



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Unidad de Medicina Familiar No. 94

GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES
GERIÁTRICOS DE LA UMF No. 94

TESIS CON FINES DE TITULACIÓN PARA LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. García Zárate Eunice Veneranda

ASESOR PRINCIPAL

Dra. Azcárate García Esther

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, octubre 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN NORTE DEL
D. F.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

Protocolo de investigación titulado:

**GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE
PACIENTES GERIATRICOS DE LA UMF No. 94**

Con fines de titulación para la especialidad en Medicina Familiar

PRESENTA:

García Zárate Eunice Veneranda
Médico Residente de Tercer Año
Curso de especialización. Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matricula: 97364807
Domicilio: Av. Ferrocarril Hidalgo No. 1404
Colonia: Villa Gustavo A. Madero
Teléfono: 5540918838
Correo electrónico: eunice.gaza@outlook.com

Investigador Responsable:

Dra. Esther Azcárate García
Profesora Titular del curso de especialización en Medicina
Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 94
Matricula: 99362280
Domicilio: Camino antiguo San Juan Aragón No. 235
Colonia: Ampliación Casas alemán
Teléfono: 57672977, extensión: 21465
Correo electrónico: esther.azcarateg@imss.gob.mx

Ciudad de México, octubre 2021

GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES
GERIATRICOS DE LA UMF No. 94

AUTORIZACIONES

No. de registro en SIRELCIS: R-2020-3511-025

Dra. Elizabeth López Rojas
Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
Norte de la Ciudad de México, IMSS

Dr. Víctor Manuel Camarillo Nava
Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
Norte de la Ciudad de México, IMSS

Dra. Sandra Hernández Cid de León
Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
Norte de la Ciudad de México, IMSS

Dr. Sergio Alberto León Ángeles
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 94

Dr. Ignacio Rodríguez Pichardo
Jefe de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 94

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94

Dra. Judith Corona Lara
Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la UMF No. 94

GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES
GERIÁTRICOS DE LA UMF No. 94

AUTORIZACIONES

No. de registro en SIRELCIS: R-2020-3511-025

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

INDICE

Resumen	7
MARCO TEORICO	8
INTRODUCCIÓN	8
ANTECEDENTES	9
ENVEJECIMIENTO	10
TIPOS DE ENVEJECIMIENTO	11
GERIATRÍA	13
SINDROMES GERIATRICOS	15
ESTRÉS	25
DEPENDENCIA	25
CUIDADOR PRIMARIO	26
CLASIFICACIÓN	27
SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO	28
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	32
JUSTIFICACIÓN	33
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	35
OBJETIVOS	35
OBJETIVO GENERAL:	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	35
EXPECTATIVA EMPÍRICA	35
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	35
MATERIAL Y MÉTODOS	37
Diseño del estudio	37
Universo del estudio	37
Población	38
Muestra	38
Determinación de la muestra	38
Muestreo	38
Criterios de inclusión	38
Criterios de exclusión	38

Criterios de eliminación	39
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.	40
DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	40
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA	41
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	41
DIFUSIÓN DEL ESTUDIO	41
ASPECTOS ÉTICOS	41
RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN	42
CONTRIBUCIÓN Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LOS PARTICIPANTES	42
CONFIDENCIALIDAD	42
CONDICIONES PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	42
FORMA DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	43
BALANCE RIESGO-BENEFICIO	43
RECURSOS	43
DIFUSIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	43
RESULTADOS	44
ANÁLISIS DE RESULTADO	52
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	54
BIBLIOGRAFÍA	57
Anexo 1.....	64
ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONOCIMIENTO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	65
Anexo 3. Cronograma de Actividades	66

GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UMF No. 94

Azcárate-García E¹, García-Zárte E²

Resumen

Antecedentes: Los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica equipo sanitario-enfermo-cuidador primario si la asistencia se lleva a cabo en el servicio de un hospital; pero lo son todavía más si la misma se realiza en el domicilio del adulto mayor. En muchas ocasiones, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, que genera sobrecarga; esta situación es conocida como síndrome del cuidador o sobrecarga del cuidador.

Objetivo: Identificar el grado de sobrecarga del cuidador primario de los pacientes geriátricos de la UMF No. 94

Métodos: Se realizará un estudio Descriptivo, Observacional, Transversal y Prospectivo en cuidadores primarios de pacientes geriátricos mayores de 60 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, a quienes se les aplicará la Escala de Zarit para evaluar el grado de sobrecarga y también se recabarán datos sociodemográficos; para el análisis de los resultados se utilizará una estadística descriptiva y se presentarán los resultados en gráficas y tablas.

Resultados: Se incluyeron 160 participantes de los cuales 144 fueron mujeres y 16 fueron hombres, el promedio de edad fue de 50.3 años, las amas de casa son las que mayormente desempeñan la función de cuidadoras, el 60% de los participantes estaban casados, los hijos son los que principalmente se desempeñan como cuidadores con el 82.5%, el promedio de años de cuidador fue de 8.8 años y 11.7 años para hombres y mujeres respectivamente. El 50.2% de la muestra arrojó que tiene algún grado de sobrecarga, un 23.12% tiene sobrecarga leve y 27.5% tiene sobrecarga intensa.

Conclusiones: Se encontró que, Si existe sobrecarga del cuidador primario de pacientes adultos mayores de 60 años en la UMF 94 del IMSS, a los cuales no se les considera como pacientes potenciales en el Primer Nivel de Atención, ya que esta población se irá aumentando como aumente el número de pacientes geriátricos en la metrópoli de México.

Tiempo de desarrollo: 2 años

Palabras clave: cuidador primario, sobrecarga del cuidador, adulto mayor, paciente geriátrico.

1. Profesor titular del curso de especialización en Medicina familiar No. 94, IMSS.
2. Médico Residente del curso de especialización en Medicina Familiar No. 94, IMSS.

MARCO TEORICO

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el número de adultos mayores de 60 años se ha incrementado, esto gracias a la mejora en la atención médica y a los éxitos de la Salud Pública, lo que ha hecho que este grupo etario se haya duplicado en los últimos años, y al implementar acciones y programas preventivos; este incremento en el número de adultos mayores también se debe al aumento en la esperanza de vida y a la inversión de la pirámide poblacional. Con una esperanza de vida de 74 años en hombres y 79 años en mujeres según la OMS en 2020.

Es importante mencionar que nuestro actual sistema de salud no está listo para enfrentar las necesidades en salud de esta población envejecida y que es necesario aumentar el conocimiento acerca de los cuidados necesarios de estos pacientes, ya que en los próximos años su aumento será exponencial y también será necesario concientizar que es de suma importancia el buen control y prevención de enfermedades en este grupo de edad tanto al personal de salud como a los familiares ya que ellos son en parte un pilar en el tratamiento, seguimiento y atención de los adultos mayores de 60 años.

El envejecimiento es parte de la vida diaria, si bien es un fenómeno universal y natural, existen múltiples factores que pueden influir en él y debe verse como algo multidisciplinario. Dentro de nuestra sociedad el cuidado hacia un miembro de la familia, se otorga casi siempre por otro miembro del núcleo familiar, casi siempre de sexo femenino y este familiar se convierte en un cuidador informal, en donde no solo cae la responsabilidad del cuidado, sino también encontrándose lazos afectivos, morales y sociales, los cuales demandan tiempo, trabajo físico y mental para poder realizar dichas actividades, lo que conlleva a cambios en los estilos de vida, en las dinámicas familiares y en las relaciones intrafamiliares, creando así un impacto en la salud del cuidador y que trae consigo repercusiones en áreas como física, mental y social.

Se les llama cuidadores informales a los familiares que asumen este rol de cuidador, ya que no se cuenta con estudios sobre cuidados ni se obtiene un salario por dicha actividad, es decir, que de ellos depende la atención no solo médica sino también del hogar y de las actividades cotidianas, dedicando así una gran cantidad de tiempo y esfuerzo, hacia un miembro de la familia, ya sea por dependencia funcional o por discapacidad, y puede ser por un tiempo corto o ser permanente.

Esta actividad que se vuelve prioritaria para el cuidador, hace que este familiar deje a un lado sus propias actividades por realizar los cuidados pertinentes de su familiar y que por lo tanto descuiden su cuidado personal, siendo este un trabajo poco valorado en nuestro medio y que conlleva a grandes daños a la salud del cuidador.

Por todo lo anterior se considera que es de suma importancia y alto valor preventivo identificar las posibles alteraciones biopsicosociales que puedan presentar los cuidadores primarios, desde el punto de vista del cuidador informal, se entiende que esta sobrecarga de trabajo y de esfuerzo físico trae consigo cosas negativas, como agotamiento físico y emocional y pone en riesgo la salud del cuidador, lo que podría ser perjudicial tanto para el cuidador como para el familiar que requiere la atención como a la familia en general, generando así cambios en las dinámicas familiares y creando crisis familiares que pueden ser o no ser superadas.

La dependencia que tienen los adultos mayores hacia los cuidadores primarios y más aún aquellos quienes cuentan con alguna comorbilidad, la sobrecarga es mayor y esto tiene grandes implicaciones, cada vez mayores, desde el punto de vista sanitario y social. Supone una fuente de problemática a la hora de asegurar los cuidados de nuestros ancianos cuando se sobrepasa la capacidad familiar. Su prevención y una necesaria intervención sobre la misma para que la dependencia sea la estrictamente inevitable suponen un reto constante en la geriatría.

ANTECEDENTES

El envejecimiento es la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse al medio ambiente, derivado de la disminución de las funciones físicas e intelectuales de las personas adultas mayores lo que conlleva a un aumento de los gastos en salud y requiere especial atención sanitaria. Esta etapa comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, estos procesos y cambios incluyendo aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social; si no que también a aspectos anatomofuncionales y aspectos patológicos previos, como las experiencias propias y el envejecimiento social en las etapas avanzadas de la vida.(1,2)

El envejecimiento es una serie de cambios que debe analizarse de forma dinámica ya que es un proceso que se inicia con el nacimiento pero que a partir de los 30 años que se considera como pico de crecimiento, hay un momento donde se alcanza la plenitud o pico y existe un cambio donde los procesos catabólicos superan a los procesos anabólicos, dando como resultado una pérdida de los mecanismos de reserva del organismo, lo que determina un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, disminución de la capacidad adaptativa e implica mayores probabilidades de padecer enfermedades y morir.

Envejecer no es lo mismo que enfermar, a pesar de que en la tercera edad aparece un gran número de enfermedades asociadas a las pérdidas funcionales, pero no se considera como tal una enfermedad, si no que al envejecer el deterioro de estas funciones determinarán el grado de compromiso del adulto mayor, deberán también tomarse en cuenta aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de las mismas, así como los factores ambientales vinculados al estilo de vida, como la actividad física, la alimentación y los factores de riesgo a los que el individuo está o estuvo expuesto, como su actividad laboral, tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícitas. Cuanta más información se obtengan de la vida del individuo mejor se comprenderá el estado funcional, orgánico y psicológico del adulto mayor. (2)

ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento poblacional es uno de los grandes triunfos de la humanidad, pero es también uno de sus mayores retos, ya que a medida que avanza la tecnología y el conocimiento de la medicina, más se extienden los rangos de la esperanza de vida y por ende la calidad de vida también.

Anteriormente la sociedad asociaba el proceso de envejecer con una fase vital de transición en la que progresivamente el individuo pasaba de la plenitud física, social y mental a la más absoluta decrepitud. En la actualidad este pensamiento se ha ido modificando gracias a numerosos estudios, sobre todo los de carácter longitudinal, ya que estos estudios están aportando claridad al entendimiento de esta etapa de la vida. El principal proceso en el que se basan es en los cambios que conlleva envejecer y que afectan a todas las áreas de la vida

El envejecimiento, además de ser un proceso progresivo de deterioro generalizado de la función que como resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés, y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, también está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte, así como con cambios en la situación económica en la composición de la familia y el hogar y las relaciones sociales; todo esto puede

influir en los cambios de estado de salud.

Un acercamiento al concepto de envejecimiento siempre tiene que ver con el sentido dinámico de la vida humana y con el hecho de que la vejez es resultado de etapas anteriores, así como de interacciones biodemográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas. (3) Algunos de los factores más importantes a considerar dentro de este proceso son:

- Carga genética y capital biológico.
- Familia de origen.
- Educación.
- Respuestas adaptativas al estrés y medio ambiente.
- Hábitos y exposiciones ambientales.
- Morbilidad.

TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

Analizando los distintos conceptos de envejecimiento se encuentra el de envejecimiento normal que se define o se orienta hacia la norma típica, es decir al envejecimiento sin enfermedades crónicas, y de aquí parte otro concepto que define lo contrario es decir el envejecimiento patológico. El envejecimiento exitoso ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida. Esto no deja de ser un criterio subjetivo, sometido a la comparación entre las necesidades individuales y el contexto concreto del desarrollo presente. Esta definición también abarca a la relación entre un cierto grado de salud objetiva y la satisfacción subjetiva del adulto con la vida que lleva. El término de envejecimiento exitoso es poco preciso, porque definir el éxito dependerá de situaciones individuales de cada persona y de la sociedad en la que se encuentra, de unas metas deseadas o de una circunstancia personal, familiar y social.

Se pueden definir cuatro tipos de envejecimiento:

Envejecimiento ideal: cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.

Envejecimiento activo: cuando existe un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos. El individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria, aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.

Envejecimiento habitual: cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.

Envejecimiento patológico: en estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros. (4).

El envejecimiento conlleva una serie de cambios que producen tendencia a la dependencia, rigidez psíquica, dificultad de acomodación a un medio diferente, retracción del campo de intereses, reducción de las relaciones interpersonales, de la participación en actividades sociales y a la toma de actitudes pasivas, lo que conlleva a que se dependa de un tercero para realizar las actividades cotidianas.

El anciano al tener comorbilidades y aun sin ellas se ve rodeado de otras circunstancias que van a complicar la terapia, lo que produce una particular demanda de atención sociosanitaria, es decir una demanda coordinada de atención social y sanitaria:

- Una mayor incidencia de enfermedad.
- Enfermedades que presentan mayor tendencia a la cronicidad, lo que hace que se le prescriban medicamentos de forma continuada.
- Mayor número de medicamentos utilizados.
- Administración concomitante de distintos medicamentos para el tratamiento de distintas patologías crónicas durante un largo periodo de tiempo.

- Prescripción realizada por distintos especialistas que en la mayor parte de los casos no tienen en cuenta el resto de los fármacos que toma el paciente, lo que hace aumentar el riesgo de reacciones adversas y las interacciones medicamentosas.
- Difícil situación social, en gran parte de las personas mayores, siendo cada vez más elevado el número de personas mayores que viven solas, con bajo poder adquisitivo.
- Capacidad mental disminuida en algunos casos.
- Frecuentes trastornos de hidratación y nutrición.

Para el 2030 el número de adultos mayores de 60 años en México alcanzará la cifra de 20 millones y no se está aún preparado para atender sus necesidades sociales y asistenciales, lo que es una cifra importante ya que no se cuenta con el conocimiento y estudio necesario en salud para hacer frente a la demanda que requerirán para su atención. (5). De seguir así los patrones actuales de utilización de recursos, pronto se enfrentará a una clara insuficiencia de infraestructura y de personal asistencial. (6)

GERIATRÍA

La Geriatria, como otras especialidades en nuestro país, surge del interés de médicos de otras disciplinas, que motivados por adentrarse en la Geriatria aprenden en forma autodidacta el cuidado del anciano. En 1985 se cuenta con la primera maestría en ciencias con orientación en Geriatria en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional. La asignatura de Geriatria inicia en la escuela de medicina de la UNAM en 1989. (7)

La Geriatria es una especialidad médica dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas. Su objetivo fundamental es la conservación de la autonomía y la autovalía del adulto mayor utilizando abordajes que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más discapacitantes y aquellas que condicionan dependencia. (8).

La Geriatria se encarga de manejar las condiciones comunes que afectan a los adultos mayores englobadas en los llamados síndromes geriátricos: demencia, delirium, depresión, caídas, trastornos de la marcha y el equilibrio, deprivación sensorial, trastornos del sueño, incontinencia,

dependencia funcional, trastornos de la motilidad, desnutrición, trastornos orales y dentales, dolor, úlceras de presión, fragilidad, síncope, sarcopenia, entre otros.

Se debe de realizar un abordaje integral con los adultos mayores que los pueda valorar desde un punto de vista biopsicosocial y no solo funcional, esta atención se debe de complementar con la labor clínica y la lucha contra las enfermedades que aquejan a este grupo de edad y de esta forma parte el trabajo de la Geriatra que se apoya de la colaboración de todo un equipo multidisciplinario con otros profesionales no solo del ámbito médico sino también de trabajo social, enfermería, psicología, dental, etc.

Dentro de sus funciones la Geriatria también gestiona la atención médica de las enfermedades crónicas en los adultos mayores, y que son prioritarias para la sociedad como son: diabetes, síndrome metabólico, falla cardiaca, cáncer, etc. También se encarga del reconocimiento de la heterogeneidad y la complejidad del proceso de envejecimiento y sus desenlaces: adulto mayor sano, fragilización precoz, riesgo de discapacidad, enfermedad terminal. La comprensión y reconocimiento de la interacción entre el envejecimiento, la enfermedad, el estado clínico y el estado funcional del paciente y del uso apropiado de los medicamentos, evitando así los daños potenciales. (3).

Otras de las funciones que tiene esta rama de la medicina es la coordinación del cuidado entre todos los posibles proveedores a fin de mantener la independencia funcional y la calidad de vida, evaluar y organizar los servicios sociales y de salud para propiciar la productividad y la inserción social del adulto mayor, dar asistencia, capacitación, instrucción y preparación para los familiares y cuidadores que se encuentran en la toma de decisiones y el cuidado de los pacientes adultos mayores, todo esto relacionado con la declinación funcional, la pérdida de la autonomía, la provisión de cuidados y los retos que impone la enfermedad terminal.

Entre los términos que describen el envejecimiento y el deterioro de las funciones, es necesario identificar al subconjunto de los adultos mayores físicamente vulnerable que requiere una atención mayor, se pueden considerar, entre otros: la fragilidad, la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad.

Al hablar de personas mayores, es importante conocer las principales patologías que se desarrollan de forma crónica y solapada, es decir, asociadas unas a otras originando la

pluripatología, lo que dificulta enormemente el abordaje a los profesionales no especializados. Además, es importante abordar las enfermedades propias de este grupo de edad, que son los bien llamados síndromes geriátricos, que son síntomas frecuentes originados por distintas patologías y por circunstancias propias del envejecimiento, y que en sí mismos constituyen una entidad compleja, multifactorial y que inciden directamente en la calidad de vida del anciano, originando que se necesite un cuidador primario para auxiliar al anciano en sus necesidades básicas, por lo cual es importante mencionarlos.

SINDROMES GERIATRICOS

El concepto de síndrome geriátrico es relativamente reciente, ya que se empezó a utilizar de forma más rutinaria hacia finales de los años 60. Al principio, se hacía referencia a las características que presentaban con más frecuencia los adultos mayores que se encontraban ingresados en el servicio de Geriatria. Actualmente, esta denominación se utiliza para referirse a un conjunto de cuadros, originados por la unión de una serie de enfermedades que por sí solas ponen en riesgo la salud de este grupo etario y que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano, y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social.

Los grandes síndromes geriátricos son condiciones de salud multifactoriales que ocurren cuando se acumulan los efectos del déficit en múltiples sistemas y vuelven a las personas mayores vulnerables a cambios situacionales o enfermedades. La mayoría de personas mayores de 60 años padecen de algún Síndrome Geriátrico: representando en la mujer el 53,4% y el hombre el 47%. (9) La prevalencia de los síndromes geriátricos de la movilidad en los ancianos aumentan con la edad, entre el 15 y 18% en donde los mayores de 65 años tienen problemas para moverse por sí mismos; el 53% de los ancianos de más de 75 años presenta dificultades para salir de casa, y el 20% está prácticamente confinado en su domicilio. (10)

SINDROME DE FRAGILIDAD

Con relación a fragilidad, ésta se acepta como un estado fisiológico que induce un aumento de la vulnerabilidad ante factores estresantes debida a la disminución de las reservas fisiológicas, e incluso a la desregulación de múltiples sistemas fisiológicos, ocasionando cambios físicos que generan cambios adaptativos en los ancianos pero que conllevan a cierto grado de lasitud. Es un

conjunto crítico, de elementos fundamentales de “fragilidad”, está constituido por la debilidad, la poca resistencia, la pérdida de peso, la escasa actividad física y la escasa velocidad de la marcha (11-13). Estos indicadores propician un escenario de vulnerabilidad y flaqueza en los adultos mayores debido a los resultados adversos de salud que se pueden asociar a este deterioro, que incluyen la incapacidad, la dependencia, las caídas, la necesidad de atención a largo plazo y la mortalidad.

Aunque no existe un consenso universal con respecto a la definición de fragilidad, en la actualidad son 2 las más aceptadas, una primera sostiene que es un fenotipo con al menos 3 criterios clínicos establecidos de los siguientes: pérdida de peso, autocansancio, fuerza disminuida, velocidad de la marcha lenta y baja actividad física (14-15); la segunda definición sostiene que es el resultado de una acumulación de deficiencias relacionadas con la salud mediante cuantificación de un extenso rango de signos, discapacidad, medidas de laboratorio y comorbilidad (16). Ambas definiciones coinciden que se trata de un estado de vulnerabilidad al stress que se asocian con eventos adversos (15-17). La fragilidad supone la pérdida excesiva de masa magra corporal, también llamada sarcopenia, como resultado de la interacción entre múltiples factores, tales como: genéticos, procesos de envejecimiento, enfermedades, medio ambiente, estilo de vida, estado de nutrición (18).

Es un síndrome que conlleva un riesgo alto de mortalidad, discapacidad, institucionalización, hospitalizaciones, caídas, fracturas, complicaciones postoperatorias, mala salud e incluso tromboembolismo venoso. Además de lo anterior, la fragilidad es considerada un continuo entre el envejecimiento normal y un estado final de discapacidad y muerte.

El interés del estudio de fragilidad generado en los últimos años, es debido que los sujetos considerados frágiles tienen un riesgo elevado de eventos adversos sobre su salud a corto, medio y largo plazo, es predictor de mortalidad, predictor de discapacidad, hospitalización y de pérdida de movilidad (19,20), entendiéndose que la mayor importancia de identificar un adulto mayor frágil radica en la posibilidad de realizar medidas de prevención primaria y secundaria, con la finalidad de disminuir las tasas de morbimortalidad a largo plazo.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de fragilidad son:

- Generales y sociodemográficos: edad avanzada, sexo femenino, baja escolaridad,

ingresos familiares bajos y no tener una adecuada autopercepción de salud.

- Médicos: enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, anemia, depresión, tabaquismo, uso de terapia de reemplazo hormonal, polifarmacia y deficiencia de vitamina D.
- Funcionales: hospitalización reciente, dos o más caídas en los últimos doce meses, fractura de cadera después de los 55 años de edad, fuerza disminuida en las extremidades superiores, deterioro cognoscitivo, índice de masa corporal menor a 18.5kg/m² o mayor a 25kg/m² y dependencia en al menos una actividad básica de la vida diaria. (5,8)

TRASTORNO COGNITIVO

Alrededor del 80% de las personas que viven edades muy avanzadas no experimentan una pérdida importante de la memoria ni de otros síntomas de demencia, pero es un hecho tangible que casi todas las funciones cognoscitivas declinan con la edad y con ello aumenta el riesgo de desarrollar algún tipo de deterioro cognitivo. La naturaleza y ritmo de declinación varía de unas personas a otras, dependiendo de la causa, el nivel educativo, el nivel de actividad y el estado general de salud. (21)

La pérdida o deterioro de las capacidades mentales observadas en los adultos mayores muestran múltiples cambios que difieren de los que se observan en el proceso normal del envejecimiento. Las habilidades que en mayor medida se ven afectadas en las personas con demencia son la memoria verbal y no verbal, las capacidades perceptuales y de organización, las habilidades de comunicación y la función psicomotora. (22)

Muchos tipos de enfermedades se acompañan de demencia; como la Enfermedad de Alzheimer y la de origen vascular por infartos múltiples, que son las 2 causas principales, pero existe una gran gama de enfermedades que pueden generar algún grado de deterioro cognitivo.

Existen algunos medicamentos pueden alterar los procesos cognoscitivos de una persona. Los fármacos con propiedades anticolinérgicas como los antidepresivos tricíclicos y los antihistamínicos son los que tienen más probabilidades de causar efectos secundarios cognoscitivos. En general muchos medicamentos pueden tener efecto sobre los procesos

cognoscitivos, de ahí la importancia de la polifarmacia que puede generar no solo el uso de estos medicamentos que afectan el proceso cognitivo si no también las mismas interacciones entre medicamentos pueden aumentar o disminuir los efectos sobre el Sistema Nervioso Central y ahí ejercer algún deterioro cognitivo; sobre todo si se considera la mayor vulnerabilidad del cerebro y los cambios físicos relacionados con la edad. Sin embargo, también hay que tener en cuenta los efectos a este nivel de las enfermedades para las cuales se prescriben los fármacos; la hipertensión, la diabetes o una infección no tratada pueden tener más efecto sobre la función cognoscitiva que los fármacos utilizados. (23-24)

Las consecuencias del deterioro cognitivo, especialmente cuando se encuentran en estadios avanzados son: ansiedad, depresión, insomnio, caídas, inmovilidad, incontinencia, aumento en el riesgo de desarrollar infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador. Todo esto es de notable importancia debido a que este síndrome geriátrico puede desencadenar otros y aumentar las comorbilidades de los pacientes ancianos, lo que aumentaría la demanda no solo del cuidador si no de los sistemas de salud, y con ello aumento los gastos sanitarios.

TRASTORNO DEPRESIVO

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad, no es exclusiva de los adultos mayores de 60 años si no también en la población adulta en general, ocasionando importantes repercusiones en las diferentes esferas biológicas, funcionales, psíquico-mentales y sociales en dicha población. El problema radica en que es una enfermedad subdiagnosticada ya que muchos a ancianos y familiares no informan al médico sobre los síntomas depresivos, ya que los atribuyen al mismo proceso de envejecimiento y no como una patología independiente.

El 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. Su incidencia va del 36% en la valoración de consulta externa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado. Los trastornos depresivos afectan al 10 % de los ancianos que viven en comunidad, del 10 al 20% de los hospitalizados y del 15 al 35% de los que viven en asilos. (25) Este trastorno psiquiátrico es tan discapacitante como cualquiera de las otras enfermedades crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial.

La depresión en esta población tiene características especiales ya que las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. La soledad predispone a depresión en mujeres y hombres (26-27).

La depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado asociación con la falta de apoyo de la red social, tal es el caso de Tailandia, país donde sólo 38% de personas mayores de 80 años con depresión encontrándose que la mayoría contaba con buenas redes sociales de apoyo (28). Se estima que en México la incidencia de casos nuevos por año es de aproximadamente 15%, lo que implica que nuestro país no es ajeno a esta situación y que se debe de poner énfasis en el diagnóstico oportuno, el tratamiento y la vigilancia de este síndrome geriátrico. (29)

En la depresión del adulto mayor influyen un gran número de factores, dentro de los cuales tenemos los genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales (30). Dentro de la literatura se aprecian diferentes teorías entre ellas se encuentran los factores anatómicos que tratan de explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, parahipocampo, amígdala y corteza prefrontal (31,32). También se ha investigado sobre la función que tienen las neuronas en el proceso de la depresión; las cuales presentan una alteración de su metabolismo y tamaño, otro factor es la acción de las monoaminas y otros neurotransmisores en el sistema nervioso, vulnerabilidad genética, estrés, e inflamación también son teorías que se han estudiado los últimos años (33). La etiología vascular parece tener relación con la depresión tardía (34). Por mucho tiempo, se ha estudiado el papel de la serotonina y sus funciones para tratar de explicar su acción en la fisiopatología de la depresión en personas vulnerables. (35)

La depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y alcohol. Además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en síndromes depresivos mayores. (26,36)

En el manejo del anciano con depresión se deben incluir una valoración integral de factores como la comorbilidad, polifarmacia y factores psicosociales que ponen en una posición desfavorable para la aparición de depresión; así como la instauración de psicoterapia y la posibilidad de utilizar

algún manejo farmacológico.

SINDROME DE INESTABILIDAD Y CAÍDAS

El síndrome de inestabilidad y caídas se refiere a la precipitación repentina de la persona hacia el suelo que se produce de manera involuntaria y que puede o no acompañarse de pérdida del estado de alerta. En ancianos que se encuentran hospitalizados el riesgo es mayor.

Las caídas representan el 90% de los accidentes de las personas adultas mayores. Aproximadamente sólo el 50% de las personas mayores de 70 años hospitalizadas después de sufrir una caída sobreviven transcurrido un año. (21,37,45)

Las caídas en la población anciana son un problema importante de salud pública, con consecuencias médicas y económicas notables. Se calcula que en el año 2020 el costo que generarán será de unos 30.000 millones de euros. El riesgo de caer y hacerlo más veces aumenta con la edad. Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años, independientes y autónomas sufren una caída una vez al año, esto es una estadística significativamente alta. Este porcentaje, asciende hasta el 35% en los mayores de 75 años y el 50% en los mayores de 80 años. La tasa de fallecimiento por caídas aumenta de forma exponencial con el aumento de edad en ambos sexos, y en todos los grupos raciales por encima de los 75 años. (38)

Los factores relacionados con las caídas pueden ser intrínsecos como las alteraciones en la marcha, en el control postural, patologías que favorecen las caídas o extrínsecos que son los factores ambientales e iatrogénicos (39). Es importante que tanto el médico como los familiares conozcan los efectos secundarios de medicamentos que puedan ocasionar un aumento en el riesgo de caídas, y así evitar la prescripción o la automedicación o detectar las posibles interacciones que puedan dar lugar a hipotensión, como hipnóticos, ansiolíticos, hipotensores, betabloqueantes, hipoglucemiantes, antidepressivos, neurolépticos, diuréticos.

Entre los mecanismos fisiopatológicos sobre el síndrome de inestabilidad y caídas están los diversos efectos de la edad sobre la marcha incluyendo disminución de la velocidad, disminución de la zancada y aumento de su anchura, prolongación de la fase bipodal, pérdida del balanceo

de los brazos etc.; ocasionando que se altere el mecanismo de la marcha aumentando el riesgo de caídas. (38)

Las caídas pueden generar diversas consecuencias no solo médicas si no también psicológicas, ocasionando esto un círculo vicioso; entre ellas están la pérdida de movilidad, miedo a volver a caer, restricción de la actividad, aislamiento social, aumento del consumo de medicamentos, alteraciones psíquicas como la depresión y la ansiedad, así como la desvalorización de la autoimagen.

SÍNDROME DE INMOVILIDAD Y ÚLCERAS PORPRESIÓN

El síndrome de inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por una reducción en la capacidad y tolerancia a la actividad física que provoca debilidad muscular generalizada y, en casos graves, pérdida de automatismos y reflejos posturales, esto puede ser ocasionado por la sarcopenia que sufre el anciano con el avance de la edad. Se habla de inmovilismo agudo cuando aparece un episodio de declive rápido de las funciones motoras, llegando incluso a un estado de inmovilidad absoluta que implique un encamamiento y/o mínima variabilidad postural en un periodo de 72 horas. (40). Pero también se encuentra el inmovilismo crónico que se va adquiriendo a lo largo de los años y se va acentuando después de los 80 años. Este al ser de forma paulatina no se observa el cambio de manera brusca si no que el adulto mayor refiere ir perdiendo la capacidad para realizar ciertas actividades.

Causas de inmovilismo (41,42)

- Las enfermedades agudas en general.
- Las enfermedades crónicas que producen invalidez: músculoesqueléticas, neurológicas, cardiovasculares.
- Los déficits sensoriales.
- Antecedentes de caídas.
- Iatrogenia farmacológica.
- Las barreras arquitectónicas.
- Conflictiva situación social.

Consecuencias del inmovilismo (42)

- Alteraciones cardiovasculares: hipotensión ortostática, reducción del volumen circulante, reducción de la reserva funcional, tromboembolismo.
- Alteraciones respiratorias: neumonía, disminución de la capacidad vital, menor actividad ciliar, descenso del reflujo tusígeno.
- Alteraciones musculoesqueléticas: atrofia por desuso, debilidad muscular, contracturas, osteoporosis.
- Alteraciones genitourinarias: retención urinaria, cálculos, incontinencia urinaria, infecciones urinarias.
- Alteraciones digestivas: estreñimiento, impactación fecal, incontinencia fecal, inapetencia.
- Alteraciones cutáneas: úlceras por presión, dermatitis.
- Alteraciones del sistema nervioso: deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, cuadro confusional y menor equilibrio.

Las úlceras por presión son unas de las consecuencias más frecuentes y graves relacionadas directamente con el inmovilismo; esto se ve agravado si el paciente tiene adicionalmente incontinencia urinaria, ya que estas dos condiciones aumentan el riesgo de generar úlceras por presión. Definimos una úlcera como la solución de continuidad con destrucción o pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos. Las úlceras por presión se van desarrollando de manera insidiosa en el adulto mayor y con el paso del tiempo se puede volver una condición crónica y, por lo tanto, ser un foco de infección para el adulto mayor; aumento el riesgo de complicaciones y mortalidad.

Existen factores de riesgo que pueden conllevar a la persona ingresada a presentar alteraciones de la piel. A pesar del aumento de la tecnología sanitaria, las úlceras continúan siendo uno de los aspectos menos favorables y más costosos del cuidado de los pacientes. Por ello la prevención de las úlceras se ha convertido en una prioridad.

INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria constituye uno de los grandes síndromes geriátricos, siendo definida

según la International Continence Society como: Una condición mediante la cual se origina la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, objetivamente demostrable originando problemas sociales e higiénicos para el individuo.

En la actualidad existen diferentes tipos de incontinencia dependiendo del origen del mismo entre los cuales se encuentra la incontinencia urinaria de esfuerzo, incontinencia urinaria mixta, incontinencia urinaria de urgencia entre otras. El síntoma principal es la pérdida de orina, pero también aquí se puede encontrar infecciones de vías urinarias de repetición.

La incontinencia urinaria puede ser curable en muchos pacientes ancianos y en aquellos en los cuales no es posible la curación puede ser manejada de forma favorable tanto para los propios pacientes como para sus familiares y cuidadores. (43) Por lo que se debe de evaluar el impacto que tiene en el anciano y en el cuidador primario ya que es de los principales factores para desarrollar sobrecarga del cuidador primario.

Es un síndrome común en la etapa de la vejez ya que su etiología obedece a múltiples factores que coinciden en los adultos mayores. Su presencia es anormal a cualquier edad, grado de movilidad y situación mental o física, ya que puede generar sentimientos de vergüenza, retraimiento, estigmatización y regresión en los ancianos.

Es una alteración que cursa de forma común con problemas de tipo higiénico, médico, psicológico y social mismos que contribuyen a promover el aislamiento del adulto mayor. Está subdiagnosticada tanto por estigmatización del paciente como por considerársele erróneamente como parte normal del proceso de envejecimiento.

El conocimiento de los cambios fisiológicos del adulto mayor, las características de riesgo de algunas comorbilidades frecuentes, las restricciones farmacológicas y el manejo médico y quirúrgico de la incontinencia urinaria puede lograr mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y de sus cuidadores disminuyendo la posibilidad de hospitalización y la mortalidad asociada a la incontinencia urinaria.

MAL NUTRICIÓN

La importancia que tienen los problemas de alimentación en el anciano va más allá del solo aspecto estético, se refiere a un problema de salud pública y está relacionada a aspectos de prevención tanto primaria, secundaria como terciaria para el desarrollo de estrategias de prevención e intervención. Ya que aquellos ancianos que realizan ingestas superiores o inferiores a las recomendadas, tienen mayor riesgo de enfermar, mayor discapacidad e incluso mayor mortalidad.

La prevalencia en países desarrollados reporta una prevalencia aproximada de 15% en ancianos, entre 23 y 62% en pacientes hospitalizados y cerca de 85% o más en ancianos asilados. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), la prevalencia de IMC alcanzó el 1.4% en los hombres y 1.1% en mujeres entre 70 y 79 años, mientras que en adultos de 80 años o más llegó hasta 4.0% en hombres y 5.2% en mujeres. (45)

En el proceso normal de envejecimiento hay un requerimiento menor de energía, ya que se desempeña una menor cantidad de actividad física y hay una pérdida de masa muscular relacionada con la menor tasa de síntesis proteica. En el adulto mayor se debe de incrementar el aporte de los micronutrientes tanto de vitaminas y oligoelementos, ya sea aumentando la ingesta, o identificar casos especiales que cuenten con factores de riesgo que tengan dificultad para la absorción. Las necesidades de fibra y de agua son mayores al existir problemas de regulación a nivel intestinal y renal. (45)

Las causas de desnutrición en el adulto mayor son: alteraciones de la homeostasis con la edad, causas no fisiológicas y causas fisiológicas. Entre las alteraciones de la homeostasis con la edad esta la disminución de la ingesta de alimentos y la dificultad para subir de peso posterior a un evento anorexigénico. Entre las causas no fisiológicas están las causas intrínsecas como las úlceras orales, la falta de alguna pieza dental, gastritis atrófica, colitis, malabsorción, enfermedad vascular cerebral o enfermedades endocrinas, en las causas extrínsecas están la pobreza, la incapacidad de preparar alimentos y los fármacos. De las causas fisiológicas se encuentran la sarcopenia, la anorexia, y la alteración del gusto y del olfato.

La desnutrición en al adulto mayor esta relacionada con alteración en la masa muscular,

disminución de la masa ósea, disminución de la inmunidad, desarrollo de anemia, deterioro cognitivo, dificultad para la cicatrización, si el paciente esta hospitalizado disminuye su capacidad de recuperación posterior a una cirugía o procedimiento, fragilidad, mortalidad y disminución de la calidad de vida. (37,45)

ESTRÉS

El concepto se remonta al siglo XIV, donde se relaciona con términos de dureza, tensión, adversidad, aflicción y ya en el siglo XVII, fue utilizado en el campo de la física, definiéndola como la fuerza generada en el interior de un cuerpo como consecuencia de la acción ejercida por una presión externa que pudiera distorsionarlo. En el siglo XIX se utilizó en el área de la salud por Hans Selye como un conjunto de síntomas psicofisiológicos, por la incidencia de situaciones estresantes desencadenando un síndrome general de adaptación, destacando la capacidad orgánica de respuesta al estrés. Lazarus define el estrés psicológico como una relación particular entre el entorno y el individuo, que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar; y que dependerá de cómo lo perciba el sujeto; así una situación puede o no ser estresante para algunos (46)

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

El término estrés se suele asociar a un estado patológico sin embargo también se relaciona a una reacción del ser humano ante situaciones amenazantes que pueden poner en peligro la supervivencia del sujeto. Cuando este mecanismo origina respuestas eficaces y controladas por el individuo permite una mejor adaptabilidad. (47)

DEPENDENCIA

Un término importante es el de dependencia, que hace referencia a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida diaria. Según el Consejo de Europa la definición es: personas dependientes son quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria. Se estima que en el año 2026 habrá alrededor de dos millones de personas mayores con problemas

de dependencia, con lo que casi se doblará la cifra actual.

Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padece algún tipo de discapacidad y sufre las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, además, el avance en la transición demográfica y la carencia de apoyo formal, provocará que eventualmente se requiera más del apoyo de cuidadores informales. En este sentido, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, estas personas, por lo regular familiares, llegarán al agotamiento, cansancio o colapso del cuidador. En Estados Unidos se ha encontrado que hasta el 32% de los cuidadores, presentan un alto grado de colapso, mientras que el 19% presentan colapso moderado. (48)

Durante la evolución de la enfermedad crónico-degenerativa se puede observar que el grado de dependencia se incrementa, lo cual demanda de personal que asuman la responsabilidad del cuidado. Los cuidados de larga duración son las actividades llevadas a cabo por cuidadores informales como familiares, amigos o vecinos; y en el mejor de los casos profesionales capacitados, por ejemplo, de personal de enfermería, quienes pretenden mantener en la persona la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, realización personal, y dignidad humana.

CUIDADOR PRIMARIO

Es aquella persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo o que asiste o cuida de él cuando este se encuentra afectado por discapacidad, minusvalía o incapacidad que le impidan desenvolverse adecuadamente en sus actividades diarias, tanto personales, como sociales y familiares. (49-50)

Los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica equipo sanitario- enfermo- cuidador primario si la asistencia se lleva a cabo en el servicio de un hospital; pero lo son todavía más si la misma se realiza en el domicilio del enfermo.

Los cuidados, en su forma más habitual, son acciones positivas y cotidianas que cada persona realiza para sí misma y para otros, con el fin de mantener un funcionamiento satisfactorio de la persona que los recibe. Cuidar de otros en cualquier etapa de la vida implica una interacción humana de carácter interpersonal, intencional y único que sucede en un contexto sociocultural.

Su objetivo es garantizar la sobrevivencia social y física de las personas en condición de dependencia. (51) Es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y el que cuida, establecen una relación recíproca y afectiva que parte del reconocimiento del otro como ser humano. (52) Es una relación que implica en el cuidador actitudes, motivaciones, sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo.

Aunque el cuidado del otro es una vieja práctica, recientemente se ha problematizado como una cuestión de índole social, determinada por el rápido envejecimiento de la población, una mayor esperanza de vida y sobrevivencia, el acelerado incremento de las enfermedades crónico degenerativas, neurodegenerativas y las discapacidades, las cuales colocan a las personas en condición de fragilidad y dependencia. Situaciones que han generado una alta demanda de cuidado por tiempo prolongado o permanente y un decremento en la oferta de los servicios de salud, lo cual implica un cambio en la demanda y prestación de cuidados de salud “no remunerados” por parte de familiares. (53)

CLASIFICACIÓN

Cuidadores formales con aquellos profesionales y responsables de los establecimientos especializados que han recibido una formación previamente sobre los cuidadores que necesita una persona dependiente, su labor está limitado a aciertos horarios y tienen un menor grado de compromiso afectivo con la persona que cuidan ya que la mayoría de las ocasiones no tienen algún lazo de parentesco. (54)

El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino. El perfil del cuidador es predominantemente femenino en hasta el 66% con un promedio de edad de 48 años e incluso una tercera parte de ellas se encargan del cuidado de dos o más personas y hasta un 30% son cuidadores mayores de 65 años. (48)

Estos no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea, pero tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado por el afecto en el trato y una atención sin límites. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, a diferencia de los cuidadores formales;

quienes reciben un pago por sus servicios, cuentan con formación profesional y en el menor de los casos capacitación para proporcionar los cuidados.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO

La responsabilidad de cuidar de una persona dependiente puede generar ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga (55,56). La sobrecarga del cuidador es un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades de ocio, relaciones sociales, libertad y equilibrio mental (55,57-58); es el grado en el cual el cuidador percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos de su vida como en la salud mental y física, la interacción social y su economía (59)

Hay diferentes características asociadas a la sobrecarga, entre las cuales se encuentra el grado de dependencia para realizar actividades de la vida diaria del sujeto de cuidado y el número elevado de horas al cuidado.

Robinson, clasificó a la sobrecarga experimentada por el cuidador principal como objetiva y subjetiva; la primera se refiere al desempeño de las tareas de cuidado, como, por ejemplo, bañar al enfermo todos los días, alimentar, evitar riesgos con utensilios con los que pueda autolesionarse; y la sobrecarga subjetiva representa el plano de los sentimientos y emociones que le provocan dicha labor de cuidado. (60)

El concepto de carga al cuidar un paciente es tomado del inglés "burden", que se traduce como "estar quemado"; originalmente lo describió Freudenberguer en 1974 (59,61) e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. La sobrecarga se concibe como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. (59,62) Además, también puede definirse como el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien. (59,63)

Estudios previos demostraron que los cuidadores habituales de ancianos en la familia son predominantemente las hijas, esposas y nietas, las nueras también cumplen un papel importante. Las mujeres históricamente han internalizado como una de sus funciones de rol femenino el cuidado de la salud de la familia y, a pesar de los cambios en su nivel educativo y

su participación en roles laborales fuera del hogar, permanece naturalizada la responsabilidad por ese cuidado. (64-66) Se ha descrito que el síndrome de sobrecarga del cuidador surge luego de que una persona adquiere funciones de cuidar a otra y éste puede estar condicionado por situaciones externas o factores de predicción. También se acepta el hecho de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante. Los cuidadores constituyen un recurso valioso; sin embargo, debido al gran número de horas usadas, éstos se consideran vulnerables, pues para ellos el cuidado implica importantes costes materiales, económicos, sociales y de salud. (60,67)

El resultado de la interacción entre acontecimientos estresantes y mediadores de respuesta por los cuidadores, puede propiciar una vivencia subjetiva de sobrecarga, así como otras consecuencias negativas sobre su salud. La situación del cuidador con restricciones en su vida social, en su estado de salud, en su tiempo libre, en sus aficiones, en su intimidad, perturba de modo intenso su equilibrio personal y familiar, dañando gravemente la relación intrafamiliar y experimentando una profunda sensación de soledad. Se puede desarrollar el síndrome de “fatiga crónica” o “Síndrome de Burnout”

En muchas ocasiones, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, que genera sobrecarga; esta situación es conocida como síndrome del cuidador, síndrome de Burnout y en algunos casos síndrome del asistente desasistido. El cuidador principal soporta cada día retos imprevistos y puede sufrir pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional. (68,69)

Dada la importancia de estudiar y medir la sobrecarga en el cuidador, se han desarrollado varios instrumentos como el Índice Global de Carga, el Cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva, el IEQ, el SBAS, el CBI, el Cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador, entre otros. Uno de los más empleados en el ámbito internacional ha sido la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ), debido a que abarca en mayor medida todas las dimensiones de este fenómeno como son: redes de apoyo, calidad de vida, capacidad de autocuidado y competencias para el afrontamiento de problemáticas conductuales y clínicas del paciente. (70)

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit., para cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, la validación en México de la versión española resultó ser un instrumento confiable (60,67)

La valoración del cuidador principal debería ser para detectar la situación de sobrecarga e influir en ella, sobre todo cuando éste es una persona mayor o un elemento familiar cuyas opiniones no son consideradas trascendentes por los demás. En el primer caso, la sobrecarga física que provoca la atención es mayor y la psicoafectiva que produce la toma de decisiones puede ser excesiva para sus recursos personales mermados por la edad y el desgaste de la vida previa. En el segundo caso, existe una situación ambivalente entre los roles y la ejecución de las tareas que afecte profundamente la autoestima del cuidador principal.

Con frecuencia se valora de manera insuficiente el riesgo de todo cuidador primario de convertirse en enfermo, y que de hecho potencialmente lo es. Por muy resistente que sea un cuidador primario, es un ser humano susceptible físico, psicológico, emocional, existencial y espiritualmente.

Algunos cuidadores no quieren reconocer la tensión personal relacionada con las muchas tareas, responsabilidades y largas horas dedicadas al cuidado del paciente. Muchos se sienten abrumados o al límite de su capacidad, pues la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar. Éstos componen un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. De igual manera, hay otros factores que afectan la salud del cuidador; entre otros, habrán de considerarse edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares, elementos que han demostrado influir en la aparición del síndrome. (71)

El síndrome del cuidador no es sólo un síndrome clínico ya que también están implicadas repercusiones no médicas en aspectos sociales y/o económicos. Este síndrome se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas áreas y aspectos de la vida del cuidador. Otros síntomas psiquiátricos que aparecen en los cuidadores son estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente y alteraciones afectivas que pueden motivar la aparición de ideas suicidas.

Dentro de las principales consecuencias del colapso del cuidador se encuentra el deterioro de su propia salud y a su vez de la salud del paciente cuidado. (72)

Los resultados disponibles indican que existe gran variabilidad en el grado de estrés que experimentan los cuidadores y que los principales efectos negativos para la salud se concentran precisamente en 40% de cuidadores que manifiestan mayor agotamiento físico o mental, destacando que existe un grupo de cuidadores que lleva a cabo su labor de cuidado sin dificultad ni problemas. (71)

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Solo se encontraron dos estudios relacionados con el tema y son los siguientes:

Piñáñez García y colaboradores en el 2016 realizaron un estudio para determinar el grado de sobrecarga que padece el cuidador primario del adulto mayor en los barrios que forman parte del territorio de la USF Clínicas 1 y 2, Asunción, de julio a Setiembre del 2015. Se utilizó la escala de Zarit, la escala de depresión de Goldberg y expedientes clínicos. Donde encontraron que el Grado de sobrecarga se observó en el 50% sí; el 68% fueron mujeres y el 65 % mayor de 40 años. Presentaron depresión 67%. Se encontró asociación entre sobrecarga del cuidador primario y vínculo familiar, (72)

Silva Fhon y colaboradores en el 2016 realizaron un estudio para determinar la sobrecarga de trabajo y la calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor atendido en un consultorio de geriatría. Realizado con 183 adultos mayores y sus respectivos cuidadores primarios encontrando como resultados que en los cuidadores, predominó el sexo femenino; la edad promedio fue de 44,3 años. El total de cuidadores tenían estudios superiores, estaban casados/as y eran hijos/as de los adultos mayores. Según la evaluación con la Escala de Zarit, el 18,1% presentó algún tipo de sobrecarga. (73)

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha producido una ralentización en el crecimiento poblacional, que se acompaña de una alteración de la distribución por grupos de edad.

Una característica fundamental y que se agudizará con el paso del tiempo es lo que se ha dado en llamar “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el gran aumento que se experimentará en el grupo de edad de ochenta o más años, muy superior al del grupo de sesenta y cinco o más en su conjunto. (25)

Todos los expertos que estudian las consecuencias de este envejecimiento afirman que el principal problema será la dependencia y como dar cobertura a las necesidades de atención de las personas dependientes, que se verán muy incrementadas.

El éxito de la medicina ha hecho que la esperanza de vida vaya en aumento y con ello el aumento del número de adultos mayores lo que significa que la tendencia hacia el futuro exista un incremento de la demanda de cuidados durante la vejez, tanto por la propia evolución demográfica, como por el continuo aumento de la morbilidad a edades avanzadas; así como de cuidadores. La oferta asistencial extrahospitalaria, que cubre atención sociosanitaria en distinto grado como los centros de día, hospital de día, residencias de ancianos, asistencia a domicilio, aunque va en rápido aumento, es insuficiente para las necesidades actuales y habrá que adaptarla a las previsiones existentes.

Cuando se trata a una persona dependiente, hay que tomar en cuenta que nos enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el paciente invisible (cuidador), quien se encuentra afectado con frecuencia, en distintas esferas de la vida: biológica, psicológica, social y financiera, sufriendo día a día de ansiedad, depresión, privación de sueño, pérdida de peso, aislamiento social y diversas enfermedades, permaneciendo en silencio y a la sombra de aquél a quien cuida.

Cobra la misma importancia el identificar y tratar al paciente real como al invisible, ya que de no hacer esto tendremos dos pacientes con desenlaces adversos y una pésima calidad de vida. El éxito del abordaje temprano y preventivo en estas personas impactará de manera relevante a contribuir a una mejora en la calidad de vida en ambos pacientes; además de disminuir la

utilización de los servicios de salud.

Ante esta situación, surge la necesidad de anticiparse al crecimiento de la población dependiente y darle el valor necesario a este padecimiento poco reconocido, implementando estrategias de detección e intervención que reduzcan la carga de los cuidados, motivo por el cual se decidió realizar este estudio con el fin de identificar la sobrecarga de los cuidadores y con ello desarrollar estrategias educativas que en la medida de lo posible pueda mejorar la calidad de vida de estos enfermos, así como mejorar la dinámica familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los cuidadores asisten al enfermo en una o más actividades básicas como comer, ir al baño, vestirse, si presentan incontinencia el cambio del pañal, aseo y traslados ya sea para la atención en salud o para eventos meramente sociales; también brindan soporte médico siendo ellos los que administran los medicamentos, realizan curaciones, se ocupan de la nutrición y recursos, toma de decisiones, movilización, rehabilitación, entre muchas otras actividades, al mismo tiempo, brindan apoyo emocional y confort que demandan los pacientes.

Para poder proveer este cuidado el promedio de tiempo que invierten es de aproximadamente de 10.9 horas al día, por consiguiente, los cuidadores requieren modificar sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral, llevando a un círculo vicioso en la dinámica entre el cuidador y el cuidado en un aspecto negativo.

Asimismo, se debe reconocer la importancia del rol que adquieren los cuidadores informales en el bienestar y cuidado de la persona dependiente. La obtención de información sobre el cuidador debe ser un punto prioritario en la atención en salud y más aún en el Primer Nivel de Atención identificando sus necesidades, fortalezas y debilidades así como datos de colapso, también se requiere identificar de manera integral los factores del riesgo para colapso, las manifestaciones del mismo así como las repercusiones médicas, psicológicas y sociales de la sobrecarga a manera de mejorar la calidad de vida a través de intervenciones médicas y sociales al cuidador.

En la UMF 94 de Aragón, el mayor número de pacientes que acuden es por enfermedades crónico-degenerativas, y en gran porcentaje son adultos mayores de 60 años, al acudir a su consulta algunos son acompañados por sus cuidadores primarios para el abastecimiento de medicamentos, agendar citas en laboratorio y radiología y apoyar en actividades administrativas.

El Médico Familiar que brinda la atención médica en primer nivel a estos adultos mayores debe de poner énfasis en que el cuidador primario es potencialmente un nuevo paciente, y en donde se puede tener un área de oportunidad para referirlo a grupos de apoyo para el manejo del desgaste y estrés tanto físico como emocional secundario al rol que desempeña con su familiar.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de sobrecarga del cuidador primario de los pacientes geriátricos de la UMF No 94?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar el grado de sobrecarga del cuidador primario de los pacientes geriátricos de la UMF no.94

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características del perfil sociodemográfico del cuidador primario de pacientes geriátricos
- Conocer que genero predomina como cuidador primario de pacientes geriátricos.

EXPECTATIVA EMPÍRICA

- Existe sobrecarga en más del 60% de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la UMF no. 94.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE EN ESTUDIO

Sobrecarga del cuidador primario: es el conjunto de reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, las cuales generan cambios en el ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores; secundario a la función que desempeñan dentro de la dinámica del paciente geriátrico. Para este estudio se refiere a aquellos cambios psicológicos o físicos por estrés secundario a la responsabilidad y al brindar atención a aquella persona que requiere cuidados lo que ocasiona una carga física como mental. Es una variable de tipo cuantitativa policotómica, en escala de medición ordinal, se utilizará la escala de Zarit con 22 reactivos que evalúa la percepción del trabajo de cuidador a otra persona y las emociones que de ahí emanan, cada reactivo se contesta en una escala de Likert, otorgando un puntaje individual. Las categorías de: sin sobrecarga si el puntaje es menor de 47 puntos, sobrecarga leve de 47 a 55 puntos y sobrecarga intensa con más de 55 puntos.

VARIABLES DESCRIPTORAS

Género: Se define como los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiadas para los hombres y las mujeres (75). Para este estudio es el fenotipo del individuo y la condición orgánica que distingue al macho de la hembra del ser humano. Es una variable nominal cualitativa, categorizada en: Masculino y Femenino.

Edad: Se define como el tiempo de existencia desde el nacimiento (76). Para este estudio se define como el tiempo transcurrido en años desde el nacimiento de una persona hasta el momento de la entrevista. Es una variable Numérica, cuantitativa continua, categorizada en años.

Estado civil: Se define como el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, con cierto carácter de generalidad o permanencia: (77). Para fines de este estudio se define como el registro que tiene el paciente ante el registro civil. Es una variable cualitativa, policotómica, en escala de medición nominal. Categorizada en soltero, casado, unión libre, separado, divorciado y viudo.

Parentesco: Se define como vínculo de consanguinidad o adopción, ligadas afectiva y sentimentalmente (78). Para este estudio se define como el vínculo familiar que se tiene hacia alguna persona. Es una variable cualitativa, policotómica en escala nominal. Categorizada en: hermano(a), esposo(a), hijo(a), nieto(a) y otros.

Ocupación: Se define como el trabajo u oficio que desempeña una persona (79). Para fines de este estudio se define como la actividad remunerada que realiza el cuidador y que puede generarle o no recursos económicos. Es una variable cualitativa, policotómica, en escala de medición nominal, categorizada en: Hogar o ama de casa, Estudiante, Empleo formal, Empleo informal y Pensionado o Jubilado.

Escolaridad: Se define como los cursos de un estudiante dentro de un establecimiento educativo (80). Para fines de este estudio se define como el último grado de estudios cursado por el participante. Es una variable cualitativa, policotómica, en escala de medición ordinal. Categorizada en: Analfabeta, leer y escribir, primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, licenciatura y posgrado.

Tiempo de cuidador: Se define como el período en el que se preserva, guarda, conserva o asiste a uno mismo o a otro ser vivo, a fin de incrementar el bienestar y evitar el sufrir algún daño o perjuicio (81). Para fines de este estudio es el tiempo en el que el cuidador ha brindado cuidados hacia otro miembro de la familia, dejando a un lado sus intereses propios. Es una variable cuantitativa, numérica, discreta continua. Categorizada en meses y años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Descriptivo, Observacional, Transversal y Prospectivo

Universo del estudio

Cuidadores primarios de pacientes geriátricos

Población

Cuidadores primarios de pacientes geriátricos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS.

Muestra

Cuidadores primarios de pacientes geriátricos adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS en la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

Determinación de la muestra

Muestreo

No probabilístico por conveniencia

Criterios de inclusión

- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos.
- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos mayores de 18 años.
- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos ambos sexos.
- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos que no tengan antecedente de trastorno psiquiátrico.
- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos que acepten participar voluntariamente en el proyecto de investigación, bajo consentimiento informado y que contesten de manera completa el instrumento de medición.

Criterios de exclusión

- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos menores de 18 años.
- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos que no sepan leer y escribir.
- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos que además cuiden a algún otro enfermo.
- Cuidadores primarios de pacientes no geriátricos.
- Cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal o

hemodiálisis.

- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos que no acepten participar en este estudio.

Criterios de eliminación

- Cuidadores primarios de pacientes geriátricos que no contesten el instrumento de manera completa.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomó de la base de datos de ARIMAC el total de pacientes adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 que son en total 35954, dicha cantidad se agregó a una base de datos del programa EPI-info6,0 el cual arrojó que se debería de muestrear a 160 cuidadores primarios esto con una prevalencia esperada del 50% un error esperado del 25% y un nivel de confianza del 95% para ello se utiliza la incidencia cruda que corresponde al 12.92% del estudio que se realizó en nuestro país sobre la magnitud del evento adverso.

n: $N \cdot Z_{\alpha/2} \cdot Q$

$D^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha/2} \cdot p^*$

Dónde:

N: Total de la población

Z_{α/2}: si la seguridad es del 95%

p: Proporción esperada 5:0.05 q: 1-p 1.0.05:0.95

d: precisión 3%

n: 160

Los participantes pertenecen a la UMF No. 94 Aragón, encontrándose en la Delegación Norte de la Ciudad de México, los cuales son cuidadores primarios de pacientes geriátricos mayores de 60 años y que no tengan otra patología agregada.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

En este estudio se pretende identificar el grado de sobrecarga del cuidador primario de los pacientes Geriátricos de la UMF 94, esto con la finalidad de identificar de manera oportuna el grado de sobrecarga.

Es importante detectar la presencia de sobrecarga en el cuidador primario de los adultos mayores para poder intervenir con estrategias para evitar que el cuidador primario colapse y que ambos puedan tener complicaciones que interfieran en el cuidado del adulto mayor.

El muestreo se obtendrá de cuidadores primarios adultos mayores derechohabientes del IMSS, que les corresponda la Unidad de Medicina Familiar No, 94 para su atención médica, durante los meses de septiembre a noviembre del 2020. Para la obtención de los participantes, se acudirán al servicio de ARIMAC para obtener el número de pacientes geriátricos de la unidad y el día de su cita se les entrevistara en la sala de espera de ambos turnos, y se procederá a informar a los participantes sobre el objetivo de dicho estudio, se les propondrá la participación y en caso de aceptar se firmara el respectivo consentimiento informado, resta por ultimo indicarles que todos los datos serán resguardados y se utilizarán en ese estudio únicamente con fines estadísticos, esto sin condicionar la atención recibida en el instituto. En todo momento se podrá solicitar la información que se requiera antes de la aplicación de dicho cuestionario.

Al término del período de aplicación de dichos cuestionarios, se recolectará la información por parte del médico residente, este llevara a cabo el registro de los datos en formato de Microsoft Word o Excel, se analizarán los mismos y se procederá al análisis de dicha información.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La Escala para la sobrecarga del cuidador de Zarit, se denomina de manera original como Zarit Care Burden Interview, es un instrumento diseñado por Zarit y Bach- Petersen con la finalidad de valorar la perspectiva subjetiva de la sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Esta escala dentro de su elaboración investiga e identifica los efectos negativos sobre el cuidado en distintas áreas de su vida, dentro de las cuales se encuentran la salud física, la salud mental o psíquica, actividades sociales y recursos económicos, dirigido a la población adulta. La escala de Zarit consta de 22 ítems en forma de pregunta, donde el cuidador debe responder en una escala tipo Likert para asignar un puntaje del 1 al 5. Siendo 1:

nunca, 2: casi nunca, 3: a veces, 4: bastantes veces y 5: casi siempre.

Para la interpretación se considera la puntuación total obtenida de dicha encuesta, sumando todos los ítems, el rango oscila entre 22 y 110 puntos. A mayor puntuación, mayor nivel de carga en el cuidador primario. No existen normas o puntos de corte establecidos. En la versión española se proponen los siguientes cortes: de 22 a 46 puntos sin sobrecarga, 47 a 55 con sobrecarga leve y de 56 a 110 con sobrecarga intensa. Esta Escala de Zarit tiene una fiabilidad relevante, debido a una consistencia interna de 0.91 y una fiabilidad test-rest a los tres meses de 0.86 (anexos).

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Una vez autorizado el protocolo por el comité local de investigación en salud (CLIS), se notificará a las autoridades del cuerpo de gobierno de la UMF No. 94 del IMSS entregando un consentimiento informado a las autoridades de la unidad médica para aplicar el instrumento de evaluación a cuidadores primarios de adultos mayores, posteriormente se verificará que cumpla con los criterios de inclusión y se les aplicará la hoja de recolección de datos que incluye datos sociodemográficos y la escala de Zarit.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de los resultados se utilizará estadística descriptiva, con ayuda de programa estadístico Excel de Microsoft; se realizarán cuadros, tablas y gráficos de los datos y resultados obtenidos de las variables estudiadas.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

Este protocolo se proyectará en sesión clínica de la UMF No. 94 y se publicará en una revista médica indizada.

ASPECTOS ÉTICOS

Este protocolo de estudio de investigación en salud es un trabajo con apego y consideración a

la Ley General de Salud en el artículo 17 fracción 1, el cual cataloga esta investigación como documental, ya que no hace ninguna modificación fisiológica, ni psicológica ni social a los participantes de este estudio, realizando solo el llenado de un cuestionario para recabar información sociodemográfica como de la sobrecarga.

RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

Según los lineamientos nacionales e internacionales de buenas prácticas clínicas, las reglas y normas institucionales, y bajo la supervisión de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, este trabajo se considera sin riesgo para los participantes.

CONTRIBUCIÓN Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO PARA LOS PARTICIPANTES

Los participantes podrán conocer el resultado de su escala contestada y se les otorgará una consejería pequeña para que ellos puedan reconocer e identificar los factores de riesgo y puedan implementar medidas que disminuyan la sobrecarga física y mental por ser cuidadores primarios y se puedan favorecer acciones que mejoren su calidad de vida y de aquellos a quienes cuidan, disminuyendo así el impacto en salud, psicológico y social.

CONFIDENCIALIDAD

La información que se obtenga a partir de los cuestionarios se registrará en bases de datos anónimos y solo se otorgará un folio a cada encuesta realizada para identificar el número de participantes y sea más fácil su búsqueda documental.

CONDICIONES PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La participación en este estudio es de manera voluntaria y con previo consentimiento informado; la investigadora explicará de manera breve y clara a cada participante el objetivo de la encuesta y el llenado del mismo, hasta cerciorarse que el participante ha comprendido en su totalidad lo antes explicado. Tras la invitación a participar en el estudio, podrá acceder o no y entender que puede retirarse del estudio en el momento que así lo desee con la seguridad de que no tendrá

repercusión alguna.

FORMA DE SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Los investigadores invitarán a participar en el protocolo de investigación en salud a aquellos que acudan a solicitar servicio médico para control de enfermedades crónicas o control farmacológico de un familiar adulto mayor de 60 años, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

BALANCE RIESGO-BENEFICIO

La balanza se inclina más hacia los beneficios, ya que este estudio están implícitos aspectos educativos para la salud tanto para el personal investigador como para los participantes, concientizando una mejora en su calidad de vida e identificando factores de riesgo para tener una sobrecarga intensa por el cuidado que realizan, así también debido a que no implica ningún riesgo para el participante ser parte de esta investigación.

RECURSOS

- Humanos: Un investigador asociado y un investigador responsable.
- Físicos: Instalaciones de la UMF No. 94 "Aragón"
- Materiales de Papelería: hojas blancas, encuestas, consentimientos informados, plumas, lápices, tablas de trabajo, computadora, calculadora.
- Tecnológico: Equipo de cómputo con paquetería Microsoft.
- Financieros: Propios de los investigadores.

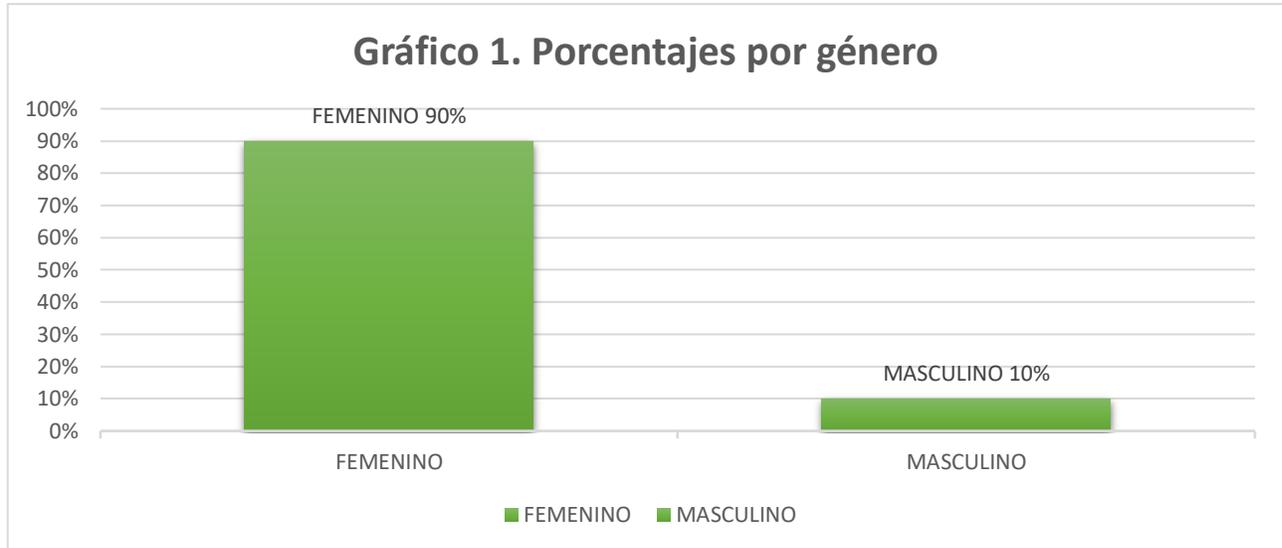
DIFUSIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se proyectará como Sesión General en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 y se pretende publicar en una revista médica indizada.

RESULTADOS

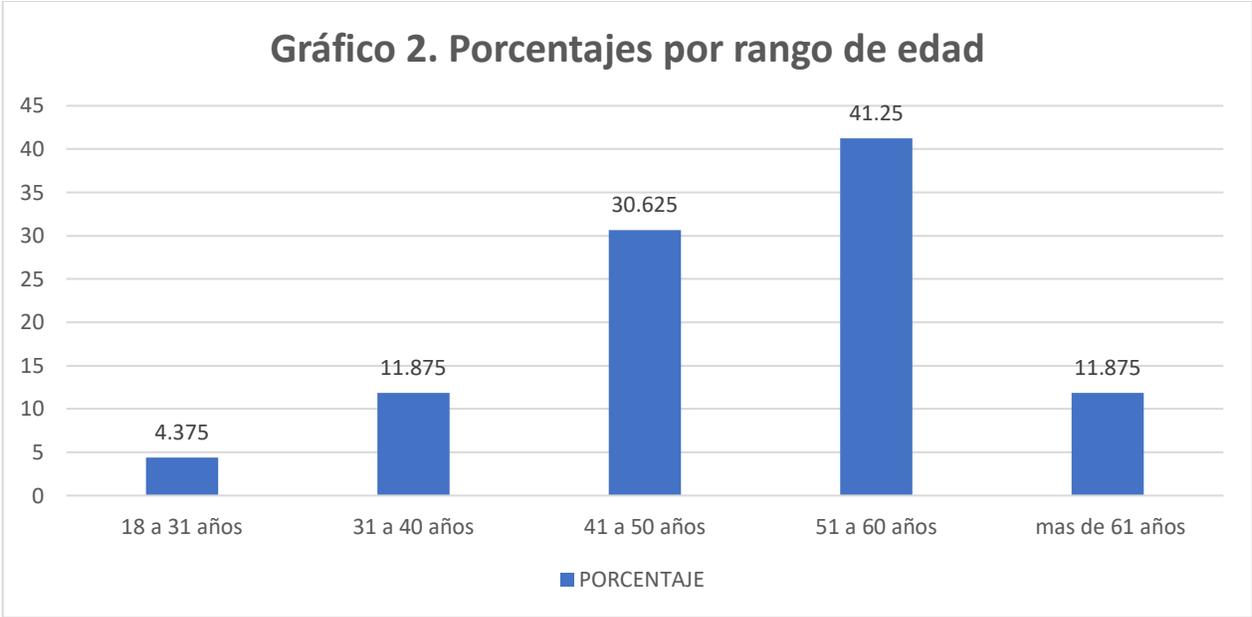
RESULTADOS DEMOGRAFICOS SOBRE LOS CUIDADORES PRIMARIOS

Con un total de 160 participantes (cuidadores primarios de pacientes geriátricos), respecto al género se encontró que el 90% (144) fueron mujeres y 10% (16) fueron hombres. (Gráfico 1)



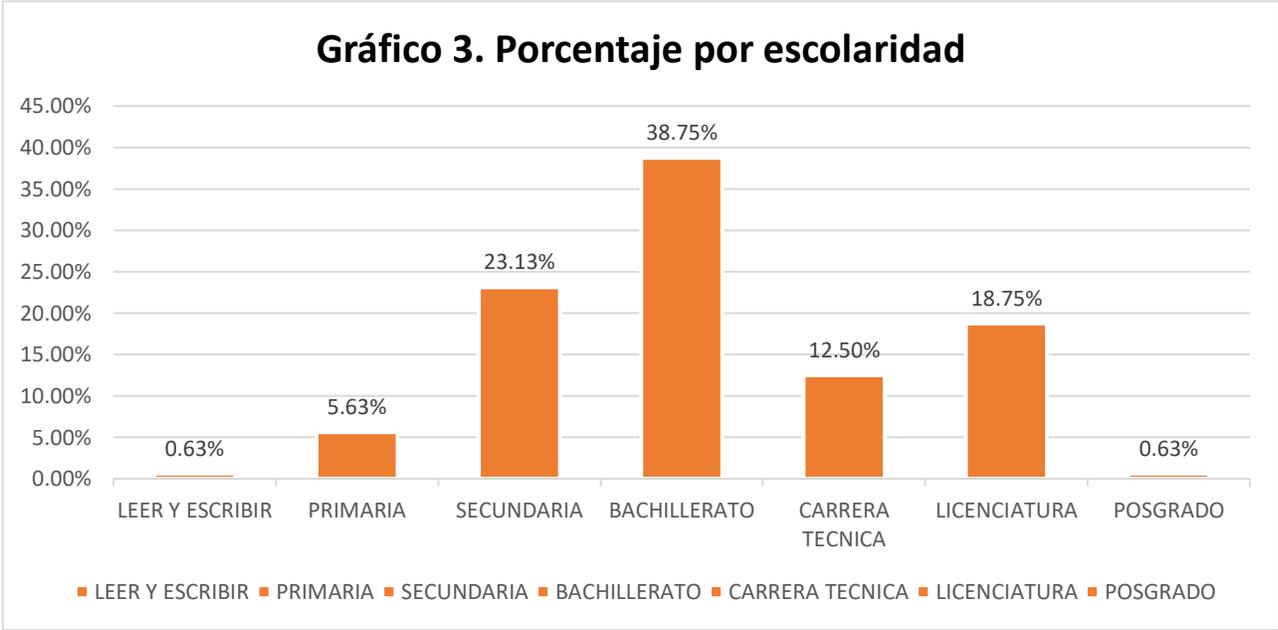
Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS.

Sobre la edad se obtuvo que el 41.25% (66) estaba en el rango de 51 a 60 años, seguido del 30.625% (49) del rango de 41 a 50, 11.875% de 31 a 40 años, 11.875% de más de 61 años y 4.375% para el rango de 18 a 30 años. (Gráfico 2)



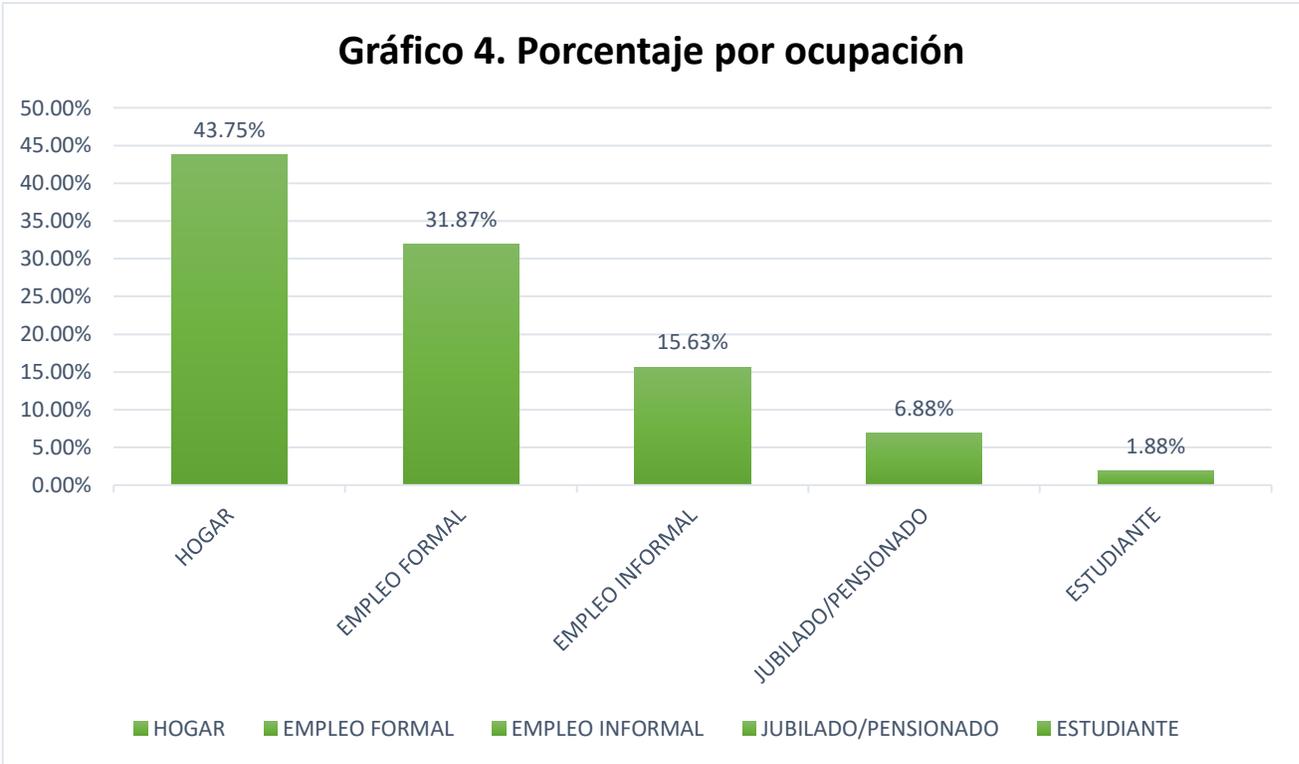
Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS.

En el rubro de escolaridad se encontró que el 38.75% (62) tenían bachillerato, seguido por el 23.125% (37) con secundaria, 18.75% (30) licenciatura, 12.5% (20) carrera técnica, 5.625% (9) primaria, 0.625% (1) sabía leer y escribir y un 0.625% (1) tenía estudios de posgrado. (Gráfico 3)



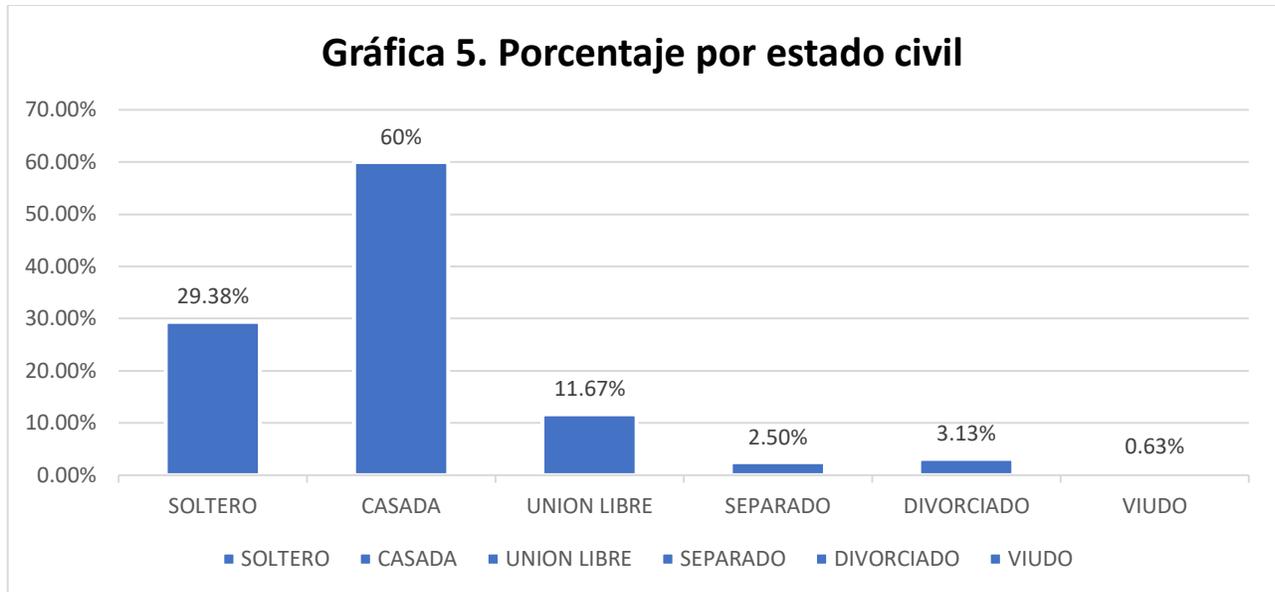
Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS.

Las ocupaciones de los cuidadores primarios, al ser muy diversas se agruparon en 5 grupos principales; hogar, estudiante, empleo formal, empleo informal y jubilado o pensionado. Los resultados arrojaron que la actividad más desempeñada por lo cuidadores primarios fue con un 43.75% (70) las amas de casa o aquellas que se dedicaban al hogar, seguido de los empleos formales con un 31.87% (51), empleo informal con un 15.625% (25), los jubilados o pensionados con un 6.875% (11), y por último los estudiantes con el 1.875% que representan solo 3 participantes. (Gráfico 4)



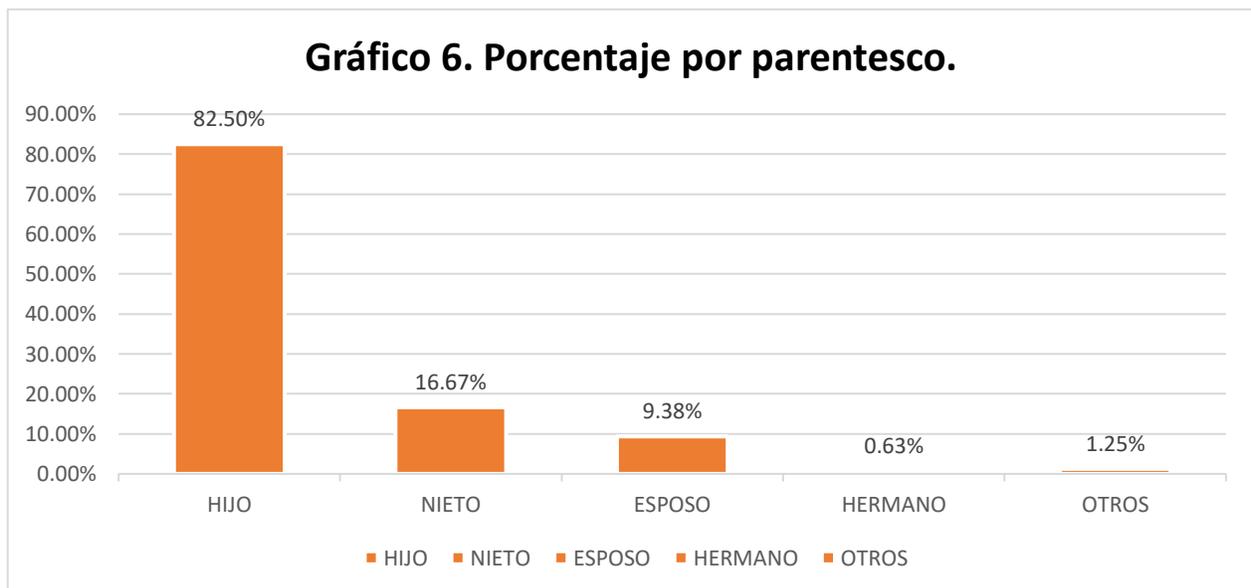
Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS.

De acuerdo al estudio el estado civil dentro de la población fue casado 60% (96), soltero 29.375% (47), unión libre 11.666% (7), divorciado 3.125% (5), separado 2.5% (4), viudo 0.625 (1). (Gráfica 5)



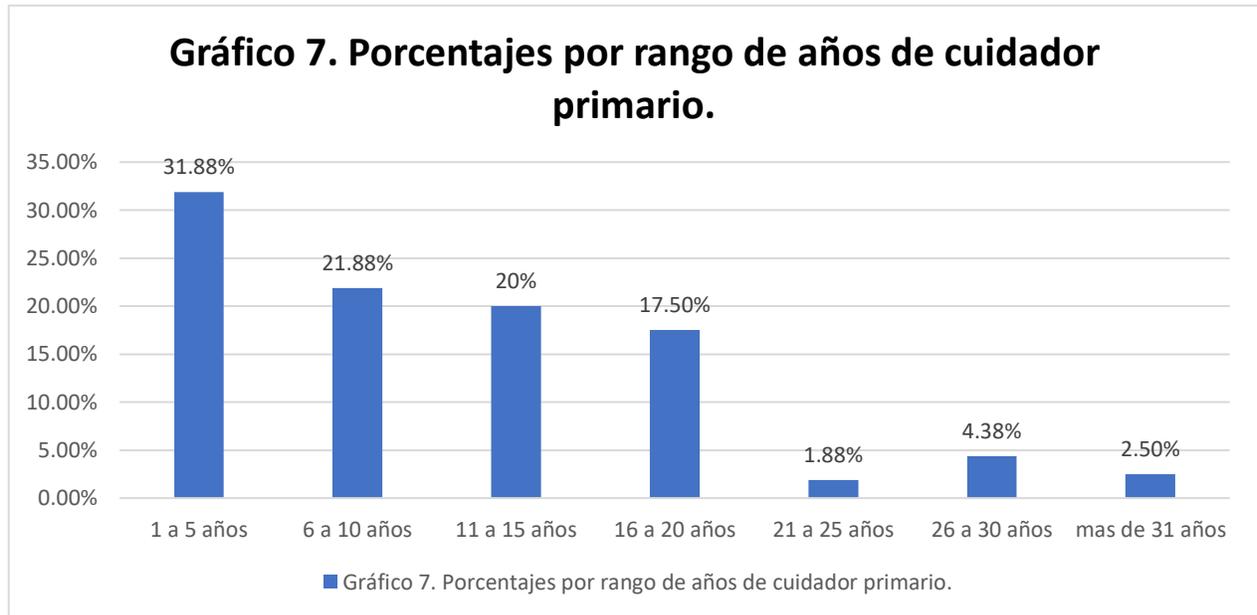
Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS

Los resultados del presente estudio arrojaron que respecto al parentesco el 82.5% (132) son hijos, seguido por los nietos con un 16.66% (10), esposas 9.375% (15), hermano 0.625% (1), y otros (nuera y sobrina) con un 1.25% (2). (Gráfico 6)



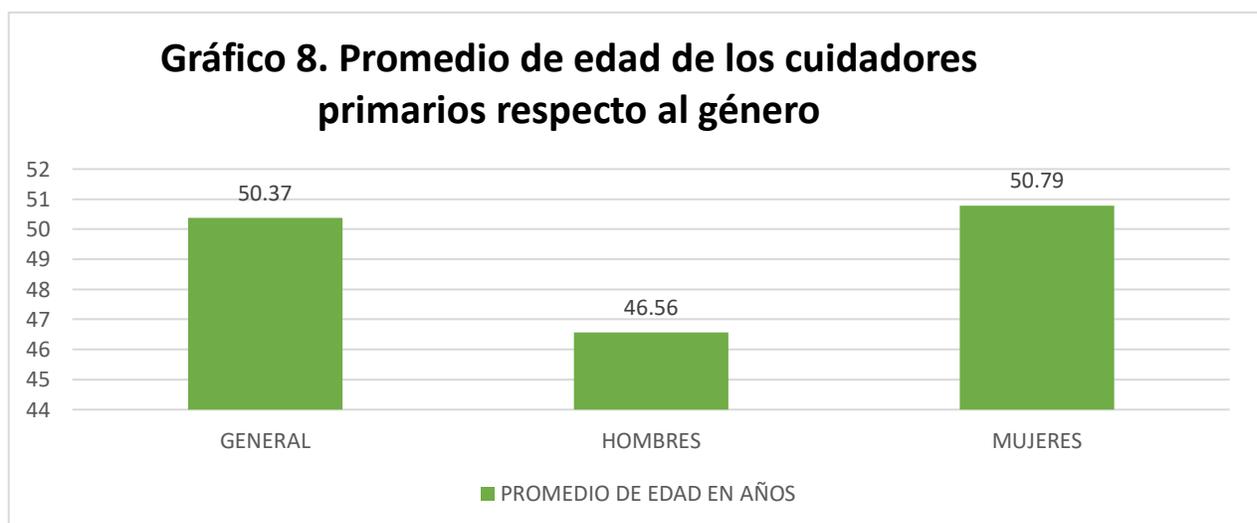
Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS

Sobre la cantidad de años de cuidador se obtuvo que el 31.875% (51) tenían de 1 a 5 años de ser cuidador primario, seguido del 21.875% (35) de 6 a 10 años, 20% (32) de 11 a 15 años, 17.5% (28) de 16 a 20 años, 4.375% (7) de 26 a 30 años, 2.5% (4) más de 31 años y por último 1.875% (3) de 21 a 25 años. (Gráfico 7)



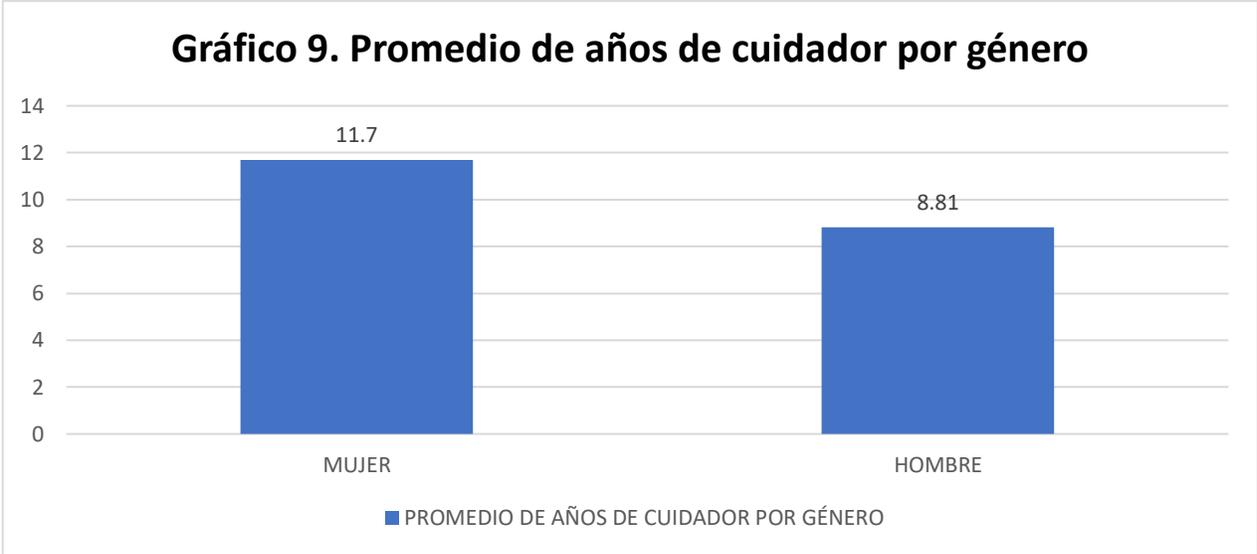
Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS.

El promedio de edad de los participantes fue de 50.37 años en general, siendo en mujeres de 50.74 años y de 46.6 años en hombres. (Gráfico 8)



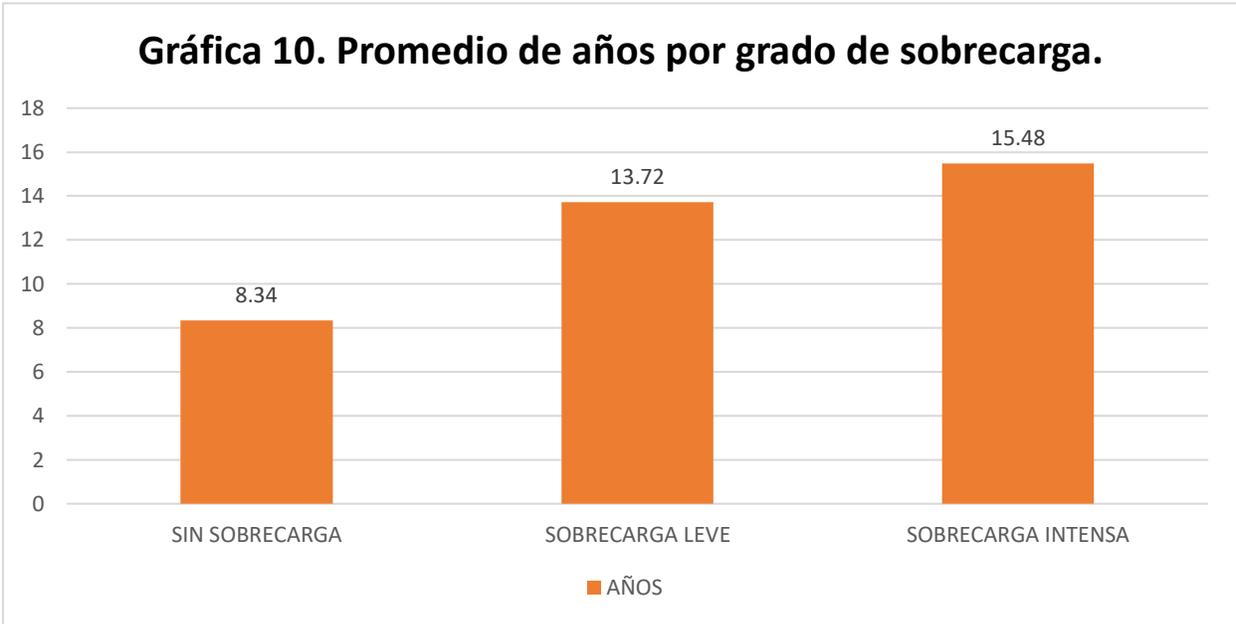
Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS.

El promedio de años de cuidador dividido por género arroja que los hombres en promedio llevan 8.81 años de cuidador mientras que las mujeres llevan 11.7 años en promedio realizando esta actividad dentro de su núcleo familiar. El tiempo mínimo de cuidador fue de 1 año y el máximo registrado fue de 35 años. (Gráfico 9)



Fuente: Hoja de recolección de datos aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 del IMSS.

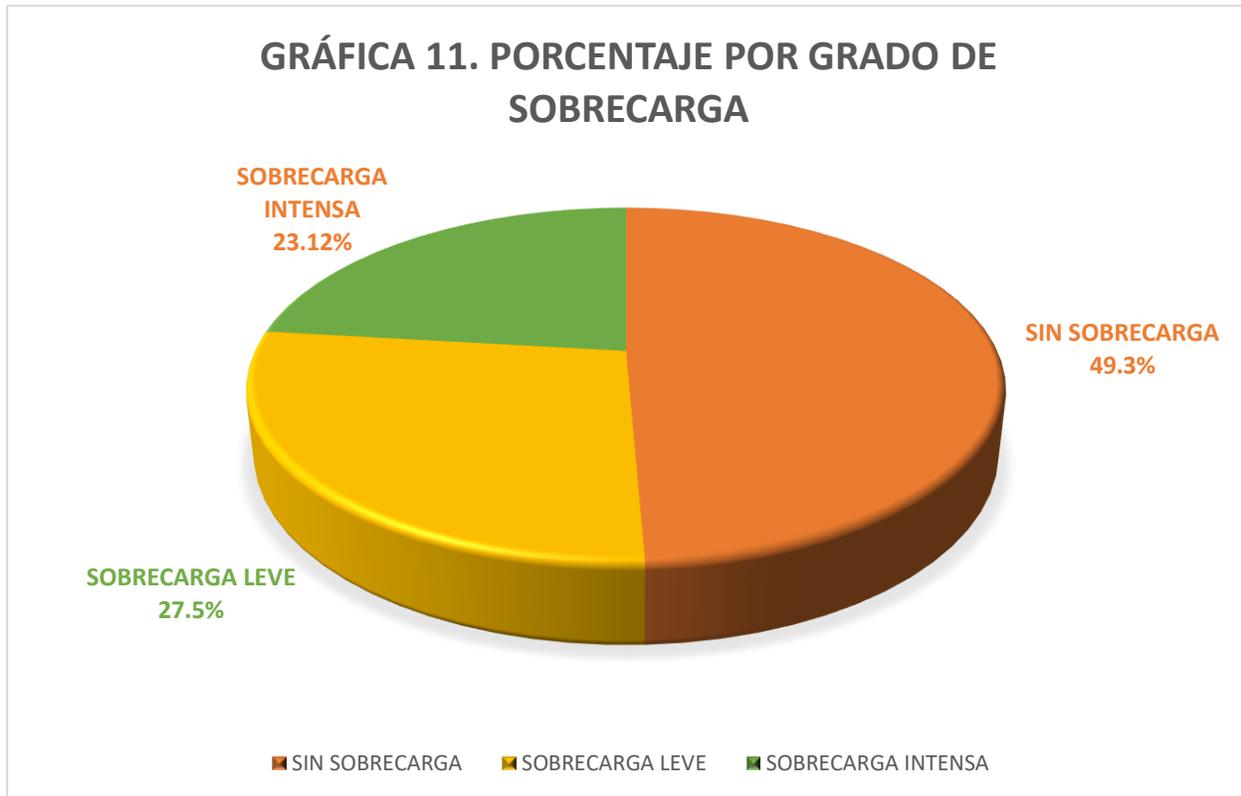
El promedio de años de cuidador fue de 11.47 años en total para toda la población. De la población sin sobrecarga el promedio de años de cuidador fue de 8.34, para los de sobrecarga leve de 13.72 a los y para los de sobrecarga intensa fue de 15.48 años. (Gráfica 10)



Fuente: Escala de Zarit aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 IMSS en agosto y septiembre 2020.

RESULTADOS DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO

El grado de sobrecarga que existe en los cuidadores primarios de la UMF 94, es del 50.62% (81), de los cuales el 27.5% (44) tienen una sobrecarga leve y un 23.12% (37) tienen una sobrecarga intensa lo que equivale a más de la mitad de los cuidadores primarios. (Gráfica 11)



Fuente: Escala de Zarit aplicada a cuidadores primarios de pacientes geriátricos en la UMF 94 IMSS en agosto y septiembre 2020

ANÁLISIS DE RESULTADO

En este estudio se encontró que el porcentaje de cuidadores con sobrecarga fue del 50.62%, siendo las mujeres las que ocupan con mayor frecuencia el rol de cuidadoras en la familia con respecto a sus congéneres, resultados similares obtenidos por Gallardo y Rojas en 2016 en el contexto de Argentina.

Con respecto a la edad casi la mitad de la muestra estaba en el rango de 51 a 60 años y la edad promedio en general de los cuidadores fue de 50.3 años resultado que es similar al de Piñáñez García y colaboradores en el 2016. Así como los porcentajes reportados por el INEGI en donde el sexo femenino en el rango de edad de 50 a 60 es mayor que el masculino. Y por el índice de envejecimiento poblacional de 30.9.

La escolaridad más frecuente en la población de la muestra fue nivel bachillerato, esto corresponde a los porcentajes proporcionados por el INEGI sobre educación en México donde el nivel medio superior ocupa el 21.7% de las personas de 15 años o más con nivel educativo; siendo la CDMX la entidad federativa con mayor nivel de escolaridad en esta misma población.

Las ocupaciones de los cuidadores primarios, al ser muy diversas se agruparon en 5 grupos principales; hogar, estudiante, empleo formal, empleo informal y jubilado o pensionado La ocupación más frecuente fue aquella que no se percibe alguna remuneración económica, es decir las amas de casa que se dedican al hogar con casi la mitad de la muestra, datos concurrentes con los obtenidos por Silva Fhon y colaboradores en el 2016.

Pero derivado de las afectaciones generadas por la emergencia sanitaria que se suscitó durante la realización de este estudio la tasa de desempleo y de personas que se quedaron en casa por cuarentena se modificó.

La mayoría de las cuidadoras eran mujeres casadas y eran hijas del paciente geriátrico; resultados equivalentes obtenidos por Galicia y Arroyo en 2016 en 79 cuidadores primarios de pacientes oncológicos. donde encontraron que predominaba el sexo femenino y las personas en matrimonio. Otros miembros que también se incorporaron en su núcleo familiar a ser los

cuidadores primarios de los pacientes ancianos fueron los nietos con casi la séptima parte de la muestra, seguidos de las esposas siendo casi el 10%. En este estudio se halló también que existen cuidadores primarios que no son familiares directos de los adultos mayores o que no son familiares consanguíneos (nuera y sobrina) con un 1.25%. Esto siendo algo no encontrado en estudios similares.

Casi un tercio de la muestra llevaban entre 1 y 5 años de ser cuidadores primarios, una quinta parte de 6 a 10 años, otra quinta parte de 11 a 15 años y casi una sexta parte de 16 a 20 años, lo que demuestra que la sociedad actual está atravesando por un cambio hacia una población envejecida con una esperanza de vida de entre 74 y 79 años para hombres y mujeres respectivamente según la OMS en 2020, lo que repercute en el cuidador primario al tener que realizar estas funciones en promedio durante 15 a 20 años. Para este estudio se obtuvo que en promedio llevan de entre 8 y 12 años de cuidador los hombres y las mujeres respectivamente. El promedio de edad de los cuidadores fue de 50 años, con esto representando que al finalizar la época laboral en el caso de esta población las mujeres se dedican a cuidar a sus padres en la vejez.

El grado de sobrecarga que se obtuvo en los resultados del presente estudio arrojaron que más de la mitad de los cuidadores presentan algún grado de sobrecarga por el hecho de desempeñar esta función dentro de su familia, de los cuales un cuarto tenía sobrecarga leve y otro cuarto sobrecarga intensa resultados similares a los encontrados por Piñáñez García y colaboradores en el 2016 en donde encontraron que el Grado de sobrecarga estaba en el 50%,

CONCLUSIONES

No se cumplió la expectativa empírica, ya que resultó que el 50.62% tenían algún grado de sobrecarga o desgaste del cuidador primario y se trabaja con la expectativa empírica del 60% tenían sobrecarga del cuidador primario.

Mediante la investigación realizada igualmente se concluyó lo siguiente:

- Que SI existe sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes adultos mayores de 60 años con un 50.62% en la UMF No. 94 del IMSS.
- Que las mujeres ocupan la primera posición de realizar actividades de cuidado a los adultos mayores.

- Que la edad promedio de los cuidadores es de 50 años.
- Que el tiempo promedio de ser cuidador primario varía entre hombre y mujeres, siendo de 8.8 años mientras que para las mujeres fue de 11.7 años.
- Que entre más tiempo de cuidador aumentaba la sobrecarga de los cuidadores primarios.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados demostraron que a la mujer se le ha asignado evolutivamente ese rol de cuidadora y en gran porcentaje son las hijas las que cuidan a sus padres más que sus hermanos varones. El estado civil es otro rubro importante de mencionar ya que la mayoría se encontraba casada seguida de aquellas mujeres que eran solteras, es decir el rol de esposa tal vez se intercambia por el de cuidadora.

Esta condición sociocultural que se ha arraigado en casi todo el mundo y con alta prevalencia en México se deriva de que la sociedad le designa el rol de cuidadora de los hijos a las mujeres y esto las hace más preparadas para cuidar posteriormente a sus padres cuando estos envejecen y requieren de apoyo adicional, así mismo la sociedad designa el rol de proveedor al hombre por lo que en ellos no es esperado que realicen actividades de cuidado a otros miembros de la familia, aunque existen excepciones en este estudio en el que algunos de los participantes varones realizaban el rol de cuidador primario pero en menor porcentaje comparado con el del género femenino.

El parentesco de los cuidadores primarios es un rubro importante de aludir ya que las hijas representan a la mayoría del grosor de la población que se dedica a los cuidados de los adultos mayores.

Esto sólo confirma que se han transmitido a lo largo de los años en las familias mexicanas los patrones culturales de patriarcado y machismo. Situación que es común observar en países en vías de desarrollo incluido México. Todo esto representa que la mujer desempeña roles de hija, esposa, madre, cuidadora y trabajadora.

La edad promedio de los cuidadores fue de 50.3 años, y en su mayoría contaba con estudios de

bachillerato lo que representa que esta población está académicamente preparada y además desempeña también funciones relevantes en el ámbito familiar, laboral y social. Estos cuidadores al ofrecer cuidados asistenciales a sus familiares pueden priorizar más las necesidades de aquellos a los que cuidan que sus propias necesidades y satisfacciones personales, lo que origina un ciclo de frustración y depresión lo que puede suscitar en desgaste físico, mental, estados de ansiedad, depresión y enfermar al cuidador.

El sistema de salud en México por la demografía actual en la que el grupo etario que predomina en la consulta externa de Primer Nivel son los Adultos mayores de más de 60 años, tiene que prepararse para enfrentar no solo las enfermedades que este grupo de edad si no también las derivadas de sus cuidadores primarios ya que la salud de uno perjudica exponencialmente la salud del otro y viceversa. Lo que hace que las actividades preventivas y estrategias educativas sean un área de oportunidad para trabajar en los Unidades de Medicina Familiar de nuestro País; con lo que se podría impactar benéficamente con la disminución de la atención por enfermedades prevenibles en estos grupos y así disminuir costos de atención médica, insumos y personal de salud.

Siendo así que entre más años de cuidador el grado de sobrecarga va aumentando por el desgaste físico y mental de los cuidadores. Por lo que es importante el realizar una terapia intervencionista en este grupo de pacientes que si no se dan las atenciones y medidas pertinentes pueden desencadenar más demanda al sistema de salud en México.

El factor económico fue el rubro en el que los cuidadores se sentían más presionados o con mayor preocupación ya que la mayoría no desempeñaba funciones sociales que fueran remuneradas económicamente con un salario, se concebían más desamparados; lo que contribuye a la sensación de sobrecarga e incertidumbre.

La funcionalidad de los adultos mayores también repercute de manera positiva o negativa en la sobrecarga de sus cuidadores ya que las comorbilidades y los síndromes geriátricos afectan la dependencia o independencia de estos adultos mayores, de tal forma que; pacientes adultos mayores con mayor independencia de sus actividades rutinarias hace más livianas las diligencias de sus cuidadores por lo que sería importante tomarlo como línea de investigación en el futuro.

SUGERENCIAS

1. Se recomienda la realización de un plan de seguimiento estandarizado a los cuidadores primarios en las UMF. Utilizando a todo el equipo disciplinario de las clínicas de primer nivel de atención.
2. Realizar terapias de apoyo a los adultos mayores para obtener un envejecimiento exitoso y así disminuir la carga de los cuidadores primarios.
3. Investigar las consecuencias y secuelas a medio y largo plazo de las comorbilidades en los pacientes geriátricos.
4. Apoyo psicológico y emocional a los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores. Ya que se ha enfocado más en las enfermedades de ellos que de aquellas personas que los cuidan. Y así prevenir abandono, y violencia hacia este grupo etéreo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Candela C, Reuss Fernández J. Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Madrid: Editores Médicos; 2004, p.25-30.
2. Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatria y gerontología para el médico internista. Bolivia: La hoguera investigación; primera edición, 2012, pág. 644.
3. Ávila Fernatt Flor M., Definición y objetivos de la geriatría, Medigraphic, El Residente, Vol. 5 Número 2, mayo-agosto, 2010, pág. 49-54.
4. González César A., Ham-Chande Roberto. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2007 ene [citado 2020 Ago 26]; 49(Suppl4): s448-s458.
5. Gutiérrez Robledo L, Kershenovich D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, 3a. edición, México: UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriatria, 2015.
6. OMS | Envejecimiento [Internet]. Who.int. [actualizada el 2017; acceso el 27 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/> .
7. Leal-Mora, David, Flores-Castro, Miguel, Borboa-García, Carlos, La geriatría en México. Investigación en Salud [Internet]. 2006; VIII (3):185-190. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280308>
8. GPC Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor. México: Secretaría de Salud, actualización 2014. Catalogo maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-479-11.
9. GPC Manejo de los Síndromes Geriátricos Asociados a Complicaciones Postoperatorias. México: Secretaría de Salud, Catalogo maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-612-13.
10. Parra Guaicha MI, Factores de riesgo asociados a los síndromes geriátricos en los adultos mayores del centro gerontológico del Cantón Yantzaza, Universidad nacional de Loja, Área de la salud humana, 2016.
11. Zapata-Ossa Helmer. Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali. Rev. salud pública [Internet]. 2015 July [cited 2020 Aug 26]; 17(4): 589-602.
12. Hazzard W. Principles of geriatric medicine and gerontology. New York, 5th Ed.: McGraw-

- Hill; 2003: 1487-1502.
13. Lee Y., The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults, *Journal of Epidemiology & Community Health* 2000;54:123-129.
 14. Gonzáles-Mechán Milton Carlos, Leguía-Cerna Juan, Díaz-Vélez Cristian. Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. Chiclayo, Perú. *Horiz. Med.* [Internet]. 2017 Jul [citado 2020 Ago 26]; 17(3): 35-42.
 15. Fried L, Tangen C. Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, et al., Frailty in older adults evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 2001; 56 (3): M146–M157.
 16. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62(7):722-727. doi:10.1093/gerona/62.7.722
 17. Díaz de León González E, Tamez Pérez HE, Gutiérrez Hermosillo H, Cedillo Rodríguez JA, Torres G. Fragilidad y su asociación con mortalidad, hospitalizaciones y dependencia funcional en mexicanos de 60 años o más, *Med Clin Barc.*, 2012;138(11):468-474.
 18. Heuberger RA. The frailty syndrome: a comprehensive review. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2011;30(4):315-368.
 19. Abizanda Soler P, López-Torres Hidalgo J, Romero Rizos L, et al. [Normal data of functional assessment tools of the elderly in Spain: the FRADEA study]. *Atencion Primaria.* 2012 Mar;44(3):162-171.
 20. Avila-Funes, Alberto & Helmer, Catherine & Amieva, Hélène & Barberger-Gateau, Pascale & Goff, Mélanie & Ritchie, Karen & Portet, Florence & Carrière, Isabelle & Tavernier, Béatrice & Gutiérrez-Robledo, Luis & Dartigues, Jean-François. (2008). Frailty Among Community-Dwelling Elderly People in France: The Three-City Study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 2008;63(10):1089–96.
 21. Beers M, Berkow R, Bogin R, Fletcher A, Rahman M. *The Merck manual of geriatrics.* Whitehouse Station, N.J.: Merck Research Laboratories; Sec. 5, Ch 40, Dementia 2000.
 22. Duthie E. *Practice of geriatrics.* Chapter 25 Dementia, St Louis: 2007, p 319-334
 23. GPC Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención IMSS-144-08.
 24. GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención IMSS-144-08.
 25. GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención IMSS-144-08.

- el Primer Nivel de Atención, Catálogo maestro IMSS-194-10.
26. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*. 2018;29(3):182-191.
 27. Klug G, Lacruz M, Emeny R, Häfner S, Ladwig K, Huber D. Aging Without Depression: A Cross-Sectional Study. *Psychodynamic Psychiatry*. 2014;42(1):5-22.
 28. Aung M, Moolphate S, Aung T, Kantonyoo C, Khamchai S, Wannakrairot P. The social network index and its relation to later-life depression among the elderly aged \geq 80 years in Northern Thailand. *Clinical Interventions in Aging*. 2016; Volume 11:1067-1074.
 29. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. Depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam*. 2012; 14(5):5-13.
 30. Mitjams M, Arias B. La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(2):70- 83.
 31. Zhou H, Li R, Ma Z, Rossi S, Zhu X, Li J. Smaller gray matter volume of hippocampus/parahippocampus in elderly people with subthreshold depression: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:219. doi:10.1186/s12888-016-0928-0.
 32. Taki Y, Kinomura S, Awata S, et al. Male elderly subthreshold depression patients have smaller volume of medial part of prefrontal cortex and precentral gyrus compared with age-matched normal subjects: a voxel-based morphometry. *J Affect Disord*. 2005; 88(3):313-20.
 33. Díaz B, González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatria*. 2012; 11(3):106-115.
 34. Kales HC, Maixner DF, Mellow AM. Cerebrovascular disease and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005; 13(2):88-98.
 35. Dell'Osso L, Carmassi C, Mucci F, Marazziti D. Depression, serotonin and tryptophan. *Curr Pharm Des*. 2016; 22(8):949-54.
 36. Meuldijk D, Wuthrich V. Stepped-care treatment of anxiety and depression in older adults: A narrative review. *Australian Journal of Rural Health*. 2019;27(4):275-280.
 37. Pérez E, Blanco E. El paciente con síndrome de inmovilidad. En: Macías Núñez JF, Guillén Llera F, Ribera Casado JM, editores. *Geriatría desde el principio*. Barcelona: Glosa; 2001. p. 179-84
 38. Brian J. Carey, John F. Potter, Cardiovascular causes of falls, *Age and Ageing*, Volume 30, Issue suppl_4, November 2001, Pages 19–24.

39. González Madrigal Lady Natalia, Síndrome de inmovilización en el Adulto Mayor, Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica LXXI (616) 551 - 555, 2015,
40. GPC Intervenciones de Enfermería para la atención del Adulto Mayor con Síndrome de Inmovilidad, Catálogo Maestro IMSS -703-14.
41. Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. Manual de Geriatria. Barcelona: Masson; Características de las enfermedades en Geriatria.Enfermedades más frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en Geriatria.2007.
42. Ribera Casado J, Cruz Jentoft A. Geriatria en atención primaria. Madrid: Aula Médica; 2008, p. 133-140.
43. Rodríguez Rivera L., Incontinencia urinaria en el adulto mayor, GEROINFO, RNPS. 2110. Vol. 1 No. 1. 2005.
44. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Incontinencia Urinaria en la Persona Adulta Mayor. Secretaria de Salud 2010, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
45. García Zenón Tania, Villalobos Silva José Antonio, Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo, Med. Int. Mex. 2012;28(1):57-64.
46. González I, Lorenzo A. Propuesta teórica acerca del estrés familiar. Revista electrónica de psicología Iztacala, 2012;5(2).
47. Leira M., Vales L., Manual de bases biológicas del comportamiento humano, Universidad de la República. 2012;9(4):179.
48. GPC Detección y manejo del colapso del cuidador, Catalogo maestro de Guías de Práctica clínica IMSS 781-15.
49. Brenda Selene, Alvarado Aguilar S. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. Revista de Cancerología 2009; 4: 39-46.
50. Astudillo W. Mendinueta C., Astudillo E., El síndrome del agotamiento en los Cuidados Paliativos, Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, EUNSA, 4ta edición, Barañain. 2002: 514-525.
51. Robles S., Una vida cuidando a los demás. Una "carrera" de vida en ancianas cuidadoras, Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 1er Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile del 14 al 18 de julio de 2003.
52. Del Río B. Emergencia del cuidado informal como sistema de salud. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza;

- 2008.
53. Ramos R, Figueroa L., El cuidado informal: elemento esencial en el cuidado de la salud. Emergencia del cuidado informal como sistema de salud. Primera Edición, Ciudad de México: Porrúa;2008.
 54. Rivera J. Redes Familiares en el Cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional Madrid Consejo Económico y Social 2001.
 55. Méndez L, Giraldo O, Aguirre D, Lopera F. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. Rev. Chil Neuropsicol. 2006;5(2):137-45.
 56. Carrillo GM, Chaparro L, Sánchez B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana. Cienc Enferm. 2014;20(2):83-91
 57. Martínez FE. Recuperación de la salud del cuidador principal, en proyecto sociocultural. Los Sitios, Centro Habana. Enferm Glob. 2012;11(25):92-103.
 58. Espinoza K, Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Cienc Enferm. 2012;18(2):23-30
 59. Prieto E, Arias N, Villanueva Y, Jiménez A. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Med Int Méx. 2015; 31:660-8.
 60. Camacho Estrada I. Yokebed Hinostrosa A. Jimenez Mendoza A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el Tiempo de Cuidado., Enferm Univ., 2010;7(4):35-41.
 61. Zambrano Cruz R, Ceballos Cardona P. Síndrome de carga del cuidador, Revista Colombiana de Psiquiatría 2007; XXXVI, pág. 26-39.
 62. Fernández de Larrinoa Palacios P, Martínez Rodríguez S, Ortiz Márquez N, Carrasco Zabaleta M y col. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. Psicothema 2011; 23:388-393.
 63. Lara Palomino G, González Pedraza-Aviles A, Blanco Loyola LA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Rev Esp Med Quir 2008; 13:159-166.
 64. De los Reyes MC. Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. [Monografía en Internet]. Brasil: Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur; 2001.

65. Bayés R, Arranz P, Barbero J, Barreto P. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Medicina Paliativa* 1996, 3, 114-121.
66. Sánchez-Ayenes M. La mujer como proveedora principal de apoyo a los ancianos; el caso de Puerto Rico. *Género, mujer y salud*. Publicación científica no. 541. Washington; OPS, 1993
67. Alpuche-Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas-Russell ME, Figueroa-López CG. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 2008; 18:237-245.
68. Cardona A., Doris; Segura C, Ángela M.; Berbesí F, Dedsy Y.; Agudelo M., María A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 30-39.
69. Sierra Leguía Luis, Montoya Juárez Rafael, García Caro María Paz, López Morales Manuel, Montalvo Prieto Amparo. Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index Enferm [Internet]*. 2019 jun [citado 2020 Ago 27]; 28(1-2): 51-55.
70. Breinbauer K. H., Vásquez V. H., Mayanz S. S., Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*. 2009;137(5).
71. Martínez, RE, Díaz VF, Gómez BE, Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer. *Altepepaktli*. 2010; 6(11):32-41.
72. Piñáñez García M, Re Domínguez M , Núñez Cantero A. Overload in primary caregivers of Older Adults *Rev. Salud Pública Parag*. 2016; Vol. 6 N° 2; Julio- diciembre, 10-15.
73. Jack Roberto Silva Fhon, Judyth Tereza Gonzales Janampa, Teresa Mas Huaman, Sueli Marques, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor, *Av. enferm.*, Volumen 34, Número 3, p. 251-258, 2016.
74. Descripción de Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, Consejería de familia y asuntos sociales, Comunidad de Madrid.
75. Organización Mundial de la Salud. *Temas de Salud. Género* (Citado 2019). Disponible en; <http://www.who.int/topics/gender/es/>
76. Definición de edad (citado en 2019). Disponible en: <https://definicion.de/edad/>
77. Instituto registral y catastral del estado de Puebla Definición del Registro del estado civil (citado 2019). Disponible en:

http://www.ircep.gob.mx/pdf/definicion_del_registro_del_estado_civil.pdf

78. Diccionario jurídico. (citado 2019). Disponible en: <http://diccionariojuridico.mx>

79. The free dictionary by farlex. Ocupación (Citado 2019). Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/ocupaci%C3%B3n>

80. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. (Citado 2019). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id>

81. Definición de: Definición de cuidado. (Citado 2019). Disponible en <https://definicion.de/cuidado/>



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

**GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES
 GERIATRICOS DE LA UMF No. 94**

Anexo 1 Hoja de recolección de datos

1. Datos Generales Folio: _____
 Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Tiempo de cuidador: _____

2. Escala de Zarit
 Opciones: 1: Nunca 2: Rara vez 3: Algunas veces 4: Bastantes veces 5: Casi siempre

¿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 Ud.?	
¿Se siente agobiado 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 cuidar 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 Ud.?	
¿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 al cuidado de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	
¿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?	
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué 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 tu familiar?	

Menos de 47 pts. sin sobrecarga ___ 47-55 pts. sobrecarga leve _ más de 55 pts. sobrecarga intensa ___



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONOCIMIENTO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA UMF No. 94
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, a _____ de _____ del 2020.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Justificación: En los últimos años se ha producido una ralentización en el crecimiento poblacional, que se acompaña de una alteración de la distribución por grupos de edad. Todos los expertos que estudian las consecuencias de este envejecimiento afirman que el principal problema será la dependencia y como dar cobertura a las necesidades de atención de las personas dependientes, que se verán muy incrementadas.</p> <p>Las tendencias de futuro indican un incremento de la demanda de cuidados durante la vejez, tanto por la propia evolución demográfica, como por el continuo aumento de la morbilidad a edades avanzadas. La oferta asistencial extrahospitalaria, que cubre atención sociosanitaria en distinto grado como los centros de día, hospital de día, residencias de ancianos para válidos y asistidas, asistencia a domicilio, aunque va en rápido aumento, es insuficiente para las necesidades actuales y habrá que adaptarla a las previsiones existentes.</p> <p>Objetivo: Identificar el grado de sobrecarga del cuidador primario de los pacientes geriátricos de la UMFno.94</p>
Procedimientos:	Responder algunos datos personales, y contestar la escala de Zarit que incluye 22 ítems orientadas a conocer el grado de sobrecarga de los cuidadores primarios.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos, debido a que la participación consiste en responder algunos datos; la molestia puede ser el dedicarle aproximadamente 10 minutos a contestarlo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Hacer consciencia de la importancia de conocer el grado de sobrecarga en los cuidadores e identificar factores de riesgo que propician esta sobrecarga, así como realizar actividades que mejoran la calidad de vida de los participantes y de aquellos a quienes cuidan. Disminuyendo el impacto a la Salud
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El grado de sobrecarga que obtengan los cuidadores primarios se dará a conocer de manera inmediata al contestar el instrumento, y se resolverán dudas y se otorgará una retroalimentación para reforzar la información
Participación o retiro:	Los participantes tienen la plena libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin que ello afecte o intervenga la atención médica que recibe su familiar en la unidad médica del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que se recaben se trabajarán con estricta confidencialidad, no hay manera de identificar la procedencia de los datos de cada uno de los participantes, ya que se foliarán con número consecutivo los datos obtenidos; además, los instrumentos y las hojas de recolección de datos, no se divulgarán y no estarán en manos de personas ajenas a la investigación.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se otorgará la orientación necesaria, y la derivación oportuna en la consulta externa de Medicina Familiar en caso de identificar datos que por interrogatorio no coincidan con el abordaje clínico, y en caso necesario envió al área correspondiente
Beneficios al término del estudio:	Reconocer el grado de sobrecarga que tienen los cuidadores primarios de pacientes geriátricos, identificando a los participantes vulnerables de presentar algún deterioro en su salud física y mental y se motivará para seguir investigando acerca del padecimiento, y favorecer una mejor calidad de vida del cuidador.

Investigador Responsable: Dra. Esther Azcárate García, matrícula: 99362280, teléfono: 5767 27 99, extensión: 21407, correo electrónico: esther.azcarateg@imss.gob.mx

Colaboradores: Dra García Zárate Eunice Veneranda, matrícula: 97364807, teléfono 5540918838, correo electrónico: eunice.gaza@outlook.com

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 de participante

TESTIGO 1 Nombre, dirección, relación y firma

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

Anexo 3. Cronograma de Actividades

GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES GERIATRICOS DE LA UMF No. 94.

	ENE- MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	OCT 2020	NOV 2020
Seminario de investigación	P	P							
	R	R							
Selección del tema			P						
			R						
Búsqueda bibliográfica				P	P				
				R	R				
Realización de marco teórico					P	P			
					R	R			
Solicitud de permiso en el uso de instrumento						P			
						R			
Solicitud de revisión por el CLIS.							P		
							R		
Recolección de la muestra								P	
								R	
Análisis de resultados								P	
								R	
Difusión de la investigación									P

P=Programado

R=Realizado