



---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15**

**GRADO DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES  
GERIÁTRICOS CON DEPENDENCIA FÍSICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NÚMERO 15 DURANTE EL 2019**

R -2020-3701-024

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**FERNÁNDEZ AMADOR DIANA PAULINA**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS:

DRA. LILIANA KARINA PÉREZ SÁMANO

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2020



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15**

**GRADO DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES  
GERIÁTRICOS CON DEPENDENCIA FÍSICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR NÚMERO 15 DURANTE EL 2019**

R -2020-3701-024

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**FERNÁNDEZ AMADOR DIANA PAULINA**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR



ASESOR DE TESIS:

DRA. LILIANA KARINA PÉREZ SÁMANO

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2020

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2020

**GRADO DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES  
GERIÁTRICOS CON DEPENDENCIA FÍSICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NÚMERO 15 DURANTE EL 2019**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

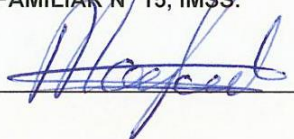
PRESENTA:

**DIANA PAULINA FERNÁNDEZ AMADOR  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**AUTORIZACIONES**

  
\_\_\_\_\_  
DRA. LIDYA CRISTINA BARRIOS DOMINGUEZ  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 15, IMSS.

  
\_\_\_\_\_  
DRA. DORALIS VILLANUEVA ISIDOR  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR N° 15, IMSS.

  
\_\_\_\_\_  
DRA. NANCY GARCIA CERVANTES  
PROFESORA TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR N°15, IMSS.

**ASESORES DE TESIS**

  
\_\_\_\_\_  
DRA. LILIANA KARINA PÉREZ SÁMANO  
MÉDICA FAMILIAR ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 15, IMSS




FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**GRADO DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES  
GERIÁTRICOS CON DEPENDENCIA FÍSICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
NÚMERO 15 DURANTE EL 2019**

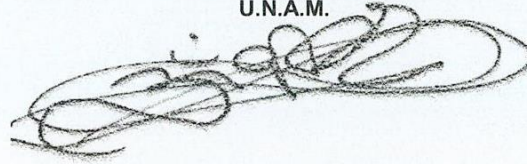
TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DIANA PAULINA FERNÁNDEZ AMADOR  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF N° 15**



**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. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**



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



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3701.  
H GRAL ZONA NUM 1-A

Registro COFEPRIS 17 CI 09 014 056  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 018 2018100

FECHA Martes, 25 de febrero de 2020

M.E. PEREZ SAMANO LILIANA KARINA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarte, que el protocolo de investigación con título **Grado de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la unidad de medicina familiar numero 15 durante el 2019** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2020-3701-024

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dra. MARIA DE LOURDES GONZALEZ HERNANDEZ**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3701

[Imprimir](#)

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



<b>1. DATOS DEL ALUMNO</b>	
Apellido paterno	Fernández
Apellido materno	Amador
Nombre	Diana Paulina
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de medicina
Carrera	Médico Familiar
No. de cuenta	301299422
<b>2. DATOS DEL ASESOR</b>	
Apellido paterno	Pérez
Apellido materno	Sámamo
Nombre	Liliana Karina
<b>3. DATOS DE LA TESIS</b>	
Título	<b>GRADO DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DEPENDENCIA FÍSICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15 DURANTE EL 2019</b>
No. de páginas	59
Año	2020



## ÍNDICE

1- RESUMEN	9
2- MARCO TEORICO	11
CUIDADOR	15
Características del cuidador	16
QUE ES LA SOBRECARGA	17
Factores relacionados con la sobrecarga	17
Epidemiología	19
Cuadro Clínico	20
Tratamiento	21
4- JUSTIFICACIÓN	23
5- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
6- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	27
7- OBJETIVOS	27
8- HIPOTESIS	27
9- MATERIAL Y METODO	28
10- DISEÑO DE LA MUESTRA	28
11- CRITERIOS DE SELECCIÓN	29
12- VARIABLES DE ESTUDIO	30
13- DESCRIPCION DEL ESTUDIO	31
14- ANALISIS ESTADISTICO	32
15- ASPECTOS ETICOS	33
16- CONFLICTOS DE INTERES	36
17- RECURSOS	36
Humanos	36
Materiales	36
18- FINANCIAMIENTO	37
19- FACTIBILIDAD	37
20- DIFUSION	37
21- TRASCENDENCIA	37
22- RESULTADOS	38
23- DISCUSION	44
24- CONCLUSIONES	46
25- RECOMENDACIONES	47
26- BIBLIOGRAFIA	48
27- ANEXOS	53
ANEXO 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	54
ANEXO 2 ESCALA DE BARTHEL	55
ANEXO 3 ESCALA DE ZARIT ABREVIADA	58

## RESUMEN.

### **Grado de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la unidad de medicina familiar número 15 durante el 2019**

Dra. Lilibiana Karina Pérez Sámano\*, Medico. Diana Paulina Fernández Amador\*\*. Médico especialista en medicina familiar adscrito a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 15\*

Residente de 3 año de la especialidad de medicina familia\*\*

**Introducción:** La ley de los derechos de las personas adultas mayores de los Estados Unidos Mexicanos, título primero, capítulo único, artículo 3º considera personas adultas mayores aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad.<sup>2</sup>

El envejecimiento es un proceso, natural, universal, irreversible, heterogéneo e individual, intrínseco y letal,<sup>3</sup> los adultos mayores presentan un desgaste progresivo en sus capacidades físicas, funcionales, psicológicas y sociales, lo que los lleva a un estado de mayor vulnerabilidad, fragilidad y dependencia,<sup>4</sup> Según la encuesta nacional de salud y nutrición más de la cuarta parte de los adultos mayores presentan algún grado de discapacidad.<sup>11</sup> lo que con lleva a que serán cuidados.

Los cuidadores modifican su ritmo habitual de vida, ya que se encargan de actividades de alimentación, movilización, limpieza y otras, que pueden ser de mayor o menor complejidad, de acuerdo al grado de discapacidad o invalidez del adulto mayor, lo que con el tiempo puede generar un conjunto de problemas, físicos, mentales, sociales y económicos, en el cuidador a lo que generalmente se le denomina sobrecarga del cuidador, cuyas características son indispensables de identificar, para su tratamiento.<sup>12,14</sup>

**Objetivo.** Determina el grado de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la unidad de medicina familiar número 15.

**Pregunta de investigación:** ¿Cuál es el grado de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la unidad de medicina familiar número 15? **Hipótesis:** el grado de sobrecarga en los cuidadores primarios de la UMF N° 15 se encontrará elevada dependiendo del grado de dependencia física de los pacientes geriátricos.

**Material y métodos:** Se realizará un estudio descriptivo, transversal en derechohabientes en la unidad de medicina familiar N° 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México, mediante escala de Zarit abreviada, que se utiliza para valorar sobrecarga. Utilizando un cálculo de muestra para poblaciones finitas y una técnica de muestreo no probabilístico a conveniencia. Se realizará el análisis inferencial, utilizando estadística con pruebas no paramétricas, para asociación de variables **Tipo de estudio:** Observacional, descriptivo, transversal. **Recursos e infraestructura:** se requiere de un médico residente para la recolección de los cuestionarios, los recursos financieros se proporcionarán por el investigador principal, los cuales constan de: computadora la cual debe tener la paquetería básica de Microsoft, software de estadística, impresora, hojas blancas, plumas.

**Palabras claves:** cuidador primario, dependencia, sobrecarga, Zarit abreviada.

## SUMMARY

### **Degree of overload in primary caregivers of geriatric patients with physical dependence of the family medicine unit number 15 during 2019**

Dra. Liliana Karina Pérez Sámano\*, Medico. Diana Paulina Fernández Amador\*\*. Médico especialista en medicina familiar adscrito a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 15\*

Residente de 3 año de la especialidad de medicina familia\*\*

**Introduction:** The law of the rights of older adults of the United Mexican States, first title, single chapter, article 3 considers older people those who are sixty years of age or older.

Aging is a process, natural, universal, irreversible, heterogeneous and individual, intrinsic and lethal, older adults have progressive wear on their physical, functional, psychological and social capacities, which leads them to a state of greater vulnerability, fragility and dependence, According to the national health and nutrition survey, more than a quarter of older adults have some degree of disability. which leads to care.

Caregivers modify their usual rhythm of life, since they are responsible for feeding, mobilization, cleaning and other activities, which may be of greater or lesser complexity, according to the degree of disability or disability of the elderly, which over time It can generate a set of problems, physical, mental, social and economic, in the caregiver to what is generally called caregiver overload, whose characteristics are essential to identify, for treatment.

**Objective:** Determine the degree of overload in primary caregivers of geriatric patients with physical dependence of the family medicine unit number 15. **Research question:** What is the degree of overload in primary caregivers of geriatric patients with physical dependence of the family medicine unit number fifteen. **Hypothesis:** the degree of overload in the primary caregivers of the UMF No. 15 will be high depending on the degree of physical dependence of geriatric patients. **Material and methods:** A descriptive, cross-sectional study on right holders in the family medicine unit No. 15 of the Mexican Social Security Institute, in Mexico City, will be carried out using an abbreviated Zarit scale, which is used to assess overload. Using a sample calculation for finite populations and a non-probabilistic sampling technique at convenience. Inferential analysis will be carried out, using statistics with non-parametric tests, for association of variables **Type of study:** Observational, descriptive, cross-sectional. **Resources and infrastructure:** a resident doctor is required to collect the questionnaires, the financial resources will be provided by the principal investigator, which consist of: computer which must have the basic Microsoft package, statistics software, printer, sheets White feathers

**Keywords:** primary caregiver, dependence, overload, abbreviated Zarit.

## MARCO TEORICO.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a la persona de más de 65 años de edad en países desarrollados y de 60 años en vías de desarrollo.<sup>1</sup>

La ley de los derechos de las personas adultas mayores de los Estados Unidos Mexicanos, título primero, capítulo único, artículo 3º considera personas adultas mayores aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad.<sup>2</sup>

El envejecimiento es un proceso, natural, universal, irreversible, heterogéneo e individual, intrínseco y letal,<sup>3</sup> los adultos mayores presentan un desgaste progresivo en sus capacidades físicas, funcionales, psicológicas y sociales, que los lleva a un estado de mayor vulnerabilidad, fragilidad y dependencia,<sup>4</sup> esto es predispuesto por la genética, los estilos de vida marcados durante la infancia, adolescencia y edad adulta.<sup>5</sup>

Las naciones unidas refieren que la población de América Latina y el Caribe (ALC), envejece a un ritmo acelerado, se espera que los mayores de 60 años pasen de un 11% a un 25% en un lapso de 35 años, casi la mitad de tiempo que tardó Europa. En 2030, la población mayor de 60 representará 17% del total (ONU 2017), y hacia 2050, 2000 millones, en tan sólo 35 años, se estima que uno de cada cuatro habitantes en América Latina (ALC) será mayor de 60 años, Europa tardó 65 años en materializar un aumento similar, y se estima le llevará alrededor de 75 años a América del Norte.<sup>6,7</sup>

De acuerdo al consejo nacional de población (CONAPO), en México, la población de adultos mayores crece a un ritmo más acelerado, en 2015 este grupo llegó a los

13 millones 458 mil 229, con un incremento porcentual anual del 1.7%, del 2012 al 2015.<sup>8</sup>

La ciudad de México es la entidad más envejecida, para el 2030 representara el 20.45% de la población con 60 años y más, en el 2015 había cerca de 13 personas de 65 años y más por cada cien en edad de trabajar.<sup>9</sup>

En México la esperanza de vida ha aumentado de manera significativa hasta alcanzar en mujeres la edad de 78 años y en hombres de 74 años, si bien se trata de un logro de la sociedad<sup>10,11</sup>este grupo etario es propenso a sufrir un mayor número de patologías crónicas, entre ellas problemas cardiacos, neurológicos, neumológicos, con diversos grados de afección física y mental, siendo cada vez mayor, el número de personas en situación de dependencia, que necesitan cuidados permanentes.<sup>12</sup>Cuanto más envejecida esta una población, la necesidad de cuidado aumenta, lo que condiciona aumente la probabilidad de necesitar ayuda para realizar algunas de las actividades básicas de la vida diaria.

Dentro de las actividades básicas de la vida diaria esta, comer, aseo, uso de excusado, vestido, arreglo, movilización.

Las actividades de la vida diaria, incluyen actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), estas tienen un mayor grado de complejidad, siendo importantes para el desarrollo de una vida plena e independiente, pero no esenciales para poder sobrevivir, como son: cocinar, quehaceres domésticos, manejo del dinero, tomar medicamentos, hablar por teléfono.

Se entiende como persona dependiente aquella que no es capaz de llevar a cabo de forma autónoma al menos una actividad básica de la vida diaria, se ha visto que

las mujeres son las que necesitan más ayuda siendo mayores de 80 años las más afectadas por algún grado de discapacidad.<sup>6</sup>

Más de ocho millones de personas de 60 años o más son dependientes, lo cual representa a más del 1% de la población total de América latina y el caribe, y un 12% de los individuos en ese grupo etario.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, refiere que el 13% de los adultos mayores requieren servicios de cuidado de los cuales la mayoría se reciben en el domicilio.

En Uruguay un 8% de la población tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria y un 18% para actividades instrumentales de la vida diaria.<sup>6</sup>

México según la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en el 2015, el 22.1% de las personas mayores de 60 años reportó experimentar dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mientras que el 14.6% reportó tener dificultad para realizar al menos una de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

La prevalencia de dificultad es mayor para las mujeres: se ha observado un 25.1% de las mujeres de 60 años y más reportó dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el 18.5% para las instrumentales de la vida diaria (AIVD), en comparación con los hombres que para las actividades de la vida diaria (ABVD) tiene un 18.6% y el 10% en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).<sup>13</sup>

La presencia de dificultades para realizar actividades de la vida diaria aumenta en el grupo de 60 a 69 años en un 15% y aumenta a casi el 44% en el grupo de 80 años y más, se observa que entre los mayores de 60 años es probable que se tenga

dificultades para realizar más de dos actividades de la vida diaria (ABVD) en un 12%, mientras que en las edades de 80 años esto aumenta en un 25%, así como con las actividades instrumentales.<sup>13</sup> Lo anterior ocasionara que este grupo de la población necesite de un cuidador, en alguna parte de su vida, los cuidadores toman parte en el cuidado, realizando actividades de alimentación, movilización, limpieza y otras, siendo de mayor o menor complejidad, de acuerdo al grado de discapacidad o invalidez del adulto mayor, lo que condiciona con el tiempo un conjunto de problemas, físicos, mentales, sociales y económicos, a lo que generalmente se le denomina sobrecarga del cuidador. Es indispensable identificar sus síntomas para poder dar tratamiento<sup>14</sup>

Se han realizado estudios tanto nacionales como internacionales en cuanto a la sobrecarga de los cuidadores.

La clínica de medicina familiar del ISSSTE Dr. Ignacio Chávez, realizó un estudio llamado, perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención, con una muestra de 60 cuidadores, se obtuvo que el 31.7% tuvieron algún grado de sobrecarga.<sup>15</sup>

La unidad de medicina familiar número 171 del IMSS realizó un estudio depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física, con una muestra de 76 cuidadores, de los cuales el 72.4% fueron mujeres y el 27.6% hombres, encontrando un 59.2% de sobrecarga en los cuidadores primarios.<sup>16</sup>

En Pontevedra España se realizó un estudio observacional de la sobrecarga en cuidadores informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes, con una muestra de 97 cuidadores, se encontró que un 95%

fueron mujeres, la mitad son hijas del dependiente, con una edad media de 55 años, con intervalo de 24 a 82 años, un 82% de las cuidadoras tienen alguna enfermedad crónica, el tiempo medio que las cuidadoras dedica a las atenciones es de 6 horas y 45 minutos. Un 61.9% de las cuidadoras presenta sobrecarga intensa. Las cuidadoras que presentan mayor sobrecarga, son las que han manifestado sobrecarga subjetiva, esto también es consistente con la sobrecarga objetiva, al tener una pluripatología, estar siendo tratada por alguna enfermedad crónica, y padecer una enfermedad psicológica-psiquiátrica, se asocia a una mayor sobrecarga.<sup>17</sup>

### **CUIDADOR.**

El cuidado se define como una acción individual que la persona ejerce sobre sí misma, pero es también un acto de reciprocidad que se tiende a ofrecer a cualquier persona hasta que pueda valerse por sí misma (autonomía) o a quienes temporal o definitivamente, requieren ayuda para asumir sus necesidades vitales.<sup>18</sup> La organización mundial de la salud (OMS), define al cuidador como la persona del entorno que asume voluntariamente el papel de responsable y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.<sup>13</sup>

En México se considera al cuidador, como un fenómeno social y cultural, se ha señalado que el 88% lo ofrecen los cuidadores informales y solo el 12% el sistema formal.<sup>6</sup>

De acuerdo a estudios internacionales, se calcula que un 49,5% de adultos mayores tiene cuidador<sup>19</sup> en cerca del 85% de casos, el cuidado es informal, es decir, se realiza en el propio hogar, sin la intervención de la sociedad y sin recibir



remuneración,<sup>20</sup> el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, un pilar básico en la provisión de cuidados de los adultos mayores.

La familia es la única fuente de cuidado de las personas dependientes, por tradición se ha dejado esta actividad a los integrantes del núcleo familiar,<sup>21</sup> siendo los cuidadores en un 84% mujeres: 50% hijas, esposa 12%, nueras 9%, en contraste con cuidadores hombres: hijos 8%, esposos 5%, yernos 2%,<sup>22</sup> estos cuidadores asumen la responsabilidad del cuidado sin contar con el conocimiento para realizarlo, basándose solo en su existencia y trato cotidiano con el adulto mayor.

El cuidar tiene aspectos positivos (existe la posibilidad de un ambiente más humanizado) y negativos (el desgaste del cuidador, las situaciones conflictivas entre familia) cuyas decisiones pueden excluir al paciente de su propio cuidado o autonomía<sup>12</sup>

### **Características del cuidador.**

La sociedad española de geriatría y gerontología describe el perfil del cuidador como: única persona que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, mujeres (esposa, hijas, nueras), edad de 45 a 65 años.<sup>21</sup>

El cuidador primario realiza la mayoría de las acciones en tres líneas:

- Enfermedad (diagnostico, molestias y atención)
- Hogar (apoyo económico, trabajo doméstico, cuidados personales y ambiental)
- Biográfica (identidad, aislamiento, continuidad de roles y relación de cuidado).<sup>23</sup>

Además de realizar labores de cuidar, realiza tareas en el hogar, provocando una sobrecarga que de manera directa interrumpe su ritmo habitual de vida, provocando repercusiones negativas en su bienestar físico y mental.<sup>21</sup>Involucra responsabilidades y esfuerzos, situación que, si no se maneja adecuadamente,

puede traer repercusiones físicas, mentales, socioeconómicas y comprometer la salud del cuidador y de la persona a su cargo.<sup>14</sup>

### **QUE ES LA SOBRECARGA.**

El concepto de sobrecarga se remonta a principios de la década de los sesenta, cuando fue utilizado para evaluar los efectos y consecuencias que tenía esta sobrecarga, sobre las familias de pacientes psiquiátricos.<sup>24</sup>

Es una valoración o interpretación que hace el cuidador ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades con los que cuenta.<sup>25</sup>

El impacto de cuidar a una persona tiene una parte objetiva y subjetiva:

Objetiva: dedicación y función del cuidador (tiempo de dedicación, carga física, actividades, desempeño del cuidador y exposición a situaciones).

Subjetiva: la forma en la que se percibe la situación, la respuesta emocional del cuidador ante la experiencia de cuidar.<sup>24</sup>

La sobrecarga del cuidador se caracteriza con agotamiento emocional y físico, sentimientos y actitudes negativas hacia a la persona cuidada, sentimientos de insatisfacción.<sup>26</sup>

En México, el cuidador primario informal, se ve inmerso en la labor, sin contar con información sobre la enfermedad, tratamientos que requiere y requerirá el enfermo sin saber el rol real que desempeñará, sin conocer las implicaciones de ser un cuidador primario, lo que origina una sobrecarga.<sup>23</sup>

### **Factores relacionados con la sobrecarga**

Factores de riesgo para colapso del cuidador

1. Factores relacionados con el cuidador

- Sexo femenino y diversos roles familiares y laborales: los cuidadores son mujeres debido a la asignación tradicional de tareas, son madres, cónyuges, hija o hermanas.
- Falta de capacitación: formación en los cuidados básicos y/o de los procesos patológicos de las personas que cuidan, repercutiendo en una mala calidad ante el cuidado.
- Economía familiar: que no satisface las necesidades básicas del grupo primario, ya que se tiene que distribuir los nuevos gastos que demandan las enfermedades.
- Padecer enfermedades crónicas o invalidantes: requieren grandes cambios en la vida personal, reorganizar las actividades, ya que algunas enfermedades requieren mayor vigilancia.
- Tiempo promedio de cuidado: 6 a 10.9 horas al día, un grado mayor dependencia y cronicidad, requerirá mayor tiempo para su atención, lo que disminuyen los tiempos de descanso para el cuidador.

## 2. Factores relacionados con la persona cuidada

- Nivel de dependencia: casi la mitad de los adultos mayores (42.8%), sufren de alguna forma de discapacidad, lo que determina que al menos uno de cada tres adultos mayores mexicanos requiera ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, lo que indica que a mayor grado de dependencia, incrementará la necesidad de vigilancia y supervisión del cuidador.

- Gravedad de las enfermedades y su duración: ciertas patologías requieren más cuidado como es el caso de las: demencias, cáncer, deterioro funcional, etc.
- Síntomas asociados a discapacidad y comportamiento: aumentan la sobrecarga, principalmente en pacientes con alteraciones motoras, deterioro cognoscitivo o depresión.

### 3. Apoyo social recibido

- Poco o nulo apoyo de familiares, vecinos o amigos
- Misma residencia de persona que cuida
- Sin capacitación para el cuidado
- Dificultad para acceder a los servicios de salud<sup>27</sup>

## **Epidemiología**

Los cuidadores que presentan sobrecarga tienen un incremento en riesgo de mortalidad de un 63% comparado contra los cuidadores que no presentaran sobrecarga.<sup>27</sup> Su prevalencia varía entre el 12 a 45% en estudios internacionales.<sup>12,28,29</sup>

Se realizó un estudio en la Universidad Autónoma de Yucatán. Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades neuromusculares en cuidadores primarios de pacientes con enfermedad neuromuscular, se midió el grado de sobrecarga mediante Zarit, donde se encontró que un 83.3% de los cuidadores, no presento sobrecarga contra un 11,11% que si presento sobrecarga. Posteriormente analizaron el impacto de la actividad del cuidado sobre el estado de ánimo, de los cuales el 61%, presento

altibajos en el estado del ánimo, 16.7% depresión moderada, 11.1% depresión leve, y por último depresión grave el 11.1%<sup>30</sup>

En México en la UMF 171 del IMSS se realizó un estudio acerca de la sobrecarga en cuidadores primarios encontrando, 59.2% con sobrecarga, significativo para la población.<sup>16</sup>

A nivel internacional también se han hecho estudios de sobrecarga en cuidadores en con una prevalencia del 12 a 24%.<sup>12,28,29</sup>

En el 2017, en Bogotá Colombia, se realizó un estudio. Relación entre nivel de carga y capacidad de autocuidado en cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica en el municipio de Tenjo, Cundinamarca en el año 2017, con una muestra de 68 encuestados, el 72.7% fueron mujeres, y el 27.2% hombres, en cuanto a la sobrecarga mediante Zarit se encontró, un 60.6% no tiene sobrecarga contra un 39.3% que presenta sobrecarga.<sup>31</sup>

### **Cuadro clínico**

Los cuidadores presentan alteraciones medicas de salud tanto físicos como psicológicos, negando muchas veces que los síntomas que presentan se relacionó con el hecho de cuidar.

Problemas físicos:

- Cefalea y cansancio
- Trastornos del sueño
- Problemas osteo musculares
- Alergias
- Afecciones de la piel

- Lumbalgias
- Trastornos gástricos e intestinales
- Cambios de peso

#### Problemas psicológicos:

- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos del sueño
- Angustia
- Irritabilidad e ira
- Labilidad emocional
- Codependencia

#### Problemas sociales

- Falta de apoyo familiar
- Restricción del tiempo libre
- Perdida de interés por otras actividades
- Aislamiento
- Cargas económicas
- Problemas laborales
- Disfunción familiar

#### **Tratamiento medico**

El tratamiento médico se llevará a cabo en los pacientes que mediante escala de Zarti abreviada presenten sobrecarga, estos serán evaluados de forma regular, para la identificación de, trastornos del ánimo, físicos y descontrol de comorbilidades.

El tratamiento debe manejarse de manera interdisciplinaria.

En caso en que el cuidador este con sobrecarga y/o deprimido debe iniciarse un inhibidor de la recaptura de serotonina (IRSS), a dosis bajas por los primeros 6 a 8 días y posteriormente incremento a dosis plenas al menos 1 año.

Inicio de actividad física, actividades recreativas, modificaciones de estilo de vida

Dentro de las estrategias de intervención psico - educativas y sociales:

- Psicoterapia
- Terapia cognitivo-conductual
- Habilidades prácticas de autocuidado
- Técnicas para manejo del estrés
- Técnicas de relajación
- Grupos de apoyo social y actividades sociales

Los cuidadores primarios con sobrecarga necesitan un manejo interdisciplinario, elaborando un plan de ayuda de manera conjunta con los miembros de la familia para compartir la responsabilidad.

Llevar acabo las estrategias de intervención psico - educativas y sociales, en caso necesario se enviará a un segundo nivel al servicio de psiquiátrica y geriatría.<sup>27</sup>

## **JUSTIFICACIÓN.**

Con los avances de la humanidad, la esperanza de vida se ha incrementado, con un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas y discapacidades físicas y mentales, que conllevan cierto grado de dependencia, sobre todo en adultos mayores, quienes requieren atención médica y asistencia permanente, lo que condiciona que este grupo de la población necesite algún tipo de asistencia el cual es impartido por los cuidadores, lo que promueve que se eleve el porcentaje de cuidadores.

El cuidador tiene un alto grado de compromiso emocional, físico y económico, la carga que llega a sufrir un cuidador es un hecho habitualmente ignorado, incluso por el personal sanitario, sin considerar su influencia negativa en el binomio cuidador y adulto mayor, por esta razón, es importante identificar tempranamente a cuidadores con sobrecarga, lo que llevara a una sociedad más sana y equitativa.

Al observarse la frecuencia de sobrecarga en el cuidador primario, se podrá ayudar a tomar medidas para tener cuidadores sanos sin sobrecarga que otorguen un mejor cuidado a los adultos mayores, por lo que se obtendrán mejores beneficios, lo que llevaría a menos costos a nivel de atención primaria que se requerirán en un futuro.

La sobrecarga en los cuidadores primarios es un problema de salud que afecta económicamente, ya que los cuidadores observados en estudios nacionales e internacionales, se encuentran en edad económicamente activa, y en 10 años ellos serán parte de la población envejecida que requerirá más de un cuidador.

El conocer la frecuencia de sobrecarga en cuidadores primarios, servirá de punto de partida para establecer medidas y programas de intervención multidisciplinarios en el cuidador, para la prevención, manejo y recuperación en patologías orgánicas



y psicológicas desencadenadas por la actividad del cuidado, esto en un futuro incrementará en las instituciones de salud, la cantidad de consultas en pacientes jóvenes con patologías relacionadas con sobrecarga.

El siguiente trabajo contribuye a la investigación en mi etapa profesional, mejorando mis competencias académicas, es importante cómo médico de primer nivel de atención proporcionar conocimiento hacia patologías que se pueden prevenir, además de no existir en la unidad programas que promuevan y apoyen el cuidado de los cuidadores.

Ante esta situación, surge la necesidad de realizar un estudio en la población derechohabiente de la UMF número 15 del IMSS.

En caso de que se encuentre pacientes con sobrecarga, se implementaran estrategias de intervención que reduzcan la sobrecarga de los cuidadores, estas intervenciones deben ser de forma interdisciplinarias; educación general del cuidador, psicoterapia, grupos de ayuda, realizar platicas con los cuidadores en los grupos de envejecimiento activo de la unidad, para dar a conocer la importancia del autocuidado, en caso que los cuidadores con sobrecarga no se puedan manejar se enviaran a un segundo nivel para valoración por los servicios de geriatría y psiquiatría esto con el fin de mejorar, en la medida de lo posible, la calidad de vida de estos enfermos en segundo plano que no se toman en cuenta.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Entre el 2000 al 2050, la proporción de habitantes mayores de 60 años, a nivel mundial, pasará de 605 a 2000 millones,<sup>32</sup> este cambio será más dramático en América Latina y el Caribe, en donde el porcentaje de adultos mayores se modificó de 5.6% en 1950 a 9.9% en el 2010 con una proyección para el año 2100, superior al 35%.

En México la encuesta Intercensal 2015 reportó que había 12.4 millones de personas mayores de 65 años, Estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se prevé que para el año 2030, la población mayor de 60 años será de más de 20 millones de individuos y para el 2050 se estima que esta población de adultos mayores constituirá el 27.7% de la población mexicana.<sup>33</sup> El aumento de la esperanza de vida, el gradual envejecimiento de la población, el importante progreso en el control de la mortalidad y la mayor supervivencia de adultos mayores con enfermedades incapacitantes hace posible que en las últimas décadas se incremente la necesidad de cuidados para los adultos mayores lo que ocasionara transformaciones importantes en las distintas regiones del mundo, causando profundos cambios en la composición demográfica y de morbilidad de las poblaciones, en los arreglos familiares e instituciones, afectándose los países con procesos de envejecimiento más avanzado, lo que plantea nuevos retos a la familia, la comunidad, la sociedad, campo económico, sanitario y asistencial.<sup>34</sup>

Los cambios propios del envejecimiento, sumando a condiciones socioeconómicas precarias, llevan a los adultos mayores a una situación de vulnerabilidad física y emocional, con pérdida de autonomía, generando dependencia para realizar

actividades cotidianas, lo que condiciona que otra persona atienda sus necesidades y le suministre apoyo.

Se espera que el número de personas mayores dependientes hacia el 2050, se multiplique por cuatro en países en vías de desarrollo.<sup>32</sup>

Muchos hogares no disponen de recursos económicos suficientes para costear pensiones en instituciones especializadas, que se hagan cargo del cuidado de los adultos mayores, por lo que la familia se convertirá en el principal cuidador.<sup>34</sup>

Los cuidadores informales no suelen tener algún tipo de orientación o educación para el cuidado, convirtiéndose en un evento altamente estresante, que llevara con el tiempo a que generen sobrecarga, que a la larga condicionaran en el cuidador primario enfermedades tanto a nivel psicológico como física que deterioran su calidad de vida.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es la prevalencia de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la unidad de medicina familiar número 15?

## **OBJETIVOS.**

General

Determinar la prevalencia de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la unidad de medicina familiar número 15.

## **HIPOTESIS**

La prevalencia de sobrecarga en cuidadores primarios de dependencia pacientes geriátricos con dependencia física será del 30%.

## MATERIAL Y METODO

**Periodo y sitio de estudio:** el estudio se llevó a cabo en un periodo comprendido de 2 años 6 meses en la UMF N°15.

**Universo de trabajo:** se trabajó en la UMF N° 15 en la consulta externa del turno matutino y vespertino, con los cuidadores primarios de los pacientes geriátricos

**Diseño de estudio:** estudio observacional descriptivo y transversal en la UMF N°15 del Instituto Mexicano del Seguro Social

**Población:** Cuidadores primarios de pacientes geriátricos dependientes adscritos a la UMF 15.

## DISEÑO DE LA MUESTRA

La población de usuarios de la UMF N° 15 durante el 2019 fue de 200 409 pacientes, de los cuales 54 993 tiene 60 años y más, estos datos se obtuvieron de ARIMAC 2019.

La población blanca son los cuidadores primarios de los pacientes geriátricos atendidos en el primer nivel en la unidad de medicina familiar N° 15.

La muestra se obtuvo por medio de la siguiente fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z \alpha^2 * p * q}$$

**N**= población total adscrita a UMF 15 de 60 años y más (54 993)

**Z°**= área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% (1.96<sup>2</sup>)

**p**= proporción esperada o a favor (en este caso 39.4 = 0.39)

**q**= probabilidad en contra, 1p (1-0.39) =0.61

**d**= margen de error máximo aceptado de 5%(0.05)

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$(1.96)^2 \times 0.39 \times 0.61 \times 54993$$

---

$$(0.05)^2 \times 54992 + (1.96)^2 \times 0.39 \times 0.61$$

$$N=363+10\% \text{ de pérdida} = 399$$

Al realizar el cálculo de la muestra mediante la fórmula de población finita, de la población adscrita a la UMF N° 15, de 60 años y más, con un porcentaje de error del 5%, nivel de confianza del 95%, con una proporción esperada de 39.3% lo cual nos da una muestra de 399.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

#### **Criterios de inclusión:**

- Mayores de 18 años
- Ambos sexos
- Que cuiden a pacientes geriátricos con algún grado de dependencia
- Que lleven mínimo 3 meses como cuidadores
- Que permanezcan al menos 6 horas como cuidadores
- Que acepten participar en el estudio firmando su consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión:**

- Que atiendan a más de 2 pacientes
- Que reciban remuneración económica

#### **Criterios de eliminación:**

- Que no concluyan las escalas

## VARIABLES DE ESTUDIO

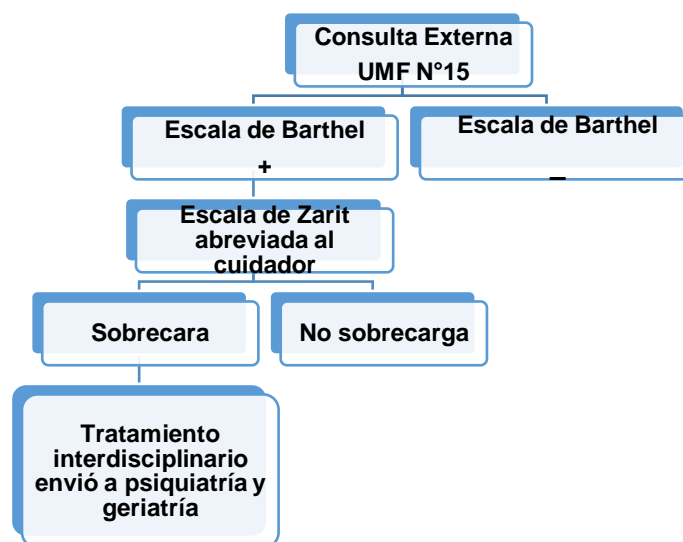
VARIABLES	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad del cuidador	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, la edad se suele expresar en años.	Años de vida que tiene el encuestado al momento de la aplicación del cuestionario.	Cuantitativa	Discreta Razón	En años
Sexo del cuidador	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1- Femenino 2- Masculino
Estado civil del cuidador	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal.	Relación legal al momento de la entrevista	Cualitativa	Nominal	1-Soltero 2-casado 3-Viudo 4-Separado 5-Unión libre 6-Otro
Grado de escolaridad del cuidador	Ultimo grado de estudios formales que tiene una persona.	Ultimo grado de estudios cursado al momento de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa	Nominal	1-Analfabeta 2-Primaria 3-Secundaria 4-Preparatoria 5-Licenciatura 6-Otra
Parentesco del cuidador primario	Vínculo familiar o social del cuidador en relación al paciente dependiente.	Relación que mantiene con el paciente al momento de la entrevista.	Cualitativa	Nominal	1-Conyugue 2-Hijos 3-Padres 4-Hermano 4- Amigo
Tiempo de ejercer la función de cuidador	Tiempo transcurrido en ejercer la función de cuidador primario	Tiempo desde que ejerce como cuidador al momento de la entrevista	Cuantitativa	Discreta	En meses
Tiempo durante el día que ejerce su función de cuidador	Tiempo en horas al cuidado del paciente	Horas dedicadas al cuidado del paciente	Cuantitativa	Discreta	En horas
Dependencia	Aquella persona que no es capaz de llevar a cabo en forma autónoma al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como son bañarse, usar el excusado, vestirse, aseo.  Ya sea por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, unido a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.	Persona que no es capaz de realizar una actividad básica, se evaluará mediante escala de Barthel (Anexo 1.)	Cualitativa	Ordinal	1-100 puntos independencia total 2-95 a 60 puntos dependencia leve 3-55 a 40 puntos dependencia moderada 4-35 a 20 puntos dependencia severa 5-≤20 puntos dependencia total
Sobrecarga del cuidador	Es una valoración o interpretación que hace el cuidador ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades con los que cuenta. Respuesta multidimensional, de la apreciación negativa y estrés percibido, por el cuidado de un familiar que padece una condición médica, que también toma en cuenta la parte física, emocional, psicológica, social, económica.	Respuestas a la Escala de Carga Percibida mediante escala de Zarit abreviada (Anexo 2.)	Cualitativa	Nominal dicotómica	Puntos obtenidos  1-Sobrecarga 17 o mas  2-No presencia de sobrecarga 0 a 16 puntos

## DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

previa autorización del comité local de salud y del comité de ética en investigación de la delegación Sur de la Ciudad de México, se realizó en la UMF N° 15 del IMSS en la consulta externa, cuestionarios de Barthel y Zarit Abreviada, para determinar la sobrecarga en esta población.

Se tomaron muestras al azar de los derechohabientes que acudan a la Unidad de Medicina familiar Número 15, del turno matutino y vespertino, que quisieron participar en el estudio, así como firmaron el consentimiento informado, se realizó escala de Barthel y después Zarit abreviada.

Los cuidadores que presentaron sobrecarga, se trataron de forma interdisciplinaria. Educación general del cuidador, psicoterapia, realizar pláticas con los cuidadores en los grupos de envejecimiento activo de la unidad sobre la importancia del autocuidado, en caso que los cuidadores con sobrecarga no se puedan manejar se enviaron a un segundo nivel para valoración por los servicios de geriatría y psiquiatría, mediante 430-8 a su hospital de zona correspondiente.





## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se analizaron los datos mediante el software SPSS v. 25 de IBM, se analizaron y estudiaron variable de estudio. Para la presentación de los resultados se emplearon tablas y gráficas. Las variables de tipo cualitativo se analizaron mediante frecuencias y porcentajes; mientras que las variables cuantitativas mediante variables de tendencia central para valorar el nivel de sobrecarga.

Para el análisis Bivariado se utilizó razón de momios de Prevalencia, la cual es una medida de asociación, para estudios transversales, para obtener una muestra probabilística de la población en estudio, y conocer la prevalencia de la enfermedad, y factores asociados.

## **ASPECTOS ÉTICOS.**

El presente estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud principalmente en su título primero (Disposiciones generales que tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, el cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social) y el segundo (De los aspectos Éticos de la Investigación en Seres humanos), calificando la investigación de acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud con un riesgo mínimo obteniendo datos por medio de procedimientos comunes: encuesta de auto llenado de la escala de Barthel y Zarit abreviada. En la realización del presente proyecto no se violenta la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial"(AMM), que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos Asamblea general 52°, en Edimburgo, Escocia en el año 2000. El estudio se apegó a los principios definidos por Beauchamp y Childress de Bioética: Principio de autonomía y el punto 32 del consentimiento informado, ya que se proporcionó un consentimiento informado y este fue aceptado para la obtención de los datos del cuidador, en esta situación, la investigación solo se realizó después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación. Principio de beneficencia: debido a que se le explico al paciente de acuerdo al consentimiento informado el beneficio del cual sería participe. Principio de no maleficencia: la obtención de la información sirve para brindar áreas de oportunidades a los médicos encargados de la salud del paciente, para que se fortalezcan posteriormente y se logre una mejora en la calidad de

atención de la salud de los usuarios principalmente de los cuidadores primarios. Principio de justicia: el estudio no hace discriminación racial, o de sexo, se obtuvo la información de la misma manera para el beneficio de todos, así como un beneficio para la salud de los pacientes encargados del cuidado de pacientes dependientes. Dentro de las pautas del Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) 2016 Guía 4 la cual menciona la factibilidad de obtener consentimiento informado para la realización del estudio dentro de los aspectos formales, como la Guía 2 donde se hace mención del esfuerzo realizado para la disposición de la población o comunidad en la que se desarrollara el conocimiento generado como parte de los beneficios post investigación. El riesgo fue mínimo solamente la molestia y tiempo por los cuidadores primarios al llenar los cuestionarios, no se realizarán procesos invasivos, sin embargo a todos los participantes se sometieron al proceso de consentimiento informado, el cual se firmó previa lectura y explicación del protocolo, así como su participación fue de forma voluntaria.

El presente estudio se rigió por informe Belmont en sus aspectos vigentes de respeto, beneficencia y justicia, se validaron a través del uso del consentimiento informado que se entregara a los cuidadores de los pacientes dependientes donde se expresa de manera detallada en que consiste el estudio, así como los propósitos de este, quedando abierta la posibilidad de no participar si lo consideraban necesario. La participación fue voluntaria y se protegió los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación, prevaleciendo el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los

participantes, se evitó hacer juicio o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se aseguró la confiabilidad de dichos datos.

El presente estudio también se rigió por el código de Nuremberg, el cual establece que es esencial el consentimiento informado el cual se entregara al cuidador de los pacientes dependientes los cuales lo firmaran solamente si están de acuerdo voluntariamente en participar en el estudio, los participantes tienen el derecho de retirarse del estudio en cuanto lo deseen o si no quisieran participar en este, el riesgo que presenta el estudio es mínimo solamente es el auto llenado de los cuestionarios de Barthel y Zarit abreviada.

El presente estudio sirvió al personal de salud, para saber la si hay sobrecarga en los cuidadores primarios de la Unidad de Medicina Familiar Número 15, y poder tomar medidas adecuadas para las patologías que provoque esta sobrecarga, al identificar a los cuidadores primarios con sobrecarga, se realizó un tratamiento interdisciplinario, elaborando un plan de ayuda de manera conjunta con los miembros de la familia para compartir la responsabilidad de los cuidados, modificación de su estilo de vida, técnicas de relajación, manejo del estrés, realizar actividad física y actividades recreativas, en los grupos de la unidad de medicina familiar número 15 como son envejecimiento activo realizando platicas con los cuidadores.

Los pacientes que no se pudieron manejar se enviaron a un segundo nivel al servicio de psiquiátrica y geriatría, en el hospital de zona correspondiente.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

El grupo de investigadores no recibió ningún financiamiento externo y no se encontró en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

## **R E C U R S O S**

### **Recursos Humanos**

-Investigador principal: Diana Paulina Fernández Amador, Médico residente de Medicina Familiar de tercer año, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N<sup>a</sup> 15 IMSS.

-Asesor: Dra. Liliana Karina Pérez Sámano, médico familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N<sup>o</sup> 15 IMSS.

### **Recursos Materiales**

-Encuestas de sobrecarga y dependencia

-2000 hojas blancas

-1 computadora

-Paquetería básica de Microsoft

-Software de estadística

-1 impresora

-3 plumas

-2 lápices N<sup>o</sup>2

-2 gomas de borrar

-1 tabla de plástico portapapeles

-1 memoria USB

## **FINANCIAMIENTOS**

-Los propios por investigador principal

## **FACTIBILIDAD**

La unidad de medicina familiar N° 15 cuenta con una población importante de pacientes geriátricos, siendo de importancia hacer detecciones de cuidadores primarios en riesgo de sobrecarga, no cuenta con estudios relacionados con la sobrecarga, lo que ocasionara que este grupo de la población padezca mayor número de enfermedades en edad reproductiva y económicamente activas.

## **DIFUSIÓN**

Sesión General de la unidad

## **TRASCENDENCIA**

Dentro de las posibles contribuciones y beneficios de esta investigación; saber la prevalencia de sobrecarga de los cuidadores primarios, prevenir que caigan en la sobrecarga, dar un manejo de tipo interdisciplinario, así como envió oportuno a segundo nivel en caso necesario.

## RESULTADOS.

Se estudió un total de 399 cuidadores primarios de pacientes geriátricos dependientes de la unidad de medicina familiar número 15, de los cuales solo se tomaron 390, excluyendo a 9 personas por no cumplir con los criterios de inclusión, los resultados se analizaron mediante el programa SPSS 25.

Las variables de tipo cualitativo se analizaron mediante frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas mediante variables de tendencia central. Encontrándose: el grado de dependencia que presentaron en su mayoría fue dependencia leve con un 46.2% (n=180), dependencia moderada con un 44.2% (n=174) y dependencia severa con un 9.2 (n=36), ningún paciente fue dependiente o totalmente independiente. (Grafico 1). El estado civil casados 53.6% (n=209). (Grafico 2), parentesco con los pacientes dependientes son hijos con predominio del sexo femenino 43.6% (n=170) y masculino con un 39.7 % (n=155). (Grafico 3), el sexo que predomina de los cuidadores primarios es femenino con un 60.5 %(n=236) contra un 39.5% (n=154) en el masculino. (Grafico 4), la escolaridad, el nivel máximo de estudios que se encontró fue nivel medio superior con un 49.5% (n=193). (Grafico 5).

La media de edad encontrada en los cuidadores primarios es 54.87. En cuanto al tiempo en años la mediana es 3 años, el tiempo de cuidado que dedican la media 7.41 horas.

Los cuidadores primarios con sobrecarga encontrados fueron de 36.7 % (n=143) contra un 63.3%(n=247) que no presento sobrecarga, con una desviación estándar de 4.082. (Grafico 6).

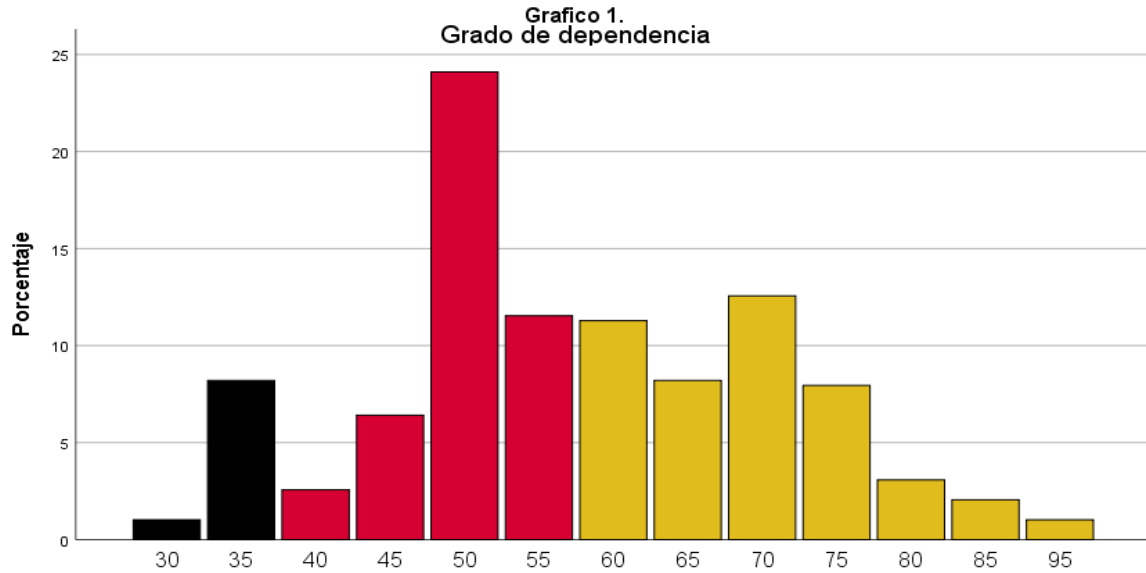


Grafico 1. grado de dependencia de los pacientes geriátricos adscritos a la UMF N° 15.  
 Dependencia leve: 46.2%, dependencia moderada: 44.2%, dependencia severa: 9.2%

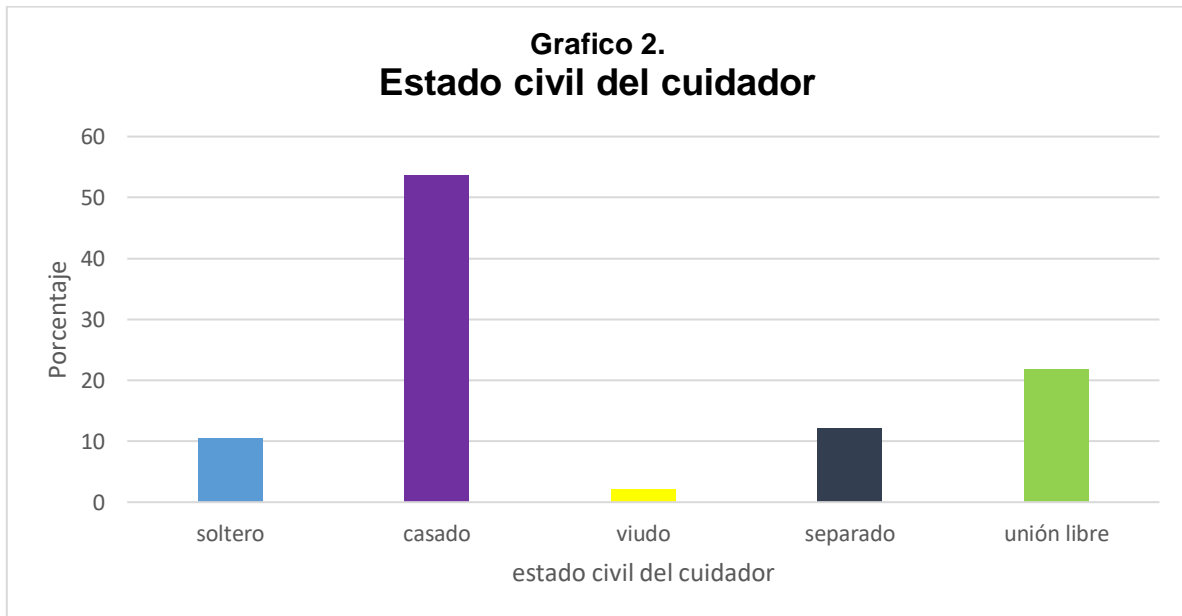


Grafico 2. Estado civil de los cuidadores primarios de los pacientes geriátricos.



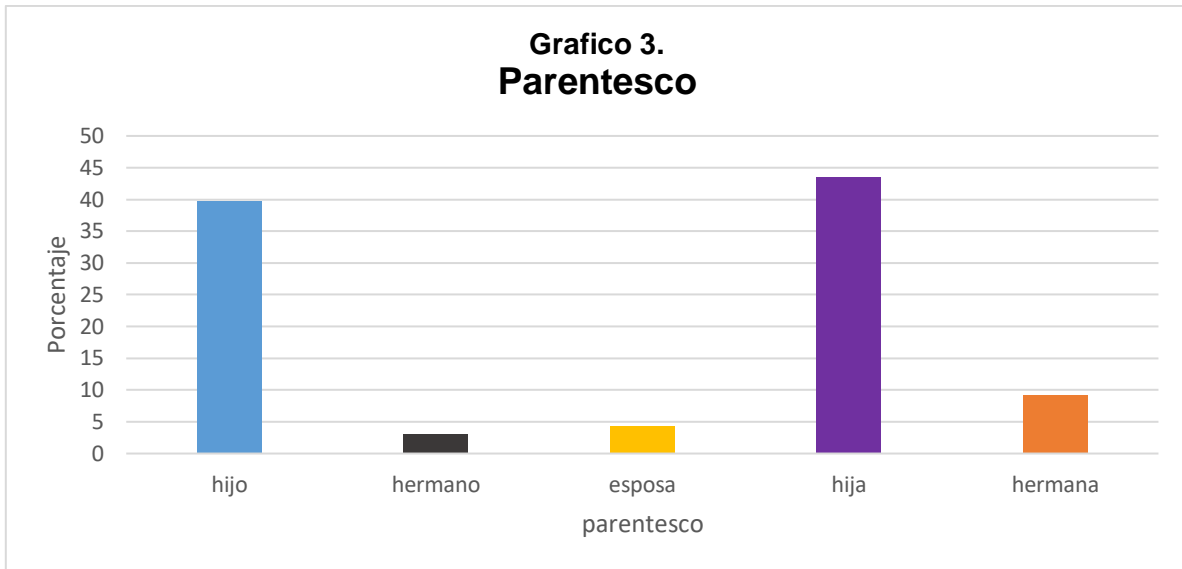


Grafico 3. Parentesco de los cuidadores primarios con los pacientes geriátricos.

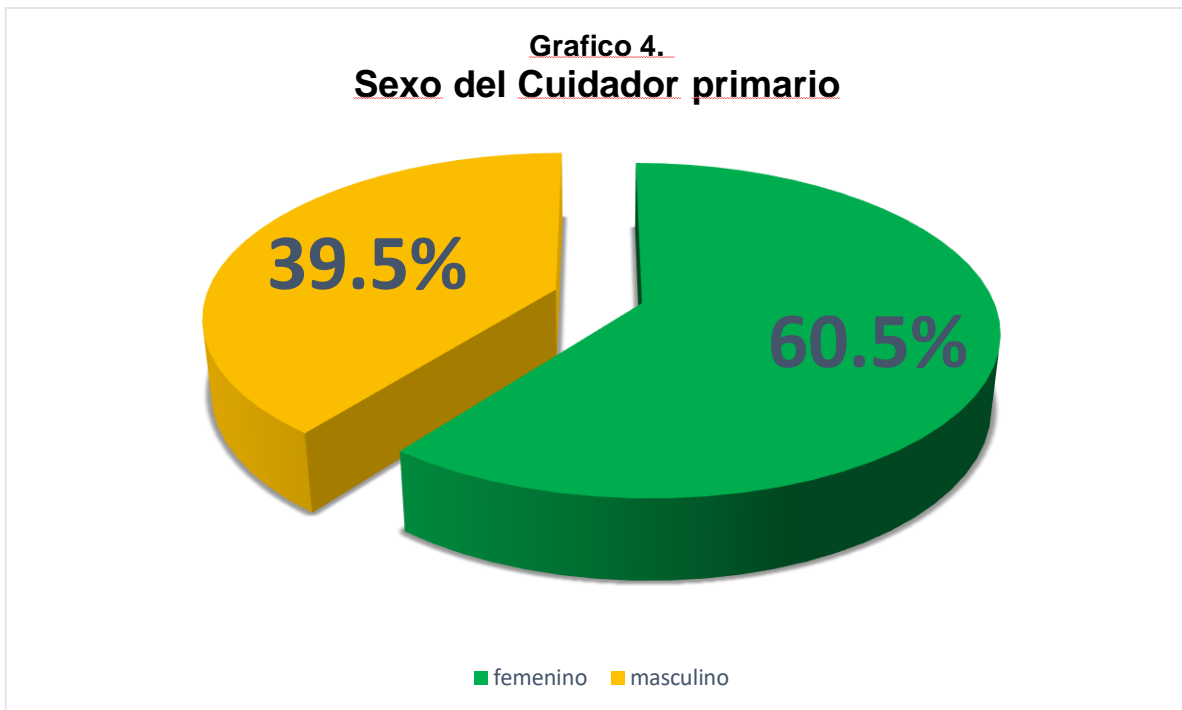


Grafico 4. Sexo de los cuidadores primarios

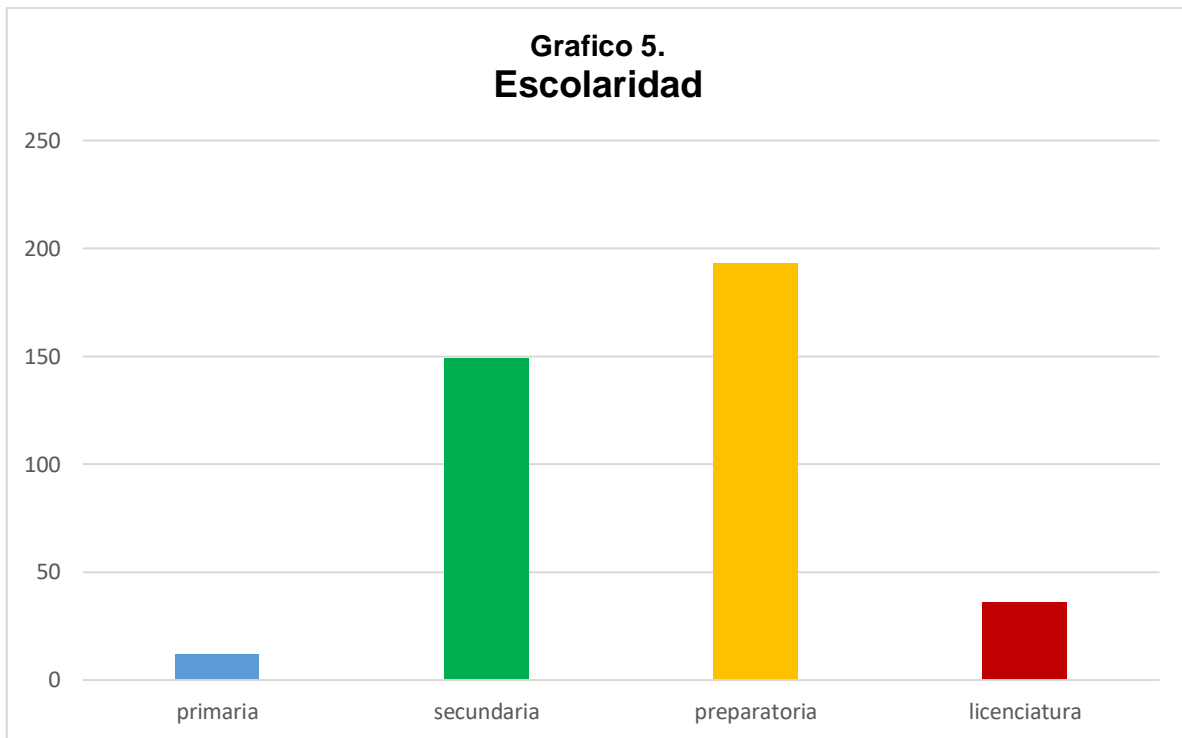


Grafico 5. Escolaridad de los cuidadores primarios

ESTADÍSTICOS				
		EDAD DEL CUIDADOR	TIEMPO DE CUIDADO AÑOS	TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO EN HORAS
<b>N</b>	VÁLIDO	390	390	390
<b>MEDIA</b>		54.87	3.85	7.37
<b>MEDIANA</b>		55.50	3.00	7.00
<b>MODA</b>		66	2	6
<b>DESV. DESVIACIÓN</b>		9.761	2.621	1.454

Tabla 1. Edad del cuidador, tiempo dedicado al cuidado

**GRAFICO 6.  
SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO**

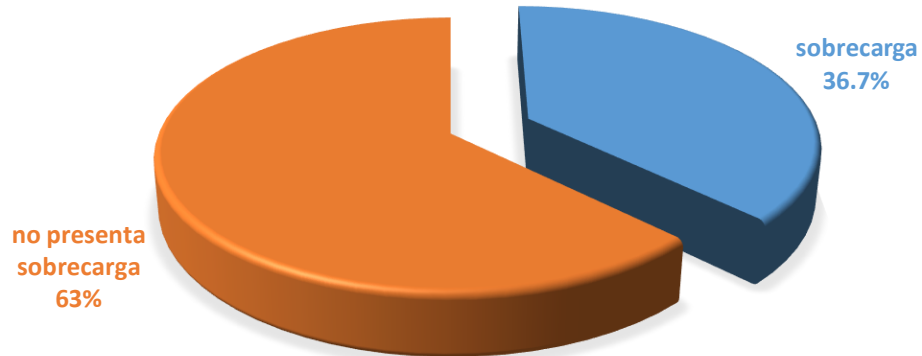


Gráfico 6. Grado de sobrecarga de los cuidadores primarios

#### Análisis Bivariado

Al realizar el análisis se observó que determinadas variables como dependencia no presentaban distribución lineal, motivo por lo cual se decide en el programa SPSS 25, reclasificar la variable de dependencia quedando dependencia leve y moderada en uno y severa en otro quedando la variable como dicotomía.

Al realizar la asociación de sobrecarga y dependencia se tomó razón de momios prevalencia la cual encontró que es 24 veces más la probabilidad de tener sobrecarga un cuidador cuyo paciente tiene dependencia severa que uno que no la tiene, con un intervalo de confianza de 95 % 7.3 – 81, esta asociación es estadísticamente significativa (0.41).

ESTIMACIÓN DE RIESGO			
	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95 %	
		INFERIOR	SUPERIOR
<b>RAZÓN DE VENTAJAS PARA SOBRECARGA (SOBRECARGA / NO SOBRECARGA)</b>	24.400	7.326	81.266
<b>PARA COHORTE RED1 = 1.00</b>	19.000	5.934	60.841
<b>PARA COHORTE RED1 = 2.00</b>	.779	.711	.853
<b>N DE CASOS VÁLIDOS</b>	390		

MEDIDAS SIMÉTRICAS					
		VALOR	ERROR ESTÁNDAR ASINTÓTICO <sup>A</sup>	T APROXIMAD A <sup>B</sup>	SIGNIFICACIÓN APROXIMADA
<b>INTERVALO POR INTERVALO</b>	R DE PEARSON	.364	.041	7.697	.000 <sup>C</sup>
<b>ORDINAL POR ORDINAL</b>	CORRELACIÓN DE SPEARMAN	.364	.041	7.697	.000 <sup>C</sup>
<b>N DE CASOS VÁLIDOS</b>		390			

## DISCUSIÓN

Se encontró que la mayoría de los cuidadores primarios eran mujeres, su relación con el paciente dependiente fueron hijos con predominio de las hijas, con una edad de entre 27 y 70 años con un promedio de 54 años, casadas, la escolaridad que más predominio fue el nivel superior, el tiempo de cuidado que prevaleció fue de 3 años, con un promedio de horas en cuidado de 7.

De los pacientes geriátricos el nivel de dependencia que más se presentó fue moderada, seguida de una dependencia leve y pacientes con dependencia severa en minoría, no se encontró ningún paciente geriátrico que no presentara algún grado de dependencia.

De acuerdo a la escala de Zarit abreviada que solo toma en cuenta si presenta sobrecarga intensa o ausencia de esta de los 390 cuidadores primarios solo el 36.7% (n=143) presentó sobrecarga intensa, en la clínica de medicina familiar número 15 si hay sobrecarga en un porcentaje en relación a estudios nacionales e internacionales.

Dentro de los estudios observados con la escala de Zarit abreviada a nivel internacional en España se realizó un estudio observacional de la sobrecarga en cuidadores informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes, con una muestra de 97, donde se encontró que un 95% cuidadoras mujeres, hijas, con una edad media de 55 años con intervalo de 24 a 82 años, tiempo medio que las cuidadoras dedican es de 6 horas y 45 minutos, presentando un 69% sobrecarga intensa, que condiciona a padecer alguna enfermedad psicopatológica.

En México en el instituto mexicano del seguro social la unidad de medicina familiar número 171 realizó un estudio de depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física, con una muestra de 76 cuidadores, el 72.4% fueron mujeres y el 27.6% hombres, encontrando un 59.2% de sobrecarga.

Al realizar la asociación entre dependencia y sobrecarga al realizar la base de datos se observó que la distribución no era lineal, no se contemplaba esto antes de hacer el análisis, motivo por lo cual se decide reclasificar la variable dependencia quedando en variable dicotómica tomando dependencia leve y moderada, dependencia severa, no se encontraron pacientes dependientes totalmente ni independientes totalmente por lo que no se tomaron en cuenta, la asociación se realizó mediante escala de razón de momios el cual encontró que 24 veces más probabilidad de tener sobrecarga un cuidador cuyo paciente tiene dependencia severa que uno que no la tiene con intervalo de confianza del 95 %, lo cual estadísticamente es significativo.

Como se ha visto en el presente trabajo si concuerda con demás estudios tanto internacionales como nacionales, se ha identificado que la percepción de sobrecarga por el cuidador afecta múltiples esferas como son la emocional, social, física, que ocasiona síntomas que se deben considerar y tener igual relevancia que los que presentan las personas a las que cuidan, el presente estudio es una pauta para que se realicen más estudios en la unidad de medicina familiar encaminados ya a una patología en específico.

## CONCLUSIONES

Al realizar la asociación de sobrecarga con dependencia se encontró que hay 24 veces más probabilidad de tener sobrecarga un cuidador cuyo paciente tiene dependencia severa esta asociación es significativamente

Lo que ocasionara que cuanto más envejecida sea una población necesitara más cuidado, ya que se ha observado que los pacientes de más de 80 años necesitan más ayuda en sus actividades básicas de la vida diaria así como en las actividades instrumentadas ya que esta capacidad con la edad va disminuyendo, con el aumento de la esperanza de vida estos pacientes van a ser pacientes con más dependencia de tipo severa que traerá en los cuidadores primarios sobrecarga, motivo por lo cual es importante que el médico familiar se apoye de instrumentos en este caso la escala de Zarit abreviada, la cual solo cuenta con solo 7 items y se puede realizar de forma rápida en el consultorio, para detectar de forma oportuna los síntomas de sobrecarga en el cuidador primario de pacientes que presentan dependencia severa.

La importancia de este tema es dar a conocer al personal de salud, en especial al médico familiar quien tiene más contacto con esta población, que el papel del cuidador primario supone una tarea estresante, la cual puede interferir en su salud familiar; por lo que nuestra función es brindar atención no solo al paciente geriátrico dependiente, sino también a su cuidador.

Es importante orientar a esta población en cuanto a los síntomas que pueden presentar siendo un cuidador, el cuidado que deben tener, así como un chequeo anual mínimo, realizar actividades recreativas, el presentar sobrecarga también influye en la calidad de atención del paciente cuidado.

## **RECOMENDACIONES**

Detección oportuna de sobrecarga en cuidadores de pacientes con dependencia severa

Elaborar un plan de ayuda de manera conjunta con los miembros de la familia para compartir la responsabilidad de los cuidados

Realizar platicas en la unidad de medicina familiar sobre el tema sobrecarga del cuidador

En los grupos de la unidad como envejecimiento activo realizar platicas con los cuidadores

Tratamiento interdisciplinario

En caso necesario envi6 al servicio de psiquiatr6a y geriatr6a



## BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Álvarez-Yáñez P, Martínez-Padilla D, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guías clínicas gerontogerítricas de atención primaria de salud para el adulto mayor [Internet]. 2008 [citado 28 de octubre de 2018]  
Disponible en:  
<https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>.
- 2- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2012), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México.
- 3- Rico RMG, Rico DO, Vega RGB. Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [internet]. 2018;56(3):287-94. Disponible en:  
[http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/825/3003](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/825/3003).
- 4- Lara RE, Velarde-Lasso A, Mena-Jácome M, Álvarez-Yáñez P, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para cuidadores de la persona adulta mayor dependiente [Internet]. Mantis –Comunicación Persuasiva;2011[citado 28 de octubre de 2018]. Disponible en:  
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/MANUAL%20PARA%20CUIDADORES%20DE%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf>.
- 5- Álvarez-Yáñez P, Pazmiño-Figueroa L, Villalobos A, Villacís J, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y protocolos de atención integral de salud a los y las adultos mayores [Internet]. Impresionarte; 2010 [citado 28 de

octubre de 2018]. Disponible en:  
[https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas\\_y\\_protocolos.pdf](https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Normas_y_protocolos.pdf).

- 6- Arancó N, Ibarra P, Medellín N, Stampini N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo 2018  
<https://publications.iadb.org/en/panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>. (ultimo acceso 15 agosto 2019).
- 7- Núñez CAM, Piña GMC, Re DML. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores. Rev Sal Pub. 2016; 6(2):10-15.
- 8- García Ramírez, JC. Diagnóstico situacional del envejecimiento en México desde los derechos humanos y la política pública. Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento [Internet]. 2016;4(10):243-262. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457646537006>.
- 9- González KD. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. Situación demográfica en México 2015.
- 10-Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. Ecuador. Adulto/a mayor. Cuántos son [Internet]. 2014 [citado 8 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>.
- 11-Moreno-Ballesteros R. El Síndrome de Burnout en cuidadores no formales de enfermos de Alzheimer [Internet]. [España]: Universidad de Murcia; 2011 [citado 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: [https://www.um.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=1d9f8428-fd1f-4ce1-a6bc-b28883cbbc90&groupId=478659](https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=1d9f8428-fd1f-4ce1-a6bc-b28883cbbc90&groupId=478659).

- 12-Mendoza Suárez G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev Soc Perú Med Interna. 2014;27(1):12-8.
- 13-López-Ortega M. panorama de envejecimiento y atención a la dependencia. 2019. <https://www.iadb.org/es/panorama/panorama-de-envejecimiento> (ultimo acceso 18 agosto 2019)
- 14-Flores-G E, Rivas-R E, Seguel-P F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc Enferm. 2012;18(1):29-41.
- 15-Dávila MR, González PAA, Rivera MH. Calidad de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE: Rev Esp Med Quir. 2011;16(1):27-32.
- 16-Delgado EG, Navarro SC, Sahagún MN, Uriostegui ELC. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171: Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55 (1): 25-31.
- 17-Barbosa-Álvarez A, et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. Aten primaria. 2017; 49(3):156-165.
- 18-Collière M-F. Promover la vida. Madrid: Mcgraw-Hill; 1993
- 19-Del Duca GF, Thumé E, Curi-Hallal P. Prevalence and factors associated with home care among older adults. Rev Saúde Pública. 2011;45(1):113–120.
- 20-Espinoza-Miranda K, Jofre-Aravena V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Cienc Enferm. 2012;18(2):23-30

- 21-Cervantes CGA, flores VME, Fuentes LHL, González PGJ, Meza FIJ, Valle BMA. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure inv* 2017; 14(88): 1-16.
- 22-Martínez-Alcalá CI, Pliego-Pastrana P, Ramírez-Salvador JA, Rosales-Lagarde A. sistema de asistencia terapéutica dirigido a los cuidadores primarios de personas dependientes mayores de 60 años. CONACyT. 2016.
- 23-Covarrubias A. Mientras cuidas a un ser querido. Ciudad de México: palibrio; 2016.
- 24-Creso M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud [Internet]*. 2015;26(1):9-16. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180634124002>.
- 25-Jurado CS, Méndez VJ, Montero PX, Mora MI, Valencia CA. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Rev\_PSIC*.2014;11(1), 71-85. [https://doi.org/10.5209/rev\\_PSIC.2014.v11.n1.44918](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918).
- 26-Climent-Rodríguez JA, Gómez-Salgado J, López-López MJ, Navarro-Abal Y. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *GacSanit*.2019;33(3):268–271.
- 27-Detección y Manejo del Colapso del cuidador. México: secretaria de Salud; 2 de diciembre de 2015.
- 28-Domínguez-Sosa G, Zavala-González MA, De la Cruz-Méndez D del C, Ramírez-Ramírez MO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Rev Los Estud Med Univ Ind Santander*. 2010;23(1):28-37.

- 29-Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Lobo L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Colomb Médica. 2013;38(1):40-6.
- 30-Arankowsky-Sandoval G, et al. Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades neuromusculoesqueléticas. Rev biomed 2018;29(3):61-69.
- a. <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/621>
- 31-HermándezZ Moreno PD, Rodriguez Moreno HJ, Rojas Hurtado JE, Yacelli Castellanos JM. Relación entre nivel de carga del cuidador y capacidad de autocuidado en cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica en el municipio de Tenjo, Cundinamarca en el año 2017 [licenciatura]. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, BOGOTÁ D.C; 2017.
- 32-Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. WHO. 2015 [citado 22 agosto 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- 33-Rivera-Silva G, Rodríguez-Reyes L, Treviño-Alanís MG. El envejecimiento de la población mexicana. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(1):116.
- 34-Zlotnik H. La situación demográfica en el mundo, 2014 [Internet]. Nueva York-Estados Unidos: Naciones Unidas; 2014 [citado 8 de noviembre de 2015] p. 1-38. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>

**ANEXOS.**



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio: **Grado de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la unidad de medicina familiar número 15 durante el 2019**

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Ciudad de México a de 2020.

Número de registro: Pendiente

Justificación y objetivo del estudio: El encuestador me ha informado que el objetivo del estudio es saber el grado de sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos dependientes adscritos a la unidad de medicina familiar N°15 IMSS, CDMX.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar 1 cuestionario (Zarti abreviada), que consta de preguntas relacionadas al cuidado de mi familiar, como me siento en cuanto a la actividad que realizo como cuidador, con la finalidad de detectar sobrecarga en el cuidador primario.

Posibles riesgos y molestias: El encuestador me ha informado que el presente estudio no representa algún riesgo para mi salud e integridad

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se me ha explicado que con el presente estudio se tendrá una perspectiva sobre la de sobrecarga que presentan los cuidadores primarios. Los resultados obtenidos del presente protocolo permitirá ubicar factores de riesgo para la sobrecarga del cuidador mismos que pueden ser considerados en las estrategias de promoción de la salud para mejorar la salud del cuidador primario.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El responsable del trabajo se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, además se me informara sobre las estrategias que se realizaran si presentará sobrecarga.

Participación o retiro: Mi participación es voluntaria en este estudio. Es de mi conocimiento que seré libre de abandonar éste estudio de investigación en el momento que así lo desee. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como derecho-habiente recibo en ésta institución no se verá afectada

Privacidad y confidencialidad: El investigador me ha asegurado, 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.

En caso de colección de material biológico (no aplica):

No autorizo que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Liliana Karina Pérez Sámano Unidad de Medicina Familiar No.15,5611102455 Fax: Sin fax  
e-mail: lilo\_samano@hotmail.com

Colaboradores: Diana Paulina Fernández Amador, médico residente del tercer año de la especialidad de medicina familiar, correo electrónico dpfa0306@gmail.com, teléfono 5513365604.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto  
  
Testigo 1  
  
\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Diana Paulina Fernández Amador**  
\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
  
Testigo 2  
  
\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

## Anexo 2. Escala de Barthel

La Escala de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Es un instrumento muy utilizado y uno de los mejores para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Es una medida que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo las actividades.

Permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores que están en su comunidad o confinadas en casas hogares, con la medición de la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como son: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina

Es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo

Diferentes estudios refieren que la escala de Barthel tienen un índice de kappa entre 0.47 y 1.00 y en la intraobservador, entre 0.84 y 0.97. Su consistencia interna presentó un alfa de Cronbach de 0.86-0.92.<sup>39</sup>

Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos.

El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente)

Clasifica cinco grupos con las siguientes ponderaciones:

100 puntos: independencia total

95 a 60 puntos: dependencia leve



55 a 40 puntos: dependencia moderada

35 a 20 puntos: dependencia severa

< 20 puntos: dependencia total

Originalmente la escala de Barthel se aplicó en centros de rehabilitación física para evaluar la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente de pacientes con enfermedad cerebro vascular. Se ha utilizado en el ámbito domiciliario, para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio, y en unidades geriátricas como parte del protocolo de valoración geriátrica.

## **ANEXO 2- GRADO DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DEPENDENCIA FÍSICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 15 DURANTE EL 2019**

### **ESCALA DE BARTHEL**

Instrucciones: se agradece de antemano su participación en el presente estudio, se recuerda que la información obtenida es confidencial y con fines de investigación.

Escriba de la forma más legible posible, lo que corresponda a la información, la escala de Barthel mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, marque la que más se asemeje a su nivel de actividad que realiza.

NSS:	EDAD:	SEXO:
Comida	10	Independiente, capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Aseo	5	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.
Arreglo	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos puede ser provistos por otra persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición	10	Continente, presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
Micción	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.)

	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.
Ir al retrete	10	Independiente, entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
Traslado cama / sillón		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física
	5	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
	0	Dependencia. Necesita una guía o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
Deambulación	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utilizar andador.
	5	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.
	0	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas precisa ser empujado por otro.
Subir y bajar escaleras	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.
Puntuación total:		

**Dra. Liliana Karina Pérez Sámano\*, Medico. Diana Paulina Fernández Amador\*\***

\* Médico especialista en medicina familiar adscrito a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar  
Número 15

\*\* Residente de 3 año de la especialidad de medicina familia

### **Anexo 3. Escala de Zarit abreviada**

La escala de Zarit abreviada proviene de la escala de Zarit completa de 22 ítems, fue creada por primera vez en el año 1980 por Zarit<sup>27</sup>, y adaptado al español en 1996.<sup>34</sup>

Exploran diferentes campos según las preguntas: los aspectos de sobrecarga, el abandono del autocuidado tanto en salud como en imagen, la vergüenza ante el comportamiento del enfermo, la irritabilidad ante la presencia del enfermo, el miedo por los cuidados o el futuro familiar, la pérdida de rol social y familiar a asumir los cuidados del familiar y el sentimiento de culpabilidad por no hacer lo suficiente.

La escala de Zarit consta de 22 preguntas, las cuales deben ser contestadas en su totalidad, por tal motivo es una entrevista que puede ser demasiado larga para un cuidador con múltiples funciones y ocupaciones a su cargo.

En los últimos años se han introducido diferentes versiones abreviadas de la escala de Zarit, buscando disminuir el tiempo de entrevista, optimizando el tiempo tanto del entrevistador como del entrevistado.

Las escalas abreviadas han sido validadas en diferentes ambientes de atención primaria principalmente con evidencia en España, la escala de cuidados paliativos fue validada en el año 2001 en Barcelona, en un estudio prospectivo, basado en el concepto de claudicación: incapacidad para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente; los ítems incluidos en esta escala hacen referencia a los campos de sobrecarga, autocuidado y pérdida del rol social o familiar, con lo cual se pudo definir el estado de claudicación de los cuidadores<sup>9</sup>.

Zarit abreviada, obtuvo dentro de sus validaciones un alfa de Cronbach de 0,91, y una fiabilidad de test de 0,71.<sup>35</sup> En un estudio en Bolivia la escala de Zarit presentó un alfa de Cronbach de 0.92<sup>36</sup>, Se utilizó para determinar el nivel de sobrecarga. logrando enlazar todas las dimensiones (bio-psico-sociales)

La escala de Zarit abreviada es recomendada por la guía de práctica clínica del 2015, ya que disminuye el tiempo de entrevista, optimizando el tiempo tanto del entrevistador como del entrevistado, permitiendo identificar a todos los cuidadores con sobrecarga intensa únicamente con sólo 7 elementos.

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5.

Dentro de las cuales están: 1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces, 5=casi siempre

Obtenido como mínimo 7 puntos y un máximo de 35 puntos.

Lo que se interpreta si tiene sobre carga o hay ausencia de esta.

Ausencia de sobrecarga: de 7 a 16 puntos

Sobrecarga intensa: mayor o igual a 17 puntos<sup>29</sup>



**ANEXO 3- GRADO SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES GERIÁTRICOS CON DEPENDENCIA FÍSICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 15 DURANTE EL 2019**

**Escala de Zarit Abreviada**

**Instrucion**

es: se agradece de antemano su participacion en el presente estudio, se recuerda que la informacion obtenida es confidencial y con fines de investigación.

Escriba de la forma mas legible posible, lo que corresponda a la información, a contiucion se presenta como se siente a veces las personas que cuidan a tra persona, despues de leer cada afirmacion debe indicar con que frecuencia se siente usted así tomando desde 1 hasta 5 como puntuación.

EDAD: SEXO: ESTADO CIVIL: PARENTESCO: ESCOLARIDAD: TIEMPO AÑOS  
COMO CUIDADOR: TIEMPO EN HORAS AL CUIDADO:

**PUNTUACION: 1=NUNCA, 2=RARA VEZ, 3=ALGUNAS VECES, 4=BASTANTES VECES, 5=CASI SIEMPRE**

	PUNTUACIÓN
1 ¿piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
2 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
3 ¿piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
4 ¿piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar as familiar?	
5 ¿se siente tenso cuando está cerca de su familia?	
6 ¿siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
7. globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
Puntuación total:	

**Dra. Liliana Karina Pérez Sámano\*, Medico. Diana Paulina Fernández Amador\*\***

\* Médico especialista en medicina familiar adscrito a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar Número 15

\*\* Residente de 3 año de la especialidad de medicina familia