



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE D.F.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO
EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS
ADULTOS MAYORES (CASSAAM)**

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

MARIA MAGDALENA VILLALOBOS OROZCO
MATRICULA: 99152397
CORREO ELECTRONICO: iovirg@hotmail.com
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 03

**ALUMNA DEL 3er AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES**

Investigador Asociado:

Corona Hernández Martha Beatriz
Médico Familiar
Matrícula: 11659483
Unidad de Medicina Familiar No. 14
Boulevard Puerto Aéreo No 88 Col. Santa Cruz Aviación
Tel. 57626300-ext 21472
Correo electrónico: martha.coronah@imss.gob.mx

Ciudad de México

2016



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.



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. 2
SANTA MARÍA LA RIBERA, DISTRITO FEDERAL

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL
CUIDADOR PRIMARIO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A
LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM)

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA MAGDALENA VILLALOBOS OROZCO



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3511
U MED FAMILIAR NUM 14, D.F. NORTE

FECHA 11/09/2014

LIC. MARIA MAGDALENA VILLALOBOS OROZCO

PRESENTE

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

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM)

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

Núm. de Registro
R-2014-3511-7

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS RODRIGO ALTAMIRANO LEÓN
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3511

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

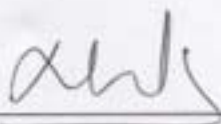
**"FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR
PRIMARIO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y
LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM)"**

El presente proyecto aprobado por el Comité de Investigación del Instituto
Mexicano del Seguro Social.
Asignándole el número de Folio: **R- 2014-3511-17**

AUTORIZACIONES



DR. ALFREDO CABRERA RAYO
COORDINADOR AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN NORTE



DR. HUMBERTO PEDRAZA MÉNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN NORTE

Dra. Marlene Marmolejo Mendoza
Coordinadora de Educación
Cant. Pro: 2587041
INCO: Mat. 9914921

DRA. MARLENE MARMOLEJO MENDOZA
INVESTIGADOR ASOCIADO
Y COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2



DRA. MARTHA BEATRIZ CORONA HERNÁNDEZ
MÉDICO FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 14

~~Centro de Estudios de Medicina Familiar
MÉDICO FAMILIAR
CED EPF-IMSS-87
MAT 18102000~~

DRA. SONIA ARTEMISA MOCTEZUMA MONDRAGÓN
PROFESOR TÍTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS SEDE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 2

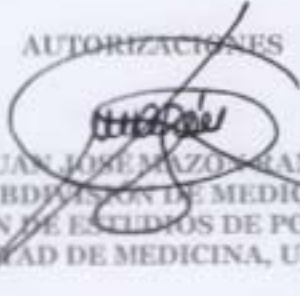
**"FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL
CUIDADOR PRIMARIO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES
(CASSAAM)"**

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

PRESENTA

DRA. MARIA MAGDALENA VILLALOBOS OROZCO

AUTORIZACIONES



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



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
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.**

CONTENIDO

Resumen.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
Pregunta de investigación.....	17
JUSTIFICACIÓN.....	18
OBJETIVOS.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivos específicos.....	19
METODOLOGÍA.....	19
Población y muestra.....	19
Recolección.....	19
Criterios de Inclusión.....	19
Criterios de eliminación.....	19
Variables de estudio.....	20
TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.....	22
PROGRAMA DE TRABAJO.....	22
ASPECTOS ÉTICOS.....	23
RECURSOS.....	23
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSION.....	59
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
ANEXOS.....	63

RESUMEN

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM)

Villalobos Orozco Maria Magdalena, Corona Hernandez Martha B., Alumna del Primer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales UMF 03, Médico Familiar UMF 14

Introducción: 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 la salud

Objetivo: Estimar la frecuencia del síndrome de sobrecarga a través de la escala de Zarit, del cuidador primario de pacientes adultos mayores adscritos a la UMF 3 y que encuentran integrados al programa CASSAAM.

Material y Métodos: Estudio Longitudinal, Prospectivo, se realizará estudio en el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores, C.A.S.S.A.A.M., ubicado en las instalaciones del Deportivo Morelos, Se identificarán los expedientes de los pacientes que cuentan con cuidador primario a quienes se les aplicó la Escala de Zarit (instrumento previamente validado para identificar la presencia de sobrecarga) y la “Escala de Barthel” para identificar grado de dependencia del paciente adulto mayor.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de sobrecarga, cuidador primario

INTRODUCCION

El envejecimiento de la población es de gran trascendencia por sus repercusiones en el aumento de la esperanza de vida en los últimos años debido al desarrollo socioeconómico y a una mejora de las condiciones sanitarias; con serias repercusiones en la economía de la familia y del país, así como en los sistemas de salud por las necesidades sociales que demandan. El proceso de envejecimiento favorece la presencia de enfermedades crónicas, que en muchos casos pueden ser invalidantes, con la consiguiente demanda de ayuda médica, social y familiar. En cuanto al tipo de discapacidad la más frecuente en los adultos mayores, es la motriz, la visual y la auditiva. Cuando el paciente es incapaz de realizar sus actividades de la vida diaria y pierde su autonomía es cuando inician los problemas familiares, secundario al deterioro funcional. Se considera paciente inmovilizado a aquellas personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar la cama con la ayuda de otras) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses. Llevando a personas de la familia a asumir el rol de cuidador primario, siendo la mayoría de los casos una mujer mayor de 50 y 60 años, suelen ser las hijas o las esposas, con un bajo nivel educativo y generalmente dedicadas a labores del hogar, alterando los roles familiares, su actividad laboral, su tiempo libre y sus relaciones sociales. Con frecuencia los cuidadores no identifican claramente los problemas y, por tanto, no encuentran soluciones. La mayoría de las familias se adaptan satisfactoriamente, aunque pasen por periodos de inestabilidad o dificultad, los cuales incluso pueden precipitar crisis que pueden afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia en quien se delega el cuidado del enfermo y que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados del inmovilizado. El cuidador principal soporta cada día retos imprevistos y sufre pérdida del control personal, presentando alteraciones en su salud física y mental que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el "colapso" o "sobrecarga" o más ampliamente utilizado "síndrome de sobrecarga del cuidador" (con efectos subjetivos como sufrimiento emocional y objetivos como pérdida de salud), que tienen más relación con el grado de invalidez de quien es cuidado (dependencia en actividades de la vida diaria) que con la etiología de la enfermedad. Los cambios adaptativos que deben llevar a cabo los cuidadores primarios son, en muchos casos, de magnitud igual o superior que los del paciente, y con frecuencia se pueden observar niveles mayores de estrés, ansiedad y depresión en los cuidadores que en los propios enfermos, sin tener en cuenta los problemas que surgen en su entorno familiar, no llegando muchas veces ni a sospecharlos. Este cuidador es quien participa directamente en la atención del enfermo y detección de síntomas de alarma de su estado físico-psíquico. Ante la evidencia de que la estabilidad del cuidador está relacionada con la funcionalidad de la familia, el apoyo social, el tiempo de evolución de la discapacidad del paciente y de la patología asociada del cuidador del paciente inmovilizado, se decidió realizar un estudio en nuestra zona de atención primaria para precisar la frecuencia de sobrecarga o colapso del cuidador primario de los pacientes referidos al grupo CAS-SAAM.

MARCO TEORICO.

La población está envejeciendo teniendo que en los países desarrollados, las personas mayores de 65 años, respecto a la población general representa en España un 15.4%, proporción que se calcula seguirá aumentando hasta el año 2025, sobre todo en aquellos que sobrepasan la edad de los 80 años. Asimismo se prevé que en el año 2050 el porcentaje de personas mayores alcance el 19%. Los datos europeos refieren crecimientos similares en los distintos países. Las personas mayores tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas que, por encima de los 70 años se hacen invalidantes.¹ En América Latina y el Caribe, la población de adultos mayores de 60 años se triplicó de 9 millones 260.3 mil habitantes reportados en 1950 a 41 millones 290.2 mil en 2000. Sin embargo, las estimaciones de las Naciones Unidas, indican que para 2050 existirán 181 millones 218.3 mil habitantes mayores de 60 años, de los cuales 18% tendrán más de 80 años y para 2050 los mayores de 60 años representarán 22.5% de la población.² El incremento en la población de adultos mayores será responsable del incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y sus complicaciones. Esta situación conlleva a mayor carga de atención por parte del sistema de salud y de su familia.²⁻⁴

En México existía una población de pacientes geriátricos de 60 años de edad o más de 5.7 millones en 1982, y de acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO) fue de 6.8 millones en el año 2000, y actualmente es de 9.8 millones en el año 2010, con tasas anuales de crecimiento a 3.5% inéditas en la historia demográfica en México. En la literatura médica se ha documentado que este grupo de edad, presenta alguna enfermedad, por lo que requiere atención médica, y por ello requiere de un cuidador primario.⁵⁻⁸

Debido a los progresos médicos la franja etaria que más ha crecido proporcionalmente, es la de las personas mayores desde los 65 hasta 80 años sanas así como las que presentan algún grado de enfermedad o hasta invalidez. Si bien es cierto que resulta favorable que las personas lleguen cada vez más a edades avanzadas, existen evidencias que la consecuencia de ello sea que el grado de dependencia por terceras personas vaya aumentando.²⁻⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que en el caso de los países industrializados, el ingreso a la etapa de Adulto Mayor era a partir de los 65 años y en países en vías de desarrollo, 60 años, estando México en ese proceso.¹

En los últimos años, debido al envejecimiento progresivo de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas ha surgido un gran número de personas que necesitan ser asistidas o cuidadas por otra, llamadas Cuidador Primario Informal (CPI), que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente el CPI es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente⁹⁻¹³.

Hay otro tipo de cuidadores llamados Cuidadores Primarios Formales, que a diferencia de los informales, son integrantes del equipo de salud y capacitados para dar un servicio profesional, remunerado, por tiempo limitado (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.)^{1,7,8}.

En 1999, la OMS definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, 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 la salud ^{2,4,5}

La importancia del cuidador aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo, y ejerce funciones de enlace con la familia, provee cuidados básicos de todo tipos dentro y fuera del domicilio, sirve de apoyo emocional y toma decisiones respecto a su atención.¹⁴

Astudillo, et al (2008) define al cuidador primario como a la persona que cuida o que atiende en primera instancia a las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el esposo o la esposa, el hijo o un familiar cercano.⁷

Armstrong (2005) plantea que el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole, a realizar todas las actividades que éste no puede realizar por si mismo y que por lo general no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo (familiar, amigo e incluso vecino).^{7,12}

La mayoría se centra en la atención del enfermo sin sospechar ni tener en cuenta los problemas del enfermo ni del entorno familiar. Esta situación implica cambios en la vida familiar del enfermo y en la del cuidador primario, que puede ver afectada su salud física y psicológica, y su vida familiar y social. Lo que puede conducir al Síndrome del cuidador que implica sufrimiento emocional y pérdida de la salud.^{3,7,10,12-15}

Asumir el rol de cuidador no es inocuo, las consecuencias en la vida del cuidador informal presentan tan diversos matices como conflictos familiares, conflictos laborales por abandono del trabajo remunerado, mermando económicamente, deterioro de la vida social, alteraciones orgánicas y psicológicas por menor descanso, mayor desgaste físico, hipoxia, estrés emocional aun mayor que el del propio enfermo o sus familiares¹, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria; con la posibilidad de desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables: (a) desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; (b) deterioro familiar, relacionado a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras; (c) ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes .^{3-5,7,8}

Una mayor sobrecarga deteriora la salud mental, social y física del cuidador, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos, mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad, que en población comparable no sobrecargada. Además, el cuidador tiende a no buscar ayuda médica, postergándose y priorizando los problemas de su familiar dependiente, manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi “invisible” para el sistema de salud.^{3-5,7-10,14}

Se habla del término colapso o sobrecarga del cuidador, cuando éste ha estado sometido a un agotamiento, se ha sobrepasado su capacidad y recursos. El término colapso o sobrecarga del cuidador engloba un síndrome geriátrico que representa el costo físico, psicológico, emocional, social y económico, que puede experimentar la familia o el cuidador

primario de un paciente discapacitado o con una enfermedad crónica, aunque, el cuidar, no es una enfermedad en si, es un problema de la vida que requiere de un proceso de adaptación.^{3-5,7-10,12}

En un principio, muchos de los cuidadores primarios aceptan su nuevo rol como cuidadores con un sentido de idealismo, de esperanza y deseo de hacer las cosas bien, pero al paso del tiempo llega la fatiga, las desilusiones y la frustración. La sobrecarga del cuidador, es una sensación de estar completamente abrumado y abandonado, siendo común en los cuidadores de enfermos crónicos.¹⁴

La investigación sobre el tema cada vez es más amplia. 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, SIDA y adultos mayores, reportando que el sistema informal es la fuente principal de cuidados hasta en el 85%.^{3,14}

Existen diversos instrumentos para evaluar el estado físico y emocional de los cuidadores entre los cuales se encuentran, entrevista de carga del cuidador (ZARIT), es una prueba psicométrica de calificación objetiva compuesta por 22 ítems evalúa la presencia o ausencia de carga o sobrecarga. Según diversos estudios a lo largo del planeta, se han identificado tres componentes principales para identificar el síndrome de carga del cuidador y son: el impacto del cuidado, la carga interpersonal, y las expectativas de autoeficacia.^{3,4,7,9,10,12,13}

En un trabajo efectuado en Holanda se entrevistaron a 212 cuidadores de pacientes que habían tenido un derrame cerebral y se les aplicó el cuestionario conocido como Caregiver Strain Index. Se encontró que mostraban riesgo de síndrome de sobrecarga o colapso, quienes cuidaban a pacientes con secuelas severas, sobre todo si los cuidadores eran mujeres, sin tenían poca edad o su condición física era débil. La investigación sugería que se les ofrecieran programas de apoyo enfocados en aumentar su auto eficiencia, su soporte social y sus estrategias de confrontación.

En Argentina, más recientemente se estudió la sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. Se aplicó la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. El 82% de los cuidadores eran mujeres con una edad promedio de 51 años y el 67% eran familiares directos. La sobrecarga del cuidador tuvo una puntuación promedio de 48. Se estimó que el 44% no tuvieron sobrecarga, el 31% presentaron una sobrecarga leve y el 24% una sobrecarga intensa. Se pudo observar también que al aumentar la cantidad de horas dedicadas al cuidado del enfermo semanalmente, incrementaba el valor de la sobrecarga emocional.¹⁵

Otra investigación, realizada con cuidadores de pacientes con dolor crónico y terminales se efectuó en el Seguro Social, como un trabajo pionero en México durante la segunda parte del año del 2006 y donde participaron 100 cuidadores a quienes se les aplicó la Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit. 67% de los cuidadores permanecía con su paciente más de 12 horas al día, 67% eran mujeres quienes ejercían el rol de cuidador, con una edad promedio de 47 años. El puntaje medio en la Escala de Zarit fue de 28 puntos, mismo que fue considerado como un nivel alto de sobrecarga, basándose en lo referido por Grunfield, quien observó que los cuidadores obtienen una media de 19 puntos en

la escala de Zarit cuando el paciente se encuentra en fase paliativa y que la sobrecarga aumenta a 26 puntos cuando el paciente entra en la fase terminal.^{16,18}

Actualmente en México, en comparación con las décadas previas, la actividad asistencial se ha desplazado, hacia una mayor atención a la población de edad avanzada independientemente del nivel (del primario al terciario) y del tipo de atención (prevención primaria a terciaria o intervenciones no preventivas).

Existen estudios en América latina y España, 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. Con fines de medición, 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. Esta situación, no debe minimizar las repercusiones que provoca en las personas que rodean al paciente geriátrico con discapacidad o con algún grado de invalidez y en particular en la atención reflexiva de las formas en que se afecta al “cuidador primario” o “principal” de estos enfermos.^{5,8,9,12,14}

Así mismo se cuenta con múltiples escalas diseñadas y validadas en población geriátrica para identificar el grado de dependencia que tiene en un momento dado. Para este estudio se utilizará el Índice de Barthel (IB), el cual es un instrumento que mide el nivel de independencia en actividades de la vida diaria (AVD). Es la escala de medición de AVD más conocida, estudiada y difundida a nivel internacional. El IB fue descrito por Mahoney FI y Barthel DW en 1965, diseñada para medir resultados del tratamiento rehabilitador en pacientes incapacitados por procesos neuromusculares y músculo esqueléticos. Evalúa 10 áreas de AVD (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del baño, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control del intestino y control de orina). La puntuación total es de 0 a 100 (para la descripción, uso y puntuación de la versión original ver el anexo), cero indica la total dependencia en AVD y movilidad y 100 la independencia en esas áreas, o sea que 100 quiere decir que el paciente es continente, capaz de alimentarse y vestirse, desplazarse al menos una cuadra de su casa y subir y bajar escaleras, lo cual no significa que pueda vivir sólo, ya que no se valoran otras actividades como tareas del hogar ni las funciones cognitivas, indispensables para vivir con autonomía, sin embargo, como veremos abajo es un buen predictor de estas posibilidades.¹⁶

Ya que el cuidado informal ocurre para un amplio espectro de condiciones y, en sentido amplio, todos seremos en algún momento de la vida actores del sistema informal, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha desarrollado un organismo para el manejo y optimizar el envejecimiento saludable por medio de CASSAM siendo referido, como el Centro de Atención Social de las y los Adultos Mayores, en esta Unidad Operativa de Prestaciones Sociales Institucionales, que inicia en su primer fase su operación en la Delegación Norte del Distrito Federal; indicándose que bajo protocolo se atenderá a personas, adultas mayores con dependencia leve y moderada, sin problemas psicogeriátricos, y se realizarán estudios e investigaciones, para la creación de modelos aplicativos de atención integral gerontológica; sus servicios están conformados en: valoración gerontológica integral, que

evalúa el grado de funcionalidad, física, mental, emocional, y social para otorgar servicios de envejecimiento activo a los adultos mayores.¹⁷

El Centro de Atención Social de las y los adultos mayores, CASSAM, fue inaugurado por el Director General del IMSS, Daniel Karam, en septiembre del 2010. En el CASSAM los adultos mayores tienen la oportunidad de ampliar sus contactos sociales y convivir con personas de su edad, con las cuales se identifican. También pueden realizar actividades manuales, físicas y deportivas, que favorecen las cuatro esferas del desarrollo humano: física, cognitiva, psico-afectiva y sociocultural, contribuyendo con ello al retardo de los deterioros físico, psíquico y emocional que se presentan con la edad. Así, los derechohabientes adultos mayores mantienen, prolongan, o incluso recuperan su autonomía. Por ende en este centro se han identificado como parte esencial para el proceso de recuperación o el mantenimiento del buen funcionamiento del adulto mayor, al cuidador primario y la importancia de identificar su colapso, con lo que se ha implementado el taller de acompañantes y promotores de adultos mayores, para familiares de adultos con limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria, utilizando como instrumento el Manual del Cuidador, editado por el IMSS.¹⁷⁻²¹

Teniendo a este universo es que se decidió realizar esta investigación, para evaluar la sobrecarga del cuidador primario de la población de pacientes crónicos atendidos por el servicio de CASSAM del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Distrito Federal, Delegación Norte, en el contexto de que se tienen pocos estudios de cómo es y en qué se ve afectado el cuidador primario del paciente geriátrico, para llegar a cuantificarlo y derivar medidas de apoyo psicológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En México al ser la familia la unidad básica de convivencia, puede constituir una fuente de apoyo, teniendo en cuenta que el cuidador primario requiere de apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia y por las instituciones de salud, entre otros. De igual manera, el cuidador necesita planificar la asistencia y los cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia o en amigos, dejando de lado su papel de persona indispensable, o de que nadie más podrá hacer las cosas mejor que ella, y sobre todo recordando que eso no quiere decir que ame menos al enfermo.¹ Por otra parte, el cuidador debe darse un tiempo para el descanso y la relajación para recuperar sus energías, alimentarse adecuadamente tanto en términos físicos como espirituales, esto es, buscar las ocasiones para el esparcimiento y la diversión; la risa y el entretenimiento los cuales mejoran los estados de ánimo y son buenos remedios contra la depresión y la ansiedad. Finalmente, es importante que el cuidador trate de obtener información precisa y actualizada sobre el padecimiento del paciente, así como de los alcances de su intervención en el cuidado del enfermo, involucrar a otros miembros de la familia o amigos en la atención al mismo; recordar que él es sólo una persona más en el grupo de individuos que rodean al paciente, y considerar que si todos ellos actúan de manera conjunta podrán lograr mejores resultados.(estrategias de afrontamiento de las cuidados informales)

En relación a esta problemática, el Instituto Mexicano del Seguro Social ha fortalecido los grupos de atención y apoyo de los médicos de primer nivel de atención para instruir, apoyar y no abandonar al cuidador primario, para poder prevenir las enfermedades psicosociales que es susceptible de presentar a lo largo del cuidado del paciente enfermo, quien habitualmente es el protagonista de la consulta cotidiana.

Aproximadamente una tercera parte de la consulta en atención primaria o en los consultorios de primer contacto, son las dedicadas a los pacientes ancianos que conllevan a la necesidad de tener un cuidador primario. Por lo anterior se pretende conocer si existe sobrecarga y otras enfermedades relacionadas como lo es la depresión o la ansiedad en el cuidador primario del paciente adulto mayor dado que es precisamente en la consulta el escenario donde es frecuente que el cuidador exprese al médico de su cansancio físico, emocional o problemas económicos que le ocasiona el atender a su familiar.

De acuerdo con la edad, en nuestro medio no se conocen datos exactos, pero en su mayoría son personas de 30 años, aproximadamente. Se calcula que esta persona permanece los siete días de la semana, en un promedio de 16 horas diarias, lo cual tiene implicaciones económicas, sociales y de salud. En cuanto al impacto económico, este es significativo en la medida en que gran parte de los recursos de que dispone la familia se destinan al cuidado o se suspenden las actividades profesional-laborales.^{9,11,14}

Por lo cual la pregunta de investigación a la que hemos llegado:

¿Cuál es la frecuencia del Síndrome de Sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor que se encuentra integrado al grupo CASSAAM, del IMSS?

JUSTIFICACION.

El cambio demográfico que se ha presentado a nivel mundial ha llevado a presentarse cada día mayor número de personas con enfermedades crónico degenerativas que tienen secuelas, o complicaciones. En México, la familia es el sistema de apoyo social más importante, y muchas veces el único, este sistema proporciona los apoyos, físicos, económicos y emocionales, con un sentido de solidaridad y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus miembros. Por lo que al presentarse mayor presencia de pacientes geriátricos con enfermedades en etapas muy avanzadas, esta población va perdiendo independencia, teniendo cada vez la necesidad de ser cuidado. Este cuidado que normalmente es brindado por un miembro de la familia, suele ser agotador y desgastante para el cuidador tanto física como emocionalmente. ¹⁻⁴

Por lo general, las repercusiones en las relaciones personales del paciente adulto mayor con invalidez, o discapacidad se centran en las consecuencias que le provocan como enfermo. Esta situación, repercute en las personas que lo rodean, en particular, se afecta al denominado “cuidador primario” o “principal” de estos enfermos. La relevancia de este interés analítico parte de una atención ideal para estas personas (cuidadores primarios) que cuidan a estos pacientes ancianos, cosa que como es comprensible de principio no ocurre en la mayoría de los casos, ya que lamentablemente nuestra sociedad, no está preparada en forma adecuada para responder a las necesidades de atención y cuidado, que son propias de las personas que necesitan de los cuidados primarios. ^{14,15}

Tras el diagnóstico de una discapacidad severa o de una enfermedad crónica, o potencialmente mortal suele modificarse significativamente la dinámica familiar, pues gran parte de la atención y la energía se dirigen hacia el cuidado del enfermo. Acorde con las costumbres mexicanas, es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el apoyo principal de la persona enferma, es decir, en su cuidador principal. ^{3-5,7,8,12}

La mayor probabilidad de desempeñar el cargo de cuidador en teoría es para los hijos, luego están el cónyuge y los hermanos del paciente. Principalmente es una mujer (87,3%) la encargada de proporcionarle el cuidado a la persona enferma o anciana.

Con base a lo antes expuesto se considera que es factible realizar el presente estudio dentro del Instituto Mexicano del Seguro social, dado el impacto el cambio demográfico actual del IMSS, que muestra un alto porcentaje de atención del grupo etario de adultos mayores, siendo aproximadamente del 40% de su derechohabencia, según el Consejo Nacional de Población, CONAPO, con enfermedades crónico-degenerativas, lo que conlleva a mayor limitación física y mental de nuestros pacientes, observando situaciones de mayor exigencia de cuidado por parte de la familia, así como la necesidad de otorgar no tan solo atención al paciente en sus patologías crónico degenerativas, integración en el soporte y orientación familiar, que con ayuda del CASSAM, realizando el estudio gerontológico, se fortalece al paciente que requieren de un cuidador primario, por lo que se ha visto un incremento en la demanda de consulta de este personaje, ya sea refiriendo estrés, ansiedad, desesperación, depresión, así como otras enfermedades relacionadas ante la dependencia de sus enfermos ancianos, por lo que es importante realizar el presente proyecto de estudio para así conocer el estado de salud de estos cuidadores primarios, y poder proyectar el abordaje tanto como preventivo y de manejo ante la existencia

de riesgo de sobrecarga del cuidador primario, logrando fortalecer al médico familiar en la atención a lo largo del proceso salud enfermedad en la familia. ^{6,7,8,14}

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Estimar la frecuencia del síndrome de sobrecarga a través de la escala de Zarit, del cuidador primario de pacientes adultos mayores que se encuentran integrados al programa CASSAAM.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Identificar el grado de dependencia mediante la escala de Barthel del paciente adulto mayor que se encuentra integrado al programa del CASSAM.

SUJETOS MATERIAL Y METODOS:

Tipo de estudio: Descriptivo: observacional, transversal, retrospectivo

Universo de estudio: todos los expedientes de los cuidadores primarios de los adultos mayores que son adscritos al Centro de Atención Social a la Salud de los Adultos Mayores (CASSAM).

Tamaño de muestra: Se trabajará con el total de los expedientes de los cuidadores primarios de pacientes adultos mayores adscritos al CASSAAM

La unidad última de muestreo será el expediente clínico.

Periodo de estudio: Investigación realizada en el periodo de Septiembre de 2014 a Agosto de 2015.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Expedientes de pacientes que cuenten con cuidador que acuden al CASSAAM.
- Que cuenten con la Escala de Zarit
- Que tengan la Escala de Barthel

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Expedientes no legibles.
- Expedientes con información incompleta.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE LA VARIABLE	PARÁMETROS DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Características epidemiológicas	Conjunto de rasgos o atributos que caracterizan a una persona y que determinan la probabilidad que el individuo tiene de presentar cierta enfermedad.	Presencia de factores que se asocian estadísticamente con la existencia de alguna patología y determinan su distribución, evolución y pronóstico, tales como:				
		a. Ficha de identificación personal: datos personales registrados en el expediente. <ul style="list-style-type: none"> Edad: tiempo transcurrido o desde el nacimiento o hasta la fecha actual. 	Última edad registrada en el expediente.	Mayores de 65 años	Cuantitativa Discontinua	Años cumplidos
		<ul style="list-style-type: none"> Sexo: condición orgánica que distingue al hombre de la mujer. 	Género registrado en el expediente.	Femenino y Masculino	Nominal Dicotómica	Femenino Masculino
		<ul style="list-style-type: none"> Estado civil: clase o condición de una persona en el orden civil. 	Condición civil registrada en el expediente.	Soltero, casado, viudo.	Cualitativa Nominal Politómica	Soltero Casado Viudo

		<p>b. Antecedentes personales no patológicos: registros personales de importancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escolaridad: total de grados cursados en la escuela. 	Nivel de escolaridad registrada en el expediente	Analfabeta, primaria, secundaria, técnico, bachillerato, profesionalista.	Cualitativa Ordinal	Analfabeta, primaria, secundaria, técnico, bachillerato, licenciatura.
		c. Antecedentes personales patológicos: patologías presentes en el adulto mayor	Reportadas en el expediente	Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Osteoporosis, Osteoartritis, Cáncer, Insuficiencia renal, Fragilidad, Otras	Cuantitativa Nominal Dicotómica	SI NO
		Años de evolución: tiempo referido de padecer la enfermedad	Tiempo de evolución señalado en nota más reciente.	Años registrados, se utilizan rangos de cada 5 años a partir del dx. En total 7 categorías.	Cualitativa Ordinal	Rangos de cada 5 años
		Complicaciones: patología agregadas durante la historia natural del padecimiento actual.	Complicaciones registradas en expediente clínico.	Microangiopatías: neuropatía, retinopatía, nefropatía. Macroangiopatías: arteriopatía periférica, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No Para cada grupo de complicación.
Escala de Zarit	Instrumento que se emplea para detectar la sobrecarga del cuidador	Percepción individual de las personas que cuidan a otra persona.	22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados	Puntuación total del resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems, con rango que va desde 0 a 88.	Cualitativa Ordinal	No sobrecarga 0-46 Sobrecarga leve 47-55 Sobrecarga intensa 56-88

TRATAMIENTO ESTADISTICO

A los datos obtenidos se les aplicara análisis estadístico descriptivo, por medio del programa de computo SPSS Versión 20. Los resultados se presentaran en Tablas y Figuras.

PROGRAMA DE TRABAJO

Aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación y previa autorización por instancias correspondientes, se realizará este estudio en el Centro de Atención Social a la Salud de las y los Adultos Mayores, C.A.S.S.A.A.M., ubicado dentro de las instalaciones del Deportivo Morelos, Delegación Norte del Distrito Federal, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se identificarán los expedientes de los pacientes que cuentan con cuidador primario a quienes se les aplicó la Escala de Zarit (instrumento previamente validado para identificar la presencia de sobrecarga) y la “Escala de Barthel” para identificar grado de dependencia en el paciente adulto mayor. Esta actividad la realizará el investigador principal empleando la hoja de recolección de datos elaborada ex profeso para ello y posteriormente a través del programa SPSS se determinarán las medidas de tendencia central y frecuencias necesarias, para la presentación de los resultados se realizarán tablas y figuras.

ASPECTOS ETICOS

Se realizará el presente estudio de acuerdo al reglamento de la Ley General de la Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país apegándose al título segundo, capítulo 1, artículo 17; donde se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Se considera esta investigación en categoría II “Investigación con riesgo mínimo”.

RECURSOS

HUMANOS

- Investigador principal (alumno)

FISICOS

- Área de trabajo en donde se pueda realizar la recolección de datos

MATERIALES

- Expedientes clínicos
- Hojas de papel
- Bolígrafos, lápices
- Escritorio
- Computadora, impresora, programa SPSS v.20 en español.

FRECUENCIA DEL SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL CENTRO DE ATENCION SOCIAL A LA SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES (CASSAAM).

RESULTADOS:

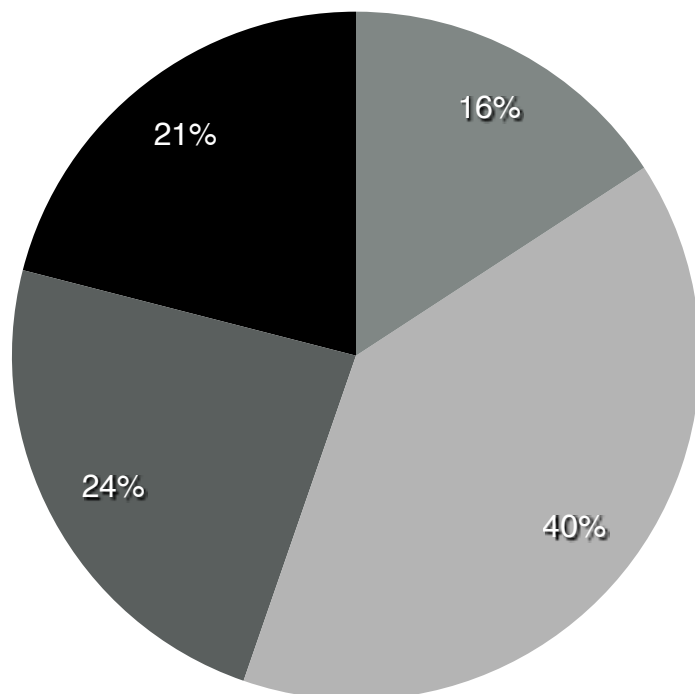
Se presentaron al centro de atención social a la salud de las y los adultos mayores en el periodo de septiembre del 2014 a agosto del 2015, derivados de las unidades de la Medicina Familiar, 55 cuidadores primarios, de los cuales se excluyeron 17 a causa de no completar las entrevistas, trabajando un universo de 38 expedientes de cuidadores primarios que completaron los cuestionarios y entrevistas, de donde se obtienen los siguientes resultados.

La edad del cuidador primario que predomina es de 60-69 años en un 39.5%, seguido del grupo de 50-59 años con un 23.7%, así como de 40-49 años con un 21.1%, cabe mencionar que fungen como cuidadores pese a la edad, pacientes en el rango de 70-80 años siendo en un 15%.

	Frecuencia	Porcentajes
40-49 años	8	21.0
50-59 años	9	23.7
60-69 años	15	39.5
70-80 años	6	15.8
Total	38	100

Tabla 1. Edad de los cuidadores primarios.
grafico 1

● 70-80 ● 60-69 ● 50-59 ● 40-49

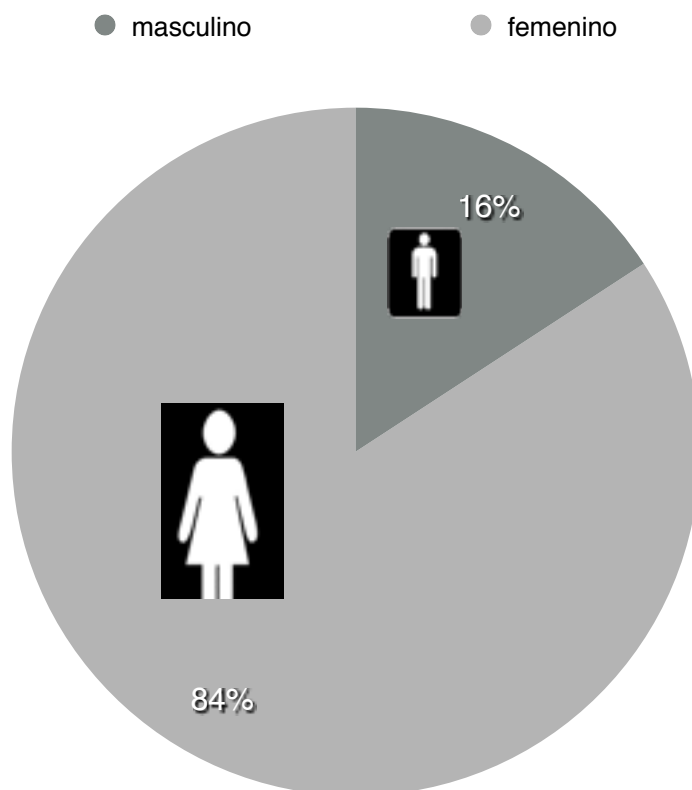


Sobre las características sociodemográficas de los cuidadores primarios se muestra en la tabla 2 predominan los cuidadores del sexo femenino con un 84%, presentándose que el sexo masculino también efectúa la función de cuidador en este caso en un 15%.

Tabla 2. Sexo de los cuidadores primarios.

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6	15.8
Femenino	32	84.2
Total	38	100

Grafico 2



En la Tabla 3, se revisa el estado civil como parte de las características sociodemográficas con gran relevancia, por el impacto que genera como cuidador y la función familiar, identificándose que 60.5% de los encuestados es soltero y un 36.8% son casados, teniendo 2.6% con viudez.

Tabla 3. Estado civil de los cuidadores primarios.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	23	60.5
Casado	14	36.8
Viudo	1	2.6
Total	38	100.0

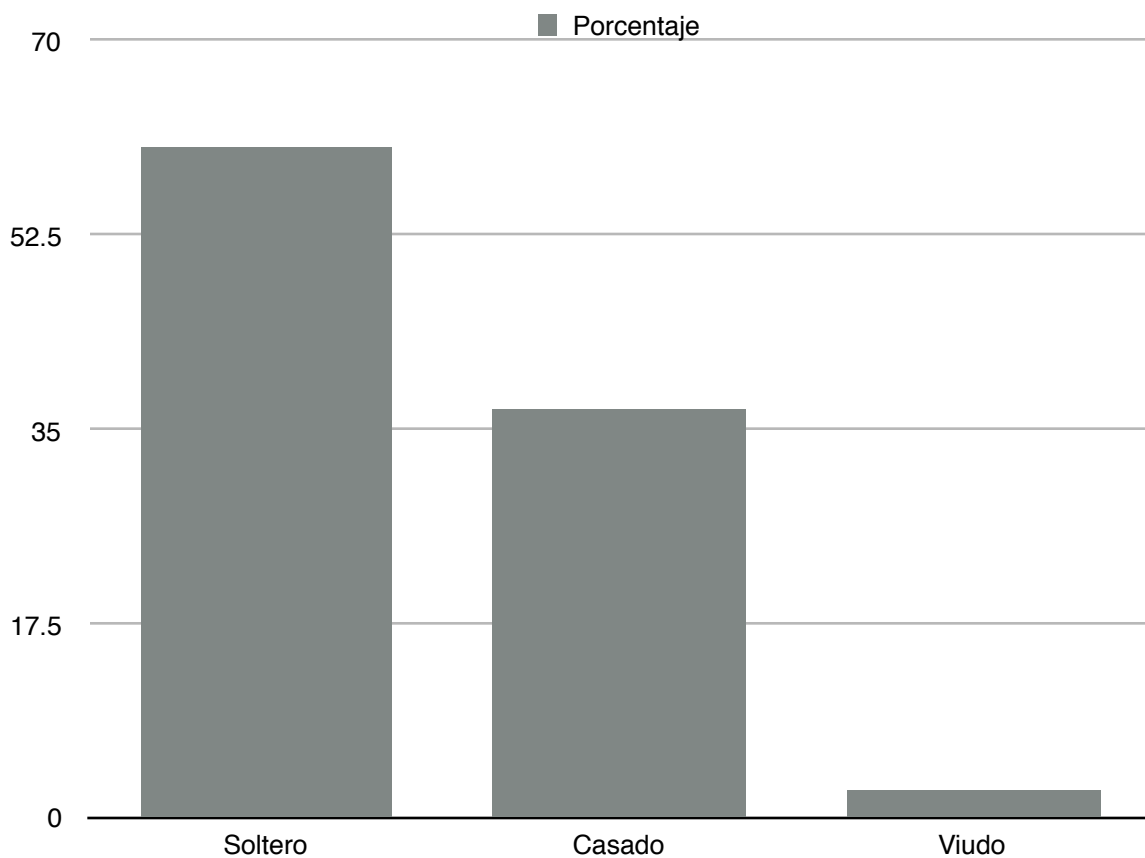


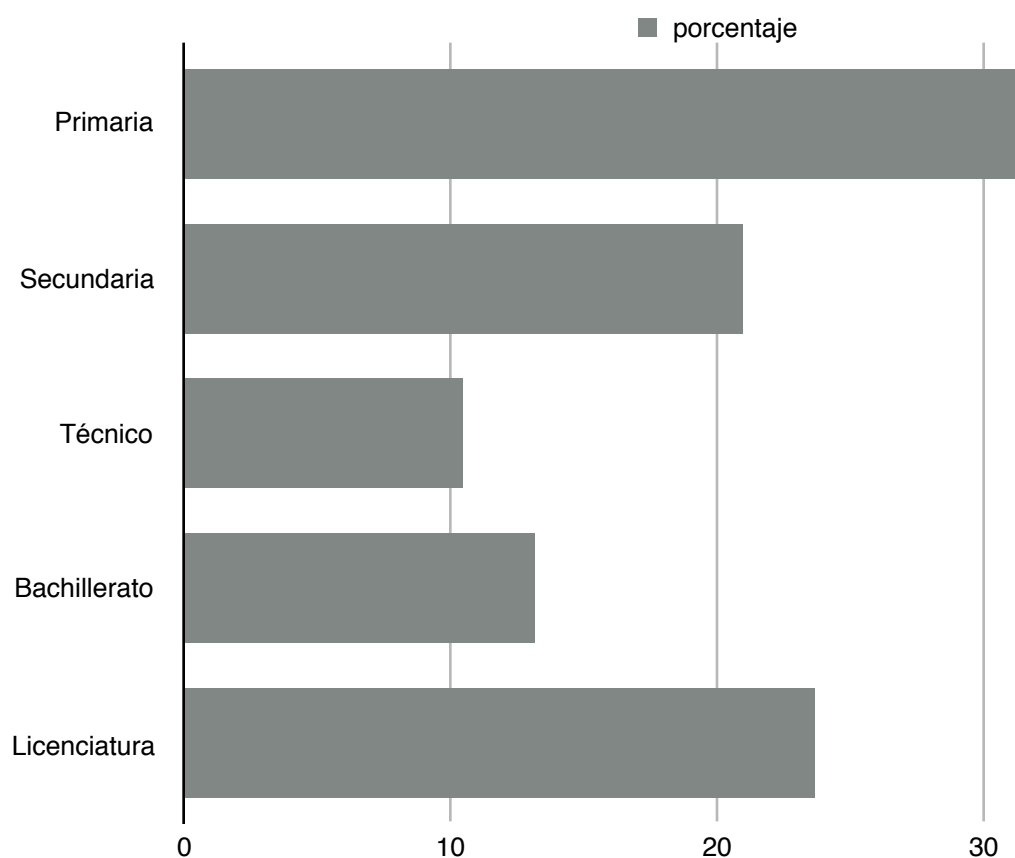
Grafico 3

En cuanto a la escolaridad (figura 4) el 31.6% refirió contar con estudios de primaria terminada, 23.7% tiene una licenciatura, el 21.2% secundaria, 13.2 % realizaron bachillerato y 10.5% estudios técnicos, cabe mencionar que no se contó con cuidadores analfabetas, en este estudio.

Tabla 4. Escolaridad de los cuidadores primarios.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	12	31.6
Secundaria	8	21.0
Técnico	4	10.5
Bachillerato	5	13.2
Licenciatura	9	23.7
Total	38	100.0

Grafico 4

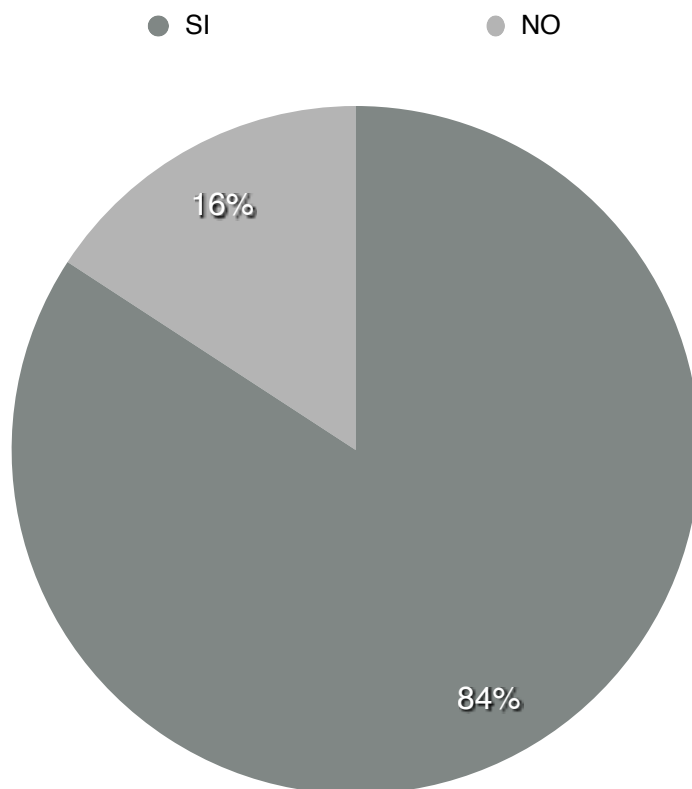


El 84.2% de los cuidadores primarios estudiados (tabla 5) padecían enfermedades crónico degenerativas, considerando para ello la DM, HAS, osteoartrosis, cáncer, insuficiencia renal, trastornos depresivos, demencia y solo el 15.8% no tenía en el momento enfermedades crónicas.

Tabla 5. Cuidadores primarios portadores de enfermedades crónico degenerativas

	Frecuencia	Porcentajes
SI	32	84.2
NO	6	15.8
Total	38	100

Grafico 5



De igual manera en la Tabla 6, se analizò el tiempo que lleva de ser cuidador primario, encontrándose que el mayor porcentaje de pacientes llevaba menos de 5 años ejerciendo la función de cuidador primario, 26% y 5% por arriba de 21 años de cuidador.

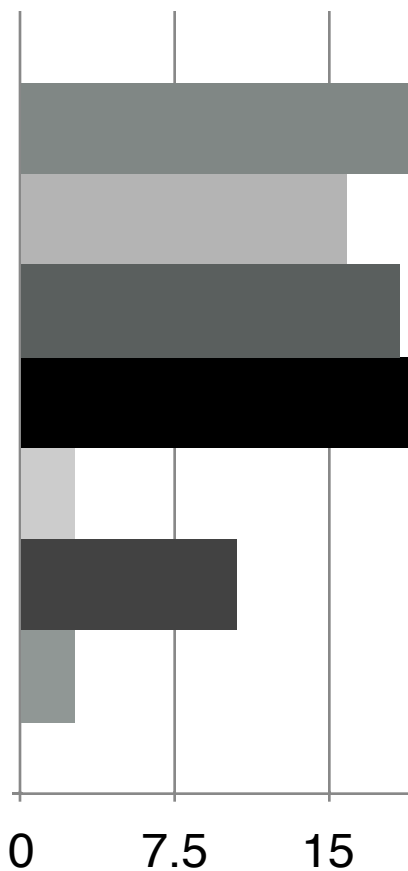
Tabla 6. Tiempo que lleva de cuidador

	Frecuencia	Porcentaje
< de 5 años	10	26.3
5-10 años	6	15.8
11-15 años	7	18.4
15-20 años	9	23.7
21-25 años	1	2.6
26-30 años	4	10.5
> 30 años	1	2.6
Total	38	100.0

Grafico 6

■ <5 ■ 5-10 ■ 11-15 ■ 16-20 ■ 21-25 ■ 26-

porcentaje

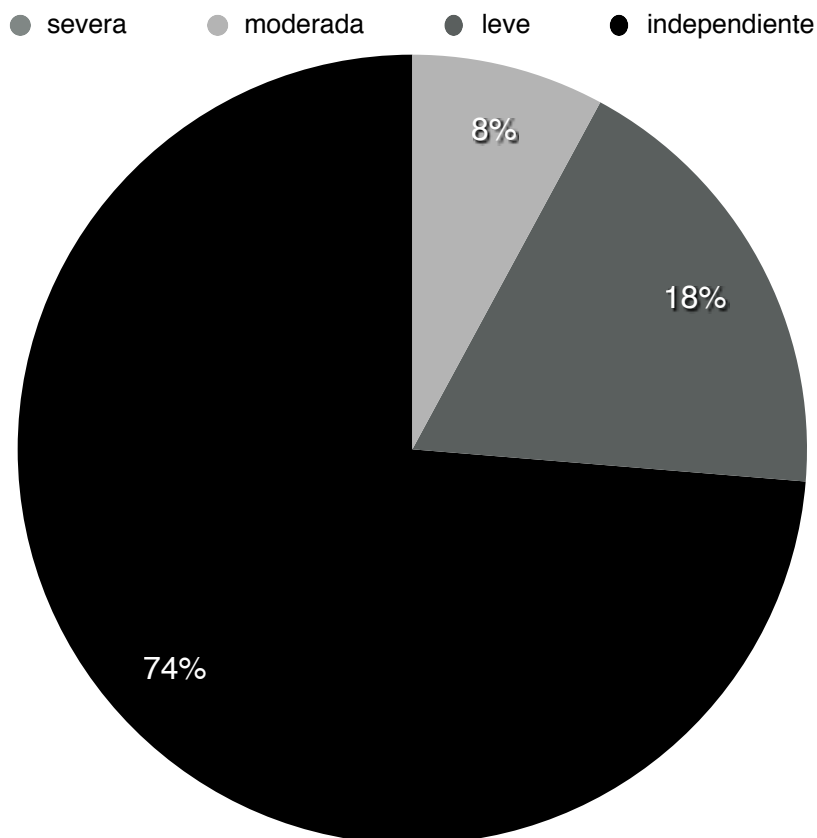


Respecto a las características del familiar al que e le proporciona el cuidado se observo que a la aplicación de la Escala de Barthel el 73.7% de sus pacientes aun permanecían siendo independientes, solo el 18.4% mostraban dependencia leve y un 7.9% se encontraba ya con una dependencia moderada, y no se presentaron pacientes con dependencia severa.

Tabla 7. Escala de Barthel, en el paciente.

	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia Severa	0	0
Dependencia Moderada	3	7.9
Dependencia Leve	7	18.4
Independiente	28	73.7
Total	38	100.0

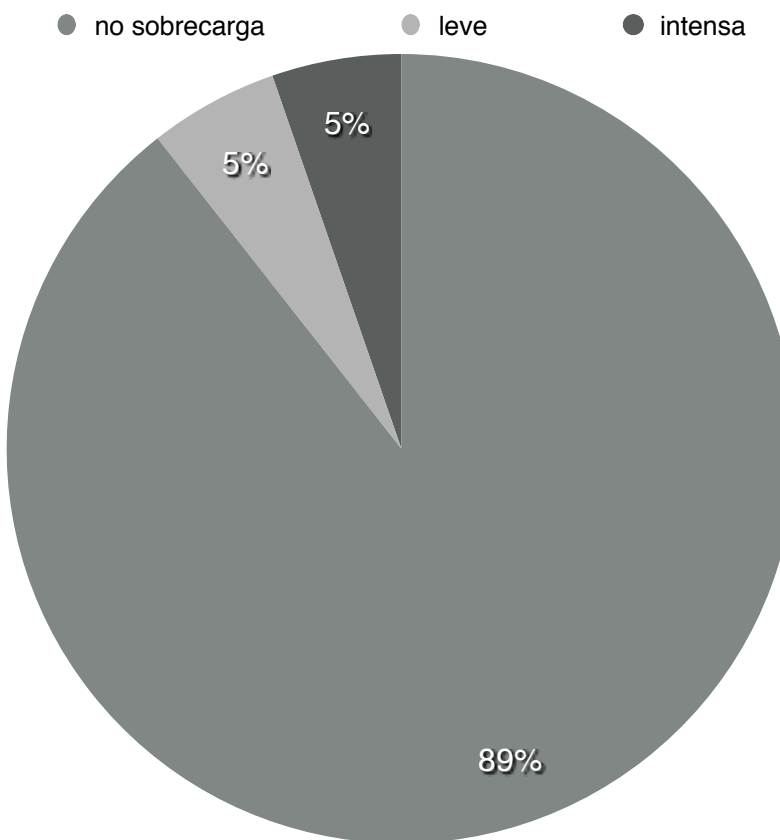
Grafica 7



En el ámbito emocional, los cuidadores primarios que fueron evaluados en el CASSAAM, el análisis de la aplicación de la Escala de Zarit permitió observar que el Síndrome se encontró ausente en el 89.4% de los cuidadores primarios encuestados, siendo así la prevalencia del Síndrome del colapso del cuidador en la muestra estudiada del 10% de los cuales, 5% fueron casos de sobrecarga leve y otro 5% restante de sobrecarga intensa con riesgo de colapso. Esto dado a que están mayormente al cuidado de pacientes aun independientes, según escala de Barthel, siendo este uno de los criterios de inclusión del centro de atención.

Tabla 8. Escala de Zarit, en el cuidador primario

	Frecuencia	Porcentaje
no sobrecarga	34	89.4
sobrecarga leve	2	5.3
sobrecarga intensa	2	5.3
total	38	100.0



Grafica 8

Dado que el estudio se propuso demostrar la frecuencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en CASSAM, se realizó el análisis de los puntos que evalúa la escala de Zarit, observándose que el 25% de los pacientes estudiados tenía 45 años de edad, siendo el parentesco que predominó la hija, con un

Tabla 9. Edad del cuidador

Edad del Cuidador	Frecuencia	Porcentaje
40	2	5.1
41	2	5.1
45	10	25.1
46	1	2.5
50	1	2.5
51	2	5.1
52	1	2.5
53	1	2.5
54	1	2.5
55	3	7.5
60	1	2.5
61	1	2.5
62	1	2.5
63	3	7.5
64	1	2.5
65	4	10.1
66	1	2.5
69	1	2.5
81	1	2.5
Total	38	100.0

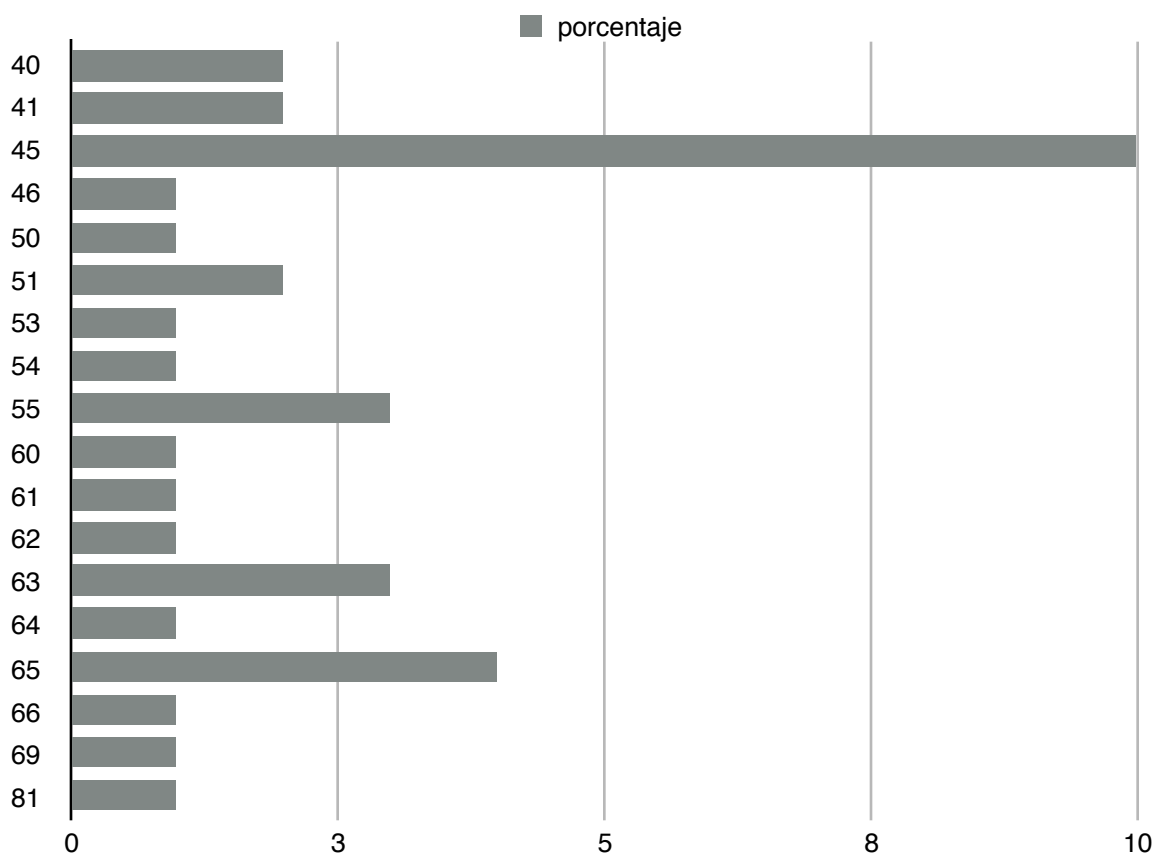
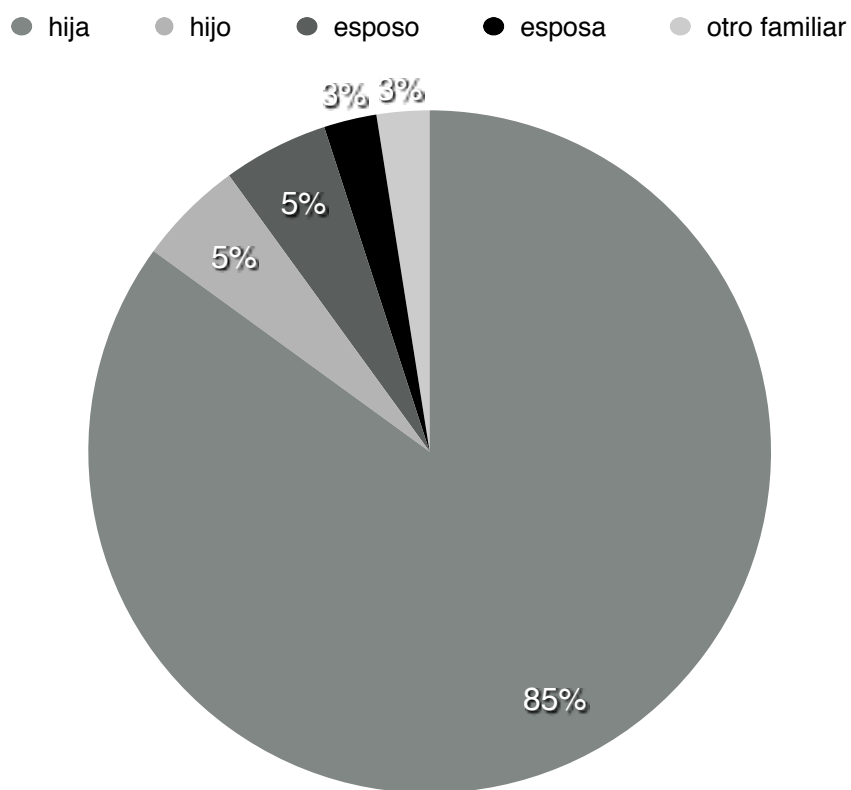


Gráfico 9

Tabla 10. Parentesco del cuidador primario

	Frecuencia	Porcentaje
Hija	32	85.0
Hijo	2	5.0
Esposo	2	5.0
Esposa	1	2.5
otro familiar	1	2.5
Total	38	100.0

Grafico 10



La escala de Zarit esta propuesta para evaluar el área emocional así con la percepción del cuidador primario, encontrándose en el estudio que la mayoría de los cuidadores evaluados no perciben que la ayuda que solicita su familiar sea mayor a la que necesita.

Tabla 11. Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	19	47.5
Rara vez	3	7.5
Algunas veces	8	25
Bastantes veces	5	12.5
Casi siempre	3	7.5
Total	38	100

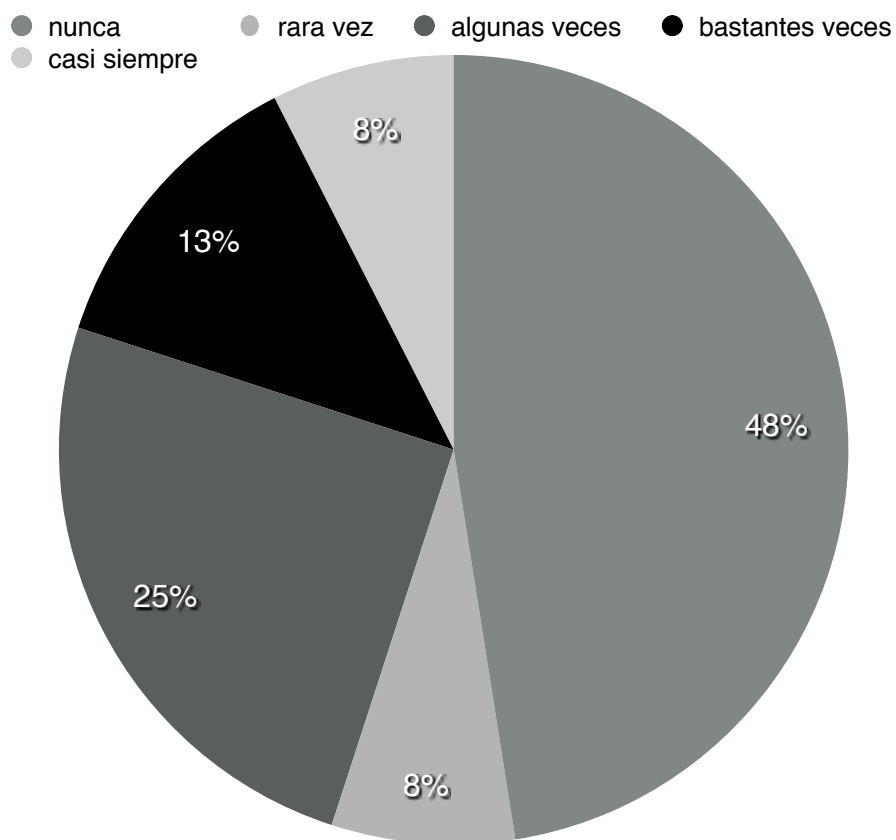


Gráfico 11

Al evaluar el tiempo que dedican a la actividad de ser cuidadores y si esto los limita en el tiempo que se dedican a ellos mismos los cuidadores contestaron en un 50% que nunca, el 23% que rara vez y un 13 % que casi siempre.

Tabla.12. Debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted

	Frecuencia	Porcentaje
nunca	19	50.0
rara vez	9	23.7
algunas veces	3	7.9
bastantes veces	2	5.3
casi siempre	5	13.2
total	38	100.0%

● nunca ● rara vez ● algunas veces ● bastantes veces ● Agosto

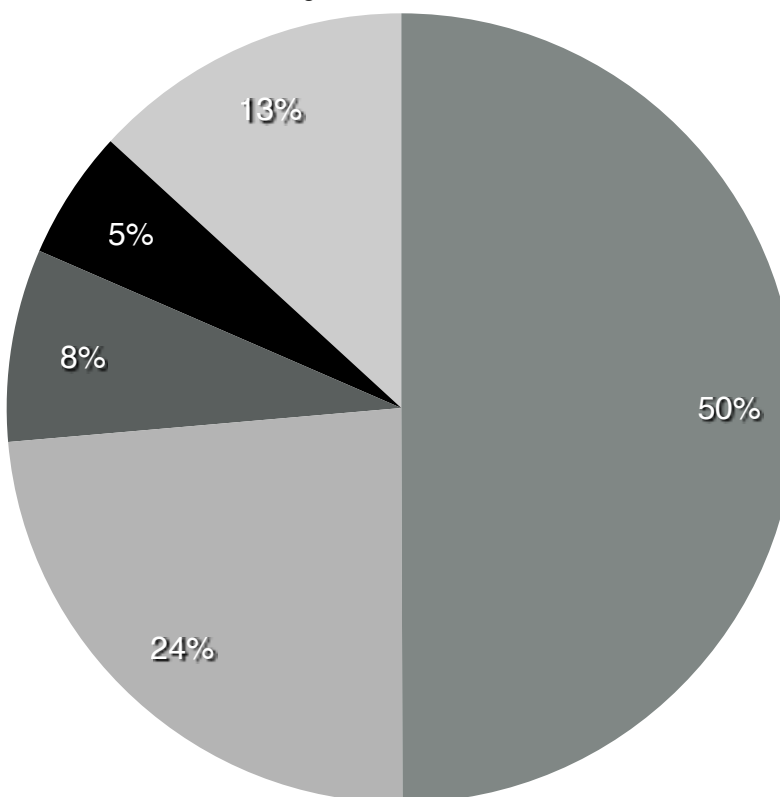


Gráfico 12

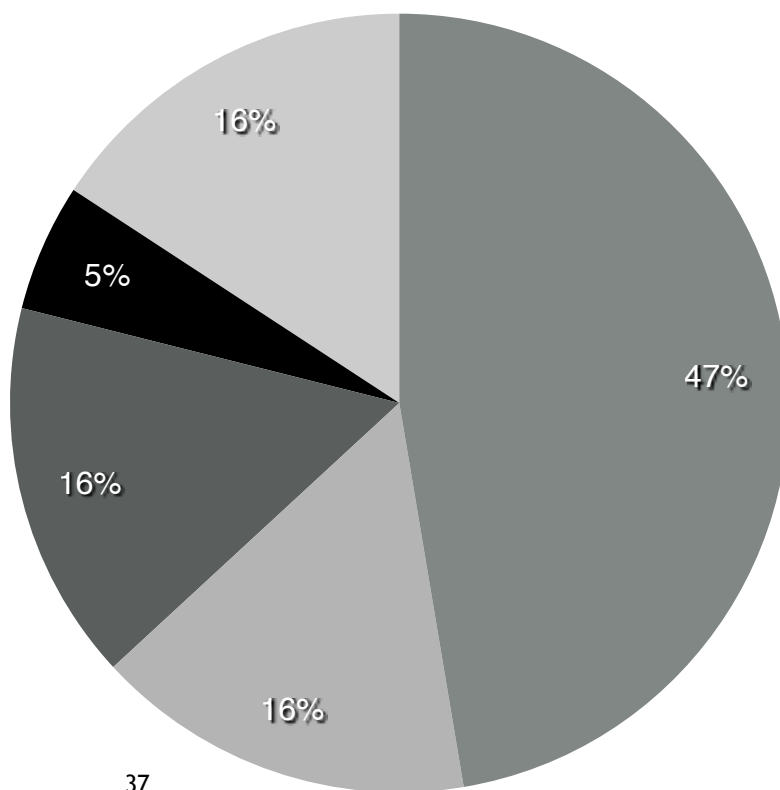
La escala de Zarit evaluar cual es la percepción del paciente al estar al cuidado de su familiar y del resto de sus actividades, laborales y familiares por medio de su falta de energia, que tan agotados se sienten los cuidadores, encontrando que 47 % de los cuidadores del estudio refirieron no sentirse agotados, un 15 % casi siempre.

Tabla 13. Agotamiento que siente al estar al cuidado de su familiar, de acuerdo con la escala de Zarit.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	18	47.4
rara vez	6	15.8
algunas veces	6	15.8
bastantes veces	2	5.3
casi siempre	6	15.8
total	38	100.0

Gráfico 13

● nunca ● rara vez ● algunas veces ● bastantes veces
 ● casi siempre



La vergüenza como parte de los sentimientos que se desarrollan al estar al cuidado de un paciente, es un componente de la encuesta realizada, donde el 97 % contestó que nunca y sólo el 2 % que algunas veces.

Tabla 14. siente vergüenza por la conducta de su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	37	97.4
Algunas veces	1	2.6
Total	38	100.0

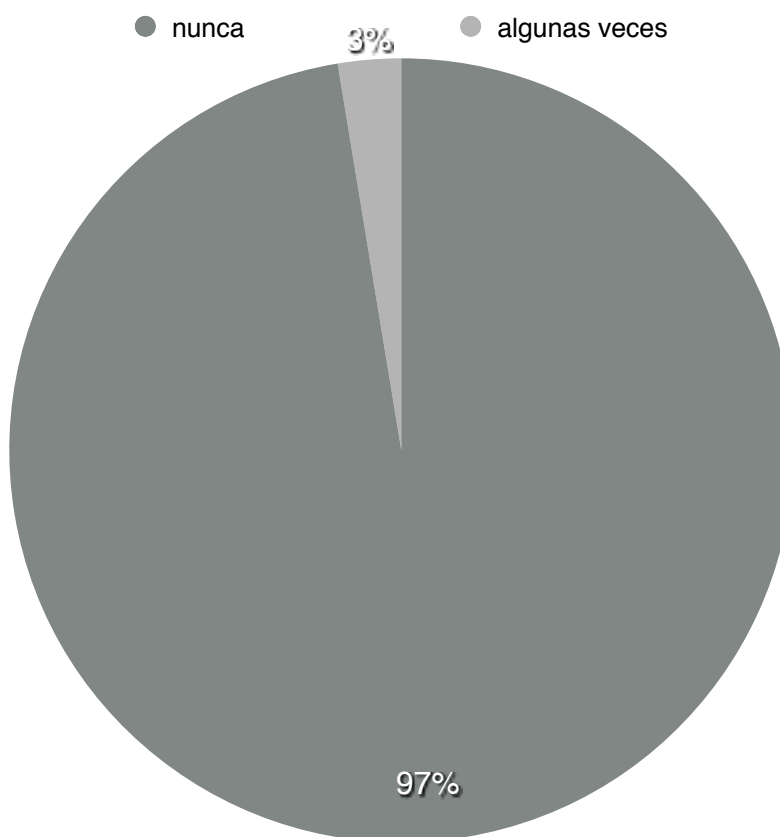


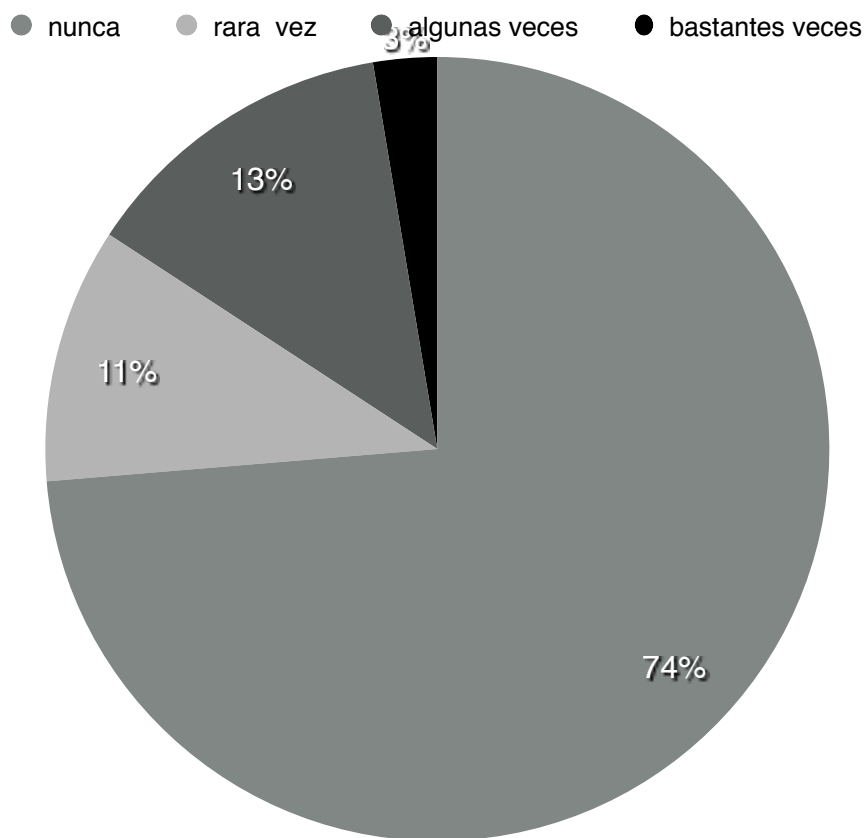
Gráfico 14

Otro de los sentimientos que se deben evaluar es el enfado del cuidador en presencia del familiar al que esta ayudando, teniendo que el 73 % ah referido que nunca y solo el 2 % se ha sentido bastantes veces enfadado con su familiar.

Tabla 15. se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	28	73.7
Rara vez	4	10.5
Algunas veces	5	13.2
Bastantes veces	1	2.6
Total	38	100.0

Gráfico 15



El sistema de la familia y sus subsistemas son los principales afectados al estar al cuidado de un familiar sin importar el parentesco que este tenga, observando que 70% de los cuidadores primarios evaluados no perciben que esto los afecte, 7% menciono que rara vez y el 17 % acepto que algunas veces si lo perciben de esta manera.

Tabla 16. Siente que el cuidar a su familiar afecta la relación con otros miembros de la familiar

	Frecuencia	Porcentajes
Nunca	28	73.7
Rara vez	3	7.9
Algunas veces	7	18.4
Total	38	100.0

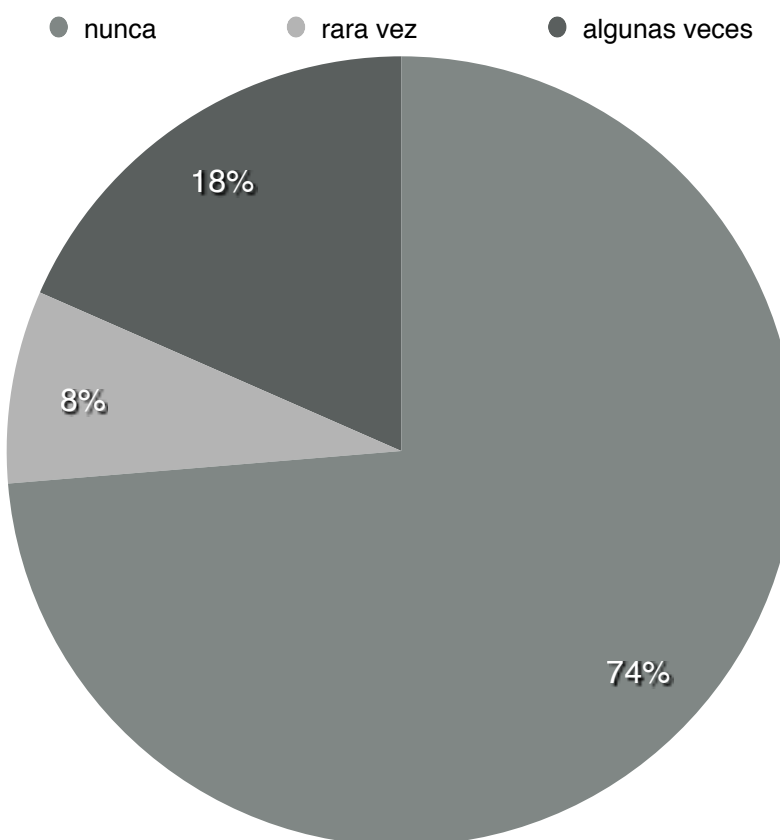


Gráfico 16

Una de las principales preocupaciones que provocan sobrecarga al cuidador primario es el pronóstico de su paciente, evaluándose el miedo por el futuro de su familiar a lo que 73 % refirió que nunca han sentido miedo por el futuro de su familiar, 18 % que algunas veces y 7.9% que rara vez.

Tabla 17. Tiene miedo por el futuro de su familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	28	73.7
Rara vez	3	7.9
Algunas veces	7	18.4
Total	38	100

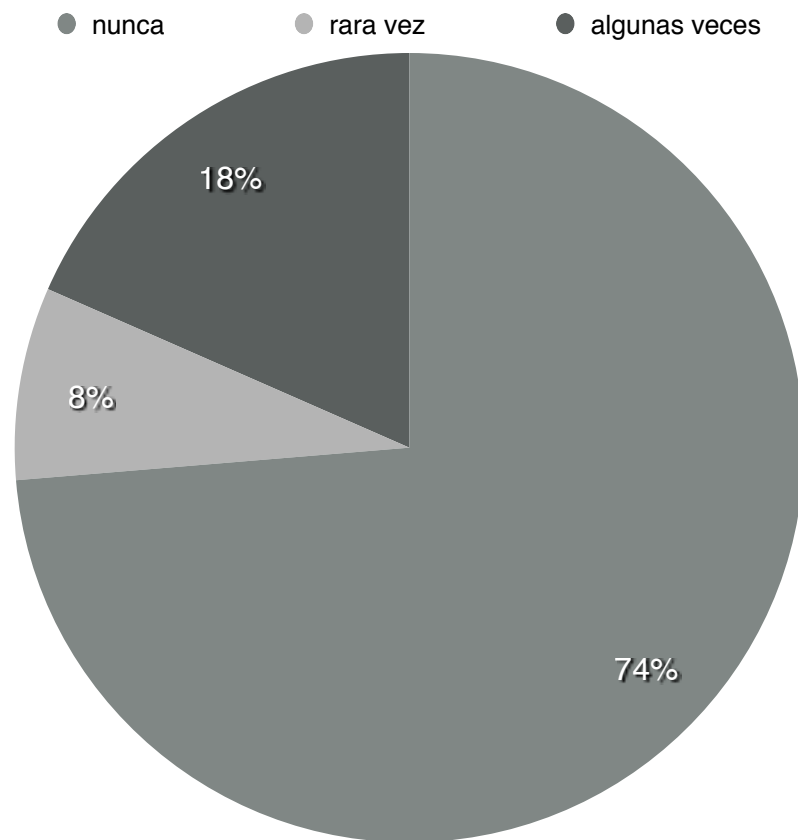


Gráfico 17

Ante la situación de cuidado el sentimiento de que el paciente depende del cuidador es realmente importante para determinar el grado de sobrecarga, de los cuidadores encuestados el 44% respondió que casi siempre, 2% bastantes veces, 18 % algunas veces, 5% rara vez y un 28% no percibe que su familiar dependa de ellos.

Tabla 18. Piensa que su familiar depende de usted

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	28.9
Rara vez	2	5.3
Algunas veces	7	18.4
Bastantes veces	1	2.6
Casi siempre	17	44.7
Total	38	100.0

● nunca ● rara vez ● algunas veces ● bastantes veces
 ● casi siempre

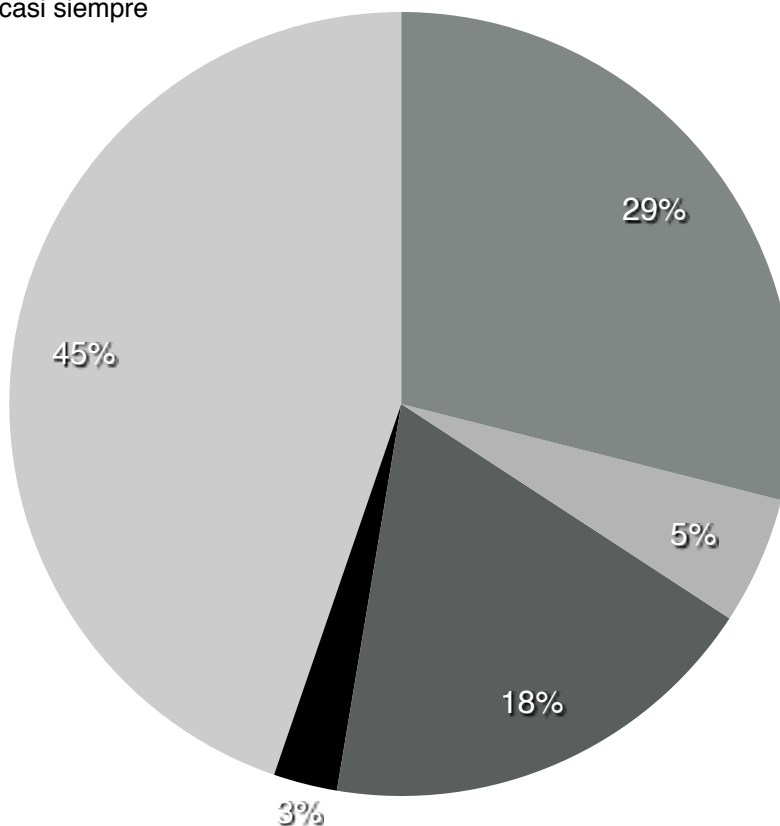


Grafico 18

Al tomar en cuenta a la familia como unidad funcional se vuelve relevante la relación que se guarda entre el cuidador primario y el resto de los integrantes de la familia, la tensión que la situación de estar a cargo de un familiar enfermo, en este caso el 73% refirió que no haberles afectado en las interacciones con los otros miembros de la familia.

Tabla 19. Piensa que al cuidar de su familiar, afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	28	73.7
Rara vez	3	7.9
Algunas veces	7	18.4
Total	38	100.0

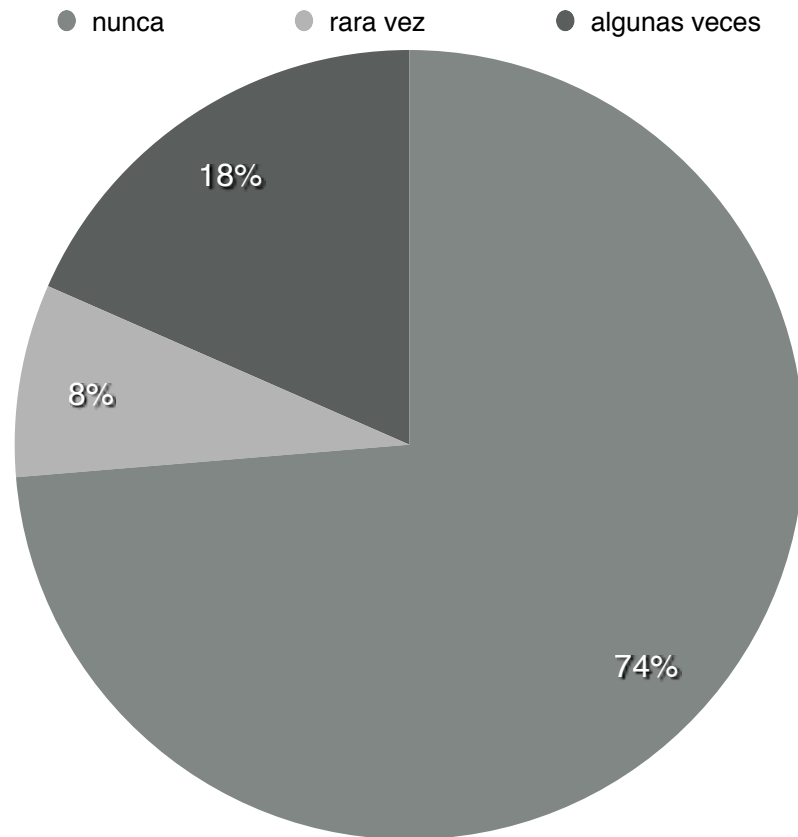


Gráfico 19.

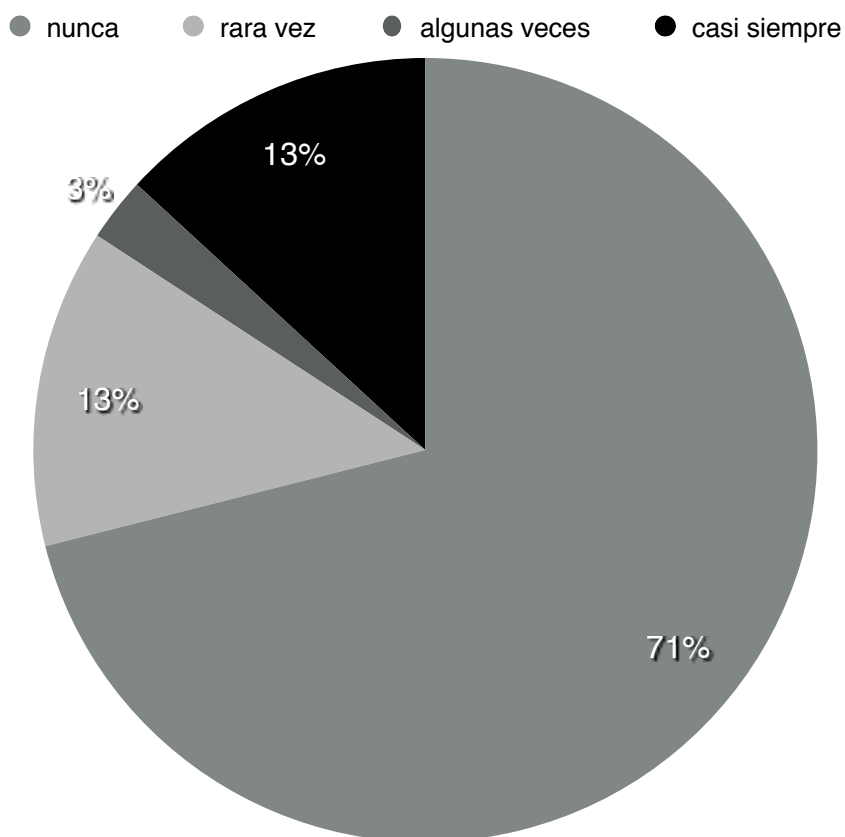
La mayoría de los cuidadores primarios que se refirieron al CASSAAM, se encontraron dentro del grupo erario de 60-69 años, lo que conlleva a pensar que al estar al cuidado de otro familiar podrían estar descuidando su propia salud, respondiendo que no les a afectado nunca 71%, rara vez 13%, algunas veces el 2% y 13% casi siempre.

Tabla 20. Piensa que su estado de salud ha empeorado al estar al cuidado de su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	27	71.1
rara vez	5	13.2
algunas veces	1	2.6
casi siempre	5	13.2
Total	38	100.0

Grafico 20

La situación de la distribución del tiempo y el que se invierte en el cuidado del paciente se

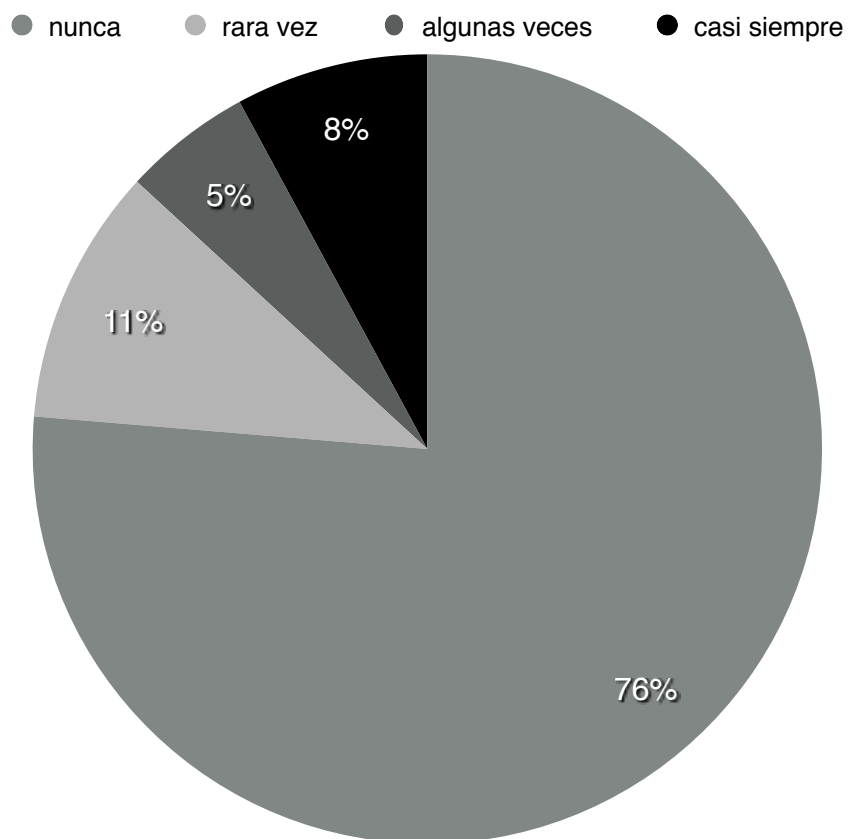


mide con su sentir del cuidador para mantener tanta intimidad como a él le gustaría a lo cual el 76% respondió que no es así, al decir que nunca, 10% que rara vez, 5% algunas veces y el 7% casi siempre.

Tabla 21. Piensa que no tiene intimidad, como le gustaría a causa de cuidar a su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	29	76.3
Rara vez	4	10.5
Algunas veces	2	5.3
Casi siempre	3	7.9
Total	38	100.0

Gráfico 21

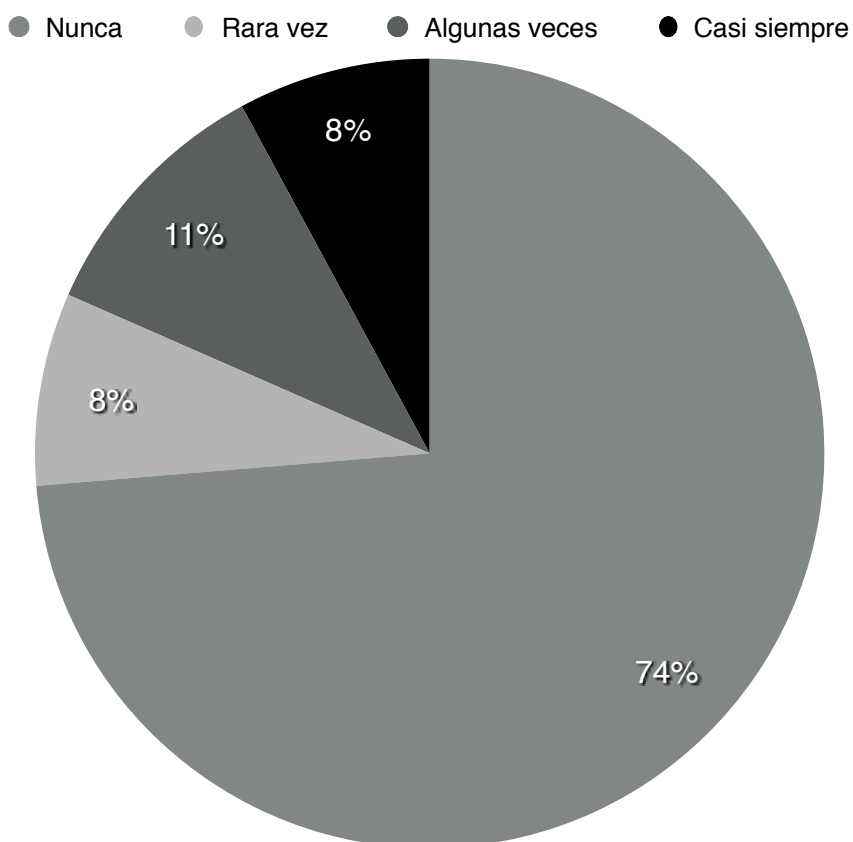


El cuidar a un familiar, es importante no aislarse, para minimizar el estrés que el proceso de enfermedad genera, a lo cual es importante evaluar si el familiar a percibido como una influencia negativa a su vida social, el estar al cuidado de su familiar, teniendo que el 73% refiere que nunca y sólo un 3% casi siempre.

Tabla 22. Piensa que su vida social se ha visto afectada al ser cuidador de su familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	28	73.7
Rara vez	3	7.9
Algunas veces	4	10.5
Casi siempre	3	7.9
Total	38	100.0

Gráfico 22

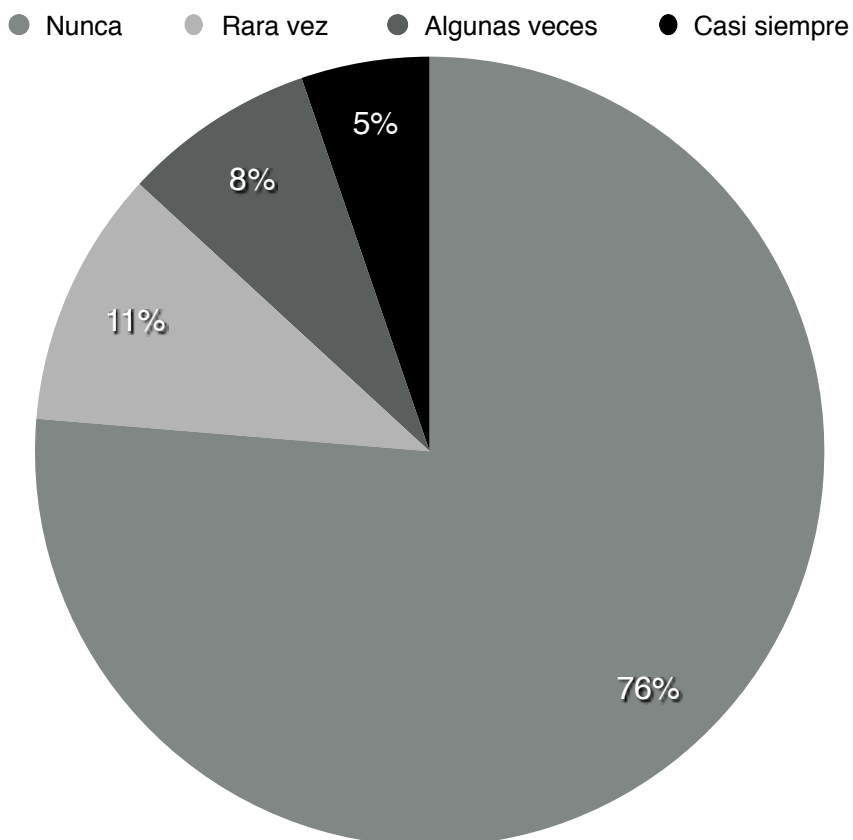


Continuando con la esfera de las redes de apoyo hacia el cuidador primario, para evitar la sobrecarga del cuidador es importante su percepción ante el distanciamiento con sus amistades, el 76% de los cuidadores encuestados, no refiere distanciamiento con sus amistades, y el 5% refiere que casi siempre.

Tabla 23. Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	29	76.3
Rara vez	4	10.5
Algunas veces	3	7.9
Casi siempre	2	5.3
Total	38	100.0

Grafico 23

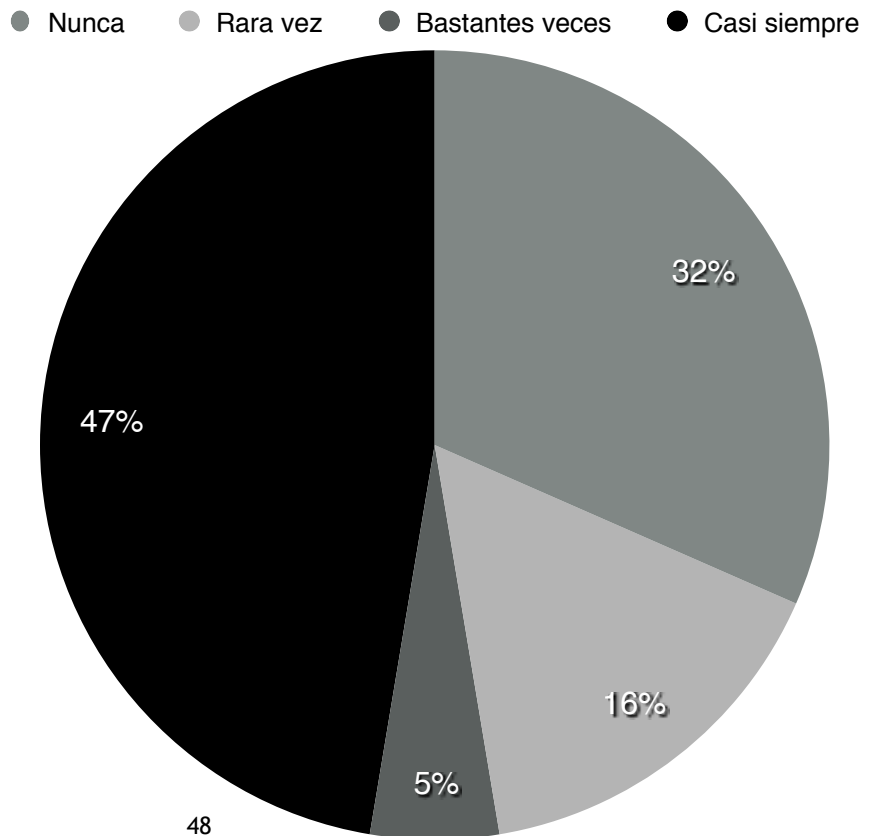


La sobrecarga del cuidador se incrementa al saberse como la única persona que puede estar a cargo de su familiar, mostrandose en el estudio que el 47% de los cuidadores primarios si perciben que su familiar los ve como la única persona que puede cuidarlos.

Tabla 24. Piensa que su familiar lo considera a usted la única persona que lo puede cuidar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	31.6
Rara vez	6	15.8
Bastantes veces	2	5.3
Casi siempre	18	47.4
Total	38	100.0

Gráfico 24



El aspecto económico siempre será un desencadenante de estrés agregado a la salud del familiar a su cuidado, sin embargo cabe mencionar que estamos tratando con una población asegurada, donde el mayor número de ellos mantiene un trabajo formal, lo que se refleja al observarse que el 60% de los cuidadores no sienten que sus ingresos sean insuficientes para realizar el cuidado de su familiar y sus gastos.

Tabla 25. Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos que genera cuidar a su familiar y sus gastos.

	Frecuencia	Porcentajes
Nunca	23	60.5
Rara vez	4	10.5
Algunas veces	3	7.9
Bastantes veces	3	7.9
Casi siempre	5	38
total	38	100.0

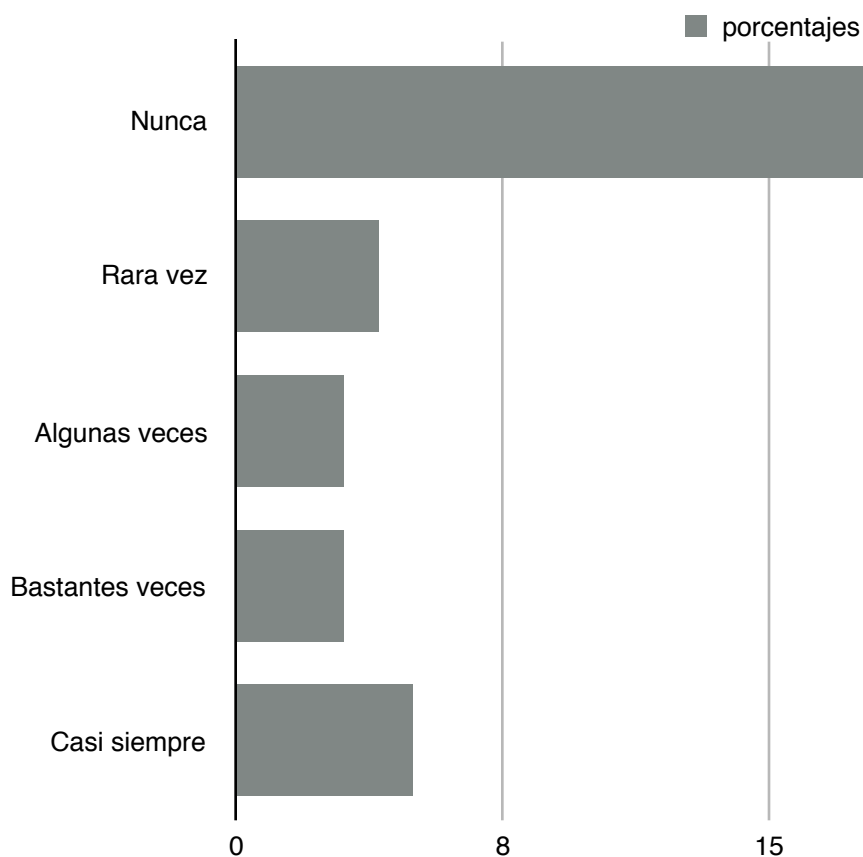


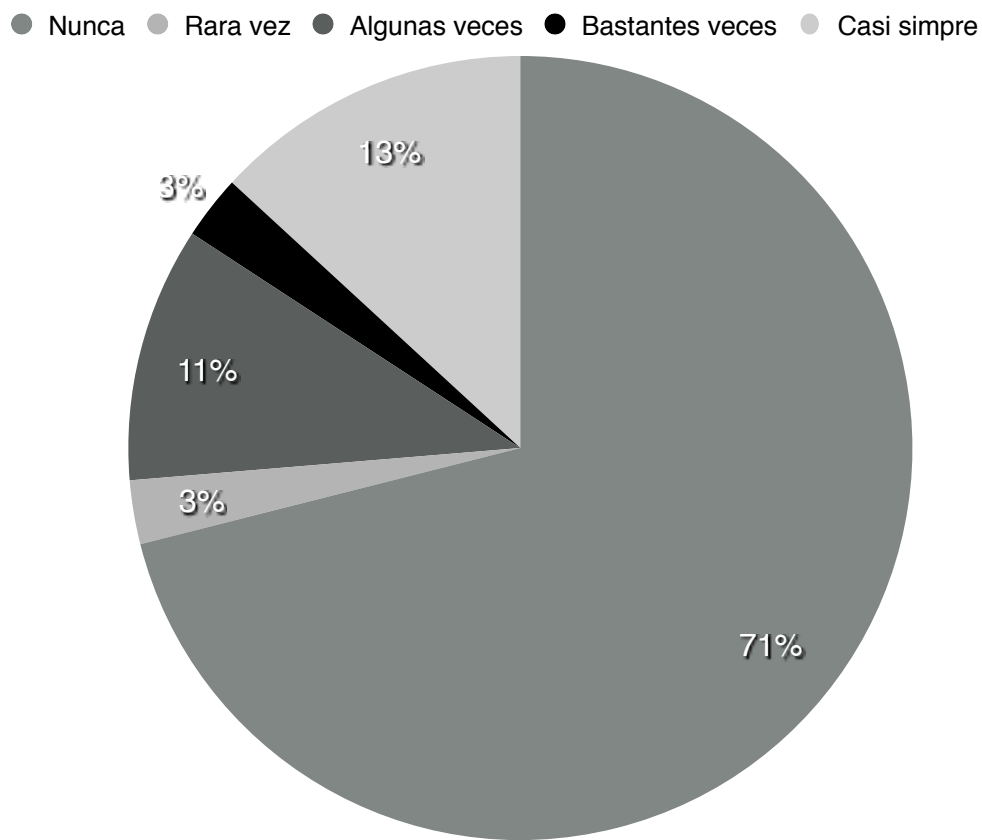
Grafico 25

La escala de Zarit además evalúa como se percibe en un futuro el cuidador ante el poder seguir cuidando a su familiar respondiendo a ello el 71% que nunca piensan en que no puedan continuar cuidándolo, 13% se refiere que casi siempre, 10% algunas veces.

Tabla 26. Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	27	71.1
Rara vez	1	2.6
Algunas veces	4	10.5
Bastantes veces	1	2.6
Casi siempre	5	13.2
Total	38	100.0

Gráfico 26



Se define en el cuidador como percibe el dominio sobre su vida pese a estar a cargo de un familiar, refiriéndose sin afectación un 76% y 10 % con algunas veces.

Tabla 27. Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	29	76.3
Rara vez	2	5.3
Algunas veces	4	10.5
Bastantes veces	1	2.6
Casi siempre	2	5.3
Total	38	100.0

● Nunca ● Rara vez ● Algunas veces ● Bastantes veces ● Casi siempre

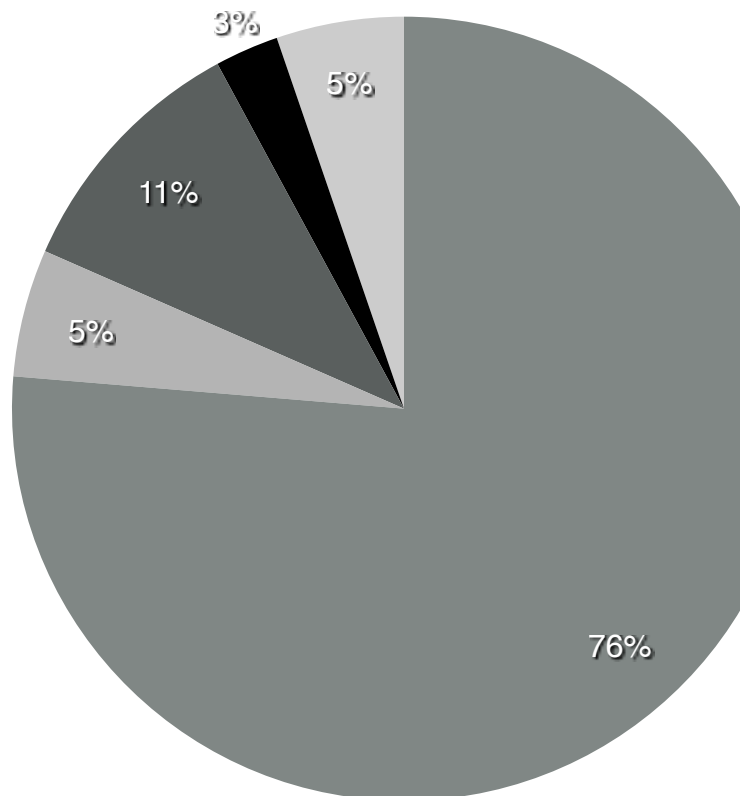


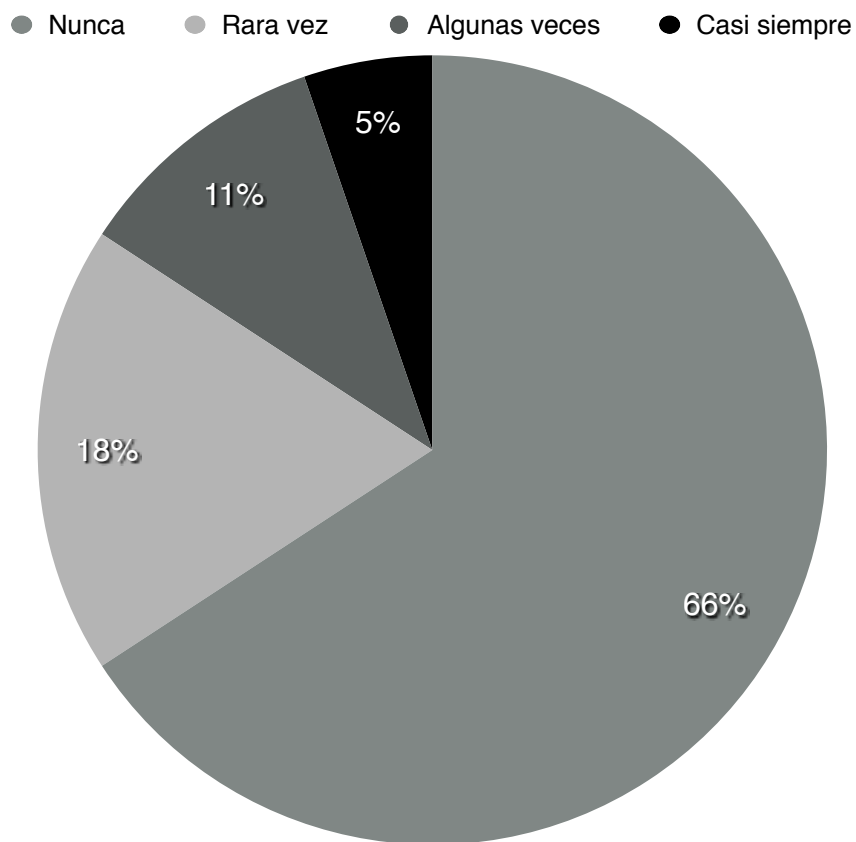
Grafico 27

Cuando el cuidador esta colapsando la idea de dejar de cuidar al familiar es la solución al problema en el caso del estudio, donde los pacientes no muestran dependencia severa, se observó que 65% refiere que nunca a pensado en dejar de cuidarlo, 18 % rara vez, 10% algunas veces y sólo el 5% casi siempre.

Tabla 28. Desearía dejar el cuidado de su familiar a otra persona

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	25	65.8
Rara vez	7	18.4
Algunas veces	4	10.5
Casi siempre	2	5.3
Total	38	100.0

Gráfico 28



Es el estudio los cuidadores no mostraron indecisiones ante el cuidado de su familiar manteniendo una respuesta de nunca el 65%, 15 % algunas veces y 10% casi siempre.

Tabla 29. Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	25	65.3
Rara vez	1	2.6
Algunas veces	6	15.8
Bastantes veces	2	5.3
Casi siempre	4	10.5
Total	38	100.0

● Nunca ● Rara vez ● Algunas veces ● Bastantes veces ● Casi siempre

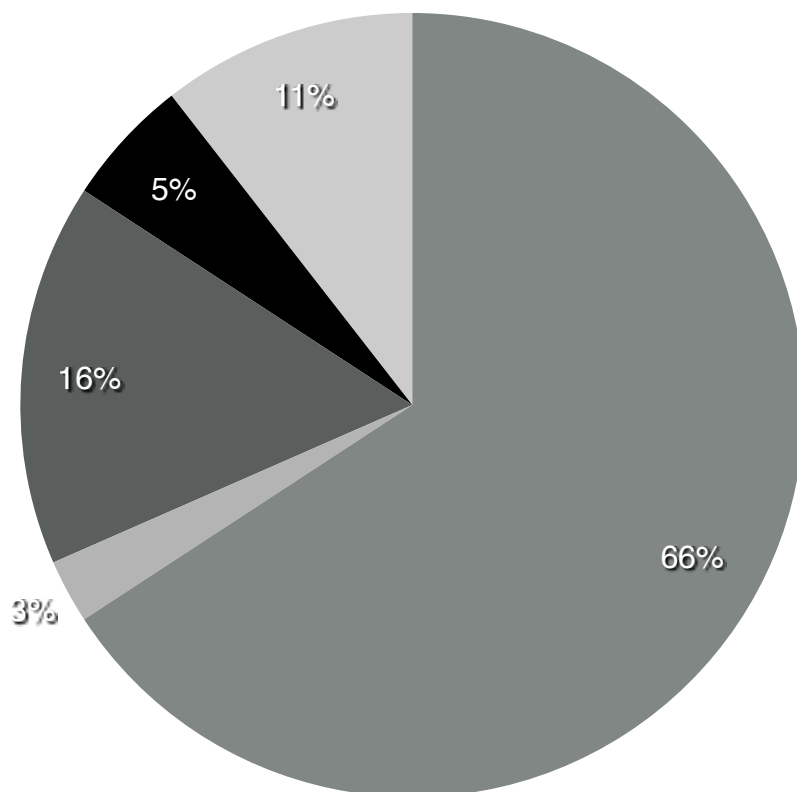


Grafico 29

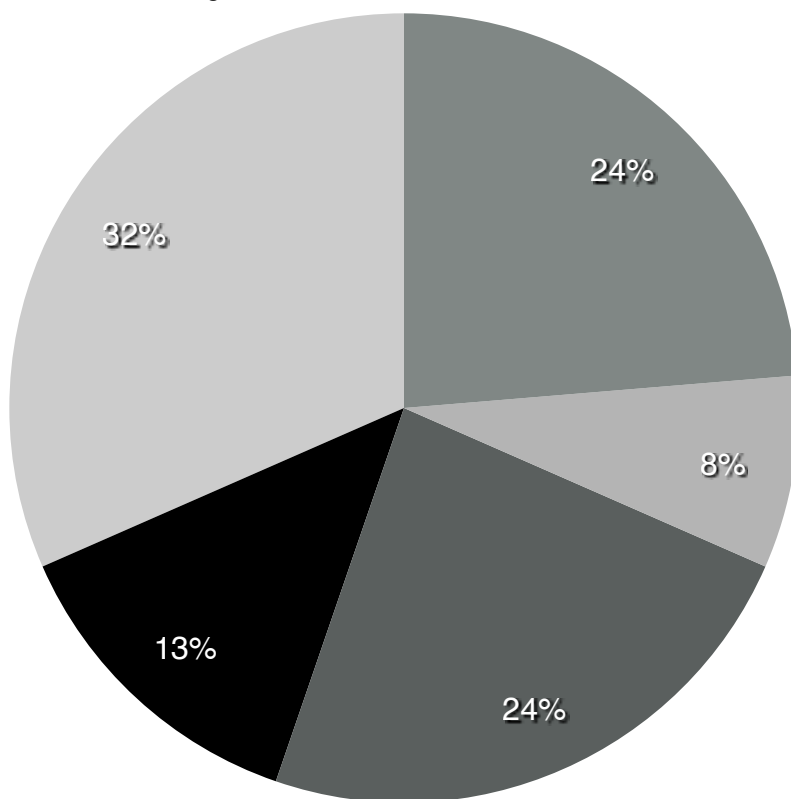
Al estar en analizando una población donde los pacientes a su cuidado no muestran una dependencia severa, y al no sentirse con dificultades en el ámbito social y familiar, sólo el 31% se refirió que pensaba que debería hacer más por su familiar, casi siempre, el 23% nunca y el otro 23% algunas veces.

Tabla 30. Piensa que debería hacer más por su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	23.7
Rara vez	3	7.9
Algunas veces	9	23.7
Bastantes veces	5	13.2
Casi siempre	12	31.6
Total	38	100.0

Gráfico 30

● Nunca ● Rara vez ● Algunas veces ● Bastantes veces ● Casi siempre



En el mismo ámbito el 34% piensa casi siempre que podría cuidar mejor a su familiar, 26 % nunca lo ha pensado así, 21 % rara vez, 10 % bastantes veces y 7% algunas veces.

Tabla 31. Piensa que podría cuidar mejor a su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	10	26.3
Rara vez	8	21.1
Algunas veces	3	7.9
Bastantes veces	4	10.5
Casi siempre	13	34.2
Total	38	100.0

● Nunca ● Rara vez ● Algunas veces ● Bastantes veces ● Casi siempre

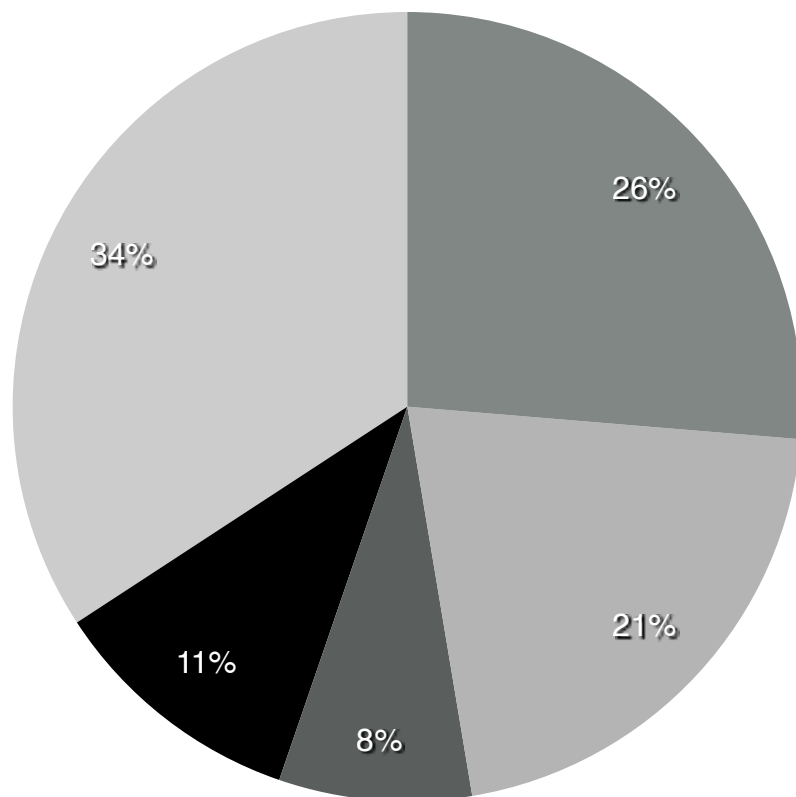


Gráfico 31

Al mismo cuidador se le cuestiono si el sentir que presentaba carga al cuidar a su familiar observadores que 47% nunca lo ha percibido así, 21 % casi siempre, 15% bastantes veces.

Tabla 32. Que grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	18	47.4
Rara vez	3	7.9
Algunas veces	3	7.9
Bastantes veces	6	15.8
Casi siempre	8	21.1
Total	38	100.0

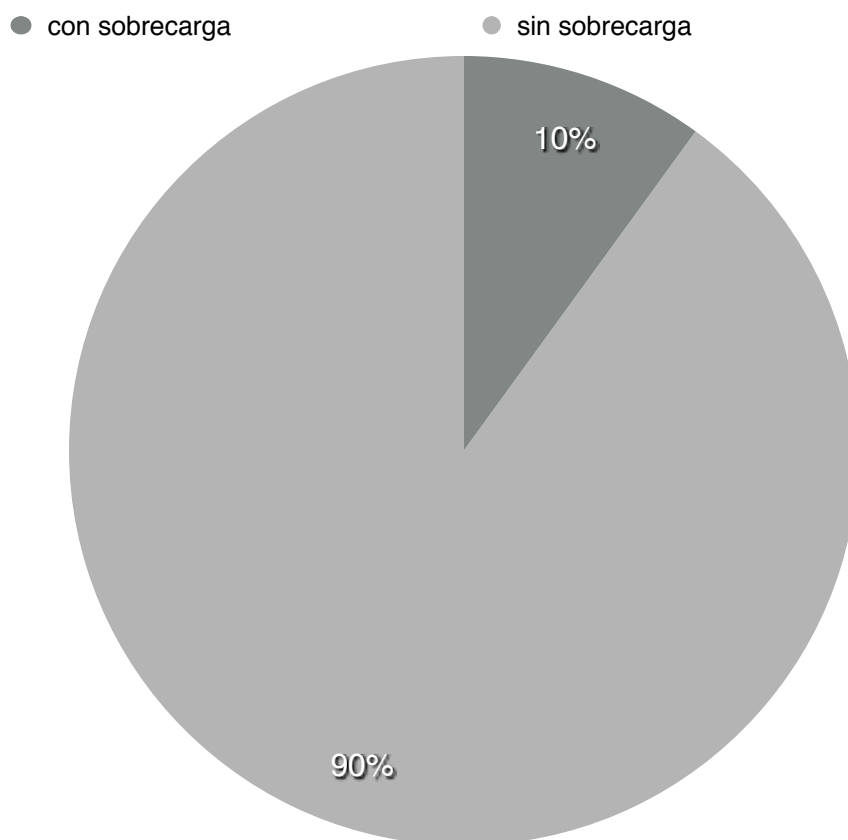


Gráfico 32.

DISCUSION.

En nuestro estudio encontramos que el sexo del cuidador primario en su mayoría fue el sexo femenino en un 84%, datos que son similares a los reportados por Morales Cariño y colaboradores, en el Servicio de Rehabilitación Geriátrica del Instituto Nacional de Rehabilitación, 2006-2007, México, encontrando una frecuencia del 78.2% de cuidadores primarios son del sexo femenino. (4) Lopez Gil reporta una frecuencia del cuidador primario del sexo femenino de 87.8%. (9) Guadalupe Dominguez Sosa y colaboradores en el IMSS, en Tabasco, se encontró que la frecuencia del sexo del cuidador primario fue de 69%. (d). En el trabajo de Elizabeth Flores, en el centro de Salud Familiar Dr. Sabat, Chile, el predominio del sexo del cuidador primario fue el femenino 91%. (4).

Con respecto a los datos sociodemográficos tenemos que el estado civil que predominó en los cuidadores primarios del estudio, fue el estar soltero en un 60.5%, a diferencia de los datos reportados por Flores G y colaboradores donde la mayoría de los cuidadores son casados 50.7% y 31% solteros (23), en el reporte por Morales Cariño EM y cols. donde predominó el estado civil de casado en un 49.3% seguido por solteros en 37.3%(3).

En cuanto a la escolaridad se observó que 31.5% de los cuidadores primarios tuvieron instrucción primaria, datos que concuerdan con los reportados por Dominguez-Sosa, 2008, IMSS, Tabasco con una frecuencia de 38% de cuidadores primarios con educación primaria. (24)

Al estudiar las características de los cuidadores de nuestro grupo de estudio se observó que además de predominar los pacientes del sexo femenino, la grupo de edad que más ejerce la función de cuidador primario se encuentra entre los 60-69 años, en un 39.5% similar a los resultados por el estudio de E.Flores G y colaboradores al referir a un 29-9 % de sus cuidadores como mayores de 65a (23). En el trabajo de López M.J et al. se reportó que tenían una edad media de 57.6 años(9). Dado estos rangos de edad es lógico observar en la muestra un 84.2% como cuidadores portadores de alguna enfermedad crónica degenerativa, Cabe mencionar que el parentesco que en nuestro estudio predominó fueron las hijas en un 85%, resultado que es mayor al reportado en la población del servicio de Rehabilitación Geriátrica donde 58% eran hijas y 17 %hijos seguidos por los esposo 12%, reportado por Morales-Cariño E y colaboradores (3), comparativamente en nuestra muestra 5% eran hijos y 5% esposos.

La frecuencia del síndrome de Sobrecarga observada en nuestro estudio (10%) fue menor que la reportada en los estudios realizados por Dominguez-Sosa, 2008, IMSS, Tabasco con una frecuencia de 15% de cuidadores primarios con sobrecarga intensa y leve (24) Morales Cariño EM y cols., reportaron que 14.5% de sus pacientes presentaban colapso leve y 16.3 % colapso moderado. (4).

Es importante revisar los datos relativos al rol de cuidador como el tiempo que lleva ejerciéndose la función de cuidador, influye directamente en el resultado de este estudio, donde no se mostró sobrecarga del cuidador, y esto se respalda al observar que el 26 % de los cuidadores primarios tenía menos de 5 a con esta función, y 5% tenía más de 20a al cuidado de su familiar, datos que son muy similares a los encontrados en la población analizada por López M.J., et al (9), reportándose que el tiempo medio como cuidador era de 4.2 años. Asociado al tiempo de evolución vemos que la independencia de los pacientes evita que exista la sobrecarga del cuidador presentando en el estudio que 28 pacientes (73.7%) eran totalmente independientes y solo 3 pacientes (7.9%) tenían dependencia moderada según Escala de Barthel.

Al realizar en la investigación el análisis de la Escala de Zarit, como la herramienta que responde a un enfoque subjetivo de la carga o sobrecarga del cuidador primario ante los efectos del cuida-

do, se pudo observar que al estar al manejo de una población con cierto grado de independencia sus cuidadores no presentaron sentimientos de vergüenza, ira, no se perciben con sobrecarga, y esto resulta relevante porque está demostrada su relación con la calidad de vida del mismo y su paciente. Distintos estudios han permitido correlacionar la presencia de sobrecarga con factores clínicos y asistenciales siendo las más importantes la edad, la vulnerabilidad clínica del cuidador y el grado de deterioro funcional y cognitiva del paciente atendido (9).

La sobrecarga del cuidador puede surgir producto de una respuesta multidimensional asociada a estresores financieros, emocionales, sociales, psicológicos y físicos, por lo que en ese sentido los cuidadores pueden ser vulnerables a experimentar sobrecarga en la medida que se incrementa la discapacidad y el impacto se deriva en las actividades de la vida diaria. (22)

Razón por la cual con la escala de Zarit se realiza análisis por medio de sus 22 ítems, logramos evaluar el estado físico y emocional de los cuidadores, tras analizar tres esferas: el impacto del cuidado, la carga interpersonal y las expectativas de autoeficacia, observando que en nuestro estudio al tener a cargo una población que conserva independencia, aun observamos que las actividades de cuidado pueden ser una fuente inagotable de satisfacción personal, sin llevar aun a un estrés emocional ya que el 70% de nuestra muestra no siente que el cuidar a su familiar afecte la relación con sus otros miembros de la familia; el 97% de los cuidadores no ha tenido un sentimiento de vergüenza al estar al cuidado de su familiar y solo el 2% algunas veces; los cuidadores encuestados aceptan que han tenido que dividir su tiempo respondiendo que debido al tiempo que dedican a su familiar no tiene tiempo suficiente para ellos, el 50% si se percibe con menor tiempo, lo cual fue similar al porcentaje de los cuidadores que perciben que su familiar depende de ellos, que fue del 44.7%. Resulta relevante el resultado arrojado por nuestro estudio donde sólo el 10% de los cuidadores presento sobrecarga, lo cual se ve plenamente relacionado al porcentaje de cuidadores que se refirió no sentir miedo por el futuro de su familiar, 73.7% ya que altos niveles de depresión y ansiedad en los cuidadores de los pacientes, así como la reducción de la satisfacción en la vida, incrementa los problemas de salud a nivel psíquico, físico con mayor riesgo de mortalidad en los cuidadores. (22)

Los resultados encontrados en nuestro estudio evidencian que al padecer mayores problemas físicos y psíquicos, el familiar al cual se cuida, hay mayor riesgo de aparición del denominado síndrome de sobrecarga del cuidador, relacionados incluso con un incremento de la mortalidad

CONCLUSIONES:

Los cuidadores primarios de pacientes que mantienen cierto nivel de independencia, según escala de Barthel, tienen un porcentaje bajo de padecer síndrome de sobrecarga del cuidador.

Los resultados demuestran que al no haber dependencia funcional, y no tener a un paciente con inmovilidad, el paciente logra salvaguardar la sobrecarga que conlleva el estrés al estar apoyando al cuidado del familiar, así mismo se observa como factores protectores las características físicas y psicosociales del propio cuidador, como el nivel educativo, por lo que es importante enfocar los programas preventivos a lograr un envejecimiento óptimo, así como al mantenimiento del estado de salud en todos los grupos etarios para mantener la independencia del paciente, incrementar los esfuerzos institucionales para evitar pacientes con síndromes de inmovilidad, evitando la disfunción en el sistema familiar, al generarse sobrecarga en los que resulten ser los cuidadores primarios.

Cabe mencionar que el sexo que con mayor frecuencia ejerce esta acción es el sexo femenino, siendo solo un 15% del sexo masculino, los que llevan a cabo las funciones de cuidador, con una edad promedio del cuidador de 60-69 años, con un 15%, teniendo esto un impacto importante sobre la calidad de vida del cuidador, ya que se observó que 84% de ellos ya padecen alguna enfermedad crónica degenerativa y esto además coincide en la gran mayoría de las familias con estar cursando la etapa normativa de la jubilación, así como de un nido vacío, lo que conlleva a una carga emocional importante aunada a la tarea de volverse el cuidador primario.

Al revisar las características demográficas de los cuidadores encontramos que el 60% eran solteros, ninguno de ellos analfabeta, la gran mayoría con un nivel de estudios de primaria 31%.

Se hace evidente que contar con servicios que promueven la atención del adulto mayor con el objeto de un envejecimiento óptimo con un enfoque gerontológico e integral, logra dar un apoyo familiar, lo que disminuye la sobrecarga en el cuidador primario, previniéndose así la frecuencia de sobrecarga del cuidador primario y con ello se minimizan las consecuencias sobre la salud del paciente.

Lo que es importante mencionar que el estudio sufrió de limitaciones a causa de no ser un programa que admita al grupo de pacientes con inmovilidad o dependencia intensa, lo que genera un sesgo con respecto a la frecuencia de la sobrecarga en el cuidador primario que están enfrentando las familias y generando disfunción en sus subsistemas, siendo un área descubierta por el médico familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social derivando en un área de atención para futuros programas de salud.

Tras lo analizado tanto en nuestra muestra como la no oportunidad de incorporar a la población con dependencia a grupos como CASSAAM es relevante incluir dentro de nuestros programas institucionales un programa de rehabilitación que incluya a la familia y principalmente al cuidador primario, para que se limiten las complicaciones tanto del paciente como en el cuidador, previniendo así la presencia de síndrome del colapso del cuidador y que cuando este se manifieste, se minimize el impacto sobre el paciente. (3)

CRONOGRAMA

AVANCE	Marzo Julio 2014	Agosto 2014	Sept- No- viem- bre 2014 Octu- bre 2015	Sep- tiem- bre Di- ciem- bre 2015	Enero- Febre- ro 2016	Marzo Agosto 2016	Sep- tiem- bre 2016	Octu- bre 2016	No- viem- bre Di- ciem- bre 2016	Enero 2017
Elabora- ción de protocolo	P R									
Registro SIRELCIS		P								
Recopila- ción de datos			P							
Análisis estadístico				P						
Interpre- tación de resultados y conclu- siones					P					
Redacción de la tesis						P				
Envío de la tesis a la CES							P			
Envío de la tesis a la UNAM								P		
Realiza- ción de modifica- ciones									P	
Aceptación por la UNAM										P

Programa- do

P

Realizado

R



BIBLIOGRAFIA:

1. Santiago-Navarro P, Lopez-Mederos O, Lorenzo-Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Rev Aten Prim*. 1999; 24(7): 404-410.
2. Gutiérrez-Robledo L, Ávila-Fematt F, Montaña-Álvarez M. La Geriatria en México. Instituto de Geriatria. Institutos Nacionales de Salud. Secretaría de Salud. México: 2010; V(2):43-48
3. Morales-Cariño E, Enriquez-Sandoval M, Jiménez-Herrera B, Miranda-Duarte A, Serrano-Miranda T. Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartrosis. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2010; 22(3):96-100
4. Morales-Cariño M, Jimenez-Herrera B, Serrano-Miranda T. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Rev Inv Clin*. 2012; 64(3):240-246.
5. Guerra-Silla M. El cuidador de enfermos con demencia. Instituto de Geriatria. p. 250-255.
6. <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/042005.pdf>
7. Dominguez-Sosa G, Zavala-Gonzalez M, De la Cruz-Mendez D, Ramirez-Ramirez M. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Med Vis*. 2010; 23: 28-37.
8. Islas-Salas N, Ramos del B. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*; 2006;19(4):266-271.
9. Lopez-Gil M, Orueta-Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez-Oropesa A, et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009; 2(7):332-334.
10. Vargas-Mendoza J, Sánchez-Sigüenza C. Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 2012;6(1):13-18.
11. Abreu M, Síndrome del "cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enfermer*. 2001; 17(2):107-111.
12. Barrón-Ramirez B, Alvarado-Aguilar S. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*. 2009; 4:39-46
13. Breinbauer-Hayo K, Vazquez H, Mayanz S, Guerra C, Millan T, Validación en Chile de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chile*. 2009; 137:657-665.

14. Mendoza-Martínez L, Rodríguez-García R, Colapso del cuidador. En: Rodríguez R. Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D'Hyver C. Geriatria: México: Mc Graw Hill Interamericana Editores: 2000 p. 224-229
15. Chamorro P, Argoty P, Córdoba E, López L, López A, Caracterización del cuidador principal de pacientes con discapacidad de origen neurológico. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/>
16. Bermejo-Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz-Guzman J, Martínez-Martín P. Mas de cien escalas de Neurología. España: Grupo Grūnental Editores:2008.
17. Norma que establece las disposiciones para operar los programas de: Envejecimiento Activo, Institucional sobre los derechos de las personas con discapacidad y capacitación a personas rehabilitadas. 3000-001-015 (2011).
18. Regueiro- Martínez A, Perez-Vazquez A, Gómara-Villabona S, Ferreiro-Cruz M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. 2007; 39(4): 185-188
19. Zambrano C, Ceballos P. Síndrome de carga del cuidador. Rev. colomb. psiquiat. 2007; Vol. XXXVL(1):26-39.
20. El CASSAAM da una nueva vida a los adultos mayores. Rev IMSS [Internet] 2011; 12, p:28-29.
21. Gámez-Mier C. El adulto mayor debe tener claro que lo que haga hoy le va a servir siempre. Rev IMSS [Internet] 2011; 12, p:22-24.

CUESTIONARIO DE ZARIT

ENTREVISTA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

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

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

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

N o.	AFILIACION	UNIDAD DE PROCEDENCIA	COMPLICACIONES		Escala de Barthel					Escala de Zarit			
			Macro-angiopatías	Micro-angiopatías	DT	DG	DM	DL	I	NS	SL	SI	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

DT: Dependencia Total

DG: Dependencia Grave
I: Independiente

DM: Dependencia Moderada

DL: Dependencia Leve

NS: No sobrecarga

SL: Sobrecarga Leve

SI: Sobrecarga Intensa