



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21 “FRANCISCO
DEL PASO Y TRONCOSO”**

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN INFORMATIVA EN
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON SOBRECARGA DE LA UMF 21**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA
DR. JUAN EVARISTO CALDERON MEJIA**

NUMERO DE REGISTRO: R-2021-3703-037

**ASESOR
DRA. BEATRIZ MARTINEZ LARA**

CIUDAD DE MEXICO, ENERO 2022



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

DELEGACIÓN SURESTE, CIUDAD DE MÉXICO

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21

“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

TESIS:

**IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN INFORMATIVA EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON
SOBRECARGA DE LA UMF 21**

NUM. DE REGISTRO: R-2021-3703-037

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JUAN EVARISTO CALDERÓN MEJÍA

ASESORA:

DRA. BEATRIZ MARTÍNEZ LARA

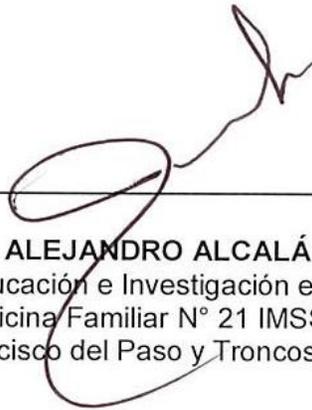


CIUDAD DE MÉXICO, ENERO 2022

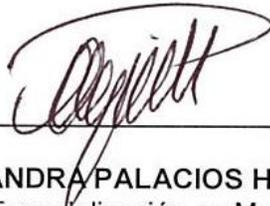
AUTORIZACIÓN DE TESIS



DRA. PAULA AVALOS MAZA
Directora de la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso"



DR. JORGE ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud De la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso"



DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ
Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar De la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS "Francisco del Paso y Troncoso"



ASESOR DE TESIS



DRA. BEATRIZ MARTÍNEZ LARA

Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar

De la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS

“Francisco del Paso y Troncoso”

Dirección: Plutarco Elías Calles N° 473, Colonia Santa Anita.

Iztacalco. C.P. 08300, Ciudad de México

Teléfono: 57686000 ext. 21400

Correo electrónico: bere8312@gmail.com

ÍNDICE

TÍTULO	6
IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	7
RESUMEN	8
MARCO TEÓRICO	9
El cuidado.	9
El cuidador	14
La sobrecarga del cuidador	24
Escala de Zarit.	26
Intervención educativa.	27
JUSTIFICACIÓN	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:.....	32
OBJETIVO GENERAL	32
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	32
MATERIAL Y MÉTODOS.....	33
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	37
DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	38
Recolección de la información.....	39
MUESTREO.....	39
Calculo de tamaño de muestra.....	39
Maniobras para evitar y controlar Sesgos	40
Instrumento de investigación.....	40
CONSIDERACIONES ÉTICAS.	41
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.	47
Recursos materiales.....	47
Recursos económicos.....	48
Factibilidad.....	48
Difusión	48
Bioseguridad	48
RESULTADOS.....	49
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	60
SUGERENCIAS.....	60
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	67

TÍTULO

**“Impacto de una intervención informativa en cuidadores
de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21”**

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Investigador

Nombre completo: Juan Evaristo Calderón Mejía

Residente de 2° año de Especialidad de Medicina Familiar

Matricula: 97384078

Lugar de trabajo: Consulta Externa. Unidad de Medicina Familiar Número 21

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Teléfono: 5951204430

Fax: Sin Fax.

Correo electrónico: juanfaced18@gmail.com

Asesor

Nombre completo: Beatriz Martínez Lara

Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar

Matricula: 99387566

Lugar de trabajo: Consulta externa. Unidad de Medicina Familiar Número 21

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Teléfono: 57686000

Fax: Sin Fax.

Correo electrónico: bere8312@gmail.com

Unidad de Medicina Familiar No. 21
Eje 4 Sur, Av. Plutarco Elías Calles. No. 473, CP. 08300,
Iztacalco. Ciudad de México.
Teléfono 57 68 60 00 Ext. 21400.

RESUMEN

“Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21”

Calderón Mejía Juan Evaristo ^a, Martínez Lara Beatriz ^b

Introducción: La sobrecarga del cuidador es una serie de complicaciones derivadas del cuidado generando problemas biopsicosociales en el cuidador.

Pregunta de investigación: ¿Cuál será el impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21?

Objetivo: Determinar el impacto que tiene una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21.

Hipótesis: La intervención informativa reducirá el grado de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores de la UMF 21.

Materiales y métodos: Estudio cuasiexperimental prospectivo y longitudinal, se llevó a cabo durante el año 2021, en la Unidad de Medicina Familiar número 21 con cuidadores de entre 20 y 59 años de edad en los cuales se aplicó el instrumento de sobrecarga del cuidador de Zarit, previo a la implementación de una intervención informativa y posterior a ella.

Experiencia del grupo: Los investigadores cuentan con experiencia en el manejo de esta patología.

Factibilidad: La población de estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” y los recursos financieros necesarios fueron cubiertos por parte del investigador.

Palabras clave: sobrecarga, cuidador, cuidado, zarit, intervención educativa.

MARCO TEÓRICO

Hoy en día el proceso de envejecimiento se relaciona con las ideas de la dependencia, el detrimento físico, la incapacidad y la enfermedad; si bien es cierto que el aumento en la esperanza de vida compromete en muchos de los casos la presencia de enfermedades crónicas en edades avanzadas, también se ha observado que la sociedad subordina a estas personas a la pérdida de su papel y al aislamiento dentro de ella¹.

La estructura poblacional en México yace gran parte en una población joven con una mediana de edad de aproximadamente 27 años², teniendo en cuenta que el panorama epidemiológico futuro responda a una reducción en las tasas de natalidad y el incremento de los índices de envejecimiento, se prevé que en 20 años se verá disminuido el bono demográfico e iniciaran grandes desafíos en cuanto a los cuidados que la población requerirá^{1, 2}.

El cuidado.

El acto de cuidar es un evento que muchos seres humanos llegamos a experimentar a lo largo de nuestra vida, la experiencia de esta situación varía con respecto a diversas circunstancias que se presentan en el contexto del acto mismo, así como el aprendizaje que adquiere cada cuidador, es decir representa un evento que genera una experiencia única y diferente entre cuidador y cuidador³.

La dependencia es definida como una incapacidad funcional para realizar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, que conlleva a una necesidad de asistencia por parte de otro individuo⁴.

En el presente se está generando una transformación en las normas del cuidado, respondiendo a las necesidades de los perfiles epidemiológicos, en el que los padecimientos que antes eran considerados como agudos y de una probable

muerte inminente, hoy son crónicos y de una calidad de vida discutible, con lo cual se da paso a un proceso de cuidado que involucra de forma activa a la familia y a un cuidador de la misma.

Una persona que requiera de la necesidad del cuidado por causas biológicas, físicas o psicológicas necesita un acompañamiento continuo, constante y en muchas ocasiones permanente, que un profesional de la salud por realizar sus actividades cotidianas no puede brindarle. Por eso, los cuidadores entran a cumplir un papel importante en el desarrollo de esta función, lo que hace vital que adquieran un conocimiento del problema para poder comenzar a entender la experiencia que supone el cuidado^{3, 4}.

Las personas se conducen de forma diferente en relaciones al interactuar con otros individuos, lo cual implica conocer diversos aspectos de vital importancia que pueden dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿quién es la persona a la que se cuida?, ¿cuáles son sus necesidades?, ¿qué debilidades y fortalezas posee?; incluyendo conocer las propias fortalezas y limitaciones del cuidador^{1, 4}.

El auto reconocimiento también implica creencias y valores, porque estas apoyarán las determinaciones que se tomen durante el proceso del cuidado para lograr un evento benéfico, cuyo resultado final sea el de un crecimiento mutuo⁵.

De esta manera, el cuidado como una actividad, implica dentro de sí misma el desarrollo de las capacidades de un individuo para efectuar actos que ayuden a otras personas a crecer, valorar y desenvolverse en las tareas que requiera materializar en su vida diaria⁵.

Las razones o motivaciones que impulsan este acto son diversas, sin embargo cada una de ellas influye en el proceso del cuidado, teniendo consecuencias directas sobre la actividad y su desarrollo, siendo importante identificarlas para conocer las circunstancias actuales en su medio^{5, 6}.

Fases de adaptación a la situación de cuidado⁷.

El cuidado representa un proceso que se integra de diferentes fases en la habituación de la persona responsable del cuidado, en donde intervienen muchos factores relacionados entre si y que derivan en múltiples escenarios posibles, de forma ideal se han descrito cuatro fases en donde la conclusión implicaría un estado satisfactorio del proceso a desarrollar^{7, 8}.

Fase 1: Fase de falta de consideración de la situación o negación

La serie de eventos puede comenzar en los primeros momentos del proceso del cuidado, en el instante de afrontar una condición incapacitante que muestre la persona cuidada, por lo que es común que se ocupe a la negación como un conducto para enmascarar temores e intranquilidades.

En otro escenario una conducta similar por parte del cuidador es evitando hablar con algunas otras personas sobre la incapacidad, incompetencia o ignorancia que se tiene sobre el cómo cuidar al familiar con alguna condición incapacitante.

Por lo cual es muy frecuente, bajo los escenarios antes descritos que el cuidador se niegue inmediatamente a aceptar las pruebas que enmarcan que su familiar tiene la necesidad del apoyo para llevar a cabo sus actividades y con ello conservar su adecuación al medio.

Esta fase generalmente se considera temporal, con el transcurrir del tiempo, las adversidades de la persona cuidada se muestran cada vez más en frecuencia y por lo tanto es más perceptible para el cuidador, es ahí donde toma conciencia de que no se trata de algo pasajero.

Fase 2. Fase de la búsqueda de información

En esta fase , se presentar algunas condiciones importante en primer lugar el cuidador empieza con la curiosidad de conocer más a detalle la situación que presenta la persona cuidada, el origen de la condición, causas tratamiento ,efectos, recursos, consecuencias desenlaces, toda la información posible con la confianza de que en algún momento su familiar recupere el estado óptimo de salud.

Es en este momento que es muy común que el cuidador presente sentimientos de inconformidad, porque desde su perspectiva es un atropello la situación que experimentan, lo pueden visualizar como un castigo e incluso una injusticia que a ellos les haya ocurrido estar bajo dicha circunstancia, por lo que se tiende a manifestar como ira, enojo o furia, que naturalmente se consideran como una respuesta ante la pérdida del control y la incertidumbre que representa el inicio de una nueva etapa en sus vidas.

Existen en la vida algunos sucesos que son ineludibles, en este caso son precisamente este tipo de eventos que dada su naturaleza no se pueden cambiar, y esto lo enfrentan los cuidadores.

Fase 3. Fase de la remodelación y reorganización.

De acuerdo al pasar del tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar o desaparecer.

La cotidianidad del cuidador se ve afectada al presentarse nuevas responsabilidades que generalmente son vistas como una carga con respecto a la persona que es cuidada, sin embargo y debido a un patrón rutinario se tiene como beneficio la ganancia de un control sobre este momento por lo que existe una habituación a las circunstancias y eventos que desarrolla la persona que cuida.

Por lo tanto y en resumen se puede decir que el cuidador hasta esta fase posee información y hasta la medida de sus posibilidades recursos que le ayuden a cubrir sus tareas, con un panorama más exacto de las dificultades a las que hace frente por lo que su encomienda se desarrolla con el objetivo de poder brindar apoyo.

Este periodo de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un esquema de vida que intentara adaptarse a lo más normal posible.

El cuidador se mostrara gradualmente con más poder sobre las eventualidades y admitirá más reflexivamente dichos eventos en su día a día.

Sin la información y las herramientas adecuadas esta etapa puede volverse en un sentido patológico, es decir, la presentación de una reorganización que incremente paulatinamente los estragos en la vida del cuidador así como en el sujeto con la necesidad del cuidado.

Fase 4. Fase de la resolución.

Esta fase involucra e implica que el cuidador sea consciente de la importancia del papel que desempeña en la atención del paciente con una necesidad de cuidado, es decir que el cuidador admita que debe cuidarse para cuidar, realizando diversas actividades para su beneficio , buscar auxilio cuando su capacidad se vea

rebasada, entender que como cualquier otro ser humano que no está exento de equivocaciones, compartir anécdotas estrategias o actividades con personas que tengan o vivan bajo circunstancias similares, procurar su buen estado de salud física , psicológica y socialmente , destinar un tiempo para realizar actividades lúdicas que resulten en un sentimiento de bienestar para recargar energías y lograr llevar su tarea de una mejor manera.

Es necesario comentar que es posible que la responsabilidad continúe en crecimiento con respecto a las actividades que desempeña el cuidador, sin embargo si este personaje logra una buena adecuación teniendo como base todas las recomendaciones antes descritas mostrara cualidades que permitan desarrollar habilidades que faciliten su encomienda y de igual manera se traducirá en beneficio de la persona a su cuidado.

En teoría es esta la fase a la cual se aspira llegar dentro del proceso de un buen cuidado.

El cuidador

De dicho proceso parte la figura del cuidador, el cual se define como la persona encargada del cuidado, en este caso de otro ser humano, en el que invierte una gran parte de su tiempo, tomando esta decisión de forma voluntaria o por asignación con la intención de atender, apoyar y vigilar simplificando la vida y satisfaciendo la pérdida de la autonomía de una persona dependiente, apoyándola en sus actividades diarias e instrumentadas de su vida^{2, 4, 9}.

La importancia de poder reconocer el concepto del cuidador esta precisamente en la relevancia de su naturaleza y participación directa en el cuidado, así como su índole instrumental en la recuperación, bienestar y confort de la persona al cuidada; es indiscutible que la familia es el sitio donde se desarrolla el proceso de cuidado y es precisamente desde su interior que nace la figura del cuidador.

Partiendo de estas connotaciones con respecto a la figura del cuidador, es necesario expresar que existe una clasificación que toma en cuenta aspectos importantes relacionados a las características que poseen los cuidadores, la primera de ellas clasificándolos en dos grandes grupos de acuerdo a cualidades propias con su actividad, teniendo como resultado a: cuidadores informales y cuidadores formales¹⁰.

Los cuidadores informales son aquellos que no disponen de un proceso de enseñanza previo a desarrollar el cuidado, no reciben ningún tipo de remuneración por su trabajo y generalmente muestran un gran compromiso con su tarea, que en gran parte es fundamentada en el cariño que muestran con la persona cuidada debido a relaciones parentales o de afecto previas, su atención en la mayoría de los casos no presenta límite de horario.

Este tipo de cuidadores se ven bien representados por el apoyo de tipo informal que es brindado predominantemente por amigos, familiares y vecinos^{2, 5, 6,11}.

Es importante destacar el hecho de que el cuidador informal muy frecuentemente asume el rol en un corto tiempo, lo que impide el poder reflexionar o cuestionarse con respecto a lo que conoce, lo que ignora sobre el suceso o las repercusiones que tendrá para su vida en diversos ámbitos como por ejemplo el físico, emocional, económico y de salud ¹².

Inclusive es primordial determinar si realmente desea asumir ese rol, o es porque frente a su realidad no existe otra alternativa.

En la contraparte existen los cuidadores formales que son aquellas personas que tienen una capacitación anticipada para llevar a cabo su actividad, reciben una remuneración de tipo financiera por su trabajo y el grado de responsabilidad depende del profesionalismo que manifieste dicho individuo, no existe una relación preexistente entre el cuidador y la persona a la cual se va a cuidar por lo que la parte afectiva dentro del proceso no está del todo bien definida.

De acuerdo al grado de responsabilidad adquirida logramos generar otro tipo de clasificación y por lo tanto encontramos dos tipos de cuidadores: los cuidadores principales y los cuidadores secundarios.

Los cuidadores principales, son los que asumen una total o mayor responsabilidad con la persona cuidada y con la actividad del cuidado, presentando diversos acontecimientos que influirán de forma positiva o negativa dependiendo de las herramientas de las cuales disponga dicho cuidador¹².

El papel del cuidador principal frecuentemente es desempeñado por el cónyuge o familiar más cercano a la persona cuidada.

Los cuidadores secundarios son aquellos que no tienen la absoluta encomienda de la atención de la persona cuidada o del proceso del cuidado, sus intervenciones pueden afectar de forma favorable o desfavorable al cuidador principal, a la persona que se cuida y al ejercicio mismo del cuidado¹³.

La atención de la salud en casa en los últimos años ha dejado de ser un proceso exclusivo de los servicios sanitarios y de los profesionales de la salud¹⁴.

Aproximadamente el 88% del tiempo utilizado en el cuidado de la salud, se estima como una prestación brindada de tipo informal, contra el 12% del tiempo que destina el método formal, incluyendo dentro de este a los sectores público y privado.

Los cuidadores familiares representan lo que se ha denominado como el sistema informal de los cuidados de salud.

En el concepto de cuidadores informales se han conjuntado a aquellas personas y actividades brindadas ya sea por la familia, conocidos, amigos y demás personas relacionadas con los pacientes¹⁵.

La variedad de cuidados que proporciona el sistema de tipo informal está relacionada con la atención a la enfermedad, recuperación, rehabilitación y reinserción del individuo, extendiéndose sobre varios sectores de la población que se benefician del mismo proceso.

Enfoques del rol del cuidador

El rol que hasta en nuestra actualidad se le ha otorgado a la representación del cuidador por parte de los servicios de salud se puede entender considerando cuatro enfoques¹⁶:

- A) El cuidador significa solamente un recurso y la atención se ubica únicamente en la persona asistida.

Este enfoque se determina en la manera en la cual el cuidador solo es visto como una herramienta que brinda cuidados a una persona dependiente que puede ser su conocido o familiar y con ello como un benefactor aportando su actividad en beneficio al sistema formal de salud, nunca haciendo caso al bienestar del cuidador.

- B) El cuidador como asistente, para perfeccionar el cuidado.

En este enfoque se le brinda al cuidador un papel más determinante para el sistema formal de salud, en cierta forma se habla de una relación más equitativa, ya que se le reconocen las funciones que lleva a cabo al desempeñar su rol de cuidado, complementando la atención brindada por el equipo multidisciplinario de

salud, es así como dentro de este enfoque se toma en cuenta el bienestar del cuidador con el objetivo de procurar su buen estado para garantizar que las actividades del cuidado sean correctas y de buena calidad para el paciente.

C) El cuidador visto como un cliente.

Este modelo brinda la visión del cuidador como una persona que debido al desempeño de sus actividades es desde algún momento del desarrollo de del cuidado un consumidor del sistema de salud formal, lo que deviene en la presentación de una consecuencia de su actividad, ya sea por agotamiento o cansancio, el cuidador presentara daños y esto lo obligara a ser atendido de igual forma o inclusive mayor a la de la persona que se encuentra a su cuidado.

D) El cuidador como base del bienestar.

Se habla de este enfoque cuando se ubica al cuidador con un papel fundamental dentro del proceso del cuidado debido a que representa un recurso humano valioso para que esta actividad pueda llevarse a cabo teniendo múltiples beneficios y por lo tanto brindándose una atención a las necesidades del cuidador con una estrategia de prevención de aparición de consecuencias para el binomio cuidador paciente.

Hoy en día es llevado a cabo el modelo que implica al cuidador como un recurso de forma cotidiana resultando importante que esta posición vire a patrones con más integralidad que apoyen y resalten el papel del cuidador así como la

importancia de acto del autocuidado por parte de la persona que brinda el cuidado tratando así de evitar su colapso.

Aceptar el papel de cuidador implica un origen de estrés, lo que incrementa el riesgo de sufrir dificultades físicas y alteraciones psicosociales debido a que la persona que ejerce el cuidado debe renunciar a parte de su vida social y laboral por ofrecer el cuidado^{12, 13, 17}.

El análisis o examen de conciencia aparece con el transcurrir del tiempo por parte del cuidador, en la forma en la cual van sumándose las implicaciones del rol de cuidar, demandas que debe enfrentar con nulas destrezas para el cuidado, pero que le exige a hacerse cargo cada vez de más deberes y, sin percatarse, a perder gradualmente el derecho a cuidar de su propia salud^{14, 15, 18}.

Por lo que no debemos pasar por alto que el cuidador es un ser humano y por lo tanto una persona que siente, experimenta, vive y que al igual que todos los seres humanos presenta necesidades.

Una necesidad se define como algo de lo que se precisa en un momento determinado, es un requisito satisfacer dichos elementos para mantener un correcto estado de salud y supervivencia, por lo que es imperativo entender que las necesidades se satisfacen en la interacción con el entorno cultural, social y físico, en un proceso continuo de adaptación y asimilación a un contexto en particular¹⁹.

El ofrecer cuidado a otros, implica dentro del acto mismo un cierto tipo de desgaste dentro de los diversos campos del desarrollo humano entre los que podemos encontrar de forma general: el aspecto físico, social y emocional, generando en las personas que cuidan, emociones y sentimientos de depresión, enojo y desesperanza, sumados a niveles continuos de estrés crónico^{17.18.20}.

La mayoría de cuidadores, sin ser conscientes, se exigen más allá de sus capacidades y concluyen olvidándose de su propio cuidado. Así, llegan a provocar daño a ellos mismos y por lo tanto de forma directa a las personas que cuidan^{18, 19}.

Esto se puede percibir ya que con frecuencia los cuidadores se sienten agotados, corren a todas partes, expresan que les falta tiempo para concretar las actividades a su cargo. Además de agregarse algunos problemas en particular como dificultad para conciliar el sueño, fatiga crónica, pérdida de energía, sensación de cansancio continuo, aislamiento, consumo excesivo de fármacos o drogas^{20,21}.

Las tareas que implican hoy por hoy para los hombres y mujeres hacerse de la responsabilidad de cuidar a un ser humano dependiente, a partir del incremento de trabajo, es únicamente la punta del iceberg de las complejas implicaciones que traen consigo estas demandas²².

Tipos de riesgos del cuidador

Aunque la lista de situaciones de cambio y con ello de posibles riesgos podría ser infinita, podríamos de buena manera agrupar a la gran mayoría en las siguientes categorías de riesgo: riesgo físico, riesgo personal-social, riesgo psicológico, riesgo económico-laboral^{23, 24}.

Riesgo físico

Una de las consecuencias asociada a los diferentes papeles que desempeñan los cuidadores se encuentra en el campo de su propia salud, lo que se evidencia en problemas físicos, los cuales pueden variar de acuerdo al grado de dependencia de las personas que se encuentran a su cuidado y sus propias

condiciones biológicas, psicológicas y sociales, debido a que la cantidad de esfuerzo físico y exigencia corporal presente en algunas actividades como cargar, alimentar y movilizar, podrían incidir en distintos grados de deterioro y/o disfuncionalidad, que afectarían a corto o largo plazo el estado de salud general del cuidador^{25,26}.

Por otro lado, aunque el riesgo físico puede presentarse en cualquier miembro de la familia que cuide al paciente en situación de dependencia, es muy común encontrar una conducta en el cuidador caracterizada por la tendencia a postergar y subestimar síntomas que comprometan su salud para satisfacer las expectativas de desempeño del rol que le ha sido asignado.

Con este asunto se hace énfasis en una especial atención por parte de las políticas de intervención del estado, ya que si se presenta un aumento de los adultos mayores como se pronostica y un decaimiento progresivo de los cuidadores sin ayuda formal, se tendrá como resultado dos grupos de riesgo y no uno como se ha tratado hasta este momento.

Las manifestaciones de las repercusiones del cuidado en solitario y prolongado en el ámbito físico más frecuentes, son el desgaste, fatiga crónica, diversos síntomas como frustración, desánimo, ansiedad y depresión.

Riesgo personal social.

Otro campo de riesgo para los cuidadores está asociado a su dimensión personal social, en donde se podrían conjuntar eventos tales como: el abandono del trabajo, la relación y cuidado de los hijos, las relaciones de pareja, pérdida o

cambio de empleo, sacrificar aspiraciones, metas e incluso todo un proyecto de vida.

Las oportunidades de ocupar un tiempo para sí mismos se ven limitadas, y en algunos casos son inexistentes si el resto de la familia no coopera o no se puede disponer de alguna otra ayuda formal o informal.

También las relaciones sociales se ven afectadas, pues el tiempo para actividades de esparcimiento y recreativas con amigos se limitan y aún más importante, si no se cuenta con una organización adecuada estas llegan a desaparecer , generando deterioro y asilamiento social en el cuidador.²⁷

Riesgo psicológico

En lo que al ámbito psicológico se refiere, existen eventos relacionados a la encomienda del cuidado.

El plano emocional es uno de los más afectados, debido a que las relaciones de la persona que es cuidada y los demás integrantes de la familia, sufren un deterioro gradual en la medida que las actividades de cuidado aumentan y se extienden en el tiempo.

La sobrecarga del cuidado junto a otros compromisos que deben abandonar o asumir, se vuelven de la misma manera estresantes para los cuidadores, ya que el cuidado se torna como el eje central que asigna sentido a su vivir, lo cual genera sensaciones de agobio, malestar , ahogo, depresión, exceso de trabajo, desesperanza, entre otras respuestas emocionales.

En consecuencia las actividades de cuidado se observan como una gran loza que se lleva sobre la espalda del individuo, pero a la par genera culpa pensar que esta situación molesta, a lo que se le suma la pérdida de intimidad como un acto real que daña las relaciones y limita los espacios sociales para resolverlos.

Riesgo económico laboral

Para muchas personas el acto de cuidar, podría traer consigo desistir de sus obligaciones que generen riqueza económica y depender de otros miembros de la familia.

El tiempo que se invierte en cuidar reduce la oportunidad de buscar un empleo formal, y mientras más se continúe en la actividad del cuidado, resultará más difícil en el futuro reingresar al mercado laboral.

Esto último es consistente con las cifras de desempleo, pues a mayor tiempo inactivo, menor es la probabilidad de ser contratado, lo que complicará en el futuro recuperar la independencia económica.²⁸

Adicionalmente, no es algo oculto que el costo asociado a la enfermedad y/o discapacidad, provocaría el compromiso inminente de los gastos económicos a nivel individual o familiar, en particular, si es necesario equipos o servicios especializados, como por ejemplo en alguna condición crónica en la no se cuenta con los recursos suficientes para responder a las demandas médico asistenciales, lo que impacta el estado general de bienestar del cuidador.

Es de alta importancia remarcar que a pesar de todos los riesgos antes mencionados ,muchos de los cuidadores, no reciben ayuda de ninguna otra persona en las funciones que desempeña, ni siquiera en la mayoría de los casos, de familiares cercanos.

Por si fuera poco en algunas ocasiones, los cuidadores son los principales personajes que no aceptan alguna colaboración ya que lo hacen convencidos de que ellos son los únicos con la capacidad necesaria y creen que no hay persona que vaya a soportar tan importante tarea, renunciando así a su propio bienestar; no desean que nadie más tenga esta encomienda, ni que el enfermo con el que han creado un lazo de convivencia, sea motivo de repudio para otras personas.

La sobrecarga del cuidador

El concepto de sobrecarga ha sido extensamente utilizado para caracterizar a las habituales tensiones y demandas que por su actividad los cuidadores pudiesen llegar a padecer ²⁹.

En el año de 1963, Grad y Sainsbury mencionaron por primera vez este término en la bibliografía científica, al explicarla como el peso percibido por los familiares al cuidado de sus similares afectados por alguna enfermedad. Años más tarde Zarit y su colaboradores definieron a la sobrecarga generada por la provisión de cuidados como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, amenazando la salud física y mental del cuidador” destacando, que el estado de sobrecarga engloba múltiples dimensiones.

En un intento por definir de manera más clara el estado de sobrecarga, se han diferenciado componentes objetivos y subjetivos del concepto.

En el componente subjetivo se hace referencia a las actitudes y a la reacción emocional del cuidador ante el desarrollo del cuidado, teniendo por ejemplo de forma muy común un estado de ánimo desmoralizado ^{29. 30}.

La parte objetiva está relacionada con la dedicación al desempeño del papel de cuidador e implica las repercusiones sobre la vida de este personaje tales como el tiempo destinado al cuidado, las tareas a realizar, el impacto en el ámbito laboral, físico, económico y las limitaciones en la vida social ^{29. 30}.

Es tras el conocimiento de toda esta información que podemos definir a la sobrecarga del cuidador como una serie de implicaciones derivadas de la actitud en la atención centrada a la persona con discapacidad o enferma, que puede dar lugar a problemas biopsicosociales que afectan a dicho cuidador; asimismo, se presentan consecuencias en la atención del paciente, de forma que se ven dañadas las actividades en las relaciones sociales, de amistad, libertad y de equilibrio emocional.

De forma general se sabe que el síndrome de sobrecarga del cuidador emerge luego de que una persona adquiere funciones de cuidar a otra y este puede estar influenciado por situaciones externas o factores que incrementen el grado de dicha carga; los cuidadores representan un recurso valioso de apoyo para sistema formal de salud, sin embargo debido al gran tiempo destinado al acto del cuidado estos se consideran como personas vulnerables ³⁰.

En resumen los factores principales de los que depende el grado de sobrecarga del cuidador son:

- La situación y características de la persona dependiente.
- El apoyo y la conformación de la familia.
- Los componentes personales, laborales y sociales del cuidador.
- La buena o mala relación afectiva entre el cuidador y la persona cuidada.
- La duración de la dedicación al cuidado.
- El apoyo externo que recibe.
- La información que tenga con respecto a lo que significa ser un cuidador y el proceso del cuidado.

Esto representa en conjunto diversas características que integran e influyen de forma directa sobre el grado de sobrecarga del cuidador, lo que hace de manifiesto la necesidad de evaluar dicha situación, con la intención de intervenir y mejorarla.

Escala de Zarit.

Numerosos instrumentos intentan objetivar el grado de sobrecarga del cuidador, a lo largo de la historia se han tenido algunos ejemplos como: “índice global de carga”; “cuestionario del sentido de la competencia”³¹. Sin embargo, estos instrumentos consideran sólo algunos campos de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado.

Es así que en el año de 1983, Zarit y colaboradores tomaron en cuenta a la carga de los cuidadores como la llave para el análisis del desgaste ocasionado por el cuidado de personas con una discapacidad ^{31, 32}.

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit consigue reunir congruentemente todas estas dimensiones. Siendo la más empleada a nivel mundial, ya ha sido validada en múltiples países así como traducida en diversos idiomas incluyendo el español ^{31,33}.

Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter observador con un coeficiente de correlación intraclase de 0,71 en su estudio original, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales, consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países³⁴.

Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas.

En validez de criterio, muestra alta correlación con instrumentos afines con $r = 0,71$ con Índice Global de Carga; $r = 0,41$ con Inventario Breve de Síntomas. También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental³⁴.

Esta es una prueba que mide el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de personas dependientes, está estructurado mediante preguntas tipo Likert, su puntaje total cataloga al cuidador en tres grupos: ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o leve y sobrecarga intensa, destacando el hecho de que la sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa, esta última muy relacionada con mayor probabilidad de presentar trastornos médicos, psiquiátricos y sociales que afectan directamente en el estado de salud del cuidador.

Intervención educativa.

Las intervenciones en cuidadores de pacientes adultos mayores son muy variadas, por lo que se han determinado diferentes tipos en los que se pueden mencionar los siguientes³⁵:

1. Educación general. Consiste en el ofrecimiento de información mediante diversos recursos como lecturas o presentaciones en cualquier tema relacionado con el cuidado. Cuando no hay información detallada, se suministra mediante asesoría.
2. Discusión general. Se incluyen discusiones individuales y de grupo entre los pacientes y el facilitador.
3. Grupos de apoyo. Son grupos conformados por personas con las mismas características, en los que entre ellos comentan sus experiencias y discuten de las situaciones que respectan al cuidado.

Las intervenciones de información o educación representan un tipo de intervención de comunicación e incluyen programas de información estructurada, folletos de información, sesiones informativas cara a cara o por medios digitales, mensajes o uso de recursos en línea.

Estas intervenciones tienen como objetivo mejorar el conocimiento (por ejemplo, de la afección, la atención, la duración estancia, o fuentes de apoyo durante la recuperación) y comprensión en pacientes y sus cuidadores para reducir la ansiedad y, en última instancia, mejorar los resultados de salud.

Las intervenciones de información o educación pueden involucrar la comunicación de información importante de los profesionales de la salud a los pacientes, pero también puede incorporar elementos de los pacientes a los profesionales de la salud involucrados; comunicación mediante la cual la intervención se adapta a las necesidades del paciente³⁶.

El momento de la intervención también es un factor importante debido a las características que pueda presentar el cuidador como lo es por ejemplo con respecto al tiempo que ha desarrollado esa tarea o también a las consecuencias que ha experimentado derivadas de su experiencia en el cuidado.

Las intervenciones informativas también dependen de la capacidad para comprender y transmitir la información correcta.

JUSTIFICACIÓN

El cuidador es identificado como la persona que auxilia en diferentes ámbitos del desarrollo humano a un paciente dependiente, pudiendo tener como base vínculos consanguíneos, emocionales y afectivos; muchos de estos cuidadores no reciben una remuneración económica con respecto a sus actividades de cuidado realizadas, ya que la mayoría de ellos corresponden a un miembro de la familia, amigo o conocido de confianza.

Actualmente en nuestro país se comienzan a observar los efectos del proceso denominado como transición demográfica, que incluye una baja progresiva en las tasas de natalidad, junto a la disminución en la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, encontrando en estos factores el marco perfecto para un incremento en el número de personas adultas mayores que muy probablemente requerirán de cuidados de larga duración y de las necesidades de asistencia por parte de un cuidador. Hoy en día hay más personas mayores de 60 años que menores de 4 años (11.7 millones y 8.8 millones, respectivamente) y las proyecciones indican que el fenómeno de envejecimiento demográfico es irreversible. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población, se espera que para el año 2050 la proporción de personas económicamente activas representada por individuos de los 18 a los 65 años de edad versus la población en edad de retiro igual o mayor a los 65 años de edad sea de tres a uno.

La sobrecarga del cuidador es una condición asociada a un aumento de morbimortalidad en las personas que desarrollan la actividad del cuidado; se estima que en el continente americano existen actualmente 91 millones de personas adultas mayores de 60 años de edad, cifra que se incrementa con una tasa anual del 3 al 5%, en países como los Estados Unidos de América se ha reportado que hasta aproximadamente un 32% de todos los cuidadores presentan sobrecarga y de ellos el 19% cursan con sobrecarga intensa.

Se describe que el género predominante en el rol de cuidador es el femenino hasta en un 66% de los casos, con un promedio de edad aproximado de 48 años,

pudiendo llegar a tener a su cuidado a más de dos personas; esto sin haber recibido ningún tipo de información sobre lo que implica desempeñar la función de cuidador.

El presentar un estado de sobrecarga del cuidador significa una afectación directa en las esferas físicas, psicológicas, económicas y emocionales de la persona que lleva acabo el cuidado y con ello también la modificación de su estilo de vida para adaptarse a las necesidades específicas que demande su tarea, lo que conlleva a un círculo vicioso en la diligencia entre el cuidador y el cuidado en un aspecto desfavorable, que de continuar sin modificación positiva su resultado final será el colapso. Esto compromete un gasto en recursos humanos y económicos por parte del sistema nacional de salud que podría ser prevenible.

La sobrecarga de un cuidador es una condición medible e identificable, que no representa un estado definitivo en un individuo, es decir que podemos participar para modificar o incluso llegar a desaparecerla mediante diversas estrategias de intervención, en este caso en particular y refiriéndose a nuestra investigación se busca brindar un apoyo informativo que logre hacer conciencia en los cuidadores de la importancia de su propio cuidado, para con ello mejorar su actividad y evitar la progresión a un estado de colapso.

El equipo multidisciplinario de salud es un personal capacitado, que puede brindar información que permita prevenir, identificar y canalizar de forma adecuada a un paciente con sobrecarga del cuidador, permitiendo así realizar intervenciones mucho más sencillas y menos costosas que tengan un impacto positivo en el estado de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidadores asisten al paciente en una o más actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, además brindan asistencia en el cuidado de la salud con actividades variadas que comprenden desde la vigilancia y administración de medicamentos hasta procesos como la realización de curaciones en heridas o úlceras por presión a causa de la inmovilización prolongada, al mismo tiempo, ofrecen apoyo emocional y confort que demandan los pacientes lo que representa el consumo de su tiempo, recursos y estabilidad.

Las personas cuidadas, presentan determinadas características que al sumarse con factores relacionados a un cuidador con poco conocimiento del proceso de cuidado, un deficiente apoyo social o familiar, bajos recursos económicos, alto grado de dependencia del paciente y exceso de tiempo invertido en los cuidados proporcionados, resultan en un inminente estado de sobrecarga.

El impacto de esta sobrecarga se ve reflejado en problemas de salud mental y física por parte del cuidador así como en daños económicos, laborales y familiares, teniendo afección sobre sus relaciones sociales y tiempo libre, culminando en fuertes consecuencias sobre la persona cuidada, tanto que se le ha relacionado con malos tratos y abusos hacia la persona dependiente e incluso hasta llegar al abandono del cuidado.

Esto conlleva un problema social, económico y de salud pública, si consideramos que las consecuencias presentes en el cuidador con un origen en la sobrecarga, podrían tener como resultado un aumento en el número de personas que requieran de apoyo por parte del sistema de salud, generando un incremento en la demanda de los recursos de dicho sector que bajo medidas preventivas se pudiese evitar.

Es por todo esto, que la sobrecarga de los cuidadores es un sitio de oportunidad para inferir de forma positiva y evitar la progresión hasta un estado de colapso, en

donde resulta necesario conocer el efecto de la información en este problema, por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál será el impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto que tiene una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores de adultos mayores en la unidad de medicina familiar número 21.

Identificar a cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la unidad de medicina familiar número 21 por medio de la escala de Zarit.

Identificar el número de horas destinadas al cuidado diario por parte de los cuidadores de adultos mayores en la unidad de medicina familiar número 21.

Identificar el número de personas que tienen a su cuidado los cuidadores de adultos mayores en la unidad de medicina familiar número 21.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis Nula (H0). La intervención informativa no reducirá el grado de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores de la UMF 21.

Hipótesis Alternativa (H1). La intervención informativa reducirá el grado de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores de la UMF 21.

MATERIAL Y MÉTODOS

Operalización de las variables

Variable Independiente				
Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición.
Impacto de intervención informativa	Cualitativo nominal.	Repercusión de la información mediante un elemento que fortalece el conocimiento de un individuo.	Se medirá al valorar las diferencias antes y después de la intervención educativa. De acuerdo a prueba estadística de Wilcoxon.	1. Con impacto.=Rangos negativos. 2. Sin impacto.=Rangos positivos.

Variable dependiente				
Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición.
Sobrecarga del cuidador del adulto mayor.	Cualitativa ordinal.	Percepción del impacto del cuidado por parte del cuidador.	Resultado obtenido de la aplicación del cuestionario de escala de Zarit.	0 a 45 puntos=No sobrecarga. 46 a 56 puntos= Sobrecarga leve.

				56 a 88 puntos =Sobrecarga intensa.
--	--	--	--	---

Variables Socio-demográficas				
Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición.
Edad	Cuantitativa discreta.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Dato obtenido del cuestionario de aplicación.	a) 20 a 25 años b) 26 a 30 años c) 31 a 35 años d) 36 a 40 años e) 41 a 45 años f) 46 a 50 años g) 51 a 55 años
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica.	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer.	Dato obtenido del cuestionario de aplicación.	a) Masculino b) Femenino
Estado civil	Cualitativa nominal.	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus	Dato obtenido del cuestionario de aplicación.	a) Soltero(a) b) Casado(a) c) Divorciado(a)

		vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente.		d) Unión libre e) Viudo(a)
Escolaridad	Cualitativa ordinal.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Dato obtenido del cuestionario de aplicación.	a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Licenciatura f) Posgrado

Variables Observables				
Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición.
Horas destinadas al cuidado diario.	Cuantitativa discreta.	Tiempo empleado a los cuidados del adulto mayor desde la perspectiva del	Dato obtenido del cuestionario de aplicación.	a) 1-5 horas b) 6-10 horas c) 11-15 horas d) 16-20 horas

		cuidador.		
Personas a su cuidado.	Cuantitativa discreta.	Numero de adultos mayores a los cuales el cuidador brinda su actividad del cuidado.	Dato obtenido del cuestionario de aplicación.	a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) ≥5

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes de entre 20 y 59 años de edad que tengan a su cuidado a por lo menos un adulto mayor.
- Pacientes de entre 20 y 59 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 21.
- Pacientes de entre 20 y 59 años de edad que cuenten con conexión a internet así como un dispositivo electrónico que permita el acceso a recursos electrónicos (computadora de escritorio, laptop, smartphone, tablet).

Criterios de exclusión

- Pacientes de entre 20 y 59 años de edad cuidadores que reciban ayuda por parte de otro cuidador para el cuidado de por lo menos un adulto mayor.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no llenen de forma adecuada el cuestionario a realizarse (mal llenado o incompleto).
- Pacientes que no concluyan las dos evaluaciones propuestas.

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio: Cuasiexperimental.

Diseño del estudio: Analítico, prospectivo, longitudinal.

Universo de trabajo: Toda la población de entre 20 y 59 años de edad, adscrita a la UMF 21.

Población de trabajo: Pacientes de entre 20 y 59 años de edad que tengan a su cuidado a por lo menos un adulto mayor adscritos a la UMF 21, captados en la consulta externa con acceso a internet por algún dispositivo electrónico(computadoras portátiles o de escritorio, Tablet o Smartphone). Con tamaño de población de 65 individuos.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar número 21 “Francisco del Paso y Troncoso” ubicada en eje 4 sur, avenida Plutarco Elías Calles, número 473, alcaldía Iztacalco, Ciudad de México.

Límite de tiempo: Durante el periodo comprendido de Abril de 2021 a Julio de 2021.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El presente estudio es de tipo cuasiexperimental de abordaje analítico, prospectivo y longitudinal, se llevó a cabo durante el año 2021 y se efectuó en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social , ubicada en eje 4 sur, avenida Plutarco Elías Calles, número 473, Alcaldía Iztacalco, Ciudad de México. La población de estudio correspondió a los cuidadores de entre 20 y 59 años de edad de por lo menos un adulto mayor y que sean derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se hizo una revisión bibliográfica sobre el tema de la sobrecarga del cuidador en adultos mayores, para comprender de mejor manera su significado, los elementos que intervienen en su presentación y desarrollo, así como las repercusiones y daños que provoca en el estado de salud de los cuidadores.

Se realizó un tríptico y un blog informativo acerca de la sobrecarga del cuidador en adultos mayores; se captó a pacientes en la sala de espera de la unidad de medicina familiar número 21 que cumplieran con los criterios para ser considerados como candidatos a incluir en el presente estudio, en un primer contacto con el cuidador se le explico en que consiste el estudio y de igual manera se le solicito la autorización de su participación mediante el consentimiento informado, posteriormente se aplicó el instrumento de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y con ello se identificó a cuidadores con algún grado de sobrecarga; a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión se les hizo la invitación para la participación y el seguimiento de los temas contenidos en el blog informativo, posterior a la conclusión de los temas propuestos se volvió a aplicar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y se valoró el efecto del contenido informativo que tuvo en estas personas con respecto al grado de sobrecarga.

Recolección de la información

Obtenida la autorización por parte del Comité de Investigación, se ejecutará de forma ordenada y sistemática la recolección de la información respetando en todo momento los lineamientos éticos mediante la aplicación del instrumento propuesto en dos momentos: previo a la aplicación de la intervención informativa y posterior a la conclusión de la misma , con los resultados obtenidos se integrará una base de datos con la ayuda del programa SPSS, la cual que será analizada e interpretada para formar parte de las conclusiones del presente estudio.

MUESTREO

Se realizó muestreo no aleatorio.

Calculo de tamaño de muestra

Se realizó una estimación de cálculo de tamaño de muestra con fórmula para estudios cuya variable principal es de tipo cualitativo y población infinita:

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra

Z= valor de Z crítico=1.644 =si nivel de confianza del 90%

p=proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q=proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p)

d=nivel de precisión absoluta=90%=0.1

Entonces:

$$n = \frac{(1,644)^2 * 0.6 * 0.4}{(0.1)^2} =$$

$$n = \frac{2.70 * 0.6 * 0.4}{0.01} = \frac{1.62 * 0.4}{0.01} = \frac{0.648}{0.01} = 64.8 = n = 65$$

Maniobras para evitar y controlar Sesgos

Control de sesgos de información: Los pacientes entrevistados no deberán conocer las hipótesis de la investigación ni el objetivo de la misma, así mismo el instrumento es claro y debidamente estructurado, esto con el fin de obtener respuestas confiables.

Control de sesgos de selección: Se realizó una breve entrevista previa a la aplicación del instrumento para poder identificar los criterios de inclusión y exclusión.

Control de sesgos de medición: El instrumento empleado para medir el grado de sobrecarga del cuidador se encuentra validado por la literatura científica.

Instrumento de investigación.

El instrumento que se aplicó para detectar la presencia y el grado de sobrecarga del cuidador será el siguiente:

- Escala de Evaluación de sobrecarga de Zarit.

Es un instrumento que evalúa la experiencia de sobrecarga vivida por parte del cuidador, en los diferentes ámbitos de su vida diaria. Esta escala ha sido validada internacionalmente por diferentes países.

Se integra por 22 preguntas con respuestas de referencia a la frecuencia de los sucesos teniendo como puntaje la siguiente escala:

0 = Nunca,

1 = Rara vez,

2 = Algunas veces.

3 = Bastantes veces.

4 = Casi siempre

En donde los resultados a cada pregunta se suman en un puntaje total, que varía entre 0 y 88 puntos; y se tiene la siguiente clasificación:

Puntaje total menor a 46 =no sobrecarga.

Puntaje total de 46 a 56= sobrecarga leve.

Puntaje total mayor de 56= sobrecarga intensa.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se considera este estudio de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud³⁷, la cual establece los lineamientos y principios generales a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud, en los sectores público, social y privado, siendo de aplicación en todo el territorio nacional.

Cumpliendo con lo establecido en el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I de las disposiciones comunes, en el artículo 14 que dispone lo siguiente:

La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;

III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

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

VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento;

IX. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite, y

X. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Así como la determinación del riesgo de la presente investigación teniendo fundamento en el artículo 17, en el que se considera el riesgo dentro de la siguiente categoría:

Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

Con apego a los principios generales estipulados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos³⁸, en sus puntos 4, 7, 9,10 y 12 que a la letra dicen lo siguiente:

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

Y con el cumplimiento de la privacidad y confidencialidad que se expresa en el punto número 24:

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Para fines de consentimiento informado con base a los puntos número 25 y 26:

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación.

Obedeciendo también como base ética de esta investigación el Código de Nuremberg sobre las normas éticas sobre experimentación en seres humanos³⁹, en sus siguientes apartados:

I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.

IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.

VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.

VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.

IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

Con guía para llevar a cabo esta investigación, respecto a los principios para la protección de los sujetos humanos de investigación contenidos en el Informe Belmont⁴⁰, referente a los principios éticos básicos se contempla:

1. Respeto por las personas.

Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar acerca de sus metas y de actuar bajo la guía de tal deliberación. Respetar es dar peso a las opiniones y escogencia de las personas autónomas y refrenarse de obstaculizar sus acciones a menos que sean claramente perjudiciales para otras

2. Beneficencia.

Las obligaciones de beneficencia afectan a los investigadores como individuos y a la sociedad en general, porque se extienden tanto a los proyectos concretos de investigación como a la empresa global de la investigación. En el caso de los proyectos particulares de los investigadores y los miembros de sus instituciones tienen la obligación de plantearse por anticipado la forma de incrementar al máximo los beneficios y de reducir al mínimo los riesgos que pudieran ocurrir en la investigación.

Agregando las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS):

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

Teniendo sustento en las siguientes pautas:

Pauta 1 Justificación ética y validez científica de la investigación biomédica en seres humanos.

Pauta 2 Comités de evaluación ética.

Pauta 4 Consentimiento informado individual.

Pauta 5 Obtención del consentimiento informado: Información esencial para potenciales sujetos de investigación.

Pauta 8 Beneficios y riesgos de participar en un estudio.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos humanos:

- ❖ Asesores metodológicos.
- ❖ Pacientes que acepten participar en el estudio.
- ❖ El investigador.

Recursos materiales:

- ❖ Dispositivos electrónicos con acceso a internet (Computadoras portátiles o de escritorio, Smartphone, Tablet).
- ❖ Espacio físico: Unidad de Medicina Familiar No. 21 ubicada en eje 4 sur, avenida Plutarco Elías Calles, número. 473, alcaldía Iztacalco, Ciudad de México.
- ❖ Bolígrafos.
- ❖ Fotocopias.
- ❖ Papelería de oficina.

Recursos económicos:

- ❖ Financiamiento a cargo del propio investigador sin apoyo económico externo de alguna otra fuente.

Factibilidad:

En el presente no existe inconveniente para llevar a cabo el protocolo de investigación, ya que se cuenta con los recursos necesarios para cumplir con los procesos señalados, se posee a la población requerida de estudio en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” y los recursos financieros necesarios serán cubiertos por parte del investigador. En conclusión a lo anterior se cuenta con los recursos operativos, técnicos y económicos necesarios para efectuar el protocolo de investigación.

Difusión:

Se planea dar a conocer los resultados de la investigación a las diferentes áreas de la Unidad de Medicina Familiar número 21, presentarla en sesiones de la unidad, sesión de residentes y jornadas médicas en los que sea aceptada a través de la coordinación de enseñanza y educación de la misma unidad.

Bioseguridad:

El presente protocolo de investigación no tiene implicaciones de bioseguridad, ya que no se utilizará material biológico infecto-contagioso; bacterias, parásitos o virus de cualquier tipo; material radiactivo de cualquier tipo; sustancias tóxicas o peligrosas o cualquier otro material que ponga en riesgo la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS.

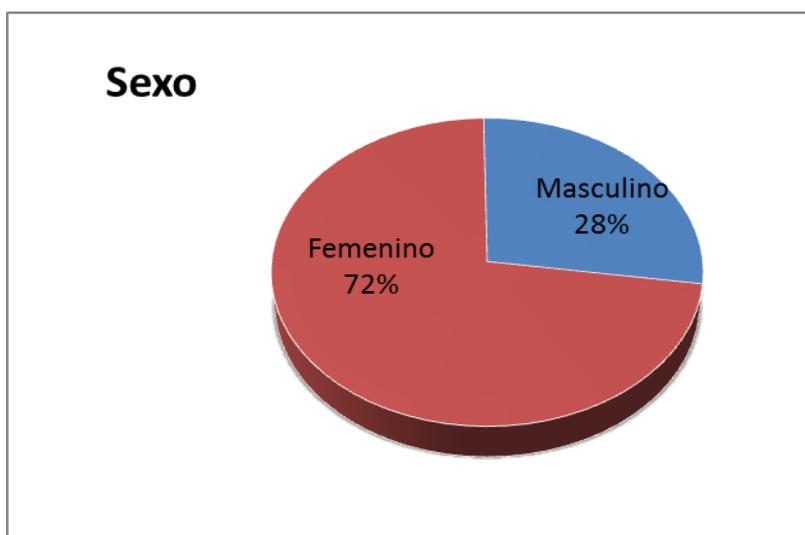
Se efectuó un estudio cuasi experimental, longitudinal y prospectivo, en la Unidad de Medicina Familiar número 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido de Abril de 2021 a Julio de 2021, evaluándose una muestra de 65 pacientes de entre 20 y 59 años de edad que tuviesen a su cuidado a por lo menos un adulto mayor adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 21. de donde se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1. Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	16	28%
Femenino	42	72%

Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2020.

Gráfico 1. Sexo.



Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

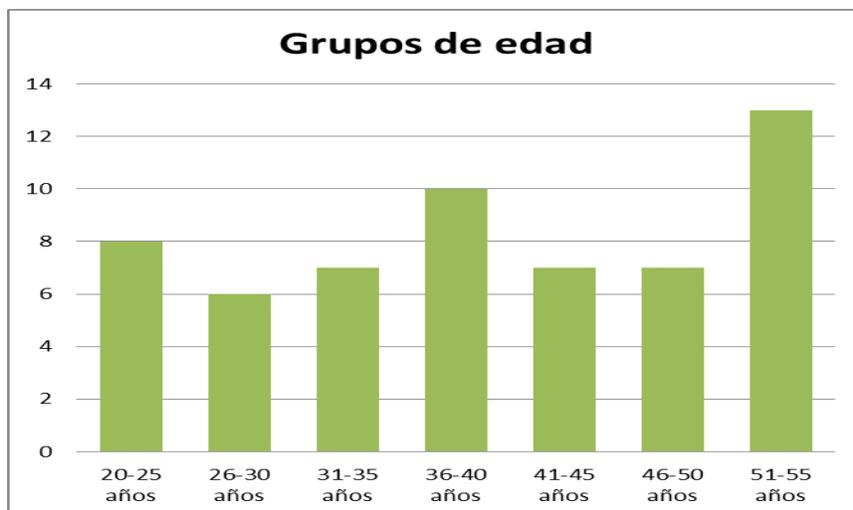
Con respecto a los participantes se eliminaron a 7 individuos debido a que no realizaron el segundo cuestionario de evaluación, por lo cual 58 participantes cumplieron con las características de este presente estudio, de los cuales 42 personas fueron del sexo femenino lo que corresponde al 72% y 16 personas del sexo masculino que corresponde al 28 % del total. (Tabla y gráfico 1).

Tabla 2. Edad en los participantes

Participantes		
Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
20-25 años	8	14%
26-30 años	6	10%
31-35 años	7	12%
36-40 años	10	17%
41-45 años	7	12%
46-50 años	7	12%
51-55 años	13	23%

Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Gráfico 2. Edad en los participantes.



Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

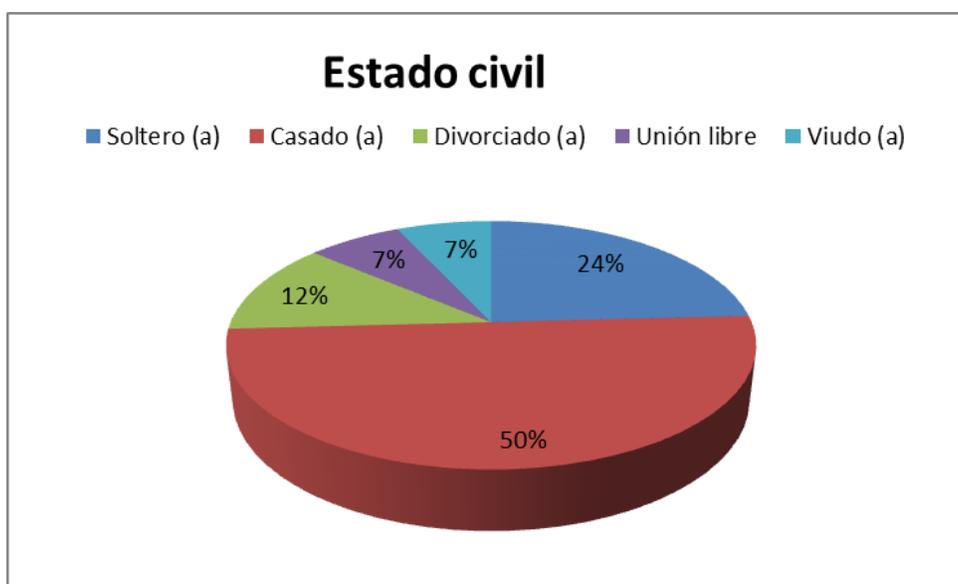
Las edades de los participantes fueron agrupadas en 7 conjuntos: de los 20 a los 25 años de edad con una frecuencia de 8 personas equivalente al 14%, de los 26 a los 30 años de edad con una frecuencia de 6 personas que represento el 10%, de los 31 a los 35 años de edad con 7 personas equivalente al 12% , de los 36 a los 40 años de edad con 10 personas que correspondieron al 17%, de los 41 a los 45 años de edad con 7 personas equivalente al 12% , de los 46 a los 50 años de edad con 7 personas que igualmente significaron el 12% y de los 51 a los 55 años de edad con 13 personas correspondiente al 23 % del total. (Tabla y gráfico 2).

Tabla 3.Estado civil en los participantes.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	14	24%
Casado (a)	29	50%
Divorciado (a)	7	12%
Unión libre	4	7%
Viudo (a)	4	7%

Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Gráfico 3.Estado civil en los participantes.



Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

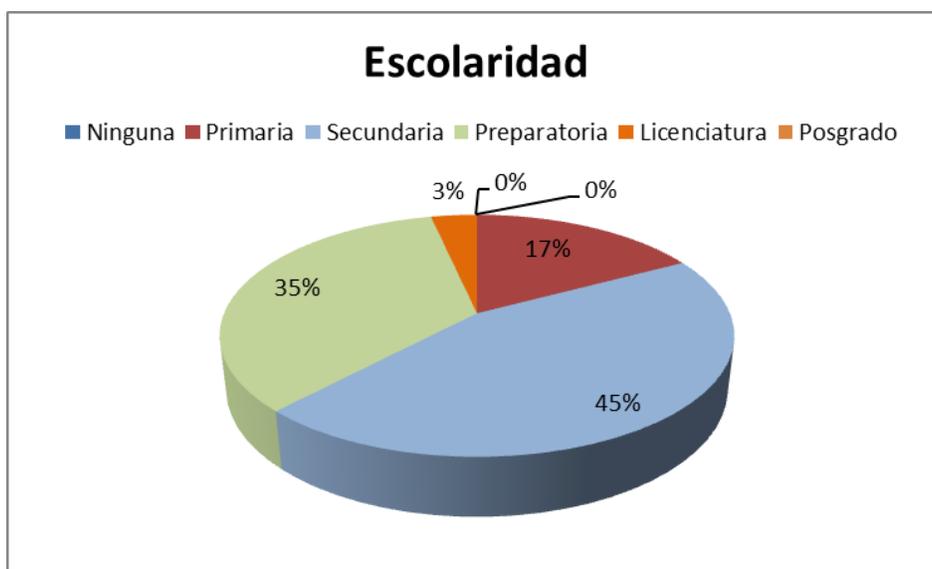
Otra variable identificada fue el estado civil de los participantes, teniendo como resultado que 29 de ellos son casados representando el 50% del total, 14 son solteros correspondiente al 24%, 7 son divorciados que equivalen al 12%, y por último se encuentran 4 personas viudas con el 7% y 4 personas en unión libre también con el 7% del total. (Tabla y gráfico 3).

Tabla 4. Escolaridad en los participantes.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	0	0%
Primaria	10	17%
Secundaria	26	45%
Preparatoria	20	35%
Licenciatura	2	3%
Posgrado	0	0%

Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Gráfico 4. Escolaridad en los participantes.



Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

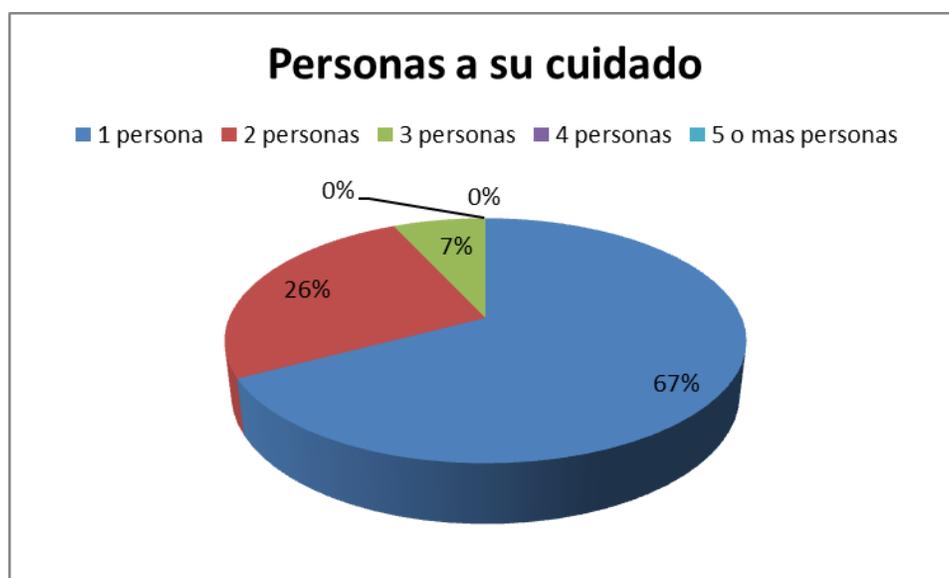
En cuanto a la escolaridad, teniendo en cuenta el ultimo nivel de estudios concluidos a la fecha de realizarse este estudio, la mayor proporción se encuentra en el nivel de secundaria con 26 personas que representan al 45% del total, le sigue el nivel preparatorio con 20 personas correspondiente al 35%, en tercer lugar encontramos el nivel primaria con 10 personas equivalente al 17%, y por último el nivel licenciatura con solamente 2 personas que representan al 3% del total.(Tabla y gráfico 4)

Tabla 5. Número de adultos mayores al cuidado de los participantes.

Personas a su cuidado	Frecuencia	Porcentaje
1 persona	39	67%
2 personas	15	26%
3 personas	4	7%
4 personas	0	0%
5 o más personas	0	0%

Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Gráfico 5. Número de adultos mayores al cuidado de los participantes.



Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

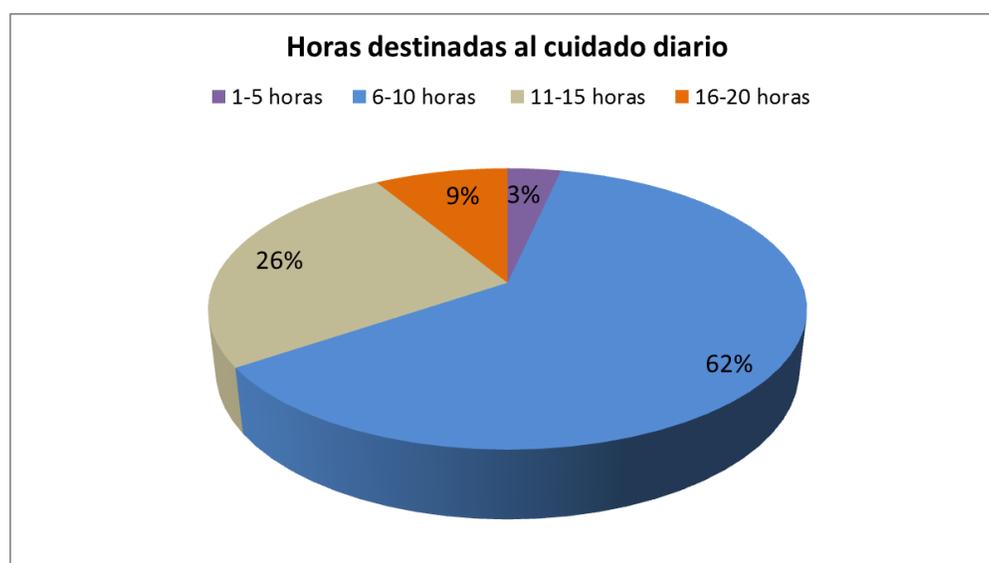
En relación con el número de personas que los participantes tiene a su cuidado, se pudo obtener los siguientes resultados: 39 personas tienen a su cuidado a un adulto mayor lo que corresponde al 67% del total, 15 personas tienen a su cuidado a 2 adultos mayores lo que es correspondiente al 26% y solamente 4 personas cuidan de 3 adultos mayores que equivale al 7% del total. (Tabla y gráfico 5).

Tabla 6. Horas destinadas al cuidado diario.

Horas destinadas al cuidado diario		
Horas	Frecuencia	Porcentaje
1-5 horas	2	3%
6-10 horas	36	62%
11-15 horas	15	26%
16-20 horas	5	9%

Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Gráfico 6. Horas destinadas al cuidado diario.



Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

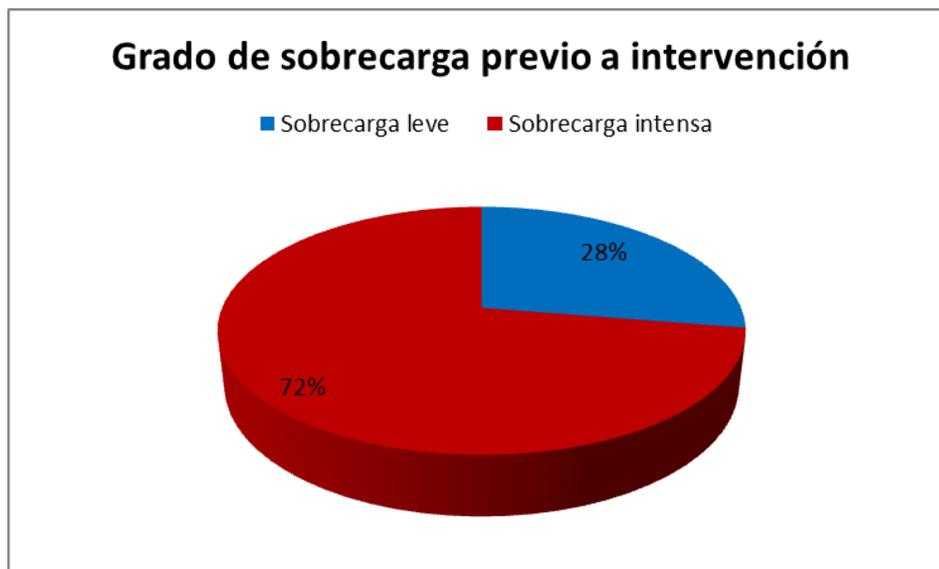
Las horas destinadas a la actividad del cuidado diario por parte de los participantes fueron agrupadas en 4 conjuntos, encontrándose que la mayor frecuencia correspondió al grupo de las 6 a 10 horas con una representación de 36 personas que equivalen al 62%, le sigue el grupo de 11 a 15 horas con una frecuencia de 15 personas correspondiente al 26% , en tercer lugar encontramos al grupo de las 16 a 20 horas con una frecuencia de 5 personas representando el 9%, y en último lugar se encuentra el grupo de 1 a 5 horas con la frecuencia de 2 personas correspondiente al 3% del total.

Tabla 7. Grado de sobrecarga previo a intervención.

Grado de sobrecarga previo a intervención	Frecuencia	Porcentaje
Sobrecarga leve	16	28%
Sobrecarga intensa	42	72%

Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Gráfico 7. Grado de sobrecarga previo a intervención.



Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Sobre los datos que respectan a la sobrecarga en los participantes y apoyado en los resultados obtenidos de la primera aplicación del instrumento de Zarit, podemos mencionar que en el grado de sobrecarga intensa se encontró una frecuencia de 42 personas con un porcentaje equivalente a 72%, y con un grado de sobrecarga leve a 16 personas que representan el 28% del total. (Tabla y gráfico 7).

Tabla 8. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
DESPUÉS - ANTES	Rangos negativos	33 ^a	28.32	934.50
	Rangos positivos	16 ^b	18.16	290.50
	Empates	9 ^c		
	Total	58		

a. DESPUES < ANTES
b. DESPUES > ANTES
c. DESPUES = ANTES

Estadísticos de prueba	
	DESPUÉS - ANTES
Z	-3.205 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	.001

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo
b. Se basa en rangos positivos.

Fuente: IBM SPSS Statistics Visor. Ciudad de México. 2021.

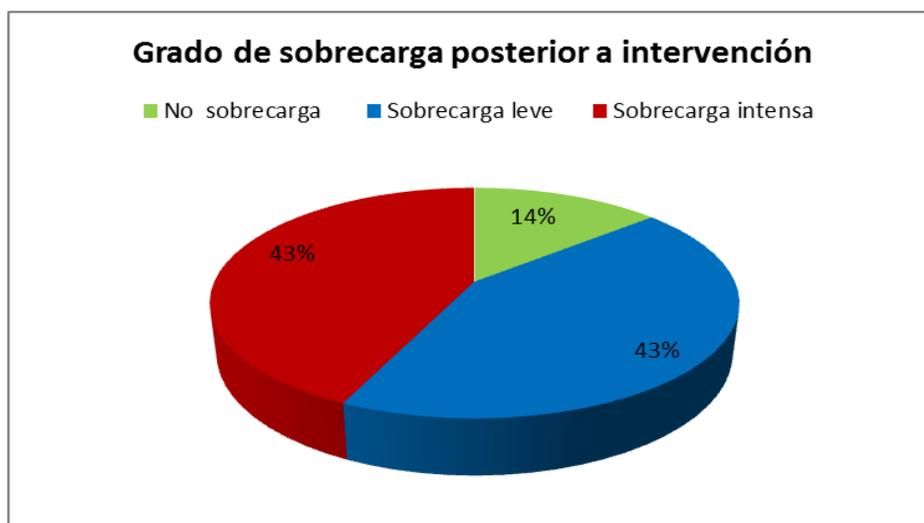
Con apoyo del programa estadístico SPSS se realizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, teniendo como resultado el análisis de 58 pares, encontrándose 33 rangos negativos, 16 rangos positivos y 9 rangos en empate; con un valor de $p = \text{Significación asintótica bilateral de } 0.001$, con lo cual podemos decir que, como el valor de p es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que hay evidencias suficientes para plantear que la intervención informativa es efectiva en la reducción del grado de sobrecarga del cuidador. (Tabla 8).

Tabla 9. Grado de sobrecarga posterior a intervención.

Grado de sobrecarga posterior a intervención	Frecuencia	Porcentaje
No sobrecarga	8	14%
Sobrecarga leve	25	43%
Sobrecarga intensa	25	43%

Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Gráfico 9. Grado de sobrecarga posterior a intervención.



Fuente: Instrumento para la recolección de datos: Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21. Ciudad de México. 2021.

Posterior a la intervención informativa y sustentada en la aplicación del instrumento de Zarit, se encontró que en el grado de sobrecarga intensa había una frecuencia de 25 pacientes correspondiente al 43%.; en el grado de sobrecarga leve la frecuencia fue de 25 participantes equivalente al 43% y la no sobrecarga con una frecuencia de 8 pacientes que representan el 14% del total de participantes. (Tabla y gráfico 9).

DISCUSIÓN

Al poder identificar las características del perfil sociodemográfico del cuidador en adultos mayores, logramos encontrar mucha similitud con algunos otros estudios realizados con anterioridad como por ejemplo, el llevado a cabo en el año 2008 por la doctora Domínguez Sosa⁴¹, en donde y al igual que nuestros resultados el perfil prevaleciente es el del sexo femenino, de más de 40 años de edad, casada, de escolaridad secundaria con una persona adulta mayor a su cuidado y con un promedio de entre 8 a 12 horas destinadas al cuidado diario, teniendo fundamento en múltiples razones como lo puede ser la vinculación a roles de género característico en sociedades tradicionalistas.

La presencia de la de sobrecarga del cuidador en el adulto mayor en esta investigación, fue un elemento esencial que se mostró en la mayoría de los participantes con cerca del 72% de una forma denominada como sobrecarga intensa, diversos elementos pueden propiciar esta condición, uno de ellos puede ser la información con respecto al acto del cuidado y la importancia del reconocimiento del cuidado del cuidador.

En el presente trabajo se determinó el impacto de una intervención informativa en la actividad del cuidado, ya que apoyado mediante la prueba estadística de Wilcoxon se pudo observar que en la mayoría de los participantes se presentó una reducción del grado de sobrecarga, pasando la mayoría de ellos de una sobrecarga intensa a un grado de sobrecarga leve y de igual forma de un grado de sobrecarga leve a la no sobrecarga, demostrando así el impacto de la intervención informativa.

La realización de este estudio proporciona una herramienta para comprender que el equipo multidisciplinario de salud juega un papel fundamental en la atención preventiva y el apoyo para los cuidadores de los adultos mayores.

CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado acerca del impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar número 21, se encontró que el perfil sociodemográfico de un cuidador de una persona adulta mayor corresponde a una mujer, adulta mayor de 40 años de edad, casada, con escolaridad secundaria y con un promedio de 8 a 12 horas destinadas al cuidado diario.

El grado de sobrecarga en el cuidador del adulto mayor en este estudio, previo a la implementación de la intervención informativa, fue identificado como sobrecarga intensa en la mayoría de los participantes.

Los resultados del estudio evidencian que la intervención informativa propuesta generó un impacto positivo al reducir el grado de sobrecarga de intensa a leve y de leve a no sobrecarga, por lo cual, las políticas públicas en salud deben implementar estrategias que apoyen a los cuidadores en la actividad del cuidado, con la finalidad de disminuir la carga, mejorando así su calidad de vida y su estado de salud.

SUGERENCIAS

Resulta importante y necesaria la intervención de los integrantes del equipo multidisciplinario de salud, en la detección y manejo oportuno de los cuidadores cuya presencia de sobrecarga limite o afecte a su esfera biológica, psicológica o social, teniendo como herramientas la información y el conocimiento para poder hacer conciencia en la importancia que tiene esta actividad dado que es necesario que el cuidador se encuentre lo mejor posible para realizar su actividad.

La estrategia empleada proporcionó información básica al cuidador sobre las actividades del cuidado en los adultos mayores, en este caso, se orientó hacia los cuidados físicos y psicológicos, así como el auto reconocimiento del papel del cuidador y el valor de su propio cuidado con el objetivo de adquirir seguridad, confianza y certidumbre disminuyendo el grado de sobrecarga, por lo cual es

importante observar que la información es un elemento que pudiésemos considerar sencillo pero con una relevancia muy trascendente.

Considero que es una ventana de oportunidad la creación de grupos de apoyo para cuidadores de personas adultas mayores en donde puedan ser capacitadas en procesos del cuidado diario, así como la difusión y promoción de los cursos que el Instituto Mexicano del Seguro Social nos ofrece a toda la población derechohabiente y no derechohabiente en su plataforma CLIMSS de forma gratuita, en la cual podemos encontrar un curso destinado a los cuidadores de adultos mayores, representando una herramienta esencial en el primer nivel de atención que como personal de salud podemos ofrecer al identificar a un cuidador del adulto mayor.

De igual forma y con guía en los resultados expuestos en el presente estudio es necesario crear conciencia de los elementos presentes en la sobrecarga del cuidador; como personal de salud es importante que al identificar a un cuidador se determine mediante instrumentos como la escala de Zarit la ausencia o presencia de sobrecarga, así como la identificación de sus redes de apoyo, y en caso de presentar sobrecarga ofrecer tratamiento por parte del equipo multidisciplinario de salud.



Cronograma de actividades

“Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21”

Calderón Mejía Juan Evaristo ^a, Martínez Lara Beatriz ^b

Actividades	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020	Septiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021	Febrero 2021	Marzo 2021	Abril 2021	Mayo 2021	Junio 2021	Julio 2021
Marco teórico	■	■	■	■	■									
Planteamiento del problema						■	■							
Objetivos								■						
Calculo de la muestra									■					
Presentación ante comité para aceptación										■	■			
Aplicación de instrumentos											■	■		
Análisis de resultados													■	■
Elaboración de conclusiones														■
Presentación														■



■ Actividades realizadas

■ Actividades por realizar

^a Médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 21.

^b Médico cirujano especialista en Medicina Familiar, Asesor de tesis.

Referencias bibliográficas

1. Fhon J., Silva R., Janampa T., Huaman T. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av. Enferm.* 2016; 34(3):251-258.
2. González S., Sierra A., Chickris A. La transición demográfica en México. *CULCyT.*2018; 15(65):61-74.
3. Berry H., Disckind B., Reichard A., Ruiz S. Health characteristics and outcomes of caregivers in the United States: An Analysis of the 2017 Health Information National Trends Survey. *Disabil. Health. J.*, 2019; 13(1): 1-7.
4. Elveny J., Campo E., Carbonell M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos.*2017; 28(3):135-141.
5. Ruiz A., Nava M. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf. Neurol.*2012; 11(3):163-169.
6. Torres B., Agudelo M., Pulgarin M., Berbesi D. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Univ. Salud.*, 2018; 20(3): 261-269.
7. Fernández L., Osuna A., Palomino P., Casado R. Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *. Aten. Primaria.* 2017; 143(1):1-9.
8. Farnsworth J., Mannon K., Sewell K., Connally M. Exploration of caregiver behavior on fear of emotion, spirituality, and self compassion. *J. Behav. Health. Serv. Res.*, 2016; 5(3): 160-168.
9. Wolff J., Feder J., Schulz R. Supporting Family Caregivers of Older Americans. *N. Engl. J. Med.*, 2016; 375(26): 2513-2515.
10. Wittenberg E., Prosser L. Health as a Family Affair. *N. Engl. J. Med.*, 2016; 374(19): 1804-1806.
11. Chang S., Lee T. Beyond Evidence Based Medicine. *N. Engl. J. Med.*, 2018; 379(21): 1983-1985.

12. Kent E., Mollica M., Buckenmaier S., Wilder A. The Characteristics of Informal Cancer Caregivers in the United States. *Semin. Oncol. Nurs.*, 2019; 35 (20): 328-332.
13. Olayiwola J., Oluwatoyin G., Sunday J. Caring for the seniors with chronic illness: The lived experience of caregivers of older adults. *Arc. Gerontol. Geriatr.*, 2019; 82 (15): 8-14.
14. Hagedoorn E., Keers J., Jaarsma T., Luttik M., Paans W. The association of collaboration between family caregivers and nurses in the hospital and their preparedness for caregiving at home. *Geriatr. Nurs.*, 2019, 41(4): 373-380.
15. Torbica A., Calciolari S., Fattore G. Does informal care impact utilization of healthcare services? Evidence from a longitudinal study of stroke patients. *Soc. Sci. Med.*, 2015; 124(16): 29-38.
16. Demiris G., Washington K., Ulrich C., Popescu M., Oliver D. Innovative Tools to Support Family Caregivers of Persons with Cancer: The Role of Information Technology. *Semin. Oncol. Nurs.* 2019; 35(4): 384-388.
17. Grov E., Fossa S., Dahl A. Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase: A path analysis of variables influencing their burden. *Soc. Sci. Med.*, 2006; 63(9):2429-2439.
18. Riegel B., Hanlon A., Coe N., Hirschman K., Thomas G. Health coaching to improve self care of informal caregivers of adults with chronic heart failure. *Contemp. Clin. Trials.* 2019; 85(8): 1-10.
19. Goldsmith J., Wittenberg E., Terui S., Kim H., Umi S. Providing Support for Caregiver Communication Burden: Assessing the Plain Language Planner Resource As a Nursing Intervention. *Semin. Oncol. Nurs.*, 2019; 35(4): 354-358.
20. Nehrig N., Shifrin M., Abraham K., Chen C. The Benefits and Limitations of a Behavioral Intervention for Caregivers of Dementia Patients: A Qualitative Study. *Cogn. Behav. Pract.* 2019; 26(5): 562-574.

21. Schulman Green D., Feder S. Integrating Family Caregivers into Palliative Oncology Care Using the Self and Family Management Approach. *Semin. Oncol. Nurs.*, 2018; 12(4): 1-12.
22. Álvarez P., Muñoz C. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 2019; 30(1): 2-5.
23. Carreño S., Barreto R., Duran P., Ortiz T., Romero E. Ability of care and care burden in family caregivers of people with chronic illness. *Rev. Cubana Enfermer.* 2016; 32(3): 353-363.
24. Alonso M., Hernández I., Zúñiga M., Martínez P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm. Univ.* 2015; 12(1): 19-27.
25. González A., Fonseca M., Valladares A., López L. Factores moduladores de resiliencia y sobrecarga en cuidadores principales de pacientes oncológicos avanzados. *Rev. Finlay.* 2017; 7(1): 26-32.
26. Arroyo E., Arana A., Garrido R., Crespo R. Analysis of caregiver burden on dialysis patient. *Rev. Enferm. Nefrol.* 2018; 21(3): 213-223.
27. Espinosa D., Guzmán J., Vargas N., Ramos, J. Carga de trabajo del Cuidador del Adulto Mayor. *Cina.* 2019; 2(3): 28-37.
28. Hernández E., Llibre J., Bosch R., Zayas T. Demencia y factores de riesgo en cuidadores informales. *Rev. cuba. med. gen. Integral.* 2018; 34(4): 1-7.
29. Fhon J., Gonzales J, Huaman, T., Marques S., Rodrigues R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av.Enferm.* 2016; 34(3):251-258.
30. Bonacasa M., Rosa E., Camps C., Martínez D. A translational approach to design effective intervention tools for informal caregivers of dependent cancer patients. *Int. J. Public. Health.* 2019; 168(8): 50-58.
31. Chan E., Yap, P., Fazli Z. Factors associated with high strain in caregivers of Alzheimer's disease in Malaysia. *Geriatr. Nurs.* 2019; 40(4): 380-385.

32. Ramírez C., Salazar Y., Perdomo A. Quality of life of caregivers of persons with neurological disorder sequels. *Rev. Cient. Soc. Esp. Enferm. Neurol.* 2017; 45(2):9-16.
33. Rodríguez A., Rodríguez E., Duarte A., Díaz E., Barbosa Á., Clavería A. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Aten. Primaria.* 2017; 49(3): 156-165.
34. Liew T., Yap, P. A 3-Item Screening Scale for Caregiver Burden in Dementia Caregiving: Scale Development and Score Mapping to the 22-Item Zarit Burden Interview. *JAMDA.* 2019; 20(2):629-633.
35. Lin C., Wang, J., Pai M., Ku L. Measuring burden in dementia caregivers: Confirmatory factor analysis for short forms of the Zarit Burden Interview. *Arch. Gerontol. and Geriatr.* 2017; 68(2): 8-13.
36. Sousa L., Sequeira C., Ferré C., Neves P., Lleixá M., Monteiro A. Gomes T. "Living together with dementia": Training programme for family caregivers-A study protocol. *Porto. Biomedical. J.* 2017; 2(6), 282-286.
37. Ley General de Salud, Abril 2006, titulo quinto, Investigación para la Salud, capitulo único.
38. Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la Asamblea General; Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
39. Código de Núremberg. Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. 1947.
40. Informe Belmont: principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. 1979.
41. Domínguez G., Zavala M., De la Cruz D. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. *Médicas UIS.* 2010; 23(1):28-37.

Anexos

Instrumento:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 21

“Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21”

Calderón Mejía Juan Evaristo ^a, Martínez Lara Beatriz ^b

^a Médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar Número 21.

^b Médico cirujano especialista en Medicina Familiar, Asesor de tesis.

ESCALA DE ZARIT

Folio:	Fecha:	
Instrucciones: En seguida aparece una lista de enunciados, haga favor de leerlos y después cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia siente usted que se presentan dichas situaciones, siendo: 0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre (anotar únicamente el número correspondiente) Al momento de responder recuerde que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.		
N°	Pregunta	
1	¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro depare a su familiar?	
8	¿Cree que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	

15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20	¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
	TOTAL	

Instrumento para la recolección de datos:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21

“Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21”

Calderón Mejía Juan Evaristo ^a, Martínez Lara Beatriz ^b

Folio:		Fecha:
Instrucciones: En seguida aparece una lista de enunciados, haga favor de leerlos y después según corresponda a su situación actual contestar y marcar con una X la casilla correspondiente		
1.	Edad	_____Años
2.	Sexo	a) Masculino <input type="checkbox"/> b) Femenino <input type="checkbox"/>
3.	Estado civil	a) Soltero(a) <input type="checkbox"/> b) Casado(a) <input type="checkbox"/> c) Divorciado(a) <input type="checkbox"/> d) Unión libre <input type="checkbox"/> e) Viudo(a) <input type="checkbox"/>

4.	Escolaridad	a) Ninguna <input type="checkbox"/> b) Primaria <input type="checkbox"/> c) Secundaria <input type="checkbox"/> d) Preparatoria <input type="checkbox"/> e) Licenciatura <input type="checkbox"/> f) Posgrado <input type="checkbox"/>
5.	Horas destinadas al cuidado diario	_____ horas al día.
6.	Personas a su cuidado	a) 1 <input type="checkbox"/> b) 2 <input type="checkbox"/> c) 3 <input type="checkbox"/> d) 4 <input type="checkbox"/> e) ≥5 <input type="checkbox"/>

Descripción de estrategia informativa.

La estrategia informativa consistió en brindarle a los pacientes dos elementos de información: en primer lugar un tríptico referente a la sobrecarga del cuidador, el cual se obsequió a los pacientes que realizaron el cuestionario de Zarit, cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado, se les asignó un número de folio para seguimiento, posteriormente se les indicó la dirección web para el ingreso a el blog informativo en el cual se subía material 2 veces por semana teniendo una duración total de 6 semanas; con respecto a los temas se hizo énfasis en los aspectos conceptuales del cuidado , el cuidador , los cuidados físicos en adultos mayores, los cuidados psicológicos y el cuidado del cuidador ,teniendo el compromiso por parte de los participantes de estar periódicamente ingresando a la plataforma, en el último capítulo se incluyó una liga electrónica para contestar por segunda vez el cuestionario de Zarit teniendo como única identificación el número de folio que se les asignó.

Blog informativo: <https://cuidandodelcuidado.blogspot.com/>



Capítulo 7. Cuidados físicos - Administración de medicamentos en el adulto mayor.

diciembre 21, 2020

La administración de medicamentos es uno de los cuidados fundamentales que en muchas de las ocasiones están presentes para la recuperación y control del adulto mayor en el hogar.



Por tal motivo, el familiar o el cuidador no debe tener ninguna duda para la dosificación, combinación de medicamentos, horarios, posibles reacciones secundarias e interacciones con otros medicamentos.



Capítulo 6. Cuidados físicos - Recomendaciones para la alimentación del adulto ...

Publicados · 18 dic 2020

Juan

1 85



Capítulo 5. Cuidados físicos - ¿Cómo prevenir el estreñimiento?

Publicados · 14 dic 2020

Juan

2 67



Capítulo 4. Cuidados físicos - Movilización en cama

Publicados · 11 dic 2020

Juan

1 68



Capítulo 3. Cuidados físicos - Signos vitales

Publicados · 7 dic 2020

Juan

1 81



Capítulo 2. El cuidado y el cuidador

Publicados · 4 dic 2020

Juan

1 89



Capítulo 1. Introducción

Publicados · 30 nov 2020

Juan

1 69

¿Cómo saber si un cuidador necesita ayuda?

Conozca las señales que indican sobrecarga en un cuidador:

- Problemas para dormir
- Cansancio nocturno
- Pérdida de contacto social
- Consumo de alcohol y sedantes
- Cambios en los hábitos alimentarios
- Dificultad para concentrarse
- Falta de interés en actividades que antes eran placenteras
- Susceptibilidad
- Enfado injustificado
- Trato desconsiderado hacia otros familiares y amigos
- Animo triste y llanto fácil
- Culpabilidad

¡PODEMOS AYUDAR AL CUIDADOR!

Para que el cuidador pueda seguir ejerciendo la actividad del cuidado, es indispensable que tenga las herramientas adecuadas, es decir, se requiere poseer los conocimientos básicos que les confieran seguridad, tranquilidad y confianza, para así evitar la sobrecarga.



El primer paso para cuidar bien a un adulto mayor es cuidarse a uno mismo





¿Qué significa cuidar?

Cuidar significa dedicación, esmero y entrega de tiempo hacia la persona cuidada.

Permite el descubrimiento de habilidades que de otro modo hubieran pasado desapercibidas, pero también conlleva un esfuerzo que en muchos casos implica cambios y renunciaciones en la forma de vida del cuidador

Todo esto puede producir una sobrecarga en el cuidador que si no se trata puede desencadenar problemas de salud, depresión, dolor crónico, aislamiento.....

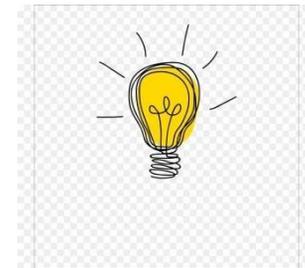
¿Qué es la sobrecarga del cuidador?

El presentar un estado de sobrecarga del cuidador significa una afectación directa en la salud, el ánimo y la socialización por parte de la persona que lleva acabo el cuidado, con la modificación de su forma de vivir con la intención de cumplir con su actividad.



5 Estrategias para evitar la sobrecarga

1. Ten objetivos y expectativas realistas.
2. Establecer tus propios límites.
3. Pide y acepta ayuda.
4. Cuida de timismo.
5. Implicar en el cuidado a otras personas.



Dirección del blog informativo

<https://cuidandodelcuidado.blogspot.com/>

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Impacto de una intervención informativa en cuidadores de adultos mayores con sobrecarga de la UMF 21"						
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica						
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar Número 21 Ciudad de México. Año 2020						
Número de registro:	Sin registro						
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado sobre la importancia de reconocer el efecto de las actividades que realiza una persona que se encuentra al cuidado de un adulto mayor en su percepción de la carga del trabajo, así como el valor de identificar si esta percepción de carga es poca o mucha y utilizar la información de este tema como un elemento de apoyo.						
Procedimientos:	Estoy enterado de que se me aplicara una encuesta para identificar el grado de sobrecarga del cuidador del adulto mayor; en caso de resultar con presencia de un grado de sobrecarga el investigador me ofrecerá la dirección electrónica de un blog en internet con información referente a este mismo tema.						
Posibles riesgos y molestias:	Entiendo que puedo desconocer algunos términos que pueden estar incluidos en las encuestas, para lo cual podre en todo momento solicitar apoyo por parte del investigador. Entiendo que me puedo sentir triste, irritable o molesto con la realización de dicha encuesta.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtendré información con respecto al tema de la sobrecarga del cuidador, así como también podre conocer si yo presento algún grado de esta condición y recibir orientación sobre las medidas a seguir.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Sé que puedo consultar al investigador con respecto a los resultados que obtenga en la realización de mi encuesta y en caso de tener dudas puedo sentirme en la confianza de preguntar.						
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo así lo decida, sin que esto afecte de ninguna manera en aspectos de mi vida diaria.						
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionara mi nombre o algún otro dato de identificación que haya proporcionado.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Reconocer la importancia del cuidado de los diferentes ámbitos de la salud en el cuidador de la personas adultas mayores , así como tener la información sobre la sobrecarga del cuidador y lo elementos que la predisponen con la intención de prevenir su aparición y/o evolución.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Beatriz Martínez Lara, médico cirujano especialista en Medicina Familiar, matrícula: 99387566, lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar Número 21, teléfono: 57686000, fax: Sin Fax.						
Colaboradores:	Calderón Mejía Juan Evaristo, médico residente de la Especialidad en Medicina Familiar, matrícula: 97384078, lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar Número 21, teléfono: 5951204430, fax: Sin Fax.						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Calderón Mejía Juan Evaristo

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: : 2810-009-013