



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

**SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y SU RELACIÓN CON
LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 45 SAN LUIS POTOSÍ**

DRA. GABRIELA PALOMARES TREJO

ASESOR METODOLÓGICO

DRA. MARÍA TERESA AYALA JUÁREZ

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD. ADSCRITO A LA UMF 45, IMSS, SAN LUIS POTOSÍ

ASESOR CLÍNICO

DR. FLORIBERTO GÓMEZ GARDUÑO

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR. ADSCRITO A LA UMF 45

ASESOR ESTADÍSTICO

DR. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ PROFESOR–
INVESTIGADOR DE TIEMPO COMPLETO. ADSCRITO AL DEPTO
DE SALUD PÚBLICA EN LA FACULTAD DE MEDICINA
UASLP

FEBRERO 2020



AUTORIZACIONES



DRA. MA. DEL PILAR FONSECA LEAL

Jefe de Postgrado clínico de la Facultad De Medicina U.A.S.L.P.

DRA. GABRIELA VIRGINIA ESCUDERO LOURDES

Coordinador Auxiliar de Educacion en Salud, I.M.S.S.

DR CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PÉREZ

Coordinador Clínico de Educacion e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA DORA MARIA BECERRA LÓPEZ

Profesor Titular de la Especialidad En Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA MARÍA DEL PILAR ARREDONDO CUELLAR

Profesor Adjunta de la Especialidad En Medicina Familiar, Unidad De Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y SU RELACIÓN CON LA
DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 45, SAN LUIS POTOSÍ

PRESENTA

DRA. GABRIELA PALOMARES TREJO

Firmas

<p>Director Dra. María Teresa Ayala Juárez Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud Adscrito a la UMF 45, IMSS, San Luis Potosí</p>	
<p>Co – directores Dr. Floriberto Gómez Garduño Especialidad en Medicina Familiar. Adscrito a la UMF 45, IMSS, San Luis Potosí</p>	
<p>Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez Profesor – Investigador de tiempo completo. Adscrito al Departamento de Salud Pública en la Facultad de Medicina UASLP</p>	
<p>Sinodales</p>	
<p>Dr. Daniel Alberto Rodríguez Gómez Presidente</p>	
<p>Dra. Dora María Becerra López Secretario</p>	
<p>Dr. Gad Gamed Zavala Cruz Vocal</p>	
<p>M.C. Ma. del Pilar Fonseca Leal Jefa de Investigación y Posgrado Clínico de la Facultad de Medicina</p>	<p>Dra. Dora María Becerra López Coordinador de la Especialidad en Medicina Familiar</p>



AUTOR

Dra. Gabriela Palomares Trejo

Médico residente Especialidad de Medicina Familiar.

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47 IMSS. San Luis Potosí

ASESOR METODOLOGICO

Dra. María Teresa Ayala Juárez

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Adscrito a la UMF 45, IMSS, San Luis Potosí

Diplomado de Profesionalización Docente I S.L.P

ASESOR CLINICO

Dr. Floriberto Gómez Garduño

Especialidad en Medicina Familiar.

Adscrito a la UMF 45, IMSS, San Luis Potosí S.L.P

ASESOR ESTADÍSTICO

Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez

Profesor – Investigador de tiempo completo

Maestría en Salud Pública

Maestría en Ciencias con Especialidad en Epidemiología

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la vida y sus bendiciones.

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, su comprensión y amor.

A mis asesores y profesoras, por sus enseñanzas, su paciencia y consejos.

Resumen

Sobrecarga del cuidador primario y su relación con la dependencia del paciente geriátrico de la Unidad de Medicina Familiar N° 45, San Luis Potosí

Palomares Trejo G¹, Ayala Juárez MT², Gómez Garduño F³, Hernández Rodríguez HG⁴

¹Médico Residente de tercer grado de la especialidad en Medicina Familiar; ² Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Adscrito a la UMF 45, IMSS, San Luis Potosí S.L.P Diplomado de Profesionalización Docente I;³ Especialista en Medicina Familiar, Adscrito a la UMF 45, IMSS, San Luis Potosí S.L.P ; ⁴Profesor - Investigador adscrito al Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina en UASLP, Maestría en Salud Pública, Maestría en Ciencias con Especialidad en Epidemiología.

Introducción: Los cambios propios del envejecimiento, asociados a los estilos de vida, llevan al paciente geriátrico a una situación de mayor vulnerabilidad de su salud funcional, por lo cual, requiere de un cuidador que sea responsable de atender sus necesidades diarias y que les suministre tanto apoyo físico como emocional. El cuidador primario puede sufrir pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional llegando al cansancio o colapso del cuidador.

Objetivo: Correlacionar la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del paciente geriátrico de la Unidad de Medicina Familiar N° 45 San Luis Potosí. **Material**

y métodos: Tipo de estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo, mediante muestreo con la fórmula de r de Cramér, se obtuvo una muestra de 50 cuidadores primarios. Se realizó una encuesta descriptiva a los cuidadores primarios de pacientes geriátricos, donde se evaluaron las características sociodemográficas, el grado de sobrecarga del cuidador través de la escala de Zarit y el grado de dependencia del paciente mediante la escala de Barthel. Se realizó mediante distribución Multihipergeométrica para significancia estadística por el sistema Microsoft Excel, así como C de Cramér para medir el grado de Asociación.

Resultados: Se entrevistaron a 50 cuidadores de los cuales el 76% son mujeres, con una edad promedio de 54.6 años, casadas 72%, hijas del paciente cuidado 58%, de escolaridad secundaria (36%) y con tiempo promedio de ejercer como cuidador primario de 6.7 años, en cuanto al grado de sobrecarga, el 38% presentó sobrecarga leve. Respecto a los pacientes geriátricos, predomina la mujer (60%), con edad media de 79.8 años, con dependencia leve (68%), donde la principal comorbilidad es la hipertensión arterial sistémica (90%), seguido de la diabetes mellitus tipo 2 (56%) y osteoartrosis (42%), además que en el 56% de la población geriátrica, están presentes 3 comorbilidades. Existe una asociación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia del paciente geriátrico, estadísticamente significativo con una $P= 0.003$ y una C de Cramér de 0.6. **Conclusiones:** A mayor grado de dependencia del paciente geriátrico, mayor es el riesgo de presentar sobrecarga del cuidador primario.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	13
1.1 INTRODUCCIÓN	13
1.2 ANTECEDENTES	14
1.3 MARCO CONCEPTUAL	18
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
4. OBJETIVOS	24
4.1 Objetivo general:	24
4.2 Objetivos específicos:	24
5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:	24
6. MATERIAL Y MÉTODOS:	24
6.1 Tipo de estudio.....	24
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	24
6.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra.....	25
6.4 Criterios De Selección.....	25
6.4.1 Criterios de inclusión:.....	25
6.4.2 Criterios de exclusión:.....	26
6.4.3 Criterios de eliminación:.....	26
6.5 Variables de Estudio:	26
6.6 Método o procedimiento para captar la información	28
7. ASPECTOS ÉTICOS	29
8. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:	29
9. EN CASO PERTINENTE ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD:.....	30
10. RESULTADOS	30

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	39
12. DISCUSIÓN	42
13. CONCLUSIONES.....	44
14. SUGERENCIAS.	45
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
16. ANEXOS	50
16.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	50
16.2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	51
16.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53
Instrumento 1	53
Instrumento 2. Escala de ZARIT	54
Instrumento 3. Índice de Barthel	56
16.4 CARTA DE AUTORIZACIÓN POR COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	57

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Definición de variables.....	26
Cuadro 2. Coeficiente C de Cramér.....	40
Cuadro 3. Correlación del grado de dependencia del paciente geriátrico y sobrecarga del cuidador primario.....	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tipo de muestra	24
Figura 2. Distribución por sexo en cuidadores primarios.....	
Figura 3. Distribución por edad de los cuidadores primarios.....	
Figura 4 Distribución por estado civil de los cuidadores primarios.	
Figura 5 Distribución por escolaridad de los cuidadores primarios.	
Figura 6 Distribución por parentesco de los cuidadores primarios	
Figura 7 Distribución por tiempo de ejercer como cuidador primario	
Figura 8 Distribución por grado de sobrecarga del cuidador primario	
Figura 9 Distribución por edad del paciente geriátrico.	
Figura 10 Distribución por sexo del paciente geriátrico.	
Figura 11 Distribución por grado de dependencia del paciente geriátrico	
Figura 12 Distribución por comorbilidades del paciente geriátrico	
Figura 13 Correlación Grado de dependencia del paciente geriátrico y Sobrecarga del cuidador primario	

1. MARCO TEÓRICO

1.1 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos más importantes del siglo XXI, ya que conlleva a modificaciones en los ámbitos sociales, económicos y culturales de los países. De acuerdo a lo estimado por el Consejo Nacional de Población en 2017 habitan en el país casi 13 millones de personas de 60 y más años. En México, en el año 2000 la proporción de adultos mayores fue alrededor de 7.0%. El Censo de Población y Vivienda 2010, contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa 9.0% de la población total. En 2015, de acuerdo a la Encuesta Intercensal 10.4 por ciento corresponden a adultos mayores de 60 años o más. Uno de los indicadores más empleados para estudiar el crecimiento de este grupo es el índice de envejecimiento que relaciona la cantidad de personas adultas mayores con la cantidad de niños y jóvenes, y permite observar la velocidad con la que crece cada conjunto; otro es el índice de dependencia, que relaciona a la población inactiva o económicamente dependiente con la activa. Entonces, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo,2016) se espera que para 2030, en el país, la población de 60 años o más alcance 14.8 por ciento del total; el índice de envejecimiento crecerá pues se pronostica que habrá 63 personas en este rango por cada 100 menores de 15 años. Asimismo, en cuanto al índice de dependencia se esperan 24 adultos mayores por cada 100 en edad económicamente activa. En cuanto al estado de San Luis Potosí, en 2010 la proporción de población de 60 años y más fue de alrededor del 10 por ciento; se estima que este porcentaje se incremente a cerca del 12 y 15.4 por ciento en 2020 y 2030, respectivamente, porcentaje por encima del promedio nacional. ^{1,2,3}

Los cambios propios del envejecimiento asociados a estilos de vida y generalmente condiciones socioeconómicas deficientes, llevan al anciano a una situación de mayor vulnerabilidad de su salud funcional, llegando a producirse pérdida de autonomía en diferentes grados, además de sufrir las consecuencias de las enfermedades crónico-

degenerativas, situación en la cual el adulto mayor requiere de un cuidador o persona que sea responsable de atender sus necesidades diarias y que les suministre tanto apoyo físico como emocional, la familia es la principal proveedora de cuidados, siendo las mujeres tradicionalmente quienes asumen este rol, generalmente el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas, ni procedimientos, pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella.⁴

En este sentido, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, el cuidador principal, soporta cada día retos imprevistos y puede sufrir pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional llegando al agotamiento, cansancio o colapso del cuidador.⁵

Debido a lo previamente descrito, es importante conocer el grado de sobrecarga de los cuidadores primarios, así como el grado de dependencia del paciente geriátrico para otorgar una orientación según sea la situación.

1.2 ANTECEDENTES

INTERNACIONAL

En Estados Unidos de América existen alrededor de 43.5 millones de cuidadores primarios, en un estudio realizado en 2014 por Adelman y colaboradores se concluyó que dentro de los principales factores de riesgo para el síndrome del cuidador primario se encuentran: el sexo femenino, baja escolaridad, las horas de cuidado, aislamiento social, depresión, problemas financieros, vivir con la persona dependiente. Por lo que es responsabilidad del médico reconocer a los cuidadores que presenten datos de colapso.⁶

En España, aproximadamente 1.175.000 personas se encuentran en condiciones de dependencia. De esta suma, se estima que el 71% la asistencia se lleva a cabo por parte de la familia. En un estudio realizado en 2017 destaca que el cuidado de las

personas dependientes es realizado, casi exclusivamente, por las mujeres del núcleo familiar, un grado de parentesco lejano, la agresividad/oposición del dependiente, el proporcionar más de 7 horas diarias de cuidado y la mala salud del cuidador aumentan significativamente el nivel de sobrecarga, así como una mala salud física o psicológica del cuidador, por lo tanto es necesaria una visión integradora por parte de los programas sanitarios.⁷

En Cuba en el 2018, Lemus Fajardo y colaboradores, realizaron un estudio con cuidadores principales de adultos mayores frágiles, con una muestra de 360 cuidadores, donde predominó el sexo femenino y el grupo etáreo 46-60 años, presentándose sobrecarga en el 73,6 % de los cuidadores. Se aplicó la escala de evaluación de sobrecarga de Zarit, instrumento que tiene por objetivo valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador, en distintas áreas de su vida, y la escala de Barthel, para determinar el grado de dependencia del adulto mayor para realizar actividades básicas de la vida diaria. Se constató predominio de los adultos mayores con dependencia moderada (48,6 %) según el estado funcional, mientras al relacionar a los adultos mayores con sus cuidadores acorde al nivel de sobrecarga se constató predominio de la escasa dependencia para los cuidadores sin sobrecarga (37,9 %), mientras la dependencia moderada predominó en los cuidadores con sobrecarga leve (66,7 %) y la dependencia severa en los cuidadores con sobrecarga intensa (36,7 %). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estado civil, parentesco, ocupación laboral, nivel escolar y la presencia de apoyo social en relación con los niveles de sobrecarga del cuidador ($p < 0,001$). Los cuidadores con sobrecarga intensa dedicaron mayor cantidad de tiempo al cuidado y menos al autocuidado, que el resto. ⁸

NACIONAL

En Tabasco, en 2010, Domínguez-Sosa y colaboradores realizaron un estudio acerca del síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, el cual reportó una prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario del 15%, el 80% fueron casos de sobrecarga leve-moderada, y el

20% restante, fueron casos de sobrecarga intensa con riesgo de colapso. Además se encontró asociación estadísticamente significativa con el estado civil y con la escolaridad, observándose que mientras los estados civiles unidos (casado y en unión libre) resultaron ser factores protectores, los estados civiles no unidos (divorciados, separados, solteros y viudos) se encontraron como factores de riesgo; a la vez que una educación de nivel secundaria o mayor resultó factor protector, mientras que su contrario, la educación primaria o menor (elemental) mostró asociación de riesgo.⁹

En el 2014, en la ciudad de Xalapa Veracruz, se realizó un estudio sobre la sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas, en el cual se entrevistaron a 281 cuidadores en la consulta externa de una Unidad de Medicina Familiar de los cuales el 79% eran mujeres, con una edad promedio de 48 años de edad, 57% eran casadas, 58% hijas del paciente cuidado, el 47% además fungían como empleados y el 79% presentaba alguna patología siendo las principales la obesidad, hipertensión arterial y diabetes; el 59% tenía de 1 a 3 años ejerciendo la función de cuidador. En cuanto a los pacientes estos eran el 69% mujeres, el 43% contaba con 3 o más patologías siendo las principales hipertensiones arterial, diabetes mellitus tipo 2 y osteoartrosis. El 52% de cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga de acuerdo a la escala de Zarit. 36% sobrecarga intensa y 16% sobrecarga leve y el 88% de los pacientes cuidados presentó algún grado de dependencia de moderada severa. Se relacionó el grado de sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia, el tiempo de ejercer como cuidador y con los antecedentes personales patológicos del cuidador.¹⁰

En Guanajuato, en el 2014, se realizó un estudio para identificar la relación entre el nivel de sobrecarga subjetiva del agente de cuidado dependiente y el nivel de dependencia funcional del adulto mayor con enfermedad crónico-degenerativa en el Hospital General de Silao, Guanajuato, con los siguientes resultados: la edad promedio de los adultos mayores fue de 70.9 \pm 10, en el índice de Barthel presentaron dependencia leve (41.1%) en las actividades de la vida diaria. El perfil

del agente de cuidado dependiente correspondió a una mujer de edad media (53.8 \pm 5.2), casada (88.9%), ama de casa (73.3%), hija de quien cuida (48.9%). En la entrevista de Zarit se encontró a agentes de cuidado dependiente sin sobrecarga (85.6%). Para verificar si existía correlación entre las variables sobrecarga subjetiva y dependencia funcional, se obtuvo el coeficiente de correlación rho de Spearman (-0.46). Concluyendo que, a menor grado de dependencia del adulto mayor, menor es el nivel de sobrecarga subjetiva del agente de cuidado dependiente. ¹¹

En el 2017, Flores Villavicencio y colaboradores realizaron un estudio en Guadalajara, Jalisco acerca de las características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. La muestra consistió en 59 cuidadores de los servicios de traumatología, medicina interna y nefrología del Hospital General de Zona 89 del IMSS. Se diseñó una escala con 5 dimensiones que permitieron identificar las características del cuidador informal, en donde predominó el género femenino, son los hijos que aún viven en el hogar del adulto los principales cuidadores, la edad promedio está entre 36 a 45 años de edad, el promedio del tiempo de cuidado es de más 10 días, alterando su vida familiar. ¹²

REGIONAL

En San Luis Potosí no se han realizado estudios relacionados con la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor. En 2009, Trejo Morales y colaboradores, realizaron un estudio acerca de la calidad de vida del cuidador informal del adulto mayor del programa de atención domiciliaria al enfermo crónico, con una muestra de 77 cuidadores de los HGZ 1, 2 Y 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social. De las características de los cuidadores 79% son mujeres, 21 % hombres, en calidad de vida 69% presento nivel medio en la dimensión estado social, en calidad de vida global se encontró el 69% con calidad de vida alta por el apoyo que reciben. Los receptores del cuidado fueron en promedio de 77 años, del sexo femenino y el estado civil de casados seguido de viudos, y escolaridad de primaria. Los problemas de salud por los que se atiende con más frecuencia a los pacientes del programa de atención domiciliaria fueron secuelas de evento vascular cerebral, senilidad, úlceras por presión e inmovilidad. ¹³

1.3 MARCO CONCEPTUAL.

ADULTO MAYOR

En México, es toda persona que cuente con 60 años o más de edad. ¹⁴

ANCIANO SANO

Persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud. ¹⁵

ANCIANO ENFERMO

Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. ¹⁵

ANCIANO FRÁGIL

Anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. ¹⁵

PACIENTE GERIÁTRICO

Sujeto de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas. Además, suelen ser personas que tienen problemas sociales sobreañadidos y, con mucha frecuencia, trastornos de comportamiento. ¹⁶

CAPACIDAD FUNCIONAL

Habilidad plena del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. ¹⁶

ÍNDICE DE BARTHEL

Instrumento que permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores con la medición de la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del sanitario, trasladarse de un sillón a la cama, deambular, y subir y bajar escaleras ^{17,18}

El índice de Barthel es el más utilizada internacionalmente, es rápido, fácil y confiable para valorar las actividades básicas de la vida diaria, detecta las tareas específicas que el adulto mayor no puede realizar y que tanta ayuda requiere. Su aplicación requiere de 3 – 5 minutos. Presenta una buena confiabilidad interobservador, (índices de Kappa entre 0.47 y 1.00), e intraobservador (índices de Kappa entre 0.84 y 0.97) ¹⁹

Define, con una puntuación global, independencia y grados de dependencia y permite analizar cada una de las actividades medidas. El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos, cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario, cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia. ²⁰

Menor a 20: Dependencia total

20 – 35: Dependencia grave

40-55: Dependencia moderada

60 o más: Dependencia leve

100: Independencia

CUIDADOR PRIMARIO.

Es la persona responsable de la atención integral de la persona mayor, considerando los cuidados personales, de higiene personal y ambiental, administración de medicamentos, prevención de nuevas enfermedades y complicaciones, así como asistencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. ⁵

Aquella persona del entorno del anciano que asume voluntariamente el rol de cuidador en el más amplio sentido de la palabra. Esta dispuesto a tomar decisiones por el paciente, así mismo, cubre las necesidades básicas de este, bien de forma directa realizando las tareas de ayuda o indirecta determinando cuando, como y donde se tienen que dar.²⁰

CUIDADOR FORMAL

Persona capacitada a través de su formación por cursos teóricos-prácticos, dictados por equipos multidisciplinarios de docencia para brindar atención asistencial, preventiva y educativa a la persona dependiente y a su núcleo familiar. El cuidador formal es remunerado económicamente por esta labor. Su trabajo lo ejecutan en hospitales, el hogar, clubes, centros de jubilados.²¹

CUIDADOR INFORMAL

Persona que no dispone de capacitación, por su labor no recibe ningún tipo de remuneración y se encuentra bien comprometido con el cuidado que ejecuta. Se caracteriza por realizar una atención sin horarios el apoyo es brindado por familiares, amigos y vecinos. No pertenece a ninguna institución sanitaria ni social, generalmente cuida a personas dependientes viviendo en su domicilio. ²¹

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

El síndrome de sobrecarga del cuidador consiste en una respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. Es caracterizado por afectar y repercutir en diversas esferas de la persona, dependiendo del grado en que los cuidadores perciben que el cuidado que otorguen tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero, tal grado de frustración que finalmente colapse, se evidencia la enfermedad ante las exigencias demasiado intensas de la persona necesitada de cuidados. Los síntomas pueden ir desde frustración, irritabilidad por la dificultad de llevar sus roles y tareas que

previamente se tenían, hasta ansiedad, depresión, empeoramiento de patología preexistentes y fatiga.^{5, 22,23}

ESCALA DE ZARIT

Para Zarit, Reever y Bach-Peterson la carga del cuidador hace referencia a la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas. El instrumento original de Zarit y colaboradores consistía en un cuestionario de 29 ítems, evaluaba la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. En su revisión se redujo el número de ítems a 22 mostrando una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre .79 y .92 y una sensibilidad del 93% y especificidad del 85%. Respecto de la validez de constructo, existen datos en relación con tres dimensiones, que regularmente se refieren al impacto que tiene el cuidar de alguien, los recursos de afrontamiento para cuidar y la relación interpersonal cuidador-paciente.^{24,25}

El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado. Cada respuesta se clasifica como nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces =2, muchas veces = 3 y casi siempre = 4. Esto nos permite identificar con qué frecuencia se siente afectado el cuidador por cada ítem en particular, mientras que el ítem 22 nos ofrece una valoración global de la sobrecarga que percibe el cuidador y la califica en nada =0, poco=1, moderada =2, mucha= 3 y extremada = 4.

Se suman todos los puntos para el resultado:

22-46: No sobrecarga.

47-55: Sobrecarga leve.

56-88: Sobrecarga intensa.²⁰

2. JUSTIFICACIÓN

Uno de los principales retos del envejecimiento es el incremento de la población que desarrollará enfermedades crónicas, discapacidad y dependencia.

De acuerdo a la Encuesta Intercensal INEGI en el 2015, en los Estados Unidos Mexicanos, habitan 119,530,753 personas, de las cuales 12.4 millones de personas son mayores de 65 años. En San Luis Potosí, se estima que residen 2,717,820 personas, de las cuales la población en edad avanzada representa 8.2 por ciento. El crecimiento de la población de adultos mayores ha hecho que la razón de dependencia de este grupo se incremente, al pasar entre 2000 y 2015 de 10 a 13, número que representa las personas de 65 y más años, por cada 100 personas entre 15 y 64 años de edad. ^{26,27}

En la Unidad de Medicina Familiar N° 45, para el 2018, las personas afiliadas de 60 años y más es de 21, 296.

En Estados Unidos se ha encontrado que hasta el 50% de los cuidadores, presentan colapso. Dentro de las principales consecuencias del colapso del cuidador se encuentra el deterioro de su propia salud y a su vez de la salud del paciente cuidado. No se puede establecer una cifra exacta del gasto no compensado de los cuidados informales, aunque hay estimaciones que llega a ser de 306 mil millones de dólares solo en los Estados Unidos. ⁵

Ante esta situación, y debido a que en la actualidad, no se tiene un registro del número de cuidadores primarios de la Unidad de Medicina Familiar, surge la necesidad de anticiparse a la expectativa de crecimiento de la población dependiente y darle la importancia necesaria a este padecimiento poco reconocido, identificando a los cuidadores primarios con sobrecarga así como en grado de dependencia de los pacientes geriátricos para detectar áreas de oportunidad, pudiendo así brindar intervenciones médicas y sociales dirigidas a minimizar las repercusiones de la sobrecarga y como consecuencia reducir el impacto en la salud del cuidador.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de la esperanza de vida, el gradual envejecimiento de la población, el importante progreso en el control de la mortalidad y la mayor supervivencia de adultos mayores con enfermedades crónicas incapacitantes hace posible que en las últimas décadas se incremente de la necesidad de cuidados para los adultos mayores aunque los Sistema de Salud ofrezcan en la actualidad una mayor cobertura en la atención del adulto mayor para aumentar la expectativa de vida y un envejecimiento de calidad, se requiere además de la participación de la familia en el cuidado de la salud de las personas mayores, es aquí donde emerge la figura del cuidador primario, el cual es responsable de las actividades de asistencia del adulto mayor en dependencia.

En la actualidad, el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padece algún tipo de discapacidad y sufre las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, además, el avance en la transición demográfica y la carencia de apoyo formal provocará que eventualmente se requiera más del apoyo de cuidadores primarios. En este sentido, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, estas personas llegarán al agotamiento, cansancio o colapso del cuidador.

A partir de esta problemática se ha observado que, en el estado de San Luis Potosí no se han realizado estudios acerca de la sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia de pacientes, por esto y lo expresado anteriormente es que se formula la siguiente

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del paciente geriátrico?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general:

Determinar la relación entre sobrecarga del cuidador primario y dependencia del paciente geriátrico.

4.2 Objetivos específicos:

- Determinar la sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos de la Unidad de Medicina Familiar No. 45
- Identificar las características sociodemográficas del cuidador primario de pacientes geriátricos de la Unidad de Medicina Familiar No. 45
- Determinar el grado de dependencia del paciente geriátrico
- Identificar las características sociodemográficas del paciente geriátrico
- Identificar comorbilidades del paciente geriátrico

5. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

Existe relación entre sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia del paciente geriátrico

Hipótesis nula

No existe relación entre sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia del paciente geriátrico

6. MATERIAL Y MÉTODOS:

6.1 Tipo de estudio

Observacional, transversal, analítico, prospectivo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio

- Universo de estudio:

Unidad de medicina Familiar N° 45 San Luis Potosí

- Unidad de investigación:

Cuidador primario de pacientes geriátricos de la UMF No.45

- Límite de tiempo:

Un año

6.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra

Tipo de muestra:

R de Cramér ²⁸

$$n = \left(\frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2 + 3 = \left(\frac{1,96 + 0,84}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+0,4}{1-0,4} \right)} \right)^2 + 3 \approx 47$$

		Confianza	Potencia	Coef. Estimado
Z a =	1.96	95	80	0.4
Z b =	0.84			
r =	0.4			
Numerador	2.80			
Denominador	0.4236489			
n =	46.73			

Tamaño de muestra:

- n = 46.73 ≈ 50

6.4 Criterios De Selección

6.4.1 Criterios de inclusión:

- Cuidador primario de paciente geriátrico
- Mayoría de edad
- Ambos sexos

- Acepten participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado
- Que cohabiten con el paciente geriátrico

6.4.2 Criterios de exclusión:

- Analfabetas
- Que reciban remuneración económica

6.4.3 Criterios de eliminación:

- Cuestionario Incompleto
- Que decidan retirarse del estudio, a pesar de haber firmado el consentimiento informado.

6.5 Variables de Estudio:

Definición de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Categorización	Escala	Fuente de información
Cuidador primario	Persona responsable de la atención integral de la persona mayor	Persona que acompaña al paciente geriátrico	1. Familiar 2. No familiar	Dicotómica	Hoja de recolección de datos
Edad del cuidador primario	Periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Se identificará de acuerdo a la información que proporcione el paciente.	31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 >80	Continua	Hoja de recolección de datos
Sexo del cuidador primario	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre y la mujer	La que se observe según las características fenotípicas de las personas.	1.- Hombre 2.- Mujer	Dicotómica	Hoja de recolección de datos
Estado civil del cuidador primario	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se	Por interrogatorio directo	1.- Soltero (a) 2.- Casado (a) 3.- Unión libre 4.- Separado/Divorciado 5.- Viudo (a)	Nominal	Hoja de recolección de datos

	crean lazos jurídicos				
Grado de escolaridad del cuidador primario	Último Nivel educativo completo de una persona	Por interrogatorio directo	1.- Analfabeta 2.- Primaria 3.- Secundaria 4.- Preparatoria 5.- Universidad	Ordinal	Hoja de recolección de datos
Parentesco del cuidador primario	Vinculo que tiene el cuidador primario en relación con el paciente geriátrico	Por interrogatorio directo	1.- Cónyuge 2.- Hijo(a) 3.- Hermano (a) 4.- Otro(primo, etc) 5.- Ninguno (amigo)	Nominal	Hoja de recolección de datos
Tiempo de ejercer la función del cuidador	Tiempo transcurrido en meses de ejercer la función de cuidado primario	Por interrogatorio directo	1 -6 meses 7 - 1 año 1 -2 años 3 - 5 años 5 – 10 años Más de 10 años	Continua	Hoja de recolección de datos
Grados de sobrecarga del cuidador	La sobrecarga sentida del cuidador	Por resultado de la Escala de Zarit	Menor o igual a 46: ausencia de sobrecarga 47-55: sobrecarga ligera Mayor o igual a 56: sobrecarga intensa	Ordinal	Escala de Zarit
Grado de dependencia	Pérdida de autonomía, que precisa ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria	Por el resultado del índice de Barthel	Menor a 20: Dependencia total 20–35: Dependencia grave 40-55: Dependencia moderada 60 o más: Dependencia leve 100: Independencia	Ordinal	Índice de Barthel
Edad Del paciente geriátrico	Periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Se identificará de acuerdo a la información que proporcione el paciente.	60-65 66-70 71-75 76-80 81-85 >85	Continua	Hoja de recolección de datos

Sexo del paciente geriátrico	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre y la mujer	La que se observe según las características fenotípicas de las personas.	1.-Hombre 2.- Mujer	Dicotómica	Hoja de recolección de datos
Comorbilidades del paciente geriátrico	Enfermedades coexistentes en un paciente que, por su grado de cronicidad y severidad, modifican el riesgo de morir	Por interrogatorio directo	1. DM 2 2. HAS 3. EPOC 4. IRC 5. Cardiopatía Isquémica 6. Osteoartrosis 7. EVC 8. Otras	Nominal	Hoja de recolección de datos

6.6 Método o procedimiento para captar la información

Una vez aprobado el protocolo de investigación por el comité de ética e investigación y SIRELCIS, el número de registro **R-2019 – 2402-010** se acudió a la sala de espera de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar, para captar a los cuidadores primarios de pacientes geriátricos e invitarlos a participar en la investigación explicándoles el objetivo y finalidad de esta, autorizando con la firma del consentimiento informado.

Se procedió a la aplicación del cuestionario de características sociodemográficas del cuidador primario y del paciente geriátrico, así como la escala de Zarit para determinar el grado de sobrecarga y el Índice de Barthel para determinar el grado de dependencia del paciente geriátrico.

Los resultados obtenidos de las encuestas realizadas, se registraron en una base de datos de Excel para la elaboración de resultados, los cuales se discutirán más adelante.

7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó de acuerdo a lo que dispone el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, Secretaria de Salud (1984), específicamente en los siguientes apartados: artículo 14, 15, 16, 17, 18, 19, 29, 21 y 22.²⁹

Respecto al Capítulo 1, artículo 17, fracción II se aborda el tipo de riesgo que implica la investigación, es un estudio sin riesgo dado que la investigación requiere de contestar el Índice de Barthel y la escala de Zarit, para obtener el resultado.

Respecto al Artículo 21 previo a la explicación del objetivo del estudio, se solicitó el consentimiento informado de los sujetos de investigación y de acuerdo a la fracción I, IV, VI, VII, VIII, se aclararon las dudas que surgieron al momento de la entrevista en cada una de las preguntas del instrumento. La información proporcionada, se manejó en forma confidencial, no se registraron los nombres de los participantes.

En relación con el capítulo segundo que habla acerca de las investigaciones en comunidades, se consideraron los artículos: 28, 29, 30, 31 y 32.

El presente protocolo de investigación también cumplió con los lineamientos de la Declaración de Helsinki³⁰

El protocolo de investigación se presentó al comité de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

8. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

- Recursos Humanos:
 - Investigador principal: Dra. Gabriela Palomares Trejo
 - Asesor metodológico: Dra. María Teresa Ayala Juárez
 - Asesor clínico: Dr. Floriberto Gómez Garduño
 - Asesor estadístico: Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez
 - Cuidadores primarios de los pacientes geriátricos

➤ Recursos Físicos:

Unidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 SLP

➤ Recursos Materiales:

- Laptop Lenovo (\$10,000 pesos)
- Impresora (\$2000 pesos)
- Cartuchos de tinta para impresora (\$ 400 pesos)
- 1 paquetes de hojas blancas tamaño carta (\$100 pesos)
- Lápices (\$100 pesos)
- Bolígrafos tinta negra (\$200 pesos)
- Transporte (\$1800)

➤ Financiamiento

- Unidad de Medicina Familiar n° 45, IMSS, SLP e investigador responsable.

➤ Factibilidad

El estudio es factible ya que se cuenta con el recurso humano y de infraestructura.

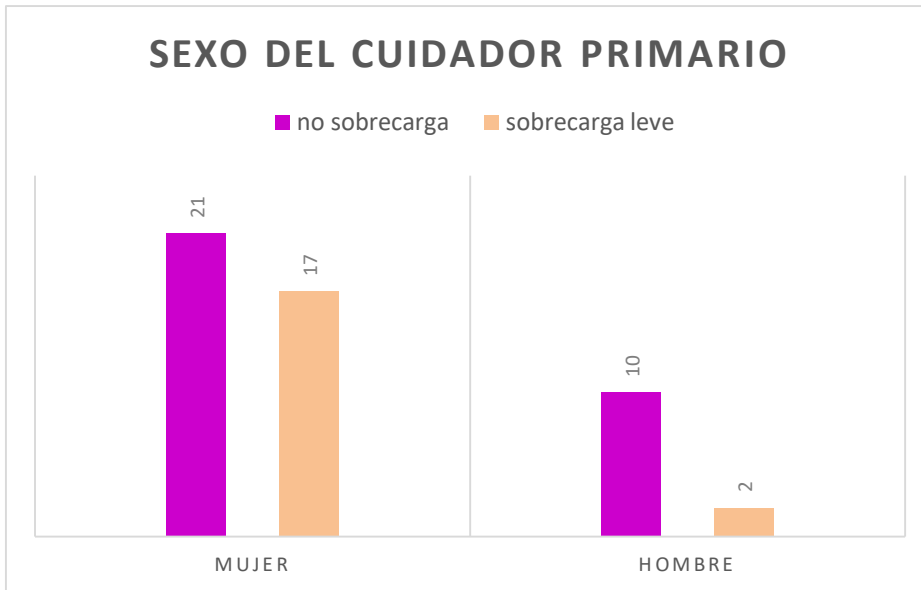
9. EN CASO PERTINENTE ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD:

No aplica para el presente estudio

10. RESULTADOS

En el presente estudio con número de registro R-2019-2402-010 se obtuvieron los siguientes resultados.

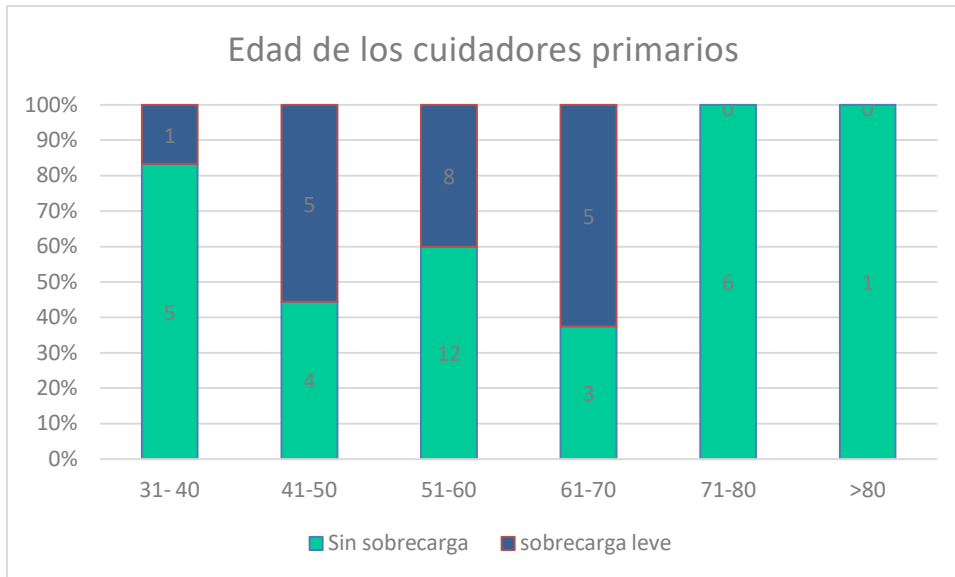
Gráfico 1. Distribución por sexo en cuidadores primarios



Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

El sexo predominante de los cuidadores primarios de los pacientes geriátricos de la Unidad de Medicina Familiar n° 45 fueron las mujeres con un 76% correspondiendo a 38 mujeres, de las cuales 17 presentaron sobrecarga leve, representando el 44.7%. El 24% de la muestra fueron hombres, de los cuales sólo el 16.6% presentó sobrecarga leve.

Gráfico 2. Distribución por edad de los cuidadores primarios.

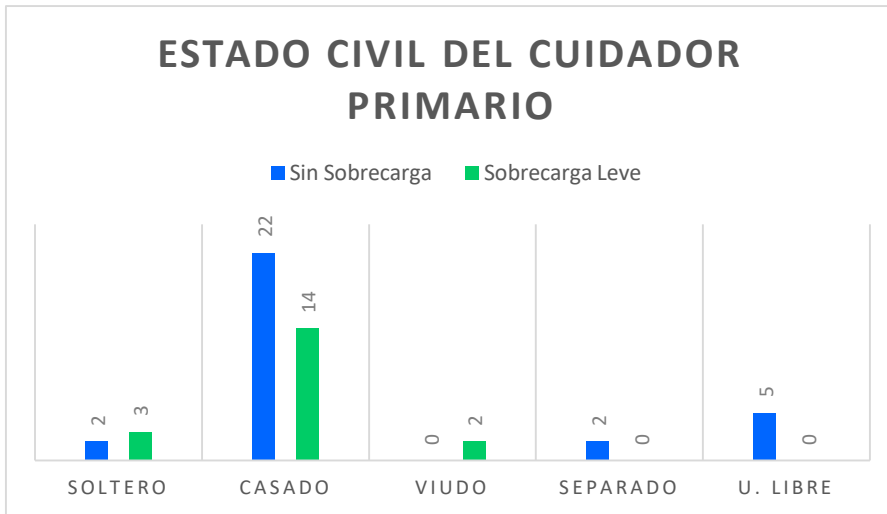


Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

En relación con la edad de los cuidadores primarios se observó que la edad media fue de 54.6 años, la mediana de 56 años, mientras que la moda fue de 57 años, de una muestra total de 50 participantes en el estudio de Investigación.

Dentro del rango de edad de 31 a 40 años hubo 6 cuidadores, de los cuales el 16.6% presentaron sobrecarga leve, de 41 a 50 años fueron 9 cuidadores, de los cuales el 55.5 % presentó sobrecarga leve, de 51 a 60 años estuvo conformado por 20 pacientes de los cuales 40% presentaron sobrecarga leve y de 61 a 70 el 62.5% de los pacientes presentó sobrecarga leve.

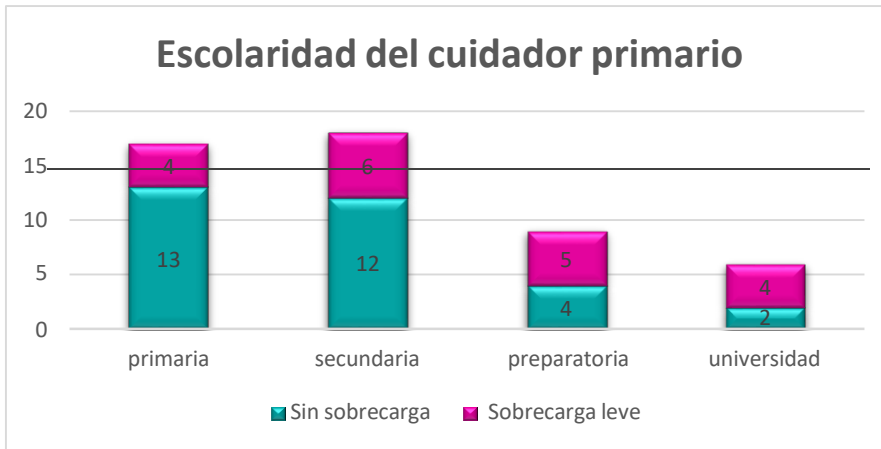
Gráfico 3. Distribución por estado civil de los cuidadores primarios.



Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

Del total de encuestados, 36 son casados que corresponde a un 72% de los cuales el 38.89% presentan sobrecarga leve, seguidos de 5 que son solteros, de los cuales el 60% presenta sobrecarga leve y 5 que están en unión libre, donde ninguno presentó sobrecarga, mientras que 2 son separados, sin sobrecarga y 2 viudos de los cuales el 100% presentó sobrecarga leve.

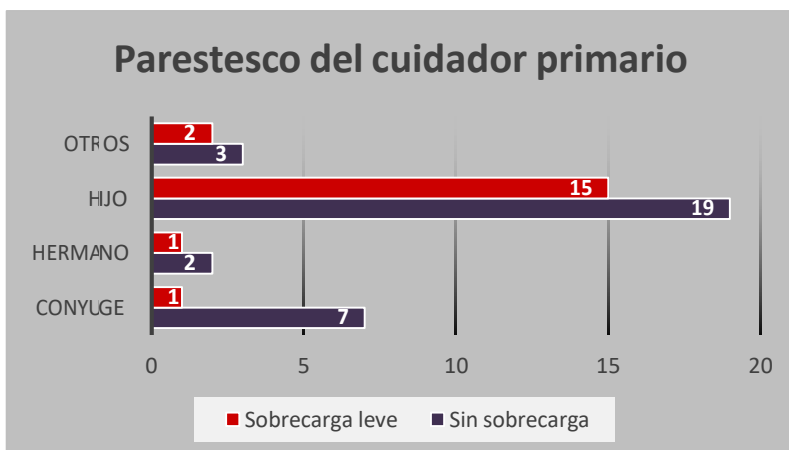
Gráfico 4. Distribución por escolaridad de los cuidadores primarios.



Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

De acuerdo con la escolaridad, predomina la secundaria con un 36%, correspondiendo a 18 cuidadores, de los cuales el 33.3% presentó sobrecarga leve, seguido por la escolaridad primaria con 17 cuidadores, donde un 23.5% presentó sobrecarga leve, preparatoria con un 18%, de los cuales el 55.5 % tuvo sobrecarga leve y por último la universidad con 6 cuidadores de los cuales, el 66.6% presentó sobrecarga leve.

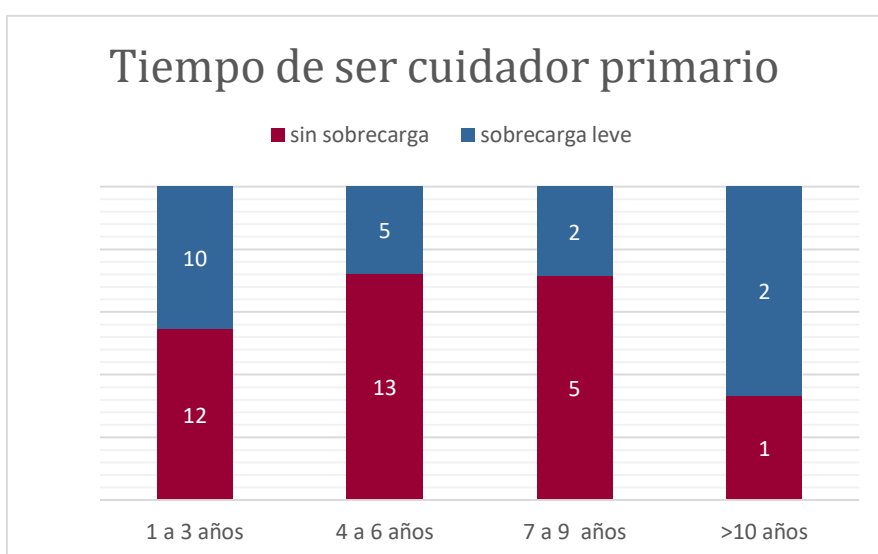
Gráfico 5. Distribución por parentesco de los cuidadores primarios



Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

Respecto al parentesco del cuidador primario con el paciente geriátrico, predominan los hijos con 34 cuidadores, representando un 68% de los cuales el 44.11% presentan sobrecarga leve, seguido del cónyuge con un 16%, de los cuales el 12.5% presenta sobrecarga leve, otros (primo, sobrino y nuera) 10%, de los cuales el 40% presenta sobrecarga leve y por último los hermanos con 4%, donde 33.3% tienen sobrecarga.

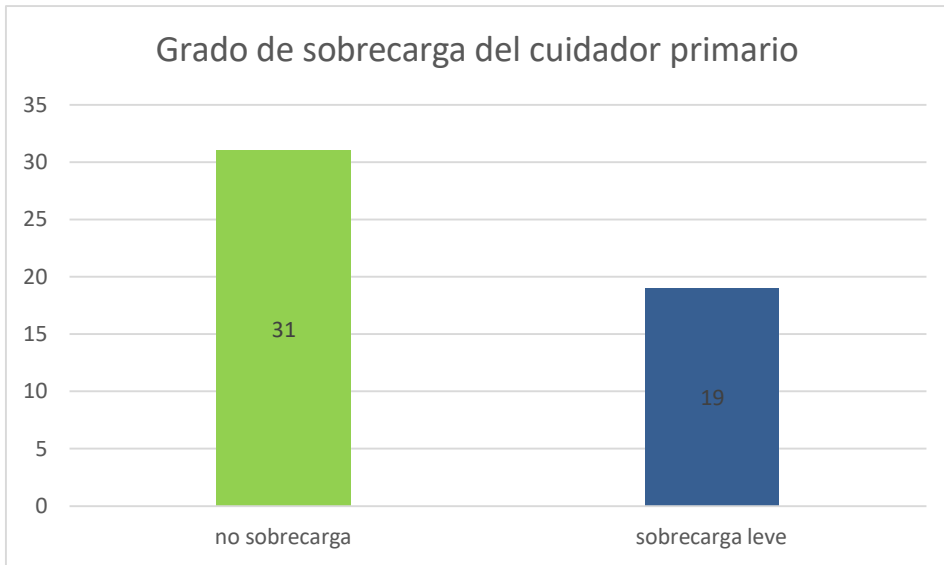
Gráfico 6. Distribución por tiempo de ejercer como cuidador primario



Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

En cuanto al tiempo de ejercer como cuidador primario, la media fue de 6.7 años, la mediana de 6.5 y la moda de 2 años. El rango de 1 a 3 años como cuidador primario tuvo un total de 22 cuidadores, de los cuales el 45.45% presentó sobrecarga leve, de 4 a 6 años 18 cuidadores, de los cuales el 27.7% presentó sobrecarga, de 7 a 9 años, se encontraron 7 cuidadores, donde el 28.5% presentó sobrecarga y 3 cuidadores con más de 10 años de ejercer como cuidador, de los cuales el 66.6% presentaron sobrecarga leve.

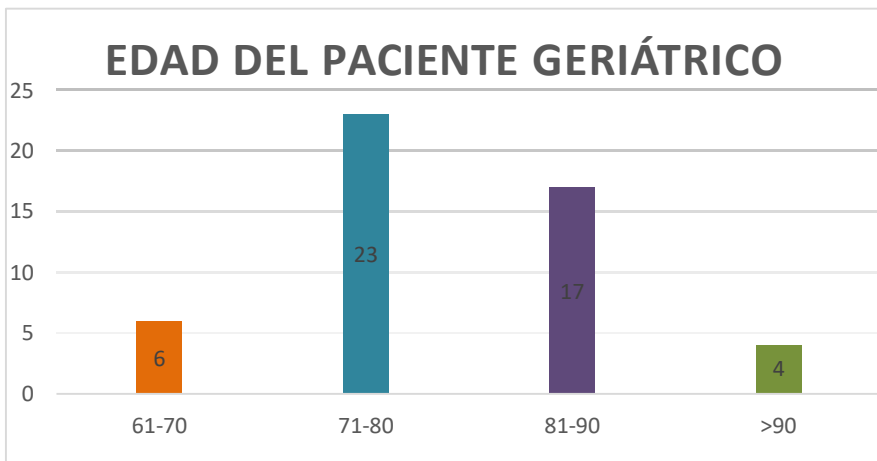
Gráfico 7. Distribución por grado de sobrecarga del cuidador primario.



Fuente: instrumento 2. Escala de Zarit

De los 50 cuidadores primarios, 31 no presentaron sobrecarga, representando un 62%, mientras que el 38% presentó sobrecarga leve.

Gráfico 8. Distribución por edad del paciente geriátrico.

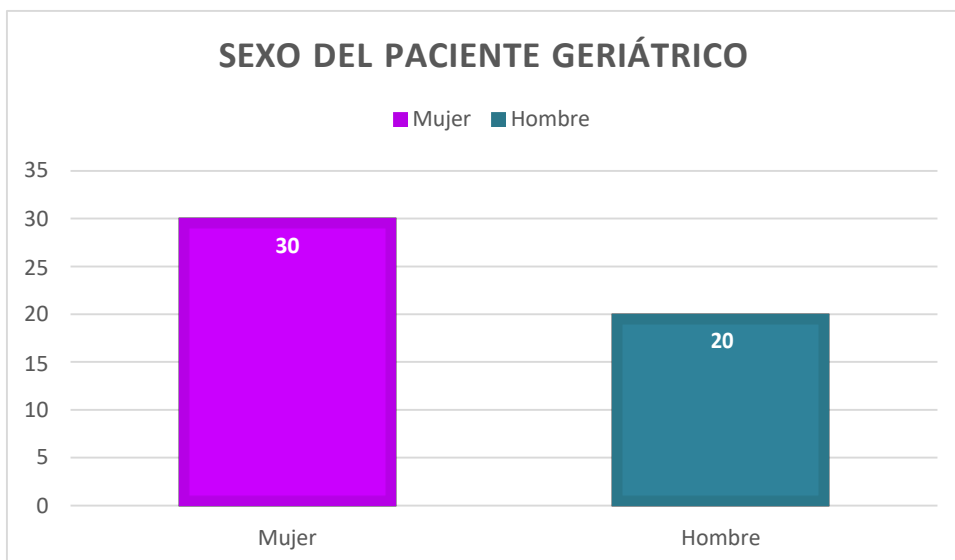


Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

La edad promedio del paciente geriátrico fue de 79.8 años, la mediana de 80 años y la moda de 86 años.

De los pacientes geriátricos, el 60% corresponde a mujeres con 30 pacientes y el 40% corresponde a hombres.

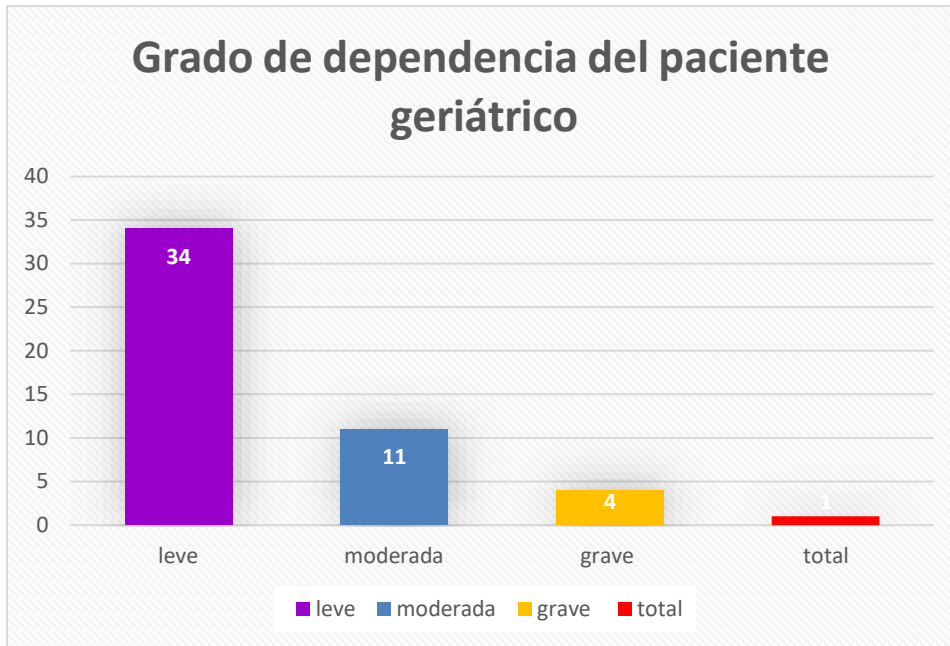
Gráfico 9. Distribución por sexo del paciente geriátrico.



Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

De los pacientes geriátricos, el 60% corresponde a mujeres con 30 pacientes y el 40% corresponde a hombres.

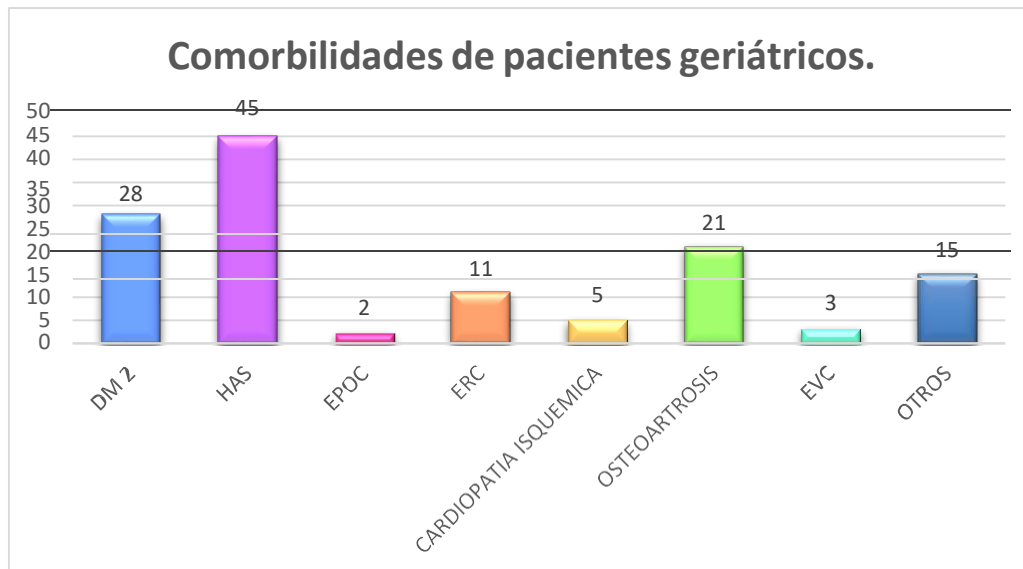
Gráfico 10. Distribución por grado de dependencia del paciente geriátrico



Fuente: instrumento 3. Índice de Barthel

De acuerdo con el índice de Barthel, el grado de dependencia que presentan los pacientes geriátricos, 34 presentaron dependencia leve, con un 68%, 11 pacientes presentaron dependencia moderada, representando el 22%, 4 pacientes presentaron dependencia grave con un 8% y solo un paciente presentó dependencia total, con un 2%.

Gráfico 11. Distribución por comorbilidades del paciente geriátrico



Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

Dentro de las comorbilidades de los pacientes geriátricos, el 90% presenta hipertensión arterial sistémica, el 56% padece diabetes mellitus tipo 2, el 42% padece osteoartritis, el 30% otras patologías (cataratas, neuropatía, entre otras), el 22% enfermedad renal crónica, 10% cardiopatía isquémica, 6% secuelas de evento vascular cerebral y el 4% enfermedad pulmonar obstructiva crónica. De los 50 pacientes geriátricos, 28 presentan 3 comorbilidades, representando el 56% de los pacientes

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se analizaron de acuerdo a Distribución Multihipergeométrica para calcular la significancia estadística, ya que ésta se utiliza cuando tenemos frecuencias esperadas menores a 5, en este estudio, como pudimos observar, se obtuvieron estos valores en los diferentes grados de dependencia según la escala de Barthel, así como de sobrecarga del cuidador, de acuerdo a la escala de Zarit.³⁰

Con lo cual se obtuvo:

P= 0.003

Debido a lo anterior, se puede establecer que existe una relación entre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del paciente geriátrico estadísticamente significativo.

Por otro lado, para determinar el grado de relación, entre estas dos variables se utilizó el coeficiente C de Cramér.³¹

C= 0.61

INDICE	CARACTERÍSTICAS
1.00	Existe completa relación entre las variables
0.75	Existe relación fuerte entre las variables
0.50	Relación moderada entre las variables
0.25	Mínima y muy pobre relación entre las variables
0.00	No existe ninguna relación entre las variables

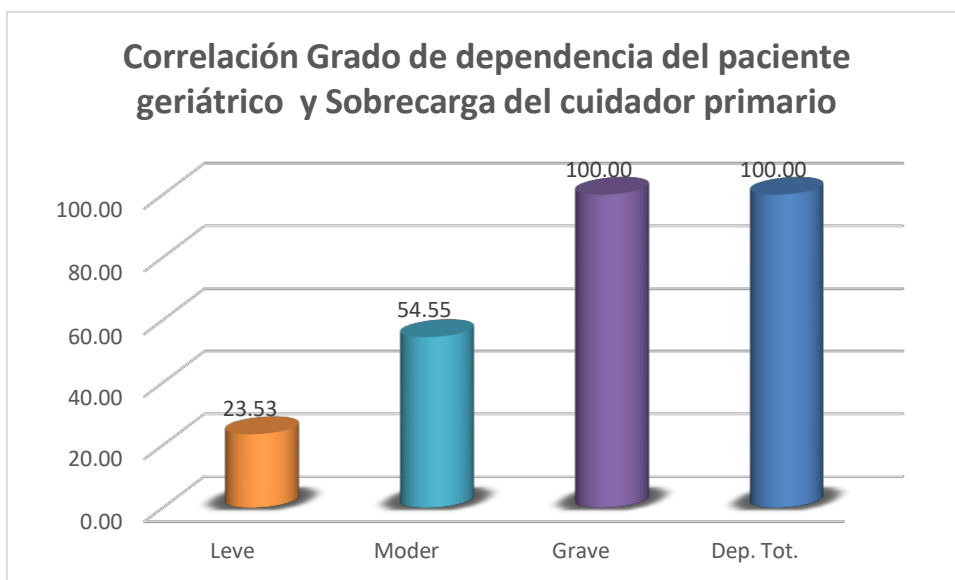
Tabla 1. Correlación del grado de dependencia del paciente geriátrico y sobrecarga del cuidador primario

Barthel	Zarit		Total	%SC- Leve
	Sin sobrecarga	Sobrecarga leve		
Leve	26	8	34	23.53
Moderada	5	6	11	54.55
Grave	0	4	4	100.00
Total	0	1	1	100.00
Total	31	19	50	38.00

Distrib. Multihipergeométrica: P = 0.0003 C_{Cramer} = 0.61

Fuente: instrumento 2 y 3

Gráfico 12. Correlación Grado de dependencia del paciente geriátrico y Sobrecarga del cuidador primario



Fuente: instrumento 1. Hoja de recolección de datos

En cuanto a la sobrecarga del cuidador primario, según el grado de dependencia del paciente geriátrico, de acuerdo a la tabla 1 y al gráfico 12, se observa que el 23.5% de los cuidadores primarios de pacientes que presentan dependencia leve, presentaron sobrecarga leve, el 54.5% de los cuidadores de pacientes con dependencia moderada, presentaron sobrecarga leve y mientras que, si el paciente presenta dependencia grave o total, el 100% de los cuidadores presentaron sobrecarga leve. Encontrando que existe una relación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia del paciente geriátrico, estadísticamente significativo con una $P= 0.003$ y una C de Cramér de 0.6. En donde a mayor grado de dependencia del paciente geriátrico, mayor es el riesgo de presentar sobrecarga del cuidador primario.

12. DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos, dentro de las características del cuidador primario es ser mujer, lo cual es equiparable a los resultados publicados tanto regionalmente por Trejo Morales y colaboradores, a nivel nacional como en diversos estudios dentro de los cuales se encuentran los resultados publicados por Domínguez-Sosa y colaboradores e internacionalmente, como lo reportan estudios realizados en Estados Unidos, España y Cuba.

Asimismo, existe una correspondencia entre los resultados del estudio y los arrojados por Rodríguez Medina y Landeros Pérez en Silao Guanajuato, el cual reveló que el perfil del cuidador primario correspondió a una mujer de edad media (53.8 ± 5.2), casada (88.9%), hija de quien cuida (48.9%). que es coincidente con la edad media de 54 años, casados en un 72% y parentesco de hija en un 68% respectivamente, que se obtuvo en el presente estudio.

En el estudio realizado en 2014 por Bello Pineda y Cruz Mendoza en Veracruz se relacionó el grado de sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia y el tiempo de ejercer como cuidador, en donde el 52% de cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga de acuerdo con la escala de Zarit. 36% sobrecarga intensa y

16% sobrecarga leve a y el 88% de los pacientes cuidados presentó algún grado de dependencia de moderada a severa y el 59% tenía de 1 a 3 años ejerciendo la función de cuidador. En cuanto a los pacientes estos eran el 69% mujeres, el 43% contaba con 3 o más patologías siendo las principales: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y osteoartritis. A diferencia de este estudio en el cual la sobrecarga leve se identificó en el 38% de los cuidadores primarios, ninguno presentó sobrecarga intensa, en cuanto al grado de dependencia del paciente geriátrico, el 68% de los pacientes presentó dependencia leve, 22% dependencia moderada, el tiempo de ejercer como cuidador primario el 44% tenía de 1 a 3 años. El 60% de los pacientes geriátricos corresponde a mujeres, dentro de las comorbilidades, el 56% de los pacientes presentan 3 comorbilidades, siendo las más frecuentes: hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y osteoartritis.

Lemus Fajardo y colaboradores, realizaron un estudio en 2018, en Cuba, con cuidadores principales de adultos mayores frágiles, presentándose sobrecarga en el 73,6 % de los cuidadores. Se constató predominio de los adultos mayores con dependencia moderada (48,6 %). Se encontró escasa dependencia para los cuidadores sin sobrecarga (37,9 %), mientras la dependencia moderada predominó en los cuidadores con sobrecarga leve (66,7 %) y la dependencia severa en los cuidadores con sobrecarga intensa (36,7 %). En contraste con lo publicado por Domínguez-Sosa y colaboradores en Tabasco, el cual reportó una prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario de sólo el 15%. Así como Rodríguez Medina y Landeros Pérez que reportan 85.6% de los cuidadores primarios sin sobrecarga. En el presente estudio, el 38% de los cuidadores primarios presentó sobrecarga leve, de los cuales 23.5% de los cuidadores primarios de pacientes que presentan dependencia leve, presentaron sobrecarga leve, el 54.5% de los cuidadores de pacientes con dependencia moderada, presentaron sobrecarga leve y mientras que, si el paciente presenta dependencia grave o total, el 100% de los cuidadores presentaron sobrecarga leve. Es decir, que a mayor dependencia más asociación a sobrecarga leve del cuidador primario.

13. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados del estudio realizado, el perfil del cuidador primario correspondió a una mujer de edad media de 54.6 años, casada (72%), hija de quien cuida (68%), de escolaridad secundaria (36%) y con tiempo promedio de ejercer como cuidador primario de 6 años, en cuanto al grado de sobrecarga, el 38% presentó sobrecarga leve.

Del paciente geriátrico, predomina la mujer (60%), con edad media de 79.8 años, con dependencia leve (68%), donde la principal comorbilidad es la hipertensión arterial sistémica (90%), seguido de la diabetes mellitus tipo 2 (56%) y osteoartrosis (42%), además que en el 56% de la población geriátrica, están presentes 3 comorbilidades.

Existe una asociación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia del paciente geriátrico, estadísticamente significativo con una $P=0.003$ y una C de Cramér de 0.6. En donde a mayor grado de dependencia del paciente geriátrico, mayor es el riesgo de presentar sobrecarga del cuidador primario.

Por lo tanto, es de gran importancia realizar programas con enfoque preventivo hacia los cuidadores primarios con la finalidad de evitar que presenten sobrecarga, así como la identificación oportuna de aquellos que presenten sobrecarga intensa para brindar manejo interdisciplinario y así evitar el desarrollo de complicaciones y la presencia de otras enfermedades.

14. SUGERENCIAS.

- Otorgar atención integral en Medicina Familiar a los pacientes geriátricos y sus cuidadores primarios para identificar factores de riesgo y utilizar la escala de Zarit para detección oportuna de sobrecarga del cuidador.
- Implementar una estrategia educativa que dé a conocer a los cuidadores primarios habilidades prácticas de cuidado, habilidades de comunicación, técnicas de relajación.
- Realizar un estudio comparativo posterior a la implementación de dicha intervención educativa.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perfil sociodemográfico de adultos mayores / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2014 Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
2. Consejo estatal de población. San Luis potosí. Diagnóstico del envejecimiento demográfico en el estado de San Luis Potosí. Agosto 2016. Disponible en: <http://www.coesposlp.gob.mx/PoblacionAdultaMayorCOESPO2016.pdf>
3. Soria Romero Z, Montoya Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el estado de México. Papeles de población. 2017; 23 (93): 59-93
4. Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 30-39.
5. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. México: Secretaría de Salud; 2 de diciembre de 2015
6. Adelman R, Tmanura C, Degado D, Dion S, Lachs M. Caregiver Burden:A Clinical Review. JAMA 2014;311(10):1052-59
7. Rodríguez González AM y colaboradores. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. Aten Primaria. 2017;49(3):156-165
8. Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB Linares Cánovas LP Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles. Rev Cienc Méd. 2018; 22 (5): 894-905
9. Dominguéz Sosa G, Zavala González MA, Cruz Méndez DC, Ramírez Ramírez MO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008 Méd UIS.2010;23:27-34

10. Bello Pineda JG, Cruz Mendoza BV. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Tesis especialidad. Veracruz. 2014
11. Rodríguez Medina RM, Landeros Pérez ME. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enf Univ.* 2014;11(3):87-93
12. Flores ME, Fuentes HL, González GJ, Meza IJ, Cervantes GA, Valle MA. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure Inv.* 2017; 14 (88):1-16
13. Trejo Morales LP. Calidad de vida del cuidador informal del adulto mayor del programa de atención domiciliaria al enfermo crónico. Tesis postgrado. San Luis Potosí. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2009
14. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. *Diario Oficial de la Federación*: 13 sept 2012
15. Robles Raya MJ, Miralles Basseda R, Llorach Gaspar I, Cervera Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. tipología de ancianos y población diana En: *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología editor. Tratado de Geriatría para residentes.* Madrid Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2007. P 25–32. disponible en : [http://www.gecotend.es/resources/segg-tratado-de\\$2Bgeriatria\\$2Bpara\\$2Bresidentes\\$2B01.pdf](http://www.gecotend.es/resources/segg-tratado-de$2Bgeriatria$2Bpara$2Bresidentes$2B01.pdf)
16. Guía de Práctica Clínica para la Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. México. Secretaría de Salud 2010.
17. Hernández Ramírez M, Lumbreras Delgado I, Hernández Vicente IA, Báez Alvarado MR, Juárez Flores CA, Banderas Tarabay JA, Banda González OL. Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. *Rev Med Univ Ver.* 2016; 16(2):7-24
18. Bejines Soto M, Velasco Rodríguez R, García Ortiz L, Barajas Martínez A, Aguilar-Núñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del

- adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(1):9-15
19. Velasco Rodríguez R, Bejines Soto M, Sánchez Gutiérrez R, Mora Brambila AB, Benítez Guerrero V, García Ortiz L. Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. NURE Inv. 2015; 12(74):1-11
 20. Valoración geriátrica integral en unidades de atención médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2018
 21. Cañizares Coto V. Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa en la Magdalena y Chilibulo, periodo de marzo a octubre de 2016. Tesis especialización. Ecuador: Universidad central del Ecuador; 2016
 22. Prieto Miranda SE, Arias Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel Med Int Méx 2015; 31:660-668.
 23. Mendoza-Suárez G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev Soc Peru Med Interna 2014; 27:12-18
 24. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Clínica y Salud 1 (2015) 9-16
 25. Montero Pardo X, Jurado Cárdenas S, Valencia Cruz A, Méndez Venegas J, Mora Magaña I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. PSICOONCOLOGÍA. 2014;11(1) :71-85
 26. Rivera G, Rodríguez L, Treviño MG El envejecimiento de la población mexicana. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(1):116
 27. Encuesta Intercensal (2015). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015: San Luis Potosí / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México : INEGI, 2015

28. Pértegas Díaz S. Pita Fernández, S. Determinación del tamaño muestral para calcular la significación del coeficiente de correlación lineal. Aten Primaria 2002;9: 209-213
29. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. Texto vigente. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. Del Título Segundo, Capítulo I Artículo 13, 14 (fracciones I, II, IV, V, VI, VII,) Artículo 15, 16, 17 (Fracción II), Artículo 20, 21, correspondiente a disposiciones comunes a las bases para la investigación en seres humanos. Disponible en: http://www.normateca.gob.mx/Archivos/66_D_3797_21-05-2014.pdf
30. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas; 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
31. Siegel S, Castellan N.J. Estadística no paramétrica: aplicada a las ciencias de la conducta.- 4ª ed. México: Trillas, 2009.

16. ANEXOS

16.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de actividades IMSS									
Gabriela Palomares Trejo									
									
		Mar	Abr	May	Jun	Jul- Nov	Dic	Ene	Feb
Fase conceptual									
	Formulación y delimitación del problema								
	Revisión de la bibliografía								
	Definición del marco teórico								
	Formulación de hipótesis								
Diseño y planeación									
	Selección del diseño								
	Identificación de la población a estudiar								
	Especificación de los métodos para medir variables								
	Diseño de muestreo								
	Terminación y revisión del plan de investigación								
	Registro								
Fase empírica									
	Colecta de datos								
	Preparación de datos para el análisis								
Fase analítica									
	Análisis de datos								
	Interpretación de resultados								
Fase de difusión									



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 45 SAN LUIS POTOSÍ
Lugar y fecha:	San Luis Potosí a ___ de _____ del 2019
Número de registro:	REGISTRO: R-2019-2402-010
Justificación y objetivo del estudio:	El crecimiento de la población de adultos mayores ha hecho que cada vez se requiere la participación de la familia en el cuidado de la salud de las personas mayores, surgiendo la figura del cuidador primario, el cual puede llegar a presentar agotamiento, cansancio o colapso del cuidador. Por lo tanto el objetivo del estudio es determinar la relación entre la sobrecarga del cuidador primario y la dependencia del paciente geriátrico de la unidad de medicina familiar No.45 San Luis Potosí
Procedimientos:	Se le realizarán una serie de preguntas orientadas a detectar las características sociodemográficas y la sobrecarga del cuidador primario así como el grado de dependencia del paciente geriátrico.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, ya que se harán una serie de preguntas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	De acuerdo con los resultados del cuestionario y si usted lo desea, se le orientará sobre las alternativas para disminuir o evitar la sobrecarga del cuidador.
Participación o retiro:	En el momento que decida puede dejar de participar en este estudio, sin que exista repercusión en la atención integral del paciente geriátrico en la Unidad de Medicina Familiar
Privacidad y confidencialidad:	Los datos recabados por los investigadores serán resguardados por los mismos, y solo es utilizarán con fines de investigación, asegurando en todo momento la confidencialidad de sus datos personales.

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

16.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento 1

Instrucciones: Conteste lo siguiente.

CUIDADOR

FOLIO: _____
FECHA: ___/___/___

Edad: _____ Sexo: 1 Mujer 2 Hombre

Estado civil:

1 Soltero 2 Casado 3 Unión libre 4 Separado 5 Viudo

Escolaridad:

1 Analfabeta 2 Primaria 3 Secundaria 4 Preparatoria 5 Universidad
 6 Otra: _____

Parentesco del cuidador:

1 Cónyuge 2 Hijo(a) 3 Hermano 4 Pariente: _____
 5 .ninguno

Tiempo de ejercer la función del cuidador _____ Años _____ Meses

PACIENTE GERIÁTRICO

Edad: _____ Sexo: 1 Mujer 2 Hombre

Enfermedad: 1 Diabetes Mellitus 2 Hipertensión Arterial 3 EPOC
 4 Insuficiencia renal crónica 5 cardiopatía isquémica 6 osteoartrosis
 7 Evento vascular cerebral 8 otro: _____

Instrumento 2. Escala de ZARIT

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

	Nunca 0	Rara vez 1	Algunas veces 2	Bastantes veces 3	Casi siempre 4
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?					
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?					
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?					
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?					
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?					
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					

16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	nada =0	poco =1	moderada =2	mucha= 3	extremada = 4
INTERPRETACIÓN 22-46: No sobrecarga. 47-55: Sobrecarga leve. 56-88: Sobrecarga intensa					

Instrumento 3. Índice de Barthel

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de actividades de la vida diaria. Después de leer cada afirmación, debe indicar la situación del paciente.

Parametro	Situación del paciente	Puntos
Alimentación	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Baño	Independiente, entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda, ero realiza solo al menos la mitad de las tareas	5
	Dependiente	0
Aseo	Independiente para lavarse cara, manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes.	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas	5
	Incontinencia	0
Micción	Continencia normal	10
	Un episorio diario como máximo, o necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al retrete pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Traslado sillón-cama	Independiente	15
	Minima ayuda fisica o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0
Deambulación	Independiente.	15
	Necesita ayuda fisica 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 fisica o supervición	5
	Dependiente	0
INTERPRETACIÓN	Menor a 20: Dependencia total 20 – 35: Dependencia grave 40-55: Dependencia moderada 60 o más: Dependencia leve 100: Independencia	TOTAL

16.4 CARTA DE AUTORIZACIÓN POR COMITÉ DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado
