



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°3
CIUDAD VALLES
SAN LUIS POTOSI

TITULO

**“NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS
CON DISCAPACIDAD FISICA CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 11, RASCON S.L.P.”**

TESIS

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

JUAN FRANCISCO DIAZ CERVANTES



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

CD VALLES, S.L.P.

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°3
CIUDAD VALLES SAN LUIS POTOSI**



**NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS CON
DISCAPACIDAD FISICA CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 11, RASCON S.L.P.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

JUAN FRANCISCO DIAZ CERVANTES

DIRECTOR(A) DE TESIS

DRA VERÓNICA TZITLALI SANTACRUZ PÉREZ

MEDICO FAMILIAR

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMF N°3 CD VALLES S.L.P.

No DE REGISTRO COFEPRIS 17 CI 24 028 082

REGISTRO BIOETICA 24 CEI 003 2018072

NUMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL

R-2020-2402-052



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS
CON DISCAPACIDAD FISICA CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 11, RASCON S.L.P."**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta

JUAN FRANCISCO DIAZ CERVANTES

AUTORIZACIONES U.N.A.M.



DR JAVIER SANTACRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



DR GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

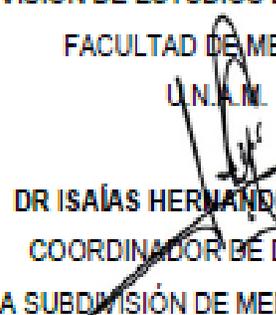
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN

DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



DR ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA

DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.



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

**"NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS
CON DISCAPACIDAD FISICA CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 11, RASCON S.L.P."**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta

JUAN FRANCISCO DIAZ CERVANTES

AUTORIZACIONES LOCALES

DR. JUAN SANCHEZ RAMOS

**COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SAN LUIS POTOSI**

DR. CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ

**COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SAN LUIS POTOSI**

DRA. VERÓNICA TZITLALI SANTACRUZ PÉREZ

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF N°3 CD VALLES S.L.P.**

DRA. ANA BERTHA DECILOS MARTÍNEZ

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
SEDE UMF N°3 CD VALLES SLP**

CD VALLES S.L.P.

2022

**"NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS
CON DISCAPACIDAD FISICA CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 11, RASCON S.L.P."**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta

JUAN FRANCISCO DIAZ CERVANTES

ASESORES



DRA VERÓNICA TZITLALI SANTACRUZ PÉREZ

MEDICO FAMILIAR

ASESOR METODOLOGICO

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMF Nº3 CD VALLES S.L.P.



DR OSMAN DAVID ACOSTA ORTEGA

MEDICO PEDIATRA

ASESOR ESTADISTICO Y METODOLOGICO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA Nº6 CIUDAD VALLES S.L.P.

CD VALLES S.L.P.

2022



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2402.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 24 028 082

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 24 CEI 003 2018072

FECHA Lunes, 28 de septiembre de 2020

Dr. Juan Francisco Díaz Cervantes

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS CON DISCAPACIDAD FISICA CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 11, RASCON S.L.P que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2020-2402-052

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

ATENTAMENTE


Dr. Rossana Mireya Martínez Bucio
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2402

Imadmir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

DEDICATORIA

Está Tesis la dedico con mucho cariño a mi familia quien ha estado conmigo en todo momento apoyándome para salir adelante, por creer en mí en mis sueños y anhelos, porque sé que siempre puedo contar con ellos a cada paso que doy.

Al honorable instituto mexicano del seguro social y a todo el personal que lo conforma, por su gran apoyo como facilitador que ha hecho posible este proyecto.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, gracias a Dios por permitir un logro más en mi vida profesional, por darme las fuerzas para afrontar todos los obstáculos que se han presentado a lo largo de este caminar, por la sabiduría y la paciencia que me ha brindado durante toda mi carrera profesional.

A mi hija Zoe que siempre ha estado conmigo en todo momento, quien me impulsa cada día a seguir adelante y nunca rendirme.

A mis hermanos por su apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera profesional

A mis asesores por orientarme y tenerme paciencia en la realización de esta tesis.

A nuestra profesora titular por compartir con nosotros todos sus conocimientos y por apoyarnos siempre en todo momento.

INDICE GENERAL

RESUMEN	13
MARCO TEORICO.....	14
JUSTIFICACIÓN	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
HIPOTESIS	26
OBJETIVOS	27
OBJETIVO GENERAL:	27
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	27
MATERIAL Y METODOS	28
CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO	28
POBLACION DE ESTUDIO:	28
TIPO Y DISEÑO METODOLOGICO:	29
TIPO DE ESTUDIO:.....	29
DISEÑO:	29
CRITERIOS DE SELECCION:	30
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	30
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	30
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	30
TAMAÑO DE LA MUESTRA	31
SELECCION DE LA MUESTRA.....	31
PERIODO DE TIEMPO DEL ESTUDIO:	31
DEFINICION DE VARIABLES:.....	32
VARIABLE DEPENDIENTE:	32
VARIABLE INDEPENDIENTE:.....	32
VARIABLES INTERVINIENTES.....	32
VARIABLES CONFUSORAS	32
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
TABLA 1.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	33
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO Y DEL ANALISIS DE DATOS	36
PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS:	36

OBJETIVOS	38
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:.....	38
ÍNDICE DE BARTHEL (IB):	38
EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (IRD):	39
ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	40
ASPECTOS ETICOS.....	41
RECURSOS HUMANOS Y FISICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	42
RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO.....	42
FACTIBILIDAD	42
RESULTADOS:	43
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES	56
LIMITACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	61
ANEXO 1. CARTA CONSENTIMIENTO:	61
ANEXO 2.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	62
ANEXO 3.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: APLICADO AL CUIDADOR	63
ANEXO 4.- ESCALA DE ZARIT PARA NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR:	64
ANEXO 5.- TEST DE BARTHEL PARA MEDIR EL NIVEL DE DEPENDENCIA	65
ANEXO 6.- NO INCONVENIENTE: PARA DESARROLLO DE PROYECTO.....	66

RESUMEN

Título. Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la unidad de medicina familiar 11, Rascón S.L.P

Autores, Juan Francisco Díaz Cervantes, Verónica Tzitzlali Santacruz Pérez, Osman David Acosta Ortega

Introducción. Los procesos de enfermedad generando discapacidad con algún grado de dependencia, representan grandes preocupaciones en la mayoría de los países desarrollados, sin embargo, cuidar a estas personas y tomar decisiones en medio de alternativas difíciles, no es una tarea fácil ya que es posible presentar un nivel de sobrecarga por la actividad asumida.

Objetivo. Estadificar el nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la unidad de medicina familiar 11, Rascón S.L.P.

Metodología. Se trató de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo. Donde la población estuvo conformada por cuidadores no remunerados; mujeres y hombres con edad mayor o igual a 18 años, que se encontraban brindando el cuidado a adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia, participaron de manera autónoma y voluntaria a través del consentimiento informado; se aplicaron dos instrumentos validados, el índice de dependencia de barthel y el test zarit cuyo fin fue identificar el nivel de sobrecarga del cuidador.

Consideraciones éticas. Este trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 13 y 17 categoría 1, investigación sin riesgo debido a que los individuos a participar en este estudio solo aportaran datos por medio de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni psicológicos. Texto vigente última reforma publicada dof 02-04-2014.

Resultados. Encontramos que los cuidadores principales en su mayoría son mujeres, de edad adulta, cónyuges, comerciantes, con escolaridad primaria, morbilidad diabetes e hipertensión arterial con horas promedio de cuidado de 5 a 6 hrs, con un tiempo de ejercer como cuidador de 2 a 3 años y personas bajo su cuidado con dependencia moderada.

Conclusiones. Las características del cuidador principal en nuestro medio se asemejan con las características ya descritas por la literatura médica.

Palabras clave: sobrecarga cuidador primario; grado de dependencia.

MARCO TEORICO

Uno de los problemas para atender la situación relacionada con el cuidado de personas con discapacidad es la falta de datos y estadísticas, lo cual arranca con la necesidad de establecer marcos teóricos, conceptuales y metodológicos que permitan homologar la información al respecto, como lo propone el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad de 2014-2018. Ello permite diagnosticar, planificar y evaluar las acciones en favor de este grupo de la población.

En la literatura se aprecia que existe una diversificación de enfoques conceptuales y metodológicos, lo cual indica la necesidad de establecer un consenso en el diseño y metodología para calcular los montos de la población con discapacidad¹ Después de revisarlas, se sugiere usar la metodología Washington Group (WG) * para unificar criterios frente a la diversidad de enfoques con respecto a la discapacidad.

La recomendación de utilizar dicha metodología es porque los dominios incluidos en la propuesta del WG, fueron seleccionados debido a su simplicidad, brevedad, universalidad y comparabilidad de datos. Además de que su selección fue a partir de pruebas cognitivas que se hicieron en diversos países, entre ellos, México¹

Discapacidad y derechos al cuidado

Una persona con discapacidad es aquella que presenta restricciones en la clase o en la cantidad de actividades, que puede realizar debido a dificultades causadas por una condición física. Por lo que presenta dificultad para realizar actividades tanto en su casa, escuela o trabajo; como en las actividades cotidianas como son el caminar, vestirse, bañarse, escribir, entre otras actividades básicas²

El cuadro de discapacidades se encuentra contemplada en la Clasificación Internacional de Deficiencias, la cual surge en 1980, a raíz de las Discapacidades y

*Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad. Su mandato es la “[...] promoción y coordinación de la cooperación internacional en el área de estadísticas de salud centradas en las herramientas de recopilación de datos sobre discapacidad adecuadas para censos y encuestas nacionales.”. Tomada de la Web, consultada el 1 de junio de 2020: <http://www.washingtongroup-disability.com/>

Minusvalías (CIDDM). Este sistema clasifica y cataloga las consecuencias de enfermedades, defectos y lesiones, a largo plazo, en términos de deficiencia, defectos de función o estructura; define discapacidad como incapacidad para el desempeño y minusvalía como desventajas en la experiencia social. A su vez, esta propuesta permite el análisis médico y, de esta manera, proporcionar servicios sanitarios de rehabilitación, entre otras actividades para su mejoría³

La discapacidad en cada persona se presenta como una experiencia única e irrepetible, ya que influye la diversidad de las condiciones de salud tales como: emocionales, físicas, socioculturales y las experiencias personales de cada individuo³

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), con el objetivo de ofrecer una mejor unificación del concepto de discapacidad, la cual define en términos mucho menos estigmatizadores y positivos⁴, además de incluyente, puesto que contempla al cuidado como un derecho humano.

El enfoque del cuidado como derecho, remite a una teoría que argumenta a la discapacidad física como una limitación de la funcionalidad; es considerada un complejo de limitaciones o restricciones para realizar una actividad cotidiana, situación que se reconoce en razón de la dignidad humana. Este enfoque teórico y normativo confluyen principalmente los modelos médico y social sobre el cuidado⁵

La condición de las personas con discapacidad demanda diversos tipos de cuidado, tanto los inherentes al paciente como los relacionados con su entorno. Es sabido que la influencia de la familia en el cuidado del enfermo es vital; en este contexto el rol del cuidador principal se invisibiliza y, además, no cuenta con el apoyo adecuado para desempeñar sus labores de cuidado y, con ello, disminuir consecuencias en su salud y, a su vez, un decremento en la atención del paciente, bajo su responsabilidad²

En cualquier caso, la discapacidad es considerada un fenómeno complejo concentrado en diversos tipos de deficiencias personales, se convierte en una situación problemática que trasciende a la desintegración de las redes sociales que sostienen la sociabilidad de la persona, enfrentando todo tipo de estigmas y barreras. La situación de discapacidad trae consigo consecuencias muy graves para la calidad de vida, a tal grado de reconocérseles como un colectivo vulnerable y, por ende, se requiere la inclusión de programas de apoyo, tales como el derecho al cuidado⁶

Relaciones entre cuidadores y pacientes con discapacidad

En la literatura científica se define al cuidador primario como la persona que asume voluntariamente el papel de responsable, en un sentido amplio, ya que tomará decisiones por el paciente, cubriendo cada una de sus necesidades importantes y básicas, tanto físicas como emocionales de la persona, quien ha perdido su autonomía total o parcialmente por discapacidad. Por tanto, el cuidador primario es quien otorga asistencia, a personas discapacitadas, tanto dentro como fuera del hogar; comúnmente se trata de un familiar⁷

Existen diversos factores que influyen para que a ciertas personas se les asigne o estas asuman el papel del cuidado de pacientes con discapacidad. Una de ellas son las condiciones de desarrollo económico nacionales. Por ejemplo, en Colombia, considerado un país en vías de desarrollo, el rol de cuidador informal recae en menores de edad, quienes experimentan impactos en diversos aspectos tales como físicos que se manifiestan en cansancio y alteraciones del sueño; psicológicos, como lo es la ansiedad, estrés y depresión; sociales como son aquellos cambios conductuales y de socialización, además de los de tipo educativo, relacionados con bajo rendimiento o deserción escolar⁸

En varios estudios se ha demostrado que el rol de cuidador primario es asumido habitualmente por algún familiar cercano, a quienes se les denomina cuidadores principales. También son informales debido a que sus compromisos se basan en relaciones filiales o de parentesco. Sin embargo, aun dentro de la familia o grupo

doméstico la designación del cuidado de una persona con discapacidad está influida por factores como los apegos, el género, la edad y el conocimiento las necesidades e incluso las habilidades o capacidades emocionales, psicosociales e incluso económicas.

Esas características varían de acuerdo a regiones y culturas. Por ejemplo, algunos estudios han encontrado que, en países occidentales, la edad de los cuidadores osciló entre los 40 a 70 años, mientras que en los de Oriente Medio, fluctuó entre los 18 a 40 años⁹

El cuidador principal, comúnmente llamado cuidador primario, en la mayoría de los casos asume la responsabilidad de forma voluntaria o porque no existe otra alternativa: En la mayoría de la literatura científica se reporta que este tipo de cuidador se caracteriza por ser del género femenino y con lazos de parentesco estrechos con el paciente. Cuando el paciente es varón, generalmente es la esposa o hija, quienes asumen esa responsabilidad y sin alguna remuneración económica¹⁰

La literatura hace énfasis que existe una feminización en el desempeño del rol de cuidador, cuestión que reproduce las inequidades de género en el cuidado informal, afectando sobre todo a las mujeres, “[...] quien(es) ** ejerce(n) esta actividad invisible y exigente”, dentro del sistema del cuidado de la salud. La sobrecarga de trabajo en las mujeres redundando en que, en ellas, además, recae el trabajo doméstico, tales como; lavar, planchar, cocinar, entre otras actividades¹¹

Consecuencias en la salud y calidad de vida por el cuidado de personas discapacitadas

El cuidado informal responde a la práctica de eficiencia, saturar este servicio trae repercusiones importantes sobre quien lo presta, dichas afecciones se manifiestan tanto en la salud física como en el estado mental, mismas que son derivadas de las exigencias físicas y estrés por la amplia dedicación al cuidado de la persona a su cargo. La sobrecarga en tareas domésticas, el impacto emocional de dicha

** Paréntesis puesto sobre cita textual.

condición y alteraciones del sueño son manifestaciones que en la literatura han sido tipificadas como Síndrome del Cuidador (SC)¹²

Diversos estudios han revelado ese fenómeno. En Ecuador, una investigación realizada en 2017 reveló la existencia de ese síndrome, el cual está vinculado a consecuencias del cuidado y se expresa a través del deterioro de la salud del cuidador, lo que a su vez redundaría en la calidad del cuidado del paciente. Este fenómeno se expresa tanto en el orden físico, psíquico y social. Se matiza y redimensiona a través del género, parentesco, edad, posición y otras responsabilidades familiares asumidas, así como el tiempo de dedicado al paciente con discapacidad¹³

Los estudios sobre el tema permiten argumentar que es necesario paliar las cargas del cuidado para disminuir el Síndrome del Cuidador y, con ello, disminuir la probabilidad de que ingresen, por el mismo concepto, los pacientes al área de salud¹⁴, por lo que es fundamental investigar las situaciones específicas de este fenómeno, unas relacionadas con cuestiones internas del cuidador, otras condicionadas por los contextos socioeconómicos y culturales.

Al respecto, un estudio realizado en Santiago de Chile, en el 2017, en el que participaron 97 cuidadores(as), demostró que las diferencias de género tienen que ver con las formas para enfrentar dicho Síndrome. En este caso observaron que la preparación del cuidador, ante la adversidad, tiene una relación favorable, estadísticamente significativa, en la realización de su trabajo y la auto eficiencia. El estudio reveló que los varones fueron más auto eficientes ante la descompensación de la enfermedad crónica de la persona dependiente¹⁵

A nivel nacional, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportó que el 50% de los cuidadores de pacientes con discapacidad ha presentado elevada carga subjetiva.¹⁶ Mientras que un estudio regional realizado en la clínica 171 IMSS, mostró que, de 76 cuidadores primarios, de pacientes con discapacidad, el 40.8% tenían ausencia de sobrecarga, el 44.7% presentaban sobrecarga ligera, y el 14.5% sobrecarga intensa¹⁶. Esta situación muestra que una buena proporción de

cuidadores podría estar viviendo situaciones graves, relacionadas con su trabajo, incidiendo en su calidad de vida y en la de sus pacientes, cuestión que requiere de mayor investigación para definir mecanismos de atención pertinentes y adecuados.

En la mayoría de las veces, quien asume el papel del cuidado no se encuentra capacitado, para brindar la ayuda o contribuir a lograr un entorno de confort y seguridad para él o ella y a quien cuida. No se le proporciona algún tipo de formación encaminada al ejercicio del cuidado, que facilite la atención al paciente o permita superar sus situaciones de estrés, condicionadas por el cuidado. Además, generalmente no recibe incentivos económicos o de ningún tipo, lo que hace que el cuidado, en esas condiciones, sea una actividad de alto riesgo. Lo antes expuesto, permite definir que existen factores a considerar en el estudio de las condiciones y consecuencias por el cuidado de personas, entre ellos; a) el efecto del cuidado, b) sus vínculos con la carga interpersonal y, c) las expectativas de autoeficacia¹⁷

Muchos de los cuidadores podrían ser el sustento económico de esos pacientes, por lo que el impacto económico de estas familias se traduce en estrés al cuidador. Esto genera que los cuidadores acudan a consultas médicas por diversos motivos e incluso fomenta la aparición de enfermedades relacionadas con el mal autocuidado, como diabetes e hipertensión arterial. De esta forma la condición del paciente se vulnera aún más, pues la calidad de cuidado depende del bienestar del cuidador¹⁸

El reto sanitario de la atención a los cuidadores

En la literatura científica se demuestra que los cuidadores principales, de pacientes con discapacidad con algún grado de dependencia, requieren de mucho apoyo, porque al atender a su familiar, amigo, o conocido se exponen a modificaciones en su estilo de vida. En la mayor parte de los casos no se encuentran preparados para el cambio de rol de cuidador, a su vez desarrollando; pérdida de autoestima, desgaste emocional y entre otros trastornos que se presentan a lo largo del paso del tiempo¹⁹

El paciente con discapacidad presenta un alto grado de dependencia frente a las necesidades de salud del individuo con algún grado de imposibilidad, dicho individuo corresponde con mayor razón a un miembro de la familia por lo que se le identifica como objeto de atención. Se encuentran factores como el socioeconómico; factor que conlleva a que el cuidado lo brinde una persona informal, sintiéndose el cuidador como una persona incapaz de desarrollar todas las acciones necesitadas, generándoles sobrecarga y consecuente el deterioro de su bienestar²⁰

El agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional conforman el Síndrome en tres dimensiones, que puede suceder en los individuos que están a cargo de otra persona, quienes experimentan una pérdida de recursos emocionales y a su vez un sentimiento de baja autoestima, al no alcanzar sus objetivos propuestos. De esta manera la salud del cuidador se deteriora y pasa a ser, en el área sanitaria, un “paciente silente” y “oculto”²¹

Al verse afectada la salud y el bienestar de los cuidadores, deviene el sentimiento de incapacidad para afrontar la responsabilidad, asignada o asumida, del cuidado. De esta forma los cuidadores en estas condiciones, pasan a constituir un paciente oculto o desconocido, que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata por parte del área sanitaria, convirtiéndose en un desafío para los sistemas de salud²²

Modelos de intervención sobre situaciones problemáticas derivadas del cuidado

Debido a la complejidad del problema del Síndrome del Cuidador, que a la vez se redimensiona por la heterogeneidad de los contextos sociodemográficos, para su atención será necesario entender con mayor profundidad el perfil de los cuidadores, destacando su edad, género, clase, posición social, escolaridad. Esas condiciones hacen que la atención a personas dedicadas al cuidado sea un reto de gran trascendencia para la salud²³

Por lo pronto, la literatura científica reporta que el Síndrome del Cuidador puede ser manejado mediante diferentes técnicas o terapias, entre ellas la terapia cognitivo-conductual, misma que, en una serie de sesiones otorgadas por personal experto en el área, ha demostrado tener efectos positivos en el reacondicionamiento y eliminación de pensamientos negativos²⁴ “El programa está basado en los planteamientos de la terapia cognitiva de Beck y el modelo conductual de Lewinsohn, mismo que está estructurado en 8 sesiones, a través del cual se entrena a los pacientes mediante ejercicios programados en habilidades de detección y cambio en sus pensamientos además se aplican otras estrategias conductuales dirigidas a mejorar su bienestar”²⁴

JUSTIFICACIÓN

Se estima que más de mil millones de personas padecen algún tipo de discapacidad que se manifiesta de forma diversa; dicha cifra representa alrededor del 15 % de la población mundial. A sabiendas que detrás de cada uno de estos pacientes hay, por lo menos, una persona que funge como cuidador o cuidadora, ya que la población con discapacidad presenta dificultades importantes para cuidarse así mismo²⁵

Como se ha expuesto, el cuidador es muy importante, pero tiene poca o nula atención, por lo que es necesario intensificar la investigación que evidencie su situación y se gestione estrategias que los fortalezcan y mejoren la sobrecarga de trabajo, relacionada con el cuidado, que se manifiesta en agotamiento emocional, estrés y cansancio²⁶

La poca atención a los cuidadores, contrasta con la gran importancia que tienen en que se logre mejor calidad de vida de los pacientes con discapacidad.

La calidad de vida de los pacientes, con discapacidad, puede verse afectada si el cuidador principal está presentando un nivel considerable de sobrecarga. Hasta ahora se desconoce esta situación y mucho menos la que experimentan los cuidadores al no manifestar alguna enfermedad agregada por su sobrecarga de trabajo²⁷. Por lo que investigar, de manera integral, la situación del trabajo de los cuidadores, puede mejorar su desempeño y calidad de vida; buscar o gestionar mecanismos de servicios que aminoren su nivel de estrés y que, al igual que los pacientes que atienden, mejoren su calidad de vida²⁸

Buscar intencionadamente problemas relacionados con la sobrecarga de trabajo de los cuidadores, es algo que quizás no se hace con frecuencia²⁹ y menos a nivel local, como se plantea en este estudio.

Hasta ahora, a través de los servicios de consulta externa y atención de medicina continua que se imparte en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 11, Rascón, S.L.P no se han detectado cuidadores, de pacientes con discapacidad, con algún

grado de sobrecarga. Sin embargo, esta situación se enmascara debido a que los pacientes que acuden por alguna patología concomitante, la semiología elude interrogantes como ¿es cuidador de alguna persona con discapacidad?, ¿enfrenta problemas en su desempeño como cuidador?, ¿qué consecuencias le acarrea en su calidad de vida el cuidar a personas con discapacidad?, Estas y otras cuestiones motivan a estudiar dicho problema para tratar de conocer a fondo las causas más importantes y definir soluciones o establecer mecanismos para prevenir consecuencias, sobre todo con enfermedades subyacentes, que afecten la calidad de vida de ambos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se considera que en el mundo hay más de mil millones de personas que viven con algún tipo de discapacidad³⁰. Y, según la carga mundial de morbilidad, se calcula que existen 190 millones de personas con discapacidad grave.

En México, de acuerdo a los datos proporcionados por el Censo de Población y Vivienda del 2014, hay 7.1 millones de habitantes con algún tipo de discapacidad. Además, se encontró en la literatura que por cada mil habitantes 65 presentan algún tipo de discapacidad, esta tasa es aún más alta que el promedio nacional³⁰

En estudios previos científicos se ha demostrado que la discapacidad de carácter motriz es la más frecuente. Entre las principales adversidades, que genera este tipo de discapacidad, se encuentra que muchas veces su presencia genera deficiencias de leves a severas, con síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las Actividades de la Vida Cotidiana (AVC) de las personas que la padece, lo cual supone la necesidad del cuidado por parte de otra persona, relación denominada como “dependencia”³⁰

Dentro de la atención de consulta externa de primer nivel, para atención de patologías de primera vez y subsecuentes, no se realiza la detección intencionada de sobrecarga del cuidador, ya que forma parte de la evolución de las “enfermedades acompañantes”. Además, aumenta la morbimortalidad de enfermedades subyacentes e inclusive riesgo de ansiedad, depresión y suicidio; por lo que este estudio permitirá conocer la dimensión del problema aludido y desarrollar planes de intervención en la U.M.F. 11 Rascón S.L.P contribuyendo, de esta manera, a una detección oportuna de cualquier grado de sobrecarga y, así, limitar el daño y brindar una mejor calidad de vida para los pacientes cuidadores.

Sin embargo, para proponer alguna estrategia de intervención o acciones que mejoren el desempeño y la calidad de vida de los cuidadores, es necesario entender las situaciones concretas en la que se realiza el cuidado, así como de sus repercusiones, por lo que se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física, con algún grado de dependencia, en la UMF 11, Rascón, S.L.P?

HIPOTESIS

H₀= EL NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS CON DISCAPACIDAD FISICA, CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA, EN LA UMF 11 RASCON S.L.P ES IGUAL QUE LA MEDIA NACIONAL

H₁= EL NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS CON DISCAPACIDAD FISICA CON ALGUN GRADO DE DEPENDENCIA EN LA UMF 11 RASCON S.L.P ES DIFERENTE QUE LA MEDIA NACIONAL

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de sobrecarga, en cuidadores principales de adultos con discapacidad física, con algún grado de dependencia, en la UMF 11 Rascón S.L.P.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar las características principales de los cuidadores primarios en términos de su edad, género, escolaridad, estado civil, ocupación y morbilidad
2. Determinar las características del cuidador primario en términos de parentesco
3. Determinar las características del cuidador en términos del tiempo dedicado al cuidado y del tiempo que lleva ya el cuidado desde su inicio.
4. Determinar las características de las personas bajo cuidado en términos de su edad, género y nivel de dependencia

MATERIAL Y METODOS

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO

La localidad de Rascón está situada en el municipio de Ciudad Valles perteneciente al estado de San Luis Potosí, GPS a 21.97° latitud Norte y a -99°15' longitud oeste. Con una altura media de 280 mts sobre nivel del mar. Tiene un clima predominante tropical, con una temperatura media de 24.5°C y con máximas de 45.5°C y mínimas de 6°C.

Cuenta con 2,411 habitantes de las cuales 1133 son masculinos y 1278 femeninas, los ciudadanos se dividen en 921 menores de edad y 1490 adultos de los cuales 349 tienen más de 60 años. *** Su fuente de trabajo es la agricultura, aunque una proporción importante de población migra periódicamente a los EE.UU. La actividad económica principal es el cultivo de la caña, constituyéndose el Ingenio Alianza Popular de Tambaca, como la principal fuente de trabajo de la región. Rascón es sede de la Unidad de Medicina Familiar No. 11, unidad médica con una población afiliada de 7,320 derechohabientes, que corresponde a Rascón y 11 comunidades de sus alrededores, de la atención que se brinda por mes 570 consultas se destinan para enfermedades crónicas y 93 consultas para pacientes con algún grado de discapacidad física de 18 años y más. ***

POBLACION DE ESTUDIO:

Cuidadores principales de pacientes con discapacidad, adscritos a la UMF 11 de Rascón, S.L.P.

*** tomada de Área de Información Médica y Archivo Clínico (ARIMAC) y diagnóstico de salud del 2017 UMF 11 Rascón.

TIPO Y DISEÑO METODOLOGICO:

Tipo de Estudio:

- Por la manipulación: Observacional
- Por la finalidad: Descriptivo
- Por el desarrollo temporal: Transversal
- Por la orientación: Prospectivo

Diseño:

- Transversal descriptivo

CRITERIOS DE SELECCION:

Criterios de inclusión

- Al Cuidador que tuvo bajo su cuidado a algún paciente con discapacidad física con una dependencia escasa o mayor, de acuerdo a la escala de Barthel, y que se consideró como el cuidador principal por el propio paciente bajo cuidado.
- Cuidadores de pacientes derechohabientes, aun cuando el cuidador no lo haya sido.
- Que aceptara participar en el estudio
- Que firmo el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Cuidadores auxiliares, suplentes, temporales o que recibieron remuneración económica por el cuidado.
- Cuidadores que atendían a más de 2 pacientes.
- Cuidadores con pacientes en quienes no se pudo determinar el nivel de dependencia.
- Que no acepto participar en el estudio

Criterios de eliminación

- Al Cuidador que tuvo bajo su cuidado a algún paciente con discapacidad física y que resulto como independiente en la escala de Barthel
- Cuestionario Incompleto
- Cuidador que deseo abandonar el estudio

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron para aplicar los criterios de selección a la totalidad de las personas con discapacidad registrados en la población adscrita de la UMF No. 11 de Rascón SLP

SELECCION DE LA MUESTRA

Por conveniencia

PERIODO DE TIEMPO DEL ESTUDIO:

De marzo a junio del 2021

DEFINICION DE VARIABLES:

Variable dependiente:

- Nivel de Sobrecarga del cuidador

Variable independiente:

- Grado de dependencia de la persona bajo cuidado

Variables intervinientes

- Edad del cuidador
- Género del cuidador
- Escolaridad del cuidador.
- Estado civil del cuidador
- Ocupación del cuidador
- Tiempo dedicado al cuidado
- Tiempo de ejercer el cuidado
- Relación de parentesco con la persona bajo cuidado
- Morbilidad del cuidador

Variables confusoras

- Edad de la persona bajo cuidado
- Género de la persona bajo cuidado

Operacionalización de variables

Para la Operacionalización de variables, véase la tabla 1:

Tabla 1.- Operacionalización de variables.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Categorías
Nivel de Sobrecarga del cuidador	Dependiente	Estado de agotamiento, tanto emocional como físico, que experimentan las personas que dedican gran parte de su tiempo al cuidado de una persona dependiente	Valoración final obtenida tras la suma de los puntos asignados por el encuestado a cada uno de los ítems de la sección 2 del instrumento de recolección de datos (Test de Zarit)	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • No sobrecarga • Leve • Intensa
Grado de dependencia de la persona bajo cuidado	Independiente	Incapacidad funcional que una persona puede tener para el desarrollo de actividades de la vida diaria, pudiendo requerir ayuda para su realización	Valoración final obtenida tras la suma de los puntos asignados por el encuestado a cada uno de los ítems del Test de Barthel	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Total • Severa • Moderado • Leve • Independiente
Edad del cuidador	Interviniente	Tiempo en años transcurrido entre la fecha de nacimiento y el tiempo actual de quien otorga el cuidado	Años cumplidos que el encuestado refiere tener cuando se le cuestiona sobre su edad (ítem 3 de la sección 1 del instrumento)	Cuantitativa Intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 50 • 50-54 • 55-59 • 60 y más
Género del cuidador	Interviniente	Condición de diferencia con respecto a la reproducción de la especie, en relación al cuidador	Género al que el encuestado refiere pertenecer cuando se le cuestiona sobre su sexo (ítem 4 de la sección 1 del instrumento)	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Escolaridad del cuidador	Interviniente	Nivel alcanzado en un conjunto de cursos jerárquicamente ordenados según su nivel de complejidad y que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel señalado por el encuestado cuando se le cuestiona sobre su escolaridad (ítem 5 de la sección 1 del instrumento) y referido al nivel escolar superior completado y del que tiene un certificado o constancia	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria • Secundaria • Preparatoria o técnico • Licenciatura • Postgrado
Estado civil del cuidador	Interviniente	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales	Estado civil que el encuestado refiere tener cuando se le pide esta información (ítem 6 de la	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Categorías
		con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo	sección 1 del instrumento)		<ul style="list-style-type: none"> • Viudo • Unión Libre
Ocupación del cuidador.	Interviniente	Actividad económicamente remunerada de quien otorga el cuidado, intencionalmente efectuada con el fin de satisfacer sus necesidades.	Actividad económica que el encuestado refiere ejercer cuando se le cuestiona cómo se gana la vida (ítem 7 de la sección 1 del instrumento)	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • No trabaja • Obrero • Empleado • Profesionista • Comerciante • Otro:
Horas promedio diarias dedicadas al cuidado	Interviniente	Tiempo en el que dedica interés, atención y vigilancia del estado de un enfermo, y satisfaciendo sus necesidades básicas, en un período de tiempo determinado tal como un día, una semana o un mes	Es el tiempo señalado por el encuestado como respuesta al ítem 8 de la sección 1 del instrumento en la que se pregunta “¿Cuánto tiempo le dedica al cuidado?”	Cuantitativa Intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • 5 a 6 • 7 a 8 • 9 y mas
Tiempo de Ejercerse como Cuidador	Interviniente	Tiempo que lleva dedicando interés, atención y vigilancia del estado de un enfermo, y satisfaciendo sus necesidades básicas, desde que inició esta actividad hasta el momento actual	Es el tiempo señalado por el encuestado como respuesta al ítem 9 de la sección 1 del instrumento en la que se pregunta “¿Desde hace cuánto tiempo ejerce como cuidador?”	Cuantitativa Intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 3 años • 4 a 5 años • 6 años y mas
Relación de parentesco con la persona bajo cuidado	Interviniente	Vinculo que tiene el cuidador primario en relación al paciente dependiente	Parentesco que el encuestado refiere tener con la persona bajo su cuidado cuando se le cuestiona sobre el ítem 12 de la sección 1 del instrumento, “Parentesco con el dependiente”	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge • Hijo • Hermano • Otro • Ninguno
Morbilidad	Interviniente	Estado enfermo, de discapacidad, o mala salud debido a cualquier causa. El término puede ser usado para referirse a la existencia de	Enfermedad (es) señalada(s) por el encuestado cuando se le cuestiona sobre sus padecimientos crónicos (ítem 13	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Hipertensión • Dislipidemia

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Categorías
		cualquier forma de enfermedad, o al grado en que esa condición de salud afecta al paciente	de la sección 1 del instrumento) señalándose todas las que el encuestado refiera		<ul style="list-style-type: none"> • Otras • Ninguna
Edad de la persona bajo cuidado	Confusora	Tiempo en años transcurrido entre la fecha de nacimiento y el tiempo actual de quien recibe el cuidado	Años cumplidos que el encuestado refiere que tiene la persona bajo su cuidado cuando se le cuestiona sobre la edad de la persona bajo su cuidado (ítem 10 de la sección 1 del instrumento)	Cuantitativa Intervalar	<ul style="list-style-type: none"> • 20 y menos • 21 a 40 • 41 a 60 • Más de 60
Género de la persona bajo cuidado	Confusora	Condición de diferencia con respecto a la reproducción de la especie en relación a la persona bajo cuidado	Género al que el encuestado refiere pertenecer cuando se le cuestiona sobre su sexo (ítem 11 de la sección 1 del instrumento)	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO Y DEL ANALISIS DE DATOS

Procedimientos operativos:

Se solicitó el permiso al director de la unidad con información detallada sobre el estudio y su importancia. Posteriormente se realizó una junta informativa para todo el personal a fin de que estuvieran enterados sobre los procedimientos, aun cuando su intervención haya sido indirecta o de observación.

Identificados los cuidadores de pacientes con discapacidad física que acudieron cada día a la consulta, en las fechas seleccionadas para la recolección de datos, se les aplicó los criterios de selección y se procedió a invitarlos e informarlos para participar en el estudio. Una vez firmado el consentimiento se les llevo al consultorio para proceder a la recolección de los datos mediante entrevista directa utilizando medidas de higiene.

Primero se aplicó la escala de Barthel interrogando al cuidador sobre la persona que tiene bajo su cuidado con el objeto de determinar si éste último tiene algún grado de discapacidad. Al resultar independiente se eliminó del estudio y se agradeció haber participado. Al resultar la persona bajo cuidado con algún tipo de dependencia se continuo con la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Al paciente con discapacidad que estaba bajo cuidado sólo se le otorgo la consulta para la cual acudió a la unidad por lo que éste no requeriría de firmar algún consentimiento. La escala de Barthel fue respondida por el propio cuidador así es que la persona bajo cuidado no tuvo ninguna molestia o afectación.

Una vez concluida la entrevista, se agradeció la participación del paciente y cuidador acompañante posteriormente se completó la recolección de datos mediante revisión de su expediente electrónico.

Los datos fueron capturados en hojas Excel para su procesamiento al terminar el período de recolección de datos. Posteriormente los datos se procesaron con el paquete estadístico R versión 3.4.0 para Windows de R Project for Statistical Computing.

Se buscó determinar el nivel de sobrecarga, en cuidadores principales de adultos con discapacidad física, con algún grado de dependencia, en la UMF 11 Rascón S.L.P. para lo que se tomaron datos de las escalas de Zarit y Barthel.

Se analizaron variables sociodemográficas, el tiempo que el paciente fue cuidador, para establecer cuáles de estas variables interfieren de manera significativa en la salud del cuidador principal, los resultados fueron expuestos en gráficas y tablas.

Una vez concluido este proyecto de investigación se buscó el espacio para hacer difusión de los resultados que en este se obtuvo.

OBJETIVOS

Instrumentos de medición:

Índice de Barthel (IB):

El IB, también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”, es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD). El crédito completo no se otorga para una actividad si el paciente necesita ayuda y/o supervisión mínima uniforme; por ejemplo, si el evaluado no puede realizar con seguridad la actividad sin alguien presente.

Este instrumento ha resultado con buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa de entre 0.47 y 1.00, y con una fiabilidad intraobservador con índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. Para la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 para la versión original.

El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia. El IB puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías, resultando un rango global entre 0 y 20.³¹

La interpretación sugerida por Shah et al es: 0 – 20: Dependencia total 21 – 60: Dependencia severa 61 – 90: Dependencia moderada 91 – 99: Dependencia escasa 100: Independencia

El IB es un instrumento de gran utilidad en la rehabilitación, por su validez y fiabilidad, y la facilidad que tiene en su aplicación e interpretación. Su aplicación es de bajo costo y es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes. Las molestias son escasas, pues requiere que el paciente realice algunas actividades básicas o bien que se le observe en su quehacer cotidiano. Para los encargados las molestias son también escasas. Se realiza entre 2 y 5 minutos, mientras que la autovaloración, en 10 minutos. Para aplicarla consecutivamente el intervalo mínimo es de dos semanas. Puede ser aplicado por profesionales de la rehabilitación o por

otros del campo de la salud y por entrevistadores entrenados, los cuales son entrenados en un tiempo no mayor de 1 hora. También puede ser auto administrada, valorada por terceras personas, o a través de una entrevista telefónica. El IB no requiere una adaptación lingüística propiamente dicha ya que se basa en la observación de actividades muy específicas o en la consulta a cuidadores. Sólo es necesario utilizar el índice de Barthel en la versión acorde al idioma (en español para nuestro caso) o una traducción de las actividades y niveles de puntuación. Es utilizado en múltiples países, sin embargo, se tendría que hacer una adaptación cultural en los lugares en los que las AVD incluyen otras actividades diferentes de las consideradas en el original.³¹

El instrumento de recolección de datos (IRD):

El IRD empleado en el presente proyecto consta de dos secciones. La primera sección tiene 13 ítems, con los que se indagarán diversas variables sociodemográficas del prestador del cuidado como son la edad, el género, la escolaridad, el estado civil y la ocupación, y variables relacionadas con el servicio de cuidado como son el tiempo dedicado al cuidado, la antigüedad en la actividad, la edad de la persona bajo cuidado, el sexo de la persona bajo cuidado, el parentesco que pudiera existir entre el cuidador y el dependiente y la morbilidad del cuidador.

La sección 2 del instrumento de recolección de datos es en propiamente la escala de Zarit, en la versión adaptada al castellano de Martín Carrasco et al en 1996³². Este instrumento consta de 22 preguntas a las que se responde según escala analógica tipo Likert con 4 opciones de respuesta que van desde 0=nunca a 4=casi siempre. El punto de corte de sobrecarga o no, está en 46-47. También hace una distinción entre sobrecarga leve hasta 56 y sobrecarga intensa >56. La fiabilidad de esta escala adaptada viene apoyada por un coeficiente α de Cronbach =0.91 para la consistencia interna y un coeficiente de correlación de Pearson =0.86 para fiabilidad test-retest. El análisis de validez de constructo mostró una fuerte correlación de la sobrecarga del cuidador con su estado de salud mental medido con el Cuestionario de Salud general GHQ (General Health Questionnaire) y con la presencia de trastornos de comportamiento en el paciente. El análisis estadístico de

la validez de constructo se estableció a través del análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax >1 . Para la validez de criterio se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson estadísticamente significativo ($p < 0.05$).³³

Análisis estadístico:

Se elaboraron tablas de frecuencias absolutas y porcentuales totales y según cada género mostrando la distribución de los cuidadores primarios según la edad, escolaridad, estado civil, ocupación, morbilidad, horas promedio diarias de cuidado y tiempo de ejercerse como cuidadores. En un gráfico de barras se mostró la prevalencia de cada morbilidad en los cuidadores primarios, mostrándose la prevalencia en lo individual independientemente de si coexistía con otras comorbilidades o no, y estratificado por género. Finalmente, en gráficos pasteles se mostró, en una primera gráfica la distribución de los tipos de parentesco que tenían los cuidadores primarios en relación a las personas discapacidades bajo cuidado y en otra gráfica la prevalencia de las diferentes categorías de sobrecarga del cuidador primario.

Seguidamente se elaboró una tabla de frecuencias absolutas y porcentuales totales y según cada género mostrando la distribución de las personas discapacitadas según la edad. En un último gráfico pastel se mostró la prevalencia de cada categoría de la variable nivel de dependencia de las personas con discapacidad bajo cuidado.

En todos los casos se buscaron diferencias entre proporciones de las categorías de cada variable en relación al género buscando diferencias significativas entre los grupos mediante la prueba de Chi cuadrada y considerándose como estadísticamente significativas si la p relacionada con el valor de chi es menor de 0.05

ASPECTOS ETICOS

Basándonos en el reglamento actual y vigente de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud en nuestro país, este trabajo se apega al título segundo, capítulo 1, artículo 13 y 17 categoría 1, Investigación sin riesgo debido a que los individuos a participar en este estudio solo aportaran datos por medio de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni psicológicos. TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 02-04-2014

No viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participaran seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en Octubre del 2000.

También está apegada a la declaración Helsinki de la Asociación médica mundial que establece los principios para la investigación en seres humanos, adoptada en la 18ª Asamblea General de la WMA, Filandria, Helsinki, Tokio, Japón, Octubre de 1975; 35ª Asamblea General de la WMA, Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea General de WMA Somerset West, República de Sudáfrica, Octubre de 2000; 53ª Asamblea General de WMA, Edimburgo, Escocia, Octubre de 2000. 53ª Asamblea General Washington 2002 apegada al párrafo 29: 55ª Asamblea General de WMA, Tokio 2004 párrafo 30: 59ª Asamblea General de WMA, Seúl, Octubre de 2008.

Se solicitó autorización al cuidador para su participación y elaboración de un cuestionario por medio de una carta de consentimiento informado donde se les explico en que constaba dicho estudio y la confiabilidad tomando precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participo en la investigación y la confidencialidad de su información personal, se incluyó en anexos.

RECURSOS HUMANOS Y FISICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos

- Los discapacitados y cuidadores primarios.

Los responsables de la conducción del presente proyecto son

- Investigador: Dr. Juan Francisco Díaz Cervantes, responsable directo del proyecto de investigación y los procedimientos de campo.
- Asesor metodológico: Dra. Verónica Tzitzlali Santacruz Pérez, Profesor Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS en Ciudad Valles S.L.P.
- Asesor estadístico: Dr. Osman Acosta, con experiencia en bioestadística y en el manejo del paquete estadístico

Los individuos que potencialmente pudieron participar y los refirieron al investigador principal, quien aplicó los criterios de selección e instrumentos de recolección de datos.

Recursos Físicos y Financiamiento

Espacio físico y mobiliario propios de la unidad médica.

El Tesista fue quien proporcionó la computadora de trabajo con Windows 10 con licencia, así como paquete Office 2016 con licencia, impresora multifuncional deskjet ink advantage 3775 de inyección térmica de tinta a color.

Los asesores cada uno con su computadora y con su software.

Los materiales de oficina necesarios para el estudio fueron financiados en su totalidad por el tesista del proyecto.

Factibilidad

Fuentes de información disponibles. Recursos humanos y materiales también disponibles. Tiempo para el trabajo de campo también disponible. Todo lo anterior hizo viable el presente estudio.

RESULTADOS:

Un total de 90 cuidadores primarios fueron estudiados, 37 cuidadores (41.11%) fueron del género masculino y 53 (58.89%) del sexo femenino. El rango de edad de estos cuidadores fue de 34 a 79 años ($\bar{x} = 54.5$) y prácticamente la mitad se encuentran en el rango de los 50 a 59 años de edad. No existen diferencias significativas en cuanto a la distribución por grupo de edad según el género (Tabla 1).

Tabla 1: Factores sociodemográficos de los cuidadores primarios de adultos con discapacidad física de la UMF 11. Rascón SLP, 2021

	Masculino		Femenino		Total	
	N = 37		N = 53		N = 90	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Grupo Edad (años)						
Menos de 50	9	24.3	15	28.3	24	26.7
50-54	6	16.2	8	15.1	14	15.6
55-59	14	37.8	19	35.8	33	36.7
60 y más	8	21.6	11	20.8	19	21.1
		100.0		100.0		100.0
Escolaridad *						
Primaria	24	64.9	21	39.6	45	50.0
Secundaria	13	35.1	30	56.6	43	47.8
Preparatoria	0	0.0	2	3.8	2	2.2
		100.0		100.0		100.0
Estado Civil						
Casado	28	75.7	44	83.0	72	80.0
Soltero	4	10.8	1	1.9	5	5.6
Viudo	5	13.5	8	15.1	13	14.4
		100.0		100.0		100.0
Ocupación *						
Comerciante	7	18.9	33	62.3	40	44.4
Empleado	3	8.1	3	5.7	6	6.7
Obrero	22	59.5	3	5.7	25	27.8
Otro	1	2.7	7	13.2	8	8.9
Sin empleo	4	10.8	7	13.2	11	12.2
		100.0		100.0		100.0

* $p < 0.05$

Fuente: Encuestas sobre Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11, Rascón S.L.P

En general, la mitad de los cuidadores primarios han completado la educación primaria y la otra mitad la secundaria. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a género. Mientras que dos terceras partes de los cuidadores primarios que pertenecen al género masculino tienen la primaria completa y sólo un tercio tienen la secundaria completa, en las mujeres que son cuidadoras primarias estas mismas proporciones están invertidas, teniendo la primaria un 39.6% de las cuidadoras y un 56.6% la secundaria (Tabla 1). Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

La mayoría de los cuidadores primarios está en una relación conyugal, y aunque la proporción de casadas es mayor que la de los casados, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Es en la ocupación de los cuidadores primarios donde puede apreciarse diferencias significativas en cuanto a género, ya que poco más de la mitad de los hombres dijo desempeñarse como obreros mientras que casi dos terceras partes de las mujeres refirió desempeñarse como comerciantes ($p < 0.05$, Tabla 1).

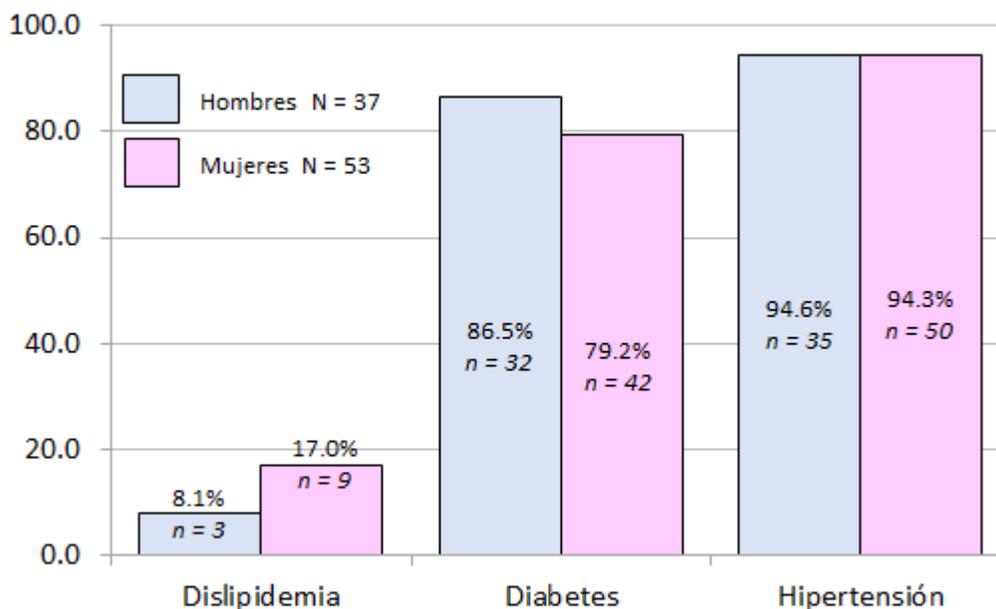
Tabla 2: Morbilidad según el género de los cuidadores primarios de adultos con discapacidad física de la UMF 11. Rascón SLP, 2021

Morbilidad del Cuidador	Masculino N = 37		Femenino N = 53		Total N = 90	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Dislipidemia (DL)	0	0.0	1	1.9	1	1.1
Diabetes (DM)	2	5.4	2	3.8	4	4.4
DM + HTA	27	73.0	32	60.4	59	65.6
DM + HTA + DL	3	8.1	8	15.1	11	12.2
Hipertensión (HTA)	5	13.5	10	18.9	15	16.7
		100.0		100.0		100.0

Fuente: Encuestas sobre Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11, Rascón S.L.P

Todos los cuidadores primarios padecen de al menos una morbilidad. Casi dos tercios de los cuidadores primarios tienen coexistentemente diabetes e hipertensión (65.6%, n = 59). Son muy pocos los cuidadores con una sola morbilidad, excepto los que padecen hipertensión (n = 15, 16.7%), que es la morbilidad que en solitario tiene la mayor parte de los cuidadores con una sola enfermedad (Tabla 2). No existen diferencias significativas en cuanto al género de los cuidadores primarios.

Gráfico 1: Prevalencia de dislipidemia, diabetes e hipertensión en función del género de los cuidadores primarios de adultos con discapacidad física de la UMF 11. Rascón SLP, 2021



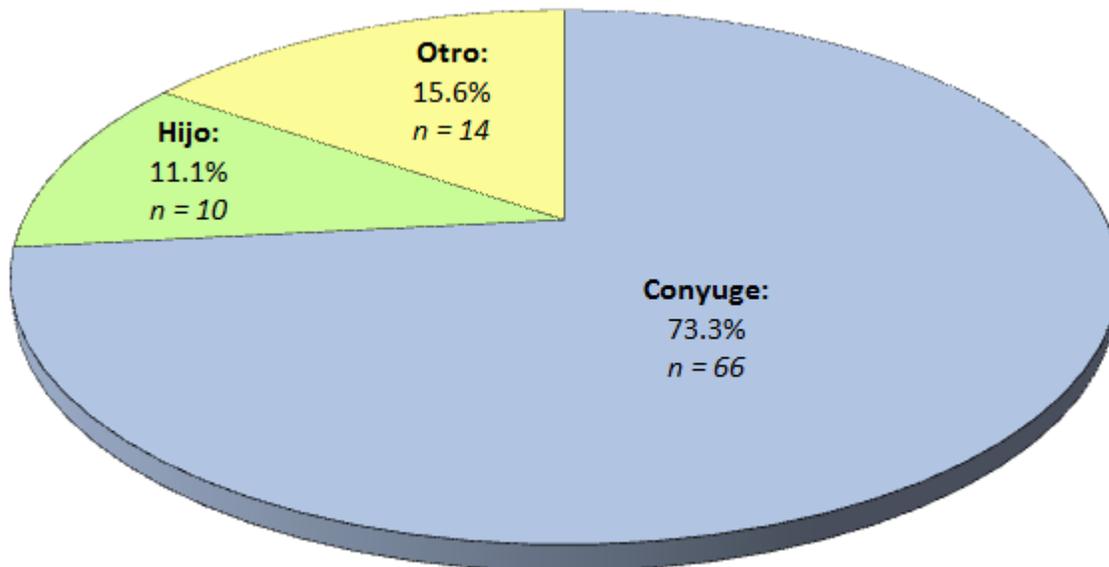
Fuente: Encuestas sobre Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11, Rascón S.L.P

Si bien la mayoría de los cuidadores primarios tienen 2 o más morbilidades, al considerar la prevalencia de cada enfermedad considerada en el presente estudio de manera individual (independientemente de que coexistan o no con otra enfermedad), se aprecia que la hipertensión es la enfermedad más prevalente

(94.4%, del total de cuidadores incluidos en el estudio), seguida de diabetes (82.2% del total de cuidadores). Por el contrario, solo 13.3% del total de cuidadores tendría dislipidemia ya sea como morbilidad única o con alguna otra. No existen diferencias significativas en cuanto a género, como se aprecia en el gráfico 1, donde se muestra la distribución de cada enfermedad individualmente según el género de los cuidadores primarios.

Todos los cuidadores primarios tienen bajo su responsabilidad el cuidado de una sola persona con discapacidad. El cónyuge es el personaje que con más frecuencia fungió como cuidador primario (73.3%, n = 66), seguido del hijo (11.1%, n = 10). No se encontraron diferencias en cuanto al grado de parentesco del cuidador primario según el género (Gráfico 2)

Gráfico 2: Distribución de los tipos de parentesco que tienen los cuidadores primarios con las personas con discapacidad física a las que cuidan, de la UMF 11. Rascón SLP, 2021



Fuente: Encuestas sobre Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11, Rascón S.L.P

Las horas promedio diarias dedicadas al cuidado fueron, en la mitad de los casos, de 5 a 6 horas (n = 45; 50%). Un 35.6% de los casos (n = 32) le dedican de 7 a 8 hrs y en 14.4% (n = 13) le dedicaron hasta 9 horas y más.

El tiempo en el que el cuidador ha ejercido su labor fue, en la mayoría de los casos, de 2 a 3 años (60%, n = 54). Un tercio han sido cuidadores 4 a 5 años (31.1%, n = 28) y el resto han sido cuidadores por 6 años y más (Tabla 3)

Tabla 3: Horas promedio diario de cuidado y tiempo de ejercerse como cuidador, según el género de los cuidadores primarios de adultos con discapacidad física de la UMF 11. Rascón SLP, 2021

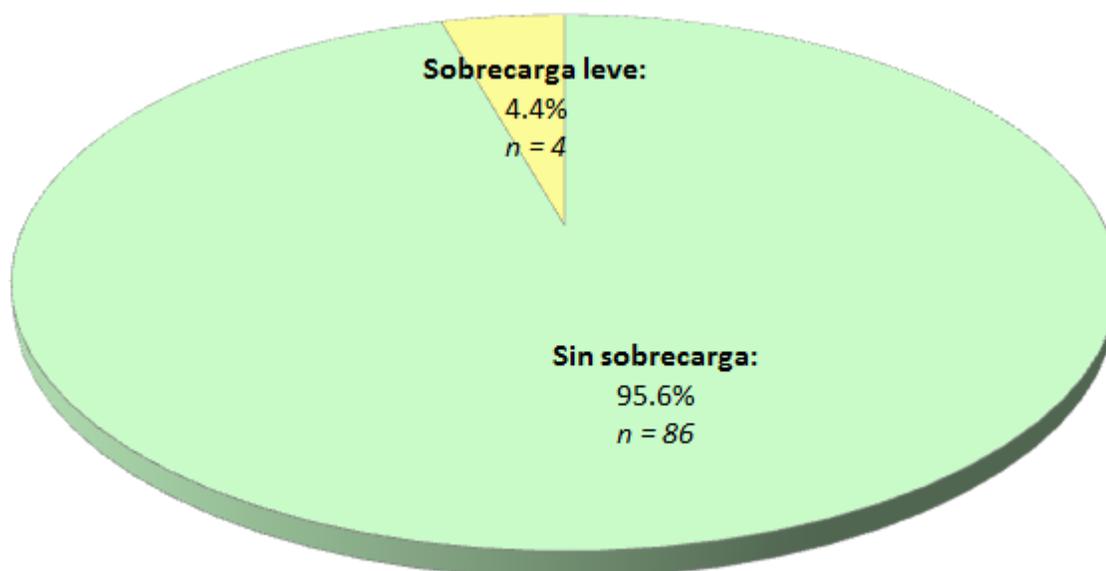
	Masculino		Femenino		Total	
	N = 37		N = 53		N = 90	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Horas Promedio Diario de Cuidado						
5 a 6	22	59.5	23	43.4	45	50.0
7 a 8	10	27.0	22	41.5	32	35.6
9 y mas	5	13.5	8	15.1	13	14.4
		100.0		100.0		100.0
Tiempo de Ejercerse como Cuidador						
2 a 3 años	25	67.6	29	54.7	54	60.0
4 a 5 años	8	21.6	20	37.7	28	31.1
6 años y mas	4	10.8	4	7.5	8	8.9
		100.0		100.0		100.0

Fuente: Encuestas sobre Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11, Rascón S.L.P

La gráfica 3 muestra la distribución de cuidadores primarios según el nivel de sobrecarga determinada mediante el test de Zarit. La prevalencia global de sobrecarga del cuidador es baja en la muestra estudiada, sólo un 4.4% (n = 4) y todos ellos con sobrecarga leve. No se encontraron casos de sobrecarga intensa.

Ninguno de los hombres cuidadores tuvo sobrecarga y los 4 casos de sobrecarga leve fueron mujeres. A pesar de lo anterior, esta diferencia no parece ser significativa, aunque debe tenerse presente la baja prevalencia de la condición de sobrecarga en la muestra estudiada.

Gráfico 3: Distribución de los tipos de sobrecarga de los cuidadores primarios de personas con discapacidad física, de la UMF 11. Rascón SLP, 2021



Fuente: Encuestas sobre Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11, Rascón S.L.P

La tabla 4 muestra la distribución por edad y género de las personas con discapacidad bajo cuidado, incluidas en el estudio. Fueron un total de 90 personas con discapacidad, 50 personas discapacitadas (55.6%) fueron del género masculino y 40 (44.4%) del sexo femenino El rango de edad de las personas discapacitadas

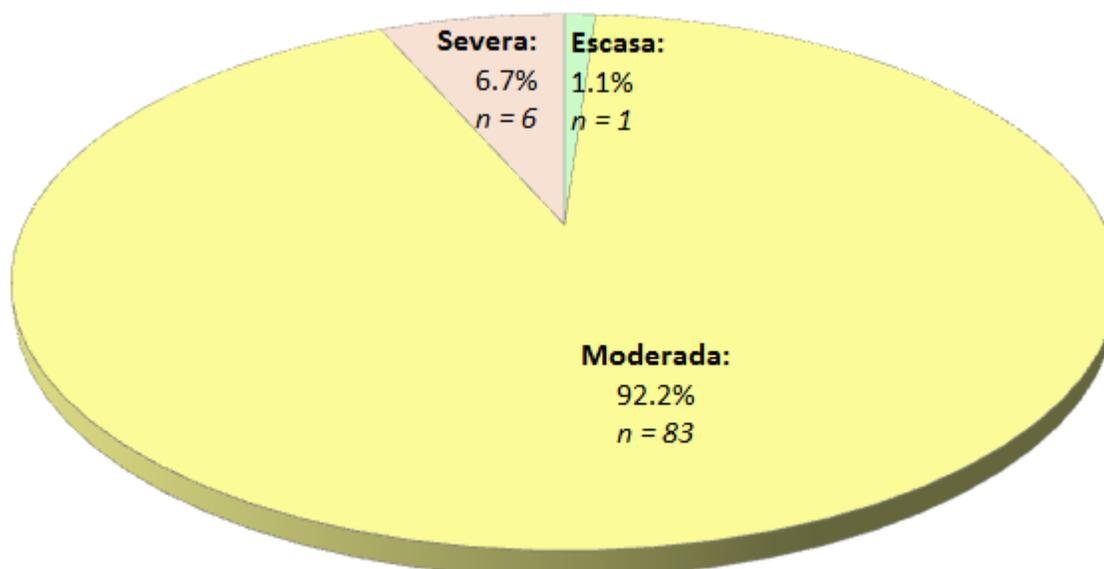
fue de 34 a 79 años con una media de 54.3 años. Casi una tercera parte de ellos (61.1%, n = 55) se encontraron en el rango de 41 a 60 años.

Tabla 4: Edad en función del género de las personas con discapacidad física bajo cuidado, de la UMF 11. Rascón SLP, 2021

Grupo Edad	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
20 y menos	7	14.0	3	7.5	10	11.1
21 a 40	3	6.0	3	7.5	6	6.7
41 a 60	29	58.0	26	65.0	55	61.1
Más de 60	11	22.0	8	20.0	19	21.1
		100.0		100.0		100.0

Fuente: Encuestas sobre Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11, Rascón S.L.P

Gráfico 4: Distribución de los niveles de dependencia de las personas con discapacidad física bajo cuidado, de la UMF 11. Rascón SLP, 2021



Fuente: Encuestas sobre Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11, Rascón S.L.P

El gráfico 4 muestra la distribución de los discapacitados según el nivel de dependencia física según Test de Barthel. Todas las personas con discapacidad manifestaron algún nivel de dependencia. Un 92.2% de las personas discapacitadas tuvieron un nivel de dependencia moderado (n = 83) y 6.7% un nivel de dependencia severo (n = 6). Solo un individuo tuvo un nivel de dependencia leve (1.1%) siendo éste del sexo masculino. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al género.

Discusión

En este estudio se encontró que, la prevalencia global de sobrecarga del cuidador es baja, presentando un nivel de sobrecarga leve (4.4%), y sin sobrecarga un 95.6%, además de encontrarnos con un perfil del cuidador primario siendo este del género femenino, esposa y ama de casa, encontramos además que ninguno de los hombres cuidadores tuvo sobrecarga y los 4 casos de sobrecarga leve fueron mujeres. a diferencia de un estudio realizado por Irianda Gomez y cols en (2020), en el que se encontró una sobrecarga de leve a intensa de un 19.4% respectivamente y sin sobrecarga en un 63.3% en una muestra de 180 cuidadores principales, A pesar de lo anterior, esta diferencia parece no ser significativa ya que se debe tener presente la baja prevalencia de la condición de sobrecarga en la muestra estudiada sin embargo denota el perfil del cuidador primario. (Grafico3)

En este estudio realizado en el periodo de abril y mayo del 2020 se obtuvo una muestra de un total de 90 cuidadores primarios, se observó un predominio de cuidadores del género femenino (58.89%) en comparación con el masculino (41.11%). El rango de edad de estos cuidadores se encuentra en los 50 a 59 años de edad. No existen diferencias significativas en cuanto a la distribución por grupo de edad según el género. Dato similar encontrado en un estudio realizado en una unidad médica ambulatoria del imss numero 254 en el 2017, donde se registraron 180 cuidadores, de los cuales el 73.3% eran mujeres con una edad promedio de 42.86 ± 13.9 años. Otro estudio realizado por Cantillo medina y cols (2021) donde participaron 68 cuidadores de los cuales eran del género femenino(77,94%), con un promedio de edad de $49,4 \pm 13.5$ años, dedicadas al hogar, estado civil casados, en comparación con nuestro estudio sin evidencia de resultados significativos para realización de comparativa. (Tabla 1)

La mayoría de los cuidadores primarios está en una relación conyugal, y aunque la proporción de casadas es mayor que la de los casados, esta diferencia no es estadísticamente significativa. Es en la ocupación de los cuidadores primarios donde puede apreciarse diferencias significativas en cuanto a género, ya que poco más de la mitad de los hombres dijo desempeñarse como obreros mientras que casi

dos terceras partes de las mujeres refirió desempeñarse como comerciantes ($p < 0.05$). Cantillo medina y cols en (2021) coincide con lo estudiado predominando el estado civil casada en un 52.1% y difiriendo en la ocupación con resultado de ser ama de casa en un 50% seguido de empleado sin especificar oficio en un 16.6 % (tabla 1)

En general, la mitad de los cuidadores primarios han completado la educación primaria y la otra mitad la secundaria. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a género. Mientras que dos terceras partes de los cuidadores primarios que pertenecen al género masculino tienen la primaria completa y sólo un tercio tienen la secundaria completa, en las mujeres que son cuidadoras primarias estas mismas proporciones están invertidas, teniendo la primaria un 39.6% de las cuidadoras y un 56.6% la secundaria, Estas diferencias son estadísticamente significativas para nuestro estudio. sin embargo encontramos en la literatura científica un artículo de medina y cols (2021) donde participaron 68 cuidadores de los cuales eran del género femenino(77,94%), con un promedio de escolaridad básica en un 72,06% en comparación con nuestro estudio con evidencia de resultados significativos. (tabla 1)

Si bien la mayoría de los cuidadores primarios tienen 2 o más morbilidades, al considerar la prevalencia de cada enfermedad considerada en el presente estudio de manera individual (independientemente de que coexistan o no con otra enfermedad), se aprecia que la hipertensión es la enfermedad más prevalente (94.4%, del total de cuidadores incluidos en el estudio), seguida de diabetes (82.2% del total de cuidadores). Por el contrario, solo 13.3% del total de cuidadores tendría dislipidemia ya sea como morbilidad única o con alguna otra. En nuestros resultados no existen diferencias significativas con respecto a género. En cuanto a otro estudio realizado por medina i y cols (2021) de 94 participantes de los cuales 69.1% eran del género femenino presentaron la misma proporción con respecto a diabetes e hipertensión en un 12.8% para ambas afecciones físicas así mencionadas en el estudio, sin mención de otra enfermedad de índole metabólico. (tabla 1)

Todos los cuidadores primarios tienen bajo su responsabilidad el cuidado de una sola persona con discapacidad. El cónyuge es el personaje que con más frecuencia fungió como cuidador primario (73.3%, n = 66), seguido del hijo (11.1%, n = 10). No se encontraron diferencias en cuanto al grado de parentesco del cuidador primario según el género, en comparación con un estudio realizado por Medina i. y cols en donde se encontró que de 94 participantes como cuidadores resultó que la mayoría fueron mujeres cuidando a un hijo en una proporción de 42.6% y cónyuge en un 36.2%(grafico 2)

Las horas promedio diarias dedicadas al cuidado fueron, en la mitad de los casos, de 5 a 6 horas. Un 35.6% de los casos le dedican de 7 a 8 hrs y en 14.4% le dedicaron hasta 9 horas y más. El tiempo en el que el cuidador ha ejercido su labor fue, en la mayoría de los casos, de 2 a 3 años. Un tercio han sido cuidadores 4 a 5 años y el resto han sido cuidadores por 6 años y más. En un estudio realizado por Irianda Gómez y cols en (2020), hace mención que el promedio de horas al día al cuidado del paciente fue de 11.7 ± 7.3 , siendo para el grupo sin sobrecarga de 11.3 ± 7.3 hrs, para el de sobrecarga leve de 11.8 ± 7.6 hrs y para el de sobrecarga intensa 12.9 ± 7.1 sin diferencia estadística. Los resultados antes mencionados son diferentes en comparación con el estudio realizado en cantón chordeleg en el año 2017 donde existió una alta prevalencia de síndrome de sobrecarga en un 23.54% de 123 cuidadores principales, asociándose a tener más de 5 años de cuidador tal vez se debió a que estos cuidadores se enfrentaron a un grado de dependencia moderada severa en el 46.34%. En la mayor parte de los casos se esperaría que, a mayor tiempo de cuidado del paciente, el cuidador presentara mayor sobrecarga, sin embargo, no encontramos diferencia estadística evidente. (Tabla 3)

En cuanto a las características de las personas bajo cuidado en términos de su edad, género y nivel de dependencia fueron un total de 90 personas con discapacidad de las cuales 50 personas discapacitadas(55.6%) fueron de género masculino y 40% del género femenino siendo así el rango de edad fue de 34 a 79 años con una media de 54.3 años y una tercera parte de ellos 61.1%, se encontraron en el rango de 41 a 60 años, en comparación con un estudio realizado

en la Unidad Médica de Atención Ambulatoria número 254 del IMSS (2020) donde se reportó un total de independencia en el 84.8 %, dependencia leve en un 7.2% y dependencia moderada 3.3% de los pacientes. De los 19 pacientes con dependencia 12 eran del grupo de sobrecarga leve y 4 del grupo de sobrecarga moderada ($p=0.98$) sin mencionar género para comparación con este estudio. (Tabla 4)

El gráfico 4 muestra la distribución de los discapacitados según el nivel de dependencia física según Test de Barthel. Todas las personas con discapacidad manifestaron algún nivel de dependencia. Un 92.2% de las personas discapacitadas tuvieron un nivel de dependencia moderado y 6.7% un nivel de dependencia severo. Solo un individuo tuvo un nivel de dependencia leve (1.1%) siendo éste del sexo masculino, sin embargo en un estudio realizado por Irianda Gómez y cols en (2020) donde la edad promedio fue de 53.8 ± 17.9 años sin mención de género

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación quiso determinar el nivel de sobrecarga en cuidadores principales de pacientes con discapacidad física con algún grado de dependencia, encontrándose que el nivel de sobrecarga en este estudio no fue significativo tal vez por el número de pacientes estudiados que fueron 90 percibiendo un resultado general sin sobrecarga en la mayoría de la muestra estudiada. Se pudo confirmar que las características del cuidador primario en nuestro medio se asemejan con las características ya descritas por la literatura médica, donde los cuidadores principales son en su mayoría mujeres, de edad adulta, cónyuges, comerciantes, seguidos de obreros, con escolaridad básica primaria, morbilidad prevalente la diabetes e hipertensión arterial con horas promedio de cuidado de 5 a 6 hrs diarias, con un tiempo de ejercer como cuidador de 2 a 3 años y con personas bajo su cuidado con la característica de presentar dependencia moderada en la mayoría d la muestra estudiada.

Sin embargo, la dependencia afecta de manera directa a las poblaciones más vulnerables que son los cuidadores principales, aunque la correlación entre el grado de dependencia y el nivel de sobrecarga en este estudio no fue fuerte ya que se omitieron objetivos importantes. Sin embargo, la relación de grado de dependencia con el nivel de la sobrecarga es mayor en personas con mayor dificultad socioeconómica en las literaturas que se citaron en este estudio.

RECOMENDACIONES

Con base en el objetivo general planteado para esta investigación y dados los resultados hallados en el análisis estadístico de los datos proporcionados, es importante que para el caso de la relación entre nivel de sobrecarga y discapacidad con algún grado de dependencia, se amplíen las variables a estudio para determinar cuáles aspectos del cuidador, tanto internos y externos, impiden que la capacidad de mejoría disminuya al tener un nivel dado de sobrecarga y este no lo externe.

El cuidador principal, con todos los aspectos que lo caracterizan, debe ser considerado un pilar de gran importancia para el cuidado de pacientes con discapacidad con algún grado de dependencia, pero también es importante tener en cuenta que el cuidador en ciertas ocasiones también se vuelve un paciente, por lo tanto, se debe prestar atención a su calidad de vida y cómo ha sido su experiencia en el cuidado de otra persona

Es importante realizar una caracterización más amplia del cuidador teniendo en cuenta el tipo de población al que pertenece con respecto a grupo étnico, dado que, pueden existir diferencias significativas en las condiciones de salud, carga emocional y capacidad de atención en cuidadores de áreas rurales y urbanas.

Se requiere implementar en cuanto a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no solo del paciente atendido sino del cuidador principal.

LIMITACIONES

Tomando en cuenta el cálculo del tamaño de la muestra que se realizó para este estudio que fueron 90 cuidadores en total, se hizo necesario un muestreo a conveniencia dadas la falta de datos concluyentes en cuanto a prevalencia de nivel de sobrecarga en cuidadores principales. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta que los resultados de este estudio aplican para la muestra estudiada, pero no son resultados viables para extrapolar a la población total dicho lo anterior, se requiere extender y ampliar el estudio que incluya datos de religión, socioeconómicos y socioculturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Palmeros g, Garín Sallán J. La atención a las personas con discapacidad en las universidades mexicanas y españolas, desde la revisión de las políticas educativas, Educación. 2016; 25 (49): 83-102.
- 2.-González R. Discapacidad vs Dependencia: Terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento, Índex Enferm. 2017; 26 (3): 170-174.
- 3.-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2014 - 2016 Clasificación de tipo de discapacidad – histórica. [Internet]: Catalogación en la fuente INEGI. México VIII, 358 p. [citado 2020 Mayo 21] Disponible en: <http://coespo.groo.gob.mx/Descargas/doc/DISCAPACITADOS/ENADID%202014.pdf>
- 4.-Torres Pinto X, Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L. Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico, Revista Salud. 2017; 49(2): 330-338.
- 5.-Hernández Ríos M. El Concepto de discapacidad: De la enfermedad al enfoque de derechos. Rev CES Derecho. 2015; 6 (2): 46-59.
- 6.-Viale M, González Palau F, Cáceres M, Pruvost M, Miranda A, Rimoldi M. Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia. Rev Neuro Latino 2016; 8 (1): 35-41.
- 7.-Guerrero Nava J, Romero Quechol G, Martínez Olivares M, Martínez Martínez R, Rosas Reyes S. Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016; 24(2):91-98.
- 8.-Gómez Galindo A., Peñas Felizzola O, Parra Esquivel E. Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. Rev. salud pública. 2016; 18 (3): 367-78
- 9.-Arroyo Priego E, Arana Ruiz A, Garrido Blanco R. and Crespo Montero R. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. Enferm Nefrol. 2018; 21(3): 213-24.
- 10.-Martín palomo M, Muñoz Terrón J. Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado. 2015. 17th ed. [ebook] Buenos Aires ARGENTINA:

Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani, pp.212-37. [Accessed 9 May 2020]. Available at:

https://www.researchgate.net/publication/310691332_INTERDEPENDENCIAS_UNA_APROXIMACION_AL_MUNDO_FAMILIAR_DEL_CUIDADO

11.-Carreño Moreno S, Chaparro Díaz L. Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan* 2016; 16 (4): 447-461.

12.-Silva Fhon J, Gonzales Janampa J, Mas Huaman T, Marques S, Partezani Rodrigues R. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av Enferm* 2016;34(3): 251-258.

13.-Zepeda Álvarez P, Muñoz Mendoza C. Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos* 2019;30(1): 2-5.

14.-Rizo Vázquez A, Molina Luís M, Milián Melero N, Pagán Mascaró P, Machado García J. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016; 10 (32): 1-13.

15.-López García E. Puesta Al Día: Cuidador Informal. *Rev. enferm. CyL* 2016; 8 (1): 71-77.

16.-Navarro Sandoval C, Uriostegui Espiritu L, Delgado Quiñones E, Sahagún-Cuevas. Depresión y Sobrecarga en Cuidadores Primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Rev. Med Ins Seguro Soc*. 2017; 55(1): 25-31.

17.-Buenfil Díaz B, Hijuelos García N, Pineda J, Salgado Burgos H, Pérez Padilla E. Depresión en Cuidadores Primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *RICS* 2016; 5 (10): 1-26.

18.-Prieto Miranda S, Arias Ponce N, Villanueva Muñoz E, Jiménez Bernardino C. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un Hospital de Segundo Nivel. *Med Int Méx*. 2015; 31 (6): 660-68.

19.-Quinche Álvaro, Ríos Ana. 2017; Síndrome del cuidador, una patología poco conocida en el país. [Internet]. Inmaculada Concepción de Loja ecuador Redacción Médica.;[Accessed 9 May 2020]. Available at:

<https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/-s-ndrome-del-cuidador-afecta-al-74-de-los-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-89398>

20.-Arias Gallegos W, Cahuana Cuentas M, Ceballos Canaza K, Caycho Rodríguez T. Síndrome de burnout en cuidadores de pacientes con discapacidad infantil. Rev de Avances en Psicología. 2019;5(1): 7-16.

21.-Gómez Galindo A, Peñas Felizzola O, and Parra Esquivel E. Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. Rev salud pública. 2016;18(3): 367-378.

22.-Zenteno A, Cid P, Saez, K. Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico. Enf Univ. 2017;14(3):146-154

23.-Rodríguez Marín J, Valencia Rico C, González Franco S, De La Pava Muñoz K. 2018. Carga de cuidado en cuidadores de personas con enfermedad crónica pertenecientes a un programa de hospitalización en casa (Manizales, Colombia). 2nd ed. [ebook] Archivos de Medicina, Universidad de Manizales, pp.archmed.18.2.2718.2018. [Accessed 17 May 2020]. Available at:

<https://www.redalyc.org/jatsrepo/2738/273857650020/html/index.html>

24.-García-Cardoza I, Zapata-Vázquez R., Rivas-Acuña V, Quevedo-Tejero E. Efectos de la Terapia Cognitivo-Conductual en la sobrecarga del Cuidador Primario de Adultos Mayores. Horizonte sanitario. 2017;17(2).131-140.

25.-Organización Mundial de la Salud. 2015. Conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Informe mundial sobre la discapacidad [Internet]. [citado 2020 may 09]; Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

26.-Cantillo-Medina C, Ramírez-Perdomo C, Perdomo-Romero A, 2019. Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. 16th ed. [ebook] Colombia: Ciencia y enfermería, pp. versión On-line ISSN 0717-9553. [Accessed 23 June 2020]. Available at:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-16.pdf>

27.-Martin del Campo Navarro A, Medina Quevedo P, Hernández Pedroza R, Correa Valenzuela S, Peralta Peña S, Vargas M. Grado de sobrecarga y

caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Enf Global* 2019; 1 (56) :57-67.

28.-Barrera-Ortiz L, Carrillo-González G, Chaparro-Díaz L, Sánchez-Herrera B. Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. Meta. Colombia: Orinoquia - Universidad de los Llanos – Villavicencio. 2015; 19(1): 89-99.

29.-Torres Avendaño B, Agudelo Cifuentes M, Pulgarin-Torres Á, Berbesi Fernández, D. Factores asociados a la Sobrecarga en el Cuidador Primario. Medellín, 2017. *Univ. Salud* 2018; 20(3): 261-269.

30.-Dzul-Gala F, Tun-Colonia J, Arankowsky-Sandova, G, Pineda-Cortes J, Salgado-Burgos H, Pérez-Padilla E. Relación entre la Sobrecarga y el Índice Depresivo de Cuidadores Primarios de Pacientes con Enfermedades Neuromusculares. *revista biomédica*.2018; 29 (3): 61-69.

31.-Barrero Solís C, García Arriola S and Ojeda Manzano A. Índice De Barthel (IB): Un Instrumento Esencial para la Evaluación Funcional y la Rehabilitación. *Plast & Rest Neurol* 2005; 4(1-2):81-85.

32.- Montero Pardo X, Jurado Cárdenas S, Valencia Cruz A, Méndez Venegas, Mora Magaña I., Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *psic*.2014;11(1): 71-85.

33.- Florencia Tartaglino M, Feldberg , Daniela Hermida P, Lidia Heisecke S, Dillon C, Deborah Ofman S, Nuñez M, Somale V. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurol Arg*. 2020; 12(1): 27-35

ANEXOS

Anexo 1. Carta Consentimiento:

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Nombre del estudio:	Nivel de sobrecarga en cuidadores principales de adultos con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11 Rascón S.L.P
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF 11 Rascón San Luis Potosí periodo 2020 al 2023
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Saber el nivel de sobrecarga del cuidador principal del adulto con discapacidad física con algún grado de dependencia en la UMF 11 Rascón S.L.P para incidir entre la problemática de grado de dependencia y sobrecarga del cuidador. Y aportar mejoría en la calidad de vida de los grupos vulnerables.
Procedimientos:	Se realizarán 2 encuestas una para el cuidador que es la Escala de Sobrecarga de Estrés de Zarit y la otra es para el paciente cuidado con la Escala de Barthel para saber el nivel de dependencia.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno ya que no se realizarán procedimientos invasivos
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con las escalas realizadas se detectará el estado de salud y en caso de identificar alguna alteración me derivaran al servicio correspondiente para mejorar mi estado de salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se dará toda la información de los resultados de forma clara y concisa, en caso de salir con algún grado de sobrecarga en el estudio será canalizado con su médico tratante, para su seguimiento óptimo.
Participación o retiro:	Se me explico que me puedo retirar en cualquier momento de la encuesta sin sufrir repercusiones en mi seguimiento o atención médica en esta unidad.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.
Beneficios al término del estudio:	Ser identificado como grupo vulnerable y recibir atención médica oportuna.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Juan Francisco Díaz Cervantes Matrícula 99258535 Teléfono 481 1066056
Colaboradores:	Dra. Verónica Tzitali Santacruz Pérez Teléfono: 481 1147622, Dr. Osman David Acosta Ortega Teléfono: 483 103 9412
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

Anexo 2.- Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																				
ACTIVIDADES	2020												2021												2022						2023					
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de Investigación y Marco Teórico	X																																			
Planteamiento del Problema Objetivos, Justificación, Hipótesis y Diseño	X	X																																		
Material y Métodos Planteamiento del Análisis Estadístico		X																																		
Bibliografía y Anexos Registro en SIRELCIS y envió al CLIS			X																																	
Realización de modificaciones Terminar modificaciones , re- envió CLIS				X																																
Autorización del protocolo por el CLIS					X	X																														
Protocolo autorizado por el CLIS							X																													
Entrega del dictamen a la CES							X	X																												
Recopilación de los datos (20%)									X	X	X	X																								
Recopilación de los datos (40%)												X																								
Recopilación de los datos (60%)													X																							
Recopilación de los datos (80%)														X																						
Recopilación de los datos (90%)															X	X																				
Recopilación de datos (100%)																X	X																			
Elaboración de base de datos															X	X	X	X	X	X																
Análisis estadístico																		X	X	X	X															
Interpretación de Datos y Análisis Estadístico																																				
Redacción de la Tesis																																				
Envío de la Tesis a la UNAM																																				
Realización de modificaciones																																				
Envío de la Tesis modificada a la UNAM																																				
Aceptación por la universidad																																				

Anexo 3.- Instrumento de Recolección de Datos: Aplicado al Cuidador

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:	
SECCION 1: DATOS GENERALES	
1. Folio captura:	de <input type="text"/>
2. Nombre:	<input type="text"/>
3. Edad:	<input type="text"/> Años
4. Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
5. Escolaridad:	6. Estado Civil
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Soltero
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Casado
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Viudo
<input type="checkbox"/> Preparatoria o técnica	<input type="checkbox"/> Unión libre
<input type="checkbox"/> Licenciatura	
<input type="checkbox"/> Postgrado	
	7. Ocupación
	<input type="checkbox"/> No trabaja
	<input type="checkbox"/> Obrero
	<input type="checkbox"/> Empleado
	<input type="checkbox"/> Profesionista
	<input type="checkbox"/> Comerciante
	<input type="checkbox"/> Otro:
8. ¿Cuánto tiempo le dedica al cuidado?	<input type="text"/> Horas diarias
	<input type="text"/> Días a la semana
	<input type="text"/> Días al mes
	<input type="text"/> Otro:
9. ¿Desde hace cuánto tiempo ejerce como cuidador?	<input type="text"/>
10. Edad de la persona bajo cuidado:	<input type="text"/> años
11. Sexo de la persona bajo cuidado:	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
12. Parentesco con el dependiente:	13. Morbilidad del cuidador:
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Hermano	<input type="checkbox"/> Dislipidemia
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Ninguno	

Anexo 4.- Escala de Zarit para nivel de sobrecarga del cuidador:
Aplicado al cuidador.

SECCION 2: TEST DE ZARIT		
Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son: 0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre		
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?	
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia, etc.)?	
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
8	¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	
Suma total:		
Valoración final según la suma total de puntos obtenido:		
<input type="checkbox"/>	<46 No sobrecarga	<input type="checkbox"/>
		47-56 Sobrecarga leve
		<input type="checkbox"/>
		>56 Sobrecarga Intensa

Anexo 5.- Test de Barthel para medir el nivel de dependencia: Aplicado a la persona bajo cuidado

Test de Barthel		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valorar semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción (valorar semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0
		Suma Total:
Valoración final de la dependencia según puntaje obtenido:		
<input type="checkbox"/> 0 a 20 Dependencia Total	<input type="checkbox"/> 21 a 60 Dependencia severa	<input type="checkbox"/> 61 a 90 Dependencia moderada
<input type="checkbox"/> 91 a 99 Dependencia escasa	<input type="checkbox"/> 100 Independiente	
Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas) La interpretación sugerida por Shah et al		

Anexo 6.- No inconveniente: para desarrollo de proyecto de investigación

FORMATO DE NO INCONVENIENTE PARA EL DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Cd Valles, San Luis Potosí a 10 de Agosto del 2020

C. Dr. Erick Alejandro Muñoz Y Yáñez

Director de la Unidad de Medicina Familiar #11 Rascón S.L.P.

Presente

AT'N

Dr. Rafael Natividad Nieva de Jesús

Coordinador Clínico de educación en salud del H.G.Z. N°6

Por medio de la presente le envié un cordial saludo y me permito solicitar su autorización para poder realizar el proyecto de investigación titulado:

NIVEL DE SOBRECARGA EN CUIDADORES PRINCIPALES DE ADULTOS CON DISCAPACIDAD FÍSICA CON ALGÚN GRADO DE DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 11, RASCÓN S.L.P

El cual se llevará a cabo a través de dos cuestionarios "dependencia de BARTHEL y sobrecarga al cuidador de ZARIT" en esta unidad de marzo a mayo del 2021.

Para su realización primero se ingresará en la plataforma SIRELCIS para la obtención de su registro y la autorización correspondiente en su elaboración, tomando en cuenta todas las recomendaciones del comité de bioética en cuanto a trabajo de investigación en humanos, así como los preceptos de la ley general de salud.

El trabajo final de este proyecto será la elaboración de la tesis, requisito indispensable, para la conclusión de los cursos de especialización, proceso de titulación y obtención del diploma institucional de la especialidad de Medicina Familiar.

ATENTAMENTE


DR. JUAN FRANCISCO DÍAZ CERVANTES
INVESTIGADOR RESPONSABLE
MATRICULA 98258535
CATEGORIA: R1 MEDICINA FAMILIAR


DRA. VERONIZA TZITZLALI SANTACRUZ PEREZ
INVESTIGADOR COLABORADOR
MATRICULA 9817886
CATEGORIA: MEDICO FAMILIAR

 **CURSO DE ESPECIALIZACIÓN I.A.
MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.
SEDE: UMF 3
CD. VALLES, S.L.P.**