



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 48
CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA

**NIVEL DE SOBRECARGA EN EL SINDROME DEL CUIDADOR
PRIMARIO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF #48 DEL IMSS, DE
CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. ANALIDIA SANTOYO ESPARZA



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.

**NIVEL DE SOBRECARGA EN EL SINDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL
ADULTO MAYOR DE LA UMF 48 DEL IMSS, DE CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. ANALIDIA SANTOYO ESPARZA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**NIVEL DE SOBRECARGA EN EL SINDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL
ADULTO MAYOR DE LA UMF 48 DEL IMSS, DE CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
DRA. ANALIDIA SANTOYO ESPARZA

AUTORIZACIONES:



DR. RENE ALBERTO GAMEROS GARDEA
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION
EN SALUD, DELEGACION CHIHUAHUA.

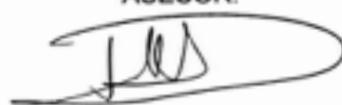


DR. JUAN LEOBARDO HERNANDEZ VILLA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 48 CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.



DR. HUMBERTO CAMPOS FAVELA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 66, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.

ASESOR:



DRA MARIA DOLORES MELENDEZ VELÁZQUEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLÓGICO Y DEL TEMA.



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 18/10/2013

DRA. ANALIDIA SANTOYO ESPARZA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

NIVEL DE SOBRECARGA EN EL SINDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF NO. 48 DEL IMSS, DE CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-802-43

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR BENJAMIN HINOJOSA HERNANDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SALVADOR BENJAMIN HINOJOSA HERNANDEZ

DEDICATORIA

A mi hermana Ursula, por su maravilloso apoyo en este trabajo y que sin ella, esta tesis estaría inconclusa, además no estaría tan llena de alegrías, desagradados, zapes y sobretodo de paciencia.

A mis padres, por su apoyo incondicional, por dejarme ser independiente y permitirme seguir mis sueños por muy buenos o malos que estos sean.

A mi reloj biológico, por que? ... Simplemente por seguir dando su tic-tac y esperarme para continuar con otras metas y algún día no muy lejano permitirme ser una mujer procreadora-emprendedora.

A mi esposo, por su apoyo, por sus locuras otorgadas durante mis años de estudio y además por su paciencia junto con mi reloj biológico.

Para la persona que me a dejado ser quien soy, a la que le entrego mi vida día a día, la que esta siempre en mi corazón, que me a prestado vida para seguir estudiando, no para saber más ni ser mejor que otros, sino simplemente para superarme a mi misma, para ayudar a los otros, mis palabras de cierre y de comienzo también van para ti... Dios.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional Autónoma de México, porque me abrió sus puertas para ser una mejor persona y buena profesionista.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social, por otorgarme mi beca para que lograra terminar mis estudios de posgrado.

A mis compañeros, en especial Maria Luisa Colmenero Piñón y Jorge Ernesto Varela Bañuelos, ya que con ellos viví los buenos y malos momentos que solo se viven como estudiante y que con ellos mas que compañeros fuimos verdaderamente amigos.

INDICE GENERAL

Carátula
Autorizaciones
Dedicatoria
Agradecimiento

RESUMEN ABSTRACT

	PAGINA
I. INTRODUCCIÓN	13
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Generalidades del Síndrome del Cuidador	
2.2 Definiciones	
2.3 Reconocimiento temprano y diagnóstico	
2.4 Tratamiento integral	
III. JUSTIFICACIÓN	22
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
V. OBJETIVOS	24
5.1 Objetivo general	
5.2 Objetivos específicos	
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	25
6.1 Tipo de estudio	
6.2 Población de estudio	
6.3 Lugar de estudio	
6.4 Periodo de estudio	
6.5 Instrumento de medición	
VII. PLANTEAMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	26
7.1 Tamaño de la muestra	
7.2 Formula	
7.3 Criterios de inclusión	
7.4 Criterios de exclusión	
7.5 Criterios de eliminación	
7.6 Tamaño final de la muestra	

VIII.VARIABLES	27
8.1 Variable dependiente	
8.2 Variable independiente	
8.3 Variables universales	
IX. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS	30
X. RESULTADOS	31
XI. DISCUSIÓN	38
XII. CONCLUSIONES	39
XIII.RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
ANEXOS	
CEDULAS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	

RESUMEN:

NIVEL DE SOBRECARGA EN EL SINDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF NO. 48 DEL IMSS, DE CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA.

ALUMNA: Dra. Analidia Santoyo Esparza. **ASESOR:** Dra. María Dolores Meléndez Velázquez

MARCO TEÓRICO: El paciente depende de un denominado cuidador primario, quien facilita actividades como el aseo, alimentación, traslados, entre otros; las cuales dependiendo del grado de discapacidad del paciente pueden ser de difícil ejecución, requerir fuerza y una disposición corporal inadecuada, que con el tiempo pueden repercutir de manera negativa en la salud física y emocional del cuidador, que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el llamado síndrome de sobrecarga del cuidador principal; por lo tanto es indispensable identificar algunas características de dicho síndrome en la población. La proporción de ancianos es alta, se incrementa constantemente y la perspectiva se fija en cuando menos el 10% del total de la población, además se correlaciona con un valor absoluto elevado ante importantes consecuencias socioeconómicas para los espacios que afecta.

OBJETIVO GENERAL: Identificar el nivel de sobrecarga en el síndrome del cuidador primario en el adulto mayor de la UMF #48 del IMSS, de Ciudad Juárez, Chihuahua

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño analítico observacional con muestreo de casos consecutivos. La población de estudio será tomada aleatoriamente en forma sistematizada de los derechohabientes adultos mayores que acudan a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar número 48 del IMSS se les aplicara un cuestionario previamente validado, escala de Zarit para valorar el nivel de sobrecarga del cuidador primario en el IMSS (anexo 3), se preguntaran datos socio-demográficos y nivel socioeconómico de cada paciente, se realizara en un periodo de tiempo que comprenderá del día 1 de marzo del 2013 al 30 de diciembre del 2014.

RESULTADOS: Se analizó una muestra de 130 cuidadores de los cuales se observaron 41% con sobrecarga intensa, 14% con sobrecarga leve y sin sobrecarga el resto de 45%. Dentro de los cuidadores sobrecargados la mayoría fue del género femenino con 75 % contra 25% masculinos. Dentro de las personas que presentaron el síntoma, 58.3% de ellos se dedica al hogar mientras que el 15.2% son comerciantes, 13.9% son obreros; profesionistas, oficinista e intendentes presentaron menor incidencia; la edad promedio fue de 50 a 60 años con una sobrecarga del 64.1% y entre 30 y 40 años de edad, presento el menor porcentaje de sobrecarga con un 47.6%

CONCLUSIONES: Se encontró síndrome del cuidador primario en un 55% de la muestra, esta cifra se encuentra dentro del promedio de estudios de otros autores quienes reportan datos desde 49.5% hasta 76.7%. La asociación estadísticamente significativa, observada en los grupos de edad, genero, ocupación y estado socioeconómico fue similar al reportado en la literatura.

Palabras clave: síndrome de sobrecarga, cuidador principal, adulto mayor

ABSTRACT

CAREGIVER SYNDROME OVERLOAD LEVEL FOR ELDERLY, AT UMF No. 48 IMSS, JUAREZ CITY, CHIHUAHUA

STUDENT: Dr. Analidia Santoyo Esparza. **ADVISOR:** Dr. Maria Dolores Melendez Velazquez

BACKGROUND: The patient depends on a so-called primary caregiver, who facilitates activities such as grooming, meals, transfers, among others; which can be difficult to execute, depending on the degree of disability of the patient requiring strength and an inadequate body disposal, which over time can impact negatively on the physical and emotional health of the caregiver, if we don't pay attention to that, it will translate sooner or later in the main caregiver burden syndrome; that is why is important to identify some characteristics of this syndrome in the population. The proportion of elderly is high, constantly increases and perspective focuses on when less 10% of the total population, is also correlated with an absolute value elevated to important socio-economic implications for the areas affected.

GENERAL OBJETIVE: Identify the syndrome of the primary caregiver for the elderly level of overload in the umf #48 of the IMSS, in ciudad Juárez, chihuahua

MATERIAL AND METHODS: observational analytical design with sampling of consecutive cases. The study population will be taken randomly in a systematized form for IMSS users adults older who attend the outpatient family medicine unit number 48 of the IMSS applies them a previously validated questionnaire, Zarit's scale to assess the level of overload of the main caregiver in the IMSS (annex 3), We will ask for socio-demographic data and socio-economic level of each patient during a period of time between March 1st 2013 to December 30th 2014.

RESULTS: Will analyze a sample of 130 caregivers of which 41% have intense overload, 14% were observed with slight overload and without overloading the remaining 45%. Within the overburdened caregivers most was female with 75% against 25% male. Within the people who developed the symptom, 58.3% of them is dedicated to home while to 15.2% are traders; the average age was 50 to 60 years with an overload of 64.1% and between 30 and 40 years of age, showed the lowest percentage of overhead to 47.6%

CONCLUSIONS: Main caregiver syndrome is present in 55% of the sample, which is located within the national as well as foreign average of other authors who reported data from 49.5% to 76.7%. The statistically significant association observed in the group of age, gender, occupation and socioeconomic status was similar to that reported in the literature.

KEYWORDS: Overload syndrome, main caregiver, elderly.

I. INTRODUCCIÓN

El papel de cuidador y el estrés continuo que presenta favorece la aparición de padecimientos orgánicos o la descompensación de problemas ya existentes, como la hipertensión y la diabetes mellitus. Otros problemas de origen psicosomático también pueden hacer su aparición, tal es el caso de la colitis y la gastritis. Por eso, resulta indispensable que en paciente con enfermedades, como la diabetes y la hipertensión de difícil control o problemas de tipo psicosomático de repetición, se investigue la existencia de algún tipo de crisis o conflicto familiar, para que dentro del esquema de manejo establecido se incluyan acciones específicas en este último sentido. De igual modo, debe recordarse que la ansiedad y la depresión no graves constituyen una de las causas más frecuentes por las que los paciente consultan al médico familiar, por lo que este debe estar preparado para brindar la atención integral al paciente y sus familia, y no solo la atención en un contexto individual.

El colapso del cuidador primario es considerado un síndrome geriátrico pues la incapacidad y dependencia que se ve en los adultos mayores tiene gran resonancia en el análisis biopsicosocial de la enfermedad, cuando el cuidado es inadecuado, inmovilidad, depresión y otras enfermedades se tornan inmanejables mencionado también el llanto fácil de los síntomas que reflejen lo que se conoce como Colapso del Cuidador; referido al costo físico, psicológico, emocional y social que puede experimentar el cuidador primario de un paciente de edad avanzada.

II. MARCO TEORICO

2.1 Generalidades del Síndrome del Cuidador: El paciente depende de un denominado cuidador primario, quien facilita actividades como el aseo, alimentación, traslados, entre otros; las cuales dependiendo del grado de discapacidad del paciente pueden ser de difícil ejecución, requerir fuerza y una disposición corporal inadecuada, que con el tiempo pueden repercutir de manera negativa en la salud física y emocional del cuidador, que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el llamado síndrome de sobrecarga del cuidador principal; por lo tanto es indispensable identificar algunas características de dicho síndrome en la población.¹ Según la ONU la proporción de ancianos es alta, se incrementa constantemente y la perspectiva se fija en cuando menos el 10% del total de la población, además se correlaciona con un valor absoluto elevado ante importantes consecuencias socioeconómicas para los espacios que afecta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization., 2002) el envejecimiento de la población y las reformas sanitarias producidas por el alto coste del soporte socio sanitario, están produciendo una revaloración del soporte o ayuda informal que prestan las familias en el cuidado de los ancianos. Esta revaloración obliga a pensar en teorías que mejoren el modelo y el valor ético del cuidado. La OMS propone estudiar los valores culturales existentes en el sistema, ya que la familia -como cuidador principal- recoge los valores culturales existentes.²

En la actualidad existen en el mundo cerca de 600 millones de adultos mayores, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de acuerdo a los resultados del último recuento censal, en el país residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad en el estado de Chihuahua habitan 270 000 adultos mayores. En el Estado, la población de adultos mayores no es ajena a este crecimiento dinámico; si en 1970 el grupo de 60 años y más representaba el 3.4 por ciento de la población total estatal, en el 2000 la proporción se ubicó en 6.8, mientras que en el 2004 fue de 7.3, con poco más de 247 mil personas, el 53.4 por ciento son mujeres y el 46.6 son hombres, estimándose que el porcentaje sea de 9.2 para el año 2010 y del 12 para el 2030, con poco más de 550 mil habitantes de este grupo. Dado que cada vez

hay menos cuidadores disponibles para los enfermos con algún tipo de dependencia, respecto de la población mayor de 75 años, el número de cuidadores disminuyó considerablemente en los últimos 50 años, el cambio demográfico incide de manera directa en los cuidadores, ya que ahora estos también son mayores y pronto necesitarán un cuidador.³

La edad promedio de los cuidadores es de 60 años en el caso de los hombres y 53 años en las mujeres; el sexo femenino es principalmente el responsable del cuidado en un 78%; de los cuales el estado civil primordial es de casadas con un 48% y solteras un 29%. En cuanto al sexo masculino representa un 22%; con un estado civil de soltero el 45% y casado 44%.³ El papel de cuidador y el estrés continuo que presenta favorece la aparición de padecimientos orgánicos o la descompensación de problemas ya existentes, como la hipertensión y la diabetes mellitus. Otros problemas de origen psicosomático también pueden hacer su aparición, tal es el caso de la colitis y la gastritis. Por eso, resulta indispensable que en paciente con enfermedades, como la diabetes y la hipertensión de difícil control o problemas de tipo psicosomático de repetición, se investigue la existencia de algún tipo de crisis o conflicto familiar, para que dentro del esquema de manejo establecido se incluyan acciones específicas en este último sentido.⁴

Es necesario reconocer lo que significa para un familiar ser el cuidador primario ya que muchas de las veces es el único recurso disponible, y es necesario que participe activamente en la planeación de cuidados en conjunto con el equipo de salud. El cuidador principal, es toda persona que asume la responsabilidad del cuidado, siendo en la mayoría de los casos una mujer mayor entre 50 y 60 años, suelen ser las hijas o las esposas, con un bajo nivel educativo y/o económico, y generalmente dedicadas a las labores del hogar; dentro de su responsabilidad está el realizar actividades que en ocasiones no son agradables y que afectan su salud física y mental, alterando roles familiares, su actividad laboral, su tiempo libre y sus relaciones sociales.⁵

El estudio del síndrome de Burnout, llamado también estrés crónico-asistencial, se ha relacionado con variables tales como la ansiedad, el tipo de trabajo o los modos de afrontamiento. Para que finalmente se produzca un trastorno psicosomático o de estrés, es necesario que el individuo esté expuesto de forma sostenida y repetida a situaciones estresantes. La exposición de forma crónica determina las alteraciones o cambios a

largo plazo referidos a cómo reacciona el individuo y su organismo ante la continua activación de la respuesta de alarma fisiológica y las reacciones cognitivo-emocionales y conductuales del proceso.⁶

El colapso del cuidador es un indicador inespecífico que el frágil equilibrio del adulto mayor sea alterado, el cuidador mayor por sí mismo es un problema geriátrico ya que un adulto mayor no puede cuidar a otro esto amerita una atención específica, por lo tanto es un problema que requiere adaptación es de tal complejidad que es deber del profesional de la salud conocer a profundidad este síndrome geriátrico. Al respecto, el colapso del cuidador es aún más frecuente cuando las familias no reparten equitativamente el cuidado del paciente con Alzheimer y se manifiestan altos niveles de agotamiento, angustia o enojo en respuesta al continuo estrés que afronta el cuidador, por lo que también es necesario que reciban apoyo.⁷

2.2. Definiciones: El término Síndrome del cuidador engloba un síndrome geriátrico que representa el costo físico, psicológico, emocional, social y económico que puede experimentar la familia o el cuidador primario de un paciente discapacitado o con una enfermedad crónica, Aunque el "cuidar" no es una enfermedad en sí, es un problema que requiere adaptación; y es tan complejo que es deber del médico familiar conocerlo a profundidad como parte de la enfermedad misma para desarrollar empatía. Hablamos de colapso del cuidador cuando éste ha estado sometido a un agotamiento por la sobrecarga de su capacidad y recursos.⁸

La importancia en la identificación y tratamiento temprano del cuidador colapsado radica en el incremento de su propia morbilidad y mortalidad.

Colapso del Cuidador: Un cuidador agotado puede ser indicio de que su estado de salud ha empeorado, aunque no necesariamente se observan evidencias, o no se reconoce de manera explícita. Es fundamental conocer su estado de salud integral, asegurarse que esta en condiciones de cuidar y que cuentea con la información necesaria y la ayuda adecuada.

Para el cuidador la carga es un elemento crucial en el análisis de las repercusiones del cuidado de la personas mayores hay que destacar una distinción importante sobre las dimensiones de la carga el cual se divide objetiva y subjetiva.

Carga subjetiva: Son las actitudes y reacciones emocionales que se presentan ante la experiencia de cuidar. Es la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados en el acto de cuidar.

Carga objetiva: Es el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos de la vida de los cuidadores. Es la cantidad de tiempo invertido en cuidados, problemas conductuales del enfermo, interrupción de la vida social, etc.

2.2.1. TIPOS DE CUIDADORES:

2.2.1.1. Cuidador: es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulte o impida el desarrollo normal de sus actividades vitales o sus relaciones sociales.⁹

2.2.1.2. Cuidador informal: son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares, amigos y vecinos.

2.2.1.3. Cuidador formal: toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos este no es capacitado, recibiendo un pago o beneficio por su trabajo. Solo el 3% de los pacientes adultos mayores discapacitados, tienen cuidadores. Idealmente los cuidadores formales de ancianos son personas capacitadas a través de cursos teórico – empírico para otorgar atención preventiva, asistencial y educativa a los adultos mayores y en caso de que exista, a su grupo familiar. En México la gerontología y geriatría no están muy solicitadas, a pesar de que para el 2050 según el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia habrá más de 34 millones de ancianos en el País.¹⁰ Durante los últimos años se han realizado diversos estudios relacionados con cuidadores de adultos mayores, que se han centrado principalmente en las

consecuencias que su labor supone en los distintos ámbitos de su vida. Resulta necesario crear estrategias de intervención eficaces que prevengan la carga o la reduzcan en la medida de lo posible y evitar el colapso por estrés.¹¹

El perfil del cuidador primario ha sido definido en diversas investigaciones. Estudios en Brasil, España y Estados Unidos, sobre el cuidado familiar, informan que con mucha frecuencia los parentescos de las personas cuidadoras con el enfermo son: cónyuge, hija, hermana(o), nieta, vecina, entre otros, en cuanto al nivel socioeconómico predominante de quien cuida es el medio-bajo o bajo; se ubican en la mediana edad, comparten su responsabilidad con otras personas de la familia y dedican muchas horas al cuidado lo que las lleva a renunciar a otras actividades sociales. Con respecto a los factores protectores y de riesgo para al síndrome de sobrecarga, son escasas las investigaciones disponibles que reporten tales resultados, pues tal como se ha descrito previamente, la mayoría de ellas, han centrado su atención en los aspectos más básicos del problema, como la identificación de la prevalencia del padecimiento y la definición del perfil del cuidador. Los pocos reportes encontrados al respecto, que abordan la temática desde el punto de vista cualitativo, señalan como factores asociados la percepción del estrés, el número de funciones realizadas en el rol de cuidador, las actividades suspendidas de la vida cotidiana, el optimismo, y la propia percepción de la calidad de la relación cuidador-paciente.¹²

El colapso del cuidador se ha evaluado mediante la aplicación de diferentes escalas (como la de sobrecarga del cuidador de Zarit) en relación con enfermedades como la demencia, en secuelas de enfermedad vascular cerebral, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Parkinson y en artritis reumatoide.¹³

2.3. Reconocimiento temprano y diagnóstico: El Síndrome del Cuidador es un costo oculto en la atención al anciano. Y los cuidadores deben ser considerados en la consulta de primer contacto como pacientes en potencia. Dada la alta incidencia de trastornos afectivos como depresión y ansiedad entre cuidadores, de manera rutinaria se debe buscar la presencia de estos padecimientos. Es importante que la detección se

realice en forma temprana tanto para el cuidador como para el paciente. Varios estudios han demostrado que el grado de agotamiento en el cuidador no se correlaciona en forma directa con el tiempo utilizado para la tarea asistencial por sí sola. Tampoco tiene que ver con el deterioro progresivo de la memoria de anciano ni por el nivel de deterioro funcional.¹⁴

Se han encontrado factores que influyen en el agotamiento del cuidador: la cantidad de estrés que causan las demandas del paciente, la manera en la que el cuidador maneja y afronta el estrés, la cantidad de ayuda social-familiar que el cuidador recibe, el nivel de interacción social negativa y la cantidad de actividades suspendidas, la percepción de agotamiento del cuidador y el resentimiento que esto ocasiona.

La presencia de personalidad optimista y la propia percepción de la calidad de relación que existe entre el cuidador y el paciente. Se han desarrollado múltiples cuestionarios para cuantificar el agotamiento del cuidador. A través de preguntas se exploran las siguientes áreas: salud mental, apoyo social-familiar, recursos, manejo de problemas de conducta del paciente y capacidad para hacerle frente, y el manejo de los problemas. El interrogatorio para identificación y estudio longitudinal de agotamiento del cuidador del Dr. Steven H. Zarit, -efectuado por primera vez en 1987 es el más empleado. Este instrumento fue revisado en 1987 y evolucionó de 29 reactivos a los 22 que actualmente se utilizan. Cabe mencionar que este cuestionario no fue diseñado para su aplicación como tal, y esto se manifiesta por la extensión del mismo, que lo convierte en poco práctico cuando se aplica en ambientes clínicos o de investigación. En 1991 se propuso una tercera revisión de 18 reactivos sin lograr la misma difusión que la versión previa. Posteriormente se han propuesto versiones para tamizaje y otras más cortas -de 4 y 12 reactivos-, logrando producir resultados idénticos a la versión completa en estudios diagnósticos y longitudinales.¹⁵

Síntomas del cuidador

El ser cuidador es un riesgo en la que pueden experimentar problemas graves de salud física y mental derivados del estrés por las circunstancias en el cual se desarrolla el cuidado. Muchas veces los síntomas que desarrollan los cuidadores sometidos a

sobrecarga no son detectados en la consulta de Atención Primaria y por lo general carecen de explicación clínica definida; muchos pacientes presentan estos síntomas de modo incidental pero otros los padecen crónicamente y pasan mucho tiempo buscando atención médica.

Los síntomas somáticos en estos pacientes son expresiones de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales, difíciles y estresantes para el sujeto. Este heterogéneo cuadro recibe distintos nombres: somatizaciones, cuadros funcionales o síntomas físicos sin explicación médica. Aplicado a estos sujetos, el modelo biomédico obtiene resultados insatisfactorios. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en el colapso del cuidador:

- Depresión
- Ansiedad
- Uso de alcohol y drogas
- Disminución de la capacidad de respuesta inmunológica (tendencia a infecciones de repetición)
- Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia)
- Cambios en los hábitos alimenticios
- Retardo y agitación psicomotriz
- Sentimientos de culpa
- Pérdida de la concentración
- Ideaciones suicidas
- Riesgo de mortalidad elevado. (63% más elevado)
- Disminución del rendimiento laboral (17-30%)

No existen estudios en nuestro medio que evalúen la relación entre el desarrollo de síntomas somáticos y la presencia de sobrecarga en cuidadores de pacientes geriátricos; y dado que en nuestro país ha habido crecimiento de la población adulta

mayor, el sistema de atención en salud no ofrece las condiciones para que la población que se encarga del cuidado de estos pacientes reciba la atención o la capacitación que requieren, más en los lugares más apartados de nuestro país y en zonas de mayor índice de pobreza.¹⁶

2.4. Tratamiento Integral: El Programa de Atención Integral al cuidador de adultos mayores en estado de dependencia, está enmarcada dentro de la Investigación Acción – Participante, en este tipo de estudio la población objeto de estudio tiene inherencia en la toma de decisiones en algunas o todas las fases del proceso. Su objetivo principal es visualizar y desarrollar formas de trabajo que garanticen un proceso de capacitación que se oriente a la búsqueda, no sólo en la descripción de problemas, sino realizar acciones enfocadas a generar cambios en la población a la que va dirigida, para poder cubrir pues así sus expectativas. La Investigación Acción – Participante se conceptualiza como, una experiencia concreta que involucra a la comunidad en el conocimiento y solución de sus problemas.¹⁷

2.4.1. Psiquiátrico y/o psicológico: El cuidador requiere de apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia o las instituciones de salud, entre otros. De igual manera, el cuidador requiere planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia o en amigos, dejando de lado su papel de persona indispensable o de que nadie más podrá hacer las cosas mejor que ella, y sobre todo recordando que eso no quiere decir que ame menos al enfermo.¹⁸

III. JUSTIFICACION.

El presente proyecto de investigación surgió como una inquietud ante la problemática ante la falta de profesionales de la salud que se enfoquen en el campo de la gerontogeriatría y menos personal capacitado para afrontar esta situación, al identificar y ayudar a un paciente con Síndrome del Cuidador, es nuestra obligación como Médicos Familiares conociendo los factores asociados para presentar esta patología nos ayudará a brindar un manejo integral a estos pacientes y sus familias evitando todas las repercusiones negativas en la familia, el Instituto y en el país que provocan estos problemas.

En la actualidad existen en el mundo cerca de 600 millones de adultos mayores, según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de acuerdo a los resultados del último recuento censal, en el país residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad en el estado de Chihuahua habitan 270 000 adultos mayores cifra que va en aumento cada año; es por eso la relevancia de realizar este estudio para tomar conciencia de la gran importancia de esta patología en este grupo de edad y sus familias; para lograrlo, se deberán tomar en cuenta la búsqueda y utilización de herramientas en el primer nivel de atención, para ello pediremos el apoyo de los médicos familiares de ofrecer un tratamiento integral y con gran enfoque al riesgo que presentan estos pacientes y sus familias.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el 2050 según el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia habrá más de 34 millones de ancianos en el País; problemática que no se ha contemplado en varias patologías comunes en los adultos mayores y en sus familias sin dejar de largo El Síndrome del Cuidador es un costo no conocido en la atención al adulto mayor en las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social; los cuidadores deben ser considerados en la consulta de primer contacto como pacientes en un futuro por lo que se deben buscar estrategias de prevención y apoyo a estas personas.

Dada la alta incidencia de trastornos afectivos como depresión y ansiedad entre cuidadores, de manera rutinaria se debe buscar la presencia de estos padecimientos. Es importante que la detección se realice en forma temprana tanto para el cuidador como para el paciente y poner en práctica un tratamiento integral de lo que se conoce muy poca información; lo que nos obliga a planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de sobrecarga en el Síndrome del cuidador primario en el adulto mayor de la UMF 48 del IMSS, de ciudad Juarez, Chihuahua?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general.

Identificar el nivel de sobrecarga emocional y física del cuidador de adultos mayores en la Unidad Médica Familiar No. 48, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia en que se presenta el colapso del cuidador primario y el nivel de sobrecarga que este presenta en la UMF No. 48 del IMSS.
- Identificar el genero en el que se presenta mas frecuente el Síndrome del cuidador primario
- Identificar el nivel socioeconómico de los pacientes con Síndrome del Cuidador Primario
- Identificar la ocupación de los pacientes con Síndrome del Cuidador Primario

VI. MATERIAL Y METODOS

6.1 Tipo de estudio: Diseño analítico observacional con muestreo de casos consecutivos.

6.2 Población de estudio: La población de estudio fue tomada aleatoriamente en forma sistematizada de los derechohabientes adultos mayores que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 48 del IMSS.

6.3 Lugar de estudio: El estudio se realizó en Ciudad Juárez, Chihuahua, dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 48 que se encuentra ubicada en Av. Manuel J. Cloutier No. 8625, Colonia Infonavit Ángel Trías, CP 32668, la Unidad Médica cuenta con 26 consultorios para el turno matutino y vespertino.

6.4 Periodo de estudio: Se realizó en un periodo de tiempo que comprenderá del día 06 de Marzo al 11 de Diciembre del 2014.

6.5 Instrumento de medición: Nivel de sobrecarga medida con la escala de Zarit compuesta por 22 preguntas de auto respuesta y fácil evaluación. Zarit diseñó una escala de sobrecarga del cuidador para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador de pacientes con demencia. Aunque la versión inicial constaba de 29 categorías (Zarit, S. H., 1.980), la más utilizada y actual es la de 22 ítems (Zarit, J. M. y sus col., 1.982). El estudio fue realizado por medio de encuestas las cuales fueron contestadas por los entrevistados durante el tiempo de la consulta, respondiendo a las dudas que tuviera el paciente al momento de la encuesta.

VII. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

7.1 Tamaño de la muestra. N=199 pacientes adultos mayores de 65 años dependientes.

7.2 Formula: Se obtuvo mediante la siguiente formula

$$N = \frac{(z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2} = \frac{(1.96)^2(.84)(.16)}{(0.05)^2} = \frac{(3.84)(.13)}{0.0025} = \frac{0.4992}{0.0025} = 199$$

En donde:

N= tamaño de la muestra que se refiere

p= proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

q=1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable a aceptar)

δ = precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

Z α = distancia de la media del valor de significación propuestos se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor α de 0.05

La población de personas mayores de 60 años en ciudad Juárez es de 130 000 adultos mayores (INEGI, 2008) de los cuales una tercera parte son dependientes resultando una población a estudiar de 199 pacientes adultos mayores dependientes.

7.3 Criterios de inclusión:

- Cuidador informal.
- Cuidador formal
- Cuidador derechohabiente del adulto mayor.

7.4 Criterios de exclusión:

- No aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes que no sean cuidadores de adultos mayores.
- Que no sean derechohabientes de la UMF 48.
- No firmen el consentimiento informado.

7.5 Criterios de eliminación.

- Encuestas incompletas.

7.6 Tamaño de la muestra. El tamaño de la muestra fue de 199 encuestados con un resultado de 130 encuestas contestadas de forma correcta.

VIII. VARIABLES

8.1 Variable dependiente

8.1.1 Síndrome del cuidador:

Definición conceptual: Es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente.

Definición operacional: Para fines de este estudio se captara el resultado de la escala de Zarit.

Indicador: Resultados de la escala de Zarit.

Escala de medición: ordinal

Tipo: Cualitativa

Análisis estadístico: Porcentaje, frecuencias

8.1.2 Factores asociados al Síndrome del Cuidador:

Definición conceptual: Son todos aquellos que se relacionan con el estado físico y emocional de la persona que tiene a cargo una persona con alguna enfermedad crónica.

Definición operacional: Lo que resulte de la encuesta de Zarit.

Indicador: Angustia, estrés, fatiga, descompensación de problemas ya existentes, (hipertensión, diabetes mellitus), otros problemas de origen psicosomático (colitis, gastritis).

Escala de medición: Cualitativa nominal

Análisis estadístico: Descriptiva

8.2 Variable independiente:

8.2.1 Adulto mayor:

Definición conceptual: Persona mayor de 60 años, se clasifica en adulto mayor sano, mayor enferma, mayor frágil o de alto riesgo.

- **Adulto mayor sano:** Sus características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica. Se estima que entre el 15 y 40% de los individuos de 70 años carecen de enfermedades objetivables.
- **Adulto mayor enfermo:** Es la que presenta patología aguda o crónica, de severidad variable, rara vez invalidante, y que no se ajusta a los criterios de paciente geriátrico.
- **Adulto mayor frágil o de alto riesgo:** Es aquella que por su situación clínica, mental o social se encuentra en equilibrio muy inestable, con grandes probabilidades de ingresar en una institución de por vida, a no ser que se manejen adecuadamente sus problemas.¹⁹

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara a la persona mayor de 60 años con alguna enfermedad crónica.

Escala de medición: Cualitativa

8.3 Variables universales

8.3.1 Edad:

Definición conceptual: Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual

Definición operacional: La referida por el cuidador al momento de encuestarlo.

Escala de medición: razón.

Tipo: Cuantitativa

Indicador: Años

Estadística: Porcentaje, desviación estándar, mediana, moda.

8.3.2 Genero:

Definición conceptual: Conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos machos de las hembras de cada especie orgánica.

Definición operacional: Para fines de este estudio se captara el sexo referido por el cuidador en la encuesta.

Indicador: 1. Masculino, 2. Femenino

Escala de medición: Cualitativa Nominal, dicotómica

Tipo: Variable universal.

Análisis estadístico: Porcentaje, frecuencias

8.3.3 Ocupación:

Definición conceptual: Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.

Definición operacional: La referida por el encuestado

Escala de medición: Cualitativa, Nominal

Indicador: 1 campesino 2 obrero, 3 profesionales 4 desempleado

Análisis estadístico: Porcentaje, frecuencias

8.3.4 Nivel socioeconómico:

Definición conceptual: Es una estructura jerárquica basada en la acumulación de capital económico y social.

Definición operacional: situación económica de una persona, cantidad de bienes con los que cuenta (dinero, casa, auto, etc.)

Escala de medición: ordinal

Indicador: Salarios por día (Nivel AMAI 10/6)

IX. FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Es factible realizar el siguiente estudio, ya que no requiere de la interacción directa con el paciente, no se pone en riesgo su integridad física, ni representa ningún otro riesgo para el mismo.

Éticamente no se contrapone a los principios de la Declaración de Helsinki, ni a la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos, puesto que no pone en peligro la vida del paciente, ya que el abordaje de este se realizara por medio de la aplicación de una escala para valorar los factores de riesgo para el colapso del cuidador primario en el adulto mayor.

X. ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

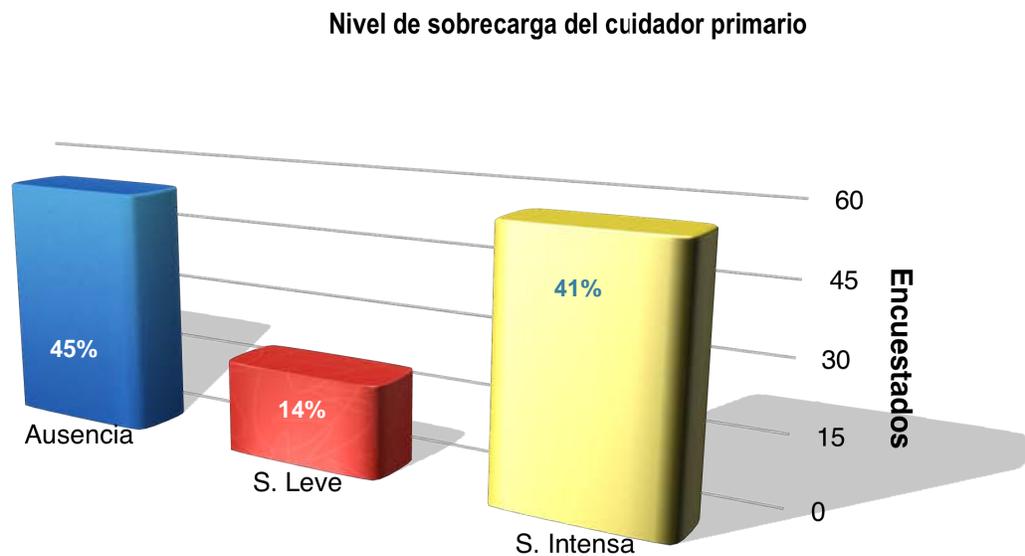
En lo referente al nivel de sobrecarga, se obtuvo como resultado una sobrecarga intensa del 41% y un 14% leve (Tabla 1 y Gráfica 1).

TABLA 1.

Nivel sobrecarga del cuidador primario en el adulto mayor de la Unidad de Medicina Familiar No. 48		
	n	%
Ausencia de Sobrecarga <46 puntos	58	45
Presencia de Sobrecarga	72	55
Leve 47 a 55 puntos	19	14
Intensa >56 puntos	53	41

Fuente: Encuesta Test de Zarit Marzo - Diciembre 2014

GRÁFICA 1.



Fuente: Encuesta Test de Zarit Marzo - Diciembre 2014

En cuanto a la frecuencia de sobrecarga presentada en nuestros pacientes se encontró un 55% de sobrecarga contra un 45% con ausencia de sobrecarga. (Tabla 2 y Gráfica 2)

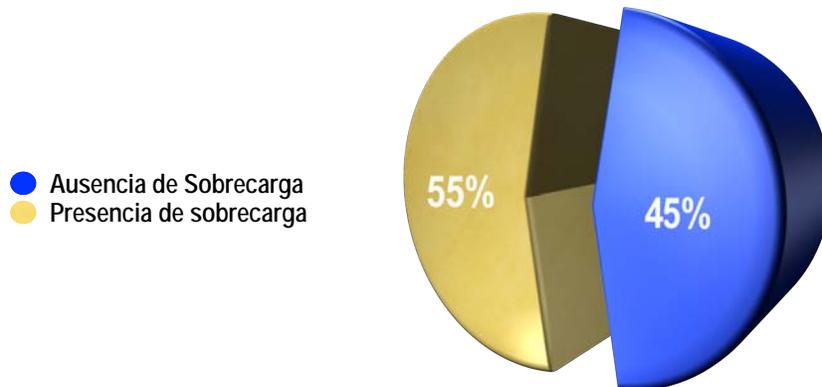
TABLA 2

Frecuencia de sobrecarga del cuidador primario en el adulto mayor de la UMF No. 48, IMSS		
	n	%
Ausencia de Sobrecarga <46 puntos	58	45
Presencia de Sobrecarga >47 puntos	72	55
	130	100

Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

GRÁFICA 2.

Presencia de sobrecarga en el cuidador primario



Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

En la asociación del genero, se observo que es mas frecuente en el genero femenino 44 con Sobrecarga intensa y 14 con Sobrecarga leve que equivale a un 42.7 y 13.5% respectivamente, y en el genero masculino se observa menor sobrecarga 9 con Sobrecarga intensa y 5 Sobrecarga leve que corresponde a un 33.3 y 18.5% respectivamente (Tabla 3 y Grafica 3).

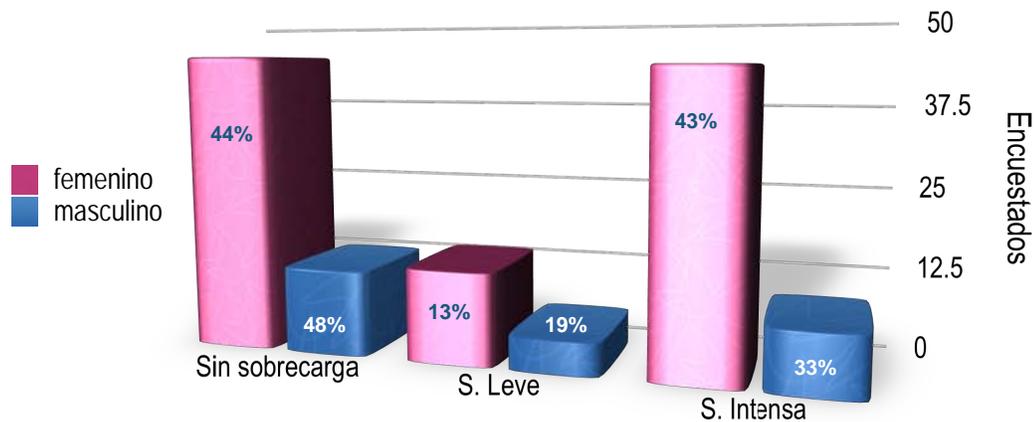
TABLA 3.

Frecuencia de genero con sobrecarga del cuidador primario en el adulto mayor de la UMF No. 48		
	n	%
Femenino	103	100
Sobrecarga intensa	44	43
Leve	14	13
Sin Sobrecarga	45	44
Masculino	27	100
Sobrecarga intensa	9	33
Leve	5	19
Sin Sobrecarga	13	48

Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

GRÁFICA 3

Nivel de sobrecarga por Genero



Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

Referente al estrato socioeconómico mas frecuente de los encuestados se encontró el Estrato D con un 45%, seguida por el Estrato C, con un 22% Estrato C+ y con un 5% estrato A/B (Tabla 4 y Gráfica 4).

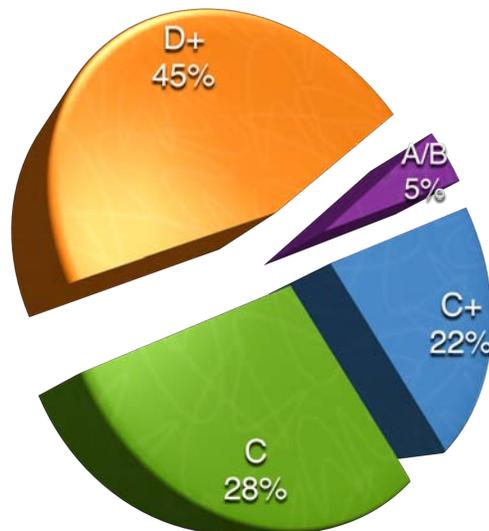
TABLA 4.

Estrato socioeconómico de los cuidadores primario encuestados de la UMF No. 48, IMSS		
	n	%
Estrato Socioeconómico A/B	6	5
Estrato Socioeconómico C+	29	22
Estrato Socioeconómico C	36	28
Estrato Socioeconómico D+	59	45
TOTAL	130	100

Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

GRAFICA 4.

Porcentaje de distribución según estrato socioeconómico AMAI 10/6



Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

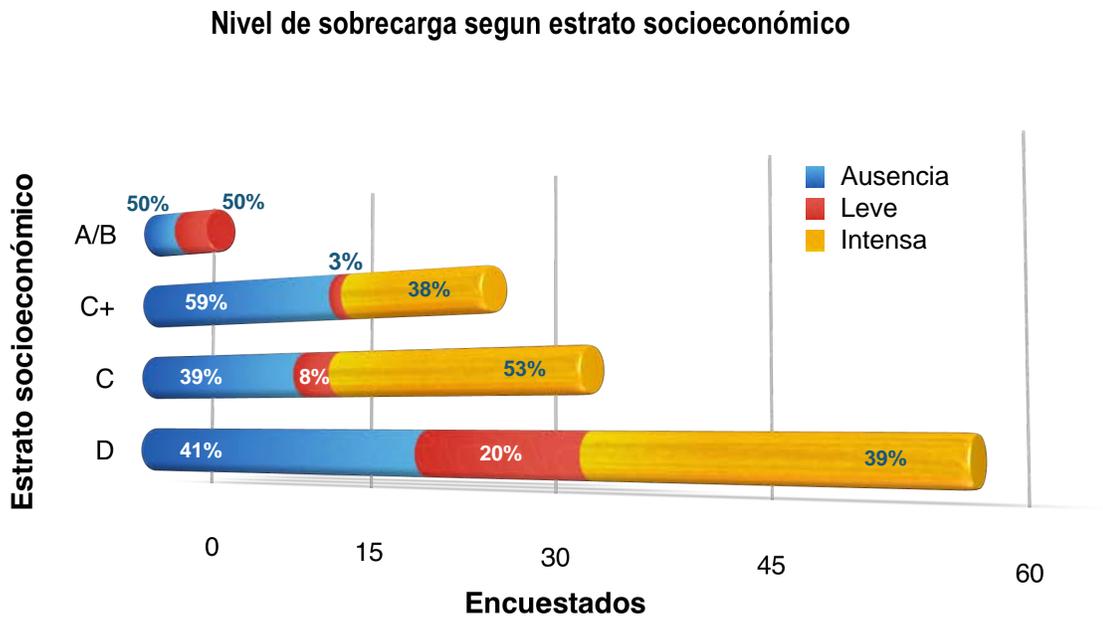
En cuanto el nivel de sobrecarga intensa por estrato socioeconómico, se encontró que el estrato D cuenta con 23 cuidadores con sobrecarga intensa seguido por el estrato C con 19 cuidadores y con 11 cuidadores con sobrecarga intensa en el estrato C+ (Tabla 5 y Gráfica 5).

TABLA 5.

Sobrecarga según nivel socioeconómico del cuidador primario en el adulto mayor de la UMF No. 48, IMSS								
SOBRECARGA	ESTRATO SOCIOECONOMICO							
	A/B		C+		C		D+	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausencia	3	50	17	59	14	39	24	41
Leve	3	50	1	3	3	8	12	20
Intensa	-	-	11	38	19	53	23	39
	6	100	29	100	36	100	59	100

Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

GRÁFICA 5.



Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

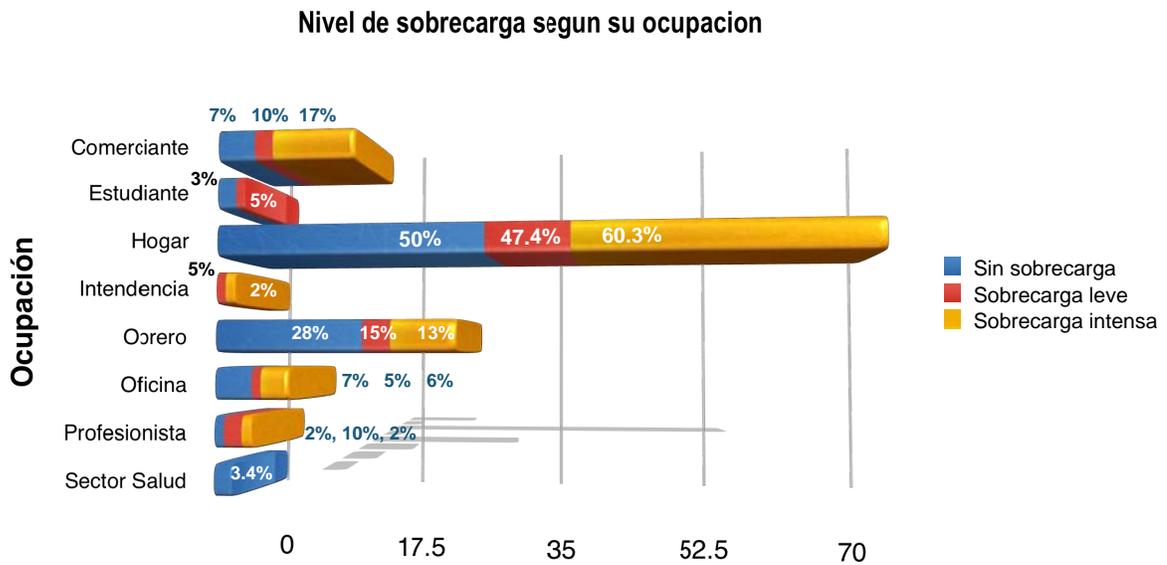
En lo referente a la ocupación del cuidador con la presencia de sobrecarga intensa se observa que la mayor ocupación con mayor sobrecarga es el Hogar 32 cuidadores (en este rubro se engloba: amas de casa, pensionados, jubilados y desempleados), continuando con los Obreros 7 cuidadores (en este rubro se engloba: empleadas de maquiladora, albañiles, jornaleros, soldadores), seguida por Oficinistas 3 cuidadores y Profesionista e Intendencia 1 cuidador (Tabla 6 y Gráfica 6).

TABLA 6.

Sobrecarga según ocupación del cuidador primario en el adulto mayor de la UMF No. 48, IMSS						
	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa	
	n	%	n	%	n	%
Comerciante	4	6.9	2	10.5	9	16.9
Estudiante	2	3.4	1	5.3	-	-
Hogar	29	50	9	47.4	32	60.3
Intendencia	-	-	1	5.3	1	1.8
Obrero	16	27.5	3	15.7	7	13.2
Oficina	4	6.8	1	5.3	3	5.6
Profesionista	1	1.8	2	10.5	1	1.8
Sector salud	2	3.4	-	-	-	-
TOTAL	58	100	19	100	53	100

Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

GRAFICA 6.



Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

En cuanto el nivel de sobrecarga intensa por estrato edad, se encontró que el rango entre 50 y 60 años de edad presentan sobrecarga intensa seguido por el rango 40 a 50 años mayores de 60 años y con menos edad menores de 40 años (Tabla 7 y Gráfica 7).

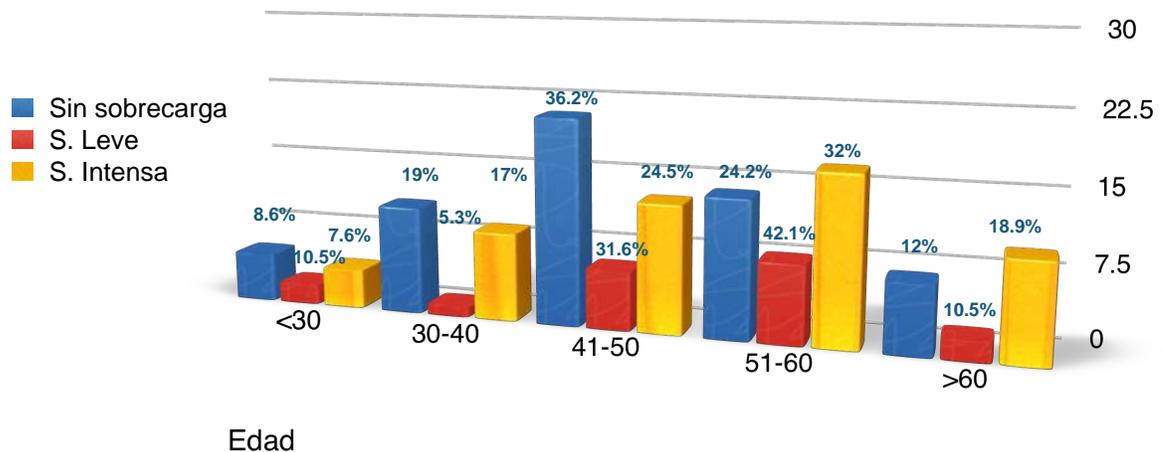
TABLA 7

Sobrecarga según la edad del cuidador primario en el adulto mayor de la UMF No. 48, IMSS						
Edad (años)	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa	
	n	%	n	%	n	%
<30	5	8.6	2	10.5	4	7.6
30 - 40	11	19	1	5.3	9	17
41 - 50	21	36.2	6	31.6	13	24.5
51 - 60	14	24.2	8	42.1	17	32
>60	7	12	2	10.5	10	18.9
TOTAL	58	100	19	100	53	100

Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

GRAFICA 6.

Nivel de sobrecarga segun edad



Fuente: Encuesta Test de Zarit, Marzo - Diciembre 2014

XI. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que el síndrome del cuidador se presenta en un 55% de los encuestados de los cuales, el género femenino se observa con mayor sobrecarga que el masculino, esto sugiere un mayor desgaste físico y emocional en mujeres amas de casa que las que poseen un empleo fijo. Al igual que los resultados mostrados por trabajos de diversos investigadores como Fuentes Cantú A. (2008), Gallart Fernández-Puebla A. (2007) e Islas 2006, encontramos que el cuidador principal, es una mujer aunque no mayor de 60 años, más del 50% son hijas del paciente; al igual que Artaso (2001) y Barrigan Martin LA, (2012) no se encontró relación entre el colapso del cuidador y la dependencia funcional, sin embargo contrario a lo que ellos mencionan en sus estudios no se encontró relación entre el colapso del cuidador y el tiempo de evolución de la enfermedad.

XII. CONCLUSIONES

Se realizó un análisis estadístico a 130 pacientes del cual presentó una ausencia de 45%, 14% leve y el 45% un colapso intenso, del cual el 56% de las mujeres presentó colapso intenso y el 43.6% no lo presentó y de los hombres el 51.8% intenso y 48.1% no lo presentó; la edad promedio fue de 48.7 años hombres y 47.9 años mujeres; El rango de edad de cuidadores entre 50 y 60 años presentó el mayor porcentaje de sobrecarga con un 64.1% y entre 30 y 40 años de edad, presentó el menor porcentaje de sobrecarga con un 47.6%; la ocupación dominante fue de amas de hogar con 56.9%, comerciantes 15.2%, obreros con 13.8%, oficina 5.5%, profesionistas 4.7%, intendencia 2.7% y estudiantes con el 1.4%, Mientras que finalmente el nivel socioeconómico arrojó resultado de sobrecarga de un 41.3% no presentó colapso y 48.6% presentó un colapso intenso en el nivel socioeconómico medio alto.

XIII. RECOMENDACIONES

A las autoridades gubernamentales:

Brindar recursos sociales tanto para nivel de salud privada como Institucional, encaminados a concientizar al personal de salud sobre el padecimiento, ya que dichos recursos son escasos y no existe una intervención interdisciplinaria para ello.

A nivel central del IMSS:

Fomentar la investigación de este padecimiento para encontrar nuevas opciones al origen y tratamiento de las causas que lo producen así como las actuales tendencias de apoyo que existen en Atención Primaria de Salud dirigidas al cuidador y recomendar nuevas estrategias con enfoque integral que protejan su salud y calidad de vida.

Capacitar a los empleados de salud para contar con personal suficientemente preparado, se debe reconocer esta actividad como una necesidad sentida en nuestras comunidades y entender que para satisfacerlas es necesario contar con recursos económicos, humanos y mas aun tiempo destinado de manera tal que no produzca mayor desgaste del cuidador.

A las autoridades de la UMF No. 48

Difundir este tipo de estudios, concientizar al personal sobre el padecimiento y realizar acciones de prevención.

A los Médicos Familiares:

Se requiere que los profesionales de la salud puedan disponer de información sintetizada, organizada y actualizada para poder detectar, prevenir y actuar ante el colapso del cuidador. Esto con el fin de evitar el tener dos enfermos en casa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Angelica Patricia Chamorro, Paola Lorena Argoty (2009), Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico; Fisioterapeutas; Universidad de Cauca, Bogota.
2. Gallart Fernández-Puebla A. (2007) Tesis, Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona, Sant Cugat. P. 6
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), (2005), Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI
4. PSS. Lilian Camacho Estrada, PSS. Gladys Yokebed Hinostrosa Arvizu, M.C.E. Araceli Jiménez (2010) Mendoza Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el Tiempo de Cuidado
5. Apolinar Membrillo Luna, Miguel Angel Fernandez Ortega, Jose Rubén Quiroz Perez, Jose Luis Rodriguez Lopez (2010) Familia, Introducción al estudio de sus elementos pag. 237 INEGI.
6. Andueza Doce MR, Galán Rodríguez P, Peralta Rodrigo MC (2012) Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de su agudos p.2
7. Hernández Zamora Z, Ehrenzweg Sánchez Y., (2008) percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales de los adultos mayores institucionalizados. Investigaciones en psicología Vol. 13 núm. 1 p 128-130
8. Dra. Morales Cariño, Dra. Enríquez Sandoval (2010). Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartritis
9. Morales-Cariño EM, Jiménez-Herrera BL, Serrano-Miranda TA (2010) Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad p.241
10. Fuentes Cantú A. Colapso del cuidador El creciente número de ancianos con diferente nivel de discapacidad ha propiciado que se estudie al cuidador colapsado como un paciente en potencia.
11. Mendoza ML, Rodriguez GR, (2000) colapso del cuidador. mcGraw-Hill interamericana editores; p. 224-229
12. Clínica Hogar Geriátrico Santa Lucia (2008), El estrés del cuidador o la cuidadora.
13. Domínguez Zosa G, Zavala-Gonzalez MA, De la Cruz-Mendez DC, Ramirez-Ramirez MO, (2008) Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas
14. Dr. Steele Britton H, (2010), Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009. P.8, 9
15. Fuentes Cantú A. (2008), Aislamiento, el riesgos de cuidadores, junio.

16. Erick Fernando Sarmiento Reyes, Enfermo oculto, colapso del cuidador, Junio 2012
17. Andriana Delgado, Krismar Mavarez (2009) Programa de Atención Integral dirigido a cuidadores de adultos mayores en estado de dependencia.
18. Barrón y Alvarado, (2009) Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer.
19. Manuales Prácticos de Enfermería; auxiliares y cuidadores de ancianos I. Ruiperez Cantera P. Llorente Domingo, pagina 7.
20. Los niveles socioeconómicos y la distribución del gasto, Heriberto Lopez Romo, Instituto de Investigaciones Sociales S.C, Noviembre 2009.
21. Análisis de la Calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento Whoqol-Bref; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Escuela superior Actopan Area académica de Psicología; Tesina; Autor Annali Quitana Guzman; Noviembre 2010 (CONSULTA).
22. Bimbela Pedrola J.L (2001), cuidando al cuidador: counseling para profesionales de la salud, Junta De Andalucía (CONSULTA).
23. De La Madrid Hurtado M, (2009), Nueva Ley Publicada En El Diario Oficial De La Federación El 7 De Febrero De 1984, ley General De Salud (CONSULTA).
24. Fuentes Cantú A (2009) Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado (CONSULTA).
25. Rodríguez García R., (2007) capítulo 9 Cuidadores, edit. McGrawHill. practica de la geriatría p 43-45, México D.F (CONSULTA).
26. Velásquez Ardila N, Ovallos Lizcano F, Vega Angarita OM, julio-diciembre de 2012, Sobrecarga de los cuidadores de pacientes oncológicos usuarios de la Clínica Cancerológica, en San José de Cúcuta Investig. Enferm. Imagen Desarr. ISSN 0124-2059 14 (2) : 85-95 (CONSULTA).
27. Barrigan Martin LA, (2012), La presentación económica por cuidados en el entorno familiar en el sistema de atención a la dependencia en España, de la desviación a la oportunidad de los cuidados familiares en un contexto de crisis (CONSULTA).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AGENDA											
Actividades	2013			2014				2015			
	ABR - JUN	JUL - SEP	OCT - DIC	ENE - MAR	ABR - JUN	JUL - SEP	OCT - DIC	ENE - MAR	ABR - JUN	JUL - SEP	OCT - NOV
Selección del tema											
Consulta bibliográfica											
Investigación de antecedentes científicos											
Revisión del anteproyecto con asesores											
Organización del protocolo											
Revisión de protocolo por CLIEIS											
Aceptación del proyecto por el comité local de Investigación											
Aplicación de instrumentos de medición											
Recolección de datos											
Elaboración de la base de datos											
Codificación de datos											
Análisis											
Presentación de conclusiones											
Redacción de la tesis											
Edición de la tesis											
Publicación de resultados											

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA	
Lugar y Fecha _____	
Por medio de la presente, yo: _____, acepto participar en el protocolo de investigación titulado:	
FACTORES ASOCIADOS AL SINDROME DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL ADULTO MAYOR DE LA UMF #48 DEL IMSS, DE CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el numero: _____	
El objetivo del estudio es:	
<ul style="list-style-type: none">• Identificar los factores que intervienen en la sobrecarga emocional y física del cuidador de adultos mayores en la Unidad Medica Familiar No. 48, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Incidiendo principalmente en la capacitación que podrá recibir.• Identificar la frecuencia del colapso del cuidador en la UMF No. 48 del IMSS.• Valorar la relación entre el apoyo social, calidad de vida y el estado físico y mental, y nivel cognitivo de la persona, además de otras variables, con la sobrecarga.	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Responder el cuestionario escala de Zarit compuesta por 22 preguntas de auto respuesta, para determinar los factores asociados al Síndrome del Cuidador primario.	
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:	
<ul style="list-style-type: none">• Este estudio es educativo, no tiene ningún fin de lucro.• No se contemplan riesgos, inconvenientes, molestias sobre mi persona• Mejorar la calidad de vida al modificar los factores de riesgo asociados a este síndrome.	
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como 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 relacionando con la investigación o con mi tratamiento.	
Entiendo 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 identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
_____	_____
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Corrección: Analidia Santoyo Esparza 6562780192	

ANEXO 2

Señale con un círculo la respuesta más correcta que hace referencia a los sentimientos que Usted tiene sobre el cuidado que presta. Escala del cuidador de ZARIT.					
	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentem 4	Casi siempre 5
1. ¿Siente usted que su paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿siente usted que a causa del tiempo que dedica a su paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?					
3. ¿Se siente estresado por el hecho de tener que cuidar a su paciente y haber, además de atender otras responsabilidades (ej.: su familia)?					
4. ¿Se siente avergonzado por el comportamiento de su paciente?					
5. ¿Se siente irritado cuando esta cerca de su paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta su relación con sus amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Tiene miedo del futuro que le espera a su paciente?					
8. ¿Siente que su paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente agotado cuando tiene que estar al lado de su paciente?					
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por el hecho de tener que cuidar su paciente?					
11. ¿Siente usted que no tiene la vida privada que desearía a causa de su paciente?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por el hecho de tener que cuidar a su paciente?					
13. (Solo si el entrevistado vive con el paciente). ¿Se siente incomodo cuando invita a sus amigos a casa, a causa de su paciente?					
14. ¿Cree que su paciente espera que usted tenga cuidado como si fuera la única persona con quien pudiera contar?					
15. ¿Cree usted que no dispone de recursos (dinero empleado) suficientes para cuidar su paciente?					
16. ¿Siente que no será capaz de cuidar a su paciente durante bastante tiempo más?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que se manifestó la enfermedad de su paciente?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente inseguro respecto a aquello que ha de hacer con su paciente?					
20. ¿Siente que tendría que hacer mas de lo que hace por su paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar mejor su paciente?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargado por el hecho de tener de cuidar a su paciente?					

ANEXO 3

NIVEL SOCIOECONOMICO, SEGUN NIVEL DE ESTRATIFICACION (AMAI 10/6) ¹⁹																																																																																																																	
FECHA:			CONSULTORIO:																																																																																																														
EDAD:			SEXO: Masculino		Femenino																																																																																																												
OCUPACION:			ESTADO CIVIL:																																																																																																														
NIVEL SOCIOECONOMICO (AMAI 10/6) ¹⁹																																																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #E67E22; color: white;"> <th rowspan="2" style="width: 15%;">CANTIDAD</th> <th colspan="4" style="width: 40%;">PUNTOS</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">CANTIDAD</th> <th colspan="3" style="width: 30%;">PUNTOS</th> </tr> <tr style="background-color: #E67E22; color: white;"> <th style="font-size: 8px;">TV A COLOR</th> <th style="font-size: 8px;">AUTOMÓVIL</th> <th style="font-size: 8px;">BAÑOS</th> <th style="font-size: 8px;">COMPUTADORA</th> <th style="font-size: 8px;">PISO DIFERENTE DE TIERRA O CEMENTO</th> <th style="font-size: 8px;">REGADERA</th> <th style="font-size: 8px;">ESTUFA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">No Tener</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">No Tener</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">Tener</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">20</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">29</td> <td colspan="4" rowspan="3" style="background-color: #E67E22; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">ESCOLARIDAD</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">58</td> <td style="text-align: center;">58</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">29</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">58</td> <td style="text-align: center;">58</td> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">29</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #E67E22; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">FOCOS</td> <td colspan="2" style="background-color: #E67E22; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">CUARTOS</td> <td colspan="5" style="background-color: #E67E22; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">NIVEL</td> <td style="background-color: #E67E22; color: white; text-align: center; font-weight: bold;">PUNTOS</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">CANTIDAD</td> <td style="font-size: 8px;">PUNTOS</td> <td style="font-size: 8px;">CANTIDAD</td> <td style="font-size: 8px;">PUNTOS</td> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">Sin Instrucción</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6 - 10</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">0 A 4</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">Primaria o secundaria completa o incompleta</td> <td style="text-align: center;">22</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11 - 15</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">5 A 6</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">Carrera técnica preparatoria completa o incompleta</td> <td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16 - 20</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">7 ó MÁS</td> <td style="text-align: center;">14</td> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">Licenciatura completa o incompleta</td> <td style="text-align: center;">52</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">21 +</td> <td style="text-align: center;">46</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4" style="font-size: 8px;">Postgrado</td> <td style="text-align: center;">72</td> </tr> </tbody> </table>						CANTIDAD	PUNTOS				CANTIDAD	PUNTOS			TV A COLOR	AUTOMÓVIL	BAÑOS	COMPUTADORA	PISO DIFERENTE DE TIERRA O CEMENTO	REGADERA	ESTUFA	No Tener	0	0	0	0	No Tener	0	0	0	1	26	22	13	17	Tener	11	10	20	2	44	41	13	29	ESCOLARIDAD				3	58	58	31	29	4	58	58	48	29	FOCOS		CUARTOS		NIVEL					PUNTOS	CANTIDAD	PUNTOS	CANTIDAD	PUNTOS	Sin Instrucción				0	6 - 10	15	0 A 4	0	Primaria o secundaria completa o incompleta				22	11 - 15	27	5 A 6	8	Carrera técnica preparatoria completa o incompleta				38	16 - 20	32	7 ó MÁS	14	Licenciatura completa o incompleta				52	21 +	46			Postgrado				72
CANTIDAD	PUNTOS				CANTIDAD		PUNTOS																																																																																																										
	TV A COLOR	AUTOMÓVIL	BAÑOS	COMPUTADORA		PISO DIFERENTE DE TIERRA O CEMENTO	REGADERA	ESTUFA																																																																																																									
No Tener	0	0	0	0	No Tener	0	0	0																																																																																																									
1	26	22	13	17	Tener	11	10	20																																																																																																									
2	44	41	13	29	ESCOLARIDAD																																																																																																												
3	58	58	31	29																																																																																																													
4	58	58	48	29																																																																																																													
FOCOS		CUARTOS		NIVEL					PUNTOS																																																																																																								
CANTIDAD	PUNTOS	CANTIDAD	PUNTOS	Sin Instrucción				0																																																																																																									
6 - 10	15	0 A 4	0	Primaria o secundaria completa o incompleta				22																																																																																																									
11 - 15	27	5 A 6	8	Carrera técnica preparatoria completa o incompleta				38																																																																																																									
16 - 20	32	7 ó MÁS	14	Licenciatura completa o incompleta				52																																																																																																									
21 +	46			Postgrado				72																																																																																																									

CEDULAS DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACION

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR TEST DE ZARIT

La escala de sobrecarga del cuidador- Test de Zarit, consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Propiedades psicométricas: Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0.91 y la fiabilidad test-retest es de 0.86.

Señale con un círculo la respuesta más correcta que hace referencia a los sentimientos que Usted tiene sobre el cuidado que presta. Escala del cuidador de ZARIT.					
	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentem 4	Casi siempre 5
1. ¿Siente usted que su paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente usted que a causa del tiempo que dedica a su paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?					
3. ¿Se siente estresado por el hecho de tener que cuidar a su paciente y haber, además de atender otras responsabilidades (ej.: su familia)?					
4. ¿Se siente avergonzado por el comportamiento de su paciente?					
5. ¿Se siente irritado cuando esta cerca de su paciente?					
6. ¿Cree que la situación actual afecta su relación con sus amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?					
7. ¿Tiene miedo del futuro que le espera a su paciente?					
8. ¿Siente que su paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente agotado cuando tiene que estar al lado de su paciente?					
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por el hecho de tener que cuidar su paciente?					
11. ¿Siente usted que no tiene la vida privada que desearía a causa de su paciente?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por el hecho de tener que cuidar a su paciente?					
13. (Solo si el entrevistado vive con el paciente). ¿Se siente incomodo cuando invita a sus amigos a casa, a causa de su paciente?					
14. ¿Cree que su paciente espera que usted tenga cuidado como si fuera la única persona con quien pudiera contar?					
15. ¿Cree usted que no dispone de recursos (dinero empleado) suficientes para cuidar su paciente?					
16. ¿Siente que no será capaz de cuidar a su paciente durante bastante tiempo más?					
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que se manifestó la enfermedad de su paciente?					
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su paciente a otra persona?					
19. ¿Se siente inseguro respecto a aquello que ha de hacer con su paciente?					
20. ¿Siente que tendría que hacer mas de lo que hace por su paciente?					
21. ¿Cree que podría cuidar mejor su paciente?					
22. En general, ¿se siente muy sobrecargado por el hecho de tener de cuidar a su paciente?					

Interpretación	
No sobrecarga	≤ 46 puntos
Sobrecarga leve	47- 55 puntos
Sobrecarga intensa	≥ 56 puntos

NIVEL SOCIOECONOMICO, SEGUN NIVEL DE ESTRATIFICACION (AMAI 10/6)¹⁹

FECHA:	CONSULTORIO:
EDAD:	SEXO: Masculino Femenino
OCUPACION:	ESTADO CIVIL:

NIVEL SOCIOECONOMICO (AMAI 10/6)¹⁹

CANTIDAD	PUNTOS				CANTIDAD	PUNTOS		
	TV A COLOR	AUTOMÓVIL	BAÑOS	COMPUTADORA		PISO DIFERENTE DE TIERRA O CEMENTO	REGADERA	ESTUFA
No Tener	0	0	0	0	No Tener	0	0	0
1	26	22	13	17	Tener	11	10	20
2	44	41	13	29				
3	58	58	31	29				
4	58	58	48	29				

FOCOS		CUARTOS	
CANTIDAD	PUNTOS	CANTIDAD	PUNTOS
6 - 10	15	0 A 4	0
11 - 15	27	5 A 6	8
16 - 20	32	7 ó MÁS	14
21 +	46		

ESCOLARIDAD	
NIVEL	PUNTOS
Sin Instrucción	0
Primaria o secundaria completa o incompleta	22
Carrera técnica preparatoria completa o incompleta	38
Licenciatura completa o incompleta	52
Postgrado	72

NIVEL	PUNTOS
E	Hasta 60
D	Entre 61 y 101
D+	Entre 102 y 156
C	Entre 157 y 191
C+	Entre 192 y 241
A/B	Entre 242 y más

ESTRATO SOCIOECONOMICO A/B

Con el mas alto nivel de vida e ingresos del país, representa 7.2% de la población

Características: En su mayoría viviendas propias, muy grandes con mas de 8 habitaciones en promedio, construidas con materiales sólidos de primera calidad.

Infraestructura Sanitaria: Sistema optimo de sanidad y agua corriente dentro del hogar. Cuentan con almacenamiento de agua.

Infraestructura practica: Poseen todos los enseres y electrodomésticos para facilitar la vida en el hogar. Dos automóviles en promedio.

Entretenimiento y Tecnología: Cuentan con todo el equipamiento necesario para el esparcimiento y comunicación dentro del hogar; asisten a clubes privados y tienen casa de campo, vacacionan en el extranjero.

Escolaridad Jefe de Familia: En promedio universitario y posgrados

Gasto: Mayor ahorro y gasto en educación, esparcimiento, comunicación y vehículos, los alimentos representar solo el 7% del gasto, significativamente abajo del promedio poblacional.

ESTRATO SOCIOECONOMICO C+

Segundo estrato con el mas alto nivel de vida e ingresos del país, representar el 14% de la población.

Muy parecido al A/B, sin embargo tienen limitantes para ahorrar y realizar gastos mayores o excesivos.

Aspira a ahorrar mas y a tener un futuro mas cierto.

Características de la vivienda: Dos terceras partes de las viviendas son propias; casas grandes con 5 o 6 habitaciones; Construidas con materiales sólidos de primera calidad.

Infraestructura sanitaria: Sistema optimo de sanidad y agua corriente dentro del hogar.

Infraestructura practica: Poseen casi todos los enseres y electrodomésticos para facilitar la vida en el hogar; En promedio entre 1 y 2 automóviles.

Entretenimiento y Tecnología: La mayor aspiración es contar con el equipamiento de comunicación y tecnología; la mitad tiene TV de paga y un tercio video juegos.

Escolaridad Jefe de Familia: En promedio universitarios

Gasto: La mitad del gasto es ahorro, educación, esparcimiento y comunicación, vehículos y pago de tarjetas; Los alimentos representan el 12% del gasto, significativamente abajo del promedio poblacional.

ESTRATO SOCIOECONOMICO C

Es denominado medio, pero en realidad se encuentra arriba del promedio poblacional de bienestar.

Representa el 17.9% de la población y se caracteriza por haber alcanzado un nivel de practicidad adecuado.

Aspira a mayor bienestar en entretenimiento y tecnología.

Característica de la vivienda: Dos terceras partes tienen vivienda propia, de 4 a 6 habitaciones, un baño; construidas con materiales sólidos, en algunos casos deteriorados.

Infraestructura Sanitaria: Casi todos cuentan con un sistema suficiente de sanidad y agua.

Infraestructura practica: Cuentan con casi todos los enseres y electrodomésticos.

Adquirirlos les ha costado trabajo; dos terceras partes tiene un automóvil.

Entretenimiento y Tecnología: La mayoría tiene teléfono y el equipamiento de música y televisión necesario. Solo un tercio tiene televisión de paga y uno de cada cinco videojuegos.

Escolaridad Jefe de Familia: En promedio preparatoria y algunas veces secundaria.

Gasto: Tienen ligeramente mas holgura que el promedio para gastos de educación, esparcimiento y comunicación, vehículos y pago de tarjetas; Los alimentos representan el 18% del gasto, significativamente abajo del promedio poblacional.

ESTRATO SOCIOECONOMICO D+

Este es el segmento mas grande y representativo de la sociedad mexicana. Representa el 35.8% de la población.

Este segmento tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar. Aspira en primer lugar a adquirir bienes y servicios que le hagan la vida mas practica y sencilla.

Características de la vivienda: Casas pequeñas con 3 o 4 habitaciones; un baño. Pisos en su mayor parte de cemento; la mitad son propias.

Infraestructura sanitaria: Casi todos cuentan con baño y regadera, aunque solo dos terceras partes tiene lavado o calentador de agua de gas, fregadero y lavadero.

Infraestructura practica: Solo una de cada cuatro tiene automóvil; casi todos cuentan con refrigerar, estufa de gas y lavadora; Excepto licuadora y a veces microondas, muy pocos tienen otros electrodomésticos y ayudas para la cocina.

Entretenimiento y tecnología: Dos terceras partes tienen teléfono; Solo algunos cuentan con TV de paga y videojuegos.

Escolaridad Jefe de Familia: En promedio secundaria o primaria incompleta.

Gasto: La mayor parte de su gasto lo invierten en alimentos, transporte y pago de servicios; Proporcionalmente gastan mas en cereales y verduras.

ESTRATO NIVEL SOCIOECONOMICO D

Es el segundo mas pobre

Se caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de la mayoría de los servicios y bienes satisfactorios.

Aspiran a contar con los servicios sanitarios mínimos.

Representan el 18.3% de la población

Características de la vivienda: La mitad tiene vivienda propia; 2 a 3 habitaciones; Uno de cada cuatro con baño; La mayoría son de tabiques, pero también hay paredes y techos de lamina y cartón.

Infraestructura sanitaria: Uno de cada tres tiene que salir de su casa para conseguir agua; Uno de cada cuatro no tiene baño y solo la mitad tiene regadera; Solo uno de cada dos cuenta con lavabo, fregadero, calentador de gas o tinaco.

Infraestructura practica: Prácticamente nadie tiene automóvil; Una buena parte no tiene refrigerador, ni lavadora; El único electrodoméstico generalizado es la licuadora.

Entretenimiento y Tecnología: Dos de cada cinco tiene teléfono; Solo hay televisión a color.

Escolaridad Jefe de Familia: En promedio primaria

Gasto: La mayor parte de su gasto lo invierten en alimentos, transporte y pago de servicios; Proporcionalmente gastan mas en cereales y verduras.

ESTRATO SOCIOECONOMICO E

Este es el segmento mas pobre

Carece de todos los servicios y bienes satisfactorios

Aspiran a contar con una propiedad y los servicios sanitarios mínimos.

Representa el 6.7% de la población.

Características de la vivienda: En promedio 2 habitaciones; solo dos terceras partes tiene baño; Piso de cemento y tierra.

Infraestructura sanitaria: La mayoría tiene que salir para conseguir agua; 3 de 5 no esta conectado al sistema publico de drenaje; Solo tiene lavadero, no hay regadera ni lavabo ni fregadero.

Infraestructura Practica: No hay automóviles; solo dos terceras partes cuentan con estufa de gas y solo la mitad tiene refrigerador y licuadora; no existen otros electrodomésticos.

Entretenimiento y Tecnología: Muy pocos tiene teléfono; Son muy escasos y de mala calidad los pocos equipos de música.

Escolaridad Jefe de Familia: En promedio primaria incompleta.

Gasto: La mayor parte de su gasto lo invierten en alimentos, transporte y pago de servicios; Proporcionalmente gastan mas en cereales y verduras. ²⁰

