



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA  
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICIA CON MEDICINA FAMILIAR N°60  
TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

**PREVALENCIA DE SOBRECARGA Y ENFERMEDADES  
RELACIONADAS EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO  
MAYOR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MOISES LEAL ARELLANO**

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO 2013.



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.

**PREVALENCIA DE SOBRECARGA Y ENFERMEDADES RELACIONADAS EN  
EL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR.**

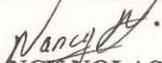
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

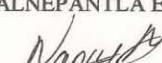
PRESENTA:

**MOISES LEAL ARELLANO**

AUTORIZACIONES:

  
**DR(A).EUGENIA DEL ROCIO RIVERA TELLO**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
HGO/MF 60 TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

  
**DR(A).NANCY NOLASCO ALONSO**  
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS  
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A  
HGO/MF 60 TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO

  
**DR(A).NANCY NOLASCO ALONSO**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A  
HGO/MF 60 TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO

  
**DR. ISAAC PEREZ ZAMORA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
HGO/MF 60 TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO

Generación 2010 – 2013.

TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO

**PREVALENCIA DE SOBRECARGA Y ENFERMEDADES  
RELACIONADAS EN EL CIUDADOR PRIMARIO DEL ADULTO  
MAYOR.**

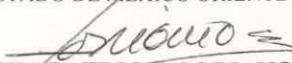
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

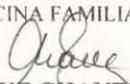
PRESENTA:

**MOISES LEAL ARELLANO.**

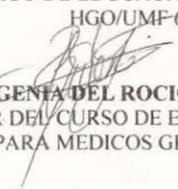
AUTORIZACIONES:

  
**DR. PAULA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN  
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

  
**DR. MARTHA PATRICIA SORIANO LOPEZ**  
DIRECTORA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 60 "Dr. Jesús Varela Rico"

  
**DR. ENRIQUE CHAVEZ NIETO.**  
DIRECTOR DE HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No 60 "Dr. Jesús Varela  
Rico".

  
**DR. ISAAC PEREZ ZAMORA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
HGO/UMF-60.

  
**DRA. EUGENIA DEL ROCIO RIVERA TELLO**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS

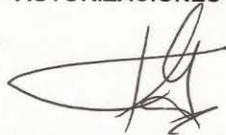
**PREVALENCIA DE SOBRECARGA Y ENFERMEDADES  
RELACIONADAS EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL  
ADULTO MAYOR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

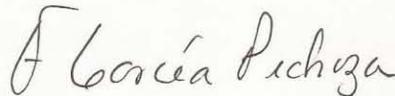
PRESENTA

**DR. MOISÉS LEAL ARELLANO**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## RESUMEN

**TÍTULO:** Prevalencia de sobrecarga y enfermedades relacionadas en el cuidador primario del adulto mayor.

**Dr. Ieal Arellano Moisés<sup>1</sup>, Dra. Nolasco Alonso Nancy<sup>2</sup>, Dra. Rivera Tello Eugenia Roció<sup>3</sup>.**

**INTRODUCCION:** El aumento de la esperanza de vida en los últimos años debido al desarrollo socioeconómico y a una mejora de las condiciones sanitarias, ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población. Gran parte de ésta presenta una elevada prevalencia de enfermedades crónicas, que en muchos casos pueden ser invalidantes, con la consiguiente demanda de ayuda médica, social y familiar. Así, vemos con más frecuencia a cuidadores primarios que deben hacerse cargo del cuidado de algunos de los miembros de la familia con incapacidad para valerse por sí mismos. Con frecuencia los cuidadores no identifican claramente los problemas y, por tanto, no encuentran soluciones. El cuidador principal soporta cada día retos imprevistos y sufre pérdida del control personal, presentando alteraciones en su salud física y emocional que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el llamado “síndrome del cuidador, que tienen más relación con el grado de invalidez de quien es cuidado que con la etiología de la enfermedad. Los cambios adaptativos que deben llevar a cabo los cuidadores primarios son, en muchos casos, de magnitud igual o superior que los del paciente, y con frecuencia se pueden observar niveles mayores de estrés, ansiedad y depresión los cuidadores que en los propios enfermos, sin tener en cuenta los problemas que surgen en su entorno familiar, no llegando muchas veces ni a sospecharlos. Este cuidador es quien participa directamente en la atención del enfermo y detección de síntomas de alarma de su estado físico-psíquico. Ante la evidencia de la patología asociada del cuidador del paciente inmobilizado se decidió realizar un estudio en nuestra zona de atención primaria para precisar la prevalencia de enfermedades relacionadas en este grupo de la población. **OBJETIVO GENERAL:** Estimar la prevalencia de sobrecarga y enfermedades relacionadas en el cuidador primario del paciente adulto mayor. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El presente estudio se realizará en una unidad de atención primaria, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la UMF N° 64, ubicada en Tequesquahuac Estado de México, en el marco de un curso de Especialización. A los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión como cuidadores primarios previa explicación del objetivo del estudio y firma de consentimiento informado serán invitados a participar en el estudio, se les solicitará llenado de una cédula de identificación con datos demográficos y un cuestionario de auto aplicación denominado “Escala de Zarit y Goldberg” instrumento previamente validado para identificar la presencia de sobrecarga, así como de ansiedad o depresión. Al cuidador que se identifique con alguna patología será canalizado para su atención por psicología. **RESULTADOS** Se encontró que el 56% presentan sobrecarga leve, el 31% intensa y no presentaron sobrecarga el 13%. Las características de los cuidadores primarios fueron: 33% fueron de 40 a 50 años de edad de predominio género femenino en el 79% con predominio la hija en el 45%, ocupación hogar 47%, escolaridad secundaria 31%, que en la mayoría no tenía ni ansiedad ni depresión. Y se relacionan con la hipertensión en el 17%, colitis 11%, dolor de espalda en el 10% y 8% con enfermedad ácido péptica. Pero el 36% de los cuidadores no presenta patología de importancia. **CONCLUSIONES.** Los cuidadores primarios de los adultos mayores que acuden a la UMF 64 tiene un nivel de sobrecarga leve, con bajo índice para desarrollar ansiedad o depresión, así como un alto índice de no desarrollar patología relacionada con el cuidado de su familiar.

Palabras claves: cuidador primario, sobrecarga, ansiedad, depresión adulto mayor, enfermedades relacionadas.

1.- Alumno de tercer año del curso de especialización para médicos generales del IMSS.

2.- Asesor de tesis, Médico Familiar adscrita al H.G.O/MF No.60. IMSS

3.- Profesor titular del curso de Especialización en Medicina familiar para Médicos familiares en H.G.O/MF 60 IMSS

**PREVALENCIA DE SOBRECARGA Y ENFERMEDADES  
RELACIONADAS EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO  
MAYOR.**

## INDICE

## PÁGINAS

1. Título.....	1
2. Índice general.....	2
3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes).....	3
4. Planteamiento del problema .....	12
5. Justificación .....	14
6. Objetivos.....	16
7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos).....	17
8. Metodología .....	18
9. Resultados.....	24
10. Discusión .....	34
11. Conclusiones .....	36
12. Referencias bibliográficas.....	38
13. Anexos .....	41

## **ANTECEDENTES.**

La salud es el bien máspreciado de la humanidad y la principal riqueza que posee una persona; tener salud significa sentirse bien y poder realizar la totalidad de nuestras actividades cotidianas.

No obstante, parece ser que esta premisa no es asimilada adecuadamente hasta que se empieza a perder la salud o a malgastarla, ya sea por las exigencias del quehacer cotidiano, el estrés, el ritmo acelerado o inadecuado de vida, el exceso de trabajo, la alimentación deficiente o malnutrición, las adicciones, la pobreza entre muchas otras causas.<sup>1</sup>

En la actualidad, el avance científico y la mejora en algunas condiciones de vida han influido en los patrones de morbilidad de la población mexicana, lo que ha cambiado su perfil de enfermedades, que están pasando de ser infecto-contagiosas a crónico-degenerativas; esto quiere decir que en nuestro país, en este siglo XXI,<sup>2</sup> cada vez más personas padecen enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades renales, cáncer, asma y todos esos padecimientos considerados como privativos de los países desarrollados; al mismo tiempo. O las más complicadas, como el enfisema o el cáncer pulmonar.

Según la Organización Panamericana de la Salud, los países andinos (Perú, Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela), se verán afectados por el envejecimiento de su población, la cual se duplicará en las próximas dos décadas.<sup>3</sup>

En las tres últimas décadas, nuestro país ha experimentado un sostenido envejecimiento de su población. De 5.4 % de adultos mayores en el año de 1970 al 7 %. Se estimó un 7.5% para el 2004 (2, 079,135 personas de 60 años a más).<sup>3</sup> De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2005, el número de adultos mayores (de 60 años o más) que hay en el país, casi se ha triplicado desde 1970 a la fecha. A principios de ese año se estimó que la población de adultos mayores era de poco más de 8 millones 42 mil personas, y que a finales del mismo, alcanzaría más de 8 millones 335 mil personas en este grupo etáreo.<sup>4</sup>

El incremento de 292 mil personas que registró éste grupo de edad es el equivalente al 27 por ciento del incremento demográfico total del país del 2005.

Como consecuencia de este rápido crecimiento, la participación de los adultos mayores en el total de habitantes del país aumentó de 5.5 por ciento en 1982 — cuando alcanzó su mínimo histórico— a 7.5 por ciento en 2005. Por su parte, la tasa media anual de crecimiento de este grupo de población, lejos de conservarse constante, se ha mantenido en ascenso desde mediados de los años setenta, con un incremento de 1.9 por ciento anual en 1976 a 3.56 por ciento hasta 2005.<sup>4</sup>

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

Debido a los progresos médicos la franja etaria que más ha crecido proporcionalmente, es la de las personas mayores desde los 65 hasta 80 años sanas así como las que presentan algún grado de enfermedad o hasta invalidez. Si bien es cierto que resulta favorable que las personas lleguen cada vez más a edades avanzadas, existen evidencias que la consecuencia de ello sea que el grado de dependencia por terceras personas vaya aumentando, y en este personaje, en el cuidador, se vaya incrementando el desgaste físico, emocional y la aparición de diferentes tipos de patologías mentales.<sup>5</sup>

Los grados de discapacidad y dependencia ante una enfermedad crónica o el dolor, difieren según las características psicosociales y culturales de la población. La dependencia y la discapacidad ocasionan reacciones en la familia.<sup>6</sup>

El análisis de las llamadas funciones de la familia ha tenido diferentes enfoques según el eje de interés, puede abarcar áreas psicológicas, sociológicas y culturales de las que se desprenden cada una de ellas. Estas necesidades a cubrir al interior de una familia, se deben de considerar al tomar en cuenta los tres aspectos del ser humano (biológico, psicológico y social). En este proceso hay que

tomar en cuenta como la estructura familiar determina los diversos comportamientos que exige cada rol a desempeñar en la sociedad (por ejemplo quien proporciona cuidado y como se expresa el afecto). Cuidado significa cuidar las necesidades físicas y materiales (casa, alimento, vestido), así como las de salud de cada uno de los miembros de la familia.<sup>7</sup>

En relación al afecto podemos mencionar que esta función está en relación directa con los aspectos psicológicos de los individuos, e implica cubrir las necesidades afectivas de todos los miembros de la familia, lo que incluye proporcionar amor, cariño, ternura y preocupación de cada uno de ellos.

Esto es tan importante en los padres, como entre los hijos y hermanos, por costumbre se ha mencionado que la madre es la encargada de brindar el apoyo afectivo a todos los miembros de la familia.<sup>7</sup>

En los casos en que algún miembro de la familia presenta alguna enfermedad crónica entendida esta como un padecimiento de larga evolución, con desarrollo generalmente insidioso, progresivo, con gran deterioro físico, mental, o ambos, no curable que origina complicaciones de mayor o menor grado, condiciona una importante repercusión en lo individual y en lo familiar.

La enfermedad crónica dada su evolución a largo plazo puede presentarse a través de todas las fases del ciclo de vida familiar desde la fase de expansión hasta la de retiro y enfrentarse a ella resultara un verdadero reto para todo el núcleo familiar, en que se van a involucrar recursos económicos educacionales, mentales, emocionales, físicos, y sociales

La experiencia de enfermedad no se circunscribe únicamente al miembro enfermo sino que se extiende al grupo social del que forma parte(la familia); lo que va a desencadenar situaciones de preocupación, tensión e incertidumbre ante la aparición de signos y síntomas que condicionaran cambios en la forma de vida de la familia en una amplia gama de situaciones, desde limitaciones y modificaciones en las actividades de la vida diaria y laboral, así como aspectos económicos por generar gastos en medicamentos, utensilios u hospitalizaciones, hasta temor por la nueva situación ante las complicaciones que se van sucediendo y que modificaran patrones, limites y jerarquías en el núcleo familiar.<sup>7</sup>

El impacto psicosocial de la enfermedad en los miembros de la familia es considerable, requiriendo un cambio de roles, y una redistribución de las tareas, la adaptabilidad de la familia se pone a prueba. Y hay que hacer ajustes para vivir con su presencia.

En la senectud existe una paulatina dependencia del grupo familiar, pues fisiológicamente su actividad funcional ira decayendo necesitando cada vez más del apoyo de un familiar. Es así que actividades de la vida diaria tan comunes como el baño, la alimentación o su movilización cotidianas requerirán paulatinamente de mayor soporte de la familia o del cuidador.

Ante una situación de enfermedad, habrá miembros de la familia que acepten la situación y colaboren como cuidadores del enfermo, sin embargo para otros ese hecho lo percibirán como una verdadera carga muy difícil de llevar y tolerar, lo que creará conflictos al interior del grupo familiar y en tanto que el cuidador primario frecuentemente se verá agobiado. También el enfermo adulto mayor percibirá la situación y presentará frecuentemente episodios de depresión y ansiedad lo que favorecería su aislamiento de la red familiar. El hecho de que el padre/madre de familia hasta entonces proveedor, apoyo y pilar del grupo reciba el diagnóstico de una enfermedad, acarreará pérdidas y limitaciones a sus actividades habituales, impactará en su ingreso económico, en su actividad laboral y en su estilo de vida en general.<sup>8</sup>

En 1999, la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”. Se ha confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y la salud<sup>2,5</sup>

En conclusión el cuidador primario, es la persona que asume el cuidado de la persona enferma, por lo general es la pareja quien ocupa este puesto, puede ser el hijo mayor o el familiar asignado por la familia, su designación sigue pautas culturales en virtud de la cuales son las mujeres las que se hacen cargo. El

enfermo encuentra alguien que en forma devota y abnegada se dedica a su cuidado y con ella desarrolla una relación estrecha.<sup>9</sup>

Astudillo, et al (2008) define al cuidador primario como a la persona que cuida o que atiende en primera instancia a las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el esposo o la esposa, el hijo o un familiar cercano.<sup>9</sup>

Armstrong (2005) plantea que el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole, a realizar todas las actividades que éste no puede realizar por si mismo no puede llevar a cabo y que por lo general no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo (familiar, amigo e incluso vecino).<sup>9</sup>

Se habla del término colapso del cuidador, cuando éste ha estado sometido a un agotamiento por la sobrecarga de su capacidad y recursos. El término colapso del cuidador engloba un síndrome geriátrico que representa el costo físico, psicológico, emocional, social y económico, que puede experimentar la familia o el cuidador primario de un paciente discapacitado o con una enfermedad crónica, aunque, el cuidar, no es una enfermedad en si, es un problema de la vida que requiere de un proceso de adaptación.<sup>10</sup>

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

Este grupo desde el punto de vista social viene sufriendo grandes cambios, no sólo los cuantitativos derivados de su explosión demográfica, sino también cualitativos, en relación con la patología prevalente, calidad y estilos de vida, además del tipo de atención demandada.<sup>11</sup>

La experiencia de cuidar conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados. Las actividades del cuidado pueden ser muy estresantes, porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre.<sup>2</sup>

Se han identificado alteraciones en la población de cuidadores primarios que les afectan en múltiples esferas —emocional, social, estructural—, las cuales se deben considerar como síntomas que tienen igual relevancia como los que presenta el enfermo.

Existen estudios en América latina y España, que han encontrado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios, están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población.

Mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador sacrifica sus propios recursos y actividades.

Por lo general, las repercusiones en las interacciones personales del paciente que tiene algún grado de invalidez o discapacidad se centran en algunos factores observados en los cuidadores primarios, estos factores se relacionan con patrones rígidos de funcionamiento, y a alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés, tipo de cuidado y sobrecarga; debido a lo anteriormente mencionado se considera que el apoyo al cuidador debe de tomarse como una actividad central y definitiva para todos los involucrados en el cuidado de la salud<sup>2</sup>

El cuidador principal es aquella persona que dedica la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades de su paciente estas personas son descritas habitualmente como segundas víctimas de la enfermedad, debido a que el problema de la dependencia no solo afecta a quien la padece sino a quien le facilita la ayuda necesaria para que pueda seguir viviendo dignamente. Por ende la sobrecarga se entiende como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado a influido sobre diferentes aspectos de su salud. En un estudio realizado por IMSERSO 2005, se observo que el 30% de las personas cuidadoras consideraban que su salud se había deteriorado desde el momento en que proporcionaban a su familiar.<sup>9</sup>

En otro estudio Español del 2005 por Alonso y prieto, que aplico un cuestionario referente al SF36 y que valora ocho dimensiones del estado de salud entre ellas

función física, estado de salud en general, vitalidad y dolores corporales, como cefalea, dolor abdominal (colitis), y dolor lumbar y como se puede observar, las mayores puntuaciones se obtienen en las dimensiones de dolor corporal, dolor abdominal, función física y rol físico. Los resultados de este estudio demuestran además que la salud mental es un predictor más fuerte que la salud física.<sup>13</sup>

Las características más prevalentes del síndrome del cuidador primario son: trastornos del patrón del sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacciones exageradas, dificultad en las relaciones interpersonales, resentimientos hacia la persona que cuida frecuentes dolores de cabeza o espalda, colitis, gastritis, pérdida de energía, sensación de cansancio, aislamiento y pensamientos de suicidio o abandono. Según la literatura, hacerse cargo de una persona dependiente durante largo periodo de tiempo puede desencadenar problemas de salud en el cuidador, entre las alteraciones físicas se encuentran dolor de cabeza, dispepsia, vértigo, dolores articulares, dificultad para dormir, cansancio y en ocasiones se empieza a notar alteraciones sistémicas como la hipertensión. Se realizó un estudio con 26 personas sometidas al juego de roles de esta naturaleza cuyo objetivo era analizar la repercusión que tiene la atención a enfermos crónicos, incapacitados, sobre la salud de cuidadores primarios, encontraron que las principales patologías físicas en el cuidador primario y que manifestaron durante la entrevista fueron: cardiopatía, cefalea, cervicalgia, lumbalgia como consecuencia de su tarea, y en el mismo estudio encontraron que el cuidador primario está sometido a un estrés importante demostrando, la presencia de depresión y ansiedad.<sup>9,13</sup>

Existen diversos instrumentos para evaluar el estado físico y emocional de los cuidadores entre los cuales se encuentran, entrevista de carga del cuidador (ZARIT), es una prueba psicométrica de calificación objetiva compuesta por 22 ítems evalúa la presencia o ausencia de carga o sobrecarga. Según diversos estudios a lo largo del planeta, se han identificado tres componentes principales para identificar el síndrome de carga del cuidador y son: el impacto del cuidado, la carga interpersonal, y las expectativas de autoeficacia.<sup>2</sup>

Otro instrumento recomendado para evaluar la carga del cuidador es la escala de ansiedad y depresión, Goldberg (1979). Es una escala utilizada como screening de trastornos psiquiátricos y como instrumento diagnóstico que fue desarrollada para identificar y cuantificar ansiedad y depresión, es de auto aplicación y consta de 14 ítems de los cuales 7 miden depresión y 7 miden ansiedad. Los puntos de corte se sitúan en 4 o más para la subescala de ansiedad y en 2 o más en la de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (siendo el máximo posible de 9 en cada una de las subescalas). Aun cuando las preguntas son muy claras, las respuestas sólo admiten la dicotomía, de forma que a veces, cuando se trata de coincidencias de leve intensidad, es necesario el juicio de un profesional para valorar la significación clínica de la respuesta.

Este instrumento ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas. Así mismo este test se podría realizar cada cierto tiempo en los cuidadores y así poder detectar posibles trastornos en ellos e intentar incrementar su autoestima, esperando que en el futuro se reduzca el potencial malestar psíquico.<sup>12,9</sup>

En México, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes. A pesar de esto se sabe poco o se ha investigado poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores quienes comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados por su papel.<sup>14</sup>

Con fines de medición, el tipo de cuidado se ha descrito en términos de la duración del cuidado en meses o años y en horas al día, así como en el grado de impacto en la vida privada del cuidador y en la frecuencia de la ocurrencia de indicadores diagnósticos de estrés en el cuidador. Esta situación, no debe minimizar las repercusiones que provoca en las personas que rodean al paciente geriátrico con discapacidad o con algún grado de invalidez y en particular en la atención reflexiva de las formas en que se afecta al “cuidador primario” o “principal” de estos enfermos.

La relevancia de este interés analítico nace de una atención considerada como la ideal para las personas que son cuidadores primarios, y que como es de esperar no ocurre en la mayoría de los casos. El importante papel que desempeña el

cuidador principal en los pacientes ancianos con ciertas limitantes para realizar las actividades de la vida diaria, pueden ocasionarle problemas de salud, no solo de tipo físico sino también de tipo mental. Regularmente, quien asume la tarea de cuidador es alguien que siente un compromiso moral o emocional con el enfermo; a menudo puede estar actuando bajo la premisa de que hay que ser caritativo con el prójimo, o de que la solidaridad se expresa cuando se está en la cama o en la cárcel, como dice el saber popular; no obstante si el desgaste del cuidador ocurre como resultado de la atención que presta al enfermo sin atender su propia salud, retirándose de toda actividad recreativa o de descanso, alejándose de los amigos y asumiendo como propias las limitaciones del paciente, muy pronto habrá no uno, sino dos enfermos en esa familia.

Dado lo anteriormente expuesto se considera interesante en un primer acercamiento al problema indagar como se encuentra el panorama de sobrecarga y enfermedades que puedan estar asociadas en el cuidador primario en una unidad de primer nivel de atención del sector salud.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

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

En relación a esta problemática, los médicos de primer nivel de atención deberíamos enfocar nuestra atención hacia el cuidador primario, para poder prevenir las enfermedades psicosociales que es susceptible de presentar a lo largo del cuidado del paciente enfermo, quien habitualmente es el protagonista de la consulta cotidiana.

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

cuidador exprese al médico de su cansancio físico, emocional o problemas económicos que le ocasiona el atender a su familiar.

Por todo lo anteriormente expuesto la pregunta de investigación es:

**¿Cuál es la prevalencia de sobrecarga y enfermedades relacionadas en el cuidador primario del paciente adulto mayor?**

## JUSTIFICACION.

A nivel mundial cada día hay mayor número de personas con enfermedades crónico degenerativas que tienen secuelas, o complicaciones. En México, se diagnostican cada vez con mayor frecuencia estas enfermedades en etapas muy avanzadas y por ende esta población va perdiendo independencia, teniendo cada vez la necesidad de ser cuidado. Este cuidado que normalmente es brindado por un miembro de la familia, suele ser agotador y desgastante para el cuidador tanto física como emocionalmente.<sup>6,11</sup>

Por lo general, las repercusiones en las relaciones personales del paciente adulto mayor con invalidez, o discapacidad se centran en las consecuencias que le provocan como enfermo. Esta situación, repercute en las personas que lo rodean, en particular, se afecta al denominado “cuidador primario” o “principal” de estos enfermos.<sup>9</sup> La relevancia de este interés analítico parte de una atención ideal para estas personas (cuidadores primarios) que cuidan a estos pacientes ancianos, cosa que como es comprensible de principio no ocurre en la mayoría de los casos, ya que lamentablemente nuestra sociedad, no está preparada en forma adecuada para responder a las necesidades de atención y cuidado, que son propias de las personas que necesitan de los cuidados primarios.

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

La mayor probabilidad de desempeñar el cargo de cuidador en teoría es para los hijos, luego están el cónyuge y los hermanos del paciente. Principalmente es una mujer (87,3%) la encargada de proporcionarle el cuidado a la persona enferma o anciana. De acuerdo con la edad, en nuestro medio no se conocen datos exactos, pero en su mayoría son personas de 30 años, aproximadamente. Se calcula que esta persona permanece los siete días de la semana, en un promedio de 16 horas

diarias, lo cual tiene implicaciones económicas, sociales y de salud. En cuanto al impacto económico, este es significativo en la medida en que gran parte de los recursos de que dispone la familia se destina al cuidado o se suspenden las actividades profesional-laborales.<sup>12</sup>

En base a lo antes expuesto se considera que es factible realizar el presente estudio dentro de la U.M.F 64 ya que existe dentro de la pirámide de población de esta unidad, un porcentaje alto de pacientes ancianos con enfermedades crónico-degenerativas que requieren de un cuidador primario, por lo que se ha visto un incremento en la demanda de consulta de este personaje, ya sea refiriendo estrés, ansiedad, desesperación, depresión, así como otras enfermedades relacionadas ante la dependencia de sus enfermos ancianos, por lo que considero es importante realizar el presente proyecto de estudio y así conocer el estado de salud de estos cuidadores primarios.

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo principal:**

Identificar la prevalencia con que se presenta sobrecarga y enfermedades relacionadas en el cuidador primario del paciente adulto mayor.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar la prevalencia de sobrecarga del cuidador primario por medio de instrumento "Escala de Zarit" previamente validado.
2. Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en el cuidador primario a través del instrumento "cuestionario de Goldberg."
3. Identificar la presencia de síndrome de intestino irritable, hipertensión arterial y lumbalgia en el cuidador primario.

## **HIPOTESIS**

Hipótesis de trabajo

Por tratarse de un estudio observacional descriptivo no se requiere hipótesis, sin embargo nuestra expectativa empírica es:

1. Existe una alta prevalencia de sobrecarga en el cuidador primario del paciente adulto mayor.
2. Están presentes ansiedad y depresión en el cuidador primario.
3. Existe una alta prevalencia de síndrome de intestino irritable, hipertensión arterial y lumbalgia en el cuidador primario.

## **METODOLOGIA.**

### **TIPO DE ESTUDIO.**

Por el control de la maniobra experimental por el investigador el presente estudio será observacional, por la captación de la información prospectivo, por la medición del fenómeno en el tiempo será transversal descriptivo.

### **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:**

El presente trabajo se realizo en una unidad de atención primaria, en la UMF N° 64 del IMSS, ubicada en TEQUESQUINAHUAC ESTADO DE MEXICO, la cual cuenta con la infraestructura física para desarrollar el presente trabajo, en un lapso de 5 meses, fueron invitados todas las personas que acudan acompañando al paciente geriátrico con algún grado de invalidez o discapacidad que acudan a consulta (previa autorización) con el consentimiento informado y se reunirán en las aulas de la unidad.

Se invitarán a personas que acudan a la U.M.F 64 ayudando al paciente geriátrico o con algún grado de invalidez. Que estos serian los cuidadores primarios.

### **TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LAS MUESTRA.**

Consistirá en un solo grupo de personas que cumplan con los criterios de cuidador primario.

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Se calculara mediante la fórmula para una proporción con los siguientes parámetros:

Población de estudio: 25000

Nivel de confianza del 95% ( $\alpha$  0.05;  $Z\alpha$  1.96)

Proporción de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos 70%  
 $p=0.70$

Presión +/- 5%  $i=0.05$

Aplicando corrección para una población finita = 318 cuidadores primarios.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Cuidadores de pacientes geriátricos de 18 años de edad en adelante.

Alfabetas.

Cuidadores de pacientes geriátricos de ambos sexos.

Con cualquier grado de estudios.

Cuidadores que convivan mínimo 8 hrs con el paciente y más de un día la semana.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Cuidadores que reciban tratamiento médico para depresión o ansiedad.

Los cuidadores que tengan dos trabajos.

Los cuidadores que sean diagnosticados con una enfermedad crónica degenerativa en los 6 meses previos.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Cuidadores con hojas de datos incompletos.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

### **ANSIEDAD**

**DEFINICION CONCEPTUAL:** La ansiedad es una emoción que nos surge en situaciones de amenaza o peligro. (Miedo, fobia, angustia, tensión, preocupación

**DEFINICION OPERACIONAL:** Puntaje mayor de 4 en la subescala de ansiedad de Goldberg.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa, dicotómica

**ESCALA DE MEDICION:** Nominal

**UNIDAD DE MEDICION:** 1) SI 2) NO

### **DEPRESION:**

La depresión es un trastorno, ya sea desde la psicopatología o desde la psiquiatría. La psiquiatría la describe como trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque éste es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

**DEFINICION CONCEPTUAL:** estado patológico que desarrolla una persona ante una situación no específica

**DEFINICION OPERACIONAL:** Puntaje mayor de 3 en la subescala de depresión de Goldberg.

**TIPO DE VARIABLE:** Cualitativa, dicotómica

**ESCALA DE MEDICION:** NOMINAL

**UNIDADES DE MEDICION:** 1) SÍ            2) NO

### **CUIDADOR PRIMARIO**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** es la persona que cuida o que atiende en primera instancia a las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, papel que por lo general lo juegan el esposo o la esposa, el hijo o un familiar cercano. (2)

**DEFINICION OPERACIONAL:** Toda persona que acude a la UMF64 mayor de 18 años que acude para la atención y el cuidado del adulto mayor con invalidez.

**TIPO DE VARIABLE:** cualitativa

**ESCALA DE MEDICION:** nominal

**UNIDAD DE MEDICION:** 1) SI    2) NO

## **ENFERMEDADES RELACIONADAS**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) asociadas a la sobrecarga del cuidador primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales<sup>16</sup>

**DEFINICION OPERACIONAL:** Antecedente patológico reportado afirmativamente en la hoja de captura de datos por el cuidador primario.

**TIPO DE VARIABLE:** cualitativa

**ESCALA DE MEDICION:** nominal

**UNIDAD DE MEDICION:** 1) si 2) no

**UNIDAD DE MEDICION:** 2) Síndrome de intestino irritable  
3) hipertensión arterial  
4) lumbalgia

## **SEXO**

**DEFINICION CONCEPTUAL:** El término "sexo". Se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

**DEFINICION OPERACIONAL:** Nombre que determina un aspecto biológico del ser humano

**TIPO DE VARIABLE:** cualitativa

**ESCALA DE MEDICION:** nominal

**UNIDAD DE MEDICION:** 1) Femenino 2) masculino.

## **EDAD**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de captación por la fuente de información (censo, encuesta, registro administrativo)<sup>17</sup>

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Cifra en años para determinar la vida de un ser humano

**TIPO DE VARIABLE:** cuantitativa

**ESCALA DE MEDICION:** De razón

**UNIDAD DE MEDICION:** años

## **ESCOLARIDAD**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.

**DEFINICION OPERACIONAL:** Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes

**TIPO DE VARIABLE:** cualitativa.

**ESCALA DE MEDICION:** ordinal

**UNIDAD DE MEDICION:** 1) primaria  
2) secundaria  
3) bachillerato  
4) licenciatura  
5) sabe leer y escribir

## **OCUPACION**

**DEFINICION CONCEPTUAL:** es la acción de ocupar u ocuparse, viene del latín ocupación sinónimo de trabajo.

**DEFINICION OPERACIONAL:** actividad o trabajo que realiza una persona.

**TIPO DE VARIABLE:** dicotómica

**ESCALA DE MEDICION:** nominal

**UNIDAD DE MEDICION:** 1) si trabaja 2) no trabaja

## **SUJETOS MATERIAL Y METODOS**

El presente estudio se realizo en una unidad de atención primaria en la UMF 64, de la cual se tomo una muestra constituida por los cuidadores primarios de los pacientes ancianos que acuden a ésta a su seguimiento y control. El método de muestreo será no probabilístico por conveniencia por cuota.

A los adultos mayores que acudan a consulta por algún padecimiento crónico, y que estén acompañados por el familiar habitual fueron invitados a participar en el presente protocolo de investigación, previa explicación de los objetivos del estudio y firma del consentimiento informado. Se le aplicará al cuidador primario en forma auto administrado una cédula de registro de datos socio demográficos y de

registro de antecedentes patológicos, además se les solicitará que respondan por escrito dos cuestionarios: el denominado sobrecarga del cuidador “Zarit” y el cuestionario de depresión y ansiedad de Goldberg. Los datos serán registrados en hoja diseñada ex profesa, creando respaldo de la información en unidades de almacenamiento electrónico

Los datos recolectados a través de las encuestas se capturaran en forma electrónica mediante el software Excel, para posteriormente describir los datos en tablas y graficas con estimadores en porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza. Los indicadores a utilizar serán la prevalencia de sobrecarga en los cuidadores primarios de los adultos mayores, así como de ansiedad, depresión, síndrome de intestino irritable y lumbalgia.

## **ASPECTOS ETICOS**

Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki modificados en Tokio y de las normas institucionales y legales relativas a la investigación con seres humanos en nuestro País. La información obtenida será confidencial y los datos se manejarán de manera grupal para los fines de la investigación. Los pacientes que presenten Depresión recibirán tratamiento médico y serán canalizados al servicio de psiquiatría del 2º nivel de atención para continuar su estudio y tratamiento

Se informara de su resultado y de la carga del cuidador, se orientara de las medidas preventivas según la escala aplicable para poder derivar al paciente al especialista o grupos de ayuda según su grado de enfermedad.

Se derivara a trabajo social para su integración al resto de la familia para evitar que solo caiga en un cuidador.

## RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en la unidad de medicina familiar N° 64 primer nivel de atención del IMSS. En el periodo comprendido del 20 de marzo al 30 de agosto del 2012. Aplicando un cuestionario socio demográfico, así como la escala de Zarit y cuestionario de Goldberg a 330 cuidadores primarios (CPI)

La edad de los CPI se integraron en 6 rangos con promedio de 41 a 50 años con 33 % (n=108), seguido del grupo de 31 a 40 años con 25% (n=82), que se continúan con el 51 a 60 años 20% (n=30), y por ultimo < de 20 años con 2% (n=8). Figura 1 grafica 1. Con respecto al género predominio el sexo femenino con el 79% (n=260), y el masculino del 21% (n=70). Figura 2, grafica 2. En cuanto a los CPI predomino la hija 45% (n=150), seguida de la esposa con 15% (n=50), el hijo 9% (n=30), esposo 8% (n=25), hermana y nuera con 6% respectivamente (n=20), nietos y cuñados 4% (n=13), hermanos y sobrinos 2% (n=5).figura 3, grafica 3.

La escolaridad más frecuente fue la secundaria con el 31% (n=102), seguido de la primaria 26% (n=85), y el bachillerato 24% (n=78), los que saben leer y escribir 12% (n=40) y por último el nivel licenciatura 7% (n=25).figura 4 grafica 4. En cuanto a la ocupación la más frecuente fue el hogar (ama de casa) 47% (n=1549, seguido de los empleados 16% (n=53), los obreros 19% (n=60), otros (estudiantes, trabajo independiente, etc.) con 13% (n=43), profesionistas 6% (n=20). Figura 5 grafica 5.

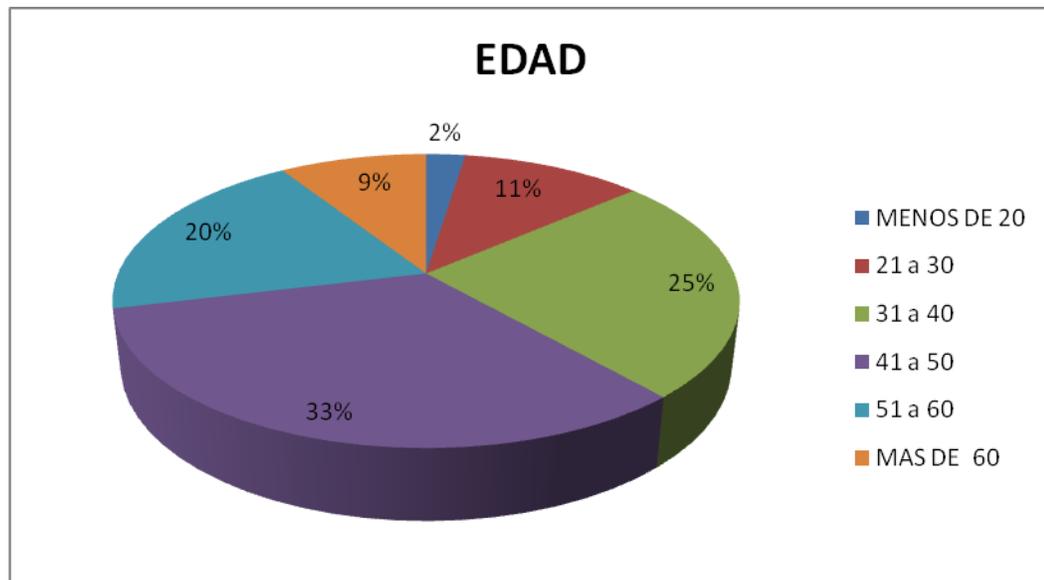
El nivel de sobrecarga que predominó en los CPI fue de sobrecarga leve 56 % (n=184), seguida de sobrecarga intensa 31% (n=103), y no sobrecarga del 13 % (n=43). Figura 6 grafica 6. Con respecto a la escala de Goldberg que no había alteración de ansiedad o depresión en un 51% (n=169), seguida de una escala mixta del 23% (n=76), con ansiedad presentaban un 19% (n=62), y depresión en un 7% (n=23), Figura 7 grafica 7.

En lo que cabe las enfermedades relacionadas se encontró que el 36% (n=118) no padecen enfermedad alguna, el 17% (n=55) padece hipertensión arterial, el 11% (n=37) presento colitis seguida del dolor de espalda 10% (n=34), enfermedad acido péptica 8% (n=21), y llama la atención que el 18% (n=59) padecen otras enfermedades. Figura 8 grafica 8.

## GRAFICAS

**CUADRO 1.GRUPO DE EDAD DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS**

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
MENOS DE 20	8	2%
21 a 30	37	11%
31 a 40	82	25%
41 a 50	108	33%
51 a 60	65	20%
MAS DE 60	30	9%
TOTAL	330	100%

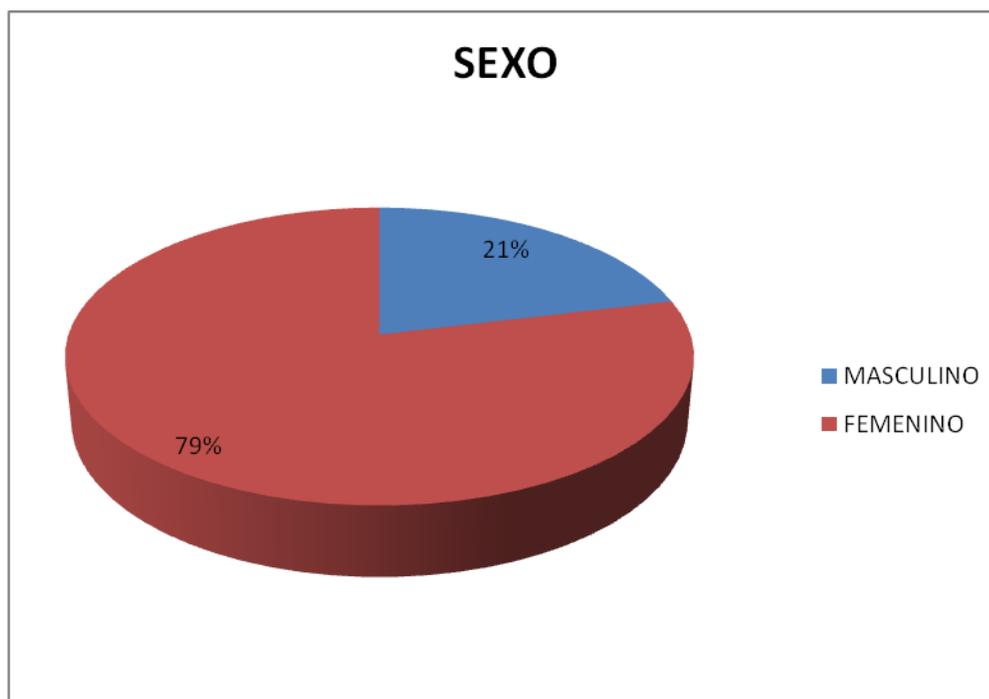


**FIGURA 1. GRUPO DE EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR CON EN INDICE DEL 33% DE 41- 50 AÑOS DE EDAD Y EL MAS BAJO ES EL 60 AÑOS CON 2%.**

**ENCUESTA REALIZADA EX PROFESO EN UMF 64.**

**TABLA 2. GENERO DEL CUIDADOR PRIMARIO (SEXO)**

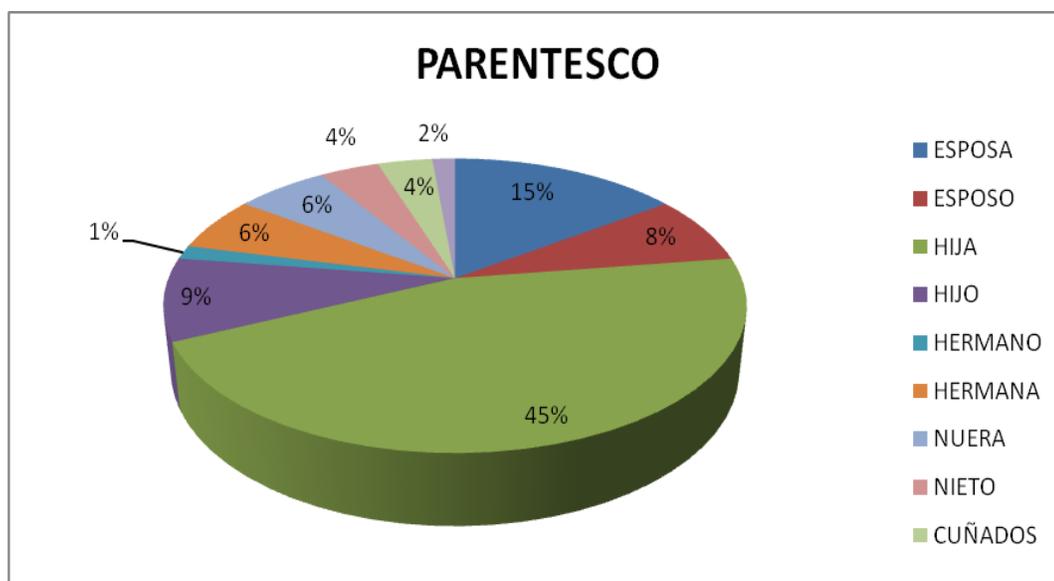
SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MASCULINO	70	21%
FEMENINO	260	79%
TOTAL	330	100%



**FIGURA 2. GENERO DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR CON PREDOMINIO DEL SEXO FEMENINO ENCUESTA REALIZADA EX PROFESO UMF 64.**

**CUADRO 3. PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR.**

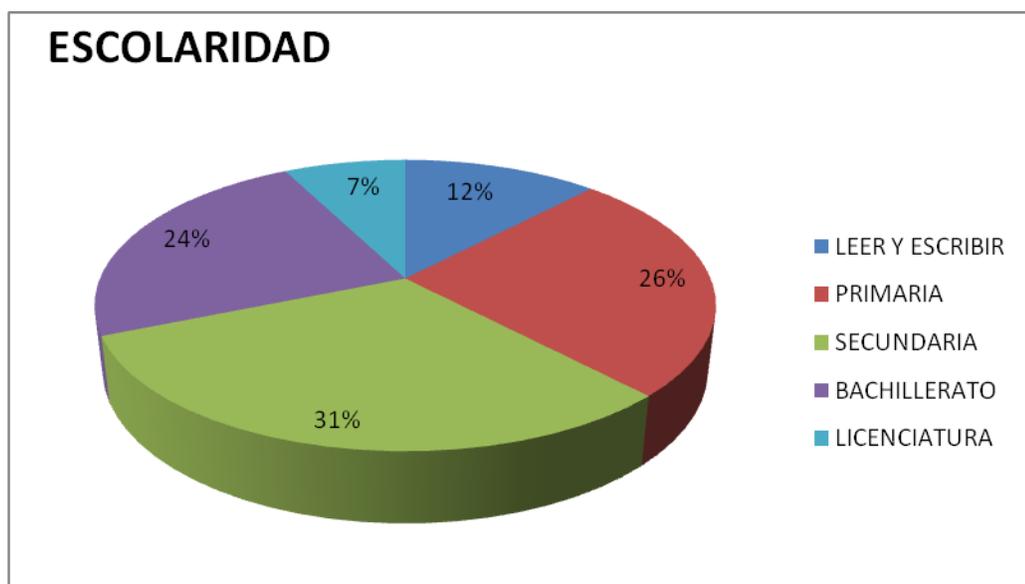
PARENTESCO	CANTIDAD	PORCENTAJE
ESPOSA	50	15%
ESPOSO	25	8%
HIJA	150	45%
HIJO	30	9%
HERMANO	5	2%
HERMANA	20	6%
NUERA	20	6%
NIETO	13	4%
CUÑADOS	12	4%
SOBRINOS	5	2%
TOTAL	330	100%



**FIGURA 3. PARENTESCO CON EL ADULTO MAYOR QUE ES SU CUIDADOR PRINCIPAL CON RELACION AL GENERO FEMENINO QUIEN PREDOMINA HIJA 45% Y ESPOSA CON 15% ENCUESTA REALIZADA EX PROFESO EN LA UMF 64.**

#### CUADRO 4. ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO

ESCOLARIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
LEER Y ESCRIBIR	40	12%
PRIMARIA	85	26%
SECUNDARIA	102	31%
BACHILLERATO	78	24%
LICENCIATURA	25	7%
TOTAL	330	100%



**FIGURA 4. NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR CON UN NIVEL DE SECUNDARIO PREDOMINANDO Y SEGUIDO PRIMARIA CON 24%.**

**FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EX PROFESO UMF 64.**

**CUADRO 5. OCUPACION DEL CUIDADOR PRIMARIO.**

OCUPACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
AMA DE CASA	154	47%
OBRERA	35	11%
OBRERO	25	7%
EMPLEADO	53	16%
PROFESIONISTA	20	6%
OTROS	43	13%
TOTAL	330	100%

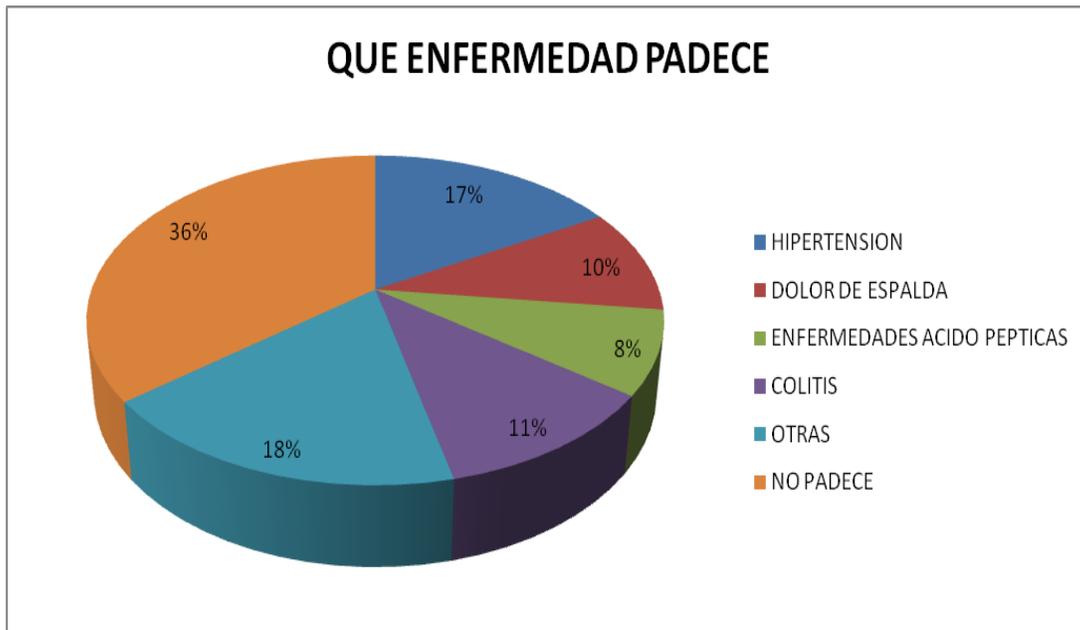


**FIGURA 5. ACUPACION DEL CIUDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR QUIEN PREDOMINA ES AMA DE CASA CON 47% Y EL PORCENTAJE MAS BAJO ES NIVEL LICENCIATURA.**

**FUENTE ENCUESTA REALIZADA EX PROFESO EN UMF 64**

**CUADRO 6.- ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CUIDADOR PRIMARIO**

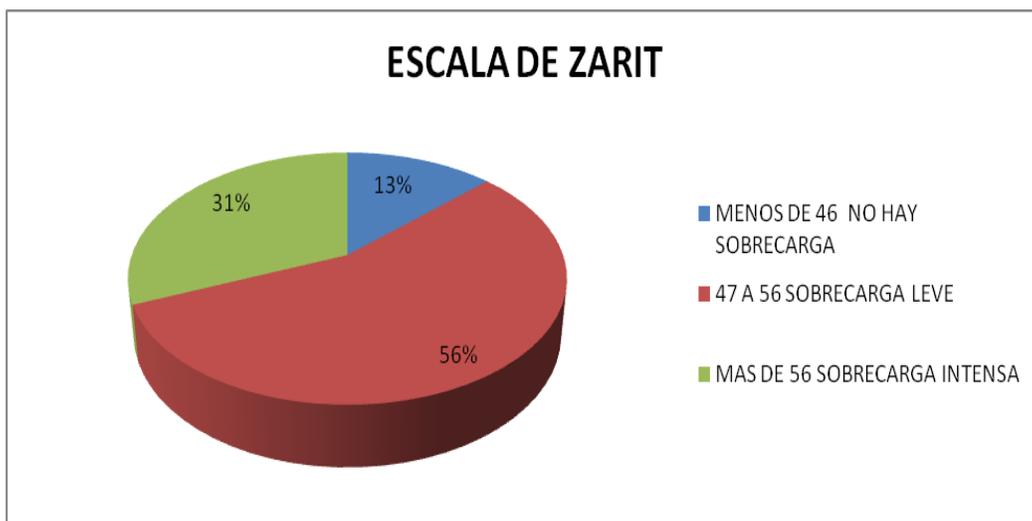
QUE ENFERMEDADES PADECE	CANTIDAD	PORCENTAJE
HIPERTENSION	55	17%
DOLOR DE ESPALDA	34	10%
ENFERMEDADES ACIDO PEPTICAS	27	8%
COLITIS	37	11%
OTRAS	59	18%
NO PADECE	118	36%
TOTAL	330	100%



**FIGURA 6.- ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR CON PREDOMINIO DE LA HIPERTENSION Y DOLOR DE ESPALDA  
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EX PROFESO UMF 64**

**CUADRO 7.- ESCALA DE ZARIT.**

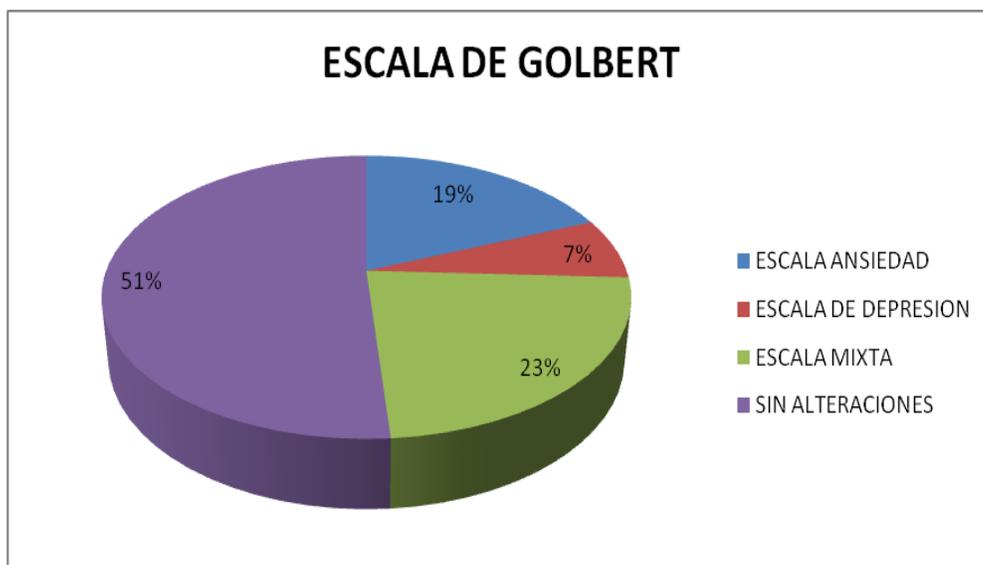
ESCALA DE ZARIT	TIPO DE SOBRECARGA	CANTIDAD	PORCENTAJE
MENOS DE 46	NO HAY SOBRECARGA	43	13%
47 A 56	SOBRECARGA LEVE	184	56%
MAS DE 56	SOBRECARGA INTENSA	103	31%
TOTAL		330	100%



**FIGURA 7. ESTADISTICA DE LA SOBRECARGA DEL CUIDARO PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR QUE PREDOMINA LA SOBRECARGA LEVE. FUENTE: ENCUESTA REALIZADA EX PROFESO EN LA UMF 64.**

### CUADRO 8.- ESCALA DE GOLDBERG

ESCALA DE GOLDBERG	CANTIDAD	PORCENTAJE
ESCALA ANSIEDAD	62	19%
ESCALA DE DEPRESION	23	7%
ESCALA MIXTA	76	23%
SIN ALTERACIONES	169	51%
TOTAL	330	100%



**FIGURA 8.- DESCRIPCION DE LA ANSIEDAD, DEPRESION QUE PREDOMINA EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR.  
FUENTE. ENCUESTA REALIZADA EX PROFESO EN LA UMF 64.**

## DISCUSION:

Nuestro estudio demostró que los cuidadores primarios integrados a la unidad de medicina familiar N° 64 se encuentran con un nivel de sobrecarga leve, con un perfil socio demográfico que fue de 40 a 50 años, se da en género femenino con predominio de la hija y la esposa, escolaridad secundaria y ocupación hogar.

En un estudio realizado en Barcelona España Badia Llach<sup>18</sup>, encontró que la carga percibida por el cuidador informal, fue de 46.4% y el 34.7 con sobre carga severa. Ramírez del olmo<sup>19</sup>, en México reporta una incidencia de 6% de sobre carga en el servicio de Geriatria en el hospital general, que no se relaciona con lo encontrado en este estudio, 56% de sobrecarga leve y 31% de sobrecarga intensa, y n o sobrecarga del 13%, pero si muy similares a los encontrados en España. Esto porque en nuestro país no existen estudios con significancia estadística que midan el nivel de sobrecarga en el que se encuentran los cuidadores primarios, y se ha utilizado la escala corta de Zarit, que consta de 12 ítems y solo determina la presencia o ausencia de sobrecarga.

Con lo que se refiere a la escala de Goldberg se encontró que no hay alteración de ansiedad o depresión en un 51%, y la depresión en el cuidador primario es mínima solo represento 7%, así mismo la ansiedad cursa con un estándar medio en el 19%, y la mixta (ansiedad y depresión) en un 23 %

Lara perez<sup>20</sup>, en una población geriátrica atendida por un equipo multidisciplinaria del policlínico docente Martha Abreu en Santa Clara Cuba, reporta que hay ciertas enfermedades en los cuidadores primarios pero no describe cuales son con más frecuencia. En nuestro estudio cabe decir que las enfermedades relacionadas al cuidador primario el 36% no padecen alguna enfermedad.

El 17% presento hipertensión seguido con el 11% de colitis, el dolor de espalda con un 10%, enfermedad acido péptica 8% y que un 18% padecen otros tipos de enfermedades y dolencias.

González Ortiz<sup>21</sup> en la clínica familiar de Gustavo A. madero del ISSSTE describe el perfil demográfico del cuidador primario promedio de edad de 42 años, el género femenino en el 65.5% y la ocupación hogar con el 50.9% con porcentajes

similares encontrados en nuestro estudio. Difiere el nivel de escolaridad reportando a la preparatoria más frecuente en sus cuidadores comparado con el nivel secundaria reportado en el presente estudio. La Dra. Ruiz García en el programa ADEC del hospital general de zona N° 24 del IMSS describe las características de los cuidadores primarios, edad promedio de 55 años, el sexo femenino en el 80% de su población en estudio, labores del hogar en el 62%, con la única diferencia de la escolaridad que ella reporta como la primaria en el 46%, es similar encontrado en nuestro estudio.

En cuanto a los grupos de edad llama la atención que a menor edad es menor el nivel de sobrecarga, y de igual forma la ansiedad, y que esta aumenta junto con los años del cuidador, en este estudio la sobrecarga intensa fue más frecuente en los cuidadores de 40 a 50 años, así como la asociación de depresión y ansiedad, sin embargo los cuidadores mayores de 60 años a pesar de ser un grupo menor la mayor parte de ellos presento sobrecarga intensa.

## **CONCLUSIONES:**

Concluimos que el nivel de sobrecarga que predominó en los cuidadores primarios de los adultos mayores en la U.M.F N° 64 es el de sobrecarga leve con un 56%, seguido de sobrecarga intensa con un 31% y no sobrecarga en el 13%, con respecto a la escala de ansiedad y depresión (Goldberg) se encontró que el 51% de los cuidadores no padecen ni una de estas dos, pero el 23% de nuestro estudio presentó la asociación de estas dos, y el 19% solo presenta ansiedad, la depresión solo se marcó con el 7%.

En lo que cabe a las enfermedades relacionadas con el cuidador primario el 17% presentó hipertensión arterial ya establecida, el 11% colitis, seguida de dolor de espalda con el 10% y enfermedad ácido péptica el 8%, pero 36% de estos no presentaron ninguna enfermedad.

De las características socio demográficas del cuidador primario del adulto mayor con los niveles de sobrecarga se obtuvo lo siguiente: predominó el grupo de edad de 40 a 50 años de edad con 33%, el género femenino con 79%, del cual predomina la hija 45 %, seguido de la esposa 15%, escolaridad secundaria 31%, ocupación hogar en el 47% con lo que corroboramos con lo antes mencionado en las citas bibliográficas.

## **COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.**

La alta frecuencia encontrada de sobrecarga leve en el cuidador primario del adulto mayor deberá ser considerada por un grupo multidisciplinario para prevenir las enfermedades relacionadas con la sobrecarga como lo es la hipertensión, el dolor de espalda. Así como la colitis y la enfermedad ácido péptica, por otro lado tendremos más cuidado con las demás patologías que pueden desarrollar a corto mediano y largo plazo.

También es importante saber identificar los síntomas que el cuidador presenta sobre la ansiedad y depresión al estar a cargo de su paciente o adulto mayor. Esto con el fin de evitar tener dos enfermos en casa

Habría que tener más cuidado en las mujeres de 40 a 50 años que cuiden a su adulto mayor, con mayor énfasis al ser hijas con ocupación el hogar.

En la gran mayoría de las familias los integrantes no se encuentran enterados de la enfermedad o del cuidado del adulto mayor, por lo que recae en una sola persona, ante dicha problemática se retrasa el diagnóstico de sobrecarga del cuidador para su inmediato apoyo psicológico e incluso psiquiátrico

Por ellos sugiero se trabaje de manera conjunta el médico familiar, la trabajadora social, y psicología para que ayuden tanto al cuidador primario como a la familia, fomentando la educación, orientación y así disminuir el impacto de esta crisis para normativa en el cuidador primario y facilitando el manejo de los pacientes como de la familia. Para prevenir y plantear estrategias que prevengan la sobrecarga a fin de buscar el bienestar binomio cuidador-cuidado.

## **BIBLIOGRAFIA.**

- 1.- Torres FMI, Beltrán Y. Cuidar un enfermo pesa ¿pesa? Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana. 2006; 2: 319-331
- 2.- Alfaro R, Morales VT, Vázquez PF, Sánchez RS, Ramos RB, et al. Sobrecarga, Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes con Dolor Crónico y Terminal. Rev. Medica. IMSS 2008; 5: 485-494.
- 3.- Cortes F. Adaptación Psicosocial del Paciente Oncológico Ingresado y del Familiar Cuidador Principal. Psico-oncología. 2002; 1: 83-92
- 4.- CONAPO, México Comunicado de Prensa México,[en línea] D.F. 27de febrero de 2005 [fecha de acceso 20 de septiembre del 2012] 04 / 05. URL disponible [www.conapo.gob.mx/prensa/2005/042005.pdf](http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/042005.pdf).
- 5.- Solís V Miriam, Flores M Albina, Quijada F, Solís V. Carina, Saavedra R, Julián, Sobrecarga y calidad de vida en el cuidador primario de adultos mayores dependientes. Revista Venezolana y Regional Andina de Atención Medica Primaria. Médico de familia 2009:32-37
- 6.- Rodríguez FN. Factores que influyen sobre el nivel de estrés de las personas que tienen a su cargo un familiar anciano dependiente. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Publicación Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL 2000; 4:1-5
- 7.- Membrillo Apolinar, Funciones de la Familia; 2008 cap. 5, pág. 73-85
- 8.- León Anzures R, Medicina Familiar; primera edición 2008 capitulo 13, PP. 333-339.
- 9.- Barrón y Alvarado, Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en

Cáncer Cancerología. 2009: 39-46.

10.- Rodríguez FN. Estrés Familiar y Ancianidad en Buenos Aires Scripta Ethnológica, Conicet. 2003; 49-55.

11.- Guevara Germán, Gómez Fernando, Geriátrica [Septiembre de 2010]. <http://internistasdecaldas.galeon.com/productos1391540.html>

12.- Zambrano CR., Ceballos P. Síndrome de carga del cuidador. Revista Colombiana Psiquiatra. 2007; 26-39.

13.- Fernández Larrinoa P, Martínez Rodríguez S, Ortiz Márquez N, Auto percepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga, Psicothema 2011; 23(3): 388-393.

14.- Montorio CI, Fernández TMI, López LA y Sánchez M, La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y Validez del Concepto de carga, Anales de Psicología 1998; 14: 229-248.

15.- Rivera Mora H, Dávila Mendoza R, González Pedraza A, Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátrico de la clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE, Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011;16(1): 27-32.

16.- Polaino, L. & Heras, Sánchez, R., Cáceres, H. & Gómez, D Características Sociodemográficas (2002) [fecha de acceso junio 2012] [www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm](http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm).

17.- Rivas Herrera JC, Ostiguin Meléndez RM. Cuidador. ¿Concepto Operativo o Preludio teórico?. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM 2011; 8: 49- 54.

18.- Badia X., Lara N., roset G. Calidad de Vida tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal del enfermo de Alzheimer. Hospital de la Santa Creu, Barcelona España. Revista de Atención Primaria.2004; 34(4): 170-177.

19.- Ramírez C, Pichardo A. Incidencia del colapso del cuidador en el servicio de geriatría del Hospital General de México. Archivo Geriátrico, 2003; 6:46-49.

20.- González MA, Terán M., Ponce Rosas ER, Sánchez LE. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en la clínica de medicina Familiar de la Ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar 2003;5(2) 47- 52.

21.- Compean González JM, Silerio Vázquez J, Castillo Díaz R, Parra Domínguez ML. Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas, Rev CONAMED 2008; 13: 17-21



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO ELABORADO.

FOLIO \_\_\_\_\_

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA	
Lugar y Fecha	Tlalnepantla Edo de Mex a de 2012
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: PREVALENCIA DE SOBRECARGA Y ENFERMEDADES RELACIONADAS EN EL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR.	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2012-1406-15	
El objetivo del estudio es Determinar la prevalencia de sobrecarga y enfermedades relacionadas en el cuidador primario del adulto mayor	
Se me ha explicado que mi participación consistirá en: LLENADO DE UNA CELULA LA CUAL SE MENCIONAS AL CUIDADOR PRIMARIO	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
Nombre y firma del paciente DR.MOISES LEAL ARELLANO MAT 99151189.	
Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable	
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 044- 55-28-539678 0 044 55 30849029	
Testigos	
Clave: 2810 – 009 – 013	



DOMICILIO  TELF:

CUANTO TIEMPO TIENE VIVIENDO CON EL ENFERMO  AÑOS  
 MESES.

CUANTO TIEMPO PASA CON EL ENFERMO

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD:

HIPERTENSION SI  NO  DOLOR DE ESPALDA SI  NO

COLITIS SI  NO  OTRAS  CUÁL

TOMA ALGUN MEDICAMENTO DIARIO O CON REGULARIDAD

SI  NO  CUAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION 15 ESTADO  
 DE MEXICO ORIENTE.  
 CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS  
 GENERALES DEL IMSS  
 COORDINACION CLINICA EN EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC

Entrevista sobre la carga del cuidador ( Zarit) folio \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona.

Después de leer cada afirmación con qué frecuencia se siente usted, así conteste: 0: NUNCA, 1 CASI NUNCA 2. A VECES 3. BASTANTES VECES 4. CASI SIEMPRE

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	

11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

## ESCALA DE GOLDBERG

FAVOR DE CONTESTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO. MARQUE SEGÚN SU RESPUESTA:

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. ¿Se ha sentido muy irritable? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**(Si ha tenido 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)**

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? SI \_\_\_ NO \_\_\_
  6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? SI \_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  7. Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarreas (síntomas autonómicos). SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  8. ¿Ha estado preocupado por su salud? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
  9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, Para quedarse dormido? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- 
- 

1. ¿Se ha sentido con poca energía? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Ha perdido usted interés por las cosas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Si ha tenido respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas continuar preguntando**

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_