



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÒN  
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 "GABRIEL MANCERA"

T E S I S

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y SU  
ASOCIACION CON EL GRADO DE DEPENDENCIA  
FUNCIONAL DEL PACIENTE GERIATRICO”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:  
**MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**DRA. PEÑALOZA VELASCO EVELYN**

**ASESOR DE TESIS:**

**DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCÍA**  
MÉDICO FAMILIAR, COORDINADOR DE PROGRAMAS MÉDICOS,  
DIVISIÒN DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÒN, CMN SXXI

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2017





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.

**Autorización de la Tesis**

**Vo. Bo.**

---

**Dra. Trejo Ruiz Susana  
DIRECTORA DE LA UMF 28 "GABRIEL MANCERA"**

**Vo. Bo.**

---

**Dra. Navarro Susano Lourdes Gabriela  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Vo. Bo.**

---

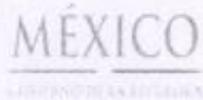
**Dra. Ayala Cordero Elena  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA MÉDICA**

**Vo. Bo.**

---

**Dra. Roy García Ivonne Analí  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---



**Dirección de Prestaciones Médicas**  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



### Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3609** con número de registro **13 CI 09 014 189** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA 1 CARLOS MC GREGOR, D.F. SUR

FECHA **26/10/2016**

**DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA**

**P R E S E N T E**

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

**SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y SU ASOCIACIÓN CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO.**

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 **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3609-61

ATENTAMENTE

**DR.(A). FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **AGRADECIMIENTOS:**

Le agradezco a Dios por haberme dado la mejor bendición de mi vida, al mandarme a uno de sus angelitos, a mi hijo Leonardo Abimael, quien es el motor de mi vida, que día a día me da las fuerzas para levantarme y seguir cumpliendo mis metas, regalándome cada mañana esa sonrisa angelical, que recuerdo cada vez que se me presenta un obstáculo.

A mi esposo Ivan Abimael que nunca me ha dejado caer, que siempre está a mi lado en cada logro, meta y también en las derrotas, gracias amor, por siempre alentarme a ser cada día mejor, gracias por tu gran apoyo, gracias porque me ha enseñado que en la vida todo se puede, siempre y cuando luches por lo que más quieres.

A mi padre Rogelio Peñaloza que me ha enseñado el valor del trabajo, el valor del respeto, gracias papá, por haberme dado lo mejor de mi vida, mi carrera, gracias a tu apoyo y aliento he cumplido mis metas, sin ti nunca lo hubiera concluido.

A mi Madre Columba Velasco, gracias por tu cuidado, por tu amor, gracias por tus consejos, eres el pilar más fuerte de nuestra familia, gracias a ti somos una familia unida, gracias por estar en los momentos más difíciles de embarazo, sin ti nunca lo hubiera concluido.

A mis hermanos Sugey, Columba, Lizbeth, Gustavo, gracias por cada consejo que me han dado, cada regaño, por su apoyo incondicional, gracias por haberme dado una familia ejemplar.

Le agradezco a Sayuri por cuidar de angelito, mientras trabajo.

Agradezco a mis profesores, a la Dra Roy, por ser una guía y un ejemplo profesional, gracias doctora por todo su apoyo, por su tiempo, gracias a usted aprendí a amar a medicina familiar, a tener una visión más amplia, y ver más allá de un "simple" consultorio.

Dra Navarro, le agradezco cada regaño, cada consejo, gracias a usted aprendí mucho en mi vida profesional, gracias por enseñarme a ser humilde, honesta y sobre todo a que no hay nada más importante en la vida que nuestra familia.

Agradezco a la Dra Ayala por ser una gran doctora, humana, sencilla gracias por su apoyo, gracias porque usted también me enseñó a medicina familiar es diferente. A mis amigos Gaby y Cecy que sin ustedes no hubiera terminado mi residencia, gracias por ser un gran apoyo, gracias por haberme aguantado estos tres años y embarazada. Las quiero.

## ÍNDICE

I. Resumen	1
II. Marco teórico	2
III. Antecedentes	7
IV. Justificación	11
V. Pregunta de investigación	13
VI. Objetivo	13
VII. Hipótesis	13
VIII. Material y método	14
IX. Definición y operacionalización de variables	15
X. Método de recolección de datos	19
XI. Procesamiento de datos y análisis estadístico	22
XII. Consideraciones éticas	22
XIII. Recursos humanos, físicos y financieros	23
XIV. Resultados	24
XV. Discusión	29
XVI. Conclusiones	33
XVII. Referencias bibliográficas	34
XIII. Anexos	37

## RESUMEN

### **SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y SU ASOCIACION CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL PACIENTE GERIATRICO.**

Peñaloza –Velasco Evelyn <sup>1</sup>, Roy-García Ivonne Analí <sup>2</sup>

<sup>1</sup> **Consulta Externa, UMF N° 28 “Gabriel Mancera”,** <sup>2</sup> **Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar N° 28 “Gabriel Mancera”.**

**Introducción:** La transición demográfica, epidemiológica y social ha generado cambios significativos en las condiciones de vida, según la OMS estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años. La proporción de personas de edad seguirá aumentando durante las próximas décadas (3,4). Alrededor del 14% de las personas de 65 y más años necesitan asistencia para bañarse, vestirse, preparar sus comidas y hacer sus compras. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, el 26% de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia. (8) Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir para el área sanitaria un paciente "oculto" o "desconocido", que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador.

**Pregunta de investigación:** ¿Existe asociación entre el grado de dependencia funcional y el grado de sobrecarga del cuidador primario en adultos mayores?

**Hipótesis:** Existe asociación entre el grado de dependencia funcional y el grado de sobrecarga del cuidador primario en adultos mayores. El puntaje de sobrecarga del cuidador es mayor en los cuidadores de pacientes con dependencia funcional.

**Objetivo general:** Determinar la asociación entre el grado de dependencia funcional y el puntaje de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal, analítico, que se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar #28 “Gabriel Mancera”, en pacientes con dependencia funcional y sus cuidadores, los cuales acuden a la consulta externa; en el período comprendido de Octubre-Enero del 2016-2017, se captaron en la sala de espera a los pacientes mayores de 60 años, que cumplieron con los criterios de inclusión, se les invitó a participar y aquellos que si aceptaron se les entregó consentimiento informado y el cuestionario de actividades básicas de la vida diaria de Barthell, el índice de Lawton-Brady para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, un cuestionario sobre datos sociodemográficos y el instrumento de escala de sobrecarga de Zarit.

**Resultados:** En el presente estudio se incluyeron 96 cuidadores de pacientes con algún grado de limitación. Encontrando en la población de cuidadores el 59% son del sexo femenino y 41% masculino. En los pacientes la distribución fue muy semejante entre ambos sexos con el 52% del sexo femenino y 48% masculino. **Se** observó los puntajes de sobrecarga a partir del instrumento Zarit, observándose un puntaje de 43 (42, 46) en los pacientes independientes Vs 38.50 (37, 69.25), observándose una diferencia significativa entre ambos grupos,  $p=0.017$ . Y de acuerdo al grado de dependencia en AIVD observándose un puntaje de 43 (42, 46) en los pacientes independientes Vs 63 (40, 70), observándose diferencias, las cuales no son estadísticamente significativas y las diferencias observadas sean solo debidas al azar  $p=0.710$ .

**Conclusiones:** No hay asociación entre el puntaje de Zarit y el grado de dependencia, mostrando que son variables independientes, lo cual hace necesario futuras investigaciones en las cuales se incluyan otras variables de confusión como la presencia de depresión en el cuidador, redes de apoyo así como la ocupación del cuidador o el número de horas que amerita de cuidados el paciente. Es necesario incrementar el tamaño de muestra especialmente en pacientes con dependencia grave, ya que al tener una muestra tan pequeña incrementa las posibilidades de cometer un error tipo II y asumir no asociación cuando en realidad si la hay.

**Palabras clave:** sobrecarga del cuidador primario, dependencia funcional, adulto mayor.

## MARCO TEORICO

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera adultos mayores, a aquellas personas que tienen 60 años o más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población regional y las condiciones presentes en el envejecimiento. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera que el envejecimiento es un destello de la superación del proceso evolutivo humano, pues es la consecuencia de la disminución de la mortalidad (fusionada con la disminución de la fertilidad) y una gran supervivencia. En nuestro país se consideran adultos mayores las personas de 60 años o más (1,2).

La transición demográfica, epidemiológica y social ha generado cambios significativos en las condiciones de vida, según la OMS estima que en el mundo hay unos 605 millones de personas de más de 60 años. La proporción de personas de edad seguirá aumentando durante las próximas décadas. Para el año 2025 se estima que habrá 1.200 millones de adultos mayores en todo el mundo y dos de cada tres vivirán en países en desarrollo (1).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), los adultos mayores de 60 años o más de edad del país representaron 6,2% de la población en 1990, 9.1% en 2010 y según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que para 2050 este porcentaje ascienda a 21.5% (3,4).

Junto el envejecimiento poblacional existe un incremento de las enfermedades crónico degenerativas las cuales se asocian a un incremento de las discapacidades inmediatas y severas secundarias, como ejemplo tenemos a la condicionada por la fractura de cadera o accidentes cerebrovasculares que van disminuyendo la capacidad de los adultos mayores de cuidarse a sí mismos.

Alrededor del 14% de las personas de 65 y más años necesitan asistencia para bañarse, vestirse, preparar sus comidas y hacer sus compras. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, el 26% de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia.

La dependencia es la situación de una persona que no puede valerse por sí misma, es un estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual tiene la necesidad de asistencia y/o ayuda importante a fin de realizar actividades de la vida diaria como vestirse, alimentarse, bañarse, caminar, entre otras. (5, 6,7)

Existen 5 tipos de dependencia que son: psicológica, mental, económica, social. Funcional.

Dependencia psicológica. Esta dependencia sucede cuando una persona solicita o acepta de manera pasiva o activa la ayuda de los demás, aun cuando no la requiera.

Dependencia mental: Los cambios propios del envejecimiento pueden alterar la función cognoscitiva de los ancianos y conducirlos al deterioro cognitivo leve o a la demencia, entre otros.

Dependencia económica: En base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la secretaria de desarrollo social (SEDESOL) estableció que tan solo 26,45% de adultos mayores de 65 años de edad contaban con una jubilación contributiva.

Dependencia social; es aquella en que los factores pueden ser de múltiple naturaleza, la pérdida o modificaciones en los valores individuales, las transformaciones en las prácticas culturales, las modificaciones en la familia y ruptura del tejido social.

Dependencia funcional: incapacidad para efectuar actividades básicas de la vida diaria, (ABVD) como vestirse, alimentarse, bañarse, caminar, entre otras y de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como hacer compras o ir al mercado, preparar comida caliente, manejar dinero, tomar los medicamentos (8).

De acuerdo con los resultados de un estudio realizado en el departamento de geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán encontraron que respecto a las comorbilidades crónicas, las más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica (43%), caídas (42.9%) y depresión

(42.8%), otros datos obtenidos en el análisis estadístico, de los 4 862 entrevistados, las enfermedades crónicas que se relacionan con dependencia funcional fueron la enfermedad vascular cerebral (7.4%), la depresión(42.9%) y la artropatía(26.2%); además del deterioro cognitivo (15%). (9)

Con el progresivo envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas se incrementa el grado de dependencia física o psíquica, lo cual ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos (10).

La escala de Lawton-Brody fue creada en adultos mayores para valorar autonomía física y actividades instrumentales de la vida. Valora 8 rubros, si un paciente presenta menor rendimiento funcional, o incapacidad funcional, tiene mayor riesgo de muerte en los próximos 2-5 años (11).

El índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (12).

Los cuidadores son definidos como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones (13).

Dentro del sistema de salud se han identificado dos tipos de cuidadores: los formales ubicados dentro del Sistema Institucional y los llamados informales insertados en el Sistema Doméstico de cuidado de la Salud. El cuidador informal se define a partir de dos características:

- 1) "no es remunerado" lo cual le hace parecer con demasiada frecuencia como un tipo de cuidado "no válido"
- 2) se desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares

Los cuidadores informales, a su vez, se dividen en primarios y secundarios, la diferencia entre estos es el grado de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidar al mismo; en este contexto, 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”, mientras que el secundario sólo es el relevo. Así mismo, organizan su vida en función del enfermo y los cuidados proporcionados tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. (14)

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global (15).

El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija, que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntaria. Los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, baja autoestima e insatisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado (16).

Robinson, clasificó a la sobrecarga experimentada por el cuidador principal como objetiva y subjetiva; la primera se refiere al desempeño de las tareas de cuidado, como por ejemplo, bañar al enfermo todos los días, alimentar, evitar riesgos con

utensilios con los que pueda autolesionarse y la sobrecarga subjetiva representa el plano de los sentimientos y emociones que le provocan dicha labor de cuidado.

La sobrecarga del cuidador ha sido definida por diversos modelos sociales, de los cuales se han destacado tres modelos basados en a) la relación sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente, según las dificultades que se presentan para resolverlas; b) el empleo de instrumentos no específicos, que miden dimensiones como calidad de vida, o presencia de síndromes psicopatológicos, como ansiedad, depresión o escalas de calidad de vida; c) el derivado de la teoría general del estrés, donde el cuidador tiene que enfrentarse a determinados factores de tensión y su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos, especialmente el impacto emocional (17).

Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas, una de las más utilizadas es la escala Zarit Burden Interview, que considera factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados, por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar.

Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir para el área sanitaria un paciente "oculto" o "desconocido", que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador.

A la combinación de problemas mentales, sociales, económicos y físicos en los cuidadores de sujetos enfermos o dependientes se le considera sobrecarga del cuidador (18).

Los cuidadores primarios proporcionan hasta un 90% el cuidado en el hogar a largo plazo, En 2009, se estima en Estados Unidos, que hay 43.5 millones (66%)

cuidadores primarios de personas geriátricas, la falta de apoyo formal para los cuidadores han aumentado la prevalencia de sobrecarga del cuidador.

En estados unidos se demostró que el 32% de los cuidadores tienen una sobrecarga intensa y el 19% sobrecarga leve (19).

### **ANTECEDENTES:**

Kim H y colaboradores (20), en Estados Unidos, realizaron un análisis transversal de correlación en 302 sujetos mayores de 18 años y sus cuidadores, con el objetivo de investigar los predictores multidimensionales asociados con la carga del cuidador. Los datos fueron obtenidos por medio de una entrevista telefónica, la sobre carga del cuidador se midió mediante autoinforme, con tres preguntas que evalúan la tensión física, el estrés emocional y dificultad financiera. El estado funcional de los pacientes fue evaluada por las escalas Katz, Lawton y Brody. Encontrando que a mayor limitación en las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria de los pacientes, sus cuidadores presentaban mayor carga, con  $r$  de Pearson ( $r$ ) de 0.27 y  $r= 0.46$  respectivamente, ambas con  $p < 0.01$ . Otros factores evaluados fueron cuidadores con edad mayor a 18 años, ( $r =0.13$ ,  $P < 0.05$ ), femenino, ( $r =0.13$ ,  $P < 0.05$ ), cónyuge ( $r =0.23$ ,  $P <0.01$ ) que viviera en la misma casa ( $r =0.34$ ,  $P < 0.01$ ).

Kim SW y colaboradores (21), en Korea realizaron un estudio en 484 sujetos mayores de 65 años y sus cuidadores con el objetivo de investigar los factores asociados con la carga del cuidador según el nivel de discapacidad y la función cognitiva. La medición de la carga del cuidador se realizó con la versión coreana de la Escala de Sobrecarga de Zarit, la función cognitiva se midió usando la versión coreana de Mini Mental. Se evaluó la dependencia funcional con la versión coreana de las Actividades instrumentales de la vida diaria. Se clasificaron en 2 grupos a los pacientes, en aquellos con o sin deterioro cognitivo y aquellos con o sin deterioro funcional. En el grupo sin deterioro cognitivo, el agotamiento del cuidador se asoció significativamente con características de los pacientes como síntomas de depresión, alcoholismo y deterioro en las actividades de la vida

diaria. En aquellos con deterioro cognitivo, el agotamiento del cuidador se asocia tanto con el estado del paciente (Síntomas depresivos y deterioro AIVD) y las características del cuidador (un cuidador del niño, menor apoyo social, y ambiente urbano).

En Irlanda Gallagher y colaboradores (22), realizaron un estudio en 100 pacientes el 61% eran mujeres y 68% de los pacientes tenían cuidadores conyugales; mayores de 50 años con enfermedad de Alzheimer o deterioro cognitivo y sus cuidadores, con el objetivo de describir la relación entre la dependencia y otras variables del paciente, para determinar el valor como predictores de la sobrecarga del cuidador. La función del paciente se evaluó con instrumento para la Evaluación de Discapacidad para la demencia, el cual evalúa 10 actividades de la vida diaria e incluye 6 actividades instrumentales de la vida diaria y la dependencia con la “escala de dependencia”, la cual es una medida de 13 ítems que se administra a un cuidador bien informado y hace pregunta en relación con diferentes niveles de dependencia. La sobrecarga del cuidador se midió con el inventario de carga del cuidador de Zarit. Encontrando que la dependencia se correlacionó significativamente con la carga del cuidador ( $\rho = -0.38$ ,  $P < .001$ ), el declive funcional ( $\rho = -0.58$ ,  $P < .001$ ), y dependencia ( $\rho = 0.52$ ,  $P < .001$ ), horas de atención (horas totales del cuidador) ( $\rho = 0.33$ ;  $P < 0.001$ ), y los síntomas neuropsiquiátricos ( $\rho = 0.52$ ,  $P < 0.001$ ), tuvieron mayor nivel predictivo de la carga del cuidador en pacientes con deterioro leve mientras que los síntomas conductuales fueron más predictivo en pacientes con enfermedad moderada a grave.

En Corea Lim YM y colaboradores (23), realizaron un estudio en 83 pacientes y sus cuidadores, con el objetivo de probar un modelo causal para explicar la carga de los cuidadores, utilizando el instrumento K-PADL para ver dependencia en las actividades físicas de la vida diaria, K-CWOB para medir el nivel de sobrecarga del cuidador y Mini Mental para deterioro cognitivo. Encontrando que el deterioro cognitivo y la dependencia en actividades físicas de la vida diaria, tuvieron una influencia indirecta sobre la carga del cuidador.

En Argentina Rosina-Nardi y colaboradores (24), realizaron un estudio en 178 adultos mayores y sus cuidadores con el objetivo de identificar la asociación entre la capacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. Se utilizó la Medida de Independencia Funcional para evaluar la capacidad funcional del adulto mayor y la Zarit Burden Interview para evaluar la sobrecarga del cuidador, En relación a los cuidadores familiares de este estudio, la mayoría era del sexo femenino (90,4%), hijas (48,8%), casados (76,4%) con promedio de edad 56,7 años  $\pm$  (13,7), siendo 21 años la edad mínima y de 85 años la edad máxima. Se identificó, en este estudio, que 45,4% de los cuidadores tenían más de 60 años. Al analizar la edad del cuidador en relación a la edad del anciano, la prueba de asociación por el Chi-cuadrado reveló asociación significativa ( $p < 0,05$ ), constatándose que cuidadores más viejos cuidan, en mayor proporción, ancianos más viejos.

La aplicación de la escala de Zarit produjo resultados con buena consistencia interna evaluada por el Alpha de Cronbach que alcanzó 0,80. La sobrecarga se presentó con promedio de 30,6  $\pm$  ( 13). Cuando la sobrecarga y el sexo del cuidador fueron asociados, revelaron resultado estadísticamente significativos en la sobrecarga en relación al sexo, en la cual las mujeres refirieron mayores sobrecargas que los hombres ( $p < 0,005$ ). Encontrando que en los cuidadores que están asistiendo ancianos clasificados como independientes presentan menor sobrecarga.

En otro estudio realizado en México por Rodríguez-Medina y colaboradores (25), cuyo objetivo fue identificar la relación entre el nivel de sobrecarga subjetiva del agente de cuidador y el nivel de dependencia funcional del adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa, el cual incluyó a 90 pacientes y su cuidadores. Se midió en los pacientes el nivel de dependencia funcional con el Índice de Barthel, y en el cuidador, se utilizó para medir el nivel de sobrecarga subjetiva, la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit. ;(Prueba exacta de Fisher=.015). Para la prueba de hipótesis se obtuvo el coeficiente de correlación rho de Spearman, encontrando una correlación negativa entre las variables de estudio de -0.46,

$p < 0.05$ . Se encontró en este estudio que a medida que aumentaba el grado de dependencia se incrementó el porcentaje de sobrecarga intensa. En el perfil sociodemográfico de los agentes de cuidado dependiente, se encontró una edad promedio de  $53.8 \pm 15.2$ , y un rango de edad entre 20 y 87 años. Predominó el sexo femenino (80%), son amas de casa (73.3%), casadas (88.9%), hijas (48.9%) y cónyuge del adulto mayor (40%).

En Canadá, Guerrière D y colaboradores (26), realizaron un estudio en 327 pacientes bajo tratamiento paliativo, y en sus cuidadores, con el objetivo de identificar algunos factores asociados a la carga del cuidador en cuidadores de pacientes inscritos en cuidados paliativos. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas telefónicas, se utilizó la Escala de carga del cuidador en el final de su vida de atención (CBS-EOLC); el registro ambulatorio y cuidado del hogar (AHCR); y la Escala de funcionamiento paliativos (PPS), siendo la dependencia funcional medida por PPS el predictor más fuerte de la carga del cuidador.

## JUSTIFICACIÓN

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), los adultos mayores de 60 años o más de edad del país representaron 6,2% de la población en 1990, 9.1% en 2010 y según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), se estima que para 2050 este porcentaje ascienda a 21.5%.

Alrededor del 14% de las personas de 65 y más años necesitan asistencia para bañarse, vestirse, preparar sus comidas y hacer sus compras. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, el 26% de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia. Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padece algún tipo de discapacidad y sufre las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, además, el avance en la transición demográfica y la carencia de apoyo formal, provocará que eventualmente se requiera más del apoyo de cuidadores informales.

Según en un estudio realizado en el departamento de geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán encontraron que respecto a las comorbilidades crónicas, las más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica (43%), caídas (42.9%) y depresión (42.8%), otros datos obtenidos en el análisis estadístico, de los 4 862 entrevistados, las enfermedades crónicas que se relacionan con dependencia funcional fueron la enfermedad vascular cerebral (7.4%), la depresión (42.9%) y la artropatía(26.2%); además del deterioro cognitivo (15%).

El desarrollo de los países ha traído consigo un aumento en la esperanza de vida de la población, lo que ha incrementado el número de adultos mayores. Esto ha modificado el comportamiento de las enfermedades en las poblaciones, con un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas. Lamentablemente la mayor parte de estos sujetos no tendrán un envejecimiento saludable, lo cual les condicionará el ser dependientes de un cuidador.

En Estados Unidos se ha encontrado que hasta el 32% de los cuidadores, presentan un alto grado de colapso, mientras que el 19% presentan colapso

moderado. Dentro de las principales consecuencias del colapso del cuidador se encuentra el deterioro de su propia salud, el cual repercutirá de manera significativa, presentando problemas de salud, físicos, mentales, sociales e impacto económico, y a su vez de la salud del paciente cuidado.

Los cuidadores asisten al enfermo en una o más actividades básicas (comer, ir al baño, vestirse, continencia, aseo y traslados), así como en cuatro a cinco actividades instrumentadas en promedio, además de soporte médico como: administración de medicamentos, curaciones, nutrición y recursos, traslado a citas médicas, toma de decisiones, movilización, rehabilitación, entre muchas otras actividades, al mismo tiempo, brindan apoyo emocional y confort que demandan los pacientes. Para poder proveer este cuidado el promedio de tiempo que invierten es de 10.9 horas al día, por consiguiente, los cuidadores requieren modificar sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral, llevando a un círculo vicioso en la dinámica entre el cuidador y el cuidado en un aspecto negativo. Los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, baja autoestima e insatisfacción del trabajo realizado y así padecer enfermedades como ansiedad, depresión, lumbalgias, trastornos del sueño, obesidad, trastornos gástricos.

El estado de salud del derechohabiente geriátrico que presenta un grado de dependencia funcional, está dado en gran parte, por el cuidado y la atención proporcionada por parte de su cuidador, la cual se ve mermada cuando este no se encuentra en condiciones óptimas para brindar este apoyo.

Con este estudio se pretende conocer la asociación entre dependencia funcional y la sobrecarga del cuidador, y los factores asociados que se encuentran involucrados, lo cual permitirá crear estrategias que ayuden a prevenir el síndrome de desgaste del cuidador y por ende ayudara a mejorar la salud del paciente que depende de manera parcia o total de dicho cuidador.

Esto impactara de forma positiva en la salud tanto del cuidador como del paciente geriátrico, lo cual impactara en la disminución de costos al IMSS por complicaciones o deterioro del paciente originado del mal cuidado que podría recibir, así como en caso de ser el cuidador derechohabiente se prevendrá en este la aparición de patologías derivadas de su papel como cuidador las cuales tendrían que ser tratadas por el IMSS.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Existe asociación entre el grado de dependencia funcional y el puntaje de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores?

**Objetivo general:** Determinar la asociación entre el grado de dependencia funcional y el puntaje de sobrecarga del cuidador primario en adultos mayores.

### **Objetivos específicos:**

1. Determinar la frecuencia de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores a través del instrumento Zarit.
2. Determinar las características generales asociadas a la sobrecarga del cuidador primario (Edad, sexo, parentesco, grado de escolaridad).
3. Determinar si existe diferencia entre el tipo de dependencia funcional y el grado de sobrecarga del cuidador.

**Hipótesis:** Existe asociación entre el grado de dependencia funcional y el puntaje de sobrecarga del cuidador primario en adultos mayores. El puntaje de sobrecarga del cuidador es mayor en los cuidadores de pacientes mayores con dependencia funcional.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de diseño:** Trasversal, analítico

**Población de estudio:** Sujetos mayores de 18 años cuidadores primarios de pacientes geriátricos.

Pacientes mayores o igual a 60 años de edad que tengan un cuidador primario.

**Tiempo:** Del 1 de Octubre de 2016 a 31 de enero de 2017, posterior a la aprobación por el SIRELCIS.

**Lugar:** Unidad de Medicina Familiar # 28 "Gabriel Mancera"

### **Criterios de Selección:**

Inclusión:

Sujetos mayores de 18 años de ambos sexos, que se desempeñen como cuidadores primarios de pacientes geriátricos adscritos al servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 28 "Gabriel Mancera", con más de 6 meses de ser cuidadores.

Exclusión:

Sujetos que sean cuidadores de más de 1 paciente, sujetos con algún tipo de trastorno mental, como ansiedad y depresión ya diagnosticadas.

Eliminación: Pacientes que no acepten participar en el estudio, que no cuenten con cuestionario completo.

### **Muestreo:**

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra, mediante la fórmula de diferencia de medias, considerando un puntaje en el instrumento Zarit para sobrecarga de cuidador de  $15.7 \pm 12.6$  en el grupo de pacientes con dependencia funcional a diferencia de un puntaje de  $9.4 \pm 9.1$  en los cuidadores de los pacientes sin dependencia funcional, con una diferencia esperada de medias de 6.3, con un Intervalo de confianza al 95% y un poder estadístico de 80%, obteniéndose un tamaño de muestra de **96** sujetos, 48 participantes en cada uno de los grupos

(Con dependencia y sin dependencia funcional), mismos que serán captados del servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 28 “Gabriel Mancera”.

## **DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

### **a) VARIABLE DEPENDIENTE: NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO**

**Definición conceptual:** Es el agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención.

**Definición operacional:** Se evaluara por medio del cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, el cual se aplicará al cuidador primario de pacientes geriátricos.

Tipo de variable: Cualitativa ordinal

Indicador: 1) Sin sobrecarga una puntuación de 22-46. 2) Sobrecarga una puntuación de 47-55. 3) Sobrecarga Intensa, una puntuación superior a 56.

### **b) VARIABLE INDEPENDIENTE: GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL**

**Definición conceptual:** Dificultad para realizar actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD).

**Definición operacional:** Se utilizara la escala de Barthell para evaluar la dependencia para las ABVD y el índice de Lawton-Brady para evaluar la dependencia para las AIVD. El cual se aplicaran al cuidador primario de pacientes geriátricos.

Tipo de variable: Cualitativa ordinal

Indicador:

Para las actividades diaria de la vida: 1) Independiente: 100 (95 en silla de ruedas), 2) Dependiente leve: 91-99, 3) Dependiente moderado: 61-90, 4) Dependiente grave: 21-60, 5) Dependiente total: 0-20.

Para las actividades instrumentadas de la vida: 8= independiente, 5 a 7 = Activos: actividades limitadas, 1 a 4 = Poco activos: limitación del 50 % o más de esas actividades, 0= dependientes.

### **c) VARIABLES DE CONFUSION:**

#### **EDAD DEL CUIDADOR:**

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Se utilizara un cuestionario con ficha de identificación donde se le cuestionará la edad del cuidador.

Tipo de variable: Cuantitativa

Indicador: Edad en años

#### **EDAD DEL PACIENTE:**

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.

Definición operacional: Se utilizara un cuestionario con ficha de identificación donde se cuestionará la edad del paciente.

Tipo de variable: Cuantitativa.

Indicador: Edad en años

#### **ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR:**

Definición conceptual: Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.

Definición operacional: se utilizara un cuestionario con ficha de identificación donde se cuestione la escolaridad.

Tipo de variable: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1. No estudio, 2. Prescolar, 3. Primaria, 4. Secundaria 5. Bachillerato, 6. Licenciatura, 7. Posgrado.

#### PARENTESCO:

Definición conceptual: lazos consanguíneos o no consanguíneos que unen al proveedor de cuidados con el paciente.

Definición operacional: se aplicara cuestionario para saber el parentesco

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: 1. Hijas (os), 2. Esposas(os), 3. Sobrina(os), 4. Hermanas (os), 5. Vecinas, 6. Nietos(as). 7. Otros (especificar)

#### SEXO DEL CUIDADOR:

Definición conceptual: género al que pertenece el cuidador.

Definición operacional: se utilizara un cuestionario con ficha de identificación donde se cuestione sexo del cuidador.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Indicador: 1) Femenino, 2) Masculino.

#### SEXO DEL PACIENTE:

Definición conceptual: género al que pertenece el cuidador.

Definición operacional: se utilizara un cuestionario con ficha de identificación donde se cuestione sexo del cuidador.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Indicador: 1) Femenino, 2) Masculino.

### OCUPACIÓN:

Definición conceptual: tipo de trabajo que desempeña el cuidador, y que le genera recursos económicos

Definición operacional: se utilizara un cuestionario con ficha de identificación donde se cuestione tiempo que utiliza en su ocupación.

Tipo de variable: Cualitativa nominal.

Indicador: 1) Trabajo media jornada. (8 horas) 2) Trabajo jornada completa. (12hrs) 3) Ama de casa, 4) Pensionado.

### ESTADO CIVIL:

Definición conceptual: Situación civil del cuidador, al momento de realizar la encuesta.

Definición operacional: Se aplicará un cuestionario para saber el estado civil al momento de la encuesta

Tipo de variable: Cualitativa, Nominal

Indicador: a. Soltero, b. Casado, c. Viudo, d. Separado, e. unión libre

### RED DE APOYO:

Definición conceptual: personas o grupos que proporcionan ayuda al cuidador de paciente con dependencia funcional.

Definición operacional: se identificará de acuerdo a la percepción del cuidador, a través de la existencia o no de redes de apoyo.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: 1) Sí, 2) No

### CORMOBILIDAD EN EL CUIDADOR.:

Definición conceptual: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Definición operacional: Se interrogar de manera directa al cuidador si padece de enfermedades cronicodegenerativas.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Indicador: 1) si 2) no

### TIEMPO QUE LLEVA DE CUIDADOR;

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde que comenzó a ser cuidador hasta el momento del estudio.

Definición operacional: Se realizara un cuestionario en donde se cuestiona el tiempo de cuidador.

Tipo de variable: Cuantitativa, Indicador:

Tiempo en años y meses. **MÉTODO DE**

### **RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizó un estudio transversal, analítico, el cual se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar #28 "Gabriel Mancera", en cuidadores de pacientes mayores de 60 años, los cuales se captaron en el servicio de Consulta externa de Medicina Familiar en el período comprendido de Octubre 2016-Enero 2017. Aquellos sujetos que cumplieron con los criterios de selección, se les invito a participar y se les entrego consentimiento informado, cuestionario de actividades básicas de la vida diaria de Barthell, índice de Lawton-Brady para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, y la escala de sobrecarga de Zarit.

Las escalas de medición son auto aplicables, por lo que el tiempo para responder los cuestionarios fue de aproximadamente 15 min. Se realizó una captación consecutiva de los pacientes hasta lograr el tamaño de muestra de 96 sujetos, 48

participantes en cada uno de los grupos (Con dependencia y sin dependencia funcional). Una vez teniendo los resultados e identificando a aquellos cuidadores con sobrecarga, se les informo y fueron referidos a la consulta externa de medicina familiar, trabajo social y a psicología, para detectar diagnósticos oportunos de las patologías como: depresión, ansiedad, desgaste físico, cansancio crónico, lumbalgias, trastornos del sueño, obesidad, trastornos gástricos y recibir tratamientos adecuados.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se aplicaron los siguientes cuestionarios:

**Escala de Zarit** (Ver anexo 3): Es una escala para evaluar la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con dependencia, es autoaplicado, tiempo de administración:  $\leq 10$  min

El cuidador dispone para contestar de una escala tipo Likert de 5 valores de frecuencia que oscilan ente 1 (nunca) y 5 (casi siempre). Proporciona una puntuación total que resulta de la suma de las puntuaciones en los 22 ítems. Esta puntuación total tiene un rango que va de 22 a 110. Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación española son los siguientes:

Sin sobrecarga: 22- 46.

Sobrecarga: 47-55.

Sobrecarga intensa: 56-110.

**Índice de Barthell** (ver anexo 4): Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0,5,10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una

escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

Grado de dependencia según puntuación de la escala

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

Validez y confiabilidad inter e intraobservador con coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente.

**Índice de Lawton-Brody** (Anexo 5): La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total), 8= independiente, 5 a 7 = Activos: actividades limitadas, 1 a 4 = Poco activos: limitación del 50 % o más de esas actividades, 0= dependientes.

La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala.

Tiene coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). No se han comunicado datos de fiabilidad.

## **PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS V22.

Para el análisis de las variables cualitativas como el grado de dependencia funcional, escolaridad del cuidador, grado de sobrecarga del cuidador, sexo, ocupación, estado civil y parentesco de los cuidadores, redes de apoyo y comorbilidades del cuidador se realizarán cálculo de frecuencias y porcentajes. Para las variables de tipo cuantitativo como puntaje del instrumento Zarit, edad del cuidador, edad del paciente y tiempo de cuidado se realizará el cálculo de media como medida de tendencia central y DE como medida de dispersión. Se realizará una comparación de la media del puntaje del instrumento Zarit en cuidadores primarios de pacientes adultos mayores con dependencia e independencia funcional a través de la prueba t de Student, considerándose estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ .

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Toda investigación en seres humanos debe realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral, guían la preparación responsable de protocolos de investigación.

Este trabajo se apegó a lo establecido en la séptima enmienda (64<sup>a</sup> asamblea general llevada a cabo en fortaleza Brasil en octubre del 2013) de la declaración de Helsinki, promulgada por la Asociación Médica Mundial en junio de 1964, la cual es una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable.

De acuerdo al Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción I, esta investigación

fue considerada CON RIESGO MÍNIMO, por lo que el consentimiento informado será obtenido de forma escrita.

Los beneficios que obtendrán los participantes del presente estudio, será un diagnóstico oportuno para sobrecarga del cuidador, y así evitar los principales padecimientos asociados a esta patología como: depresión, ansiedad, desgaste físico, cansancio crónico, lumbalgias, trastornos del sueño, obesidad, trastornos gástricos.

A los cuidadores que sean identificados con sobrecarga, se les informará y serán referidos a la consulta externa de su unidad de medicina familiar correspondiente, trabajo social y a psicología, para detectar diagnósticos oportunos de las patologías antes mencionados y recibir tratamientos adecuados.

### **Recursos Humanos, Físicos y Financieros.**

#### **Recursos Humanos.**

1. Médico residente de Medicina familiar
2. Médico Familiar
3. Psicólogo
4. Trabajador social

#### **Recursos Físicos**

1. Hojas bond tamaño carta
2. Computadora
3. Impresora
4. Tóner para impresora

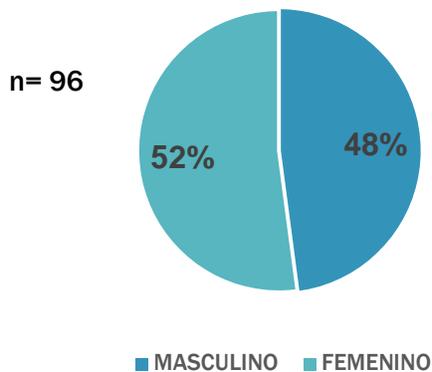
#### **Recursos Financieros**

1. A cargo del investigador

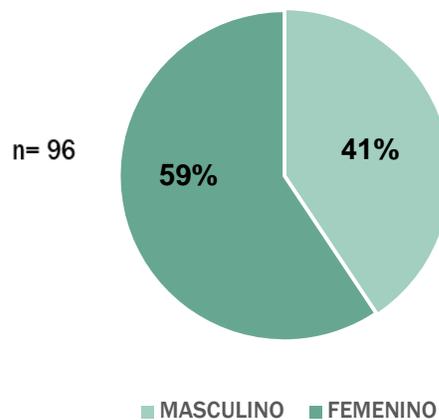
## RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron 96 cuidadores de pacientes con algún grado de limitación. En los gráfico 1 y 2 se muestra la distribución por sexo, siendo en los cuidadores el 59% (57) del sexo femenino y 41% (39) masculino. En los pacientes la distribución fue muy semejante entre ambos sexos con el 52% (50) del sexo femenino y 48% (46) masculino.

**Gráfico 1: Distribución de los pacientes por sexo**



**Gráfico 2: Distribución de los cuidadores por sexo**



En la tabla 1 se describe la edad de los cuidadores y sus pacientes, con una mediana de 60 años, percentil (p)<sub>25</sub> de 52 y p<sub>75</sub> de 69 y una mediana de 68.5 años con p<sub>25</sub> de 61 y p<sub>75</sub> de 75 para los pacientes.

**Tabla 1. Descripción de la edad de pacientes y cuidadores**

Edad	Mediana	p <sub>25</sub>	p <sub>75</sub>	RIC
<b>Edad cuidador</b>	60	52	69	17
<b>Edad paciente</b>	68.5	61	75	15

La tabla 2 muestra otras características sociodemográficas de los cuidadores, tales como la escolaridad donde se observa que la mayor proporción cuenta solo con educación primaria 34.3% (33), seguida de secundaria y bachillerato con el 24% (23) y el 22.9% (22) respectivamente. Respecto al estado civil el 67.7% (65) fueron casados, seguido del 15.6% en unión libre y 9.4% eran solteros; en relación a la ocupación la mayoría eran amas de casa siendo el 45.8% (44), seguido de aquellos que trabajaban media jornada con el 29.2% (28) y jornada completa 17.7% (17). Con respecto al parentesco, 30.2%(29) corresponde a esposos, seguidos de hermanos 22.9% (22) e hijos 17.7% (17).

**Tabla 2. Características sociodemográficas de los cuidadores.**

Característica	n= 96	%
<b>Sexo</b>	Masculino	39 40.6
	Femenino	57 59.4
<b>Escolaridad</b>	No estudio	4 4.2
	Primaria	33 34.4
	Secundaria	23 24.0
	Bachillerato	22 22.9
	Licenciatura	13 13.5
	Posgrado	1 1.0
<b>Estado civil</b>	Casado	65 67.7
	Unión libre	15 15.6
	Soltero	9 9.4
	Divorciado	4 4.2
	Viudo	3 3.1
<b>Ocupación</b>	Media jornada	28 29.2
	Jornada completa	17 17.7
	Ama de casa	44 45.8
	Pensionado	7 7.3
<b>Parentesco</b>	Esposo (a)	29 30.2
	Sobrino (a)	11 11.5
	Hijo (a)	17 17.7
	Nieto (a)	2 2.1
	Hermano (a)	22 22.9
	Amigo (a)	15 15.6

**Tabla 3. Otras características de los cuidadores**

Característica	n= 96	%		
<b>Red de apoyo</b>	Sí	47 49.0		
	No	49 51.0		
<b>Comorbilidad</b>	Sí	53 55.2		
	No	43 44.8		
	Mediana	p <sub>25</sub>	p <sub>75</sub>	RIC
<b>Tiempo de ser cuidador (Meses)</b>	22	14	34	20

**Tabla 4. Descripción del nivel de sobrecarga en el cuidador.**

Característica	n=96	%
<b>Sin sobrecarga</b>	75	78.1
<b>Con sobrecarga</b>	11	11.5
<b>Sobrecarga intensa</b>	10	10.4



La tabla 3 describe otras características de los cuidadores; se observó que el 51% (49) no contaba con una red de apoyo, 49% (47) si lo hacía; el 55.2% (53) presentaba alguna comorbilidad y el 44.8% (43) no la presentaba; la mediana del tiempo de ser cuidador fue de 22 meses, con un p<sub>25</sub> de 14 y p<sub>75</sub> de 34.

En la tabla 4 se observa que la mayor proporción de los cuidadores se mantenía sin sobrecarga en el 78% (75), con sobrecarga un 11.5% (11) y con sobrecarga intensa el 10.4% (10).

El nivel de sobrecarga del cuidador por nivel y tipo de dependencia ABVD o AIVD del paciente, se presenta en las tablas 5 y 6 respectivamente. Aquellos cuidadores que su paciente era independiente para ABVD, se encontró que el 83.3% (40) no tenía sobrecarga, el 16.7% (8) presentó sobrecarga, ningún paciente presentó sobrecarga intensa; en los que el paciente tenía dependencia leve, el 96.2% (25) no tenía sobrecarga y 3.8% (1) sobrecarga intensa; donde existía una dependencia moderada en el paciente, el 50% (6) no tenía sobrecarga, el 33.3% (4) una sobrecarga intensa y el 16.7% (2) con sobrecarga; en los pacientes con dependencia grave el 75% (3) no tenía sobrecarga y el 25% (1) una sobrecarga intensa. Respecto a los cuidadores de pacientes que presentaban independencia en las AIVD el 83.3% (40) no tenían sobrecarga, el 16.7% (8) con sobrecarga, pacientes clasificados como activos, el 90% (27) no tenían una sobrecarga, el 6.7% (2) una sobrecarga intensa y el 3.3% (1) con sobrecarga, los poco activos el 54.5% (6) sin sobrecarga, el 36.4% (4) con sobrecarga intensa y el 9.1% (1) con sobrecarga y en aquellos dependientes el 57.1% (4) presentó una sobrecarga intensa, el 28.6% (2) no presentó sobrecarga y el 14.3% (1) una sobrecarga.

**Tabla 5. Descripción de nivel de sobrecarga del cuidador por nivel de dependencia de su paciente (ABVD)**

	INDEPENDIENTE n=48 (%)	LEVE n=25 (%)	MODERADA n=12 (%)	GRAVE n=4 (%)
SIN SOBRECARGA	40 (83.3)	25 (96.2)	6 (50)	3 (75)
CON SOBRECARGA	8 (16.7)	0	2 (16.7)	0
SOBRECARGA INTENSA	0	1 (3.8)	4 (33.3)	1 (25)



En la tabla 5.1 se observan los puntajes de sobrecarga a partir del instrumento Zarit, observándose un puntaje de 43 (42, 46) en los pacientes independientes Vs 38.50 (37, 69.25), observándose una diferencia significativa entre ambos grupos,  $p=0.017$ .

Tabla 5.1. ABVD Vs Puntaje sobrecarga					
Variable	Independiente	Leve	Moderada	Grave	p
Sobrecarga (Puntaje)	43 (42, 46)	43 (37.75, 45.25)	49 (36, 58.75)	38.50 (37, 69.25)	0.017

\*Los valores son presentados como medianas y P 25 y P75 (Rango Intercuartilar), se compararon los puntajes con la prueba Kruskal-Wallis

En la tabla 5.2 se observan los puntajes de sobrecarga a partir del instrumento Zarit de acuerdo al grado de dependencia en AIVD observándose un puntaje de 43 (42, 46) en los pacientes independientes Vs 63 (40, 70), observándose diferencias, las cuales no son estadísticamente significativas y las diferencias observadas sean solo debidas al azar  $p=0.710$ .

Tabla 5.2. AIVD Vs Puntaje sobrecarga					
Variable	Independiente	Activo	Poco Activos	Dependientes	p
Sobrecarga (Puntaje)	43 (42, 46)	43 (37.75, 46)	46 (37, 66)	63 (40, 70)	0.71

\*\*Los valores son presentados como medianas y P 25 y P75 (Rango Intercuartilar), se compararon los puntajes con la prueba Kruskal-Wallis

Respecto al sexo de los cuidadores que no presentaron sobrecarga el 44% (33) eran hombres y 56% (42) mujeres, con sobrecarga 36% (4) y 65% (7), sobrecarga intensa 20% (2) y 80% (8) respectivamente (Tabla 7). En relación a la ocupación de los pacientes sin sobrecarga, el 31% (23) trabajaba medí jornada, 13% (10) jornada completa, 49% (37) eran amas de casa y 7% (5) pensionados; de aquellos con sobrecarga el 20% (3) trabajaban media jornada, 20% (3) jornada completa, 40% (4) eran amas de casa y el 10% eran pensionados; por último de



los pacientes con sobrecarga intensa el 20% (2) trabajaban media jornada, 40% (4) jornada completa, 30% (3) ama de casa y 10% (1) pensionados (Tabla 7).

Respecto a la comorbilidad en los cuidadores, en aquellos sin sobrecarga, con sobrecarga y sobrecarga intensa el 53% (40), 72.2% (8) y 50% (5) respectivamente, sí presentaban alguna comorbilidad (Tabla 7). Por otro lado la red de apoyo no la tenían el 49.3% (37) de los pacientes sin sobre carga, 54.4% (6) con sobre carga y 60% (6) con sobrecarga intensa (Tabla 7). Y por último describe la distribución por sexo de los pacientes de aquellos cuidadores que se presentaron sin sobrecargar, con sobrecarga y con sobrecarga intensa, siendo hombres el 49.3% (37), 36.3% (4) y 50% (5); mujeres 50.7% (38), 63.7% (7) y 50% (5) respectivamente.

**Tabla 6. Descripción de nivel de sobrecargar del cuidador por nivel de dependencia de su paciente (AIVD)**

	INDEPENDIENTE n=48 (%)	ACTIVOS n=30 (%)	POCO ACTIVOS n=11 (%)	DEPENDIENTES n=7(%)
SIN SOBRECARGA	40 (83.3)	27 (90)	6 (54.5)	2 ( 28.6)
CON SOBRECARGA	8 (16.7)	1 (3.3)	1 (9.1)	1(14.3)
SOBRECARGA INTENSA	0	2 (6.7)	4 (36.4)	4 (57.1)

**Tabla 7. Características del cuidador y sexo del paciente por nivel de sobrecarga**

Características		SIN SOBRECARGA n= 75 (%)	CON SOBRECARGA n=11 (%)	SOBRECARGA INTENSA n= 10 (%)
<b>Sexo del cuidador</b>	Masculino	33 (44)	4 (36)	2 (20)
	Femenino	42 (56)	7 (65)	8 (80)
<b>Ocupación</b>	Media jornada	23 (31.9)	3 (20)	2 (20)
	Jornada completa	10 (13)	3 (20)	4 (40)
	Ama de casa	37 (49)	4 (40)	3 (30)
	Pensionado	5 (7)	1 (10)	1 (10)
<b>Comorbilidad</b>	Si	40 (53)	8 (72.2)	5 (50)
	No	35 (47)	3 (27.8)	5 (50)
<b>Red de apoyo</b>	No	37 (49.3)	6 (54.4)	6 (60)
	Si	38 (50.7)	5 (45.6)	4 (40)
<b>Sexo del paciente</b>	Masculino	37 (49.3)	4 (36.3)	5 (50)
	Femenino	38 (50.7)	7 (63.7)	5 (50)



## DISCUSION

El objetivo de este estudio fue conocer si había una relación entre la dependencia funcional de los pacientes geriátricos, con el nivel de sobrecarga de los cuidadores y de acuerdo a las características que encontramos de los cuidadores, en nuestro estudio se encontró que predominan los cuidadores del sexo femenino, ya que de 96 cuidadores, el 59% corresponde al sexo femenino y 41% masculino; datos que son concordantes con lo encontrado por Elizabeth Flores y colaboradores (13) en el cual se observó que el 91% eran del sexo femenino y solo el 9% masculino, otro estudio realizado por Lilian Camacho Estrada y colaboradores (17) encontró que el sexo femenino es principalmente el responsable del cuidado en un 78%; Sergio Emilio Prieto-Miranda y colaboradores (26) encontraron que el 72% eran del sexo femenino y el 28% masculino, también en el estudio que realizó Jack Roberto Silva Fhon (27) y cols. encontró el 60.1% eran del sexo femenino, La primera condición puede estar ligada al papel sociocultural de la mujer en la sociedad, debido a que se le asigna la responsabilidad del cuidado de los hijos al considerarse más preparada para desempeñar ese rol, dado que el hombre suele mantenerse en la disposición de proveedor financiero y otorgar el estatus de la familia. Esto confirma patrones culturales de patriarcado y familia tradicional que se han perpetuado a lo largo de los años en nuestra sociedad mexicana y en general en los países en vías de desarrollo. Así, la mujer asume el rol de cuidadora, además de desempeñar los roles de madre, hija, esposa y trabajadora.

La mediana de edad revelada por los cuidadores objeto de estudio fue de 60 años, percentil (p) 25 de 52 y p75 de 69n y una mediana de 68.5 años con p25 de 61 y p75 de 75, resultados semejantes a lo observado por Elizabeth Flores y colaboradores (13) con una media de edad de 58,6 años. Lilian Camacho Estrada y colaboradores (17) encontró que la edad promedio de los cuidadores es de 60 años en el caso de los hombres y 53 años en las mujeres; según R. M. Rodríguez-Medina (27) encontró que el promedio de edad de los adultos mayores fue de 70.9.

Con respecto a otras características sociodemográficas; en esta investigación se observó que la escolaridad solo es de educación primaria 34.3% (33), seguida de secundaria y bachillerato con el 24% (23) y el 22.9% (22) respectivamente. Sin embargo, esta variable fue poco estudiada, solo la investigación de Sergio Emilio Prieto-Miranda y colaboradores (26) encontraron que el 21% era de primaria incompleta (21), 19% termino la secundaria, el 17% primaria completa, por lo que concuerda con esta investigación, que la mayor parte de los cuidadores tienen una educación hasta primaria. Respecto al estado civil encontramos que el 67.7% (65) fueron casados, seguido del 15.6% en unión libre y 9.4% eran solteros; según Elizabeth Flores y colaboradores (13) el 50% eran casados, seguidos del 31.3% solteros, R. M. Rodríguez-Medina y colaboradores (25) encontraron que el 66% eran casados, por lo que es semejante a nuestros resultados, donde la mayoría de los cuidadores son casados.

En relación a la ocupación la mayoría eran amas de casa siendo el 45.8% (44), seguido de aquellos que trabajaban media jornada con el 29.2% (28) y jornada completa 17.7% (17). Sergio Emilio Prieto-Miranda y colaboradores (26) encontraron que el 48% eran ama de casa, el 11% eran jubilados, por lo que nuestros resultados son muy semejantes, un punto importante es que en varios estudios no se evaluó esta variable, restándole importancia, siendo que la mayoría son amas de casa, a quienes presenta una sobrecarga del cuidador y no son diagnosticadas dando un tratamiento tardío. Con respecto al parentesco, en nuestro estudio encontramos que 30.2%(29) corresponde a esposos, seguidos de hermano 22.9% (22) e hijos 17.7% (17). Sergio Emilio Prieto-Miranda y colaboradores (26) encontraron el que 28% son esposos, y el 2% hermanos, de Elizabeth Flores y colaboradores (13) describió que el 49.3% eran hijos, 23.9% eran cónyuges, el 6% hermanos, a diferencia de nuestro estudio donde la mayoría eran esposos, seguidos de hermanos.

Se observó que el 51% no contaba con una red de apoyo, Elizabeth Flores y colaboradores (13) encontró que 22% no contaba con una red de apoyo, sin embargo también existen pocos estudios que evalúan esta variable.

Según Elizabeth Flores y colaboradores (13), tiempo en rol es de 1 a 5 años con un 43.3% seguidos de 5 a 10 años con el 22.4%, Lilian Camacho Estrada y colaboradores (17) menciona en su trabajo que no se obtuvieron datos relevantes entre el trascurso de los años dedicados al cuidado, sin embargo en nuestro estudio encontramos que la mediana del tiempo de ser cuidador fue de 22 meses, asociado a una sobrecarga.

Edileuza de Fátima Rosina Nard y colaboradores identifico (57,3%) presentaron sobrecarga moderada; 44 (24,7%) pequeña sobrecarga; 28 (15,7%) se encontraban con sobrecarga de moderada a severa, y apenas 4 (2,2%) cuidadores con sobrecarga severa. Sergio Emilio Prieto-Miranda y colaboradores (26) encontró que los cuidadores presentaban 52% Sin sobrecarga, Sobrecarga leve 17% Sobrecarga intensa 31%, en nuestro estudio se encontró que la mayor proporción de los cuidadores se mantenía sin sobrecarga en el 78% , con sobrecarga un 11.5% y con sobrecarga intensa el 10.4%.

Aquellos cuidadores que su paciente era en ABVD independiente, se presentaron sin sobrecarga el 83.3% , con sobrecarga 16.7% , ningún paciente presento sobrecarga intensa; en los que el paciente tenia dependencia leve, el 96.2% no tenía sobrecarga y 3.8% sobrecarga intensa; donde existía una dependencia moderada en el paciente, el 50% no tenía sobrecarga, el 33.3% una sobrecarga intensa y el 16.7% con sobrecarga; en los pacientes con dependencia grave el 75% no tenía sobrecarga y el 25% una sobrecarga intensa, con resultados muy semejantes con el estudio R. M. Rodríguez-Medina y colaboradores (27) donde aquellos pacientes que presentaban una dependencia total el 44.4% no tenía sobrecarga, el 44.4% con sobrecarga intensa y 11.1% con sobrecarga leve, con dependencia grave el 75% no tenía sobrecarga, y el 25% una sobrecarga intensa, una dependencia moderada el 61.5% no tenía sobrecarga 23.1 sobrecarga intensa y el 15.4% una sobrecarga leve, dependencia leve el 97.3 no tenía sobrecarga y el 2.7% sobrecarga intensa, y los pacientes con independencia el 100% no tenían sobrecarga.

Se observan los puntajes de sobrecarga a partir del instrumento Zarit, observándose un puntaje de 43 (42, 46) en los pacientes independientes Vs 38.50 (37, 69.25), observándose una diferencia significativa entre ambos grupos,  $p=0.017$ . Por lo tanto a mayor dependencia menor puntaje de Zarit. Entonces se observan diferencias pero en sentido contrario. En el estudio de R. M. Rodríguez- Medina y colaboradores (27) mostro lo contrario a nuestros resultados, ya que ellos reportan que a mayor dependencia funcional mayor es la sobrecarga del cuidador, respecto a la diferencia que encontramos entre el estudio, se puede deber a las variables estudiadas, ya que en el estudio de Sergio Emilio Prieto- Miranda y colaboradores (26) estudiaron la variable horas de cuidado.

Respecto a los cuidadores de pacientes que presentaban independencia en las AIVD el 83.3% no tenían sobrecarga, el 16.7% con sobrecarga, pacientes clasificados como activos, el 90% no tenían una sobrecarga, el 6.7% una sobrecarga intensa y el 3.3% con sobrecarga, los poco activos el 54.5% sin sobrecarga, el 36.4% con sobrecarga intensa y el 9.1% con sobrecarga y en aquellos dependientes el 57.1% presento una sobrecarga intensa, el 28.6% no presento sobrecarga y el 14.3% una sobrecarga. Prieto-Miranda SE, (18) refiere en su estudio que la el 67% de los pacientes que son dependientes en las AIVD padecían de una sobrecarga intensa, por lo que se relaciona con el nivel de dependencia con el grado de sobrecarga.

Respecto al sexo de los cuidadores que no presentaron sobrecarga el 44% eran hombres y 56% mujeres, con sobrecarga 36% y 65% , sobrecarga intensa 20% y 80% respectivamente. Sergio Emilio Prieto-Miranda y colaboradores (26) encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y padecer sobrecarga del cuidador, con razón de momios de 2.1 ( $p=0.028$ ; IC 95% 1.07-4.3). Nardi EFR y colaboradores (24) revelaron resultado estadísticamente significativos en la sobrecarga en relación al sexo, en la cual las mujeres refirieron mayores sobrecargas que los hombres ( $p<0,005$ ). Por lo que nuestros resultados son semejantes.

En relación a la ocupación en aquellos con sobrecarga el 20% trabajaban media jornada, 20% jornada completa, 40% eran amas de casa y el 10% eran pensionados; por último de los pacientes con sobrecarga intensa el 20% trabajaban media jornada, 40% (4) jornada completa, 30% ama de casa y 10% pensionados. Barrantes-Monge y cols. (9) demostraron que aquellos pacientes con una ocupación de jornada completa presentaban una sobrecarga intensa del 50%, respecto a las amas de casa solo con sobrecarga leve en 40%.

Respecto a la comorbilidad en los cuidadores, en aquellos sin sobrecarga, con sobrecarga y sobrecarga intensa el 53%, 72.2% y 50% respectivamente, sí presentaban alguna comorbilidad. Prieto-Miranda SE y col. ( 11) En relación con la existencia de enfermedades, 74% que padecía de alguna enfermedad tenían una sobrecarga leve, y el 5% una sobrecarga severa.

Por otro lado la red de apoyo no la tenían el 49.3% de los pacientes sin sobrecarga, 54.4% con sobrecarga y 60% con sobrecarga intensa. Elizabeth Flores G y colaboradores ( 13) menciona que al utilizar las variables de red de apoyo y sobrecarga global, se creó un modelo que resultó significativo ( $p = 0,042$ ), donde el número de personas que apoyan al cuidador es un factor predictivo de la sobrecarga, encontrándose que aquellos cuidadores que reciben ayuda de 2 o más, tienen 8,6 puntos menos de sobrecarga que los que tienen una y ningún apoyo.

### **Conclusiones:**

No hay asociación entre el puntaje de Zarit y el grado de dependencia, mostrando que son variables independientes, lo cual hace necesario futuras investigaciones en las cuales se incluyan otras variables de confusión como la presencia de depresión en el cuidador, redes de apoyo así como la ocupación del cuidador o el número de horas que amerita de cuidados el paciente. Es necesario incrementar el tamaño de muestra especialmente en pacientes con dependencia grave, ya que al tener una muestra tan pequeña incrementa las posibilidades de cometer un error tipo II y asumir no asociación cuando en realidad si la hay.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Disponible en la página web: [www.OPS.com](http://www.OPS.com)
2. Disponible en la página web: [www.OMS.com](http://www.OMS.com)
3. CONAPO Proyecciones de población 2010-2050. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuenta satélite del sector salud de México 2008-2011: Año base 2003/Instituto Nacional de estadística y Geografía. México: INEGI 2013.).
5. Consejo de Europa, definición de sobrecarga del cuidador disponible en la página [www. Consejo de Europa. gob.mx/](http://www.consejo-de-europa.gob.mx/)
6. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodriguez A, Moreno- Tamayo KM, et al, Discapacidad y Dependencia en adultos Mayores mexicanos: un curso de vida sano para una vejez plena, *saud Pub Mex.*2013;55(supl, 2);S323-31.
7. [http:// www.geriatria.salud.gob.mx/](http://www.geriatria.salud.gob.mx/).
8. Barrantes M, García EJ, Gutiérrez LM, Miguel A. Dependencia Funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Mex.* 2014: 49:459
9. Barrantes-Monge m, Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 4:S459-S466
10. 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 Esp Med Quir* 2011;16(1):27-32.
11. Valoración Geronto- Geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio, guía de práctica clínica.
12. Jawer Cid-Ruzafa et al. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL. *Re\ Esn Salud Púhhca* 1997. 71: 177-137

13. Elizabeth Flores G. Edith Rivas R. Fredy Seguel P. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. vol.18 no.1 Concepción abr. 2012 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004> .CIENCIA Y ENFERMERÍA XVIII (1): 29-41, 2012
14. Ronald D. Adelman, MD; Lyubov L. Tmanova, DVM, MLIS, MS; Diana Delgado, MLS; Sarah Dion, BA; Mark S. Lachs, MD, MPH, Caregiver Burden A Clinical Review JAMA. 2014; 311(10):1052-1059. doi:10.1001/jama.2014.304
15. Andrés Martínez G. Edith Rivas R. Fredy Seguel P. Sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia. Cienc. enferm. vol.20 no.1 Concepción abr. 2014 <http://dx.doi.org/11.5078/S0717-95532013900107009> .CIENCIA Y ENFERMERÍA XVIII (1): 29-41, 2014.
16. Juan Carlos Díaz-Álvarez María Victoria Rojas-Martínez. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo, AÑO 9 - VOL. 9 N° 1 - CHÍA, COLOMBIA - ABRIL 2009
17. Lilian Camacho Estrada. Gladys Yokebed Hinostrosa Arvizu, Araceli Jiménez Mendoza, Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el Tiempo de Cuidado, Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol 7. • Año. 7 • No. 4 • Octubre-Diciembre 2014
18. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx 2015; 31:660-668.
19. Ronald D. Adelman, MD; Lyubov L. Tmanova, DVM, MLIS, MS; Diana Delgado, MLS; Sarah Dion, BA; Mark S. Lachs, MD, MPH, Caregiver Burden A Clinical Review JAMA. 2014; 311(10):1052-1059. doi:10.1001/jama.2014.304

20. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs*. 2012 Apr; 68(4):846-55. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x. Epub 2011 Jul 28
21. Kim SW, Kim JM, Stewart R, Bae KL, Yang SJ, Shin IS, et al. Correlates of caregiver burden for Korean elders according to cognitive and functional status. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Sep; 21(9):853-61.
22. Gallagher D1, Ni Mhaolain A, Crosby L, Ryan D, Lacey L, Coen RF, et al. Dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2011 Mar; 26(2):110-4. doi: 10.1177/1533317510394649. Epub 2011 Jan 13.
23. Lim YM1, Son GR, Song JA, Beattie E. Factors affecting burden of family caregivers of community-dwelling ambulatory elders with dementia in Korea. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008 Aug; 22(4):226-34. doi: 10.1016/j.apnu.2007.12.005.
24. Nardi R, Sawada N, Santos JL. Asociación entre la incapacidad funcional del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador familiar. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013; 21(5):1-8.
25. Rodríguez-Medina RM, Landeros-Pérez ME. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enfermería Universitaria* 2014;11(3):87-93
26. Guerriere D, Husain A, Zagorski B, Marshall D, Seow H, Brazil K. Predictors of caregiver burden across the home-based palliative care trajectory in Ontario, Canada. *Health Soc Care Community*. 2016 Jul; 24(4):428-38. doi: 10.1111/hsc.12219. Epub 2015 Mar 25.
27. Jack R. Silva Fhon , Judyth Tereza Gonzales . Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor *Av Enferm*. 2016;34(3):251-258. doi: 10.15446/av.enferm.v34n3.58704.



## ANEXOS

### ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y SU ASOCIACION CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL PACIENTE GERIATRICO.

Patrocinador externo: No aplica.

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No 28 "Gabriel Mancera" durante el periodo comprendido de Octubre 2016 a enero 2017.

Número de registro: Pendiente.

Justificación y objetivo del estudio:

En nuestro país la población de adultos mayores va en aumento, en esta población la funcionalidad, (que es la capacidad de una persona para realizar ciertas actividades de manera independiente), es una de las características que se encuentra afectadas, se ha demostrado que al disminuir la funcionalidad se tiene un mayor riesgo de presentar enfermedades, en base a la aplicación del índice de Barthell (que evalúa la capacidad para bañarse, vestirse, usar el retrete, moverse, control de esfínteres y alimentación), el índice de Lawton –Brady que evalúa la capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía, se determinara el grado de dependencia que tiene su paciente, mientras que al cuidador responderá el cuestionario de Zarit que consiste en 22 preguntas, que evaluara la sobrecarga del cuidador, dichos cuestionarios se responderán en 15 minutos aproximadamente, lo que nos ayudara a identificar pacientes con sobrecarga y así prevenir enfermedades como: depresión, ansiedad, desgaste físico, cansancio crónico, lumbalgias ( dolor en la espalda), trastornos del sueño, obesidad, trastornos gástricos. A los cuidadores que sean identificados con sobrecarga, se les informará y serán referidos a la consulta externa de medicina familiar, trabajo social y a psicología, para detectar diagnósticos oportunos de las enfermedades antes mencionados y recibir tratamientos adecuados.

Procedimientos: Consistirá en contestar al entrevistador 1.- encuesta de datos socio demográficos (Datos generales), 2.- Índice de Barthell (Que evalúa el nivel de dependencia) y 3.- índice de Lawton Brady, (evalúa la dependencia) 4) Escala de Zarit (evalúa la sobrecarga del cuidador)

Posibles riesgos y molestias: No se afectara su integridad física y su salud.



Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Los beneficios que obtendrán los participantes del presente estudio, será un diagnóstico oportuno para sobrecarga del cuidador, y así evitar las principales enfermedades asociadas a esta patología como: depresión, ansiedad, desgaste físico, cansancio crónico, lumbalgias, (dolor en la espalda) trastornos del sueño, obesidad, trastornos gástricos.

A los cuidadores que sean identificados con sobrecarga, se les informará y serán referidos a la consulta externa de medicina familiar, trabajo social y a psicología, para detectar diagnósticos oportunos de las patologías antes mencionados y recibir tratamientos adecuados.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

La investigadora (Evelyn Peñaloza teléfono 5522183006 correo electrónico egipcioss25@hotmail.com) proporcionara el resultado a cada encuestado al termino del Test.

Participación o retiro:

En cualquier momento, sin que ello afecte su atención médica en caso de que elijan ya no participar en este estudio.

Privacidad y confidencialidad:

La información obtenida será totalmente confidencial. El llenado del cuestionario correrá únicamente a cargo del investigador, con obtención de los datos mediante una entrevista personalizada.

Beneficios al término del estudio:

Aquellos pacientes que se evidencie algún grado de dependencia, serán posteriormente localizados y enviados a Trabajo Social, donde se les dará el apoyo y la orientación para unirse a alguno de los grupos de ayuda, así como a médico familiar para identificar enfermedades relacionadas con una sobrecarga como depresión, ansiedad, dolor en la espalda.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Evelyn Peñaloza Velasco Médico Residente de Segundo Año de Medicina Familiar, Matrícula 98378399, Unidad de Medicina Familiar número 28.

: Evelyn Peñaloza Velasco Médico Residente de Segundo Año de Medicina Familiar, Matrícula 98378399, Unidad de Medicina Familiar número 28.

Investigador Responsable:

Colaboradores:

Ivonne Analí Roy García Matrícula 99377372 Unidad de Medicina Familiar #28  
E-mail: ivonne.roy@imss.gob.mx CELULAR: 55 22704760

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

Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1

Peñaloza Velasco Evelyn R3MF (entrevistador)  
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



## ANEXO 2: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

NOMBRE:		
NSS:		
Teléfono:		
Edad:	Sexo: femenino Masculino	Escolaridad:
Estado civil:	Parentesco:	Ocupación tiempo que labora:
Edad del paciente:		
Sexo del paciente:		
¿Usted cuenta con alguien que le ayude a cuidar a su paciente?		
SI		NO
¿Usted padece de alguna enfermedad? ¿Cuál o cuáles?		
¿Cuánto tiempo lleva cuidando a su paciente?		



### ANEXO 3: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

**INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente Ud. de esa manera, escogiendo entre: NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE O CASI SIEMPRE. No existen respuestas correctas o incorrectas.

Señale sólo una respuesta para cada pregunta rodeando con un círculo la opción elegida.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia pide más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	1	2	3	4	5
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	1	2	3	4	5
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de	1	2	3	4	5
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?	1	2	3	4	5
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	1	2	3	4	5
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	1	2	3	4	5
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su	1	2	3	4	5
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1	2	3	4	5
11. ¿Piensa que no tiene					



tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1	2	3	4	5
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de otros gastos?	1	2	3	4	5
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1	2	3	4	5
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1	2	3	4	5
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	1	2	3	4	5
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1	2	3	4	5
22. Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	1	2	3	4	5

## ANEXO 4: INDICE DE BARTHELL

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTAJE
<b><u>Comida</u></b>	Totalmente independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla sobre el pan, pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
<b><u>Lavado (baño)</u></b>	Independiente. Capaz de bañarse el cuerpo solo, de entrar y salir de la ducha sin ayuda y de hacerlo sin una persona que lo supervise	5
	Dependiente. necesita cualquier tipo de ayuda o supervisión	0
<b><u>Vestido</u></b>	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	5
	Dependiente. Necesita ayuda.	0
<b><u>Arreglo</u></b>	Independiente. Realiza sin ayuda las actividades personales como peinarse, afeitarse, bañarse, lavarse las manos etc.	5
	Dependiente. Necesita ayuda.	0
<b><u>Deposición</u></b>	Continente. No presenta episodios de incontinencia.	10
	Ocasionalmente presenta episodio de incontinencia. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal.	0

<b><u>Micción</u></b>	Continente. No presenta episodios. Es capaz de cuidar de la sonda u otro dispositivo por sí mismo	10
	Un episodio diario como máximo o requiere ayuda para la manipulación de la sonda u otro dispositivo	5
	Incontinencia. Más de un episodio diario	0
<b><u>Usar el sanitario</u></b>	Independencia para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin mayor ayuda.	0
<b><u>Traslado (Cama / Sillón)</u></b>	Independiente. No requiere ayuda para pasar del sillón a la cama, ni para entrar ni salir de la cama	15
	Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda.	10
	Gran ayuda, requiere de una persona con fuerza o entrenada	5
	Dependiente.	0
<b><u>Deambulación</u></b>	Independiente. Puede caminar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.	15
	Necesita ayuda física o supervisión	10
	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda o supervisión	5
	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	0
<b><u>Subir y bajar escalones</u></b>	Independiente para bajar y subir escaleras sin ayuda o supervisión	10
	Necesita ayuda o supervisión	5
	Dependiente, es incapaz de utilizar las escaleras	0

## ANEXO 5: INDICE DE LAWTON-BRODY

INSTRUCCIONES: LEA LAS PREGUNTAS Y POSTERIORMENTE MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA.

### 1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO

Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0

### 2. COMPRAS

Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0

### 3. PREPARACION DE LA COMIDA

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan la comida	0

### 4. CUIDADO DE LA CASA

Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0



## 5. LAVADO DE LA ROPA

Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de la ropa debe ser realizado por otro	0

## 6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otras personas	1
Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otro.	0
No viaja en absoluto	0

## 7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0

## 8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS

Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, banco.	1
Incapaz de manejar dinero	0

