



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF NO. 24 TEPIC, NAYARIT

**SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR
DEL PACIENTE PENSIONADO POR INVALIDEZ**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ EUSEBIO LÓPEZ PARDO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ EUSEBIO LÓPEZ PARDO

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS PEDROZA GARCIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M

**SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR
DEL PACIENTE PENSIONADO POR INVALIDEZ**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ EUSEBIO LÓPEZ PARDO

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS ALBERTO LUGAREL GODINEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UMF NO. 24, TEPIC, NAYARIT

DRA. VERONICA CANDELARIA RUIZ SANDOVAL
ASESOR DE TEMA DE TESIS
CARGO DEL ASESOR

DR LEOPOLDO MEDINA CARRILLO
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
TEPIC, NAYARIT

DR. FEDERICO RAMIREZ CARRILLO
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
TEPIC, NAYARIT; NOVIEMBRE DEL 2007

I. INDICE GENERAL

I. Índice General.....	4
II. Antecedentes.....	5
III. Planteamiento del problema.....	28
IV. Justificación.....	30
V. Objetivos.....	33
V.1 Objetivo general	33
V.2 Objetivos específicos.....	33
VI. Hipótesis.....	34
VII. Metodología.....	35
VII.1 Tipo de estudio.....	35
VII.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	36
VII.3 Tipo y tamaño de muestra.....	37
VII.4 Grupos de estudio.....	37
a. Grupo caso.....	37
b. Grupo control.....	37
VII.5 Criterios de selección.....	38
VII.6 Variables.....	39
VII.7 Procesamiento de datos.....	40
VII.8 Descripción general del estudio.....	41
VIII. Resultados.....	42
IX. Discusión de resultados.....	49
X. Conclusiones.....	51
XI. Referencias bibliográficas.....	53
XII. Anexos.....	59

II. ANTECEDENTES

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la discapacidad constituye un asunto de primera importancia por la demanda de servicios especializados y de rehabilitación. Otra preocupación es el rápido envejecimiento de la población derechohabiente y su relación con el aumento de la discapacidad en la medida que avanza la edad.¹

En la invalidez se produce una condición de inferioridad de la persona frente a las exigencias del medio físico, psicológico y socioeconómico que condicionan la subsistencia en tal forma que todos los componentes de la persona están comprometidos.²

Minusválida es toda persona con limitaciones para realizar por si misma las actividades necesarias para su normal desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, limitación que pudo provocarse por enfermedad, nacimiento o accidente.³

Dentro del IMSS existe la ley de del seguro social, en su ultima reforma en el año 2006 define al pensionado como el asegurado que por resolución del instituto tiene otorgada una pensión.⁴

Pensión es un derecho a recibir periódicamente una cantidad de dinero, en este caso es un préstamo a la que se hacen acreedores los trabajadores, luego de hacer un determinado numero de aportaciones y cumplir un periodo laboral; es decir un esfuerzo del trabajador, del patron, y el estado, encaminado a que una vez concluida la vida laboral del trabajador, reciba una mensualidad que asegure su retiro⁵

Existe una norma en el Instituto Mexicano del Seguro Social que establece la disposiciones para el dictamen de la invalidez: publicado en el Diario Oficial de la Federación el 11 de noviembre de 1998 y sus reformas publicadas el 17 de diciembre del año 2001 y el 19 de junio del 2003⁶

Cuando ocurre un accidente o enfermedad de trabajo, como consecuencia inmediata puede generar una incapacidad temporal para el trabajo y posteriormente una incapacidad permanente, con las consiguientes pérdidas que se pueden medir en términos de salud, producción en las empresas e ingresos familiares, lo que implica tanto aspecto médico como socioeconómicos⁶

El Instituto Mexicano del Seguro Social define a la invalidez, cuando el asegurado se halle imposibilitado para procurarse, mediante un trabajo igual, una remuneración superior al cincuenta por ciento de su remuneración habitual percibida durante el ultimo año de trabajo y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesional⁶

El estado de invalidez deberá ser dictaminado por el servicio de salud en el trabajo del IMSS”, no existiendo así el término de discapacidad y por lo tanto dejando desierto este concepto⁷

En América existe la convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra personas con discapacidad, emitida por la asamblea general de la organización de los estados americanos, el 7 de junio de 1999. México ratifico esta convención el 25 de enero de 2001 y fue publicada en el diario oficial de la federación el 12 de marzo del mismo año⁸

En América Latina, la mayoría de los países que la integran, coinciden en que una contingencia grave en los trabajadores es la invalidez, derivada del curso natural de la vida y el desequilibrio biopsicosocial (enfermedad) y que consiste en la pérdida del porcentaje superior a cierto grado de la capacidad para el desempeño del trabajo⁶

La importancia de la invalidez o incapacidad física o mental como problema de salud pública es algo relativamente nuevo. En el pasado, la medicina dedicaba muy poca atención a las consecuencias invalidantes de la enfermedad, y la sociedad centro sus esfuerzos en los niños lisiados sin preocuparse de los adultos y de los ancianos en esta misma situación.²

Por lo tanto la deficiencia física o intelectual o cualquier padecimiento que denota un desequilibrio dentro de lo que se considera un patrón normal, es definido como discapacidad por la Organización de las Naciones Unidas y adoptado por la Organización Mundial de la Salud. Asimismo se considera que la población discapacitada debe compartir los mismos derechos y deberes sociales del resto de la población considerada sana⁶

Existe un instrumento dentro del régimen del Instituto Mexicano del Seguro Social, que representa los grados de comportamiento dependiente e independiente, que dan una idea de la magnitud de la ayuda que necesita la persona con discapacidad. Mide el grado de discapacidad, no de deficiencia corporal, es decir, mide lo que la persona hace realmente independientemente de cual sea su diagnóstico o porcentaje de deficiencia corporal. Describe los niveles de funcionalidad:

1. Independiente.-no necesita otra persona para realizar la actividad (sin ayudante).

2. Dependiente.-se necesita otra persona que supervise o preste ayuda física para el desarrollo de la actividad, o bien la actividad no puede desarrollarse (requiere ayudante).

3.-Dependencia completa.-la persona desarrolla menos del 50 % del esfuerzo requerido para realizar la actividades necesita máxima o total ayuda o no puede desarrollar la actividad.⁶

Todo esto conduce a que un número importante de pacientes, en algún momento de su vida, requieren de personas encargadas de su cuidado y atención, por un periodo de tiempo no determinado: a esta persona se le llama "cuidador".⁹

El cuidado de personas que han perdido su independencia, ya sea por longevidad o enfermedad implica acciones como: aseo personal, alimentación adecuada, cumplimiento de indicaciones medicas, atención de las necesidades inmediatas que pueden surgir, además del manejo de relaciones afectivas y emocionales: es decir, cuidar pudiera entenderse como la ejecución de una serie de tareas que acarrea costos económicos, psíquicos y físicos.⁹

Existen dos tipos de cuidadores o tipo de cuidado.

1.-Cuidado formal: es el que ejecuta un profesional quien oferta un servicio para el cual se ha preparado.

2. Cuidado informal: el proveedor de los cuidados es un familiar, vecino o amigo de la persona dependiente, motivada por un componente emocional y por el cual no recibe remuneración alguna.

En Estados Unidos de América existen 52 millones de cuidadores informales de personas adultas enfermas o discapacitadas, y 25.8 millones prestan cuidados de asistencia personal. En Canadá, se estima en 3 millones de personas la población que "presta ayuda a personas con enfermedad crónica o

discapacidad", y en el Reino Unido se cifra en 5.7 millones la población de cuidadores (un 17% de los hogares). Un 20.7% de los adultos en España presta ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria a una persona mayor con la que convive, y el 93.7% de ellos tienen vínculos familiares con la persona a la que cuida.¹⁰

En México no existe un censo real de personas con discapacidad, se estima según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, entre 10 y 12 millones de personas, el 10% de la población total del país³

El interés por el cuidado o prestación de cuidados de salud a las personas que los necesitan por parte de los familiares, amigos, vecinos, y en general, personas de red social inmediatamente, que no lo reciben redistribución económica por la ayuda que ofrecen, ha ido en aumento durante las últimas décadas. Tres son los factores que sitúan al cuidado informal en el centro del debate sobre políticas de bienestar: el creciente aumento de la demanda de cuidados, el cuestionamiento sobre la futura disponibilidad de cuidadores informales y las reformas de los sistemas sanitarios y de atención social.

Con el progresivo envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades, no solo aumenta el número de personas que necesitan cuidados, sino que además este incremento de la demanda va acompañado de una mayor exigencia en su prestación.¹⁰

Clausen inicia trabajos en los cuidadores como entidad, así como estudios y análisis de los mismos en 1955 y, posteriormente, en la década de los años setenta de Grand Kreitman, pero hasta 1978 se organizan por primera vez en California los programas oficiales para cuidadores¹¹

Existen una serie de factores que inciden sobre el cumplimiento de las funciones del cuidador informal dado por la sobrecarga que implica el tiempo que lleva cumpliendo dicha función, las horas diarias que dedica al cuidado del paciente y la disponibilidad de recursos económicos, es decir el cuidador informal se enfrenta a una serie de factores estresantes y su respuesta ellos depende de determinados mediadores como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social.⁹

El cuidador principal merece una esmerada atención dada la alta expectativa de vida existente y el control sobre las enfermedades crónicas, lo que implica que una alta proporción de la población requerirá de los servicios de este por lo que debe recibir una justa atención y reconocimiento social.⁹

El cuidador primario asume la total o mayor responsabilidad de los cuidados del enfermo en forma voluntaria o involuntaria; con posibilidad de tomar decisiones por el paciente. Es un individuo de vital importancia que desarrolla una función activa para procurar a sus familiares cuidados mediante su integración al entorno, el estímulo de sus funciones y su independencia. Los principales beneficiarios de los cuidados son enfermos temporales o crónicos, discapacitados, personas dependientes con trastornos mentales e hijos con algún retraso en su desarrollo o con alguna condición discapacitante.¹²

El concepto de "cuidador informal" se ha desarrollado en los últimos años en torno a una serie de paradigmas superpuestos y muy influidos por la ideología feminista. Cuidar puede ser entendido como un trabajo, una actividad que consiste en la ejecución de una serie de tareas y que acarrea determinados costes. Sin embargo esta forma de entender el cuidado ha sido cuestionada: si cuidar es un trabajo, este trabajo es tanto físico como emocional. Cuidar implica tareas, pero también relaciones y sentimientos, esto es, tiene una dimensión relacional.¹⁰

Se trata de trabajo no remunerado, prestado en virtud de relaciones afectivas y de parentesco, y que se desarrolla en el ámbito privado de lo doméstico.¹⁰

El trabajo de cuidar y las condiciones en las que se desarrolla afectan la vida del cuidador por diferentes razones, trayendo como consecuencias cambios en su proyecto de vida, pérdida de la independencia, pérdida de la atención en sí mismo abandono de la ocupación u oficio y una sobrecarga física y psíquico . Uno de los elementos fundamentales en el constructo de sobrecarga del cuidador acuñado por Zarit (constructo que es, a su vez, el factor que mejor predice la institucionalización final del paciente) es el estrés psíquico¹³.

Para la medición de la sobrecarga se ha desarrollado instrumentos basados en la medida de las necesidades del beneficiario, y también instrumentos inespecíficos que miden dimensiones globales en el cuidador, como calidad de vida, bienestar general o presencia de ciertos problemas, como ansiedad o depresión. Estudios recientes se centran en analizar la aportación diferencial de cada uno de estos elementos y su utilidad para explorar las circunstancias relevantes de la vivencia de la situación de cuidados por parte del cuidador.¹⁰

Zarit se define como el grado en que los cuidadores perciben que su salud, su vida social y personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a alguien. Esta última definición es la que en nuestros días tiene más adeptos, de manera que actualmente se suele aceptar que la sobrecarga es la percepción que el cuidador tiene acerca del modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida.¹⁰

Siguiendo la lógica de este enfoque, Zarit diseñó la escala de sobrecarga del cuidador, uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sobrecarga,

que ha sido validado y adaptado al castellano. Se ha comprobado que los cuidadores con mayor nivel de sobrecarga, medida mediante este instrumento, muestran una autopercepción de salud y más probabilidades de tener problemas emocionales; además, manifiestan deseos de transferir su responsabilidad de cuidar a otros en mayor medida que las cuidadoras con menor sobrecarga¹⁰

Existe el síndrome del cuidador que se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático, que afecta a todas las esferas de la persona, con repercusiones médicas, sociales, económicas y otras que pueden llevar al “cuidador” a tal grado de frustración que claudique en sus labores de cuidado.¹⁴

Este síndrome del cuidador se destaca por problemas osteoarticulares y el dolor mecánico crónico, alteración del ritmo del sueño, cefalea y astenia. En la esfera psíquica destacan la ansiedad y la depresión, producidas como si se tratara de una verdadera transferencia depresiva por parte del enfermo. A las alteraciones psicofísicas se añaden problemas como el aislamiento social, problemas familiares desatados a partir de que el cuidador solo se ocupa del enfermo (cambios de roles, abandono de otros miembros) e incluso el desgaste económico visible. Por otra parte el cuidador comienza a dejar de preocuparse por su arreglo personal, que pudiera estar ligado con un sentimiento de culpa, si acaso llegara a pensar en el mismo antes que en el enfermo. En la familia, el cuidador y especialmente en el paciente, los miedos siempre están presentes.¹⁵

El cuidador se desenvuelve observando las normas que le dictan la familia, el enfermo y el médico. Con el devenir pierde su propio tiempo, la energía y la autoestima, y por ello transforma sus tareas personales, físicas, intelectuales, de recreo o placenteras. Cuando la afección somato psíquica es mayor y el miembro de la familia que funciona como cuidador es importante para el estado

emocional o económico, se destruyen los roles de cada miembro y se devasta la familia.

El sistema de cuidado familiar recae principalmente en las mujeres: la madre, la hija, la nieta, etc. El papel de cuidador casi siempre lo desempeña una persona joven, aunque puede variar dependiendo del estado del paciente y el tipo de enfermedad.

Las actividades directas de un cuidador están dirigidas al auxilio en el baño diario, vigilancia de las evacuaciones y aseo, cuidados de catéter, administración de medicamentos, monitoreo de los signos vitales, traslado a consultorio, centro hospitalarios, información veraz al personal médico, decisiones éticas decisivas. Las actividades indirectas se refieren al manejo del área de servicio, como: cocinar, limpiar, comprar productos, manutención monetaria.¹⁶

La sobrecarga del cuidador ha sido definida operativamente y medida partiendo de un modelo derivado de la teoría general del estrés. En este modelo, el cuidador debe afrontar determinados factores estresantes y su respuesta ira mediada por procesos psicológicos que incluyen el impacto emocional, la percepción del soporte social y las estrategias de manejo de estos factores. De este modo y como resultado de esta interacción "factor estresante-estrategia de afrontamiento", el cuidador puede percibir una sensación de sobrecarga que ira acompañada de otras consecuencias negativas sobre su salud.¹⁷

Debemos de tener en cuenta que la discapacidad puede considerarse como un agente estresante o puede ser resultado de un estresor, y el resultado de pensar que la discapacidad es una forma de estrés, tomando en consideración como la gente discapacitada puede contender el estrés, el cual toleran como

una consecuencia de su situación de discapacidad (Allison 1998, Miller y Major 2000)⁷

Está ampliamente aceptado que el estrés la emoción y el afrontamiento son factores causales en la enfermedad somática. La controversia no hace de que esta suposición sea cierta o no sino que exista relación específica entre el estrés, emoción y enfermedad somática (Klwpow y Kroenke 2002)⁷

Para estudiar el comportamiento de los individuos frente a situaciones estresantes, se han creado numerosas escalas que pretenden medir los diferentes estilos y estrategias de afrontamiento. Dichas escalas se han elaborado en otros países y no se han validado en México.¹⁸

El concepto de afrontamiento, durante 1940 a 1950 se basó en la descripción y evaluación clínica, que actualmente constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y programas. Se define el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1984)⁷

El afrontamiento es definido por Everly (1989, p. 44), "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales".¹⁹

La escala de Modos de Afrontamiento (Ways Of Coping, Woc) de Folkman y Lazarus (1985), un instrumento que evalúa una completa serie de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar una situación estresante, cubre al menos ocho estilos diferentes (las dos primeras mas

centradas en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas):

1.-Confrontación 2.-Planificación 3.-Distanciamiento 4.-Autocontrol 5.-Aceptación 6.-Escape Evitación 7.- Reevaluación Positiva 8.-Búsqueda de apoyo social²⁰

Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente. En este contexto y desde el modelo de Lazarus (Lazarus y Folkman,1984), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento ("coping"), siendo éste un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante.¹⁹

El hacer frente refiere a los esfuerzos cognoscitivos y del comportamiento de la persona de manejar (reducir al mínimo, dominar, o tolerar) las demandas internas y externas de la transacción de la persona-ambiente eso se valora como gravando o excediendo los recursos de la persona. El hacer frente tiene dos funciones importantes: ocupando del problema de eso esta causando la señal de socorro (el hacer frente problema-enfocado) y la emoción de regulación (el hacer frente emoción-enfocado)²¹

Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (Lazarus y Folkman, 1986):

- 1.-Estrategias de resolución de problemas: son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que esta causando el malestar.
- 2.-Estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema²⁰

Es preciso, por tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. "Los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" ¹⁹

Revisadas las principales estrategias de afrontamiento, la tipología de Meichenbaum y Turk (1982); el "Inventario Multidimensional de Afrontamiento" de Endler y Parker (1990); el "Inventario de Tipos de Afrontamiento" de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986); el "Catálogo de Afrontamiento" de Schreurs, Willige, Tellegen y Brosschot (1987); el COPE o "Estimación de Afrontamiento" de Carver, Scheier y Weintraub (1989); el "Inventario de Estrategias de Afrontamiento" de Holroyd y Reynolds (1982); y el "Inventario breve de Propensión a la Enfermedad" de Eysenck (1991), Fernández-Abascal (1997) ha realizado un listado exhaustivo de las diferentes estrategias de afrontamiento que han sido definidas en la literatura científica¹⁹

El proceso de afrontamiento no es siempre constructivo o destructivo en sus consecuencias, si no que sus costos y sus beneficios dependen de la persona; su momento y el contexto de estrés (Rodríguez Marín 1996). Es más, las

consecuencias serán diferentes si las valoramos desde el aspecto fisiológico, psicológico o social. Por tanto cuando hablamos de afrontamiento hacemos referencia a los esfuerzos tanto cognitivos, como conductuales que realiza la persona para manejar el estrés psicológico, independientemente de sus resultados. Según, Lazarus y Folkman 1986, cubre dos tipos de objetivos, alterar la fuente provocadora de estrés modificando la situación o cambiar la manera en que ésta es tratada para reducir así el estado emocional negativo. Estas dos funciones pueden complementarse a la hora de contribuir al funcionamiento global del individuo o pueden interferirse. El afrontamiento juega un papel mediador entre las circunstancias estresantes y la salud, las estrategias focalizadas en el problema se relacionan con resultados más positivos, mientras las centradas en la emoción, parecen relacionarse con la ansiedad y la depresión. La evitación se asocia negativamente con las formas de afrontamiento centradas en el problema. La confrontación y el distanciamiento en general parecen llevar a peores resultados, mientras el autocontrol y la búsqueda de apoyo social son menos discriminativos.²²

La enfermedad y la incapacidad grave tienen efectos importantes en la vida de una familia, el efecto real varía con el tipo de enfermedad y el miembro de la familia involucrado. El factor común en todas estas situaciones es la necesidad de que los otros miembros de la familia se adapten al cambio de situación y adopten nuevos papeles. Con esos cambios adaptativos aparecen nuevos riesgos para otros miembros de la familia.²³

El proceso salud enfermedad no debe ser comprendido como simples estados opuestos, sino como una expresión de todo el proceso vital con grados diversos de equilibrio entre el organismo y su ambiente, es decir, es un proceso que consta de una ecología. Tampoco es posible considerar a la enfermedad únicamente como una alteración biológica, sino como lo señala Martínez

Cortes, una experiencia llena de significados que viven tanto el enfermo como quienes lo rodean. Es cualquier estado que perturba el que mantiene la composición, estructura, o función del organismo.

El reconocimiento de la forma como evoluciona la enfermedad influye sobre el curso de la misma. Existen cuatro fases de la enfermedad estrechamente vinculadas a la dinámica individual, familiar y a la del propio padecimiento:

a).-Aparición aguda o gradual

b).-Evolución progresiva, constante o episódica

C.-Desenlace prematuros, de pronóstico fatal o sorpresivo

d).-Posibilidad de incapacitar cognoscitiva, cinética y sensorialmente y de ocasionar pérdidas de energía, imagen y control corporal, de entidad personal y de las relaciones íntimas.

El deslinde de las diferentes fases de la enfermedad, al igual que una evaluación acertada de la familia que incluya la etapa del desarrollo en la que se encuentra, su historia de enfermedades y pérdidas sus reacciones ante las crisis, el rol del enfermo ante la aparición de la enfermedad y el paradigma familiar relacionado con el control conducirán a un manejo más adecuado de la enfermedad, que es el objetivo de toda práctica terapéutica²⁴

Hablar de familia sana o enferma implica hacer referencia a la salud de las familias, es decir a la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman: por tanto, trata de la prevalencia e incidencia de las enfermedades de una familia determinada.

La salud familiar al estar condicionada por variables socioeconómicas y culturales, debe entenderse como un proceso dinámico, susceptible de

experimentar cambios a lo largo del ciclo vital de la familia, es por eso que la misma enfermedad, diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo, tiene distintas implicaciones en lo que respecta a la atención y tratamiento de los aspectos físicos, psicológicos y sociales²⁴

El apoyo social es un proceso interactivo en el que las necesidades básicas de afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación, así como las instrumentales o económicas del individuo son satisfechas dentro de una red social en que se encuentra inmerso. En dichas redes sociales las personas mantienen su identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquieren nuevos contactos sociales²⁴

La familia tiene una figura central que es el jefe de la misma (fenómeno que ocurre prácticamente en todo el mundo). En otras palabras la cabeza de la familia es quien tiene la autoridad y la mayor jerarquía del grupo y sobre la cual se articulan tanto la relación del parentesco al interior del grupo domestico, como en la organización económica, social y cultural de las familias y algunos vínculos de esta con otras unidades sociales, como pudiera ser la economía y la empresa a través del mercado de trabajo.

Desde esta perspectiva la personalidad y las características sociodemográficas del jefe de la familia lo convierten en un representante de la situación en la que se encuentra en el hogar, tal y como lo señalan diferentes estudios²⁵

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un cambio radical tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de los miembros.

Para adaptarse a esta nueva situación de enfermedad, la familia pone en marcha mecanismo de autorregulación, que le permite seguir funcionando, de tal manera que, en caso de enfermedad aguda, grave o crónica, se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo de paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen algún patrón específico, mas bien están dados por las propias características familiares, tales como la etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de rigidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar etc.

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal, favorece que el paciente “sea etiquetado como diferente”, ya sea por el tipo de expectativa que posee, por las nuevas necesidades de cuidado y alimentación, por su aspecto físico, por su autoestima, por su capacidad de trabajo etc., y que afectan el tipo de relación interpersonal con los miembros de su familia y sus conocidos. Esta relación puede evolucionar lentamente hasta el deterioro irreversible.

La condición de cronicidad puede evolucionar a situaciones de estrés crónico en el sistema, que no solo impactan en el funcionamiento de la familia, sino también en la evolución de la propia enfermedad¹⁵

Puede considerarse a la red social como un proceso que surge de las interrelaciones personales características de cualquier grupo humano, presentando una relación directamente proporcional entre la complejidad de la organización social y la formación de las redes sociales. Tanto la sociología urbana como la economía aplican el concepto de red social a las cadenas de parentesco que integran las redes familiares en las que se fundamentan las formas de migración e incorporación al mercado de servicios en las ciudades. Los procesos en red pueden ser vistos en un grupo de familiares, vecinos, amigos u otras personas, que aportan ayuda real y duradera a un individuo o una familia.

Billón considera, el apoyo social a través de parámetros cualitativos inherentes, a las necesidades básicas de la familia.²⁶

Se analizó la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000) con el objetivo de describir las características de la discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La prevalencia de discapacidad en el país fue 2.35% y 2.5% en nuestra institución. Los estados con las cifras más altas fueron Guanajuato (4.4%), Nayarit (3.7%) y Colima (3.1%).

El 45% de los discapacitados pertenece al grupo de 60 años y más, cuando este grupo apenas representa 8% del total de la población derechohabientes. Los hombres la discapacidad se inician a edades más tempranas que las mujeres y las enfermedades. Las principales causas de discapacidad son una enfermedad (40%), un accidente (23%) y la edad avanzada (16%), esta última más frecuentes en las mujeres (20%).¹

Dentro de los dictámenes de invalidez en cuanto al Total Nacional se tienen registrados hasta el año 2005 un total de 12,811,316 con un promedio de 14,191 casos anuales con una tasa de 1.1 (por cada 1,000 asegurados).²⁷

En el estado de Nayarit se tiene registrado un total de 92,717 dictámenes de invalidez hasta el año 2005, con promedio de 109 casos por año, con una tasa del 1.2 (tasa por cada 1,000 asegurados).²⁷

En el estado de Nayarit encontramos que hasta el año 2004 se tenían acumulados 2,422 pensionados por invalidez total (Ley 97:43 pacientes, Ley 73:2,379 pacientes).

Los dictámenes de invalidez según naturaleza de la lesión más frecuentes encontramos de la siguiente manera del total Nacional hasta el año 2005 en Instituto Mexicano del Seguro Social.

- 1.-Diabetes Mellitus
- 2.-Tumores neoplasia malignas
- 3.-Dorsopatías
- 4.-Insuficiencia renal
- 5.-Artropatías
- 6.-Enfermedades cerebro vascular
- 7.-Enfermedades isquémicas del corazón
- 8.-Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos
- 9.-Enfermedades del hígado
- 10.-Alteraciones de la visión y ceguera
- 11.Trastornos de la coroides y la retina
- 12.-Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
- 13.-Trastorno episodios y paroxísticos
- 14.-Otras formas de enfermedad del corazón
- 15.-Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- 16.-Otros diagnósticos.²⁷

Dentro del contexto de dictámenes de invalidez hasta el año 2005 de derechohabientes del instituto mexicano del seguro social que son los más afectados de acuerdo a la siguiente ocupación.

- 1.-Peones de carga
- 2.-Limpiadores de oficina, hoteles y otros establecimientos
- 3.-Vendedores y demostradores de tiendas y almacenes
- 4.-Operadores de

maquinas, herramientas 5.-Conductores de camiones pesados 6.-Embaladores, manuales y otros peones de la industria manufacturera 7.-Conductores de automóviles, taxis y camionetas 8.-Albañiles y manposteros 9.-Conductores de autobuses y tranvías 10.-Otros oficinistas 11.-Secretarios 12.-Empleados de servicio de apoyo a la producción 13.-Porteros y guardianes y afines 14.-Otros operadores de maquinas y montadores 15.-Porteros y guardias y afines 16.-Otros²⁷

En Inglaterra se realizo un estudio a 232 cuidadores de pacientes lisiados y que son apoyados por estos, encontrándose una edad media de 65.7 años, el 64% eran mujeres y 50% recibió entrenamiento de cuidador, se observo que el cambio en los cuidadores se ve reflejado a los 3 meses del cuidado y en las familias al año.²⁹

En Ontario Canadá se realizo un estudio longitudinal a 89 cuidadoras de personas mayores con cáncer avanzado y se encontró edad media del cuidador de 53 años, 55% sexo masculino, esposó 52% y la carga es el predilector mas importante de la ansiedad y de la depresión.³⁰

En Finlandia se realizo un estudio de 98 cuidadores de 100 pacientes con secuelas de procesos isquemicos en el hospital de la universidad de Helsinki, donde se observo que un total de 30 a 33% de los cuidadores presentaron depresión en la fase aguda y fue asociada a la severidad de la enfermedad y a la edad del paciente, por lo que la depresión del cuidador puede ser prevenida en la fase aguda³¹

En España se realizo una investigación sobre los cuidados informales, utilizando una encuesta domiciliaría a 1,000cuidadores.Donde se pone de manifiesto el claro predominio de las mujeres como cuidadoras informales.De

estas mujeres con menor nivel educativo, sin empleo y de clases sociales ,menos privilegiadas.El impacto negativo de cuidar es identificado por una gran proporción de cuidadoras en especial la repercusión económica, laboral y el uso del tiempo, las consecuencias de salud se asociaron con altos niveles de sobrecarga¹⁰

En España se realizo un estudio descriptivo,transversal en 50 cuidadores de personas inmovilizadas de las cuales predomino las mujeres con una edad media de 60 años,casada,estudios primarios, hijas de pacientes y convivientes con el mas de 6 meses al año, un 28% presentan malestar psíquico relacionado con la ansiedad y un 32% relacionados con la depresión.³²

En Santiago de Chile se realizo estudio descriptivo, transversal en cuidadores de pacientes con VIH/SIDA. A 38 familiares cuidadores encontrándose que nivel socioeconómico al que pertenecían medio bajo, 81.6% eran mujeres, nivel de educación 73.7% tenían 8 o mas años de estudio. El 44.7% era dueño de casa y solo el 42.1% tenia trabajo remunerado. Edades entre 36 y 65 años, en cuento al rol familiar 47.4% eran madres y 23.7% eran hermanos.³³

En Cuba se realizo una investigación descriptiva-prospectiva a 76 cuidadores en el cuidado de un anciano o enfermo discapacitado donde se encontró a los hijos como cuidadores en 34.2% y las esposas 27.6% un grupo menor corresponde a los vecinos y otros familiares, el comportamiento de los síntomas psíquicos predomino depresión 77.6%,el cansancio 69.7% y los trastornos del sueño 67.1% los problemas sociales del cuidador; la disminución o perdida del tiempo libre 60.5% la soledad 40.7%,y el aislamiento 30.2%.¹⁴

En México se realizó una investigación en 68 cuidadores primarios, donde el perfil demográfico del cuidador era mujer 84% de 55 años, casada, ama de casa, con preparatoria, hija, madre, hermana, o esposa del enfermo o dependiente, quien padece la vejez, discapacidad y / o enfermedad crónica degenerativa, dentro del perfil emocional se encuentra alteración en el sueño, los menos en límites de fuerzas, planes y expectativas, dentro del perfil social se encontró dedican gran parte del día a su labor, pocas horas de descanso y mínimas vacaciones, múltiples actividades por obligación.¹²

En México se realizó estudio a cuidadores donde se encontró que eran personas de edad media entre 51 y 60 años (42%), 60% sin parejas, 86% mujeres, 56% desocupados, 48% dedicados al hogar, 66% con escolaridad primaria o menos, 72% hijas; predominaron las enfermedades psiquiátricas (depresión 96%, ansiedad 76%).³⁴

En España se realizó estudio prospectivo donde se usaron 61 escalas de ZARIT a familiares de pacientes paliativos ingresados en una unidad con diagnóstico oncológico, en el 86.3% y no oncológicos en el 13.7%; encontrándose la edad media en los cuidadores de 58 años, se observaba claudicación en el 61.4%, la mayoría de los cuidadores eran mujeres³²

En España se realizó estudio transversal sobre la sobrecarga del cuidador de paciente con enfermedad de Alzheimer y distres psíquico, la sobrecarga se valoró con la escala de ZARIT, presentando buena capacidad para discriminar el distres psíquico con una sensibilidad 93%, y su especificidad 80% encontrándose alta.¹³

En México se realizó estudio transversal, en cuidadores de pacientes que acuden a los grupos de apoyo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), se aplicó la versión 22 reactivos a una muestra de 102

cuidadores encontrados. Menciona la escala de ZARIT presentando buenos valores de consistencia interna y validez del contenido, así como ser buen predictor para el deseo de institucionalizar al paciente.³⁶

En España se estudiaron 40 cuidadoras mujeres o hijas de enfermos con demencia que permanecían en la comunidad, determinaron varias variables sociodemográficas y clínicas; deterioro cognitivo y funcional, sobrecarga (escala de sobrecarga del cuidador) estrategias de afrontamiento (cuestionarios de formas de afrontamiento de Lazarus y Folkman) y dentro de los resultados se encontró que la estrategia mas utilizada fue “búsqueda de apoyo social” y la menos buscada “huida-avoidancia”. Las cuidadoras mas jóvenes e hijas de las pacientes con mayor formación académica, utilizaban mas estrategias afrontadas al problema y en concreto la “confrontación” y la “planificación”. La sobrecarga grave determinaba la mayor utilización de la “huida-avoidancia” la “aceptación de la responsabilidad” y la “confrontación”.³⁷

En España se realizo un estudio ex post facto para detectar estrategias de afrontamiento comunes en personas afectadas por el SIDA. La muestra esta formada por 105 participantes y la medida de evaluación mas utilizada, cuestionario de modos de afrontamiento de LAZARUS y FOLKMAN y los resultados indican a partir del cuestionario utilizado, que no existe un modo de afrontamiento específico.³⁸

En Buenos Aires Argentina se realizo estudio a 150 personas de 65 o más de edad, de distintos sexos, pertenecientes a nivel socioeconómico medio y residente en Buenos Aires utilizando el Way Of Coping Questionnaire (WOC) donde encontraron que no hubo diferencias en cuanto al género en el (WOC).³⁹

En Santiago de Cuba, se realizó un estudio donde se exponen algunas consideraciones teóricas y metodológicas para el estudio de los procesos de afrontamiento, donde se hace conclusión que el concepto de afrontamiento tiene más de 60 años formulado, que aun promete mucho valor, urgencia y actualidad. Se dan a conocer resultados de la autora donde se relaciona en afrontamiento y la calidad de vida percibida, vivenciada, donde considera al afrontamiento valorativo de la calidad humana y su posible vínculo con la autovaloración. Ambos considerados mecanismos reguladores que permiten la adaptación del individuo a su medio.⁴⁰

En México se realizó un estudio observacional, transversal y protectivo en pacientes de primer nivel de atención de las Clínicas Familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social en el estado de Puebla. Se encuestó a un total de 102 pacientes, todos ellos mayores de edad, de los cuales 67 fueron mujeres y 35 hombres, con un promedio de edad de 41.08 años para las mujeres y 44.8 para los hombres, el promedio de escolaridad era de 10.25 años para hombres y 9.36 para las mujeres. Cerca del 50% de los sujetos estaban casados y 30% solteros. El 50% de los pacientes eran asalariados y el 30% realizaba labores del hogar. Se aplicó el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (The Ways Of Coping Questionnaire). No se encontró diferencias de puntuación entre hombres y mujeres en los diferentes estilos de afrontamiento, las mujeres otorgaron mayor puntaje a todos los diferentes estilos de afrontamiento sobre los hombres, excepto en el estilo de "escape". El estilo de afrontamiento de mayor puntaje recibió para ambos sexos fue el de "reevaluación positiva". El único estilo de afrontamiento que mostró correlación con DISCAPACIDAD fue el de "autocrítica-autoaceptación".⁷

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se analizo la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA-2000) con el objetivo de describir las características de la discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La prevalencia de discapacidad en el país fue 2.35% y 2.5% en nuestra institución (IMSS). Los estados con las cifras mas altas fueron Guanajuato (4.4%), *Nayarit* (3.7%) y Colima (3.1%).

El 45% de los discapacitados pertenece al grupo de 60 años y más, cuando este grupo apenas representa 8% del total de la población derechohabientes. Los hombres la discapacidad se inician a edades más tempranas que las mujeres y las enfermedades. Las principales causas de discapacidad son una enfermedad (40%), un accidente (23%) y la edad avanzada (16%), esta ultima mas frecuentes en las mujeres (20%).¹

Dentro de los dictámenes de invalidez en cuanto al Total Nacional se tienen registrados hasta el año 2005 un total de 12,811,316 con un promedio de 14,191 casos anuales con una tasa de 1.1 (por cada 1,000 asegurados).²⁷

En el estado de *Nayarit* se tiene registrado un total de 92,717 dictámenes de invalidez hasta el año 2005, con promedio de 109 casos por año, con una tasa del 1.2 (tasa por cada 1,000 asegurados).²⁷

En el estado de *Nayarit* encontramos que hasta el año 2004 se tenían acumulados 2,422 pensionados por invalidez total (*Ley 97:43* pacientes, *Ley 73:2,379* pacientes).

Los dictámenes de invalidez según naturaleza de la lesión más frecuentes encontramos de la siguiente manera del total Nacional hasta el año 2005 en Instituto Mexicano del Seguro Social.

- 1.-Diabetes Mellitus
- 2.-Tumores neoplasia malignas
- 3.-Dorsopatías
- 4.-Insuficiencia renal
- 5.-Artropatías
- 6.-Enfermedades cerebro vascular
- 7.-Enfermedades isquémicas del corazón
- 8.-Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos
- 9.-Enfermedades del hígado
- 10.-Alteraciones de la visión y ceguera
- 11.Trastornos de la coroides y la retina
- 12.-Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos
- 13.-Trastorno episodios y paroxísticos
- 14.-Otras formas de enfermedad del corazón
- 15.-Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- 16.-Otros diagnósticos.²⁷

Dentro del contexto de dictámenes de invalidez hasta el año 2005 de derechohabientes del instituto mexicano del seguro social que son los más afectados de acuerdo a la siguiente ocupación.

- 1.-Peones de carga
- 2.-Limpiadores de oficina, hoteles y otros establecimientos
- 3.-Vendedores y demostradores de tiendas y almacenes
- 4.-Operadores de maquinas, herramientas
- 5.-Conductores de camiones pesados
- 6.-Embaladores, manuales y otros peones de la industria manufacturera
- 7.-Conductores de automóviles, taxis y camionetas
- 8.-Albañiles y mamposteros
- 9.-Conductores de autobuses y tranvías
- 10.-Otros oficinistas
- 11.-Secretarios
- 12.-Empleados de servicio de apoyo a la producción
- 13.-Porteros y guardianes y afines
- 14.-Otros operadores de maquinas y montadores
- 15.-Porteros y guardias y afines
- 16.-Otros²⁷

IV.- JUSTIFICACION

Este trabajo tiene como objeto analizar las características que tiene el cuidador informal en diferentes aspectos de su vida, que explican por que cuidar supone un coste para la persona cuidadora, así también como el impacto en la salud y calidad de vida en los cuidadores haciendo énfasis en la “sobrecarga” y las maneras o estrategias de afrontamiento, así como la consecuencia de repercusiones en el núcleo familiar

Nayarit ocupa a nivel nacional el segundo lugar en prevalencia de discapacidad es por ello la gran importancia de este estudio.

Problemas de salud física individual, que por sus características pueden alterar en funcionamiento de grupo familiar (enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus u otras enfermedades invalidantes y mortales).este tipo de patologías se encuentran dentro de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS.

Las estrategias de afrontamiento (o Coping) del sujeto son esfuerzos cognoscitivos conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes desbordantes de los recursos de los individuos.

Dichas estrategias son de diferente naturaleza (cognoscitiva, emocional, compartamental, fisiológica y están destinadas a enfrentarse a las amenazas que se le han presentado al individuo.

La clasificación de dichas estrategias es múltiple, arbitraria y dificultosa, puesto que se trataría de todo lo que el sujeto “hace” para enfrentarse a dichas

amenazas y, además, todas las clasificaciones dependen del punto de vista teórico que subyazca con lo cual podemos encontrarnos múltiples tipos de clasificaciones de modos de afrontamiento.

La invalidez genera en forma individual y familiar, múltiples alteraciones emocionales, sociales, económicas, sexuales etc. y se observa que sus cuidadores presentan alteraciones y patologías encaminadas más hacia el factor estrés, posterior a cierto lapso de tiempo como responsable del pensionado inválido.

La redes sociales incluida la familia percibe al paciente como el único responsable de la enfermedad sin tomar en cuenta la importancia que tiene el apoyo familiar, atentando contra la integridad física del paciente.

Este estudio es factible, ya que se cuenta con un registro en la coordinación delegacional en salud de trabajo de casos de invalidez en el estado, recursos humanos, espacios físicos, materiales de apoyo, entre otros. Y permitirá conocer el comportamiento del cuidador en el paciente pensionado por invalidez y la importancia que tiene el cuidador también como paciente.

Se ha observado que un paciente pensionado por invalidez se vuelve dependiente, puesto que la ayuda y el cuidado por parte de la familia es primordial.

Si los pacientes son apoyados por sus familias, el impacto positivo, tanto, médico, personal y familiar, se vería reflejado en la disminución de gastos erogados por secuelas de la invalidez, asimismo con estas redes de apoyo familiar, lograrían tener una mejor calidad de vida.

Se pretende hacer una reflexión acerca del apoyo del cuidador informal en el paciente pensionado por invalidez, también conocer los cambios que forja en la persona que ayuda a los cuidados de estas personas y que tienen en su núcleo algún familiar con invalidez.

Ya que un paciente que se encuentra pensionado por invalidez dentro de un núcleo familiar a corto plazo provocara una crisis, dada la desorganización que produce, así como el impacto emocional a cada uno de sus miembros. Puesto se trata de la persona que proveía económicamente al núcleo familiar, y esto traerá consigo múltiples problemas quizá disfuncionales dentro de la familia. De forma conciente o inconsciente puede llevar a estas situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio alterar el manejo del paciente enfermo.

Por lo que se formulo la siguiente pregunta:

¿CUAL ES LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE PENSIONADO POR INVALIDEZ Y CUALES SUS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO?

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL:

- I. Evaluar la sobrecarga del cuidador del paciente pensionado por invalidez.
- II. Evaluar sus estrategias de afrontamiento en el cuidador con sobrecarga

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar binomio cuidador pensionado.
- 2.- Describir las características de núcleo familiar del pensionado
- 3.- Describir al cuidador
- 4.- Describir características de cuidador
- 5.- Identificar sobrecarga con aplicación de la escala de zarit
6. -Describir estrategias de afrontamiento con aplicación cuestionario (lazarus y Folkman).
- 7.-Identificar las estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes pensionados por invalidez con sobrecarga.

VI. HIPÓTESIS

Por el tipo de estudio no es necesaria.

VII. METODOLOGIA

VII.1 TIPO DE ESTUDIO

DISEÑO

Observacional

Descriptivo

Retrospectivo

Transversal

Abierto

VII.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

UNIVERSO DE ESTUDIO

Familias de pacientes pensionados por invalidez, radiquen en Tepic Nayarit.

MUESTRA

Cuidador de pensionado por invalidez IMSS Tepic Nayarit.

OBJETO DE ESTUDIO

Cuidador informal del paciente pensionado por invalidez

TIEMPO DE ESTUDIO

En el periodo de junio a noviembre 30 del 2006

VII.3 TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Muestreo no probabilístico, por conveniencia

Un total de 60 cuidadores informales.

VII.4. GRUPO DE ESTUDIO

A) Grupo caso:

Cuidadores de pacientes pensionados con sobrecarga

B) Grupo control:

No necesario por ser descriptivo

VII.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- Ambos géneros
- Edad sin límites
- Cuidador informal
- Acepten participar en el estudio
- Integrado al núcleo familiar del pensionado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Cuidadores formales
- Cuidador con déficit cognitivo o problemas de comunicación verbal (confusión, hipoacusia severa no corregida, retraso mental, idioma)

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Cuidador que no contesten el cuestionario de manera completa.

VII.6 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Pensionado por invalidez

VARIABLE DEPENDIENTE

Sobrecarga del Cuidador.

Estrategias de Afrontamiento

VII.7 PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizó cuestionario de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, (Caregiver Burden Interview) validado por Martín M., Salvado I., Nadal S., Mijo L. C., Rico J. M., Lanz y Taussing M. I., adaptaron para nuestro medio en 1996 y otra encuesta validada en 1985 por Folkman y Lazarus; Escala de modos de afrontamiento (Ways of Coping Woc) para verificar las estrategias de afrontamiento que utiliza y confirmar si existen alteraciones emocionales y personales. Se empleó Chi cuadrada para vaciar los datos que se recolectaron en el programa SPSS versión 10, se representaron en cuadros.

VII.8 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se Seleccionó del Departamento de Salud en el Trabajo del Hospital General de Zona No 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Tepic Nayarit a cedulas de pensionados por invalidez con calificación de 1(ayuda total) y 2 (ayuda máxima).

Se visito sus domicilios de estos pacientes e identificamos a los cuidadores así como sus factores sociodemográficos, (edad, genero, estado civil, relación con el paciente discapacitado, nivel de estudios, ocupación, religión) y tipología familiar (desarrollo, demografía, composición, integración, tipología). A los cuidadores se aplico los cuestionarios siguientes previo consentimiento informado;

a). Escala sobre la Carga del Cuidador de Zarit, Evalúa 22 ítem. Y los califica de acuerdo a la sobrecarga; 1.-nunca, 2.-rara vez, 3.-algunas veces, 4.-bastantes veces, 5.-casi siempre.

b). Escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus, Evalúa los siguientes estilos; 1.-Confrontación, 2.-Planificación, 3.-Distanciamiento, 4.-Autocontrol, 5.-Aceptación, 6.-Escape-evitación, 7.Reevaluación positiva, 8.-Búsqueda de apoyo social, en una escala de Likert cuyos resultados son 0: En absoluto. No refleja la forma como reaccioné. 1. En alguna medida, alguna vez reaccioné así. 2. Bastante, con frecuencia reaccioné de esa manera. 3. En gran medida, refleja completamente la reacción que tuvo.

Para obtener la muestra utilizaremos formula para calcular dos proporciones de una población finita, muestreo lo haremos no probabilística, por conveniencia.

Los datos se trabajaran en Word dentro del paquete que incluye el paquete Estadístico, SPSS, Versión 10.0 en español, dentro de los aspectos estadísticos se utilizara la descriptiva.

VIII. RESULTADOS

Se analizaron 60 muestras de cuestionarios tipo encuestas del cuidador informal y se encontró lo siguiente:

La edad mínima fue 18 años y la máxima 81 años, con una media de 47.05 años \pm 16.21. Predominó: femenino 76.7% (46/60); casados 80.0% (48/60); tipo de relación hijas 53.5% (32/60); bachillerato 43.3% (26/60); desempleados 71.7% (43/60); católicos 88.3% (53/60). Familia tradicional 100% (60/60); urbanas 51.7% (31/60); extensas 56.7% (34/60); integradas 81.7% (49/60) obrera 56.7% (34/60). (Cuadro 1 y 2).

Se observó de la aplicación del Cuestionario de Sobrecarga del cuidador (Zarit): sobrecarga máxima 63.3% (38/60), sobrecarga leve 36.7% (22/60). Media de 62.08 \pm 10.64. La relación con los factores sociodemográficos; mujeres 48.3% (29/60). Casados 51.7% (31/60). El Tipo de relación hijas 33.3% (20/60), Bachillerato 30.0% (18/60) desempleado 45.0% (27/60), católica 58.3% (35/60). Familia urbanas 31.7% (19/60). Composición 23 familias extensas 38.3% (23/60), familia integradas 48.3% (29/60). Familias obrera 38.3% (23/60) (Cuadro 3 y 4).

La evaluación del cuestionario de las maneras de afrontamiento (The Ways of Coping Questionnaire) en la sobrecarga se utilizó de la siguiente manera:

TIPO1 Problema (confrontativo) 91.7% (55/60).

TIPO 2 Problema (planificación) 78.3% (47/60).

TIPO3 Emoción (distanciamiento) 96.7% (58/60).

TIPO4 Emoción (autocontrol) 100% (60/60).

TIPO 5 Emoción (aceptación), 95.0% (57/60).

TIPO 6 Emoción (escape evitación), 95.0% (57/60).

TIPO 7 Emoción (reevaluación positiva), 100% (60/60).

TIPO 8 Ambas estrategias Emoción /Problema (búsqueda de apoyo social) 100% (60/60). (Cuadro 5)

Los estilos de contención más utilizados en la sobrecarga máxima son los siguientes:

- 1.-Autocontrol, Reevaluación Positiva y Búsqueda de Apoyo Social (100%)
- 2.-Distanciamiento (96.7%)
- 3.-Aceptación, Escape Evitación (95%)
- 4.-Planificación (78.3%).

Cada estilo de contención presento el siguiente factor.

- 1.-Búsqueda de apoyo social (f 2.069)
- 2.-Reevaluación positiva (F1.500)
- 3.-Autocontrol (f 1.438)
- 4.-Aceptación (f 1.245)
- 5.-Escape evitación (f 1.171)
- 6.-Distanciamiento (f 1.102)
- 7.-Planificación (f 0.900)
- 8.-Confrontación (f .885) (Cuadro 5).

Cuadro 1. Factores Sociodemográficos del Cuidador.

<i>Variable</i>	<i>Numero</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>P(*)</i>
<i>Sexo</i>			
Femenino	46	76.7	P<0.000
Masculino	14	23.3	
<i>Estado Civil</i>			
Casado	48	80.0	P<0.000
Soltero	8	13.3	
Separado	3	5.0	
Viudo	1	1.7	
<i>Tipo Relación</i>			
Hija	32	53.5	P<0.000
Esposa	13	21.7	
Hijo	8	13.3	
Otra	7	11.7	
<i>Escolaridad</i>			
Bachillerato	26	43.3	P<0.000
Primaria	19	31.7	
Superior	10	16.7	
Analfabeta	4	6.7	
Semianalfabeta	1	1.7	
<i>Ocupación</i>			
Desempleado	43	71.7	P<0.001
Empleado	17	28.3	
<i>Religión</i>			
Católica	53	88.3	P<0.000
Cristiana	5	8.3	
Ateo	2	3.3	

*Prueba Chi-Cuadrado

Fuente: Encuesta

Cuadro 2. Tipología familiar del cuidador

<i>Característica</i>	<i>Numero</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>P(*)</i>
<i>Desarrollo</i>			
Tradicional	60	100	NR
<i>Demografía</i>			
urbano	31	51.7	P= 0.004
rural	19	31.7	
Semiurbana	10	16.7	
<i>Composición</i>			
extensa	34	56.7	P<0.000
nuclear	25	41.7	
Compuesta	1	1.7	
<i>Integración</i>			
integrada	49	81.7	P<0.000
Semiintegrada	11	18.3	
<i>Ocupación</i>			
obrero	34	56.7	P<0.000
campesina	18	30.0	
profesional	8	13.3	

Prueba Chi cuadrado

Fuente: Encuestas

Cuadro 3. Características de sobrecarga en factores sociodemográficos

<i>Variable</i>	<i>Sobrecarga Máxima</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sobrecarga Leve</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Estado civil</i>				
casado	31	51.7	17	28.3
soltero	4	6.7	4	6.7
separado	3	5.0	0	0.0
viudo	0	0.0	1	1.7
<i>Tipo de relación</i>				
hija	20	33.3	12	20.0
esposa	8	13.3	5	13.3
hijo	5	8.3	3	5.0
otras	5	8.3	2	3.3
<i>Escolaridad</i>				
bachillerato	18	30.0	8	13.3
primaria	11	18.3	8	13.3
superior	5	8.3	5	8.3
analfabeta	4	6.7	0	0.0
semianalfabeta	1	1.7	0	0.0
<i>Ocupación</i>				
desempleado	27	45.0	16	26.7
empleado	11	18.3	6	10.0
<i>Religión</i>				
Católica	35	58.3	18	30
Cristiana	3	5.0	2	3.3
Ateo	0	0.0	2	3.3

Fuente: Encuestas.

Cuadro 4. Características de sobrecarga en tipología familiar

<i>Variable</i>	<i>Sobrecarga máxima</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sobrecarga leve</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Desarrollo</i>				
Tradicional	38	63.3	22	36.7
<i>Demografía</i>				
Urbana	19	31.7	12	20.0
Rural	13	21.7	6	10.0
Semiurbana	6	10.0	4	6.7
<i>Composición</i>				
Extensa	23	38.3	11	18.3
Nuclear	14	23.3	11	18.3
Compuesta	1	1.7	0	0.0
<i>Integración</i>				
Integrada	29	48.3	20	33.3
Semiintegrada	9	15.0	2	3.3
<i>Ocupación</i>				
Obrera	23	38.3	11	18.3
Campeña	9	15.0	9	15.0
Profesional	6	10.0	2	0.0

Fuente: Encuestas

Cuadro 5. Utilización de estilos de afrontamiento por la sobrecarga

	<i>Confrontación</i>	<i>Planificación</i>	<i>Distanciamiento</i>	<i>Autocontrol</i>	<i>Aceptación</i>	<i>Escapé/evitación</i>	<i>Reevaluación positiva</i>	<i>Búsqueda de apoyo social</i>
<i>Sobrecarga Máxima</i>	55	47	58	60	57	57	60	60
Porcentaje	91.7	78.3	96.7	100	95	95	100	100
<i>Sobrecarga Leve</i>	5	13	2	0	3	3	0	0
Porcentaje	8.3	21.7	3.3	0.0	5.0	5.0	0.0	0.0

Fuente: Encuesta

IX. DISCUSION DE RESULTADOS

En nuestra investigación se presentaron las siguientes características en factores sociodemográficos comparado con otros estudios; se encontraron similitudes en cuanto a la edad^{36, 41,34}, otros autores exponen diferencias^{11, 12, 29,31} sexo femenino encontrado semejante³⁶,en contraste a lo expuesto^{11,12,29,33,34,43},casados es idéntico a lo reportado³⁶,otros autores presentan diferencias ^{12,32,41,43} Hijas se encuentra homologa a lo expuesto³²,diferencias a lo mostrado^{12,34,41,43},escolaridad equivalente a lo mencionado¹² y distinto propuesto por otros autores ^{10,32,33,34},desempleados se encontró similar¹⁰ y diferente a lo expuesto ^{32,33,34,36,41},.religión es diferente a lo comentado⁴¹

En la tipología familiar, no se encuentra diferencias del perfil del cuidador de América latina, a pesar de haber ingresado a la políticas de globalización y a las nuevas corrientes económicas conserva aun valores a su tipología familiar.^{41,16.}

La sobrecarga ofrece una media igual a lo encontrado en otros estudios y los factores sociodemográficos son similares. La puntuación superior dentro de la calificación en la escala de sobrecarga (Zarit), presentan altas probabilidades de presentar distres psíquico y por lo tanto también pueden presentar trastornos psiquiátricos.^{13, 29, 31,38} Aunque existen estudios donde la media se encuentra por niveles inferiores.^{30, 29}

La escala del cuidador con sobrecarga (Zarit) presenta valores de consistencia interna y validez de su contenido, así como ser buen predictor para el deseo de institucionalizar pacientes.^{30, 29}

Respecto a la tipología familiar y sobrecarga, encontramos que las familias, extensas, integradas, obreras presentan niveles máximos de sobrecarga.

Las estrategias de afrontamiento presentan diferentes resultados a lo esperado a cada factor dado. Existen estudios donde las estrategias más utilizadas son la de no compromiso.³⁸

El estudio mostró significativamente que los cuidadores que experimentan sobrecarga máxima utilizan el 80% de todos los estilos de contención, mientras que los que experimentan sobrecarga leve utilizan el 20% de los estilos de contención, por lo tanto la estrategia de la emoción es la más utilizada.

Las estrategias de afrontamiento han estado conceptualmente dirigidas tanto a una serie de estereotipos culturales, respecto a como creemos que la gente normalmente se comporta o debe comportarse ante un suceso adverso en su vida. Existen diferencias significativas con otros estudios a ciertos estilos de contención, quizás mucho tiene que ver los tipos de enfermedad.^{7, 37,42} Los resultados por factor a cada estilo de contención, se encuentra que la estrategia centrada al problema, como la menos utilizada.

X. CONCLUSIONES

Dentro de las unidades de medicina familiar a diario se presentan pacientes con alguna enfermedad o bien secuelas de invalidez, que no solamente la presentan trabajadores sino , beneficiarios y estos siempre se acompañan de la persona que lo *cuidan*, pasando desapercibida, si no detectamos en que nivel de sobrecarga y como le hace para afrontar sus múltiples emociones derivadas del aislamiento, laboral, social, familiar, sexual, de pareja ,etc,pueden tener repercusiones irreversibles en el transcurso de primer año al cuidado.

Por lo que seria conveniente utilizar los instrumentos (escala de zarit, folkman y lazarus) de este estudio para investigar el grado de estrés a consecuencia de la intensidad y la continuidad de los cuidados y de la carga emoción/problema de la situación vividas .Y que el medico sea capaz de detectar en su consulta, cuando un cuidador se encuentre en un colapso, para prevenir enfermedades, psicológicas, psiquiátricas y desintegración familiar.

Es conveniente utilizarlos en otras patologías de las diferentes especialidades y poder detectar a tiempo el factor estrés del cuidador, así como de enfermedades psiquiátricas ya establecidas. Se sugiere fomentar con las autoridades de salud la integración de grupos de apoyo del cuidador con una capacitación estructurada para el cuidador.

Promover la ayuda tanto psicológica como psiquiátrica a todos los cuidadores, puesto a corto plazo serán inminentes los cambios emocionales.

Seria factible investigar más sobre este rubro médico/psicológico, por que ya existen ciertos factores venideros a mediano plazo de gran intensidad, crónicos degenerativos que causan incontables discapacidades.

1.-Se requieren más estudios para detectar un número mayor de casos.

2.-Realizar mas investigación al respecto.

3.-Institucionalizar la sobrecarga del cuidador de Zarit

4.-Institucionalizar cuestionarios de afrontamiento

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.-Instituto Mexicano del Seguro Social Cifras, discapacidad en derechohabientes del IMSS, Encuesta Nacional de salud 2000; Rev. Med IMSS 2004; 42(5) 449-456.

2.-Hernán SM, Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas en;"Salud y Enfermedad". Ediciones científicas."La Prensa Médica Mexicana S.A de C.V" 2001; 766-767.

3.-Peña Martín NA, Discapacitados; Entre las barreras y los Sueño; URL disponible en: www.unam.mx/rompan/45/rf_45_rep.html/03/09/06/20:40hrs

4.-Ley del Seguro Social, última reforma DOF 11-08-2006; URL disponible <http://www.diputados.gob.mx/leyesBiblio/pdf/92.pdf> (fecha 24-11-2007 hora: 16:30hrs)

5.-Comisión Nacional Para la Protección y Defensa de Usuarios de Servicios Financieros2007;URL;disponible;<http://www.condusef.gob.mx/usuarios/preguntas.pdf> (fecha 24-11-2007 hora 16:00hrs)

6.- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Manual de Procedimientos para la Valoración de los Accidentes y Enfermedades de Trabajo; IMSS 2000; 3-9.

7.-Dueñas GO, Discapacidad y Mecanismos de Contención en Pacientes de Primer Nivel de Atención; Revista Internacional de Psicología, 2006; Vol. 7(1)

8.-Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, 2002; 1-3; URL disponible www.cedhj.org.mx/cuales/discapacitados.html-16k (15/08/2006) (hora 22:00hrs).

9.- -Belkis VZ, La Importancia del Cuidador en los Cuidados Paliativos; Informed; 2006; Vol.8, (1); 1-2.

10.- García Calvete MM, Rodríguez MI, García Maroto N, El impacto de Cuidar en la Salud y la Calidad de Vida en las Mujeres; Gaceta Sanitaria 2004; 18(2); 83-92.

11.-López MO, Riera LA, Navarro SP, Morbilidad en Cuidadores de Pacientes Confinados en su Domicilio; Rev. Atención Primaria 1999; 7(24); 404-410.

12- González Ortiz MA., et al, Salud del Cuidador y Redes de Apoyo; Arch Med Fam 2003; 5(2); 47-52.

13.- Carrasco MM, Ballesteros RJ., Ibarra GN., Loizaga AC., Serrano VB, Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distres psíquico. Una Asociación Relegada en la Valoración de las Demencias; Actas Esp Psiquiatr 2002; 30(4):201-206.

14.-Lara PL, Díaz DM, Síndrome del Cuidador en una Población Atendida Por Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica; Rev. Cubana Enfermería; 2001; 17(2); 107-111

15- Fernández Ortega MA, El impacto de la enfermedad en la familia; Rev. Fac Med (Méx.)2004; 47 (6); 251-254

- 16.-Pichardo FA, Pedrero NL, Moreno GL, Hernández GL, Resultados Obtenidos con la Valoración Psicofísica del Adulto Mayor; Archivo Geriátrico 1998; 2; 3.6.
- 17.-López Alonso SR, Moral Serrano MS, Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador de la Población Española; Enferm común 2005; 1(1):12-17.
- 18.-López VE, Mervan ML, Validation of a Escala Measuring Doping With Extreme Risks; Rev. Salud Pública Mex 2004;3(46).
- 19- Díaz MD, Jiménez SM, Fernández AE, Estudio Sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (E³A); Revista Electrónica de Motivación y Emoción 2000; 4.
- 20.-Vázquez C; Crespo M; Ring JM; Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología; Ed Masson. Barcelona. 2000; 31; 425-435.
- 21.-Folkman S, Lazarus SR, Gruen J, Rand and Del Longis A, Appraisal, Doping, Health Status, And Psychological Symptoms; Journal of personality and social psychology 1986; 3,(50) ;571-579.
- 22.-López MS, Gutiérrez MS, Estrategias de Afrontamiento al Estrés en un Grupo de Personas en Proceso de Reinserción Social; Rev. Trabajo Social 2002; 25
- 23.-McWhinney IR, Medicina De Familia,"Enfermedad e Incapacidad"; Mosby, Barcelona España; 1995; 227-233.
- 24.-Huerta González JL, Familia en el Proceso Salud-Enfermedad; Ed Tangamanga 1998; 15-16.

- 25.-Irigoyen Coria A, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar; Ed Medicina Familiar Mexicana, 6a Ed, 2000; 20
- 26.-Terán Trillo, Ponce rosas ER, Irigoyen Coria A, Fernández Ortega MA, Gómez Clavelina FJ, Redes Sociales en la Atención Medica Familiar; Arch Med Fam 1999; 1(2); 35-44.
- 27.-IMSS; Dictámenes de Invalidez, Asegurados e Indicador por Dirección Regional y Delegacional: Fuente División Técnica de Información Estadística en Salud (ST-5) Prestaciones Medicas del IMSS Nacional); URL Disponible www.imss.gob.mx.
- 28.-Medina Carrillo L, Lomelí Guerrero L, Las Variables de Estudio; Una Guía Práctica Para su Operacionalización; Arch Med Fam 2003; 5(1):36-40.
- 29.-Cullagh EM, MRCO, Brigstoke G, et al, Determinants Of Caregiver Burden and Qouality Of Life in Caregiver of Stroke Patients; Stroke 2005;36;2181-86.
- 30.-Grunfeld E, Cogle D, et al, family caregiver burden; results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregiver; CMAJ 2004;170(12).
- 31.-Birg A, Palomakki H, et al, Depresion Among Caregiver of Stroke Susvivors; Stroke 2005;36;639-43.
- 32.-Seira Llenos MP, et al, Morbilidad Sentida y Diagnosticada en Cuidadores de Pacientes Inmovilizados en una Zona de Salud Rural; Rev Esp Salud Publica 2002.

33.-Cazanave G, et al. El Familiar Cuidador de Pacientes con SIDA y la toma de decisiones en Salud; Rev Chil Infect 2005; 22(1):51-57.

34.-Hernández González CD, Pichardo Fuster A, Tipo de Cuidador en el Hospital de Día del Hospital General de México; Rev Arch Geriátrico 2004; 4(5)

35.-Gort AM, March J, et al, Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos; Med Clin (Barc) 2005; 124(17):651-3

36.-Paz F, Andrade PP, Llanos MP, Evaluación de las Propiedades Psicométricas de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de ZARIT en Cuidadores de Pacientes con Enfermedades Neurodegenerativas; Resúmenes Investigación 2004; Suplemento.

37.-Irigoyen AB, Sarries AG, Unzue AB, Estrategias de Afrontamiento de las Cuidadores Informales del Paciente con Demencia; C Med Psicosom 2001-2002; 60(61).

38.-Sarazua EF, Mas BM, et al, Estrategia de Afrontamiento en Varones con SIDA, con Antecedentes de Politoxocomanías y en Situación de Exclusión Social; IJCHP 2006; 2(6)285-300.

39.-Stefani D, Perder and Doping in Old Age; Rev Interdisciplinaria 2004: Número Especial; 109-125.

40.-Díaz Corral, Afrontamiento y Calidad de Vida Percibida Vivenciada; Rev Santiago 2001.

41.-Del Olmo RC, Pichardo FA, Incidencia del Colapso del Cuidador en el Servicio de Geriátría del Hospital General de México.; Arch Geriátrico, 2003; 6;(2).

42.-Domínguez Ol, Dieguez C, Modos de Afrontamiento y demanda de atención; 2005.

43.-Aramburu I, Izquierdo A, Romo I, Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalídade; Rev. Mult. Gerontol 2001; 11(2)64-71.

XII. ANEXOS

Carta de consentimiento informado

Lugar _____

y _____

Fecha: _____

Por medio del presente autorizo mi participación en el proyecto de investigación titulado: **SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR DEL PACIENTE PENSIONADO POR INVALIDEZ**

Registrado ante el Comité Local de Investigación número _____

El objetivo de este estudio es _____

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su tratamiento. Así como a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee a cerca de los procedimientos que se llevaran acabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o su tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi participación en el mismo

Dr. José Eusebio López Pardo

Matricula: 99190622

Firma del encuestado _____

ANEXO II

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

PROTOCOLO;

SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR DEL PACIENTE PENSIONADO POR INVALIDEZ

1.- EDAD _____

2.-GENERO-----a).- Mujer.- _____ b).-Hombre _____

3.-ESTADO CIVIL a).-Soltero _____ b).- Casado _____

c).-Viudo _____ d).- Separado _____

4.-RELACION CON EL PACIENTE

DISCAPACITADO-----a).-Esposa _____ b).Hija _____

c).Hijo _____ d) Otra _____

5.-NIVEL DE ESTUDIOS----- a).-Analfabeta _____ b).-Semi analfabeta _____

c).-Primaria _____ d)Bachillerato _____

e).-Superior _____

6.-OCUPACION-----a).-Empleado _____ b).Desempleado _____

7.-RELIGION-----a) Tipo que mencione Entrevistado _____

Se tomara el tipo de respuesta que de el entrevistado.

ANEXO III

PROTOCOLO;

SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR DEL PACIENTE PENSIONADO POR INVALIDEZ

ESTRUCTURA FAMILIAR:

1.-DESARROLLO Tradicional. A) Moderna b)

2.-DEMOGRAFIA a) Urbana b) Semi-Urbana c) Rural

3.-COMPOSICION Compuesta a) Nuclear b) Extensa c)

4.-INTEGRACION Desintegrada. a) Integrada b) Semi-Integrada c)

5.-TIPOLOGIA Profesional a) Campesina b) Obrera c)

Tipo de respuesta al cuestionario aplicado

ANEXO IV

Escala de Zarit para el protocolo; **sobrecarga y estrategias de afrontamiento del cuidador del paciente pensionado por invalidez**

Nombre-----Fecha-----Expediente-----

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja como se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente usted, así, nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

1=Nunca 2=Rara vez 3=Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre.

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente usted que su familiar/paciente solicita mas ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar/paciente ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente estresada(o) cuando tiene que cuidar a su familiar/paciente y atender además otras responsabilidades?(p.ej. con su familia o en el trabajo)	
4	¿Se siente avergonzado(a) por la conducta de su familiar/paciente?	
5	¿Se siente irritada(o)cualdo esta cerca de su familiar/paciente)	
6	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia de una forma negativa?	
7	¿Tiene temor de lo que el futuro depara a su familiar/paciente?	
8	¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	
9	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su	

	familia/paciente?	
10	¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?	
12	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?	
13	(solamente si el entrevistado vive con el paciente)¿se siente incomoda(o)para invitar amigos a su casa,a causa de su familiar/ paciente	
14	¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuidé, como si usted fuera la única persona con la que pudiera contar?	
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar/paciente además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que no va ser capaz de cuidar a su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otras personas?	
19	¿Se siente insegura(o) a cerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente??	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	
21	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	
22	En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?	

No existen normas ni puntos de corte establecidos

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	1
Rara Vez	2
Algunas veces	3
Bastantes veces	4
Casi siempre	5

ANEXO V.

Cuestionario de estilos de afrontamiento (<i>Lazarus y Folkman, 1986</i>)
Sobrecarga y estrategias de afrontamiento del cuidador del paciente pensionado por invalidez

Apellidos _____ y
nombre: _____

A continuación se presenta una serie de reacciones posibles ante situaciones de estrés. Señala Rodeando con un círculo la puntuación que exprese con mayor exactitud la forma como reaccionaste Ante el *evento vital estresante*.

Debes tener en cuenta que las puntuaciones significan lo siguiente:

- 0: En absoluto. No refleja la forma como reaccioné.
- 1: En alguna medida, alguna vez reaccioné así.
- 2: Bastante, con frecuencia reaccioné de esa manera.
- 3: En gran medida, refleja completamente la reacción que tuve.

1. <i>Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (en el próximo Paso).</i>
2. <i>Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor.</i>
3. <i>Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidar todo lo demás</i>
4. <i>Pensé que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar.</i>
5. <i>Me comprometí a sacar algo positivo de la situación</i>
6. <i>Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.</i>
7. <i>Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión</i>
8. <i>Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.</i>
9. <i>Me critiqué o sermoneé a mí mismo</i>
10. <i>No intenté quemar mis naves, sino que dejé alguna posibilidad abierta</i>
11. <i>Confíé en que ocurriera algún milagro</i>
12. <i>Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte).</i>
13. <i>Seguí adelante como si no hubiera pasado nada</i>
14. <i>Intenté guardar para mí mis sentimientos.</i>

15. <i>Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno.</i>
16. <i>Dormí más de lo habitual en mí</i>
17. <i>Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) que lo habían provocado</i>
18. <i>Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.</i>
19. <i>Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentirme mejor.</i>
20. <i>Me sentí inspirado para hacer algo creativo</i>
21. <i>Intenté olvidarme de todo.</i>
22. <i>Busqué la ayuda de un profesional.</i>
23. <i>Cambié, maduré como persona</i>
24. <i>Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada.</i>
25. <i>Me disculpé o hice algo para compensar.</i>
26. <i>Desarrollé un plan de acción y lo seguí.</i>
27. <i>Acepté la segunda posibilidad mejor después de aquélla en la que yo confiaba.</i>
28. <i>De algún modo expresé mis sentimientos</i>
29. <i>Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.</i>
30. <i>Salí de la experiencia mejor de como entré</i>
31. <i>Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema</i>
32. <i>Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones</i>
33. <i>Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo o fumando, tomando drogas o medicamentos</i>
34. <i>Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado.</i>
35. <i>Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso</i>
36. <i>Tuve fe en algo nuevo</i>
37. <i>Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara</i>
38. <i>Redescubrí lo que es importante en la vida.</i>
39. <i>Cambié algo para que las cosas fueran bien</i>
40. <i>Evité estar con la gente en general.</i>
41. <i>No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.</i>
42. <i>Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.</i>
43. <i>Oculté a los demás las cosas que me iban mal</i>
44. <i>No me tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.</i>
45. <i>Le conté a alguien cómo me sentía</i>
46. <i>Me mantuve firme y peleé por lo que quería</i>
47. <i>Me desquité con los demás.</i>
48. <i>Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar</i>
49. <i>Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para que las cosas marcharan bien</i>
50. <i>Me negué a creer lo que había ocurrido.</i>

51. <i>Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez</i>
52. <i>Propuse un par de soluciones distintas al problema.</i>
53. <i>Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto.</i>
54. <i>Intenté que mis sentimientos no interfirieran nada en otras cosas.</i>
55. <i>Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma en que me sentía</i>
56. <i>Cambié algo de mí mismo</i>
57. <i>Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente.</i>
58. <i>Deseé que la situación terminara o se desvaneciera de algún modo.</i>
59. <i>Fantaseé o imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas</i>
60. <i>Recé</i>
61. <i>Me preparé para lo peor.</i>
62. <i>Repasé mentalmente lo que haría o diría.</i>
63. <i>Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a la que admiro y decidí tomarla como modelo.</i>
64. <i>Intenté ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.</i>
65. <i>Me recordé a mí mismo que las cosas podrían ser peor</i>
66. <i>Hice footing u oto ejercicio</i>
67. <i>Intenté algo distinto a todo lo anterior (por favor, escríbalo)</i>

Cada uno de los ítems tendrá un valor de un punto y la puntuación total de cada factor será la media aritmética de la valoración de los ítems.