



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 24
NUEVA ROSITA, COAHUILA**

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES

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

PRESENTA:

DRA. MARÍA DE LOURDES LÁRRAGA ALVA

ASESOR:

DR. JOSÉ EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO



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.

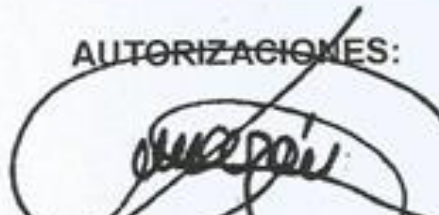
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

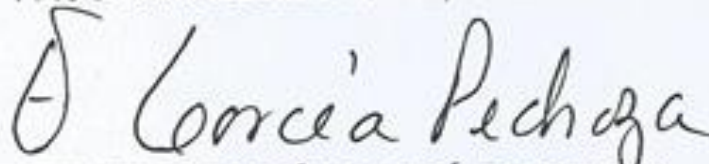
PRESENTA

DRA. MARÍA DE LOURDES LÁRRAGA ALVA

AUTORIZACIONES:



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



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



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

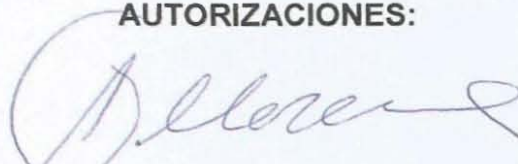
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

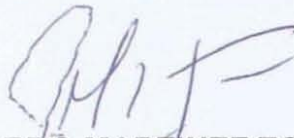
PRESENTA:

DRA. MARÍA DE LOURDES LÁRRAGA ALVA

AUTORIZACIONES:



DR. LEOPOLDO ABDÍ GONZÁLEZ MORENO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
HGZ/MF No. 24, NUEVA ROSITA, COAHUILA.

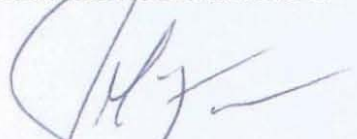


DR. JOSÉ GERARDO MARTÍNEZ TOVAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

ASESORES DE TESIS:



DR. JOSÉ EDMUNDO EDITH ROJAS SOTO
ASESOR METODOLÓGICO



DR. JOSÉ GERARDO MARTÍNEZ TOVAR
ASESOR DE TEMA

ÍNDICE

	Página
Resumen	1
Marco teórico	3
Planteamiento del problema	13
Justificación	14
Objetivos	15
Metodología	16
Presentación de resultados	22
Tablas y gráficas	29
Discusión	44
Conclusiones	46
Recomendaciones y Sugerencias	48
Bibliografía	49
Anexos	52

RESUMEN

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población ha dado lugar a que muchas familias deban hacerse cargo de algunos de sus miembros con incapacidad, como lo son los adultos mayores, esta nueva situación implica cambios en la dinámica familiar y en especial en el cuidador primario que puede afectar su salud.

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en adultos mayores, en un consultorio de medicina familiar.

Metodología: Se realizó un estudio de investigación transversal, observacional y analítico en cuidadores primarios de adultos mayores derechohabientes del IMSS, utilizando como instrumento de medición la escala de Zarit.

Resultados: Se presentó sobrecarga intensa en un 8.8%, y sobrecarga leve en 25.5%. La presencia de sobrecarga fue casi 5 veces mayor en el grupo con comorbilidad, con una significancia estadística superior a lo descrito en la literatura ($p = 0.004$, OR = 2.69, IC = 1.3-5.4).

Los ingresos mensuales superiores a \$5000 se consideraron factor protector para no presentar sobrecarga ($p = 0.001$, OR 2.93, IC 1.60-5.37).

El cuidador primario informal con ocupación laboral presenta mayor sobrecarga ($p = 0.01$, OR = 2.0, IC = 1.1-3.6) comparado con aquel sin trabajo remunerado.

Conclusiones: Se concluyó que el perfil de cuidador primario fueron mujeres casadas de edad de entre 41 a 50 años con secundaria completa. Se encontró sobrecarga intensa en cuidadores con ingresos económicos bajos, con comórbidos y ocupación laboral agregada a la del cuidador primario.

Palabras claves: sobrecarga, síndrome del cuidador, adulto mayor, escala de Zarit.

ABSTRACT

Introduction: The progressive aging of the population has led to many families having to take care of some of its members with disabilities, as they are often older adults, this new situation implies changes in family dynamics, especially in the primary caregiver who may be affected their health.

To determine the prevalence of primary caregiver overload in older adults in a family practice syndrome.

Methodology: A transverse, observational and analytical study was carried out in primary caregivers of seniors IMSS, using as a measuring tool Zarit scale.

Results: Intense overload by 8.8 % and 25.5 % mild overload was presented. The presence of overload was about 5 times higher in the group with comorbidity, with statistical significance than described in the literature ($p = 0.004$, $OR = 2.69$, $CI = 1.3-5.4$).

The higher monthly income to \$ 5,000 were considered protective factor for not filing overload ($p = 0.001$, $OR 2.93$, $CI 1.60-5.37$).

It was found that the informal primary caregiver occupation has increased overhead ($p = 0.01$, $OR = 2.0$, $CI = 1.1-3.6$) compared with those without paid work.

Conclusions: It was concluded that the profile of primary caregiver were married women aged between 41 to 50 years with complete secondary. Intense overload was found in low-income caregivers with comorbid and occupation added to the primary caregiver.

Keywords: overload, caregiver syndrome, elderly, Zarit scale.

MARCO TEÓRICO

El progresivo envejecimiento de la población ha dado lugar a que muchas familias deban hacerse cargo de algunos de sus miembros con incapacidad, esta nueva situación implica cambios en la dinámica familiar y en especial en el cuidador primario que puede ver afectada su salud. ¹

Los ancianos constituyen el grupo de población que está en mayor crecimiento, con significativo avance tecnológico para el cuidado de la salud, cambios demográficos y epidemiológicos presentes a nivel mundial. Esto ha llevado a un envejecimiento progresivo de la población, con implicaciones en los sistemas de salud, seguridad social y educación. Como resultado de lo anterior, las personas podrán tener una mayor expectativa de vida, por tanto va a ser mucho más frecuente encontrar ancianos con múltiples enfermedades crónicas. En consecuencia se deteriora la funcionalidad y por ende se incrementa la atención y el cuidado que en la mayoría de los casos la ofrecen los familiares. ²

Cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria.³

Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitan su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa a su salud que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos a los que generalmente se les denomina carga. A esta carga se le ha dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, burnout o síndrome del quemado, síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal y claudicación del cuidador. El síndrome de sobrecarga se caracteriza por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa que pueden llevar al cuidador primario a tal grado de frustración que finalmente colapsa evidenciando la enfermedad. ⁴

Habitualmente, el cuidador inmediato suele ser el cónyuge, en segundo lugar los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros

familiares y personas allegadas. La tendencia a cuidar a la persona mayor en casa y por la familia se ve favorecida por motivos individuales como: el sentimiento de corresponder recíprocamente, la creencia de que los cuidados familiares son mejores, el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales y cumplir con sus deberes. Los numerosos cuidadores “invisibles” dedican una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo a la responsabilidad que han asumido, calculándose que más de la mitad dedican en promedio 4 a 5 horas/día al cuidado de su familiar.

3,5

Las condiciones en las que se desarrollan estos cuidados no son siempre las más adecuadas, lo que trae consigo numerosas consecuencias, dentro de estas, la palabra clave es sobrecarga.⁵

De acuerdo con Wilson se entiende como cuidador informal aquella persona procedente del sistema de apoyo del paciente, sea un familiar o un amigo que asume la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que respecta a su atención básica “es aquella persona que de una manera voluntaria y decidida, toma la opción de convertirse en cuidador de ese otro que se encuentra limitado en sus recursos para enfrentar las demandas del mundo”.⁶

Otros autores lo identifican con el nombre de cuidador primario informal familiar, siendo este el que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo, sin recibir una retribución económica ni capacitación previa para la atención del paciente. Se debe diferenciar estos últimos de los cuidadores formales que son integrantes del equipo de salud capacitados para dar un servicio profesional remunerado por tiempo limitado.⁵

Por definición el adulto mayor es en términos legales y convencionales una persona a partir de los 60 años de edad. La edad cronológica se utiliza para fijar obligaciones y reconocer derechos. Por otro lado, se considera anciano de alto riesgo a aquel que presenta uno o varios de los denominados factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales que lo hacen propenso a presentar discapacidades en cualquiera de las tres esferas. Cuidador primario es aquella

persona del entorno del anciano que asume voluntariamente el rol de cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Esta dispuesto a tomar decisiones por el paciente, así mismo, cubre las necesidades básicas de éste, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda o indirecta determinando cuando, como y donde se tienen que dar.⁷

La actitud del cuidador primario informal centrada en su enfermo da lugar al síndrome del cuidador, el cual se caracteriza por problemas físicos, psicológicos y sociales, afectando a su vez sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional, situación denominada sobrecarga del cuidador,⁸ misma que representa un conjunto de emociones y conflictos debido a que el cuidador suele resultarle inconcebible dejar al paciente en manos de otra persona por diversas emociones (amor, culpa, religión, etc.), sintiéndose consternados si renuncian a su papel aun por breves periodos de tiempo.^{8,9}

Con relación a esto diversos autores coinciden en plantear que la sobrecarga es un estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demanda económica que se origina al cuidar un enfermo crónico o con discapacidad.^{8,9,10}

Sobre el concepto de cuidados paliativos a los que muchas veces se somete a este tipo de pacientes, estos se definen como una atención especializada en salud y un apoyo práctico para las personas que padecen una enfermedad terminal, así como sus familiares y en base a ello los servicios que típicamente se proporcionan por especialistas en la materia son: a) asesoría, consejo y atención de pacientes y sus familiares, b) acceso a instituciones especializadas, c) coordinación de apoyo intensivo en casa, d) acceso a instituciones de cuidados de día, e) servicio de apoyo durante el duelo para cuidadores y familiares luego del deceso, f) educación y entrenamiento en cuidados paliativos.¹¹

Continuando con el concepto arriba señalado, todo paciente discapacitado, se ha considerado de forma indistinta como terminal. Hudson y Payne han delineado diversas razones por las que las instituciones sociales y de salud deben ofrecer

apoyo a las familias que cuidan a un enfermo de estas características: a) el profundo efecto que les causa la enfermedad terminal de su familiar, b) los cuidadores se hacen responsables de numerosas tareas, c) su proclividad ante la morbilidad física y psicológica de los numerosos gastos que enfrentan, d) su falta de experiencia con la muerte y el proceso de morir, e) la importancia de su labor para conducir con éxito los cuidados del enfermo, f) los cuidadores llegan a convertirse en personas socialmente aisladas y, g) los cuidadores por su labor llegan a descuidar sus propias necesidades.¹²

En el contexto de los cuidados dentro del hogar parece que los cuidadores primarios son con más frecuencia mujeres (68-77%) con una edad promedio de 57 años.^{12, 13}

Puede ser la esposa del paciente, el hijo, algún otro familiar o incluso alguna amistad. El cuidador primario puede tener sus razones para dedicarse a su enfermo, su sentido de responsabilidad o la búsqueda de sentido ante la dificultad. Los cuidadores que tienen una motivación genuina para tomar este papel tienden a reportar menor número de dificultades y alteraciones.¹⁴ Además de las demandas físicas que implican el ofrecer cuidados a un familiar enfermo están las demandas emocionales y psicológicas como ya se mencionó antes. Los cuidadores muestran un trastorno de ansiedad en un 20% y un trastorno depresivo en un 10%.^{9, 10}

Los pacientes que más frecuentemente requieren cuidados son aquellos que cursan con padecimientos relacionados con demencia, representando uno de los más difíciles retos para los cuidadores. El deterioro cognitivo de esta condición es progresivo y sin posibilidades de regresión. Estos problemas afectan las capacidades sociales de los pacientes y pueden llevar a comportamientos perturbadores y cambios de personalidad. Estos pacientes también suelen sufrir otros deterioros físicos sustanciales. Al final, las personas que sufren una demencia avanzada requieren cuidado las 24 horas del día. Diversos estudios han señalado que el estrés experimentado por los cuidadores primarios de estos pacientes se incrementa conforme el paciente se deteriora y que el estrés generado por cuidar un paciente con demencia típicamente es peor que, por ejemplo, el estrés de cuidar un paciente

con cáncer. Se ha documentado que cuidar a un familiar anciano con demencia en el hogar puede crear una situación de estrés crónico. ¹⁵

Se ha definido en diversos estudios realizados en nuestro país en su gran mayoría llevados a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, el rol de los cuidadores primarios, sus características demográficas y aspectos tales como estrés, depresión y ansiedad. Vargas-Mendoza evaluaron emocionalmente 17 cuidadores primarios de pacientes con demencia mediante un cuestionario de estrés, que consta de 25 reactivos calificables en una escala del 1 al 5, así como una entrevista psiquiátrica con fines de diagnóstico. En la consulta se detectó reacciones depresivas en un 30% y de ansiedad en un 20% de la población, mientras que en el cuestionario más de la mitad de ellos reportó niveles altos de estrés. El promedio de horas al día de cuidado fue de más de 12 horas en un 35%, siendo la hija el cuidador primario en esta serie. Se concluye por dicho autor la necesidad de ofrecer un programa de intervención en cuidados paliativos como apoyo, para lo que se ponderan las características que podrían aumentar su probabilidad de éxito. ¹⁶

Sobre los factores demográficos relacionados a este padecimiento los más frecuentemente observados en la mayoría de los estudios son: ser mujer, jugar el rol en la familia de hija, cuidar a su paciente más de 9 horas al día y tener un rango de edad entre los 15 y los 65 años, con una edad promedio entre los 45 y 50 años. ^{1, 2, 13, 14, 15}

La gran mayoría de los estudios a su vez reportan una percepción de sobrecarga intensa, más frecuentemente vista en cuidadores adultos y de bajo nivel de escolaridad, cobrando relevancia clínica al establecer los programas preventivos. Es importante resaltar que en los estudios mencionados, los cuidadores permanecen la mayor parte del día con el paciente, aun así, no se sienten satisfechos con el cuidado que realizan teniendo una percepción de auto eficacia baja, percibiéndose además una sobrecarga intensa por el grado de dependencia y por la falta de recursos económicos para brindar mejores condiciones de atención. ¹⁷

La prevalencia de cuidadores primarios en los Estados Unidos, a pesar de las múltiples definiciones disponibles está subestimada. Stone y cols. utilizando los registros del estudio de cuidadores informales de 1982-1983 brindaron el mayor perfil del cuidador del anciano frágil norteamericano incluyendo una muestra de 1924 cuidadores representando cerca de 1.6 millones de ancianos inhabilitados. Los cuidadores que participaron en este estudio fueron seleccionados de una muestra de ancianos de 65 o más años que refirieron dificultad al menos en una de las actividades de la vida diaria humana (AVDH) que contestaron el censo nacional de sobrevivencia y cuidado a largo plazo en 1982. Se evidenció que la gran mayoría de los ancianos dependientes eran mujeres (72%), tres cuartas partes de los cuidadores en este estudio compartían su habitación con su paciente, hijas mayores en su mayoría (29%), y en menor grado esposas (23%) y esposos (13%). Cerca de uno de cada tres cuidadores contaban con un trabajo y uno de cada diez respondió haber renunciado a su labor para el cuidado de su paciente. ¹⁸

En la Universidad de Wisconsin, Madison, en el Centro de Demografía y Ecología se definieron desde 1997 las tendencias contemporáneas relacionadas al cuidador familiar pasando de considerarse un trabajo familiar invisible a una labor bien establecida debido al incremento de ancianos frágiles y dependientes así como a las mejoras en los servicios de salud, refiriendo que en el año 1900 la esperanza de vida para norteamericanos blancos era inferior a los 50 años, siendo muy inferior en otras razas, evidenciando en los últimos años una esperanza de vida indistinta, superior a los 75.8 años. ¹⁹

En el trabajo de Dueñas y cols. En el valle de Cauca, Colombia, se estudiaron 102 familias, en su mayoría de bajo nivel socioeconómico observando una mayor proporción de depresión, ansiedad y disfunción familiar severa en los cuidadores en relación con los no cuidadores. De los cuidadores principales, 47% presentaron el síndrome del cuidador asociado con ansiedad en un 96% y con depresión en un 100%, así como un 20% más de propensión a enfermedades, teniendo como variables dependientes la funcionalidad familiar y las características psicológicas, se utilizaron diversos indicadores validados tales como escala de Zarit, APGAR familiar,

escala de Goldberg y escala de Katz, describiendo en dicho estudio las características socio demográficas y psicosociales de los adultos discapacitados, de los cuidadores y no cuidadores en una parte de la población, muy similar a lo observado en estudios mexicanos.²⁰

En nuestro país los estudios más representativos son realizados en el IMSS. En los trabajos de Domínguez y cols. realizados en Cárdenas, Tabasco, se evaluaron de enero a mayo del 2008 un total de 100 cuidadores primarios, de los cuáles 69% fueron femeninos y 31% masculinos, con una edad media de 40.2 ± 18.8 años, con una edad mínima de 18 y una edad máxima de 75, es decir, adultos mayores, cuidando a adultos mayores. El estado civil predominante en el grupo fueron los casados y en unión libre (70%), mientras que en cuanto a la escolaridad se observaron de forma más o menos equitativa el grado de primaria (38%) y secundaria (32%). Finalmente en cuanto a la economía el 64% de los encuestados refirió tener un trabajo formal, no obstante, hasta el 83% argumentó tener ingresos mensuales menores o iguales a los \$3000.00 MN.³

Quevedo y cols. por medio del ISSSTE en Ciudad del Carmen, Campeche identificaron los factores de riesgo asociados a este síndrome en una clínica hospital tipo C de junio a septiembre de 2007, estudiándose un total de 150 adultos mayores y encontrando como factores de riesgo: depresión [con una razón de momios (OR) 3.32, un intervalo de confianza (IC) 95%, 1.39-7.91], cuidador enfermo (OR 3.66, IC 95%, 1.54-8.69) y percepción del núcleo familiar disfuncional (OR 12.99, IC 95%, 4.72-35.79), concluyendo como fundamental el apoyo familiar y la preservación de la salud, como factores protectores contra la sobrecarga a los cuidadores.²¹

A su vez Ruiz y Carranza estudiaron este fenómeno en una UMF de Michoacán, dándole mayor énfasis a la asociación entre el trastorno depresivo y el maltrato familiar en el adulto mayor. Se evidenció ancianos dependientes de entre 60-80 años en su mayoría dedicados al hogar con ingresos socioeconómicos bajos, con sobrepeso, encontrando asociación significativa con un trastorno depresivo y maltrato por su cuidador. Se concluyó realizar más estudios sobre el cuidado y el

manejo de dichos ancianos para obtener fuentes confiables de referencia debido al gran sesgo que se origina al tratar de recabar datos. ²²

Para la Doctora Juanico Cruz del Centro Alzheimer México I. A. P., el problema del cuidador se centra en la diversidad actual de la configuración familiar eligiendo una muestra de cinco familias extensas, tres nucleares y dos monoparenterales extensas como grupo de estudio. Expone primero el planteamiento que se ha dado desde la antropología social acerca del cuidado del anciano, considerándose en medio urbano de tipo dualista, ya que tiene un corte negativo y otro optimista. Por una parte hay un acuerdo tácito sobre la cohabitación y la residencia del anciano en un modelo de familia nuclear basado en una nueva relación de pareja en una vivienda alejada de su parentela, donde el adulto mayor sale sobrando. Se cree que “una vez casados, los hijos suelen abandonar a los padres. Prevalecen los valores de autonomía que ellos mismos transmitieron, y por ello los viejos viven solos o con algún hermano soltero o separado de su pareja que vive por su cuenta”. (Zetina, 1999:36). ²³ Así también señala que el matrimonio recién conformado se desentiende de los rituales de familia no participando en las actividades diarias de su grupo de origen ni estar envuelto en los problemas de sus padres, y mucho menos cuando envejecen, dando como resultado una escasa relación intergeneracional. En consecuencia, es difícil que el adulto mayor sea cuidado por sus hijos u otros familiares en una sociedad atomizada. Por otro lado la vertiente optimista sostiene que la familia en el ámbito humano brinda un apoyo incondicional, siempre está dispuesta a cubrir todas las necesidades de sus miembros, es solidaria, tiene lazos muy estrechos que se consolidan con los diferentes tipos de ayudas, es extensa y fomenta confianza y fraternidad, por lo tanto, el adulto mayor pertenece a un grupo cadencioso dispuesto a darle la mano en cuanto lo pida, sin importar limitaciones, tensiones, disputas ni problemas de salud. Todo ello en relación a una ciudad como el D.F. que concentra cerca del 10% de la población nacional con más de 60 años. ²⁴

Una enfermedad que ha incrementado a lo largo de los últimos años es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), surgiendo un gran número de

personas que necesitan ser asistidas o cuidadas por otras. En el estudio de Islas²⁵ se describieron vía consulta externa el perfil psicosocial del cuidador primario informal con esta enfermedad, demostrando en un total de 46 cuidadores que el 76% eran mujeres de entre 50 años como promedio, más frecuentemente casadas y amas de casa, con primaria inconclusa e ingresos menores a los \$1000. 00MN.²⁵

La situación demográfica en nuestro país muestra claramente este fenómeno de envejecimiento con un incremento casi del 100% en los últimos 5 años de las personas con más de 60 años, incrementando casi 3 años su esperanza de vida estimada. México contó, hasta hace 10 años con una población cercana a los 6 millones de adultos mayores, con una esperanza de vida estimada de 72.5 años. Hasta 2010 en Coahuila existía una población total de 2, 748, 391 habitantes, del cual el porcentaje de población de 60 o más años correspondía al 8.3% y 9% para hombres y mujeres respectivamente, siendo este número un poco mayor en San Juan de Sabinas, con un 12.1 y 14% respectivamente. La población derechohabiente, a servicios de salud en general en la región fue de más de 35,000 habitantes ocupando más de 20% del total de las consultas externas a este grupo etario, conservando la misma tendencia con respecto a la media nacional. (INEGI 2010).

Para evaluar la carga del cuidador se utiliza en la atención primaria la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit reducida, validada en nuestro medio y ampliamente utilizada no solo en estudios de dependencia sino en otras poblaciones tales como cuidados paliativos. Consta de 22 preguntas con cinco posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 1 a 5 y con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, y que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida: no sobrecarga menor a 46, sobrecarga leve de 47 a 55 y sobrecarga intensa mayor de 56. La escala reducida tiene una sensibilidad y un valor predictivo negativo del 100%, así como una especificidad y un valor predictivo positivo elevado.²⁶

El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, reconstruida, monoparental). Se requiere ubicar el

grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional, moderna) y valorar el contexto demográfico (urbana, suburbana, rural).²⁷

La composición familiar no es estática, sino dinámica, cambia tanto en relación con el momento histórico como con la etapa del ciclo de vida en el que se encuentra o con determinados acontecimientos. El ciclo de vida familiar de Geyman consta de 5 etapas: matrimonio (inicia con la decisión de iniciar la unión legal, religiosa o concubinato y terminará cuando nazca el primer hijo), expansión (Inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último), dispersión (inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de casa), independencia (inicia cuando el primer hijo abandona su hogar y termina cuando el último de ellos lo abandona) y retiro y muerte (inicia con la salida del último de los hijos del hogar familiar, o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres; se conoce también como “nido vacío”).²⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación demográfica en nuestro país muestra un incremento casi del 100% en los últimos 5 años de las personas con más de 60 años, incrementando casi 3 años su esperanza de vida estimada, la ciencia médica ha reducido la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas y con ello la esperanza de vida actualmente ronda en 75 años, lo que implica aumento de los padecimientos crónico degenerativos que requieren mayor atención por parte de los familiares, las redes de apoyo y las instituciones.

De los cuidadores principales, en la literatura se reporta 47% afección por el síndrome del cuidador asociado con ansiedad en un 96% y con depresión en un 100%, así como un 20% más de propensión a enfermedades. Teniendo como factores protectores la funcionalidad familiar y las características psicológicas genuinas de cuidador, así como la educación e información sobre los cuidados de su paciente.

Los cuidadores primarios, cuando se trata de adultos mayores que cursan con sobrecarga de cuidados, tienen un riesgo de 50% de morir en los siguientes 4 años. Al detectar alguna alteración en la función socio-familiar es responsabilidad del médico de primer nivel de atención llevar a cabo en conjunto con trabajo social la realización de un grupo de ayuda o de atención social a la salud, así como el fomento de redes de apoyo.

Se realizó este estudio con el fin de detectar la prevalencia de sobrecarga en nuestra población, así como los factores que favorecen la aparición o no de dicho síndrome.

Pregunta de Investigación: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en la población de adultos mayores en el consultorio 2 matutino, de la Unidad de Medicina Familiar No. 29 del IMSS en Esperanzas, Coahuila?

JUSTIFICACIÓN

La situación demográfica mundial actual indica claramente la tendencia de crecimiento de grupos etarios mayores de 60 años. México contó, hasta hace 10 años con una población cercana a los 6 millones de adultos mayores, con una esperanza de vida estimada de 72.5 años. Hasta el 2010, en Coahuila existía una población total de 2, 748, 391 habitantes, del cual el porcentaje de población de 60 o más años correspondía al 8.3% y 9% para hombres y mujeres respectivamente, siendo este número un poco mayor en San Juan de Sabinas, con un 12.1% y 14% respectivamente. La población derechohabiente, a servicios de salud en general en la región fue de más de 35,000 habitantes ocupando más de 20% del total de las consultas externas a este grupo etario, conservando la misma tendencia con respecto a la media nacional.

Este panorama nos incrementa la demanda de enfermedades crónicas degenerativas en la atención primaria, lo que plantea la necesidad de la figura del cuidador, personaje invisible que junto con el enfermo se deteriora y aunque no lo pide, él también necesita de atención o la va a necesitar en algún momento. Por lo que nuestros esfuerzos se deben de enfocar en dilucidar este tipo de problemas.

El presente trabajo cobra especial relevancia debido a que no se cuenta con información reciente sobre este complejo problema emergente que es el síndrome de sobrecarga del cuidador, especialmente en una población subvalorada como es la de los adultos mayores, en una sociedad como la nuestra en donde se ha incrementado considerablemente la esperanza de vida con el advenimiento de nuevas tecnologías, tema especialmente olvidado en nuestro país donde cobra mayor relevancia la población económicamente activa.

Este estudio fue factible ya que solo se requirió de una entrevista dirigida al cuidador primario quien acudió a consulta con el paciente adulto mayor, sin generar gastos al instituto ni al paciente, además de no provocar daño alguno a los involucrados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en adultos mayores en el consultorio 2 matutino de la unidad de medicina familiar No. 29 del IMSS, en Esperanzas, Coahuila.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos socio-demográficos de los cuidadores.
- Identificar el género más afectado por el síndrome.
- Determinar la sobrecarga del cuidador primario del paciente geriátrico acorde con la escala de Zarit.
- Identificar grupos de riesgo para desarrollar síndrome de sobrecarga del cuidador.
- Identificar el parentesco del cuidador primario del paciente y comorbilidades.
- Identificar la relación del cuidador primario y etapas del ciclo vital.

METODOLOGÍA

A) Tipo de Estudio. Transversal, observacional y descriptivo.

B) Población, lugar y tiempo de estudio. Cuidadores primarios del adulto mayor derechohabiente del IMSS del consultorio 2 matutino de la unidad de medicina familiar No. 29, de Esperanzas, Coahuila, de los meses de noviembre 2013 a Diciembre de 2014.

C) Tipo y tamaño de la muestra. Tipo de muestra probabilístico, por conveniencia, realizando un cálculo de muestra con un universo de estudio de 305 adultos mayores de la consulta, con una (k) de 1.96 (intervalo de confianza de 95%), un margen de error (e) de 3%, con un valor de significancia de la población (p) de 0.5, y una variabilidad negativa (q) de 0.5; sustituyendo los valores con la fórmula:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Obteniendo un resultado del tamaño de la muestra de 237 pacientes.

D) Criterios de Selección. Se **Incluyeron** todos los sujetos referidos como los cuidadores de más de 18 años, de cualquier sexo, sin enfermedades cognitivas ni discapacidades físicas que acudieron a la UMF acompañando al adulto mayor durante la fecha del estudio.

Se **Excluyeron** aquellos sujetos acompañantes del adulto mayor que no confirmaron el rol del cuidador primario, y cuando éste se negó a participar o autorizar su inclusión mediante firma de consentimiento informado.

Se **Eliminaron** las encuestas incompletas y aquellas personas en las que no se lograra identificar cuidador primario.

E) Variables de estudio. Se incluyeron variables socio demográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación laboral, escolaridad, comorbilidades e ingreso promedio mensual del cuidador).

VARIABLE DEPENDIENTE: Sobrecarga del cuidador.

DEFINICION CONCEPTUAL: Es el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de un paciente geriátrico, y como estos problemas afectan las actividades de ocio, relaciones sociales, amistad, intimidad, libertad y equilibrio emocional.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para el presente trabajo se consideró con sobrecarga del cuidador aquel sujeto que resulto con una puntuación mayor de 47 según la escala de Zarit.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Adulto mayor.

DEFINICION CONCEPTUAL: Por definición el adulto mayor es en términos legales y convencionales una persona a partir de los 60 años de edad. La edad cronológica se utiliza para fijar obligaciones y reconocer derechos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para el presente trabajo se consideró a todo paciente con edad cronológica mayor a 60 años activo en el consultorio matutino de la unidad de medicina familiar No. 29 de Esperanzas, Coahuila.

Nombre de la variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores que adquiere la variable
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació hasta el momento.	Cuantitativa Continua	Años cumplidos 1. 18-30 2. 31-40 3. 41-50 4. 51-60 5. 61-70 6. >71
Sexo	Conjunto de caracteres orgánicos que en cada especie distinguen el macho de la hembra.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa Nominal	1. Casado. 2. Divorciado. 3. Soltero. 4. Viudo. 5. Separado. 6. Unión libre.
Parentesco	Vínculo que existe entre dos personas por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Cualitativa Nominal	1. Esposa 2. Esposo 3. Hijo 4. Hija 5. Nuera 6. Yerno 7. Nieto (a)
Escolaridad	El grado de estudios nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada	Cualitativa Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Otra

Ocupación	Acción y efecto de ocupar. Actividad o trabajo en que se emplea el tiempo. Empleo, cargo, oficio.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Comercio 4. Minería 5. Pensionado 6. Maquiladora 7. Enfermería 8. Otros
Ingreso	Cantidad de dinero ganada o recaudada.	Cuantitativa Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. >5000 2. <5000
Dependientes	Personas que dependen o están subordinadas a algo.	Cuantitativa Numérica	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 2. 2-4 3. 5-7 4. >8
Comorbilidad	Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión 2. Diabetes 3. Dislipidemia 4. Obesidad 5. EPOC 6. IRC 7. Epilepsia 8. Osteoartrosis
Composición familiar	Clasificación utilizada en base al número y relación de los integrantes de la familia.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuclear 2. Extensa 3. Reconstruida 4. Monoparental
Integración	Hacer que algo o alguien forme parte de un todo cumpliendo o no con sus funciones.	Cualitativa Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrada 2. Desintegrada
Demografía	Estudio estadístico de las poblaciones humanas según su estado y distribución en un momento y evolución histórica.	Cualitativa Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suburbana 2. Rural.

Desarrollo	Forma en la cual obtiene sus ingresos la familia.	Cualitativa Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tradicional 2. Moderna
Ciclo vital	Desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes momentos por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia en común.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dispersión 2. Expansión 3. Independencia 4. Retiro y muerte
Sobrecarga del cuidador	Conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de un paciente geriátrico, y como estos problemas afectan las actividades de ocio, relaciones sociales, amistad, intimidad, libertad y equilibrio emocional.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No sobrecarga <47. 2. Sobrecarga leve 47-55 3. Sobrecarga intensa >55

F) Métodos para recabar la información. Para la recolección de información se seleccionó la escala de Zarit encaminada a evaluar la presencia e intensidad del síndrome de sobrecarga del cuidador, teniendo como punto de corte la presencia del síndrome con una puntuación mayor a 47 (Anexo 1). El manejo de la

base de datos y el análisis de la misma se hizo en el programa estadístico SPSS en la versión 23.

G) Consideraciones Éticas. Se obtuvo de cada participante el consentimiento Informado establecido de acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 64ª asamblea general, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, así como los códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, los beneficios, el destino final (educativo) de los resultados que se obtuvieron, enfatizando que el paciente no corre riesgo alguno en este tipo de estudio. Libertad para otorgar su consentimiento por escrito con dos testigos y del cual ellos tendrían una copia, manteniendo su identificación en confidencialidad bajo el criterio de respeto y dignidad, protección de derechos y bienestar de cada participante.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Se estudiaron 237 cuidadores primarios, mayores de edad de noviembre de 2013 a diciembre de 2014, de los cuales se eliminaron 33 y quedaron 204, los sujetos se excluyeron a razón de no confirmarse como cuidador primario, negarse a participar por motivos personales y encuestas incompletas.

Se encontró como grupo de edad predominante el de 41 a 50 años (26%) seguido por porcentajes similares en el resto de los grupos, salvo los de 61 a 70 años (3.9%). (Tabla No. 1).

En su mayoría el cuidador primario fue del sexo femenino en un 67.2% de los casos. (Tabla No. 2).

Respecto al estado civil predominó con un porcentaje de 76% el grupo de cuidadores casados, seguido por el grupo de solteros y divorciados. (Tabla No. 3).

El parentesco del cuidador predominante corresponde a las hijas en el 43 % de los casos (N: 88/204) mientras que los cónyuges (tanto esposo como esposa) tuvieron un porcentaje acumulado del 25%. (Tabla No.4)

El grado de escolaridad de los encuestados fue en su mayoría hasta secundaria (no se analizó si fue completa o incompleta) con 58.3%, considerando un porcentaje acumulado de educación básica de un 79.9%, mientras que solo se encontró un 0.5% de personas con estudios universitarios. (Tabla No. 5).

La ocupación que predomina como cuidador primario es la de ama de casa con un 44.1% (90/204). Se encontró a su vez una diversidad de oficios muy heterogénea para la comunidad, siendo más frecuente el ramo de la minería sobre otros trabajos, además de un importante número de personas pensionadas, sin señalar por éstas últimas la realización de otro trabajo informal. (Tabla No. 6).

Sobre el ingreso mensual total encontramos un total de 74 personas con ingresos menores a \$5000.00 (36%) y 130 personas con ingresos mayores a \$5000.00 (64%). (Tabla No. 7).

El número de dependientes fue en promedio de 2 a 4 personas en un 60% de los cuidadores, con el grupo de 8 o más dependientes, encontrado en solo 2 casos. (Tabla No. 8)

La presencia de comorbilidad fue evidente entre los cuidadores en un 68.1%, en su mayoría con hipertensión arterial el 27.5% (56/204) seguida de obesidad en 11.8% de los encuestados. Se consideró como comorbilidad principal la primera en ser diagnosticada, ya que se encuentran en el 13% (N: 26/204) de los casos dos o más comorbilidades. (Tabla No. 9).

La gran mayoría de las familias encuestadas son nucleares (61.3%) seguidas por las familias de composición extensa (31.4%). (Tabla No. 10).

La familia integrada predominó con un 84.5% sobre la desintegrada con un 15.2%. (Tabla No. 11).

La localidad de Esperanzas, Coahuila se considera de tipo suburbano a rural, predominando el primer grupo en el 53.9 %. (Tabla No. 12).

Con un desarrollo familiar del 70.6% de tipo tradicional, sobre un 29.4% de tipo moderno. (Tabla No. 13)

Respecto a las diversas etapas del ciclo vital en la población encuestada, los resultados fueron heterogéneos, ya que en su mayoría las familias se encontraban en fase de independencia (40.2%), seguida de fase de retiro y muerte (37.3%). (Tabla No. 14)

Al aplicar la escala de Zarit, la mayoría no presentó sobrecarga (65.7%), se encontró 34.3% con sobrecarga leve y 8.8% con sobrecarga intensa en los cuidadores. (Tabla No. 15).

Dentro del análisis encontramos al grupo etario mayor de 40 años con mayor prevalencia de sobrecarga.

En cuestión de género hay mayor frecuencia de sobrecarga entre las mujeres.

Dentro del estado civil se presentó sobrecarga en más del 50% de los que se encontraban casados, pero sin significancia estadística.

Sobre el parentesco del cuidador primario contrario a lo descrito en la literatura referida en nuestro estudio, encontramos a las hijas como las principales responsables de la atención de su familiar, ^{3,5} sin embargo el grado de sobrecarga en relación a otro miembro de la familia, fue menor.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	.001 ^a	1	.972
Corrección de continuidad	.000	1	1.000
Razón de verosimilitud	.001	1	.972
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	.001	1	.972
N de casos válidos	204		

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para 1:si, 2:no (CON SOBRECARGA / SIN SOBRECARGA)	.990	.553	1.771
Para cohorte RELACIÓN otro 1 Hija 2 = OTRO	.995	.770	1.287
Para cohorte RELACIÓN otro 1 Hija 2 = HIJA	1.006	.727	1.392
N de casos válidos	204		

Dentro de los individuos estudiados predominó la educación básica, 4 veces más en relación con la educación media superior.

En cuanto a la ocupación, hubo predominancia de los cuidadores con un trabajo formal comparados con las amas de casa, así como el grado de sobrecarga presente en este grupo.

	AMA DE CASA	DE TRABAJADOR	Total
CON SOBRECARGA	39	31	70
SIN SOBRECARGA	51	83	134
	90	114	204

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para 1:si, 2:no (CON SOBRECARGA / SIN SOBRECARGA)	2.047	1.139	3.681
Para cohorte OCUPACIÓN Ama 1, trabajador 2 = AMA DE CASA	1.464	1.084	1.977
Para cohorte OCUPACIÓN Ama 1, trabajador 2 = TRABAJADOR	.715	.533	.960
N de casos válidos	204		

Los ingresos mensuales se analizaron en forma dicotómica basándonos en el salario mínimo actual en nuestro estado (oscilando entre \$2000 y \$2500 mensuales), así como ganancias extras separando en dos grandes grupos, a considerar como punto de corte ingresos de \$5000. Se encontró a pesar de ser una comunidad suburbana en un porcentaje notablemente mayor, personas con ingresos superiores a \$5000, que por cuestiones éticas no hemos desglosado, siendo esta una variable significativamente estadística como factor protector para no presentar sobrecarga ($p=0.001$, OR 2.93, IC 1.60-5.37), existiendo incluso familias con ingresos superiores a \$20,000.

	5MIL MENOS	O 5001 MAYOR	Total.
CON SOBRECARGA	37	33	70
SIN SOBRECARGA	37	97	134
	74	130	204

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12.677 ^a	1	.000
Corrección de continuidad ^b	11.608	1	.001
Razón de verosimilitud	12.501	1	.000
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	12.615	1	.000
N de casos válidos	204		

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para 1:si, 2:no (CON SOBRECARGA / SIN SOBRECARGA)	2.939	1.608	5.372
Para cohorte INGRESO MENSUAL 5 mil o menos 1, 5001 o más 2 = 5MIL O MENOS	1.914	1.346	2.723
Para cohorte INGRESO MENSUAL 5 mil o menos 1, 5001 o más 2 = 5001 O MAYOR	.651	.498	.852
N de casos válidos	204		

Un número mayor de dependientes se ha considerado como factor importante para la presencia de sobrecarga del cuidador. Sin embargo encontramos en nuestro estudio una prevalencia mayor de cuidadores primarios con menos de 4 dependientes a su cargo, en relación al grupo de 5 o más dependientes (N: 179/25), sin ser esto un factor de riesgo para la presencia o no de sobrecarga del cuidador ($p = 0.10$, OR = 0.09, IC = 0.99-1.2)

La presencia o no de comorbilidad en los cuidadores analizados en nuestro estudio, se consideró (basándonos en la bibliografía consultada) ²⁰ como un factor de riesgo independiente para la presencia de grados severos de sobrecarga. En nuestro estudio encontramos una población comórbida 2 veces más frecuente a cargo de personas en su mayoría con síndrome de fragilidad comparada con sus similares sin padecimientos crónicos. La presencia de sobrecarga fue casi 5 veces mayor en el

grupo con comorbilidad, con una significancia estadística superior a lo descrito en la literatura ($p = 0.004$, OR = 2.69, IC = 1.3-5.4).

	CON COMORBILID AD	SIN COMORBILID AD	Total
CON SOBRECARGA	57	13	70
SIN SOBRECARGA	83	51	134
	140	64	204

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8.111 ^a	1	.004
Corrección de continuidad ^b	7.231	1	.007
Razón de verosimilitud	8.556	1	.003
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	8.071	1	.004
N de casos válidos	204		

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para 1:si, 2:no (CON SOBRECARGA / SIN SOBRECARGA)	2.694	1.343	5.404
Para cohorte COMORBILIDAD con 1 sin 2 = CON COMORBILIDAD	1.315	1.105	1.564
Para cohorte COMORBILIDAD con 1 sin 2 = SIN COMORBILIDAD	.488	.286	.834
N de casos válidos	204		

La presencia de familias nucleares, ancestralmente se considera importante para el cuidado de los integrantes, especialmente de los más ancianos.^{23, 24} En nuestro estudio predomina el tipo de familia nuclear sobre los otros. Encontramos sobrecarga en el 41% de las familias no nucleares, sin significancia estadística ($p = 0.56$, OR 0.84, IC = 0.46-1.51).

Las familias analizadas en su mayoría fueron integradas en 84%, con grados de sobrecarga similares ($p = 0.88$, OR = 0.9, IC – 0.4 -2.0).

La población analizada se considera suburbana a rural. No hay significancia en la presencia o no de sobrecarga entre ambos grupos ($p = 0.89$, $OR = 0.6$, $IC = 0.33-1.0$).

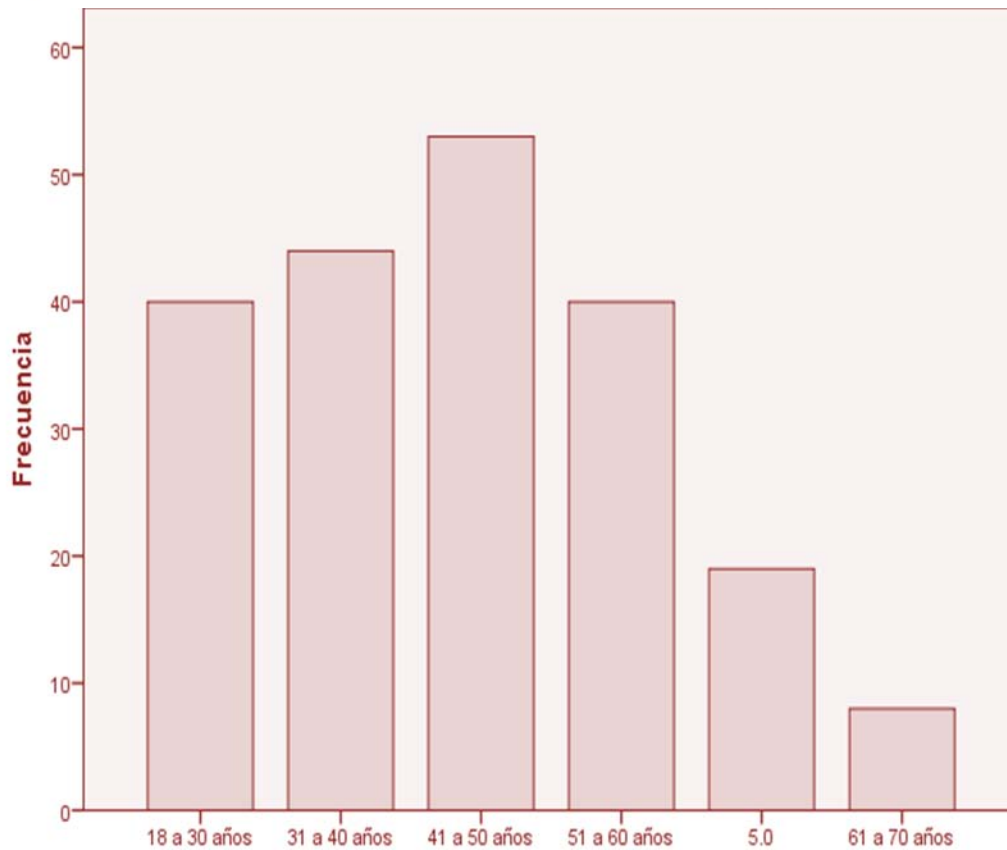
En la muestra estudiada se encontró predominancia de familias tradicionales, a saber 144 familias bajo este tipo de desarrollo comparativamente a 60 familias modernas con presencia similar del problema en estudio en ambos grupos ($p = 0.071$, $OR = 1.8$, $IC 0.94-3.6$).

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1. EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
18 a 30 años	40	19.6
31 a 40 años	44	21.6
41 a 50 años	53	26.0
51 a 60 años	40	19.6
61 a 70 años	8	3.9
Total	204	100.0

GRÁFICA 1. EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO



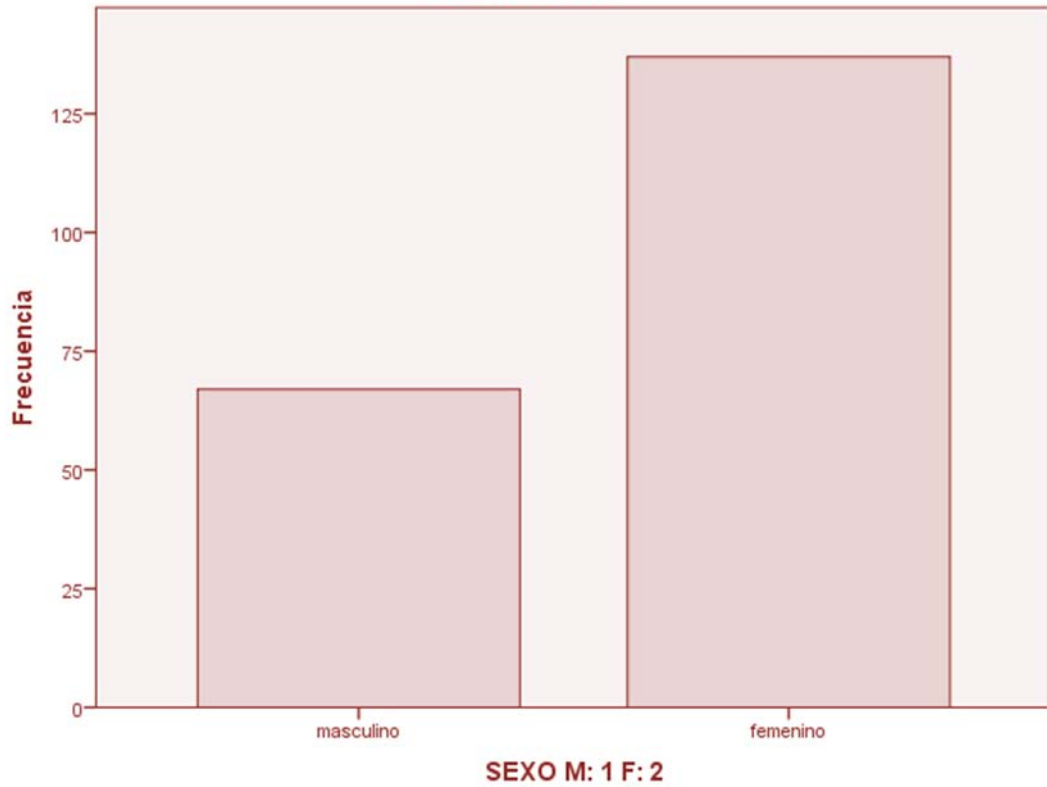
EDAD 18 a 30: 1, 31 a 40: 2, 41 a 50:3, 51 a 60: 4 61 a 70: 5, de mas de 71:6

FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 2. SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	67	32.8
Femenino	137	67.2
Total	204	100.0

GRÁFICA 2. SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO

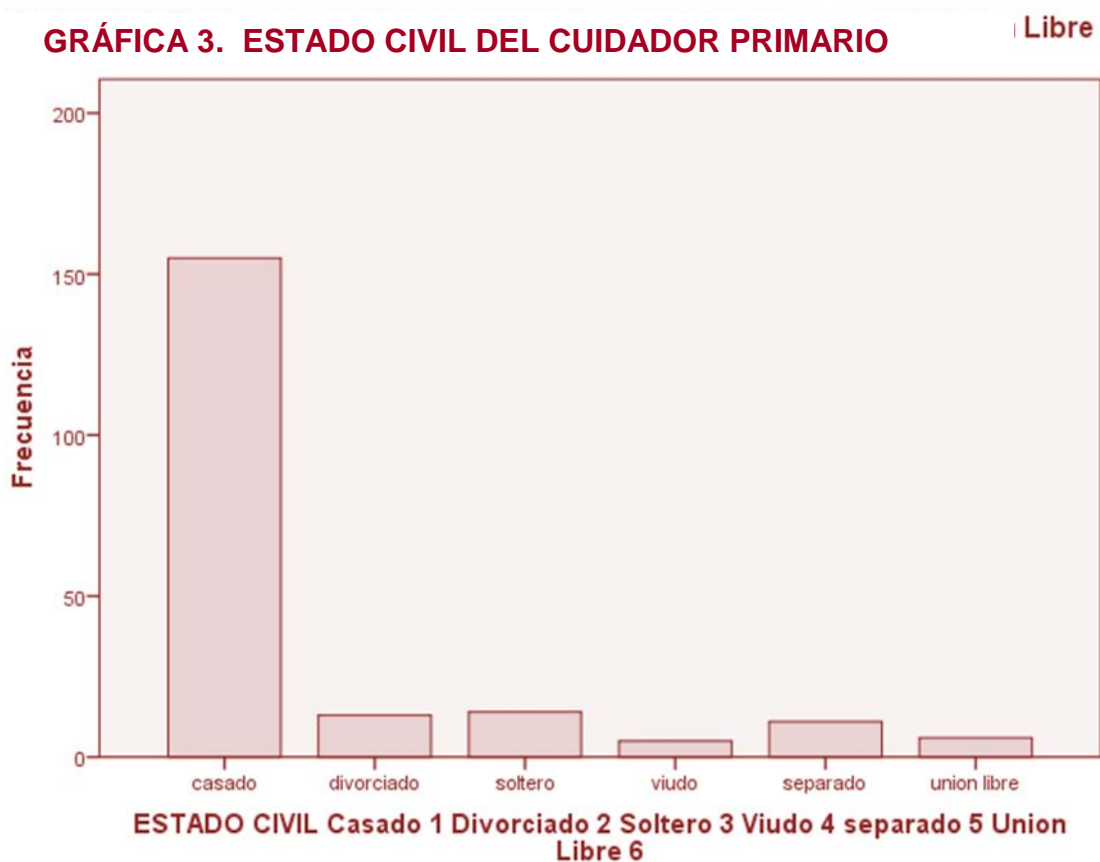


FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 3. ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Casado	155	76.0	76.0
Divorciado	13	6.4	6.4
Soltero	14	6.9	6.9
Viudo	5	2.5	2.5
Separado	11	5.4	5.4
Unión libre	6	2.9	2.9
Total	204	100.0	100.0

GRÁFICA 3. ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO

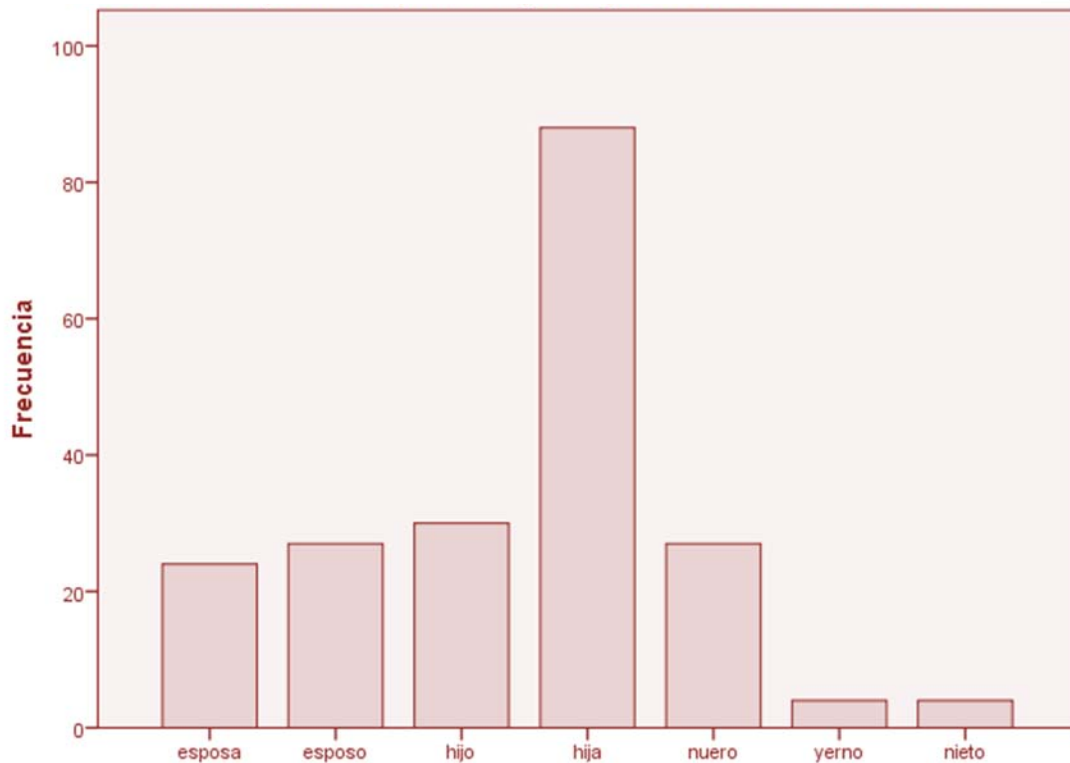


FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 4. PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
esposa	24	11.8	11.8
esposo	27	13.2	25.0
Hijo	30	14.7	39.7
Hija	88	43.1	82.8
Nuero	27	13.2	96.1
Yerno	4	2.0	98.0
Nieto	4	2.0	100.0
Total	204	100.0	

GRÁFICA 4. PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO



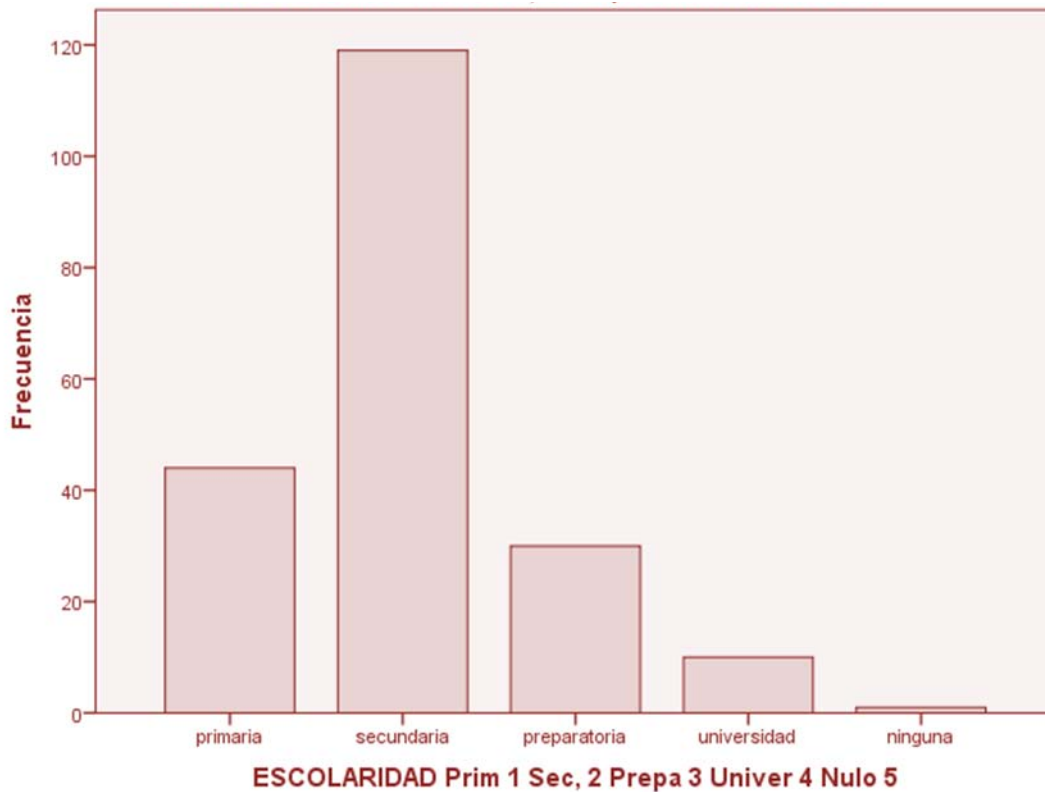
RELACIÓN Esposa 1 Esposo 2 Hijo 3 Hija 4 Nuera 5 Yerno 6 Nieto a 7

FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 5. ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	44	21.6	21.6
Secundaria	119	58.3	79.9
preparatoria	30	14.7	94.6
Universidad	10	4.9	99.5
Ninguna	1	.5	100.0
Total	204	100.0	

GRÁFICA 5. ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO

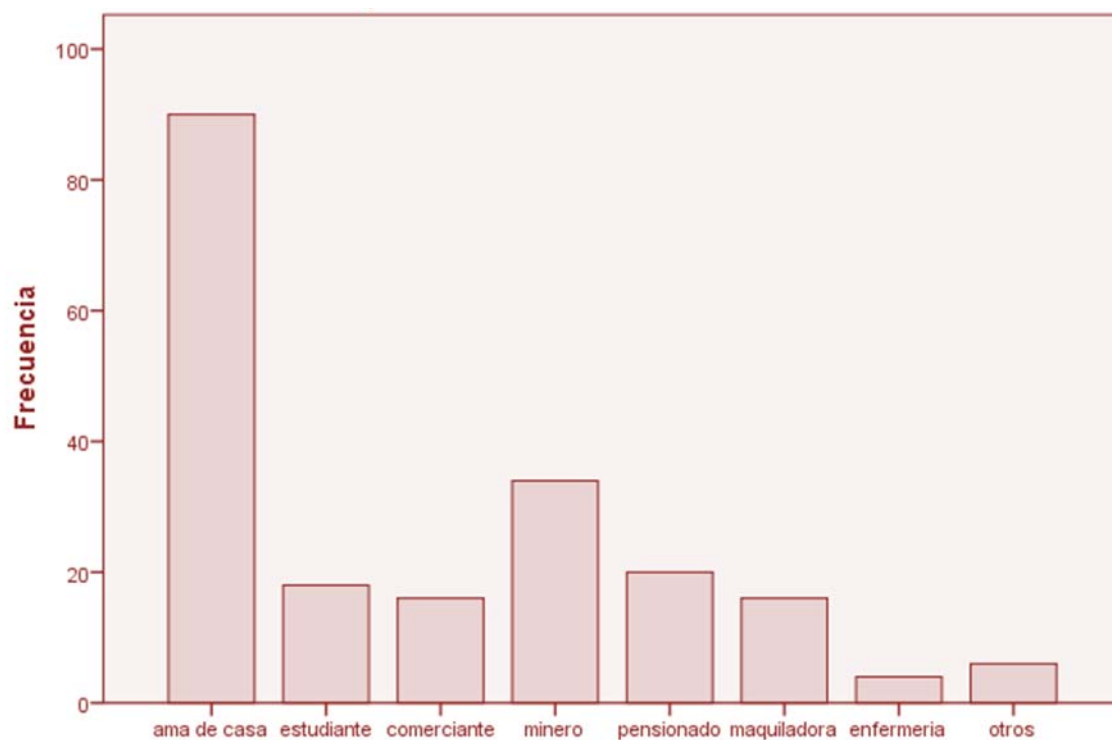


FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 6. OCUPACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ama de casa	90	44.1	44.1
estudiante	18	8.8	52.9
comerciante	16	7.8	60.8
Minero	34	16.7	77.5
Pensionado	20	9.8	87.3
maquiladora	16	7.8	95.1
Enfermería	4	2.0	97.1
Otros	6	2.9	100.0
Total	204	100.0	

GRÁFICA 6. OCUPACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO



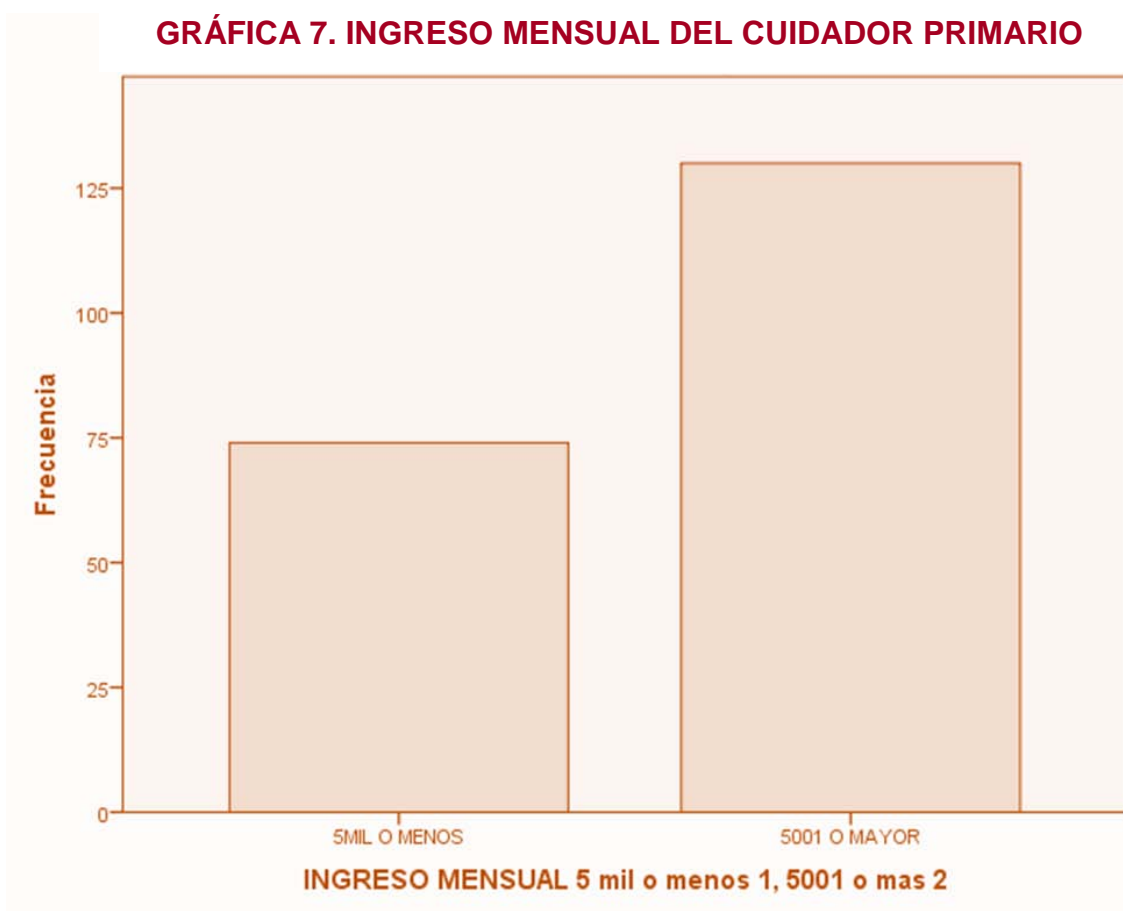
OCUPACIÓN Ama de casa 1, Estudiante 2, Comercio 3, Minería 4, Pensionado 5, Maquiladora 6, Enfermería 7, Otros 8.

FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 7. INGRESO MENSUAL DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
< 5000	74	36.3
>5000	130	63.7
Total	204	100.0

GRÁFICA 7. INGRESO MENSUAL DEL CUIDADOR PRIMARIO

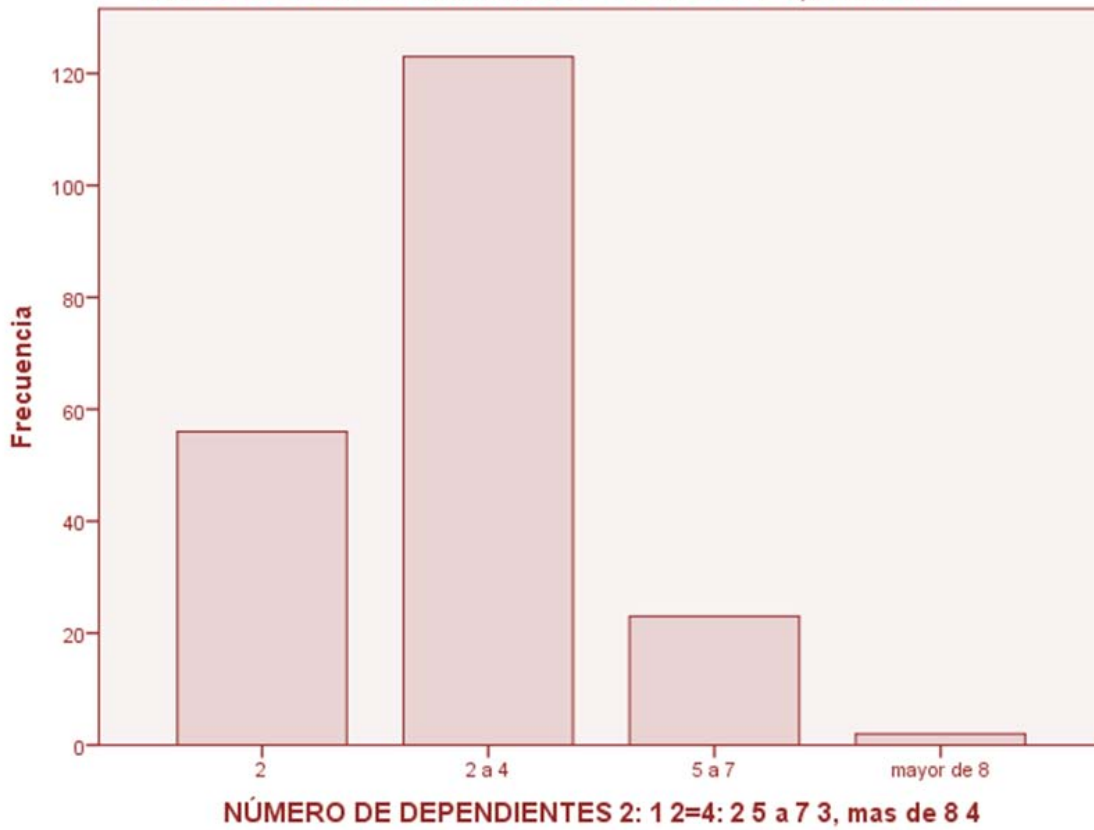


FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 8. NUMERO DE DEPENDIENTES DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
2	56	27.5
2 a 4	123	60.3
5 a 7	23	11.3
mayor de 8	2	1.0
Total	204	100.0

GRÁFICA 8. NÚMERO DE DEPENDIENTES DEL CUIDADOR PRIMARIO

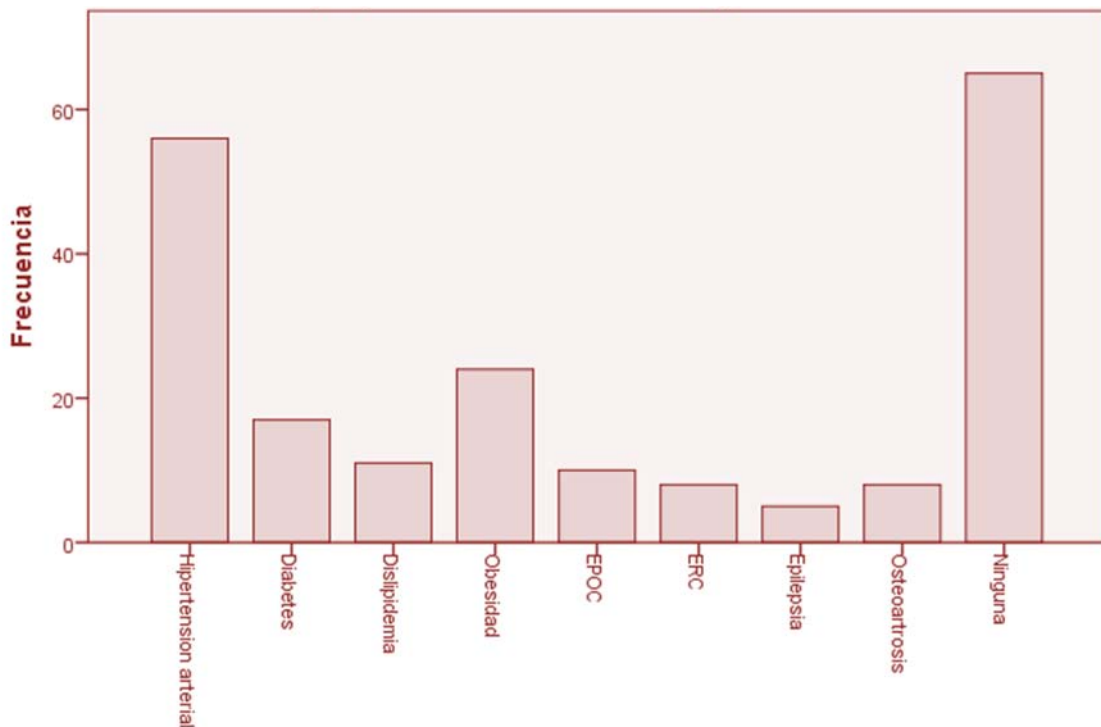


FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 9. COMORBILIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	56	27.5
Diabetes	17	8.3
Dislipidemia	11	5.4
Obesidad	24	11.8
EPOC	10	4.9
ERC	8	3.9
Epilepsia	5	2.5
Osteoartrosis	8	3.9
Ninguna	65	31.9
Total	204	100.0

GRÁFICA 9. COMORBILIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO



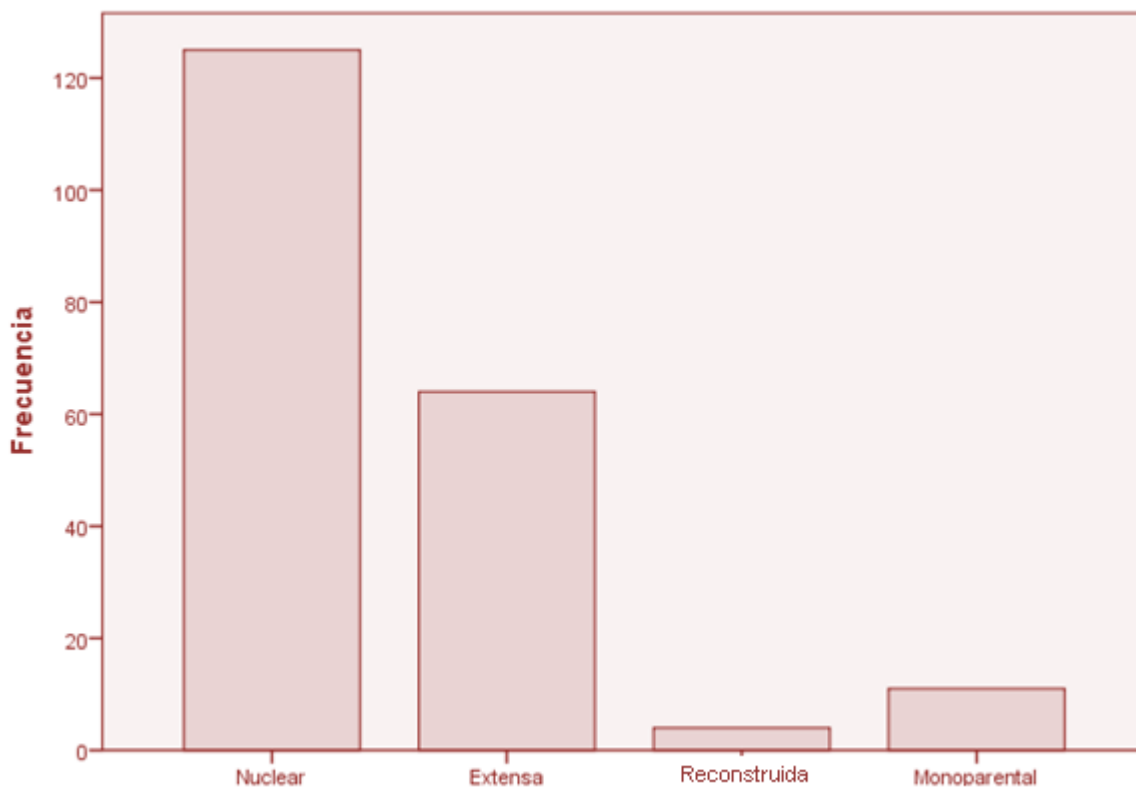
COMORBILIDAD Hipertension 1 Diabetes 2 dislip 3 obesidad 4 epoc 5 irc 6 epilepsia 7 osteoartrosis 8 ninguna 9

FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 10. COMPOSICIÓN FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO

Válido	Nuclear	125	61.3
	Extensa	64	31.4
	Reconstruida	4	2.0
	Monoparental	11	5.4
	Total	204	100.0

GRÁFICA 10. COMPOSICIÓN FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO



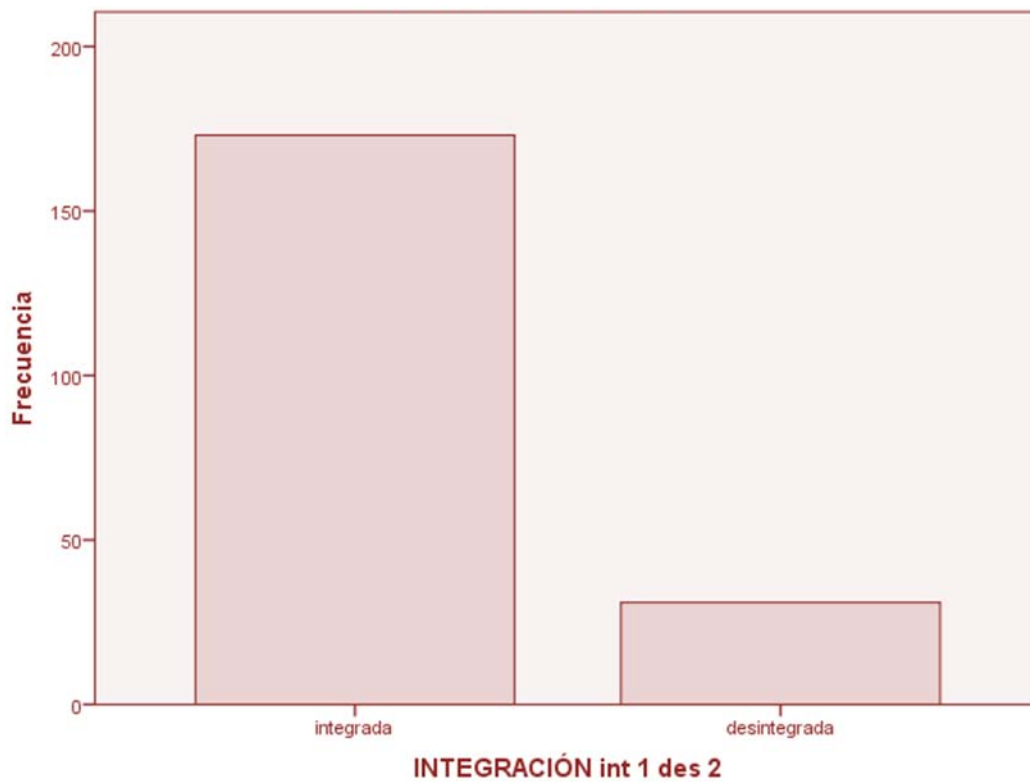
COMPOSICION FAMILIAR nuclear 1 extensa 2 reconstruida 3 monoparental 4

FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 11. INTEGRACIÓN FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
integrada	173	84.8
desintegrada	31	15.2
Total	204	100.0

GRÁFICA 11. INTEGRACIÓN FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO

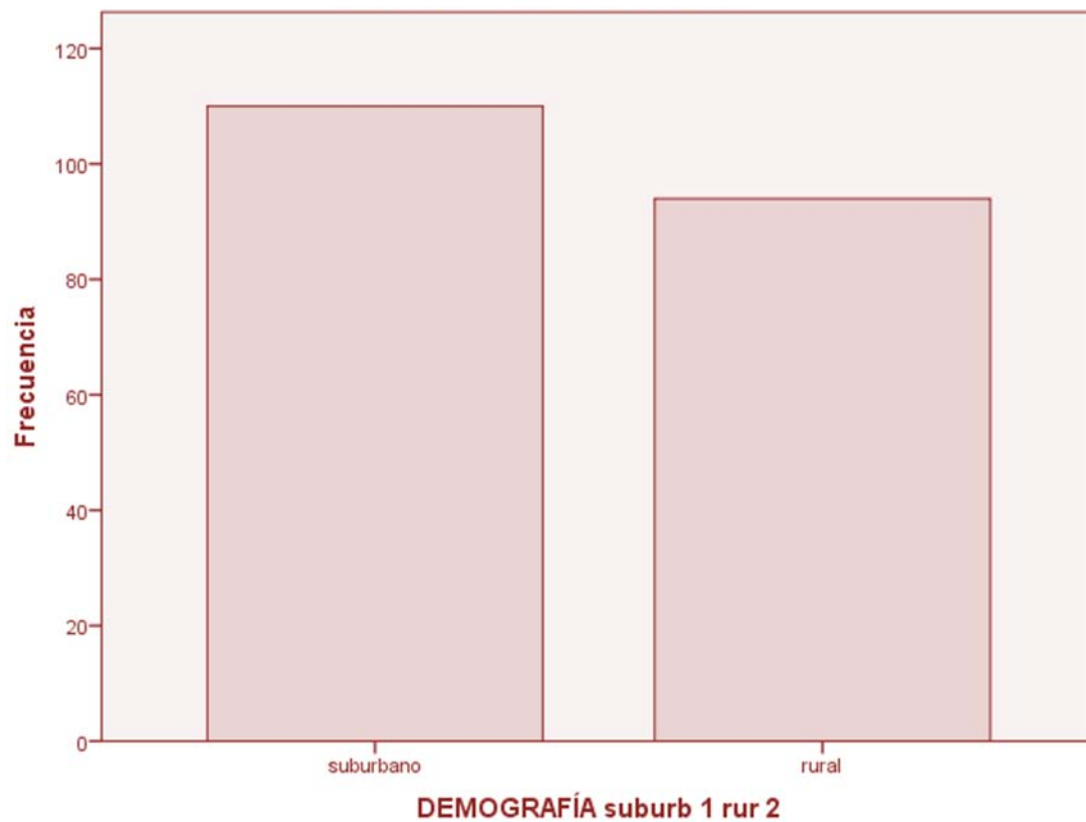


FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 12. DEMOGRAFÍA DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
Suburbano	110	53.9
Rural	94	46.1
Total	204	100.0

GRÁFICA 12. DEMOGRAFÍA DEL CUIDADOR PRIMARIO



FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 13. DESARROLLO FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
tradicional	144	70.6
moderna	60	29.4
Total	204	100.0

GRÁFICA 13. DESARROLLO FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO

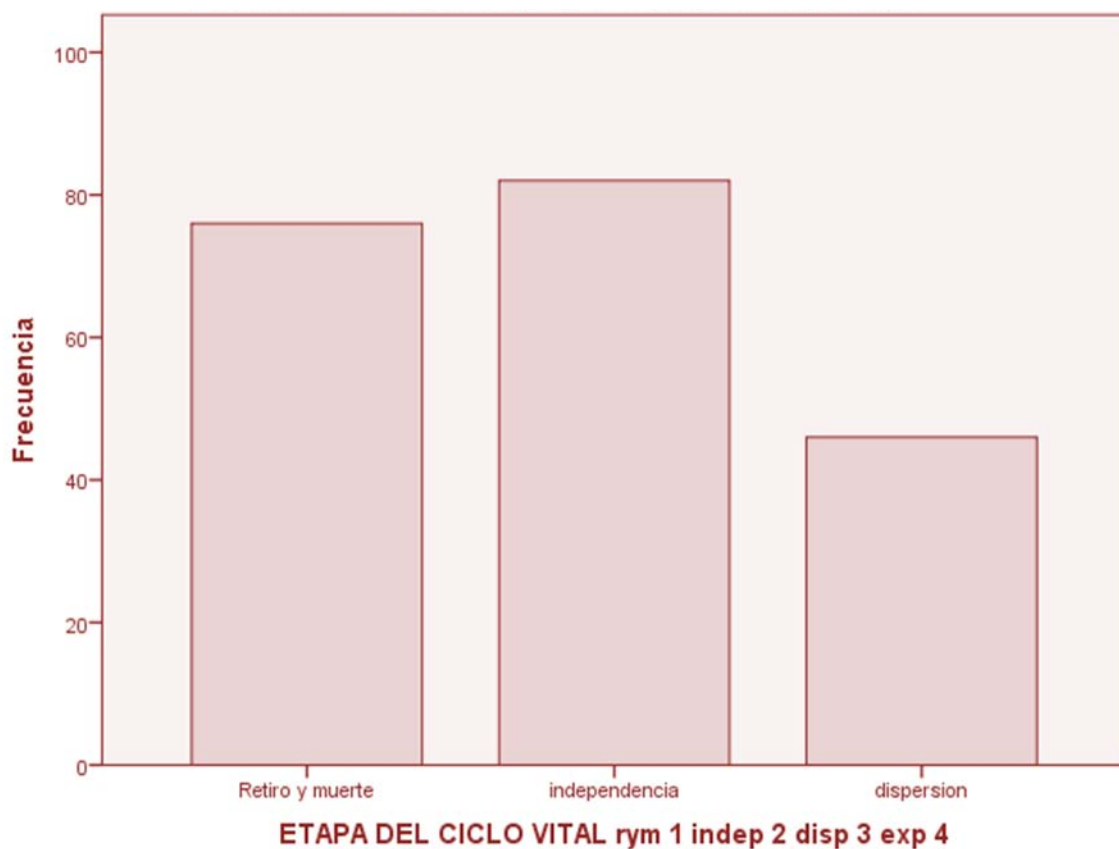


FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 14. ETAPA DEL CICLO VITAL SEGÚN GEYMAN DEL CUIDADOR PRIMARIO

	Frecuencia	Porcentaje
Retiro y muerte	76	37.3
Independencia	82	40.2
Dispersión	46	22.5
Expansion	0	0.0
Total	204	100.0

GRÁFICA 14. ETAPA DEL CICLO VITAL SEGÚN GEYMAN DEL CUIDADOR PRIMARIO

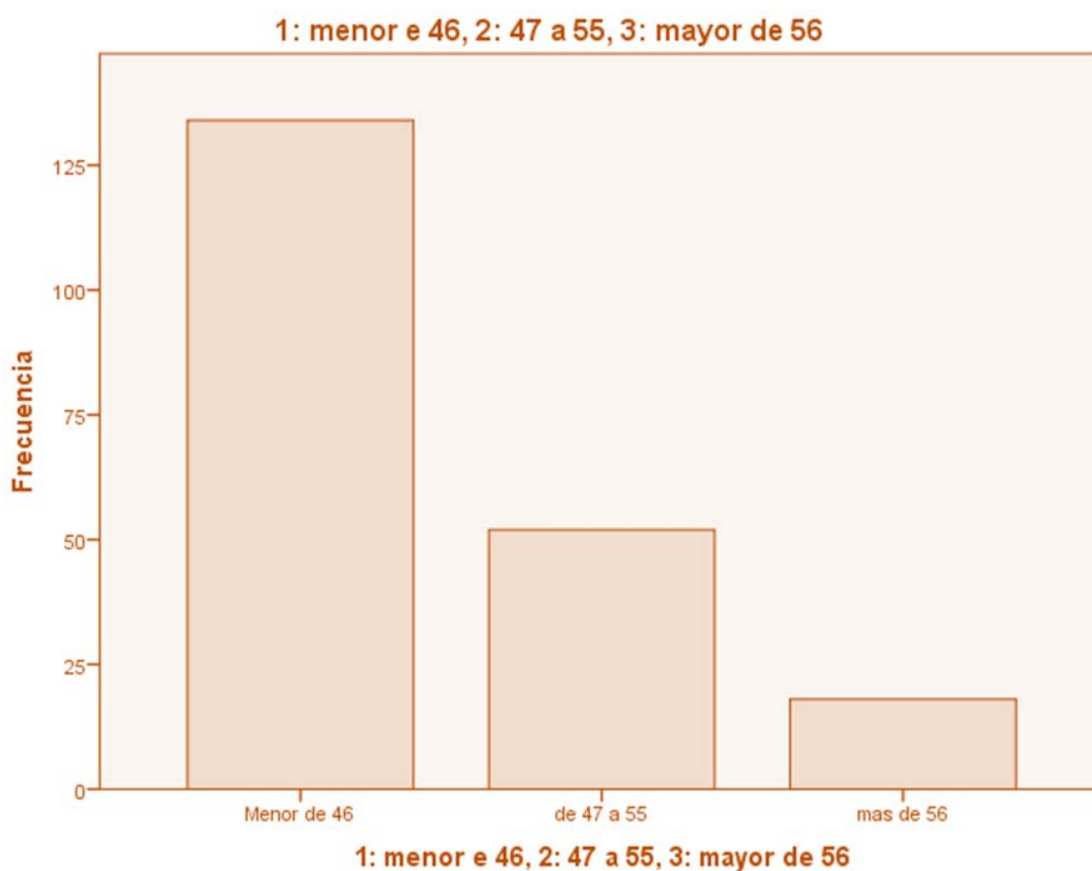


FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

TABLA 15. GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO

Escala Zarit.	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 46	134	65.7
De 47 a 55	52	25.5
Más de 56	18	8.8
	204	100.0

GRÁFICA 15. GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO



FUENTE: Base de datos del estudio de Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

DISCUSION

Señalamos que nuestro estudio cuenta con una población mayor que las descritas en el marco teórico, además de un análisis multivariado más extenso.

En nuestro estudio encontramos el perfil de cuidador primario fue una mujer (hija en su gran mayoría) casada, en promedio de 41 a 50 años (con una media de 46 años) con secundaria completa y sin educación media superior congruente con lo observado en la literatura, a saber, mujeres (68-77%) con una edad promedio de 57 años.^{12, 13}

En un estudio realizado en Chile encontraron que las variables de existencia de hijos y realización de una actividad laboral, además del cuidado, influyen en la presencia de sobrecarga en los cuidadores informales de adultos mayores dependientes.²⁷ Al contrastar la prevalencia de sobrecarga del cuidador de acuerdo a la distribución por grupos de edad, se observa una mayor proporción en la percepción de sobrecarga en las personas de más de 40 años. En el análisis de los factores asociados a sobrecarga no se encontraron diferencias significativas en las condiciones sociodemográficas del cuidador; es decir, no difiere el cuidador del adulto mayor en cuanto a sexo, edad, estado civil, nivel educativo ni ocupación. Es de anotar que los resultados relacionados con el estrato socioeconómico es similar a los estudios nacionales, con menor grado de sobrecarga con ingresos mensuales mayores^{3,21}.

Al igual que en otros estudios, en el parentesco del cuidador primario predominó el ser hijo(a) o cónyuge, pero en este estudio este aspecto no se presentó como factor asociado a la sobrecarga, como lo han encontrado otros estudios.^{8,20,22}

En cuanto a la condición de salud del cuidador, se observó que los cuidadores con comorbilidad presentan un riesgo 5 veces mayor de sobrecarga en comparación con los cuidadores con mejor estado de salud; este hallazgo es similar al reportado por otros estudios donde se ha encontrado que el cuidado de personas adultas

mayores o de personas con limitaciones genera deterioro en la salud de quien lo brinda ²⁸.

Analizamos en nuestro estudio al tipo de familia (predominantemente tradicional, como factor de riesgo para sobrecarga, con resultados similares en cuanto a grados de sobrecarga evidenciados en estudios norteamericanos. La diferencia básicamente reside en que la población analizada se considera suburbana en su gran mayoría.^{9,10,12}.

Ser ama de casa es la ocupación más habitualmente descrita entre los cuidadores, con porcentajes menores en cuanto a trabajo adicional, el ramo de la minería y el comercio, con un ingreso mensual que oscila entre 5000 a 10,000 pesos, siendo superior al salario mínimo descrito en otros estudios y en comparación a la media nacional y estatal (salario mínimo mensual muy inferior a 5000 pesos). Considerando que en la literatura encontrada, el cónyuge en su mayoría es el cuidador primario informal más señalado, en nuestro estudio hay diferencias importantes y estadísticamente significativas, en donde la hija mayor es la cuidadora informal más frecuente, básicamente señalando que el principio de los cuidados familiares teóricamente son mejores que los formales, aunado al sentimiento de correspondencia, más evidente en las integrantes mujeres. No definimos por otro lado el lugar ordinal que ocupan en la familia.³

CONCLUSIONES

En nuestro estudio señalamos una serie de limitaciones y potenciales sesgos con el fin de mantener la calidad científica de los resultados. En primer lugar, se trata de una población con criterios de inclusión muy estrechos (sociedad suburbana/rural) por lo cual sólo podría ser aplicable en éste entorno o en poblaciones similares. Se trata además de un estudio descriptivo y observacional con un medio no controlado y condiciones ajenas que influirían en los resultados obtenidos. Tercero, el número de muestra obtenido es insuficiente para significancia estadística en la mayoría de las variables de estudio.

Dentro del entorno social y familiar señalamos el número de dependientes agregados al cuidador en nuestra muestra, inferior a 4 personas, que es un factor que influye de forma considerable en los resultados de otros estudios en países en vías de desarrollo, a saber, a menor cantidad de miembros en una familia, menor riesgo de sobrecarga. Esto no fue posible demostrarlo de forma consistente en nuestro estudio.

Se concluyen dentro de las variables de riesgo con significancia estadística el contar con un trabajo agregado al del cuidador, sobre las personas que permanecen en el hogar (amas de casa), algo no estudiado ni señalado en otros estudios consultados, considerando lo anterior que el estar fuera del contacto estrecho con la persona discapacitada durante las horas de trabajo, influyen directamente con el grado de ansiedad y pobre percepción de la calidad del cuidado a su familiar enfermo. Los ingresos económicos bajos se relacionan consistentemente con la aparición del síndrome. En nuestro estudio, a pesar de centrarse en un área suburbana, el promedio de familias con ingresos mayores al mínimo nacional fue superior que en otros estudios, siendo un factor protector el percibir ingresos mayores a 5000 pesos, para la no presencia de sobrecarga.

Por último, centramos nuestro estudio en una población con alto grado de morbilidad entre los cuidadores primarios. Una persona con enfermedad crónica es 5 veces más propensa a demostrar síndrome de cuidador enfermo comparada con una

persona aparentemente sana. La comorbilidad más frecuentemente evidenciada fue la hipertensión arterial, bajo criterios diagnósticos basados en las Guías de práctica clínica del sector salud, las cuales han sufrido cambios en los últimos 2 años a nivel internacional. Hay una relación causa efecto bien demostrada entre la fisiopatología del hiperaldosteronismo secundario y el estrés emocional, superior entre los cuidadores con sobrecarga.

Tomando en consideración que el perfil del cuidador primario en este estudio, es similar al reportado por la bibliografía consultada, en poblaciones de características similares ^{3,4,8}, tanto en ingresos, estado civil del cuidador, presencia o no de comórbidos e incluso integración familiar se hace necesaria la búsqueda a futuro de causas y factores asociados de esta baja frecuencia, actualmente desconocidas, o en su defecto, la realización de investigaciones con muestras más grandes que corroboren o descarten la baja prevalencia observada en la muestra estudiada.

Se logró el objetivo general de determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga en nuestra población, así como se identificaron los factores sociodemográficos y los grados de sobrecarga existentes,

Se identificaron a su vez los diversos grupos de riesgo, parentesco, relación con comorbilidades del cuidador y la etapa del ciclo vital donde más se presenta éste síndrome.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

1. Crear conciencia sobre la importancia del primer nivel de atención respecto a cuidado y prevención de enfermedades crónicas para envejecer en el mejor estado posible y evitar mayores cuidados en un futuro.
2. Explicar a la población sobre los cuidados que un adulto mayor requiere, de acuerdo a la patología que presente.
3. Orientar a la familia sobre la importancia que es compartir la atención de su familiar e involucrar a cada miembro en el cuidado del mismo para evitar la presencia de sobrecarga.
4. Hacer partícipe al adulto mayor de los cuidados que conlleva para aminorar la carga de trabajo y que de esta manera se sienta involucrado y pueda ayudar al cuidador.
5. Al detectar presencia de sobrecarga evitar que empeore con orientación y apoyo por parte del médico familiar mediante pláticas personalizadas o en grupo enfatizando cuidados generales en conjunto con el personal de salud o equipo multidisciplinario.
6. Valorar al cuidador primario para que de esta manera se sienta apoyado y aminorar el estrés de tener a su cargo a su familiar adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seira MP, Aller A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados en una zona de salud rural. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2002; 76:713-721.
2. Ocampo JM, Herrera Ja, Torres P. Sobrecarga social con el cuidado de ancianos dependientes. *Rev. Col. Med.* 2007; 38:40-46.
3. Domínguez G, Zavala Ma. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. *Med. UIS.* 2010; 23: 28-37.
4. Lara L, Díaz M. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev. Cub. Enf.* 2001; 17:107-111.
5. Capilla C. La vida de cuidadora por oficio. *Index de enfermería.* 2005; 14: 48-49.
6. Wilson H. Family care giving for a relative with Alzheimer-dementia. *Nursing research.* 1998; 32:94-98.
7. Guías de práctica clínica. Valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio. Catálogo maestro de guías de práctica clínica IMSS. 2011. 491-11.
8. Martínez L, Robles M. Carga percibida del cuidador primario del paciente con PCI severa del centro de rehabilitación infantil teletón. *Rev. Mex. Med. Física y Rehabilitación.* 2008; 20:23-29.
9. Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors social resources and health, an update meta analysis. *Journal of Gerontology.* 2006; 61 (1): 33-45.
10. Dillehay R, Sandy M. Caregivers for alzheimers patients. *Rev. Int. Journal of aging and human developments.* 2010; 30:263-385.
11. Macleod R. Setting de context: what do we mean by psychosocial care in palliative care? En: *Psychosocial Issues in Palliative Care.* Ed. Lloyd Williams. 2008; cap. 1. 7-21.

12. Hudson P, Payne S. Family carers in palliative care: a guide for health and social care professionals. Oxford Ed. Oxford University, in press 2009.
13. Remedios Ch, Thomas K. Caregiver bereavement. En: Psychosocial and bereavement support for family caregivers of palliative care patients: a review of the empirical literature, Melbourne, Ed. Centre of palliative care. 2011; 39:43.
14. Stajduhar, K & Davies, B. Variations in and factores influencing family care, Rev. Palliative medicine. 2005; 19:21-32.
15. Clipp F, D & George L. Dementia and cancer: a comparison of spouse caregivers. Gerontologist. 1993; 33: 534-541.
16. Vargas-Mendoza J. Condición emocional del cuidador primario de un familiar con demencia senil. Rev. Centro Regional de Investigación en psicología. 2012; 6:43-49.
17. Alpuche R. Validación de la entrevista de carga del cuidador en una población de cuidadores primarios informales. Rev. UNAM. 2007; 1:31-38.
18. Stone R. Defining family caregivers of the elderly: implications for research and public policy. Gerontologist. 1991; 31: 724-725.
19. Marks N, Lambert J. Family caregiving: contemporary trends and issues. NFSH. 1997; 78: 2-38.
20. Dueñas E, Martínez M, Morales B. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Rev. Colomb. Med. 2006; 37:31-38.
21. Quevedo S, Pirrón RM. Síndrome de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor en ciudad del Carmen, Campeche. Memorias del XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar. Aten. Fam. 2008; 15: 2.
22. Ruiz SJ. Trastorno depresivo del anciano y maltrato familiar en la UMF no. 50, Maravatio, Michoacán, 2005-2007. Memorias del XXI Congreso Nacional de Medicina Familiar, Aten. Fam. 2008; 15: 2.
23. Zetina L. Conceptualización del proceso de envejecimiento. Papeles de Población. 1999; 5: 23-41

24. Juanico C, Experiencias en torno al cuidado familiar del anciano con demencia, Alzheimer, vascular y otras, que acuden a un centro de día en el D.F. Salud Pública de México. 2007; 49:448-458.
25. Islas N, Ramos B. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex. 2006; 19 266-271.
26. Regueiro A, Pérez A. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten. Primaria. 2007; 39: 185-188.
27. Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PJ, Rodríguez LJ. Familia: introducción al estudio de sus elementos. 1ª ed. México, D.F.: Editores de textos mexicanos; 2008.
28. Espinoza E, Méndez V, Lara R, Rivera P. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio "José Durán Trujillo", San Carlos, Chile. Theoria 2009; 18 (1): 69-79.

ANEXO 1

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales.

Codificación proceso: 0061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambia o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas: Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,88.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidado de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familia?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familia?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

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

ANEXO 2

Cuestionario de recolección de datos:

Número progresivo: _____

Número de afiliación: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil:

Soltero(a) __ Casado(a) __ Divorciado(a) __ Viudo(a) __ Separado(a) __

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Ingreso mensual: _____

Número de dependientes: _____

Comorbilidad: _____

Composición familiar: _____

Integración: _____

Demografía: _____

Desarrollo: _____

Etapas del ciclo vital: _____

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: Instituto Mexicano del Seguro Social, Región Carbonífera. Noviembre 2013. Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Prevalencia del síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número ___ 506 _____ el objetivo del estudio es: Determinar prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en adultos mayores.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____ (contestar una encuesta) _____ 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: _____ (sin ningún inconveniente para mí solo lo que significa llenar la encuesta) _____. El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente. El Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán conservados.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionados con el estudio:

Testigos

Testigo 1

Testigo 2

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



2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 506
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA 31/05/2013

DRA. MARÍA DE LOURDES LÁRRAGA ALVA

P R E S E N T E

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

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-506-16

ATENTAMENTE

DR.(A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA