del 42.30%, seguidos del grupo entre 1 y 5 años con sobrecarga intensa del 33.33 %. La menor sobrecarga se apreció en los periodos comprendidos de más de 10 años de cuidado. Estos resultados se explican debido a que los mismos cuidadores refieren que al estar al cuidado de su familiar o paciente por mas años , han presentado un estado de “acostumbramiento” mostrando mayor resistencia a la sobrecarga y también debido a que la incapacidad o discapacidad del paciente cuidado fue aumentando gradualmente; a diferencia de aquellos cuidadores que recién inician su labor o presentan como en este estudio menos de 10 años de cuidado , aun no se coordinan adecuadamente para llevar a cabo las arduas labores de cuidado y su vida cotidiana , así mismo un factor importante que se encontró en estos cuidadores también fue, que las condiciones en que se iniciaron en la labor de cuidado ya que son un factor altamente influyente en el grado de sobrecarga para ellos, así como la disposición de cuidado que se tenga por ellos. Por ejemplo accidentes incapacitantes o discapacitantes, ser el único familiar que vive con el paciente al que hay que cuidar o la interacción familiar que se lleve con el paciente donde refiere hacerlo por obligación moral

o por así convenir a sus intereses, lo cual se encontró descrito en la bibliografía refiriéndose al estudio realizado por Salas, N.L.⁽¹⁷⁾ y Pérez, D.L.⁽¹⁸⁾.

Los cuidadores principales en un 67.1% no presentaron enfermedades asociadas de estas el 47.05% presentó sobrecarga y el 37.25 % fue intensa. De los que presentaron enfermedades asociadas (32.9%) el 60 % presentó sobrecarga, siendo sobrecarga intensa en un 40%. Por lo que se aprecia que la presencia de alguna enfermedad en el cuidador principal es un factor predisponente a la presencia de mayor grado de sobrecarga y por ende es una población de mayor riesgo para el colapso del cuidador.

En cuanto a la presencia de tiempo libre, se aprecia que el 14% de los cuidadores principales pueden realizar actividades de recreación, presentando sobrecarga en 21.42%, con 14.28% correspondiente a sobrecarga intensa. En cuanto a los que no cuentan con tiempo libre con un 81.6 % de la población estudiada, presentan una sobrecarga del 58.06 %, con representación de sobrecarga intensa en un 45.54%. De lo cual llegamos a la conclusión de la importancia de tener un tiempo de esparcimiento para prevenir el colapso o el deterioro del cuidador principal.

CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población, es un triunfo de la edad moderna que refiere la mejoría de la salud a nivel mundial, en México nos encontramos en una etapa avanzada de la transición demográfica, esta situación nos conlleva a retos especiales que plantearán enormes desafíos para las políticas sociales ya que tendrán que emprender un giro sustancial en su enfoque en la atención de las problemáticas propias del envejecimiento. No solo se trata de ampliar la oferta de servicios ya existentes, si no que habrán de incorporarse nuevas estrategias y programas para la prevención de los cambios que se están suscitando y pueden llegar a ser negativos en la salud. Entre las situaciones que se presentan y que aumentarán con el tiempo, se encuentra el grado de sobrecarga que presentan los cuidadores principales, en este caso del paciente geriátrico, que es un tópico que debe tener más cuidado debido a que se trata de una población subvaluada y de muy alto riesgo para desarrollar deterioros, incluso son denominados “pacientes ocultos”. La relevancia de esta temática de estudio, inicia con la escasa información que existe en nuestro medio acerca de las características psicoafectivas de la persona que asume voluntaria o involuntariamente el papel de responsable del paciente. Hasta el año de 1999 fue cuando la OMS 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 por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo ya sea de manera directa o indirecta”

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación, se encontró que es de suma importancia para el cuidador principal contar con tiempo libre para poder disminuir la carga de trabajo y disminuir las cargas psicoafectivas, lo cual se lograría a través de el uso de redes de apoyo, así como del cuidado y la atención necesaria del cuidador principal para evitar su colapso.

De todo lo anterior se concluye que el médico familiar y el equipo de salud multidisciplinario que con él labora, debe poner énfasis en la detección de este trastorno tan importante como lo es nuestro “paciente oculto” y otorgar la orientación necesaria, así como las estrategias previstas, para la prevención de todos los cambios importantes dentro de la estructura familiar, en los roles, y patrones de conducta en sus integrantes. Ya que estos cambios pueden precipitar crisis familiares del tipo paranormativas que ponen en peligro la estabilidad de la familia, esto es de suma importancia en nuestro medio, ya que en México el cuidado de la salud sigue estando a cargo en mayor medida de la familia y dentro de la familia, de la mujer ya sea como hija, esposa, nuera o nieta como se reflejo en el presente estudio.

En este estudio se puede concluir que existen variables no modificables que aumentan la sobrecarga del cuidador principal, como pueden ser la edad del paciente, el tiempo de cuidado, el grado de dependencia del paciente; sin embargo existen otras variables que si son modificables como lo son: la necesidad de tiempo libre del cuidador principal para la recreación, el uso de redes de apoyo tanto familiares como institucionales y aquí es donde se deberá poner énfasis para disminuir el nivel de sobrecarga del cuidador o en el mejor de los casos prevenirlo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Viviana Perez, F. S. (2009). Biología del Envejecimiento. *Revista Médica de Chile*, 137, 296-302.
- 2.-Robledo, L. M. (14 de DICIEMBRE de 2010). *La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento*. (L. M. Robledo, Editor) Recuperado el 14 de DICIEMBRE de 2010, de CONAPO: www.conapo.gob.mx
- 3.-O. M. S (14 de diciembre de 2010). *Cuidados Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*.
- 4.-Red Adultos Mayores. (2010). Recuperado el 14 de Diciembre de 2010, de <http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID003.pdf>
- 5.- *Género y Envejecimiento*. (s.f.). Recuperado el 14 de Diciembre de 2010, de Organizacion Panamericana de la Salud.: <http://paho.org/spanish/HPP/HPF/AGN/aging-about.htm>
- 6.- *Envejecimiento y ciclo de vida*. (2010). Recuperado el 29 de NOVIEMBRE de 2010, de OMS: <http://www.who.int/factfiles/ageing/es/index.html>
- 7.-*Que repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?* (29 de Septiembre de 2006). Recuperado el 29 de Noviembre de 2010, de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>
- 9.-Sánchez, M. d. (Marzo- Abril de 2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer.Prevenición y cuidados en el "Síndrome del cuidador". *Enfermería Científica*, 264-265.
- 11.-Salgado, M. G. (noviembre-diciembre de 2008). Lesiones accidentales en adultos mayores:un reto para los sistemas de salud. *Salud Publica de México*, 50(6), 463-471.
- 12.-Muñoz Cobos, [. e. (septiembre de 2002). La familia en la enfermedad terminal (I). *Medicina de Familia*, 3, 190-199.
- 13.- A. Armayor, (2010). Cuidadores familiares : ¿quién cuida de ellos? *Gerokomos*, 21(3), 94-95.

- 14 Gil, M. d. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*, 2(7), 332-334.
- 15 Cepero, M. E. (30 de Agosto de 2009). *Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer*. Recuperado el 14 de diciembre de 2010, de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n3-4/enf06309.pdf>
- 16 Molina, E. M. (s.f.). *Cuidando al Cuidador*. Recuperado el 2010 de Diciembre de 2010, de <http://seden.org/files/293a.pdf>
- 17 Salas, N. L. (Octubre - Diciembre de 2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas*, 19(4), 266-271.
- 18 Pérez, D. L. (s.f.). *Situación de los Cuidadores Principales de Personas con Enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2010, de http://www.programaalexia.com/documentos/situacion_cuidadores_principales_personas_ea_david_losada_perez.pdf
- 19 Alamo, A. R. (s.f.). *Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Causas, problemas y soluciones*. Recuperado el 29 de Dic de 2010, de Gerontolalia.com: http://gerontolalia.com/sobre_carga.html
20. *Purificación Estrada. Psicóloga Oviedo*. (s.f.). Recuperado el 29 de Diciembre de 2010, de <http://purificacionestrada.com>

ANEXOS

I. Cédula de recolección de Datos para: Protocolo de investigación titulado

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE GERIATRICO, EN LA UMF NO 65, RIO HONDO NAUCALPAN ESTADO DE MEXICO

Instrucciones: responder a las preguntas de la cédula en el área sombreada (gris) con el número de las opciones dadas o con el numero específico en años.

1	EDAD DEL CUIDADOR : En años EDAD DEL PACIENTE : En años	
2	Estado civil: 1.casada 2.concubina 3.divorciada 4.madre soltera 5. separada 6.soltera 7.unión libre 8. viuda	
3	Ocupación: 1. ama de casa 2.- empleada 3.- profesionista 4.- desempleada 5. empresaria	
4	Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Carrera Técnica 5. Licenciatura 6. Postgrado 7. Sin estudios pero sabe leer y escribir 8. analfabeta	
5	Tiempo de unión o de relación de la pareja: 1. menos de tres años 2.tres a cinco años 3. seis a ocho años 4.- nueve a diez años 5. Once a quince años 6. dieciséis a veinte años 7. veintiún años en adelante	
6	Número de hijos: 1. uno 2. Dos 3. Tres 4. cuatro 5. cinco 6. Seis 7. siete o más	
7	Padece de otra enfermedad?: 1. Si 2. No	
8	Tiempo de cuidado en años: Tiene usted tiempo libre: 1.- Si 2.- No	

II.- NIVEL SOCIOECONOMICO

ESCALA DE GRAFFAR

Profesión del Jefe de Familia: _____

- 1) Universitario, gran comerciante, gerente de grandes empresas
- 2) Profesional técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
- 3) Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
- 4) Obrero especializado: tractorista, taxista, etc.
- 5) Obrero no especializado, servicio doméstico.

Nivel de Instrucción de la Madre: _____

- 1) Universitaria o su equivalente
- 2) Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- 3) Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
- 4) Educación primaria completa
- 5) Primaria incompleta analfabeta

Principal fuente de ingresos: _____

- 1) Fortuna heredada o adquirida repentinamente
- 2) Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, deportistas profesionales)
- 3) Sueldo quincenal o mensual.
- 4) Salario diario semanal
- 5) Egresos de origen público o privado (subsidios)

Condiciones de la vivienda: _____

- 1) Vivienda amplia y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2) Vivienda amplia sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- 3) Vivienda con espacios reducidos pero confortables con buenas condiciones sanitarias.
- 4) vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
- 5) vivienda improvisada construida con materias de desecho o de construcción pero con deficientes condiciones sanitarias.

Total: _____

ALTO: 3 A 6 puntos **MEDIO:** 7 A 11 puntos **BAJO:** 11 A 13 puntos **MISERIA:** 14 A 18 puntos

III.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Naucalpan de Juárez, Estado de México a ____ de _____ del 2012.

Protocolo de investigación titulado:

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE GERIATRICO, EN LA UMF NO 65, RIO HONDO NAUCALPAN ESTADO DE MEXICO. Registrado ante el Comité Local de Investigación en salud con el número: **R-2012-1503-4**

El objetivo del estudio es:

Determinar el nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente geriátrico en la Unidad de Medicina Familiar número 65 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Río Hondo Naucalpan, Estado de México.

Declaro que se me ha explicado que mi participación consistirá en:

- Responder un cuestionario con datos generales y preguntas con diversas opciones.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
- Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo en el Instituto.
- El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Después de haber leído y comprendido el objeto del proyecto, doy mi consentimiento para participar.

ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO.

IV.-Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
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 tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

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 menor o igual a 46: Suele considerarse indicativa de "no sobrecarga".

Puntuación de 47 a 55: Sobrecarga ligera

Puntuación mayor o igual a 56: Sobrecarga intensa