



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

**REPERCUSIÓN EN EL ESTADO DE SALUD DEL
CUIDADOR PRIMARIO DE UN ADULTO MAYOR
TRAS EXPERIMENTAR SOLEDAD**

**Presenta la Tesis para obtener el Diploma de
Especialista en Psiquiatría**

Ilse Vianey Moreno González

Dra. Alicia Juliana Peláez Sierra

Asesor teórico

Mtra. Janet G. Jiménez Genchi

Asesor metodológico

Ciudad de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

“Mientras el río corra, los montes hagan sombra y en el cielo haya estrellas, debe durar la memoria del beneficio recibido en la mente del hombre agradecido” Virgilio

Un objetivo más alcanzado, un sueño cristalizado, sin duda es momento de agradecer a Dios, a la memoria de mis difuntos, pero sobre todo a los vivos, porque con cada gesto, con cada palabra, han hecho que el sendero que hasta el momento he recorrido haya sido más fácil y menos sombrío.

Para Arturo, quien comenzó esta aventura a mi lado, dándome su apoyo incondicional, ahora mi esposo, con quien vivo el día a día llenos de amor y compromiso, no tengo más que agradecer por haberme impulsado en cada momento.

A ti Norma y Diego, les dedico este logro que he conseguido con esfuerzo, pero también con gozo. A mi padre Abel con cariño y a David, de igual forma les dedico este trabajo que me hizo reflexionar sobre la vida misma y lo importante de la familia.

Gracias, a los que faltan por mencionar pero que han sido parte del aprendizaje, a mis asesoras, a cada maestro que confió en mí y sembró la semilla del conocimiento que ahora rinde frutos, siendo parte de una institución tan importante como es el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, así como mi *alma mater*, la UNAM.

ÍNDICE	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
El envejecimiento y sus alcances	2
Ser un cuidador primario	6
Conceptos de soledad	9
La soledad y la salud	11
MÉTODO	15
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
OBJETIVOS	18
Hipótesis	18
Variables	19
Muestra	20
Sujetos	20
Criterios de selección	20
Tipo y diseño del estudio	20

Instrumentos	21
Cuestionario de Salud SF-36	21
Escala de Soledad en el Adulto Mayor IMSOL-AM	23
Procedimiento	24
Consideraciones éticas	26
ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	36
Alcances y limitaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXO 1	
Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud (short- form SF-36)	42
ANEXO 2	
Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL–AM)	44
ANEXO 3	
Encuesta Sociodemográfica	45
ANEXO 4	
Consentimiento informado	46

LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS

Figura 1. Gráfica de esperanza de vida en México al nacer 1930-2014

Figura 2. Pirámide poblacional México 2010

Cuadro 1. Variables

Abreviaturas	
CAS's	Conductas de Afrontamiento ante la Soledad
CONAPO	Consejo Nacional de Población
D	Dolor
FAD's	Afecto Deficitario
FF	Funcionamiento físico
FS	Funcionamiento social
HPFBA	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
IMSOL- AM	Escala de soledad en el Adulto Mayor
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
MOS	Medical Outcomes Study
NOM	Norma Oficial Mexicana
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RE	Rol emocional
RF	Rol físico
SF- 36	Cuestionario de Salud
SG	Salud general
SM	Salud mental
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
V	Vitalidad

RESUMEN

Introducción: La soledad es la carencia de compañía, es una experiencia subjetiva que puede modificar el bienestar físico y mental de un individuo, debido a que se vivencia de distinta manera y puede tener distintas repercusiones en el estado de salud de un individuo. El presente estudio se enfoca en adultos mayores que son cuidadores primarios a su vez de un adulto mayor, dicha responsabilidad en la mayoría de los casos llega ser desgastante física y emocionalmente, acompañándose de aislamiento y disminución importante de redes sociales y de apoyo, por lo que se busca describir de qué manera la experiencia de soledad se ve reflejada en el estado de salud de un cuidador primario.

Objetivo: Describir la repercusión en el estado de salud del cuidador primario de un adulto mayor tras experimentar soledad.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, no experimental y transversal, se usó como muestra 30 sujetos de 50 años o más, cuidadores primarios de un adulto mayor. Se midió la frecuencia de la experiencia de soledad con la escala de IMSOL-AM y el estado de salud con el cuestionario SF-36.

Resultados: Un porcentaje importante de cuidadores primarios experimentó soledad de manera poco frecuente, encontrándose con una salud física o mental en regulares condiciones.

Conclusión: Los cuidadores primarios son un grupo vulnerable, es necesario crear grupos de apoyo en busca de mantenerlos con bienestar ante la tarea que ejercen.

Palabras clave: soledad, salud, adulto mayor, cuidador primario.

REPERCUSIÓN EN EL ESTADO DE SALUD DEL CUIDADOR PRIMARIO DE UN ADULTO MAYOR TRAS EXPERIMENTAR SOLEDAD

INTRODUCCIÓN

La palabra soledad, proviene del latín *solitas*, que significa carencia de compañía. Dicha carencia puede ser voluntaria (cuando la persona decide estar sola) o involuntaria (cuando el sujeto se encuentra solo por distintas circunstancias de la vida); de acuerdo a la visión de diferentes autores, es una experiencia subjetiva esencialmente, por lo que se tiene que estudiar de manera específica, ya que si bien, se ha relacionado con la tristeza, no siempre que alguien experimente soledad, significa que desarrollará depresión, pero sí puede modificar el bienestar físico y mental de un individuo.

En el presente trabajo se ha decidido abordar, dos elementos relacionados con la humanidad en general, la soledad y la salud, tomando en cuenta, hablando de grupos etarios, el de adultos mayores irá en aumento, la descripción se enfocará en ellos para describir dichos fenómenos, comenzando por aplicar una escala que mide la frecuencia de la experiencia solitaria en los adultos mayores mexicanos y de manera conjunta se aplicará una escala para medir el estado de salud del individuo, siendo el factor que genere cambios, el hecho de que sean cuidadores primarios de un adulto mayor.

Hasta la fecha hay muy poco escrito al respecto, mucho menos en población mexicana, por lo que considerando que en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, hay un servicio dedicado a atender a la población de adultos mayores que padecen alguna enfermedad mental y la mayoría con comorbilidades crónico-degenerativas,

que ameritan una extenuante labor por parte del cuidador, se puede encontrar el campo adecuado para llevar a cabo el estudio, del cual se quiere obtener información del estado de salud y la experiencia de soledad del cuidador primario, que generalmente ya se encuentra también experimentando los estragos de la vejez.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento y sus alcances

La importancia de estudiar el proceso fisiológico del ciclo vital conocido como envejecimiento es debido al alto porcentaje de población que encontramos por arriba de los 65 años, los cuales presentan diversas problemáticas a partir de la acumulación de las modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre nuestro organismo, que además, vienen acompañadas de una disminución de la capacidad de adaptación y de respuesta al medio externo; cada uno de los individuos va a experimentar y afrontar de manera específica dichos cambios dependiendo también de su cultura, así como de las vivencias acumuladas desde su juventud.

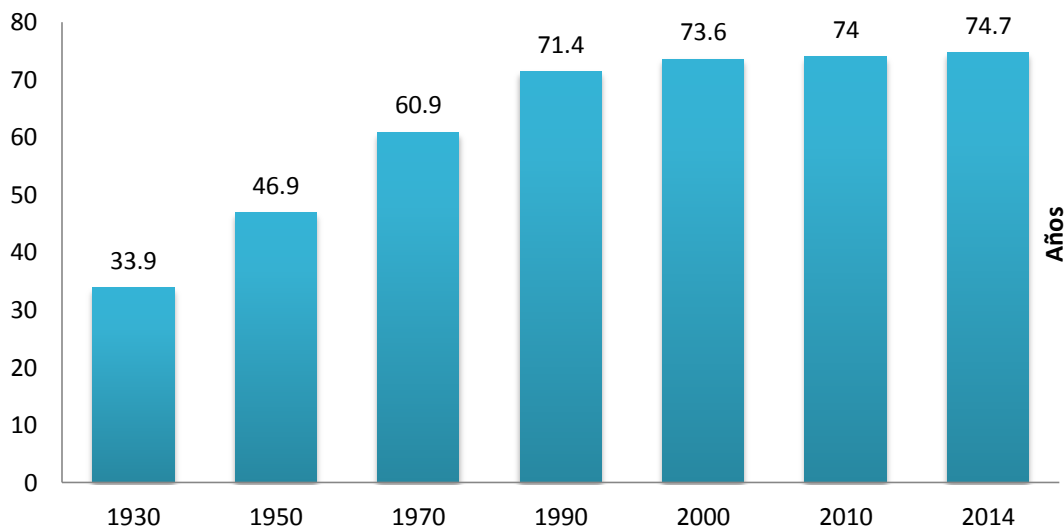
En la vejez se viven pérdidas, los cuales, en muchas ocasiones se logran manejar de manera pasiva y positiva, gracias a la experiencia ya adquirida, pero en algunos casos, cada evento vital que representa una pérdida, vendrá acompañado de repercusiones en el estado físico y mental, que no sólo afecta al individuo que envejece, sino a sus seres más allegados, los cuales en un momento dado tendrán también que brindar cuidados especiales a la persona de mayor edad (1).

La vejez es vista en la actualidad como una enfermedad, se ha convertido en un pesar que arrastra discapacidad, dependencia y maltrato, creando una sociedad en la que dicho proceso es un mal que afecta la economía y desgasta a los que rodean a un anciano, llamado así de manera despectiva, perdiendo el valor de los años de experiencia y sabiduría acumulados.

Junto con los avances científicos y el desarrollo socioeconómico, el aumento en la esperanza de vida en los últimos años se podría considerar un éxito de las políticas de salud pública, pero es un arma de doble filo, ya que es un reto que la sociedad al parecer no está lista para enfrentar (1).

Según el Banco Mundial, de acuerdo a bases de datos internacionales, la esperanza de vida a nivel mundial se encontraba, para el 2013, en 72 años (2). En México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61; en el 2000 fue de 74 y en 2014 es de casi 75 años (Ver figura 1). Dicha esperanza de vida es distinta para las diferentes entidades federativas, siendo la Ciudad de México y Nuevo León los estados con mayor esperanza de vida siendo de 76.0 años, y Chihuahua la de menor con 72.3 años. Así mismo, se observa una diferencia con respecto al género, en la que las mujeres viven en promedio más años que los hombres, observándose en 1930, que la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33. Al 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres, en 2014, se ubicó en poco más de 77 años casi igual para las mujeres, y en 72 años para los hombres (3).

**Figura 1. Gráfica de esperanza de vida en México al nacer
1930-2014**



Fuente: Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000), esperanza de vida según sexo, 1990 a 2014.

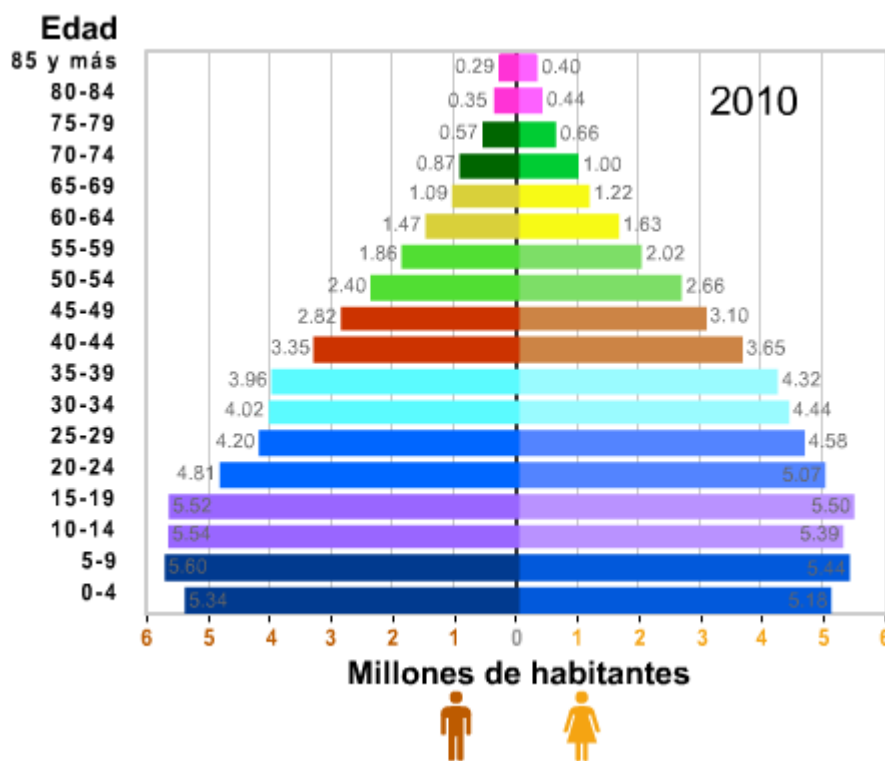
Por lo anterior, es necesario definir el concepto de adulto mayor; a nivel internacional, en 1984, se admitió por convenio que, anciano es toda persona mayor de 65 años, edad coincidente con la jubilación en países desarrollados. Por otro lado, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es un adulto mayor (4).

Según datos del INEGI en el 2010 había una población de adultos mayores de 60 y más años de 10'055,379, de los cuales 5'375,841 eran mujeres y 4'679,538 hombres (5). Según la CONAPO, en la proyección poblacional del 2015, existiría una población total de 11'878,261 personas de 60 años y más, de los cuales, 6'384,357 serán mujeres y 5'493,904 serán hombres (6) (Ver figura 2).

Conforme crece la población de adultos mayores, aumenta con ella el número de individuos dedicados al cuidado de ellos, siendo esta una tarea difícil y desgastante, que conlleva actividades para lo cual no se tiene adiestramiento, representando un gran reto que en muchas ocasiones resulta desagradable enfrentar. En la gran

mayoría de los casos, es un rol que se adquiere de forma involuntaria, por lo que no se está preparado para adquirir la responsabilidad; la salud o enfermedad, los intereses, actividades y necesidades del cuidador pasan a segundo plano, siendo de gran relevancia el concientizar a quienes viven dicha situación para que se busque el equilibrio entre el cuidado de la persona dependiente y el bienestar del cuidador. Es ya conocido y descrito por diversos autores el “síndrome de desgaste del cuidador” que conlleva una sobrecarga física y emocional, con riesgo a que el cuidador se convierta en un nuevo paciente y lleve a la disfunción de la familia (7).

Figura 2. Pirámide poblacional México 2010



Fuente: INEGI. Censo de población y vivienda 2010.

La realidad es que nuestro mundo está envejeciendo y se estima que para el año 2050 habrá una media de dos mil millones de personas de 60 años o más, la mayoría de ellas viviendo en países en desarrollo, además, junto con el proceso de envejecimiento de la población, así como de la esperanza de vida, habrá el

consiguiente aumento del número de ancianos que sufren algún tipo de enfermedad crónica y discapacitante, lo que hará de ellos individuos que dependan de alguien más, por lo que la preocupación sobre el cuidador de adultos mayores, también se incrementa (8).

Ser un cuidador primario

Se le llama cuidador primario a aquel que asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido o cercano que vive con enfermedad crónica. Va a llevar a cabo diversas funciones, las cuales irán desde la toma de decisiones, supervisar y apoyar la realización de las actividades de la vida diaria, para con ello compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad. La literatura describe que el cuidador primario en su mayoría se trata de mujeres de edad intermedia (50 años), con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa (en su mayoría), con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, en México la minoría con altos grados de estudios, con un prolongado tiempo de ser cuidadores (7,9).

En la actualidad los primeros lugares en la lista de enfermedades crónicas que padecen los cuidadores primarios aparecen la hipertensión arterial, úlcera péptica y la diabetes mellitus, siendo muy similar a la lista de enfermedades crónicas en el adulto mayor. La característica de dichas enfermedades es que requieren de un control adecuado con fármacos y cambios en el estilo de vida, además de que hay evidencia clara de la repercusión del estrés emocional sobre la descompensación de las mismas. No se tiene registro respecto al estado de salud de los cuidadores primarios, ya que ellos no son los que reciben el servicio médico a la par de sus

pacientes, es un punto a tratar el que un cuidador primario corre el riesgo de convertirse en un paciente oculto (10).

Lo ideal sería que un cuidador primario lo fuera de forma voluntaria, que contara con adecuados recursos económicos así como de perfecta salud, pero tal vez, esa no es la realidad y aquel cuidador primario que en el afán de llevar una adecuada supervisión y manejo de la salud del adulto mayor bajo su cuidado, llega a descuidar su propio bienestar o su estado de enfermedad, llegando a descompensarse de las mismas, además de que conlleva una sobrecarga física y emocional, resultado en el llamado “Síndrome de desgaste del cuidador” , teniendo gran relevancia debido a que se han reportado casos en los cuales los cuidadores fallecen antes del paciente discapacitado al cual cuidaban (10).

En un estudio realizado en el año 2011 en una clínica de medicina familiar del ISSSTE donde se describe el perfil del cuidador, se mide la sobrecarga y la repercusión en su calidad de vida, se obtiene dentro de los resultados el registro de una relación entre la sobrecarga del cuidador y el padecimiento de enfermedades crónico degenerativas, comentando que se agrega una carga más a la de ser cuidadores, así como señalar que el deterioro de la salud tanto física y mental, así como la sobrecarga del cuidador va a afectar de manera negativa la manera en el cuidado que prestan (7).

En otro artículo colombiano del 2005, se habla de un programa ejecutado por personal de enfermería para promover el “cuidado del cuidador”, ya que reconocen la necesidad de que este grupo reciba apoyo; debido a que no es suficiente la oferta de servicios sociales o de salud con los que se cuenta y por lo tanto no se da ninguna respuesta ante la vulnerabilidad y frustración, así como a las dificultades

que enfrentan los cuidadores primarios ante la soledad, la falta de servicios accesibles de salud y los costos de los tratamientos ordenados, etc (9).

El cuidador primario se ve sometido a un estrés permanente por la limitación física, psicológica o cognitiva para llevar a cabo su vida, su rol se modifica, sus interacciones sociales, la falta de apoyo social y de los sistemas de salud, la falta de actividad recreativa, entre un sin fin de cambios que se van presentando, cuando no se cuenta con las herramientas propias internas o externas para sobreponerse, mismos que van mermando en la estabilidad de la relación cuidador- cuidado, lo que en un plazo se verá reflejado en la desatención del enfermo y en la existencia de un nuevo integrante, el cuidador, con afección en su salud física y/o mental (9).

La calidad de vida del cuidador primario va en decremento con el desgaste que puede presentar, se ven alterados la percepción del individuo sobre su posición en la vida, su contexto cultural y así como los sistemas de valores en los cuales vive, sobre sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. Lo cual tarde o temprano resultará en un colapso del cuidador, repercutiendo en su salud física y mental (8).

Un estudio realizado en Brasil en el año 2013, para determinar la calidad de vida de los cuidadores primarios de adultos mayores, comenta que los principales cambios ocurridos en la salud de los cuidadores tras asumir dicha función, generalmente, se atribuyen a la sobrecarga física y emocional. Como resultados se arrojó que todos los cuidadores de adultos mayores reportaron compromiso en sus condiciones de salud en un 30% y un 71.4 % informó la presencia de al menos una enfermedad. De igual forma se reporta que aquel cuidador que continúe desarrollando habilidades sociales, teniendo actividades fuera del cuidado, lo verá reflejado en

una mejor calidad de vida, de igual forma es mucho menor el desgaste cuando el cuidador primario cuenta con familiares o amigos cercanos en quienes se puede apoyar (8).

Conceptos de soledad

El ser humano presenta como necesidad básica vivir en un entorno donde cree vínculos y desarrolle sus habilidades sociales, lo cual le genera bienestar físico y emocional. En diferentes etapas de la vida se puede llegar a experimentar soledad, entendida como un sentimiento complejo y universal, siendo la expresión de las relaciones que una persona mantiene con su comunidad, y dependiendo de las características particulares y variaciones culturales la persona va a percibir y va a afrontar la soledad. Perlman (2004) comenta que la soledad se puede presentar de diferentes maneras, que en algún momento de la vida afecta a cualquier persona, y se presenta en casi todas las culturas (11).

La forma en cómo se experimenta puede abarcar un espectro que va desde generar miedo hasta aprender a disfrutar de su quietud, su silencio y el contacto íntimo consigo mismo. El temor a la soledad constituye uno de los tres temores básicos del hombre (Muchnik y Seiddmann, 1998) junto al temor a la locura y a la muerte (12). Martínez (2004) dice al respecto que se teme básicamente a la muerte, la locura es una suerte de muerte mental, y la soledad es una muerte social pero también vivencial, el temor a la soledad es el temor al sentimiento de la soledad (13).

Hablar de soledad es hablar de sentimientos que incluyan desesperanza, tristeza, abandono y pérdida, pero también gozo y placer, las personas que se consideran

solas sienten que se encuentran aisladas, perciben una ausencia; por el contrario, quienes querían estar aislados, no se sienten solos (12).

Se habla de soledad objetiva y soledad subjetiva, la primera hace referencia a la falta de compañía, donde están el 14% de las personas mayores que residen en sus domicilios y que no necesariamente les implica una vivencia desagradable sino que hasta puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, siendo la realidad que la mayoría de ellos se han visto obligadas a vivir solos. Por otro lado, la soledad subjetiva, es sentirse solo a pesar de estar acompañado, siendo algo doloroso y temido por el 22% de las personas mayores, y que por lo mismo es una situación nunca buscada (14).

La experiencia solitaria, misma que es completamente subjetiva, en la senectud puede caracterizarse por vivencias negativas, sin embargo, existe una tendencia a vivirla de manera positiva conforme se avanza en edad. La soledad adquiere diferentes dimensiones a partir de la combinación del aumento de las pérdidas en diferentes aspectos y las limitantes para enfrentarlas. Una de las explicaciones del por qué se experimenta soledad, se debe a la percepción de menos afecto de personas importantes, lo cual no significa, literalmente, que deje de existir el interés o el cariño, simplemente, que lo que se recibe no es suficiente para satisfacer las demandas propias de afecto (15).

Melanie Klein habla de la soledad como una sensación intensa, una sensación de estar solo, sean cuales sean las condiciones del entorno, de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de amigos o se recibe afecto. El origen de este estado de soledad interna, sería el producto del anhelo omnipresente, de un inalcanzable estado interno perfecto que proviene de ansiedades paranoides y depresivas, las

cuales derivan de las ansiedades psicóticas del bebé, por eso es que para Klein el comprender la soledad requiere indagar desde los primeros meses de vida, donde se experimenta la pérdida y la recuperación, donde se juega con los apegos y la vinculación (15).

Aquel cuidador primario del cual su mundo gira en torno al adulto mayor enfermo que cuida, deja de realizar actividades placenteras, por lo cual no tendrá nada con qué combatir aquellos pensamientos negativos que acompañen la experiencia de displacer e incómoda sensación que genera la soledad. Alguien que se siente solo, no deja de pensarlo, tiene más en mente la pérdida o el alejamiento de sus seres queridos, por lo que constantemente se podrá quejar aunque sea en silencio de la falta de compañía o por no tener a nadie a quien acudir (14).

La soledad se experimenta diferente en distintos momentos, son la noche y la enfermedad los que con mayor intensidad hacen que se sienta uno solo (14).

La salud y la soledad

Con respecto a los cambios estructurales del propio organismo, a nivel celular, así como de órganos y sistemas, se podría hacer un tratado que abarcara todos estos rubros, sin embargo, no es el objetivo de este trabajo, el mismo se enfoca en aquellas modificaciones poco vistas y estudiadas, las menos atendidas en aquel que no es el enfermo, si no el cuidador, en las cuestiones psicosociales, que incluyen alteraciones en el estado de ánimo, ansiedad, insomnio, etc. Según la OMS, en el 2008, la depresión era una de las principales afecciones que aquejaban a los adultos mayores mexicanos; considerada dentro de las alteraciones del afecto de un individuo, donde la tristeza es el síntoma más identificado, habiendo muchos otros casi imperceptibles, como la soledad (16).

Montero López Lena en 1998, tras estudiar a adultos mayores, encontró una alta correlación entre depresión y soledad, mencionando así mismo, que cada una de ellas son variables que merecen ser medidas por separado, por lo que en 1999, define a la soledad como un fenómeno psicológico multidimensional, potencialmente estresante, que ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, con un impacto diferencial sobre el funcionamiento de la salud física y psicológica del sujeto (16).

He aquí que para estudiar la soledad como una vivencia por parte del adulto mayor, se tendría que tomar en cuenta desde su edad, género, escolaridad, religión, estado civil, así como características mucho más individuales, como aspectos de la personalidad, autoestima, capacidades afectivas, de interacción social y habilidades conductuales, con lo que se obtendría un panorama mucho más amplio de todos los factores que intervienen para que una persona viva la soledad como una experiencia negativa, o bien, positiva (16).

La soledad es un fenómeno al que se puede estudiar de manera longitudinal, identificando sus antecedentes, sus manifestaciones y sus consecuencias. Como sujeto en particular, se estudia al cuidador primario, el cual vive un desgaste físico y emocional que lo puede llevar a vivenciar soledad, observándose que en la actualidad, la gran mayoría de cuidadores primarios son ellos mismos, es decir, paradójicamente adultos mayores, esto es, el hijo de 65 años está a cargo de su padre de 85 años o lo que es aún más frecuente, la esposa de 60 años cuida a su cónyuge de 63 años. Y como decía Pedro Laín Entralgo “No es buen padre el que en algún momento de su vida no sabe ser hijo de su hijo, y tampoco es buen hijo el que en algún momento de su vida no sabe ser padre de su padre” siendo un tema

controversial ahora el factor de riesgo para sentirse solo, debido a que el que es cuidador, experimenta la exclusión por ellos mismos o los demás de sus antiguos círculos sociales, su vida ahora gira en torno a ese ser que requiere de su ayuda y aún más si es un anciano enfermo (17).

De igual forma, en el presente estudio se querrá describir la repercusión que tiene la soledad en el descuido que el cuidador puede tener de su estado general de salud. Ya en 1984 autores como Kiecolt-Glaser, Speicher, Holliday y Glaser, vinculaban la experiencia de soledad con la disminución del sistema inmunológico, así como antecedentes de estados depresivos (18).

Rivera- Ledesma en 2003, comenta, que son escasos los estudios que documentan el impacto de la soledad sobre el funcionamiento del adulto mayor, así como las repercusiones en su estado de ánimo y a su vez en su estado de salud. Por lo tanto, resulta de vital importancia identificar en primera instancia la frecuencia y la magnitud de la experiencia de soledad en el adulto mayor mexicano y posteriormente la afección en su salud (16).

Algunos autores comentan que sin importar la salud o la enfermedad, es más bien el avance de la edad la que va a ir acompañando el aumento de la soledad, debido a las pérdidas a las que se ve sometido el adulto mayor, como es abandonar su trabajo, donde dejó parte de su productividad e importante red social y el posible deterioro que puede venir con el envejecimiento (17).

En algunos escritos se comentan las consecuencias de la soledad sobre la salud. En cuanto al estado físico, se ha visto la baja en las defensas, es decir, la afección del sistema inmunológico, lo cual a su vez, aumenta el riesgo de padecer ciertas

enfermedades, principalmente infecciones. Se ha asociado, además, a dolores y cuestiones tensionales, por ejemplo, cefalea, problemas digestivos e inclusive insomnio, lo cual si bien, no pertenece a un padecimiento específico, pueden ser factores que hablan de un estado inestable, lo que hace al organismo propenso a padecer enfermedades. Con lo anterior, se menciona que lo que se ha observado y asociado a la soledad es el aumento en el uso de los servicios médicos, es decir, aquel individuo que experimenta soledad busca la atención médica, aunque sea por razones mínimas (17).

Obviamente, la salud mental también se va a ver afectada, generando una baja autoestima, lo que puede ser la antesala de otros problemas como la depresión o el consumo de sustancias, inclusive de la ideación suicida (17).

La aparición de sobrecarga y síntomas depresivos, inclusive experimentar soledad, por parte del cuidador, se asocia a un incremento en el deterioro del individuo así como en la calidad de vida del adulto mayor a su cargo. El estado de la red de apoyo sociofamiliar y la presencia de agobio en los cuidadores incrementa la posibilidad de síndrome de maltrato.

Los adultos mayores van a tener la misma necesidad de establecer relaciones interpersonales, sin embargo, se habrán de encontrar con diversos obstáculos y limitantes, lo que hará que no puedan satisfacer de manera óptima la vinculación con otros seres humanos, repercutiendo de manera importante en la disminución de sus redes sociales y de apoyo, comenzando con la pérdida de sus figuras de apego, llámese pareja o familiares cercanos. Como resultado de lo anterior, encontraremos individuos con exclusión social, afección en su funcionalidad y en su bienestar emocional, manifestando soledad emocional y social, enfocándonos en el

padecer de los cuidadores primarios que se consideran pueden experimentar en gran medida la problemática (17).

MÉTODO

Justificación

La soledad es un fenómeno que cualquier ser humano puede experimentar, no necesariamente en un sentido negativo, sin embargo, de así serlo se ha visto que la soledad puede ser un factor asociado al deterioro en el estado físico y mental de un individuo. Sabemos que son diversos los factores asociados a la ausencia de salud, algunos de ellos son modificables y otros no; son muchos los factores causales de enfermedad, como cuestiones económicas y sociales, que una instancia de salud o aún como médico es difícil intervenir; sin embargo, la experiencia de soledad en un individuo no es uno de esos factores que son tan complicados de abordar, probablemente ante la falta de acercamiento al concepto sea difícil su identificación y manejo.

Para el presente trabajo se decidió estudiar a cuidadores primarios adultos mayores, que por necesidades del estudio se tomaron a partir de los 50 años, ya que se sabe que en este grupo etario se presenta de manera más frecuente la soledad. Partiendo de la premisa de que un individuo adulto mayor quien es cuidador primario le dedica tiempo, esfuerzo físico y emocional a ese rol, posiblemente podría experimentar de manera más frecuente aislamiento, disminución de la socialización y ausencia de afecto por parte de la familia y amigos, así como experimentar una insatisfacción personal al encontrar un desequilibrio entre lo deseado y lo logrado. Con este trabajo se busca identificar y

describir dichos fenómenos, como posibles factores asociados a la presencia de síntomas físicos y emocionales, en individuos que si bien son vistos como pilares en el cuidado de nuestros enfermos, rara vez se evalúa su salud.

A nivel mundial existen pocos estudios sobre la soledad, mucho menos en cuidadores primarios adultos mayores, donde se revele el impacto que genera tanto a nivel sanitario, como en los niveles sociales, culturales, económicos y familiares; situación que es aún más evidente en nuestro país. Aunque existe información que describa el fenómeno de soledad, no ha recibido el peso suficiente para su estudio, y mucho menos se han identificado de manera sistemática los factores de riesgo o causales de la soledad en un sector de la población, que juegan un papel muy importante, ya que son los encargados fuera de los hospitales de que se lleven a cabo los cuidados de un paciente, lo que indudablemente tendrá una repercusión en el pronóstico y éxito en el tratamiento de un paciente que requiere asistencia total, como lo es el paciente psicogerátrico.

Es de aquí que surge el interés en enfocarse en este grupo de sujetos, promoviendo que como parte del quehacer en salud mental, nos demos a la tarea ampliar nuestra valoración no sólo al que tenemos identificado como paciente, sino a los que lo acompañan y fungen como cuidadores.

Existen muy pocos trabajos que promuevan dentro de una institución la intervención social, terapéutica o pedagógica para el cuidador primario, por lo que el presente trabajo, no solamente cumple con la identificación y descripción de fenómenos específicos de la soledad y su relación con el estado de salud, sino también, que se pueda tomar en cuenta para valorar la calidad de vida del cuidador primario y a su vez de forma indirecta la calidad de cuidado que ofrece a su paciente. Tener a un

cuidador primario sano, implica dos pacientes menos o por lo menos más estables, ya que por un lado ese cuidador primario se mantendrá con bienestar biopsicosocial y a su vez ejercerá su tarea con más calidad, lo que inclusive en nuestro medio determina menor riesgo de recaída y necesidad de manejo intrahospitalario. Es un hecho la necesidad de descentralizar la atención en salud mental, de crear centros en la comunidad, por lo que una pequeña aportación sería educar y cuidar a todos aquellos que ejercen el servicio a la salud sin bata y sin un título de profesional, únicamente porque ese rol les fue asignado o porque les nace hacerlo.

Planteamiento del problema

Al darnos cuenta la forma en cómo se está desarrollando la población, así como la sociedad misma, se puede esperar que cada vez serán más los adultos mayores enfermos que requieran de cuidados y a su vez los mismos cuidadores primarios se irán instalando en el grupo etario de más de 65 años, por lo que se tiene que comenzar a adaptar programas de apoyo para evitar la sobrecarga y el desgaste de los individuos que al momento de adquirir el rol del cuidador, va perdiendo identidad, se aísla y sufre un desgaste emocional y físico.

En el HPFBA afortunadamente se cuenta con un servicio dedicado a atender la salud mental del adulto mayor, por lo que el presente estudio se lleva a cabo en población atendida en dicho servicio durante un periodo de seis meses (Septiembre 2015 -febrero 2016), buscando medir la frecuencia de la experiencia de soledad en adultos mayores de 50 años con la escala de IMSOL-AM, el cual es un instrumento modificado para adultos mayores, los cuales se consideran a partir de los 50 años y validado en población mexicana. Además de buscar la repercusión de la soledad en el estado de salud de los cuidadores de adultos mayores aplicando el cuestionario

de salud SF-36. Para lograr los objetivos planteados en el proyecto, se requiere de aplicar el par de escalas antes mencionadas, así como un cuestionario de preguntas sociodemográficas, lo cual lleva menos de una hora, ya que son breves, justamente pensando en que se aplican a población de 50 años o más. Al lograr identificar aquellos cuidadores primarios de adultos mayores que presenten alguna alteración en su salud física o mental, tendrá que ser canalizado a algún centro de atención médica, incluyendo los propios servicios de HPFBA.

Entonces la pregunta de investigación es:

¿Existe una relación en el estado de salud de un cuidador primario de un adulto mayor y la experiencia de soledad?

Objetivos

General: Describir la experiencia de soledad en el cuidador primario de un adulto mayor y la relación en su estado de salud.

Específicos:

- Describir las características demográficas de los sujetos en estudio.
- Describir y comparar la salud en general con la física y la mental de los sujetos en estudio.
- Describir la frecuencia de la experiencia de soledad y su relación con la alienación familiar y la insatisfacción personal.

Hipótesis

H0: No habrá una relación en el estado de salud del cuidador primario de un adulto mayor y la experiencia de soledad.

Hi: Habrá una relación en el estado de salud del cuidador primario de un adulto mayor y la experiencia de soledad.

Variables

Cuadro 1. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	DE TIPO VARIABLE	DE
Edad	Se mide los años de vida que tiene el sujeto de estudio	Cuantitativa Ordinal	Independiente	
Género	Es el conjunto de características asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo al sexo: femenino o masculino.	Cualitativa Ordinal	Independiente	
Escolaridad	Indicar el número de años de estudio del sujeto.	Cualitativa Ordinal	Independiente	
Estado civil	La situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, nombrando como soltero, casado, en unión libre, etc.	Cualitativa Nominal	Independiente	
Ocupación	Nombrar el empleo del sujeto.	Cualitativa Nominal	Independiente	
Enfermedad crónica	Nombrar la presencia o no de enfermedades como Diabetes Mellitus, Hiertensión arterial, Insuficiencia Renal crónica, Enfermedades articulares o pulmonares.	Cualitativa Nominal	Independiente	
Tiempo que se dedica en un día a ser cuidador primario	Indicar la cantidad de tiempo en horas que el sujeto a evaluar dedica a ser cuidador primario.	Cuantitativa Ordinal	Independiente	
Experiencia de soledad	Frecuencia medida con la escala de IMSOL-AM, que nos habla del sujeto que experimenta la falta de compañía.	Cuantitativa Nominal	Independiente	
Estado de salud	Se mide con el cuestionario de salud SF-36, la cual detecta tanto estados positivos de salud, como negativos	Cualitativa Ordinal	Dependiente	

Muestra

Muestreo propositivo, no probabilístico (mínimo 30 pacientes), por cuotas de tiempo (6 meses), intencional en población específica.

Sujetos:

La población que se usa para el estudio son sujetos de ambos sexos de 50 años o más, que cumplan con las características de inclusión.

Criterios de selección:

Inclusión:

- Sujetos hombres y mujeres.
- Sujetos que sean el cuidador primario de un paciente adulto mayor del Hospital Fray Bernardino Álvarez.
- Sujetos que deseen participar en el estudio.
- Sujetos que firmen el consentimiento informado

Exclusión:

- Sujetos que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Sujetos que no acepten participar o que no firmen consentimiento informado,
- Sujetos que no concluyan las escalas aplicadas.

Tipo y Diseño del Estudio:

Estudios con un alcance descriptivo, correlacional, de tipo no experimental, transversal.

Instrumentos

Cuestionario de Salud SF-36

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental, es un instrumento que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (19)(20).

Fue validado en México por Zuñiga MA y colaboradores en 1999 donde los puntajes de los factores presentan un alpha de cronbach en un rango de .56 a .84 el más bajo y el más alto respectivamente (21).

Consta de 36 temas o items, que exploran **8 dimensiones** o subescalas del estado de salud: funcionamiento físico (FF), rol físico (RF), dolor (D), salud general (SG), vitalidad (V), funcionamiento social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año, el cual es el ítem 2 y que no puntúa en ninguna de las subescalas antes mencionadas (19)(20).

Para su evaluación se han propuesto: los ítems se puntúan con escalas tipo Likert de rango variable, desde 2 valores hasta 6. Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. No existen puntos de corte; a mayor puntuación, mejor calidad de vida (20).

Proporciona un perfil con las puntuaciones en las 8 subescalas, así como dos medidas sumarias: la salud física y la salud mental. Las subescalas que forman la medida sumaria de la salud física son: FF, RF, D, SG y V. las escalas que forman la medida sumaria de salud mental: SG, V, FS, RE y SM (20).

En cuanto al cuestionario:

No está diseñado para proporcionar un índice global, el marco de referencia temporal es el momento actual y es una escala autoaplicable(20). El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación (20).

A continuación se describen las 8 dimensiones o subescalas que componen la escala SF-36:

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

- **Función física:** Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
- **Rol físico:** Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
- **Dolor corporal:** Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
- **Salud general:** Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
- **Vitalidad:** Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
- **Función social:** Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

- **Rol emocional:** Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
- **Salud mental:** Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

IMSOL- AM Escala de soledad en el Adulto Mayor

El IMSOL posee dos apartados, mismos que evalúan de manera independiente Fuentes de **Afecto Deficitario (FAD's)** y **Conductas de Afrontamiento ante la Soledad (CAS's)**. Tanto las FAD's como las CAS's incluyen la medición de aspectos positivos y negativos asociados con las conductas de afrontamiento ante la soledad, así como con distintos tipos de déficits afectivos que facilitan la experiencia solitaria (p. Ej. carencia de bienestar personal, de familia, de pareja, de amigos y de compañeros de trabajo) (16).

En el año 2009, el IMSOL es adaptado por Montero y Rivera-Ledesma para usarlo con personas mayores, el IMSOL-AM. Este instrumento consta de 20 ítems escalares de cinco puntos y mide la frecuencia de la experiencia solitaria en adultos mayores con base en dos factores: la **Alienación Familiar** compuesto por 11 ítems que aluden a la incomprensión, alejamiento y reprobación familiar y relacionan la experiencia solitaria con la carencia de afecto proveniente de la familia nuclear. El segundo factor, **Insatisfacción personal** constituido por 9 ítems que se vinculan con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida (16).

El objetivo del instrumento es evaluar la frecuencia de la experiencia de soledad en Adultos Mayores, tomando como población para aplicar, sujetos con una edad igual o mayor a los 50 años; se puede aplicar de manera individual o colectiva (16).

Para calificar se toma en cuenta que cada afirmación es resultado elegido de una de cinco respuestas numeradas de 0 a 4 (16).

El puntaje total de la escala y el de cada una de sus subescalas se obtiene de la siguiente manera: se suman los puntajes obtenidos en los reactivos 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, puntaje que corresponde a la subescala de alienación familiar. Se sugiere dividir el puntaje total entre 11 para mantener el rango de calificación de 0 a 4 y así hacer posible una comparación con la otra subescala (16).

Para obtener el puntaje correspondiente a la subescala de insatisfacción personal, se suman los reactivos 3, 7, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20. Los cuales se sugieren dividir el puntaje total entre 9 (16).

Para obtener la puntuación total de la frecuencia de la experiencia solitaria se deben sumar los puntajes obtenidos en los 20 reactivos y dividirlos entre 20, de esta manera se podrá obtener una idea del rango de variabilidad en la frecuencia solitaria de cada sujeto entrevistado. A mayor puntaje, mayor frecuencia de la experiencia solitaria (16).

Esta escala presenta una consistencia interna total de $\alpha = 0.95$, y sus subescalas tienen alienación familiar $\alpha = 0.93$ e insatisfacción personal $\alpha = 0.89$ (16).

Procedimiento

1. Se presentó el presente protocolo de estudio al Comité de Investigación y al Comité de Ética en investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" para la realización de correcciones y su aprobación.

2. Al ser aprobado el protocolo, se solicitó al Jefe del servicio de Psicogeriatría que permitiera realizar las encuestas pertinentes a los familiares de los pacientes del servicio, (cuidador primario), tanto de pacientes hospitalizados como de consulta externa. Se proporcionó una copia de protocolo, informándose el procedimiento de manejo de la información y los resultados del estudio.
3. El proceso de evaluación (encuesta y aplicación de escalas) se llevó a cabo en una hora como máximo por cada sujeto.
4. Se explicaron los objetivos del estudio y firmara del consentimiento informado (Anexo 2).
5. Se realizó una encuesta para recabar los datos demográficos.
6. Se aplicaron las dos escalas IMSOL-AM y SF-36
7. Una vez que se cumplió el periodo de aplicación (6 meses) y se juntó la muestra mínima de 30 sujetos, se realizó la recolección de los datos obtenidos en una base de datos.
8. Para el análisis de datos se utilizó el SPSS 20 con el que se calculó tanto la estadística descriptiva como la correlación con estadística de Pearson (datos no paramétricos, búsqueda de frecuencias y porcentajes).

Consideraciones éticas

Éste trabajo se lleva a cabo según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud del año 2007.

No se gratificara monetariamente ni se les cobrara a los sujetos que participen en el estudio y los gastos que surjan del estudio serán cubiertos por el investigador.

Titulo primero, Capítulo único:

Artículo 3: donde se menciona que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

Fracción I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

Fracción V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Se darán a conocer a conocer los resultados del instrumento aplicado a los sujetos de estudio, tanto a los participantes, como a los jefes y adscritos del servicio a quien compete dicha información, buscando la difusión del trabajo para lograr la promoción de la salud de los cuidadores primarios.

Los resultados obtenidos se informaran a los encargados del servicio de psicogeriatría, así como se canalizará al sujeto en quien se identifique alguna alteración física o mental, para que reciba la atención médica oportuna.

De esta forma esperando aportar información que ayude a la mejora en el manejo integral en adultos mayores y sus cuidadores.

Título segundo, Capítulo primero:

Artículo 13 donde menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Se tratara al paciente, se recabara y procesara la información acorde a las legislaciones y convenciones internacionales vigentes.

Artículo 14: Fracción V. El estudio Contará con el **consentimiento informado** y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

Fracción VI. El estudio será realizado por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y de Ética.

Artículo 17: donde se menciona que el estudio que llevo a cabo es una investigación con un riesgo mínimo.

Artículo 20 y 21, en la fracción I, I, IV, VI, VII, VIII se tiene como parte del estudio un **consentimiento informado** mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación,

explicando claramente la justificación y los objetivos de la investigación; la naturaleza de los procedimientos que vayan a usarse y su propósito; en éste caso, la ausencia de riesgos a los que se someterá los beneficios que puedan observarse; con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Así como la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. 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; La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Dicho consentimiento informado se lleva cabo por escrito bajo los requisitos del Artículo 22.

El manejo de información se realizará acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Se mantendrá en el anonimato el nombre de los sujetos incluidos en el estudio.

La información se maneja con confidencialidad, para el uso exclusivo del desarrollo del estudio.

Según el Artículo 23: El presente protocolo corresponde a una investigación sin riesgo (nivel I), por lo que el trabajo de investigación no tiene riesgo para el sujeto de estudio.

Título sexto: de la ejecución de la investigación en las instituciones de atención a la salud en el capítulo único.

Artículo 113: La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud con título profesional y tener la formación académica en medicina y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros como estudiante de la especialidad dentro de la institución de atención a la salud y contando con la autorización del jefe responsable de área de adscripción.

Cumpliendo con el Artículo 115 y 116 (fracción I, II, III, IV, VI) con un protocolo que cubre los requisitos explícitos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS

Los resultados obtenidos respecto a los datos sociodemográficos nos dicen que de los 30 sujetos evaluados la media de **edad** es de 56.9 años con una desviación estándar de 8.9 años. En cuanto a **género**, el 90% (n= 27) son del sexo femenino y el 10% (n= 3) son del sexo masculino. Respecto a la **escolaridad** el 43.3% (n= 13) de los 30 sujetos registraron estudios a nivel primaria, el 23.3% (n= 7) tienen estudios a nivel preparatoria, el 16.7% (n= 5) tienen estudios a nivel secundaria y el 10% (3) y 6.7%(n= 2) estudios de posgrado y licenciatura respectivamente. Del **estado civil** de los sujetos estudiados, el 60% (n= 18%) son solteros, el 20% (n= 6) son casados, el 10% (n= 3) viudos; el resto 6.7% (n= 2) y 3.3% (n= 1) divorciados y en unión libre respectivamente. Otro dato importante demográfico a reportar es respecto a la **vida laborar** de los sujetos, donde el 60%(18) no poseen empleo, el 23.3 % (n=7) si tienen empleo, el 16.7% (n= 5) son jubilados. Por último, se reporta que de los 30 sujetos, el 56.7% (n= 17) no sufren alguna **enfermedad crónica** y el 43.3%(n= 13) sí sufren alguna enfermedad crónica. (Ver cuadro 2).

Cuadro 2. Características sociodemográficas de los cuidadores primarios.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Genero		
Femenino	27	90
Masculino	3	10
Escolaridad		
Primaria	13	43.3
Secundaria	5	16.7
Preparatoria	7	23.3
Licenciatura	2	6.7
Posgrado	3	10
Religión		
Sí	29	96.7
No	1	3.3
Estado civil		
Soltero	18	60
Casado	6	20
Viudo	3	10
Unión Libre	1	3.3
Divorciado	2	6.7
Trabajo		
Sí	7	23.3
No	18	60
Jubilado/Pensionado	5	16.7
Enfermedad crónica		
Sí	13	43.3
No	17	56.7
Edad	Media: 56.93	$\sigma= 8.979$

En relación con las características encontradas respecto a que nuestros sujetos de estudio son **cuidadores primarios**, se reporta que la **relación** que poseen **con el paciente** es que el 50% (n=15) son hijos, el 23.3% (n=7) son el cónyuge, el 20% (6), son hermanos y el 6.7% (n=2) tiene algún otro tipo de relación con el paciente al que cuidan. En relación al **tiempo** que llevan **de ser cuidadores primarios**, nuestros 30 sujetos reportan que el 66.7% (n=20) llevan más de 5 años, un 10% (n=3) lleva entre 1 y dos años y otro 10% de 4 a 5 años de ser cuidadores; un 6.7% (n=2) especifica que lleva de 2 a 3 años de ser cuidador, un 3.3% (n=1) que llevan menos de un año y otro 3.3% de 3 a 4 años de ser cuidadores primarios.

Ahora bien, sabiendo ya cuanto tiempo llevan de ser cuidadores primarios, se describe también cuántos **días de la semana dedican a ser cuidadores**, teniendo

como resultado que el 66.7% (n= 20) dedican toda la semana, el 16.7% (n= 5) lo hacen de 4 a 5 días, el 10% (n= 3) dedican de 2 a 3 días y el 6.7% (n= 2) sólo de 1 a 2 días a la semana (Ver cuadro 3).

Cuadro 3. Características secundarias de los cuidadores primarios.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Relación con el paciente		
Hijo	15	50
Hermano	6	20
Conyuge	7	23.3
Otro	2	6.7
Tiempo de ser cuidador		
< 1 año	1	3.3
1 - 2 años	3	10
2 - 3 años	2	6.7
3 - 4 años	1	3.3
4 - 5 años	3	10
> 5 años	20	66.7
Días de la semana al cuidado		
1 - 2 días	2	6.7
2 - 3 días	3	10
3 - 4 días	5	16.7
4 - 5 días	0	0
Toda la semana	20	66.7

Por otro lado, se llevó a cabo el análisis estadístico con los datos obtenidos en las escalas IMSOL-AM y SF-36 y aunque no son estadísticamente significativos, se pudieron obtener los siguientes resultados al observarlos:

La salud en general fue registrada únicamente como **buena** por los sujetos en estudio, reportándose la **experiencia de soledad** a través de la escala de IMSOL-AM de manera **poco frecuente** en un 50% (n= 15) de los sujetos y en un 36.7% (n= 11) de forma **moderada**, en un 10% (n= 3) no la experimentaron y en 3.3%(n=1) la experimentaron de manera **muy frecuente** (Ver cuadro 4).

Cuadro 4. Salud general buena con experiencia de soledad.

Experiencia de soledad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nada	3	10
Poco frecuente	15	50
Moderadamente frecuente	11	36.7
Muy frecuente	1	3.3
Total	30	100

Para lograr hacer una observación más específica se estudia a la salud física y mental por separado con lo que se obtiene lo siguiente: al analizar la salud física de los 30 sujetos, el 80% (n= 24) se registran con una **salud física regular**, de los cuales experimentaron soledad poco frecuente en un 40% (n= 12), moderadamente frecuente en un 26.6% (n= 8), nada frecuente en un 10% (n= 3) y muy frecuente en un 3.3% (n= 1).

Aquellos que reportan una **salud física buena**, son el 20% (n= 6), de los cuales el 10% (n= 3) experimentó soledad de manera frecuente y otro 10% (n=3) de manera moderada (Ver cuadro 5).

Cuadro 5. Relación de experiencia de soledad con salud física

Experiencia de soledad	Salud física		Total
	Regular	Buena	
Nada	3	0	3
Poco frecuente	12	3	15
Moderadamente frecuente	8	3	11
Muy frecuente	1	0	1
Total	24	6	30

Al analizar la salud mental de los 30 sujetos, el 56.6% (n= 17) se registran con una **salud mental regular**, de los cuales experimentaron soledad poco frecuente en un 30% (n= 9), moderadamente frecuente en un 20% (n=6), nada frecuente en un 10% (n=3) y muy frecuente en un 3.3% (n=1).

Aquellos que reportan una **salud mental buena** en un 43.3% (n= 13), el 10% (n=6) experimentó soledad de manera poco frecuente, otro 10% (n= 5) de manera moderada y un 6.6% (n= 2) nada frecuente (Ver cuadro 6).

Cuadro 6. Relación de experiencia de soledad con salud mental

Experiencia de soledad	Salud mental		Total
	Regular	Buena	
Nada	1	2	3
Poco frecuente	9	6	15
Moderadamente frecuente	6	5	11
Muy frecuente	1	0	1
Total	17	13	30

Por otro lado, al analizar de manera más detallada las subescalas de la escala de IMSOL-AM, se cuantifica, tomando en cuenta la población total (n=30), en la subescala de insatisfacción personal la presencia de una frecuencia moderada en un 26.7% (n=8), y en poco frecuente de 60% (n=18), con un 13.3% (n=4) ausente; en la subescala de alineación familiar muy frecuente un 10% (n=3), moderadamente frecuente 40% (n=12), poco frecuente 40% (n=12) y un 10% (n=3) nunca la presentaron. Es por esto que relacionando la frecuencia de soledad con la **insatisfacción personal**, se pudo observar que el 93.3% (n=14) de los que experimentaron soledad de manera **poco frecuente** presentaron un mismo grado (poco frecuente) de insatisfacción personal (ver cuadro 8); de la relación entre la frecuencia de soledad con la **alienación familiar**, se pudo observar que un 80% de los que experimentaron soledad de manera **poco frecuente** presentaron un grado igual (poco frecuente) de alienación familiar (ver cuadro 9); finalmente, se relacionó la insatisfacción personal con la alienación familiar y tomando en cuenta los parámetros de mayor porcentaje se analizó que los sujetos con una alienación familiar **poco frecuente** experimentan en un 91.7% (n=11) una insatisfacción

personal **poco frecuente** y los sujetos con una alienación familiar **moderadamente frecuente** presentaron en un 58.3% (n=7) una insatisfacción personal **poco frecuente** (Ver cuadro 9).

Cuadro 7. Relación de experiencia de soledad con insatisfacción personal

Experiencia de soledad	Insatisfacción Personal			Total
	Nada	Poco frecuente	Moderadamente frecuente	
Nada	3	0	0	3
Poco frecuente	1	14	0	15
Moderadamente frecuente	0	4	7	11
Muy frecuente	0	0	1	1
Total	4	18	8	30

Cuadro 8. Relación de experiencia de soledad con alienación familiar

Experiencia de soledad	Alienación familiar				Total
	Nunca	Poco	Moderado	Muy frecuente	
Nada	3	0	0	0	3
Poco frecuente	0	12	3	0	15
Moderadamente frecuente	0	0	9	2	11
Muy frecuente	0	0	0	1	1
Total	3	12	12	3	30

Cuadro 9. Relación de alienación familiar con insatisfacción personal

Alienación familiar	Insatisfacción Personal			Total
	Nada	Poco frecuente	Moderadamente frecuente	
Nunca	3	0	0	3
Poco	1	11	0	12
Moderado	0	7	5	12
Muy frecuente	0	0	3	3
Total	4	18	8	30

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación en la que se plantea la existencia de la relación entre el estado de salud de un cuidador primario y la experiencia de soledad, se observó que un porcentaje importante experimentó soledad de manera poco frecuente, encontrándose con una salud física o mental en regulares condiciones.

Los resultados sociodemográficos encontrados en la población en estudio coinciden con lo que se describe en la literatura respecto a que el cuidador primario en su mayoría se trata de mujeres de edad intermedia (50 años), siendo la media de la población en estudio los 56.9 años de edad, con estados civiles variados, siendo el más frecuente el de soltero y sin empleo, considerando que en su mayoría son amas de casa, con niveles de educación a nivel primaria lo que en la literatura, de igual forma reporta que en México la minoría posee altos grados de estudios (7,9). Otro factor importante a considerar es el prolongado tiempo que llevan los sujetos de ser cuidadores, reportándose la mayoría con más de 5 años, dedicándole toda la semana al cuidado del adulto mayor.

Contrario con lo encontrado en un estudio realizado en Brasil respecto a la presencia de enfermedad en los cuidadores primarios en el presente estudio, resultó minoría la población que padece alguna enfermedad crónica (8). El hecho de que los cuidadores no presenten enfermedades crónicas coincide en los resultados obtenidos en la escala SF-36 ya que la mayoría reporta un estado de salud en general buena, sin embargo, al ser más específicos dividiendo y estudiando el estado de salud en mental y físico, resulta que sí se registran estados de salud mental y físicos regulares, donde las capacidades para realizar actividad

física y socializar se ven afectadas de forma moderada y que al correlacionar con la experiencia de soledad, se describe como poco frecuente, pero existente. Lo mismo ocurre con la experiencia de soledad, ya que al analizar con detalle sus componentes vemos que tanto con la alienación familiar como con la insatisfacción personal se presentan con una frecuencia baja pero aun así existente, no obstante, en la alienación familiar se encontró también con una frecuencia moderada.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio son relevante debido que una vez que se analiza con mayor detenimiento, se logra observar y describir la experiencia de soledad en los cuidadores primarios a pesar de que a ellos se les dificulta identificarlo, posiblemente por lo que comenta Martínez respecto al miedo que se experimenta ante la soledad y lo poco que conocemos de ella (13). Sería conveniente que como parte de la promoción y prevención en salud mental se pudiera sensibilizar a este grupo de población para que permanezcan en continuo monitoreo.

Al plantearnos la posibilidad de múltiples estresores y sensaciones displacenteras que pueden experimentar los cuidadores primarios, se abre un campo de posibilidades para que como especialistas en salud mental llevemos a cabo una atención más integrativa, donde no sólo se evalúe al paciente si no se analice la dinámica familiar y la salud del resto de los integrantes comenzando por el cuidador primario.

Al poder observar la relación existente entre la experiencia de soledad y la salud de un individuo, nos reafirma la multicausalidad de los trastornos mentales ya que somos entes biopsicosociales, sensibles a que factores externos: sociales, políticos

y económicos afectan nuestra salud; lo que nos lleva a señalar la importancia de atender las necesidades de un grupo vulnerable como lo son los cuidadores primarios, ya que como lo vimos en el estudio, resultaron ser en su mayoría mujeres, cercanas a la vejez, sin empleo, por lo que al hacer conciencia de la problemática, se genera un campo de acción, sugiriendo la formación de grupos psicoeducativos y capacitación, donde se fomente el autocuidado y se promueva estados de bienestar físico y mental; mismos donde se puedan crear nuevos lazos y vínculos para aquellos que carezcan de familiares o amigos y desarrollen habilidades que han sido olvidadas o poco trabajadas por tener que enfocar su atención y tiempo al cuidado del paciente.

Alcances y limitaciones del trabajo

La muestra se logró reunir con cierta dificultad y el tamaño posiblemente no resultó significativo, sin embargo, la aplicación de los instrumentos fue de manera práctica y fácil, posiblemente un obstáculo es que los horarios de visita para los pacientes en psicogeriatría es muy amplio y se hizo más complicado localizar a los sujetos de estudio por lo que se tuvo que buscar el apoyo de grupos de familiares ya formados para poder aplicarles en un mismo espacio y tiempo las escalas. En caso de que se quisiera seguir estudiando al respecto, se sugiere estudiar una muestra mayor y aplicar escalas que amplíen y enriquezcan el estudio, como aquellas que nos hablan sobre la calidad de vida del cuidador primario e inclusive sensibilizar a la población previa aplicación de la escala de IMSOL-AM respecto a la experiencia de soledad y la importancia de su identificación.

La importancia de continuar trabajando sobre este tema es fomentar el apoyo y educación al cuidador primario para que pueda continuar desarrollando habilidades

sociales, teniendo otras actividades fuera del cuidado, lo que a su vez se verá reflejado en una mejor calidad de vida y su vez una mejor atención por parte del cuidador al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization WHO. Envejecimiento [Internet]. World Health Organization. 2015 [cited 2015 Jul 14]. Available from:
<http://www.who.int/topics/ageing/es/>
2. El Banco Mundial. Esperanza de vida al nacer, total (años) [Internet]. El Banco Mundial. [cited 2015 Jul 14]. Available from:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN/countries?display=graph>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Esperanza de Vida [Internet]. Cuéntame... población. [cited 2015 Jul 14]. Available from:
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
4. Salud S de. Norma oficial mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 1997 [cited 2015 Jul 14]. Available from:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Distribución por edad y sexo [Internet]. Población total por grupo quinquenal de edad según sexo, 1950 a 2010. [cited 2015 Jul 14]. Available from:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500>
6. Consejo Nacional de Población. Datos de Proyecciones. Periodo 2010-2030 [Internet]. CONAPO. [cited 2015 Jul 14]. Available from:
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos

7. Rivera Mora H, Dávila Mendoza R, González Pedraza Avilés A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Rev Espec Médico-Quirúrgicas. 2011;16(1):27–32.
8. Ferras dos Anjos K, Cruz Santos V, Brito Teixeira JR, Silva de Oliveira RN, Najib E, Missias R. Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: Una revisión integradora. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2013;29(4). Available from: [www. revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/235/73](http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/235/73)
9. Aquichan R. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores.” Rev Aquichan. 2005;5(1):128–37.
10. Letona J. Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes: Comicio, centro de día y residencia de válidos. Rev Española Gerontol. 2004;34(3):141–9.
11. Perlman D. European and Canadian Studies of Loneliness among Seniors. Can J Aging. 2004;23(2):181–8.
12. Muchnik E, Seidmann S. Aislamiento y soledad. Buenos Aires: UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES; 1998.
13. Martínez J. La soledad, una presencia hecha de ausencias. Rev Crítica. 2004;54(914):30–5.
14. Madrigal A. La soledad de las personas mayores. Granada, España; 2000.
15. Klein M. Sobre El Sentimiento de Soledad. 1963.
16. González-Celis Rangel AL. Evaluación en Psicogerantología. Mendoza Pedraza A, editor. México: Manual Moderno; 2009. 123-132 p.

17. Bermejo JC. La soledad en los mayores. *Rev Estud Médico Humanísticos*. 1997;8(8).
18. Kiecolt-Glaser J, Ricker D, George J, Messick G, Speicher C, Garner W, et al. Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency, and loneliness in psychiatric inpatients. *Psychosomatic Medicine*. *Psychosomatic Med*. 1984;46(1):15–23.
19. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19(2):135–50.
20. Gonzalez MPG-P, Fernandez MTB, Martínez PAS, García MB, García JB. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 6th ed. Banco de Instrumentos Básicos. Oviedo, España: CYESAN; 2011.
21. Zúniga M a., Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Publica Mex*. 1999;41(2):110–8.
22. García-Potilla González MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Bousoño García M, Bobes García J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 6th ed. México: CYESAN; 2011.

ANEXO 1. Cuestionario SF 36 sobre el estado de salud

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

<i>Actividades</i>	<i>Sí, me limita mucho</i>	<i>Sí, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <i>1 km o más</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <i>una sola manzana</i> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de su salud física*?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)?

	<i>Sí</i>	<i>No</i>
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, <i>por algún problema emocional</i> ?	1	2

6. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante *las 4 últimas semanas*?

No, ninguno	1
Sí, muy poco	2
Sí, un poco	3
Sí, moderado	4
Sí, mucho	5
Sí, muchísimo	6

8. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿hasta qué punto *el dolor* le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante *las 4 últimas semanas*. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante *las 4 últimas semanas* cuánto tiempo...

	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Sólo alguna vez</i>	<i>Nunca</i>
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante *las 4 últimas semanas*, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Sólo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece *cierta* o *falsa* cada una de las siguientes frases:

	<i>Totalmente cierta</i>	<i>Bastante cierta</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Bastante falsa</i>	<i>Totalmente falsa</i>
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 2. Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM)

Afirmaciones	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
1. ¿Siente que solo cuenta consigo mismo (a).?	4	3	2	1	0
2. ¿Se siente rechazado (a)?	4	3	2	1	0
3. ¿Se siente inseguro (a) acerca de su futuro?	4	3	2	1	0
4. ¿Se siente aislado (a)?	4	3	2	1	0
5. ¿Se siente incomprendido (a) en su familia?	4	3	2	1	0
6. ¿Se siente vacío (a) de cariño?	4	3	2	1	0
7. ¿Se siente cansado (a) de luchar por la vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Se siente encerrado (a) en mi mismo (a)?	4	3	2	1	0
9. ¿Se siente solo (a)?	4	3	2	1	0
10. ¿Se siente apartado (a) de su familia?	4	3	2	1	0
11. ¿Se siente abandonado (a)?	4	3	2	1	0
12. ¿Siente su vida vacía?	4	3	2	1	0
13. ¿Siente que su familia desconoce sus sentimientos?	4	3	2	1	0
14. ¿Se siente insatisfecho (a) con mi vida?	4	3	2	1	0
15. ¿Siente que su familia desapruueba su manera de ser?	4	3	2	1	0
16. ¿Siente que su vida carece de propósito?	4	3	2	1	0
17. ¿Se siente desamparado (a)?	4	3	2	1	0
18. ¿Siente que la soledad es su única compañía?	4	3	2	1	0
19. ¿Siente que su vida está llena de conflictos y tristeza?	4	3	2	1	0
20. ¿Se siente triste?	4	3	2	1	0

ANEXO 3. Encuesta sociodemográfica.

1. Nombre del cuidador primario:
2. Nombre del paciente al que cuida:
3. Edad:
4. Género:
5. Escolaridad:
6. Estado civil:
7. ¿Cuenta actualmente con algún trabajo?
8. ¿Padece alguna enfermedad crónica?
9. ¿Qué tiempo en horas al día le dedica al cuidado de su paciente?
10. ¿Desde cuándo se siente solo?
11. ¿Había experimentado ese sentimiento antes de dedicarse a ser cuidador primario?

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



SECRETARIA DE SALUD
COORDINACION DE INSTITUTOS NACIONALES DE
SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	REPERCUSIÓN EN EL ESTADO DE SALUD DEL CUIDADOR PRIMARIO DE UN ADULTO MAYOR TRAS EXPERIMENTAR SOLEDAD
Lugar y fecha:	Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". INICIO: 1º Agosto 2015, TERMINO: 1º Enero 2016
Justificación y objetivo del estudio:	Describir la repercusión en el estado de salud del cuidador primario de un adulto mayor tras experimentar soledad, debido al interés que existe en brindar un apoyo para mantener o recobrar su bienestar y que puedan continuar desempeñando su rol. Se realizará una encuesta para recabar datos sociodemográficos, se aplicara la escala IMSOL-AM y SF-36 a cuidadores primarios de adultos mayores pacientes del HPFBA.
Procedimientos:	
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de detectar alguna alteración en su estado de salud, ser canalizados para que busquen la atención médica pertinente.
Información sobre resultados:	Al término de la aplicación del instrumento se le dará a conocer al participante el resultado
Participación o retiro:	Cada integrante tendrá la libertad de retirarse si así lo deseara
Privacidad y confidencialidad:	Todos los resultados se tratarán con confidencialidad
Beneficios al término del estudio:	Conocer el resultado de la aplicación del instrumento, así como orientación sobre el resultado, posible manejo médico y factores modificables que influyan en su estado de salud.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Ilse Vianey Moreno González. Médico residente de 4º año de Psiquiatría
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse directamente con el investigador responsable, la Dra. Ilse Vianey Moreno González al Correo electrónico: ilc_verano@msn.com	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma del investigador

Testigo 1. Nombre y firma

Testigo 2. Nombre y firma