



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77
ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO**

**SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON
COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON
FACTORES SOCIOECONÓMICOS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. RAÚL MEDINA GALINDO



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.

**"SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES
CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS"**

TÉSIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RAÚL MEDINA GALINDO

**ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
IMSS**

AUTORIZACIONES



DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA.

**COORDINADOR DELEGACIONAL AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE**



DRA. MARÍA ESTHER GARDUÑO MORA.

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77



DR. RAFAEL HERNÁNDEZ JUÁREZ.

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77**



DR. ALFONSO ZEMPOALTECA MORALES.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS
GENERALES DEL IMSS. UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77**

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES
CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS”**

TÉSIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:



DR. RAÚL MEDINA GALINDO

**ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS
GENERALES DEL IMSS**

AUTORIZACIONES



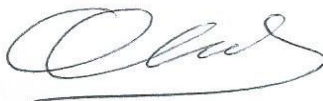
DR. ALFONSO ZEMPOALTECA MORALES.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS
GENERALES DEL IMSS UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77**



DRA. FLOR ARACELI NAVA AYALA.

ASESOR METODOLÓGICO



DR. ARIAN BARRIENTOS JUÁREZ.

MÉDICO FAMILIAR

ASESOR DEL TEMA DE TÉSIS

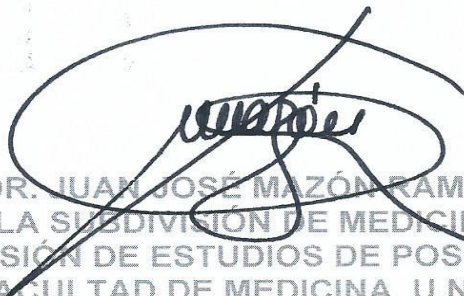
**SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON
COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON
FACTORES SOCIOECONÓMICOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. RAÚL MEDINA GALINDO

AUTORIZACIONES



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



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

ÍNDICE

1. Marco teórico.....	7
1.1. Antecedentes.....	23
1.2. Planteamiento del problema.....	24
1.3. Justificación.....	25
1.4. Objetivos.....	27
1.5. Hipótesis.....	28
2. Material y métodos.....	29
3. Plan de análisis.....	38
4. Resultados.....	39
5. Discusión.....	41
6. Gráficos.....	42
7. Conclusiones.....	53
8. Recomendaciones.....	54
9. Bibliografía.....	55
10. Anexos.....	57

DEDICATORIA

Mi familia lo máspreciado y valioso del mundo, la que al inicio y al final de cada camino que se presenta siempre está conmigo, a mi linda y preciosísima esposa que a pesar de los sobresaltos y sinsabores comprende y anima en cada uno de los momentos más difíciles y turbios de cada encomienda, y siempre dice: ¡tú puedes!

Con esa mirada angelical, tierna, y esa voz tan clara y llena de ánimos, y que cuando me veía flaquear como en otras ocasiones, cambiaba, y de manera estruendosa decía: ¿te estas durmiendo? ¡Recuerda que tiene un compromiso contigo mismo, con tus hijas, conmigo...pero sobretodo con tus pacientes! ¡Tómame un café bien cargado para que aguantes un poquito más y termines tus tareas!...¡no te digo, otra vez te volvieron a pedir tareas de la noche a la mañana...pero tú puedes...siempre has podido y siempre podrás!...Ahora yo les digo a todos ustedes quienes están leyendo estas pocas palabras plasmadas en letras...¡claro que no podía desfallecer mi compromiso es con ellas y con todos aquellos que como pacientes ponen su salud en mis manos, las de sus hijos, las de sus padres...gracias por la confianza que espero nunca perder!...¡GRACIAS!

Esto al igual que todo lo que hago en la vida es para ustedes, mi motor, mi vida.

A mis dos lindas y amadas hijas, que al paso de los años, han tenido que sacrificar tiempos por estar apoyándome en cada reto que nos da la vida, para ustedes mis amorcitos mi gratitud y todo mi amor de padre, ¡gracias por cada momento difícil que la especialidad requisitaba!, perdón por las noches de desvelo que al teclear de cada trabajo producía sus desvelos y aun así preguntaban...¿papi estas bien?...¡ya descansa!...¡te va hacer mal no dormir!...¡ya no estas para estos trotes!...¡recuerda que no es lo mismo los tres mosqueteros que 20 años después!, ¡tómame tus aspirinas para que no te vaya a dar un infarto!

A todos aquellos médicos, que han apoyado este proceso de formación, en verdad... ¡gracias!

Atentamente.

Dr. Raúl Medina Galindo

1. MARCO TEÓRICO

En 1999, la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. Se ha confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y en la salud.¹

Existen estudios que han encontrado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. Se han identificado alteraciones en esta población que afectan múltiples esferas —emocional, social, estructural—, las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo.²

Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre. Mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador sacrifica sus propios recursos y actividades.²

Algunos factores identificados en los cuidadores primarios y que han sido susceptibles de evaluación son patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés, tipo de cuidado y sobrecarga.²

El tipo de cuidado se ha descrito en términos de la duración del cuidado en meses o años y en horas al día, así como en el grado de impacto en la vida privada del cuidador y en la frecuencia de la ocurrencia de indicadores diagnósticos de estrés en el cuidador.²

Las investigaciones sobre las consecuencias del papel del cuidador se han centrado en la “sobrecarga” o burden, que describe las consecuencias negativas del cuidado sobre la familia y las posibles variables que pueden influir en ella. Es un concepto que apareció en los años sesenta en Inglaterra, donde se realizó un estudio sobre los efectos que ocasionaba en la familia tener un paciente psiquiátrico y tratar de integrarlo a la sociedad. Los estudios se continuaron en los setenta y finalmente se planteó la necesidad de valorar estos efectos sobre la familia desde una perspectiva mayor. Fue así que se iniciaron los estudios y comenzaron a surgir las dificultades para definir el término.²

La literatura reporta que bajo el término de sobrecarga existen distintas dimensiones o aspectos relativos a la carga (costos económicos del cuidado, carga física asociada al cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etcétera). Para el presente estudio, este constructo se medirá a través de La Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit y Zarit. Dicho instrumento mide en la mayoría de los reactivos la sobrecarga subjetiva, que se ha visto es un buen indicador de los efectos del cuidado.²

Astudillo, et. all. (2008), definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. Es el que tiene la delicada tarea de poner en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo que atiende y rodea al enfermo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.³

Por su parte Armstrong (2005) plantea, el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), y que, por lo general, no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo.³

Según la literatura especializada el perfil del cuidador principal es el de una mujer, casada, con una edad media de 56 a 67 años. El parentesco con el paciente más frecuente es de cónyuge e hijo/a.⁴

Por otro lado, las investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica en torno al perfil demográfico y psicosocial e impacto de esta situación han sido en cuidadores de pacientes con algún tipo de demencia, trastornos de tipo psiquiátrico, cáncer, HIV y adultos mayores. En este sentido Armstrong, (2005) señala algunas de las características demográficas de los cuidadores informales descritos en la literatura: en su gran mayoría lo constituyen mujeres (83.6%); destacando las amas de casa (44.25%), que van de los 45 a los 65 años de edad, un importante sector los constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada. Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración.⁴

Así mismo, en esta misma línea Bátiz (2008) asegura, muchos de los cuidadores, no reciben ayuda de ninguna otra persona en las funciones que realiza, ni siquiera de familiares cercanos. Al mismo tiempo señala, en algunas ocasiones, los cuidadores son quienes rechazan todo tipo de colaboración. Afirma en algunas ocasiones lo hacen convencidos de que como ellos, nadie más va a soportar tan dura carga. Los cuidadores, refieren haber renunciado a su propio

bienestar, no desean que nadie más arrastre este sacrificio, ni que el enfermo con el que han creado un vínculo de interdependencia, sea motivo de rechazo para otras personas.⁴

Torres (2007) por su parte sustenta; la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden: físico, psíquico y socio familiar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. En este proceso hay otros factores que pueden influir en la salud del cuidador y pueden afectarlo; entre otros, habrán de considerarse su edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares, elementos que han demostrado influir en la aparición del síndrome.⁴

Síndrome de Desgaste del Cuidador Primario: El síndrome del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas; pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente al que le procura los cuidados más básicos.⁴

Maslach y Jackson (1996), en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad

hacia los otros. El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.⁴

Para Zambrano y cols., las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento. Por lo cual este síndrome constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, y su estado de ánimo.⁴

Con el progresivo envejecimiento de la población y el incremento en las tasas de supervivencia a enfermedades crónicas y discapacidades físicas o psíquicas, se ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos.⁵

Cuidar de una persona envejecida dependiente es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito y despierta sentimientos conflictivos. Los propios intereses y dolencias pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona. Los roles se alteran; ser cuidador implica perder actividades y oportunidades. Se debe enfrentar un reto mayor y echar mano de todos los

recursos interiores y exteriores a fin de sobrellevar el cambio y mantener un equilibrio entre la atención a la persona dependiente y la conservación de la vida y salud propias.⁵

En diversos estudios se muestra que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica. Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador” como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en paciente y se produzca la claudicación familiar.⁵

El perfil típico del cuidador principal es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija o esposa) y que convive con la persona que cuida. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clase social baja conforman el gran colectivo de cuidadoras.⁵

El tipo de tareas que se realizan está determinado por las necesidades del beneficiario, y en ocasiones la demanda puede superar las propias posibilidades de la cuidadora. Muchas de ellas cuentan con escasa ayuda para llevar a cabo todas las tareas, algunas difíciles de asumir por una sola persona; también deben enfrentarse a situaciones especialmente complicadas, sobre todo en caso de agravamiento o crisis del beneficiario.⁵

La repercusión negativa de cuidar es identificada por una gran proporción de cuidadoras; las consecuencias en la salud son también asociadas con alta sobrecarga. Las características de las cuidadoras y la situación en que se proporcionan los cuidados influyen en el grado de sobrecarga. A medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su calidad de vida.⁵

La percepción de carga del cuidador primario afecta de manera significativa la prestación de servicios de larga estancia, así como la calidad de vida de los cuidadores (cfr. Montorio y cols., 1998). El concepto de carga se remonta a los años sesenta, cuando Grad y Sainsbury (1963) se

interesaron en saber cómo afectaba a la familia y a la vida doméstica la convivencia con paciente psiquiátricos. Posteriormente, el impacto de esta forma de asistencia, implicó la necesidad de evaluar sus efectos, y a su vez puso de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término “carga”, las que fueron el origen de la primera distinción entre “carga objetiva” y “carga subjetiva” (Montorio y cols., 1998).⁶

La carga objetiva tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol de cuidador y se relaciona fundamentalmente con variables del paciente y con las características que determinan la demanda de cuidados; el tiempo de dedicación, dedicación, carga física, las actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones estresantes en relación a los cuidados, son ejemplo de indicadores de carga objetiva utilizados objetivamente. A su vez, la carga subjetiva se ha definido como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto como las dificultades como con las recompensas (Montorio y cols., 1998; García, Mateo y Maroto, 2004).⁶

A pesar de la ambigüedad del concepto, la carga es comúnmente planteada dentro del contexto del modelo cognitivo-conductual, del estrés y del afrontamiento, de Lazarus y Folkman, 1986 (cfr. Losada y Montorio, 2005; Losada, Montorio, Izal y Marquez, 2006). De este modo, la carga es vista como la evaluación y percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Siguiendo este enfoque, Zarit diseñó la entrevista de carga del cuidador (ECCZ), uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la carga subjetiva del cuidador. Se ha comprobado que los cuidadores con mayor nivel de carga, medida mediante este instrumento, muestran peor auto percepción de salud y mayor probabilidad de tener trastornos emocionales (García y cols., 2004).⁶

Distintos estudios muestran la utilidad del instrumento, los que coinciden en que la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos en el cuidado. Se ha reportado que la puntuación de carga obtenida en la ECCZ es un mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados (Babarro, Garrido, Díaz, Casquero y Riera, 2004., Mittelman, Roth, Haley y Zarit, 2004., Montorio y cols., 1998).⁶

El instrumento original de Zarit y cols. (1980) consistía en un cuestionario de 29 ítems. Evalúa los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del cuidado. El instrumento se aplicó a 29 cuidadores primarios de personas adultas con demencia senil. Las respuestas a los reactivos se sumaban para obtener un índice único de la carga. Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de una buena consistencia interna, que oscila entre .83 y .91 en el alfa de Cronbach (Bédard, Molloy, Squire y cols., 1980). En una revisión del instrumento, Zarit, Orr y Zarit (1985) redujeron el número de reactivos a 22, los que han demostrado una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre .79 y .92 (cfr. Montorio y cols., 1998). Respecto de la validez de constructo, existen datos en relación a tres dimensiones, que regularmente se refieren al impacto de cuidar de alguien, los recursos de afrontamiento, para cuidar y la relación interpersonal cuidador-paciente. Las puntuaciones de carga correlacionan significativa y positivamente con la calidad de relación entre el cuidador y el receptor de cuidados, los síntomas psiquiátricos, el estado de ánimo y la salud física (Montorio y cols., 1998).⁶

Montorio y cols. (1998) validaron la ECCZ de 22 reactivos. Utilizaron una muestra de 62 cuidadores primarios de personas mayores dependientes, residentes en Madrid. Evaluaron, además de la carga del cuidador, diferentes aspectos relacionados con los estresores del cuidado, así como los efectos del cuidado sobre el cuidador. Sus resultados mostraron la presencia de tres dimensiones subyacentes a la carga del cuidador: impacto del cuidador, carga

interpersonal y expectativas de auto eficacia. En conjunto, los tres factores explicaron el 55 % de la varianza, siendo el factor “impacto”, el que explico el mayor porcentaje (33.2). En cuanto al análisis de las propiedades psicométricas, tanto la carga global como las tres subdimensiones derivadas del análisis factorial tuvieron una aceptable consistencia interna, que osciló entre .69 y .90 en el índice alfa de Cronbach.⁶

El interés por validar la versión de Montorio y cols. (1998) de la ECCZ nace de la necesidad de contar con instrumentos psicológicos con cualidades psicométricas adecuada a nuestra población y que permiten identificar factores psicosociales relacionados con la salud y la enfermedad de los cuidadores primarios informales que cuidan o asisten las necesidades de sus pacientes. De esta manera, el propósito del trabajo fue evaluar la validez de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit, en la versión española de Montorio y cols. (1998), aplicada a cuidador primario informal que cuidan sin remuneración económica alguna, a pacientes cuya enfermedad les impide ser independientes y autosuficientes en el cuidado de su enfermedad.⁶

La labor del cuidador de cualquier paciente con enfermedad crónica genera un gran impacto en las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Con lo anterior, es evidente que los cuidadores tienen una interrupción en su cuidado, que origina una disfunción en su calidad de vida, que debe evaluarse para lograr su propio bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar. El cuidar a un paciente con enfermedad crónica con parcial dependencia implica experimentar cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo. Cabe resaltar que los cuidadores que presentan una experiencia de cuidado mayor a tres meses se encuentran en una etapa de adaptación al rol; por lo tanto, existe la posibilidad de compromiso en cada una de las dimensiones de la calidad de vida.⁷

Por lo tanto, debido a que es una persona no vinculada laboralmente, la posibilidad de tener seguridad social disminuye, lo que evidencia la alta vulnerabilidad de este sector de la población. Los cuidadores constituyen un recurso valioso; sin embargo, también, un recurso muy vulnerable, pues para ellos el cuidado implica importantes costos materiales, económicos, sociales y de salud.⁸

La situación demográfica actual a nivel mundial indica claramente la tendencia al crecimiento de los grupos etarios que superan los 60 años. México contó en el 2005 con una población total de 5 973 856 adultos mayores; la esperanza de vida está estimada en 72,5 años. De acuerdo a las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).⁹

Una de las enfermedades que más deterioro funcional y por tanto, mayor estrés proporcionan al cuidador, es la demencia. Esta es una enfermedad del sistema nervioso central, dada por alteraciones de los procesos mentales superiores, que modifica la personalidad y la conducta de las personas que la padecen. Si bien algunos tipos de demencia pueden presentarse antes de los 60 años, la gran mayoría de ellas aparecen después de esta edad y se duplica por cada década de la vida en el caso de algunas, como por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer, que se considera el tipo más frecuente. Esto quiere decir que, a medida que se incrementa el índice de envejecimiento, aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad, la cual tiene un elevado costo a nivel individual, familiar y social.¹⁰

Se estima por estudios realizados en algunas localidades del país, que la prevalencia de la demencia en Cuba es alta, y en particular de la enfermedad de Alzheimer.¹⁰

Los cuidadores de adultos mayores que sufren demencia se afectan en el orden físico, psíquico y socio económico, lo que conlleva a un elevado estrés que repercute en la calidad del cuidado que recibe el adulto mayor y en la propia evolución de la enfermedad o discapacidad. La

aparición de afecciones óseas, cardio vasculares y otras de índole físico; la aparición de trastornos emocionales como depresión y ansiedad así como la alteración de sus relaciones laborales y sociales, con la consecuente merma de sus recursos económicos; son algunos ejemplos de las consecuencias negativas del cuidado mantenido de una persona con esta enfermedad.¹⁰

La afectación que experimenta el cuidador y el sentimiento de que su vida ha cambiado desfavorablemente a partir del cuidado del anciano, es resumida en el concepto de "carga". La carga se ha convertido en un predictor de la calidad del cuidado que ofrece el familiar y también de la solicitud de institucionalización por parte de la familia del anciano que sufre demencia. Resulta necesario prevenir la carga, para lo que es imprescindible identificar los factores de riesgo que inciden en su aparición. Las variables que influyen en la carga del cuidador son múltiples y muy heterogéneas, pues pueden estar relacionadas con el propio enfermo, con las características del cuidador, o referidas a la relación anterior y actual entre los miembros de la familia.¹⁰

Si bien se reconoce la implicación que tiene este problema de salud, no solo para el paciente sino para el cuidador, la familia y la sociedad en general, es frecuente que en la práctica cotidiana, los profesionales de la salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se genera un sinnúmero de cambios. Es necesario atender al binomio paciente-cuidador, como parte del tratamiento a la enfermedad.¹⁰

¿Qué son los niveles Socio-económicos? El nivel socio-económico es una segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad económica y social de un hogar.¹¹

En México hay 6 niveles socio-económicos, cada uno con diferentes ingresos y hábitos de consumo. (10).

NIVEL		INGRESO	INGRESO MÁXIMO
A/B	Clase Rica	85,000+	
C+	Media Alta	35,000	84,999
C	Clase Media	11,600	34,999
D+	Clase Media Baja	6,800	11,599
D	Clase Pobre	2,700	6,799
E	Pobreza Extrema	0.00	2,699

A/B (Clase Rica): Este es el estrato que contiene a la población con el más alto nivel de vida de ingresos del país. • Perfil Educativo del Jefe de Familia. En este segmento el jefe de familia tiene un nivel educativo de licenciatura o mayor. Los jefes de familia de nivel AB se desempeñan en el ramo industrial, comercial y de servicios; como gerentes, directores o destacados profesionistas.¹¹

Nivel socio-económico C+ (Clase Media Alta): En este segmento se consideran a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente superior al medio. • Perfil Educativo y del Jefe de Familia. Los jefes de familia tienen un nivel educativo de licenciatura y en algunas ocasiones solo preparatoria. Destacan las siguientes ocupaciones: empresarios de compañías pequeñas o medianas, gerentes o ejecutivos y profesionistas independientes.¹¹

Nivel socio-económico C (Clase Media): En este segmento se considera a las personas con ingresos o nivel de vida medio. • Perfil Educativo del Jefe de Familia, El jefe de familia normalmente tiene un nivel educativo de preparatoria y algunas veces secundaria.

Ocupaciones: comerciantes, empleados del gobierno, vendedores, técnicos y obreros calificados.¹¹

Nivel socio-económico D+ (Clase Media Baja): En este segmento se consideran a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente por debajo del nivel medio. Es decir es el nivel bajo que se encuentra en mejores condiciones. • Perfil Educativo del Jefe de Familia. El jefe de familia de estos hogares cuenta en promedio con un nivel educativo de secundaria o primaria completa. Dentro de las ocupaciones se encuentran taxistas (choferes propietarios del auto), comerciantes fijos o ambulantes (plomaría, carpintería), choferes de casas, mensajeros, cobradores, obreros, etc.¹¹

Nivel socio-económico D (Clase Pobre): El nivel D está compuesto por personas con un nivel de vida austero y de bajos ingresos. • Perfil Educativo del Jefe de Familia. El jefe de familia de estos hogares cuenta en promedio con un nivel educativo de primaria (completa en la mayoría de los casos). Los jefes de familia son empleados de mantenimiento, empleados de mostrador, choferes públicos, maquiladores, comerciantes, etc.¹¹

Nivel socio-económico E (Pobreza Extrema): Este nivel se compone de la gente con menores ingresos y nivel de vida en todo el país. • Perfil Educativo del Jefe de Familia. El jefe de familia de estos hogares cursó, en promedio, estudios de nivel primaria sin completarla, y generalmente tiene sub-empleos o empleos temporales.¹¹

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global.¹²

Cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad crónica "implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada" ¹²

Cuando se requiere de cuidados con mayor complejidad, tiempo y dedicación, se está frente a cuidados extraordinarios, que implican una mayor responsabilidad, gasto de energía y tiempo, es decir representan cuidados que sobrepasan los límites de lo considerado usual. Este cuidado a veces puede durar meses o años, puede exigir gran esfuerzo físico, suelen ser desagradables y provocan interrupción de los roles que desempeña la persona tanto en su familia como en la sociedad.¹²

Esta responsabilidad la asumen en forma voluntaria o porque no existe otra alternativa y, además, sin una recompensa económica. El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija, que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntario. Constituye una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado y se encarga de brindarle apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas (10). Por lo anterior, los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado.¹²

Los recursos familiares para entregar los cuidados se ven disminuidos; la persona que otorga los cuidados también es de edad avanzada, porque mayoritariamente se trata del cónyuge y puede tener discapacidades que limitan el tipo de ayuda que puede proporcionar. Las familias son pequeñas por lo que hay menos personas con quién compartir el cuidado, la participación de las mujeres en el trabajo hace que dispongan de menos tiempo para otorgar asistencia, la mayor cantidad de divorcios también ha debilitado los lazos familiares y puede disminuir la ayuda disponible cuando un padre se vuelve discapacitado y, también, los hijos de padres

ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS

divorciados pueden tener menos recursos para comprometerse con el cuidado de sus padres ancianos.¹²

Diabetes mellitus y sus complicaciones, en su evolución crónica produce complicaciones que se verán reflejadas en el organismo tanto a corto, mediano y largo plazo. En Diabetes mellitus complicaciones, hablaremos de los problemas que el paciente presenta producto de la evolución natural de la enfermedad y de su falta de cuidado. Dentro de los sistemas en los cuales repercute más la enfermedad están incluidos el aparato urinario, específicamente en los riñones, el sistema nervioso, el aparato tegumentario, a nivel de la piel y los ojos. También producto de esta afección se ven involucrados el aparato digestivo, genital, bucal, así como también el aumento del riesgo en patologías cardiovasculares, articulares y óseas. La Diabetes Mellitus, puede ocasionar complicaciones secundarias al tratamiento empleado e infecciones resultantes de las lesiones de piel mal o no tratadas.¹³

Complicaciones de la hipertensión arterial. El exceso de presión en las arterias mantenida durante un período de años y no tratada puede llevar a un gran número de complicaciones. Se describen las más importantes.¹⁴

Arteriosclerosis: Cuando los vasos sanguíneos están sujetos a un aumento de presión mantenido, responden engrosándose, lo que los hace menos flexibles. En estas arterias tiesas se fijan con facilidad las grasas que circulan en exceso en la sangre. A nivel de las arterias de los riñones, la arteriosclerosis hace que llegue menos flujo al riñón, y los riñones responden liberando renina, una hormona que a su vez causa un aumento de la tensión arterial. Esto exagera la hipertensión arterial y causa aún más daño sobre los vasos sanguíneos.¹⁴

Cardiopatía hipertensiva: Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos que alimentan el músculo cardíaco o miocardio (los llamados vasos coronarios), el corazón se ve obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos. En algunos casos lo hace aumentando de tamaño, con una hipertrofia del músculo cardíaco, haciéndose más rígido y menos eficaz. El resultado final puede ser la insuficiencia cardíaca congestiva: El corazón se queda atrás en el bombeo de lo que la sangre circulante necesita, y los líquidos se estancan en todo el organismo.¹⁴

Enfermedad renal: La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones. Estos filtran los productos de deshecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados. También controlan el balance de ácidos, sales, y agua. Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que resultan de la hipertensión arterial y de sus complicaciones. No pueden funcionar bien si el flujo decrece, así que el flujo bajo hace que secreten más del enzima renina, que hace que se constriñan todas las arterias del cuerpo, subiendo la tensión arterial en un intento de restaurar este flujo renal. Sin embargo, en última instancia, lo que se produce es un círculo vicioso que termina en más hipertensión arterial y peor función renal, hasta llegar al fallo renal.¹⁴

Accidente vascular cerebral: Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en hipertensos, y el riesgo disminuye al tratar la hipertensión arterial.¹⁴

1.1. ANTECEDENTES

En los últimos años se han realizado investigaciones donde se ha evaluado a los cuidadores primarios de pacientes con diferentes tipos de enfermedades, entre ellas trastornos neurológicos o psiquiátricos. En cuanto a los cuidadores primarios de pacientes con complicaciones crónicas y su asociación con factores socioeconómicos se desconoce que existan. En general reportan que los cuidadores comprometen sus vidas privadas y se encuentran sobre saturados, debido a que suelen administrar los analgésicos y decidir si debe o no buscarse ayuda profesional. Además, ser testigo que una persona querida está sufriendo trae consigo angustia, sentimientos de abandono, ansiedad y dudas acerca del cuidado que se le está proporcionando al paciente.⁶ El cuidador de un enfermo terminal es la figura clave en todo el proceso de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud promueve la importancia de que las familias reciban apoyo por parte de los servicios de cuidados paliativos, identificando no solo al paciente sino a la familia como unidad de cuidado. Con la idea de prevenir ingresos hospitalarios no planeados debido a crisis en el cuidador primario, es importante prevenir el riesgo de morbilidad física y psicológica durante el cuidado y las fases del duelo. Para ello se considera necesario instituir sistemas de evaluación en las fases de referencia a través del tiempo invertido en el cuidado, de tal forma que se asegure el contacto con la familia, el registro de sus necesidades de cambio e informe de los planes de cuidado. No se encontraron estudios en población mexicana que permitan identificar las características psico-sociales de los cuidadores primarios de pacientes que asisten a una clínica de dolor ni aquellas que hagan mención de la sobrecarga de estos relacionados con su asociación con factores socioeconómicos. La presente investigación cobra relevancia pues puede proporcionar información importante acerca de los factores de riesgo en esta población y desarrollar programas de prevención. Por otro lado, la evaluación psicológica ayuda a sustentar estrategias de intervención.⁶

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la literatura encontrada, en México existen estudios desarrollados que relacionan el nivel de sobrecarga del cuidador primario pero ninguno sabido que se relaciones con los factores socioeconómicos.

Desde el punto de vista de funcionalidad los factores socioeconómicos, tienden a aplicar cierto efecto sobre el cuidador primario ye que muchas veces de esto depende en realidad el nivel de sobrecarga.

Los objetivos del presente trabajo fueron identificar las características del perfil socio-económico del cuidador primario del paciente con enfermedades crónicas que presentan alguna o algunas complicaciones así como, identificar la sobrecarga que afecta la salud del cuidador primario de estos pacientes.

Siendo esto el motivo por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe asociación entre el nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con complicaciones crónicas y los factores socio-económicos?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

Siendo este el propósito que me impulso para realizar esta investigación. Debido a que se determinó la relación de asociación entre el nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con complicaciones crónicas y los factores socio-económicos. Mismos que hasta el momento no se habían establecido y de donde se desprende la detección temprana del síndrome de sobrecarga del cuidador primario y por ende un menor índice de complicaciones y mortalidad generando un impacto positivo, individual, familiar dentro de los servicios de salud, y con esto reducir de manera notable costos en tratamientos del cuidador mismo.

En teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención, la descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros. El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión,

autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de motivación hacia el trabajo.

La depresión y la ansiedad hacen que cuidadores no asistan a tiempo a los servicios de salud; en consecuencia estos trastornos se vuelven crónicos.

Ha sido subestimada la asociación de factores socio-económicos con la aceptación del nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con complicaciones crónicas. Se cuenta con pocas estadísticas de esta asociación, por esto la relevancia de esta investigación.

Estudio factible de realizar, debido a que la población encuestada, está dentro de nuestro universo de trabajo, consultorio 5 de la UMF 54 del IMSS, turno matutino, Apaxco, Estado de México.

La población con la que se trabajó es un grupo altamente vulnerable debido a sus características físicas y de salud,

1.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con complicaciones crónicas y su asociación con factores socio-económicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar cómo los factores socioeconómicos influyen en el nivel de sobrecarga del cuidador primario de pacientes con complicaciones crónicas.
- Identificar el nivel de sobrecarga más frecuente del cuidador primario.

1.5. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

El nivel de sobrecarga del cuidador primario está asociado con los factores socio económicos.

Hipótesis nula

El nivel de sobrecarga del cuidador primario no está asociado con los factores socio económicos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. Tipo de estudio:

Prospectivo

Descriptivo.

Transversal.

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

❖ Por la captación de la información:

Prospectivo; Ya que se definió previamente y con precisión la forma de recolección de datos. Se planeó a futuro. Ya que la información se recolectó en cuestionarios y hojas de captura diseñados ex profeso.

❖ Por la presencia de un grupo control:

Descriptivo; Ya que estudió solo un grupo sin hacer comparaciones.

❖ Por la medición del fenómeno en el tiempo:

Transversal; Ya que las variables son medidas una sola vez.

❖ Por la dirección del análisis:

Transversal o encuesta; Ya que no se toma en cuenta la dirección del análisis, solo se trató de establecer asociación. Se hace una sola medición en el tiempo de las variables en estudio.

2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Se tomó como población a todos los pacientes con complicaciones crónicas que cuentan con un cuidador primario, que acuden a la consulta externa del consultorio número 5 de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 54 del IMSS.

Se les aplicó la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ) validado por Montorio y colaboradores en el año de 1998, y que consta de 22 preguntas de tipo Liker. Que califica en sobrecarga leve, moderada, grave y severa la situación del cuidador primario, validado por Montorio y cols. (1998) y con consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.90 general.

Lugar:

UMF 54 Apaxco, delegación 15 oriente del IMSS, Estado de México.

Tiempo:

De marzo del 2014 a febrero del 2015.

2.4. MUESTRA

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia.

Debido a que la población con al que se cuenta en el consultorio 5 del turno matutino de la UMF 54 en relación a cuidadores primarios es poca, solo se pudo integrar a 26 cuidadores primarios identificados y que aceptaron participar en este estudio de investigación.

2.5. GRUPOS DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidador primario que acepta participar en el estudio.
- Cuidadores primarios de pacientes con complicaciones crónicas.
- Mayores de 18 años.

- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 54 Apaxco. Estado de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Todo cuidador primario que no quiera participar en el estudio.
- Cuidador primario que presente alguna enfermedad crónica.
- Cuidadores que presentaron dificultad para comprender las encuestas que se realizaron en el estudio.
- Cuidadores con antecedentes de patologías mentales y/o psiquiátricas diagnosticadas.
- A todo cuidador primario que presente algún grado de discapacidad física.
- Cuidadores primarios con pacientes que no cursan con complicaciones crónicas.

2.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

A. VARIABLE DEPENDIENTE

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO.

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Cuidador primario es “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, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. “Sobrecarga” o burden, que describe las consecuencias negativas del cuidado sobre la familia y las posibles variables que pueden influir en ella.
- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** la puntuación obtenida con la aplicación del instrumento Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ) validado por Montorio y colaboradores en el año de 1998, y que consta de 22 preguntas de tipo Liker. Que califica: sin sobrecarga, sobrecarga leve, moderada, intensa, la situación del cuidador primario. Sin embargo suele considerarse indicativa de no sobrecarga una puntuación inferior de 46 y de sobrecarga una puntuación mayor a 56.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

- ESCALA DE MEDICION: Ordinal
- INDICADOR: sobrecarga
 - a) Sin sobrecarga
 - b) Leve
 - c) Moderada
 - d) Intensa

B. VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Los factores socio-económicos son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida. También pueden estar definidos por las regiones y los vecindarios. Los organismos de seguridad del país, por ejemplo, siempre citan los factores socio-económicos de la pobreza relacionados con el alto nivel de crímenes. Entre los factores socio-económicos está la educación. El nivel de educación puede moldear tu percepción del mundo y puede contribuir al crecimiento social. Puede llevarte a tener la posibilidad de una mejor remuneración, lo que a su vez contribuye a la calidad de vida. También puede contribuir a los procesos de las tomas de decisiones que serán los caminos que tomarás en la vida. Tu remuneración económica y tu ocupación son factores que pueden contribuir al nivel socio-económico. Una carrera en medicina, por ejemplo, la pone a una persona en un nivel de remuneración más alta, mientras que también la hace parte de una clase social de doctores, enfermeras y otros pares de la medicina. En la sociedad, a la gente se la juzga por lo que hace y por lo que gana. Cuando conoces a alguien, la pregunta sobre qué es lo que hace, es una de las que se hace primero.

OPERACIONAL: los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de GRAFFAR para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de medicina familiar. Nos ha dado el nivel de pobreza familiar mismo que se presenta de la siguiente manera: sin pobreza familiar, pobreza familiar baja, pobreza familiar media, y pobreza familiar alta.

- TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA
- ESCALA DE MEDICION: ORDINAL
- INDICADOR: Pobreza
 - a) Sin pobreza
 - b) Pobreza familiar baja
 - c) Pobreza familiar media
 - d) Pobreza familiar alta.

Variable de control	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha de entrevista	Se evaluó con la ficha de RECOLECCION DE DATOS	Cuantitativa continua.	Años cumplidos
Sexo	Fenotipo y genotipo humano que establecen diferencias entre hombres y mujeres	Se evaluó a través de las características del fenotipo del entrevistado	Cualitativa NOMINAL	Mujer HOMBRE
Estado civil	situación de las personas determinada por sus relaciones personales	Se evaluó con la ficha de RECOLECCION DE DATOS	Cualitativa nominal	1- Soltero(a) 2- Casado(a)

ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Escolaridad	Número de años estudiados y Grado escolar de la persona	A TRAVES DE INSTRUMENTO GRAFFAR	Cualitativa ORDINAL	
Ocupación	Trabajo o actividad a lo que se dedica la persona	A TRAVES DE INSTRUMENTO GRAFFAR	Cualitativa ORDINAL	
Ingresos económicos	Remuneración n\$\$\$\$ semanal, quincenal o mensual	A TRAVES DE INSTRUMENTO GRAFFAR	Cualitativa nominal	

Por lo tanto nuestras variables planteadas son las siguientes de acuerdo a estas tablas Variable dependiente contra nivel de pobreza:

ZARIT	GRAFFAR
SIN SOBRECARGA	SIN POBREZA
SOBRECARGA LEVE	POBREZA FAMILIAR BAJA
SOBRECARGA MODERADA	POBREZA FAMILIAR MEDIA
SOBRECARGA INTENSA	POBREZA FAMILIAR ALTA

2.7. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se llevó a cabo la aplicación de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ), así como la hoja de recolección de datos. Se utilizó el instrumento de “ZARIT”, con el cual se mide el grado de sobrecarga del cuidador primario, que califica: sin sobrecarga, sobrecarga leve, moderada, intensa, la situación del cuidador primario. Sin embargo suele considerarse indicativa de no sobrecarga una puntuación inferior de 46 y de sobrecarga una puntuación mayor a 56; así mismo se empleó el ISPF GRAFFAR, Índice Simplificado de Pobreza Familiar (ISPF-GRAFFAR) el cual es un instrumento breve y sencillo, en su aplicación confiable y válido, para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de medicina familiar.

2.8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Previa autorización por parte de los mandos directivos de la UMF 54 Apaxco. Se procedió a llevar a cabo, previa identificación de los cuidadores primarios, la aplicación de encuesta transversal a 26 individuos con funciones de cuidador primario de pacientes con complicaciones crónicas y que respondieron a la aplicación de los instrumentos para medir el nivel de sobrecarga del cuidador primario (Zarit) y el índice simplificado de pobreza de Graffar mismos que se aplicaron durante los meses de marzo y junio del año 2015, dentro del consultorio médico.

2.9. PRUEBA PILOTO

Se realizó en un inicio con la entrevista de quienes llevan a consulta a su familiar con enfermedades crónicas con complicaciones y que reunieron las características de inclusión para este estudio y la aplicación de los instrumentos de trabajo.

2.10. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

- a) Forma de captura y validación de la información por computadora en una base de datos en Excel; los datos se analizaron en el SPSS.
- b) Los datos se describieron en frecuencias para realizar el análisis estadístico para establecer asociaciones.
- c) Los datos fueron capturados en una base de datos, con medidas de tendencia central, frecuencias e intervalo de confianza (IC) al 95%.
- d) Se usó a razón de momios de prevalencias con nivel de confianza 95%.
- e) Significancia 0.05.

2.11- RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS RECURSOS HUMANOS

- Alumno del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales del IMSS, Dr. Raúl Medina Galindo (Investigador Principal)

RECURSOS MATERIALES.

- Papelería: hojas blancas, consentimiento informado, computadora, unidades USB, impresora, software: paquetería office y SPSS V-20; fotocopias, lápiz, goma. SIMF del IMSS
- RECURSOS FINANCIEROS Financiamiento derivado directamente del investigador principal.

2.11. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio se efectuó según las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud. 2007).

Aplicando los siguientes artículos:

Artículo 13, del capítulo I, donde refiere que prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

Artículo 17 del capítulo I, fracción I donde se menciona que el sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio.

Artículo 20 del capítulo I donde se menciona que el sujeto de estudio tendrá un consentimiento informado con el cual autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la investigación.

Artículo 21 del capítulo I, este apartado especifica que el sujeto de investigación recibirá una explicación clara y completa de la investigación a la cuál será sometido, fracción VII donde claramente se le explica al sujeto de estudio la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; del mismo artículo y capítulo solo que de la fracción VIII. Donde determina la seguridad de que no se identificará al sujeto de estudio y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

3. PLAN DE ANÁLISIS

Como medida de prevalencia se utilizó las frecuencias y como medida de asociación razón de momios con intervalos de confianza del 95% y en las comparaciones se utilizó Chi² con un nivel de significancia 0.05

4. RESULTADOS.

Con nivel de pobreza familiar media, cercano a la pobreza extrema 61%; la mitad de los cuidadores resultaron con sobrecarga leve 27%, media 4% e intensa 19%, sin sobrecarga 50%. Son cuidadores pobres con sobrecarga 46%, no pobres sin sobrecarga 23%, no pobres con sobrecarga 26% y pobres sin sobrecarga 9%. El riesgo de sobrecarga en los pobres es alto (RM 10.2, IC95% 0.85-279, p=0.02).

La mayoría de los pacientes eran del sexo femenino 57% edad promedio 49 años, con complicaciones de la DM, predominó la IRC 50%. Entre los cuidadores primarios predominaron las mujeres 73%, casadas 57%, amas de casa 53%, parentesco hijas 35%, edad promedio 43 años.

Se observó que el rango de edad del cuidador primario fue como máximo de 57 y un mínimo de 23 con una media de 42.9

El género para el cuidador primario, tuvo como predominio en el sexo femenino con una frecuencia de 15 (57.69%), en tanto el sexo masculino fue de 11(42.3 %)

En cuanto al estado civil de los cuidadores primarios, se determinó por su frecuencia y respectivos porcentajes, detectando que el cuidador primario es de predominio en los casados con una frecuencia de 22 (84.61%) de la población estudiada, le siguen en esta los que están solteros 3 (11.53%) seguido por último por los divorciados 1 (3.84%).

La ocupación del cuidador primario, se distribuyó de la siguiente manera, los cuidadores primarios que son amas de casa es el más alto en cuanto a frecuencia de 16 (61.53) de la población estudiada, seguido de los obreros y obreras con frecuencia de 5 (19.23), los que tienen una actividad comercial 4 (15.38), y por último un maestro de obra (3.84%).

En cuanto a su escolaridad del cuidador primario, se distribuyó de la siguiente manera, los que predominan son los que tiene escolaridad primaria incompleta 9 (34.61%), seguido de los que tienen la escolaridad primaria completa 7 (26.92%), así como de los que no tienen

ninguna preparación escolar primaria 6 (23.07%), y solo 4 cuidadores que cuentan con algún estudio pos primaria (15.38%).

La relación que guardan los cuidadores primarios con el paciente se distribuye de la siguiente manera en frecuencia y porcentaje. La relación paterno-filial es la de mayor predominio 14 (53.84%), seguido de la relación conyugal con una frecuencia de 12 (46.15%).

En cuanto a los resultados en frecuencia y porcentaje del ingreso económico familiar, menos de un salario mínimo 7 (26.92 %), de uno a dos salarios mínimos 13 (50 %), de 3 a 4 salarios mínimos 3 (11.53 %), y por último quien percibe más de 5 salarios mínimos que fueron 3 (11.53 %).

La variable pacientes con complicaciones crónicas se distribuyó de acuerdo a frecuencia y porcentajes de la siguiente manera, pacientes con complicaciones crónicas que cursaban con enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sanguínea más insuficiencia renal crónica 4 (15.38 %), pacientes con diabetes mellitus tipo 1 más hipertensión arterial más insuficiencia renal crónica 1 (3.84 %), quienes cursan con insuficiencia renal crónica 3 (11.53 %), pacientes con diabetes mellitus tipo 1 más hipertensión arterial 7 (26.92 %), 2 de diabetes mellitus tipo 1 (7.69 %), 1 de diabetes mellitus tipo 2 (3.84 %), cardiopatía isquémica 1 (3.84 %), hipertensión arterial más Parkinson 1 (3.84 %), hipertensión arterial más cardiopatía hipertensiva 1 (3.84 %), 1 de diabetes mellitus tipo 1 más hipertensión arterial más VIH (3.84 %), diabetes mellitus tipo 2 más insuficiencia renal crónica 1 (3.84 %), hipertensión arterial 1 (3.84 %), artritis 1 (3.84 %), hipertensión arterial más insuficiencia renal crónica 1 (3.84 %).

En cuanto al género de los pacientes con complicaciones crónicas, tuvo como mayor frecuencia en el sexo femenino 15 (57.69 %) para el género masculino fue de 11 (42.30 %).

5. DISCUSIÓN

Dentro de los resultados obtenidos se observa que a mayor índice de pobreza es mayor el grado de síndrome de sobrecarga del cuidador primario, a pesar de que nuestra población no solo la de Apaxco, sino en general de la población mexicana de bajos o medianos ingresos tiende a cuidar a sus enfermos ya sean crónicos con o sin complicaciones, por el cariño, amor o respeto a sus familiares quienes pueden ser el padre, la madre, algún hermano o bien hasta un hijo.

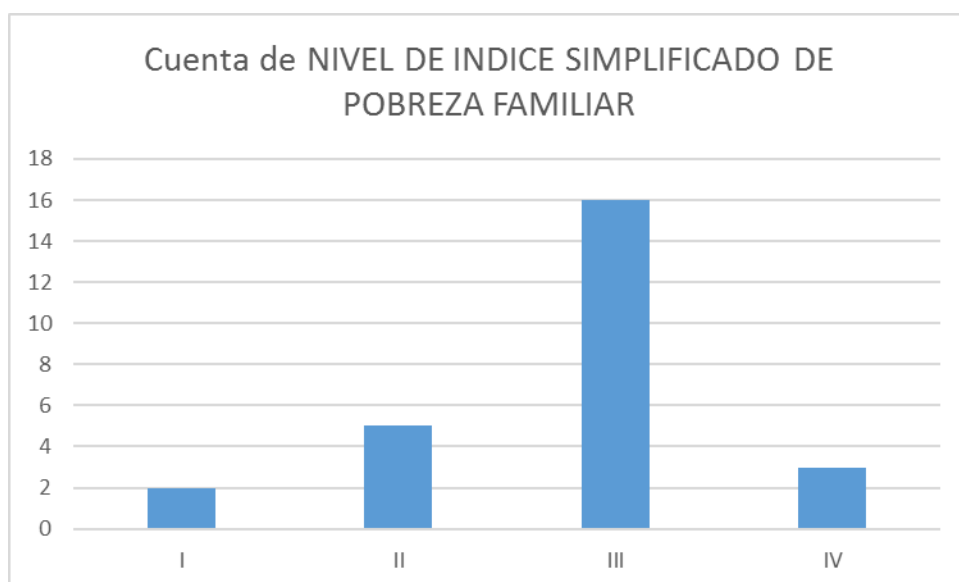
Es interesante ver como al paso de los años nuestra población mantiene aún los vínculos afectivos con sus familiares.

La situación socioeconómica del cuidador primario si condiciona el nivel de sobrecarga que puede llegar a presentar.

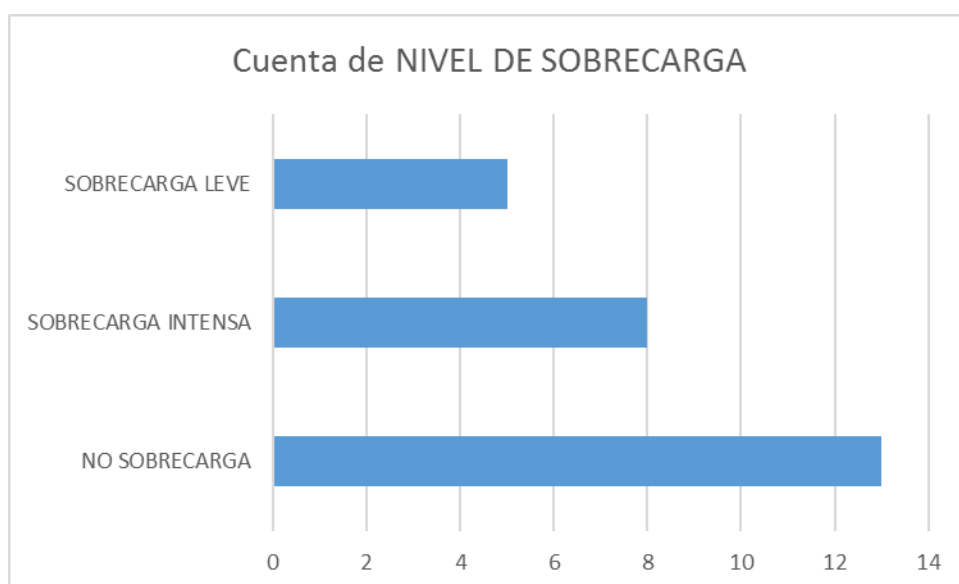
6.- GRÁFICOS

GRÁFICO (1 y 2)

Con nivel de pobreza familiar media, cercano a la pobreza extrema 61%; la mitad de los cuidadores resultaron con sobrecarga leve 27%, media (moderada) 4% e intensa 19%, sin sobrecarga 50%. Son cuidadores pobres con sobrecarga 46%, no pobres sin sobrecarga 23%, no pobres con sobrecarga 26% y pobres sin sobrecarga 9%.



1



2

GRÁFICO 3

Se observó que el rango de edad del cuidador primario fue como máximo de 57 y un mínimo de 23 con una media de 42.9

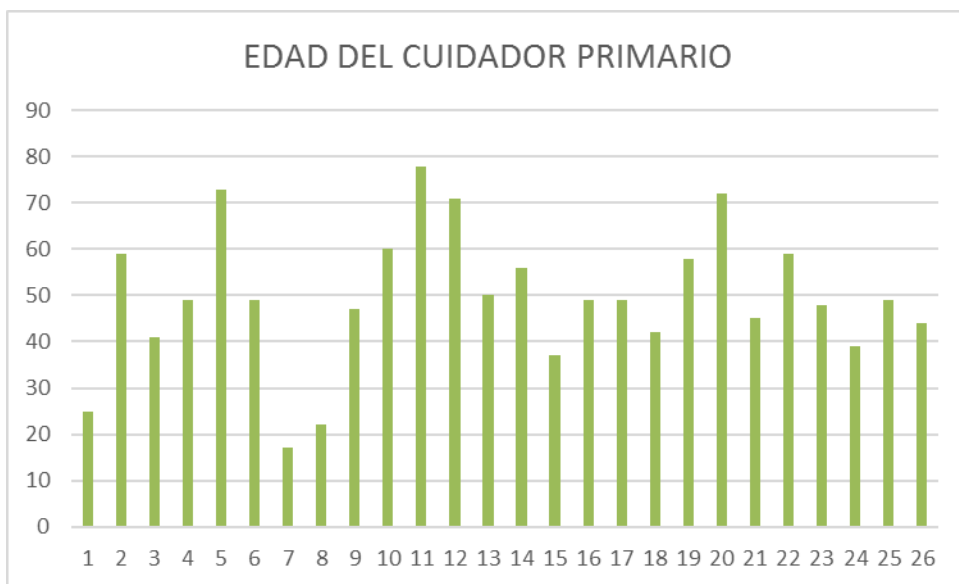


GRÁFICO 4

El género para el cuidador primario, tuvo como predominio en el sexo femenino con una frecuencia de 15 (57.69%), en tanto el sexo masculino fue de 11(42.3 %)

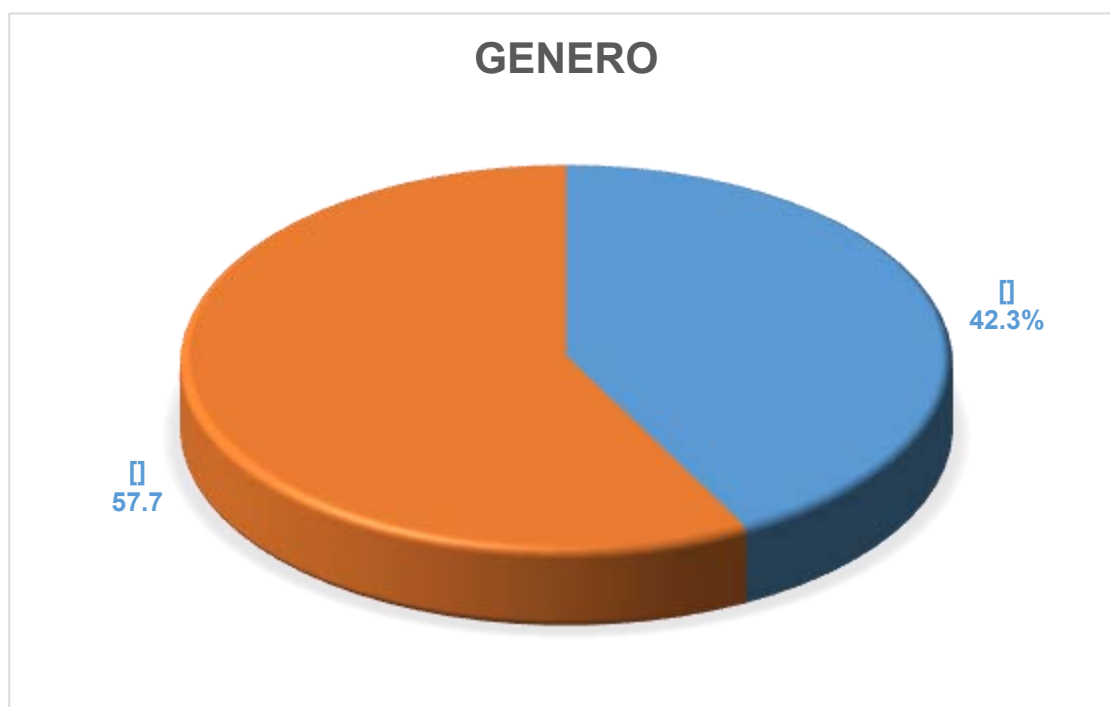


GRÁFICO 5

En cuanto al estado civil de los cuidadores primarios, se determinó por su frecuencia y respectivos porcentajes, detectando que el cuidador primario es de predominio en los casados con una frecuencia de 22 (84.61%) de la población estudiada, le siguen en esta los que están solteros 3 (11.53%) seguido por ultimo por los divorciados 1 (3.84%).

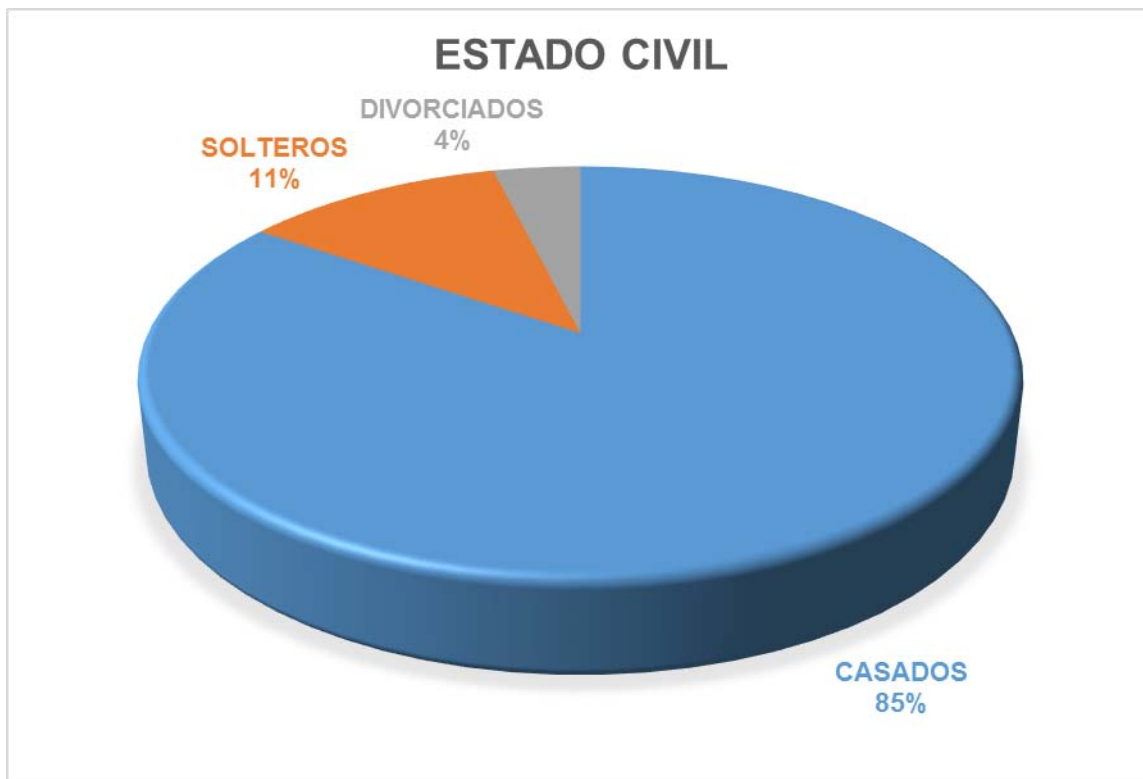


GRÁFICO 6

La ocupación del cuidador primario, se distribuyó de la siguiente manera, los cuidadores primarios que son amas de casa es el más alto en cuanto a frecuencia de 16 (61.53) de la población estudiada, seguido de los obreros y obreras con frecuencia de 5 (19.23), los que tienen una actividad comercial 4 (15.38), y por último un maestro de obra (3.84%).

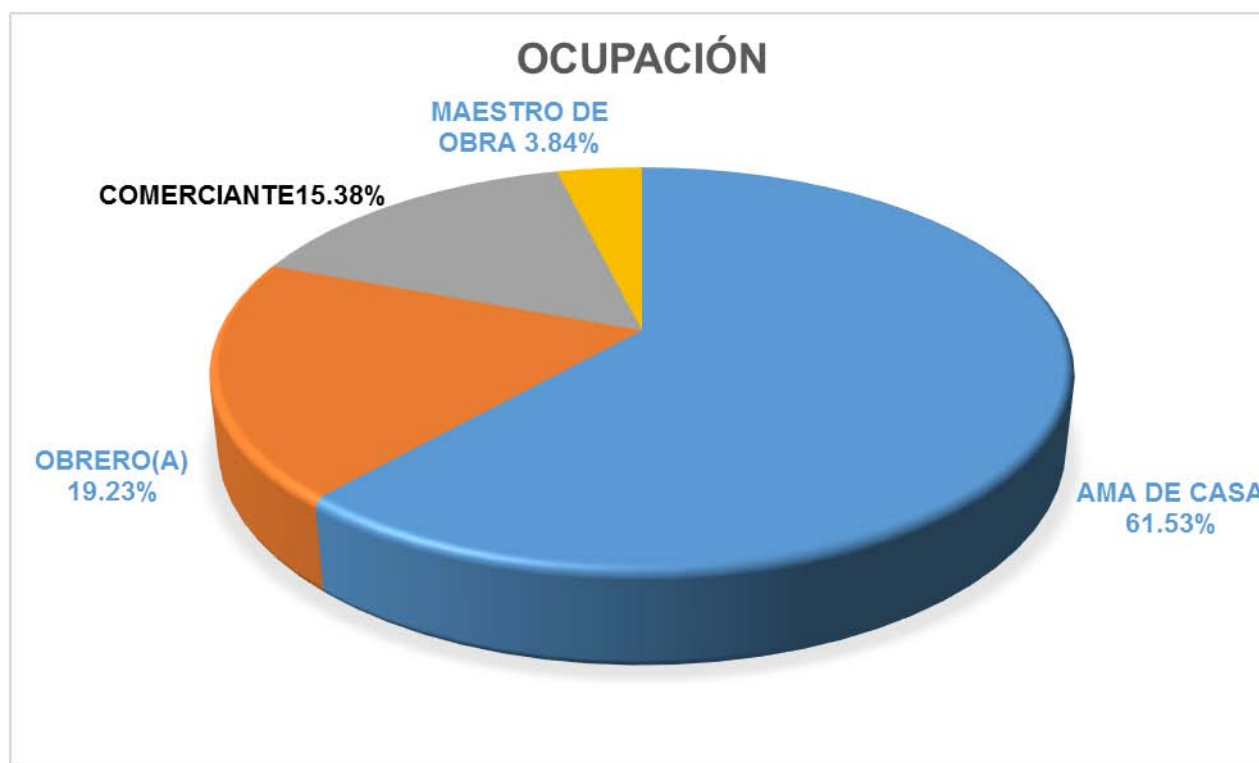


GRÁFICO 7

En cuanto a su escolaridad del cuidador primario, se distribuyó de la siguiente manera, los que predominan son los que tiene escolaridad primaria incompleta 9 (34.61%), seguido de los que tienen la escolaridad primaria completa 7 (26.92%), así como de los que no tienen ninguna preparación escolar primaria 6 (23.07%), y solo 4 cuidadores que cuentan con algún estudio pos primaria (15.38%).

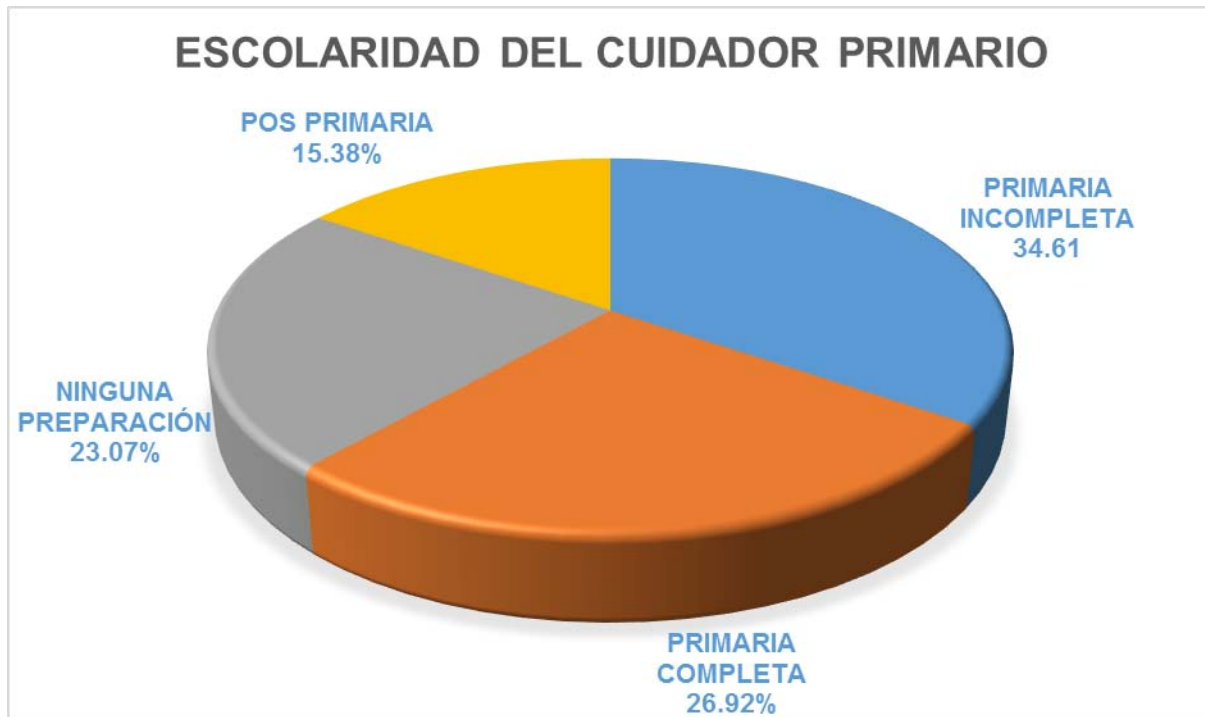


GRÁFICO 8

La relación que guardan los cuidadores primarios con el paciente se distribuye de la siguiente manera en frecuencia y porcentaje. La relación paterno-filial es la de mayor predominio 14 (53.84%), seguido de la relación conyugal con una frecuencia de 12 (46.15%).



GRÁFICO 9

En cuanto a los resultados en frecuencia y porcentaje del ingreso económico familiar, menos de un salario mínimo 7 (26.92 %), de uno a dos salarios mínimos 13 (50 %), de 3 a 4 salarios mínimos 3 (11.53 %), y por último quien percibe más de 5 salarios mínimos que fueron 3 (11.53 %).

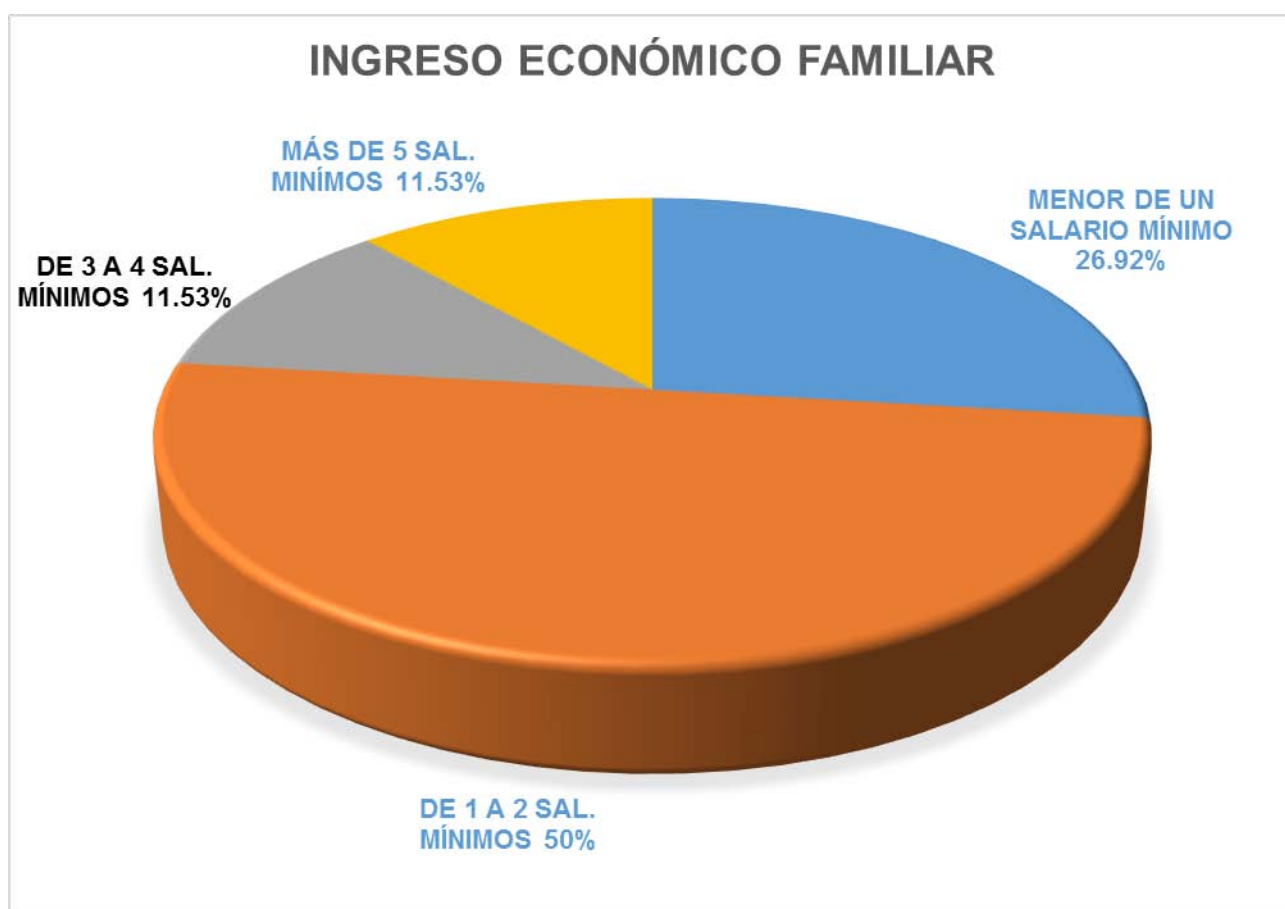


GRÁFICO 10

La variable pacientes con complicaciones crónicas se distribuyó de acuerdo a frecuencia y porcentajes de la siguiente manera, pacientes con complicaciones crónicas que cursaban con enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus tipo 2 más hipertensión arterial sanguínea más insuficiencia renal crónica 4 (15.38 %), pacientes con diabetes mellitus tipo 1 más hipertensión arterial más insuficiencia renal crónica 1 (3.84 %), quienes cursan con insuficiencia renal crónica 3 (11.53 %), pacientes con diabetes mellitus tipo 1 más hipertensión arterial 7 (26.92 %), 2 de diabetes mellitus tipo 1 (7.69 %), 1 de diabetes mellitus tipo 2 (3.84 %), cardiopatía isquémica 1 (3.84 %), hipertensión arterial más Parkinson 1 (3.84 %), hipertensión arterial más cardiopatía hipertensiva 1 (3.84 %), 1 de diabetes mellitus tipo 1 más hipertensión arterial más VIH (3.84 %), diabetes mellitus tipo 2 más insuficiencia renal crónica 1 (3.84 %), hipertensión arterial 1 (3.84 %), artritis 1 (3.84 %), hipertensión arterial más insuficiencia renal crónica 1 (3.84 %).



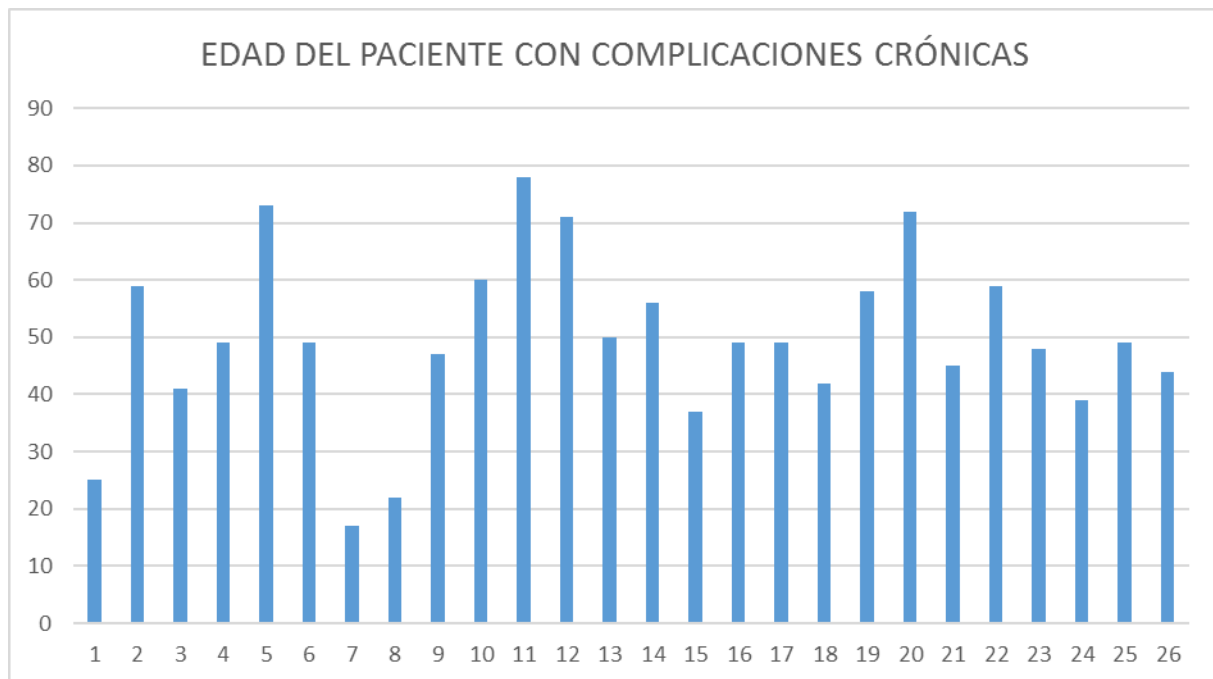
TABLA Y GRÁFICO 11

En cuanto al género de los pacientes con complicaciones crónicas, tuvo como mayor frecuencia en el sexo femenino 15 (57.69 %) para el género masculino fue de 11 (42.30 %).



GRÁFICO 12

Se observó que el rango de edad de los pacientes con complicaciones crónicas fue de un máximo de 78 y un mínimo de 17 con una media de 42.8



7. CONCLUSIONES

Una cuarta parte de los cuidadores primarios tienen recursos y no están desgastados, un pequeño porcentaje hace su función sin desgaste, la otra cuarta parte pueden sobrellevar las demandas posiblemente por redes de apoyo, pero casi el 50% son pobres y con niveles elevados de sobrecarga. Esta información ayuda a identificar riesgos en el cuidador, pero también para indagar cuáles factores son protectores contra el desgaste.

En base a la hipótesis planteada se refiere que el nivel de sobrecarga del cuidador primario está asociado con los factores económicos, situación real que se presenta cuando se observa que cuando el Índice Simplificado de Pobreza Familiar arroja datos íntimamente ligados a un nivel de sobrecarga del cuidador primario en prácticamente el 50% de nuestro universo de estudio.

Se concluyó con respecto al estudio realizado, que la incidencia máxima de edad fue de 57 años, y una mínima de 23, quedando como media la edad de 43, en contraste con los pacientes con complicaciones crónicas, cuya edad máxima 78 años, la mínima edad es de 17 y como media la edad de 49 años.

De los cuidadores primarios estuvo a cargo más del sexo femenino, su gran mayoría casadas y que se dedican a las labores del hogar, y que la mayoría de veces están a cargo de sus padres, la mayoría de ellos solo cuentan con un nivel escolar de primaria con o sin concluir; sin embargo cabe rescatar que las actividades a las que están encomendados las realizan más por afecto aun sin una amplia instrucción académica.

De esta manera concluimos que la Sobrecarga del Cuidador Primario, reportada está ampliamente ligada con los factores socioeconómicos y que de igual manera a mayores complicaciones crónicas será mayor la Sobrecarga.

8.- RECOMENDACIONES

1. Orientar al cuidador para que descanse cada día y evitar el alcohol, tabacos excesos de medicamentos controlados.
2. El Médico Familiar, planear en conjunto con la familia del cuidador primario citas periódicas para conservar su salud.
3. Vigilar siempre la prescripción médica, de medicamentos para el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de lesiones musculares, dolores de espalda, cervicales, etc., que deben ponerse en conocimiento del Médico Familiar.
4. Evitar que se aislé a pesar de falta de apoyo, debe continuar con los buenos amigos que le quedan, acudir a reuniones sociales.
5. Continuar con las actividades que siempre le han divertido, como ir al cine, pasear, en general actividades de esparcimiento.
6. Fomentar los vínculos de amor y amistad entre los seres queridos para generar un ambiente de armonía, de esta manera el paciente con complicaciones crónicas vivirá mejor con la alegría del cuidador primario.
7. Procurar al Cuidador Primario al menos una vez a la semana un día de descanso o bien horas de relajamiento, buscando que algún familiar, asistente, enfermera, etcétera, cuide al enfermo.
8. No olvidar tomarse unas vacaciones, al menos anualmente o algunos días alejarse de su enfermo.
9. El Médico Familiar debe detectar oportunamente y evaluar la sobrecarga y calidad de vida del cuidador primario.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- 1 Camacho Estrada Lilian, Hinostrosa Arvizu Gladys Yokebed, Jiménez Mendoza Araceli Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado, revista de enfermería universitaria ENEO-UNAM, México octubre- diciembre 2010; (7): 37
- 2 Alfaro-Ramírez del Castillo Olga Isabel, Morales - Vigil Tania, Vázquez-Pineda Fernando, Sánchez-Román Sofía, Ramos-del Río Bertha, Guevara-López Uriah. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 2008; 46 (5):485-494.
- 3 Ríos Alma Elizabeth, Nava Galón Ma. Guadalupe, Cuidadores responsabilidades-obligaciones

Enf. Neurología.México, 2012; 11(3):163-169,
- 4 Barrón Ramírez Brenda Selene y Alvarado Aguilar Salvador, Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Instituto Nacional de Cancerología de México. México. 2009 (4): 39-46
- 5 Hilda Rivera Mora, Dávila Mendoza Rocío, Pedraza Avilés Alberto González. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.México 2011; 16(1):27-32
- 6 Alpuche-Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas-Russell ME, Figueroa-López CG. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicología y Salud. México.2008 (18):237-245.

7 Achury Diana Marcela, Castaño Riaño Hilda Maherly, Gómez Rubiano Lizbey Andrea, Guevara Rodríguez Nancy Milena. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 13 N° 1. Bogotá (Colombia), enero-junio de 2011, 13 (1): 27-46,

8 Zambrano Cruz Renato, Ceballos Cardona Patricia. Síndrome de carga del cuidador. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Revista Colombiana de Psiquiatría. Colombia. 2007.16 (1): 26-39,

9 Domínguez-Sosa Guadalupe, Zavala-González Marco Antonio, De la Cruz-Méndez Dora del Carmen, Ramírez-Ramírez Martha Ofelia. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander Tabasco. México. Enero a mayo de 2008; Artículo recibido el 4 de Junio de 2009 y aceptado para publicación el 20 de Enero del 2010.

10 Espín Andrade Ana Margarita. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia, Revista Cubana Salud Pública. La Habana, Cuba. 2012; 38 (3)

11 López Romo Heriberto. Los Niveles Socioeconómicos y la distribución del gasto. Instituto de Investigaciones Sociales S.C. México. 2009.



12 Flores G Elizabeth., Rivas R Edith., Seguel P Fredy.; Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería. Abr.2012.Temuco,Chile 18(1) :29-41

13 <http://api.zeti.com/click/5b6df41c-2de5-42b5-809c-8ab5055f4ad8/73407>

14 <http://www.geosalud.com/Enfermedades%20Cardiovasculares/www.tuotromedico.com>

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS

10.- ANEXOS

		SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES													
BASE DE DATOS															
NSS/ NOMBRE	ENFERMEDAD	COMPLICACIONES CRÓNICAS	EDAD DEL PACIENTE	SEXO DEL PACIENTE	CON CUIDADOR PRIMARIO?	EDAD DEL C.	SEXO DEL C. P.	BO. CIVIL C. P.	PARIENTESCO	Ocupación del C. P.	INGRESOS ECONÓMICOS FAMILIAR	NIVEL DE INDICE SIMPLIFICADO DE	PONQUE INST. ZARIT	CALIF. TEST	NIVEL DE SOBRECARGA
940689112161F1989PE	IRC	SÍ	25	FEMENINO	SI	34	FEMENINO	CASADA	HERMANA	OBRERA	2	IV	NO	64	DBRECARGA INTENS
40791035144M19560P	DMTII	SÍ	59	MASCULINO	SI	57	FEMENINO	CASADA	ESPOSA	AMA DE CASA	2	III	NO	64	DBRECARGA INTENS
980360019056F1973P	DMTII,HAS,IRC	SÍ	41	FEMENINO	SÍ	41	FEMENINO	VORCIAD.	MADRE	AMA DE CASA	2	III	NO	60	DBRECARGA INTENS
4876101194M19640P	DMTII,HAS,IRC	SÍ	49	FEMENINO	SÍ	48	FEMENINO	CASADA	ESPOSA	AMA DE CASA	2	III	NO	68	DBRECARGA INTENS
92893178864M19410P	DMTI,HAS,IRC	SÍ	73	MASCULINO	SÍ	32	FEMENINO	SOLTERA	HIJA	AMA DE CASA	3	III	NO	52	SOBRECARGA LEVE
20709095014F19650P	DMTII,HAS,IRC	SÍ	49	FEMENINO	SÍ	30	FEMENINO	SOLTERA	HIJA	COMERCIANTE	2	III	NO	46	SOBRECARGA LEVE
98255013343M19960P	IRC	SÍ	17	MASCULINO	SÍ	35	MASCULINO	SOLTERO	HERMANO	ESTRO DE OBI	1	III	NO	33	NO SOBRECARGA
72089119282	DMTII, IRC	SÍ	22	MASCULINO	SÍ	65	FEMENINO	CASADA	MADRE	AMA DE CASA	2	III	NO	62	DBRECARGA INTENS
40609107624M19670P	DMTII,HAS,IRC	SÍ	47	MASCULINO	SÍ	46	FEMENINO	CASADA	ESPOSA	AMA DE CASA	2	III	NO	28	NO SOBRECARGA
89805300707	DMTI, HAS	SÍ	60	MASCULINO	SÍ	46	FEMENINO	CASADA	HIJA	COMERCIANTE	1	III	NO	48	SOBRECARGA
664280146	DMTI, HAS	SÍ	78	FEMENINO	SÍ	55	FEMENINO	CASADA	HIJA	AMA DE CASA	3	III	NO	19	NO SOBRECARGA
1375420202	HAS, PARKINSON	SÍ	71	MASCULINO	SÍ	48	FEMENINO	CASADA	HIJA	AMA DE CASA	2	II	NO	53	SOBRECARGA LEVE
JOVITA FLORES	DMTI, HAS	SÍ	50	FEMENINO	SÍ	52	MASCULINO	CASADO	ESPOSO	COMERCIANTE	3	III	NO	19	NO SOBRECARGA
9299820567	DMTI, HAS	SÍ	56	FEMENINO	SÍ	58	MASCULINO	CASADO	ESPOSO	OBRERO	3	IV	NO	76	DBRECARGA INTENS
92977724688	HAS, CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	SÍ	37	FEMENINO	SÍ	42	MASCULINO	CASADO	ESPOSO	OBRERO	2	III	NO	46	SOBRECARGA LEVE
9090640299	IRC	SÍ	49	FEMENINO	SÍ	45	MASCULINO	CASADO	ESPOSO		0	I	NO	4	NO SOBRECARGA
14996300399	HAS	SÍ	49	FEMENINO	SÍ	50	MASCULINO	CASADO	ESPOSO	OBRERO	3	II	NO	14	NO SOBRECARGA
92917226885	ARTRITIS	SÍ	42	FEMENINO	SÍ	20	FEMENINO	CASADA	HIJA	COMERCIANTE	0	I	NO	35	NO SOBRECARGA
EVA OLVERA	DMTI, HAS	SÍ	58	FEMENINO	SÍ	32	FEMENINO	CASADA	HIJA	OBRERO	3	IV	NO	16	NO SOBRECARGA
1375420233	DMTI, HAS	SÍ	72	MASCULINO	SÍ	48	MASCULINO	CASADO	HIJO	OBRERO	3	III	NO	54	SOBRECARGA LEVE
8985680715F63	DMTI	SÍ	45	FEMENINO	SÍ	43	FEMENINO	CASADO	ESPOSA	AMA DE CASA	0	II	NO	14	NO SOBRECARGA
1375520615	DMTI, VIH, HAS	SÍ	59	MASCULINO	SÍ	57	FEMENINO	CASADA	ESPOSA	AMA DE CASA	2	III	NO	12	NO SOBRECARGA
1382660669	DMTI, HAS	SÍ	48	MASCULINO	SÍ	44	FEMENINO	CASADA	ESPOSA	AMA DE CASA	0	II	NO	14	NO SOBRECARGA
CLEMENCIA DRUZ	DMTI	SÍ	39	FEMENINO	SÍ	21	FEMENINO	CASADA	HIJA	AMA DE CASA	1	II	NO	13	NO SOBRECARGA
ROSA ROMERO	RDIOPATIA ISQUEM	SÍ	49	FEMENINO	SÍ	23	FEMENINO	CASADA	HIJA	AMA DE CASA	2	III	NO	13	NO SOBRECARGA
18060172851M1960SP	HAS, IRC.	SÍ	44	MASCULINO	SÍ	43	FEMENINO	CASADA	ESPOSA	AMA DE CASA	2	III	NO	74	DBRECARGA INTENS



SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS



INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)

• I. 0 – 03	sin pobreza familiar	2
• II. 04 – 06	pobreza familiar baja	8
• III. 07 – 09	pobreza familiar media	13
• IV. 10 – 12	pobreza familiar alta.	3

INDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF)

<u>Dimensión</u>	<u>Indicador</u>	<u>Categorías de respuesta</u>	<u>Puntuación</u>	<u>NUMERO DE ENCUESTADOS(26)</u>
Economía	Ingreso económico familiar	< 1 salario min	3	7
		1 a 2 sal min	2	13
		3 a 4 sal min	1	3
		Mas 5 sal min	0	3
Economía	No. hijos dependientes	Mas 3 hijos	3	6
		2 hijos	2	9
		1 hijo	1	3
		0 hijo	0	8
Educación	Escolaridad materna	Ninguna	3	6
		Primaria incom	2	9
		Primaria comp	1	7
		Posprimaria	0	4
Vivienda	No. de personas por dormitorio	Mas 5 personas	3	8
		4 personas	2	7
		3 personas	1	11
		1 a 2 personas	0	0

NÚMERO DE ENCUESTAS APLICADAS : 26

Índice simplificado de pobreza (ISPF). Es un instrumento breve y sencillo, en su aplicación confiable y valido, para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar

Considera 4 variables que se miden en rangos de 0 a 3 puntos según las condiciones óptimas o peores de las categorías de respuesta

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS



SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES



TEST DE ZARIT-ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

No.	ITEM	0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que necesita?	3	4	11	2	6
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	7	4	7	6	2
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	7	4	8	5	2
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	11	2	7	3	3
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	12	1	6	6	1
6	¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	9	6	4	4	3
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?	4	4	8	6	4
8	¿Piensa que su familia depende de usted?	3	1	10	7	5
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	9	3	5	6	3
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	10	5	3	7	1
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	12	3	3	4	4
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	10	4	2	8	2
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	13	4	6	1	2
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	5	5	8	6	2
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	5	6	6	0	9
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	8	2	7	6	3
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	9	3	3	5	6
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	11	0	7	4	4
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	10	2	8	2	4
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	3	3	8	6	6
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	3	2	5	7	9
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	7	5	4	5	5
TOTAL						

APLICACIÓN INICIAL DEL INSTRUMENTO DE PRUEBA A 26 CUIDADORES PRIMARIOS DE LA UMF 54 APAXCO TURNO MATUTINO

A continuación presentamos una lista de afirmaciones, en las que se refleja los sentimientos del cuidador. Realice las preguntas y valore su situación como cuidador/a.

0	Nunca	1	Rara vez	2	Algunas veces	3	Bastantes veces	4
---	-------	---	----------	---	---------------	---	-----------------	---

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

NIVEL DE SOBRECARGA	
MENOR 46	19
MAYOR 56	7

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS



SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS



TEST DE ZARIT-ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

A continuación presentamos una lista de afirmaciones, en las que se refleja los sentimientos del cuidador. Realice las preguntas y valore su situación como cuidador/a.

0	Nunca
1	Rara vez
2	Algunas veces
3	Bastantes veces
4	Casi siempre

ITEM	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

TOTAL:

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo,

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS

suele considerarse indicativa de “no sobrecarga” una puntuación inferior a 46, y de “sobrecarga intensa” una puntuación superior a 56.

ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA FAMILIAR (ISPF-GRAFFAR)

Nombre: _____ Edad _____

Hombre: _____ Mujer: _____ Escolaridad: _____ Estado civil: _____

Usted padece: Diabetes _____ VIH _____ Hipertensión arterial _____ Otro _____

Afiliación: _____

INSTRUCCIONES: marque con una cruz la situación en la que se encuentra actualmente su familia con respecto a cada uno de los apartados de la columna de la izquierda.

<u>DIMENSIÓN</u>	<u>INDICADOR</u>	<u>DE POBREZA CATEGORÍAS DE RESPUESTA</u>	<u>FAMILIAR (ISPF) PUNTUACIÓN</u>
Economía	Ingreso económico familiar	< 1 <u>salario</u> min	3
		1 a 2 sal min	2
		3 a 4 sal min	1
		Mas 5 sal min	0
Economía	No. hijos dependientes	Mas 3 hijos	3
		2 hijos	2
		1 hijo	1
		0 hijo	0
Educación	Escolaridad materna	Ninguna	3
		Primaria incompleta	2
		Primaria completa	1
		Post primaria	0
Vivienda	No. de personas por dormitorio	Mas 5 personas	3
		4 personas	2
		3 personas	1
		1 a 2 personas	0

Total de puntos: _____ **Número de registro:** _____

Nivel de ISPF: I.- _____ II.- _____ III.- _____ IV.- _____

1. ÍNDICE SIMPLIFICADO DE POBREZA (ISPF). Es un instrumento breve y sencillo, en su aplicación confiable y valido, para evaluar con fines exploratorios la pobreza familiar en la práctica de la medicina familiar. Considera 4 variables que se miden en rangos de 0 a 3 puntos según las condiciones óptimas o peores de las categorías de respuesta. Los intervalos para la puntuación familiar son los siguientes:

- I. 0 – 03 sin pobreza familiar II. 04 – 06 pobreza familiar baja III. 07 – 09 pobreza familiar media
IV. 10 – 12 pobreza familiar alta.

¡GRACIAS!



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON COMPLICACIONES CRÓNICAS Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013