



“BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA”

FACULTAD DE MEDICINA.

TITULO

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTE ADULTO
MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA DE 2DO
NIVEL IMSS EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.”**

TESIS DE POSTGRADO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. AMET SALAZAR CAMACHO

DIRECTOR DE TESIS

**DR. JOSÉ RAMIRO CORTÉS PON
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR DE TESIS

**DR. JOSÉ RAMIRO CORTÉS PON
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



H. PUEBLA DE ZARAGOZA. FEBRERO 2022



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA.
INSTITUTO MEXIANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**



**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA DE 2DO NIVEL IMSS EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.”**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. AMET SALAZAR CAMACHO**

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS. FEBRERO 2022



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA.
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
 UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
 TUXTLA GUITERREZ, CHIAPAS



“SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA DE 2DO NIVEL IMSS EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.”

TESIS DE POSTGRADO
 PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
 MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. AMET SALAZAR CAMACHO

ASESOR METODOLOGICO Y CONTENIDO
DR. JOSÉ RAMIRO CORTÉS PON
 ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES

DRA. YUNUS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
 COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y
 ENLACE INSTITUCIONAL
 DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.

DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN.
 COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN
 INVESTIGACIÓN EN SALUD
 DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.



TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS. FEBRERO 2022



“BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA”.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.



TESIS

**“SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTE ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA DE 2DO NIVEL IMSS EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.”**

TESISTA DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMNA DE:
MÉDICO ESPECILIASTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. AMET SALAZAR CAMACHO

MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 13

MATRÍCULA: 99076263

TELÉFONO: 9612285807

CORREO ELECTRÓNICO: DRAMETSC79@HOTMAIL.COM

ASESOR METODOLOGICO Y CONTENIDO

DR. JOSÉ RAMIRO CORTÉS PON

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

SUBDIRECTOR MÉDICO EN HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 2

MATRÍCULA: 11619732

TELÉFONO: 9611311436

CORREO ELECTRÓNICO: RAMISTES@GMAIL.COM

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. FEBRERO 2022

AGRADECIMIENTOS

A mi Esposa, tu apoyo incondicional ha sido sumamente importante, en esta etapa de mi vida, has estado a mi lado incluso en esos momentos ante situaciones muy tormentosas, sin embargo, en estos últimos años te mantuviste a mi lado, firme e inmovible después de mucho tiempo, siempre ayudándome, sé que no fue sencillo culminar este proyecto, pero tu mi compañera, mi cómplice, mi amiga, siempre estuviste ahí donde yo era requerido, me supliste para no estar ausente, me motivaste a seguir adelante, me ayudaste hasta tus límites, incluso más que eso. Gracias por tu compañía, por hacerme ser una mejor persona, por ayudarme a crecer profesionalmente, por brindarme felicidad, darme unos hermosos hijos y amarme tanto. Por eso y muchos más “Gracias Amor”. Te amo.

A mis Hijos, mis más grandes motivaciones, si no los tuviera, no sé qué hubiera pasado en mi vida, sé que no sería lo mismo que hoy he logrado, se convirtieron en mis motores, una fuente de energía inagotable, cada vez que los veo me llenan de fuerzas para hacer frente a todo, sin cansancio, ese amor puro me alimenta y alienta a alcanzar mis metas. Gracias.

A mi Familia, A aquellos que desde que vine al mundo han estado a mi lado, a ti mi Madre, a ustedes mis Hermanos, que han sembrado los cimientos en mi crecimiento y desarrollo, todos y cada uno de ustedes, que individualmente o en conjunto estuvieron presentes en mi evolución y desarrollo profesional, sin menos preciar el apoyo invaluable que me otorgaron en esta etapa tan importante para mí, les agradezco con infinitamente.

A mi Suegra, aparte de agradecerle por abrir la puerta y dejarme entrar a su casa, aceptarme como parte de su familiar, compartir un lugar y un plato en su mesa, dejarme decirle que no todos tienen la fortuna de contar con una persona como usted, es usted quien en esa etapa de mi vida en el cual mi destino era incierto, su presencia e intervención me direcciono en este camino, nos ha acompañado en este andar hasta lo que hoy he logrado. No tengo forma de demostrarle el infinito agradecimiento que siento, Gracias por todo el cariño brindado y tu increíble forma de apoyarnos en cada decisión y momentos. Infinitamente Gracias.

A mis Asesor Dr. José Ramiro Cortés Pon gracias por hacer posible la realización de este trabajo, por la dedicación, el profesionalismo, sus valiosos consejos y apoyo, para poder llevar a cabo esta tesis.

A mis Profesores por compartir sus invaluable conocimientos, por la paciencia, su ayuda y dedicación para mi desarrollo profesional.

ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Marco Teórico.....	2
3. Justificación.....	27
4. Planteamiento del problema.....	29
5. Objetivos:.....	30
General.....	30
Específico.....	30
6. Hipótesis:.....	30
7. Material y método:.....	31
a) Diseño de estudio.....	31
b) Lugar del estudio.....	31
c) Universo de estudio.....	31
d) Tipo de muestreo.....	31
e) Criterios de selección.....	32
f) Procesamiento de datos y aspectos estadísticos.....	33
g) Definición Conceptual y Operacionalización de Variables.....	33
h) Instrumento de evaluación.....	35
i) Procedimiento.....	37
8. Consideraciones éticas.....	38
9. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	41
10. Resultados.....	42
11. Discusión de resultados.....	50
12. Conclusión.....	52
13. Recomendaciones.....	53
14. Referencias bibliográficas.....	54
15. Anexos.....	58
16. Cronograma.....	61

1. RESUMEN.

En la actualidad a nivel mundial se vive una situación demográfica en el que la población presenta cambios de los grupos etarios, con crecimiento del número de personas mayores de 60 años. Dicha población está sujeta a diversas necesidades de acuerdo a esa etapa de la vida, es por ello que se requiere del “cuidador”, figura que está representada por el individuo que cotidianamente se encargó, lo apoya o lo supervisa en las necesidades básicas y psicosociales de esta población en su vida cotidiana, esto lo lleva a la interrupción un ritmo contante, limitando la vida social, con el tiempo originando afectación negativa en su salud, representado por una variedad de problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos, denomina “carga”. La condición del cuidador primario hasta el momento es desconocida para la población de adulto mayor en el hospital general de zona 02. No se cuenta con referencias de esta población que hagan alusión a dicho problema. Sin embargo, en las unidades médicas del IMSS, la mayoría de los adultos mayores acuden a las consultas acompañados de familiares, en el cual es evidente los síntomas de cansancio, nerviosismo y en algunos casos se ha presentado una crisis nerviosa. La incapacidad para planificar una solución a un problema no probado o no identificado es un factor contribuyente Por lo tanto, este estudio se realizó para determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y la asociación de los factores relacionados, en una muestra de derecho habientes usuarios del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas y así obtener una primera aproximación al problema dentro de la localidad. **Objetivo:** Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador de paciente adultos mayores que acuden a consulta externa en el HGZ 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Se incluyeron cuidadores principales de pacientes adultos mayores que acuden al servicio de Medicina Interna-Geriatría durante un periodo de tres meses; previo consentimiento informado, aplicando la encuesta de Zarit, de manera adicional se incluyeron algunas variables demográficas y el grado de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria. Se utilizo estadística descriptiva e inferencial.

Palabras clave: Cuidador Familiar, Sobrecarga, Escala/Teste Zarit.

2. MARCO TEÓRICO.

- **El Adulto Mayor.**

Hablar de las personas adulto mayor; Es referirse a el inevitable envejecimiento natural del ser humano, haciendo mención al progresivo proceso en el que intervienen conjuntamente factores sociales, psicológicos, ambientales y principalmente biológicos, hasta esta etapa de la vida de un individuo.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) reconoce como personas mayores, a la población de 60 años o mayores a este, tomando en cuenta la esperanza de vida y el envejecimiento con las condiciones presentes en zona.

La ONU (Organización de las Naciones Unidas) propone que la edad de una persona 60 años, se considera como adulto mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) las personas de 60 a 70 años se consideran de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se denominan grandes viejos o grandes longevos.

De forma indistinta a cualquier persona mayor de 60 años, se le conoce como persona de la tercera edad. Habitualmente se usa como término estadístico el tiempo de más de 60 años. Por diversas razones algunos estudios incluyen a poblaciones de edades diferentes, como de 50, 65 o de 80 años a más, esto debe tenerse en cuenta al analizar las diferentes estadísticas (1). En nuestro país se considera adulto mayor a las personas de 60 años o más.

La ancianidad, vejez, o senectud, no es más que el estadio final del ciclo vital normal.

El término vejez se refiere a un estado biológico, psicológico y social irreversible que se alcanza a una determinada edad de la vida. Lo cual varía según la época, el lugar e incluso los individuos; por ejemplo, para nuestros antepasados la edad en la que se decía que se era viejo, no es la misma para nuestra población actual, al igual que para otras culturas, en la edad media.

Por lo tanto, podemos decir que la “vejez” no es el equivalente a biología, demografía, sociología, empleo y jubilación. A efectos administrativos y estadísticos, se consideran como ancianos (tercera edad) a las personas mayores de 60 o 65 años (2).

La Situación Demográfica y Epidemiología del adulto Mayor en Chiapas y México.

De acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población, en México en el 2017 la población de habitantes de 60 y más años, era de 12 millones 973 mil 411 personas, el 53.9 por ciento son mujeres y 46.1 ciento corresponden a los hombres (3).

Actualmente la situación demográfica se caracteriza por un continuo aumento del grupo de edad de las personas mayores, por lo que es necesario tener en cuenta las necesidades de la atención a este poblacional (4).

La esperanza de vida al nacer, se encuentran estrechamente vinculados a la dinámica demográfica y el envejecimiento de la población. Esto es el número de años que se espera viva, en promedio, una persona recién nacida en un momento determinado. Según la CONAPO la proyección de la población la esperanza de vida en México en 2017 indica incremento de 75.34 años a 76.97 años en 2030 (2).

Hablar del envejecimiento de nuestra población en México se considerada un tema importante, esto por el desarrollo están notable, que al principio del siglo XXI las personas de edad mayor de 65 años no rebasaban los cinco millones de habitantes, en encuestas Intercensales 2015 reportaron 12.4 millones de personas mayores de 65 años (5). Según las estimaciones del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) se prevé que en 2030, habrá 20 millones de personas mayor de 60 años y en el 2050 el 27.7% de la población mexicana será adulto mayor (6). Esto se relaciona a los avances médicos y científicos, en 2015 según el INEGI y la Secretaría de Salud la esperanza de vida, para los hombres es 72.3 años y para las mujeres de 77.4 años, y para el 2020 se proyecta la esperanza de vida sea para hombres y mujeres será de 73.3 y 78.3 años respectivamente. La prevención se debe considerar prioritaria para causas de muerte asociadas a esta población, tales como; los infartos de corazón (16.9%), la diabetes mellitus (17.1%), hipertensión arterial (4.7%), neumonía (3.3%), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (5.7%) y (41.1%) otras causas (7).

El envejecimiento de la poblacional se debe considerar como una prioridad y realizar acciones, para garantizar la mejor atención y calidad de vida posible en el adulto mayor. Para el control y prevenir mejor las enfermedades de las personas mayores, se necesitan una serie de medidas de prevención y concienciación pública para promover un trato amable y humano.

La calidad de vida es un proceso multifactorial que tiene como resultado especialmente la salud de las personas y su nivel de satisfacción con la vida. Los paciente son los únicos que tienen derecho a opinar sobre su calidad de vida, y el respeto por su autonomía nos exige un juicio como médicos, basado su percepción de su calidad de vida (8).

La OPS y OMS el envejecimiento individual se define como el proceso de fusión de los individuos que envejece y con las realidades ambientales en proceso de cambio permanente, siendo el estado funcional el mejor indicador de salud en la población anciana. La calidad de vida decae con la edad, dependiendo en gran medida de la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, que proporcionan al individuo independencia física y funcional.

Las funciones físicas de los ancianos son la suma de total de su capacidad para realizar actividades básicas que correspondan sus necesidades. La dependencia de cualquier actividad básica e instrumental de la vida diaria se asocia con una mayor mortalidad de los ancianos.

La Escala de Barthel nos permite cuantificar la autonomía funcional de los adultos mayores que viven en la comunidad o en casas hogares, midiendo de la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria. La dependencia comienza cuando se agota la reserva funcional de los ancianos independientes, lo que lleva a la fragilidad que conduce a un estado de discapacidad (9). Esta evaluación nos permite conocer el grado de independencia, autonomía, con la pérdida funcional se ven afectada a individuos, roles y tareas ya definidas socialmente, el nivel de socialización del adulto tiende a disminuir y aparece así el término «discapacidad». La funcionalidad del adulto mayor se refiere a la capacidad para realizar actividades de la vida diaria según lo requiere el entorno y para vivir de manera independiente. Los cambios biopsicosociales definirán los estilos de vida, los sistemas sociales y las familias, seguirán afectando a diversas áreas de funcionales, lo que se traducirá en una pérdida de la autonomía, en una necesidad de apoyo adicional, en la dependencia de los demás, con un impacto social-familiar.

El envejecimiento está mediado por las incapacidades originando estereotipos, por lo que en esta etapa que puede experimentan cierto temor, incluso llegar al aislamiento social, las instituciones reconocen que, para mejorar la calidad de la atención, como las

personas con patología crónica o discapacidades, requieren atención. Por lo que es relevante tener en cuenta que cuando se trata de atención médica, no todas las personas mayores tienen a alguien que pueda apoyarlas, como lo es un cónyuge o hijos. (10).

El rápido crecimiento de la población anciana ha dado como resultados, en un aumento del número de ancianos en dependencia que requieren cuidador, lo que demuestra que la familia es la principal de fuente de apoyo para quienes reciben cuidados. Se estima el 84,9% de los casos personas dependientes mayores de 65 años que recibe algún cuidado de tipo informal (Rogero-García, 2009) (11).

- **El cuidador.**

A la persona que es el único responsable del cuidado diario y apoyo en las actividades diarias básicas de la vida de una persona dependiente se denomina cuidador.

El primer concepto de sobrecarga del cuidador apareció en la década de 1960 cuando Grad y Sainsbury (1963) trabajó con familiares de paciente psiquiátricos. Estos autores definen la carga de trabajo como “cualquier costo para la familia”. (11)

Aquella persona que dedica la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades de la persona dependiente es el cuidador principal (Dwyer, Lee y Jankowski, 1994). Esto implica asumir la responsabilidad de realizar las tareas relacionadas a las necesidades de la persona dependiente, la cual es percibida por los miembros de la familia y no es remunerada económicamente.

Por ejemplo los cuidadores de personas mayores con condiciones como demencia o la enfermedad de Alzheimer son los más habituales. Sin embargo, también existen cuidadores para otro tipo de pacientes, con discapacidades severas, adicciones, lo que demanda apoyo y cuidado diario.

La persona cuidadora suele ser una mujer de mediana edad (50-60 años) que es esposas o hijas del paciente. No olvidemos que las mujeres de edad avanzada (>75 años) también cuidan cónyuges o hijos a pesar del sobre esfuerzo y enfermedades asociadas a estas edades.

El perfil demográfico del cuidador primario pertenece al género femenino de mediana edad, resultado similar a lo que la mayoría de los autores reportan. Los cuidadores pasan de 5 a 10 años en cuidados diurnos o nocturnos (12).

Los cuidadores informales son aquellos que brindan apoyo (económico, emocional, físico) a un paciente discapacitado o dependiente, tienen una conexión emocional y, si reciben una recompensa financiera por brindar cuidados, a menudo son familiares, amigos o vecinos. El perfil es Mujer (66%) de 48 años en promedio, además de los problemas típicos de este grupo de edad (climaterio, problemas en pareja, hijos adolescentes, etc.) Incluso un tercio son responsables del cuidado de dos o más personas, y hasta un 30% son cuidadores mayores de 65 años. (Wright JF, 2009) (13)

Ante condiciones de salud que alteran la autonomía del individuo durante los primeros días, los cuidadores familiares emergen espontáneamente y se presenta como los seres queridos físicos y emocionales en subordinación. Lo que de repente se convierte en un hábito familiar. Estos últimos dedican su tiempo personal, social y familiar al cuidado, lo aceptan como normal, el guardián de la familia se convierte en un personaje único, insustituible e insustituible.

El tutor familiar es la persona encargada de satisfacer las necesidades básicas y psicosociales de las personas mayores y es la persona que supervisa su comportamiento cotidiano en el hogar; Esto se percibe así porque estas responsabilidades suelen tener vínculos familiares con los ancianos y también pueden ser vistos como cuidadores informales debido a su falta de preparación formal para el cuidado de los ancianos. Puede distribuirse arbitrariamente o por conveniencia, o puede ser recibido o contratado voluntariamente por las personas. Los cuidadores familiares se clasifican en primarios (principales) y secundarios según el alcance de sus responsabilidades en el cuidado de las personas mayores (14)

2.1.-TIPOS DE CUIDADORES.

Existen varios tipos de cuidadores en funciones de cuidado de adultos, y se pueden clasificar según su relación o su función.

Según el parentesco: Esposa o esposo: es cuando su pareja asuma este rol. Lo que conlleva a una adaptación de la pareja a su nueva condición. **Padres o hijos:** Si el paciente es padre o madre, el hijo lleva menos carga (familiar o laboral) de asumir este rol, o el hijo es el paciente, es normal que la madre asume esta responsabilidad, esto porque existe el amor entre pacientes. **Otro miembro de la familia:** Para los pacientes como el abuelos, primos o tíos. Se es paciente en elegir a la mejor persona para hacer frente al trabajo requiere un proceso de adaptación.

Según las funciones de cuidado: El Cuidador Principal es el que asume la responsabilidad, para los cuidados y apoyo diarios del enfermo o anciano, sufriendo mayor riesgo de agresión sobre su salud, por lo general, vive en la casa del paciente y es responsable de la mayor parte del cuidado de los pacientes. Tienen una relación muy estrecha, por eso atiende a sus pacientes casi todo el día, y por ello debe ser objeto de atención, pues puede ser un enfermo oculto. Puede estar sometido a estrés continuos y padecer duelo anticipado. **El Cuidador Formal:** Este es alguien que ha sido capacitado profesionalmente para cuidar a los enfermos o ancianos y se le paga por ello en un horario fijo. **El Cuidador Informal:** Son personas que pertenecen a los familiares y colaboran en la atención del paciente. No siempre son responsables de su cuidado todo el tiempo, pero ayudan a cuidar al paciente. Estos cuidadores soportan una carga física, psicológica y financiera significativa mientras brindan atención en el hogar. No están capacitados y tienen un alto grado de compromiso con la tarea que realizan. En un tiempo ilimitado. **Cuidador profesional.** Persona que presta servicios de cuidado y atención a ancianos y enfermos, con estudios profesionales (enfermería, trabajadores sociales, terapia ocupacional). Sin compromiso emocional, con paga por el servicio. Trabajar en una organización pública o privada. **Cuidador secundario.** Son aquellos que colaboran en las actividades de manera menos continua. **Cuidador válido.** Este registro no está correctamente identificado, se entiende que para poder realizar funciones relacionadas con la atención al paciente debe cumplir con las siguientes características

- 1.- Comprender el historial médico de la enfermedad, es decir, las etapas de la enfermedad y el tipo de atención en cada etapa.

2.- Decidido a resolver los problemas cotidianos, saber planificar el trabajo, delegar autoridad y pedir ayuda en caso de necesidad o derivación, saber cuidarse, encontrar su propio espacio y privacidad.

2.2.- PRINCIPALES FUNCIONES DEL CUIDADOR.

El cuidador se involucra directamente en la atención del adulto mayor, a través de la identificación de síntomas y signos de alerta de tu salud física y mental.

Los cuidados se enfocan en la atención de los factores del estado de fragilidad, como la capacidad aeróbica (cardíaco, circulatorio, pulmones), función cognitiva (inteligencia y memoria) y del estado nutricional, al igual los factores que pueda estar expuesto para su vulnerabilidad, poner atención especial a la fragilidad afectiva, fragilidad social (15).

Este proceso se lleva a cabo al facilitar al adulto mayor el cómo desenvolverse en la vida diaria. A través de proporcionar la ayuda para adaptarse a las limitaciones funcionales que la discapacidad le impone. Como son los cuidados personales, la movilidad en el hogar, los cuidados médicos, las tareas domésticas, el apoyo emocional.

Las funciones que desempeña el cuidador, lo llevan a sacrificando el tiempo dedicado a su persona, como las acciones de recreo, de relaciones o actividades sociales, con impacto en su vida íntima y su libertad que puede generar problemas en la homeostasis emocional.

Quien asume el rol de cuidador, enfrentándose a situaciones de las que normalmente no es consciente y en las que puede sentirse ansioso o estresado porque su día a día cambiará, lo que desarrolla una sensación pesada, sin saber si podrá resolverlo. Sin embargo, las personas solidarias encontrarán satisfacción en ayudar a otros a llevar sus vidas, y también pueden sentirse impotentes, derrotadas y sentir que su trabajo no vale nada debido al desgaste cognitivo.

2.3.- Sobrecarga / Síndrome de Burnout (SB)

Es considerado sobre carga de cuidador a la combinación de problemas psicológicos, sociales, económicos y físicos para los cuidadores de pacientes enfermos o dependientes.

Se entiende por sobrecarga el impacto o grado en que la persona cuidadora sienten que el cuidado está afectando su salud y diferentes aspectos su vida social, personal y económica (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). (13)

En 1991 (Leiter) El trabajo con enfermos de burnout se caracteriza por jornadas laborales largas e indefinidas, un salario insuficiente y en un entorno difícil, abrumador y complejo.

Una vez definido el SB, se siguió utilizando el término y gradualmente se identificaron sus distintos componentes afectivos hasta desarrollar una escala para su detección.

Este concepto ha sido readaptado (SB) y es una de las escalas medidas en cuidadores primarios informales de ancianos, en este caso es dependiente, demandante de atención por gran cantidad de horas diarias, la mayor parte del tiempo además de vivir en un entorno complicado, restrictivo y potencialmente estresante, con sueldo de mínima remuneración o nulo.

El Síndrome de Burnout en su estudio se han utilizado varias herramientas, la mayoría de las veces se usó del Maslach Burnout Inventory (MBI). Independientemente de las características individuales, El cuidador familiar realizadas las mismas funciones son por los cuidadores formales, pero en el hogar, es diferente al hecho de que, sin conocimientos formales o capacitación adecuada, a menudo se requiere más que un entorno institucional para cuidar a los ancianos. Muchas investigaciones en relación a la calidad de vida, refieren severa sobrecarga relacionada con el bienestar y la salud del cuidador, lo que significa que la satisfacción de vida disminuye a medida que aumenta la carga en el cuidado. El agotamiento físico y emocional son signos tempranos de que el cuidador puede darse cuenta que pueden estar enfermando, pero no saben que están deprimido, no quieren comer, beber, descansar o distraerse.

En México el SB podríamos llamarlo como estado tronado, reventado o consumido. Aparece en la literatura mundial a mediados de 1970, describiendo universalmente las actividades algunos integrantes del personal de la salud hacia su trabajo diario. Freudemberger Psicólogo clínico (Víctor Olivares-Faundez en Christina Maslan,

Comprendiendo el Burnout; 2016), señala que Fue el primer experto en definir y aplicar el término a los síntomas que él y sus colegas experimentaron; Mientras ayuda a los adictos a las drogas, señala que después de atender a estos pacientes durante uno a tres años, la mayoría experimenta poca energía, depresión e irritabilidad; Esto lo llevó a concluir que debido a las necesidades y dependencias de las personas que estudió, lo hacían sentir agotado. Fue en 1973 Freudemberger escribió su libro sobre el tema, casi al mismo tiempo que Maslach publica un artículo en la Asociación Americana de Psicología sobre como el lugar de trabajo puede deshumanizar el trato von los enfermos. Años más tarde Maslach y Jackson describen SB: signos y síntomas de agotamiento y cinismo en personas que trabajan con personas. Una característica de este síndrome es que cuando se agotan los recursos emocionales, los empleados se agotan mentalmente, ya no se sienten capacitados mentalmente. Otro signo son las actitudes negativas y los sentimientos de cinismo hacia los clientes a los que atienden. Esta negatividad puede estar relacionada con la percepción del agotamiento y se puede argumentar que los dos aspectos del agotamiento están claramente relacionados.

La definición más plausible de este síndrome es la de Maslach y Jackson, quienes argumentan que es una respuesta inadecuada al estrés crónico y se caracteriza por tres dimensiones:

- 1.- Fatiga o agotamiento emocional (AE).
- 2.- Deshumanización o Despersonalización (DP).
- 3.- Ausencia o disminución de la realización personal en el trabajo (RP).

AE (Agotamiento Emocional) Es sentirse emocionalmente agotado por estar rodeado de otras personas.

DP (Despersonalización): Se describe la deshumanización como una relación insensible y cruel hacia la persona común que recibe el servicio.

RP (Realización Personal) se refiere a la disminución de sentido personal de competencia y el logro de éxito laboral.

Esos tres aspectos del SB han sido objeto de mucha investigación sobre las causas y consecuencias del Burnout (14).

2.3.1.- Sobre carga del cuidador:

La alteración desarrollada por las personas que ejerce el rol de cuidador principal del dependiente se denomina como Síndrome del Cuidador. Se caracteriza por el agotamiento físico y mental. Las personas se enfrentan repentinamente nuevas situaciones para la que no estaban preparadas, consumiendo todo su tiempo y energía. Se cree que es producto del estrés cotidiano (ajeno a una situación particular) en la lucha diaria contra la enfermedad, que puede agotar las reservas mentales y físicas de los cuidadores.

Se ha estimado la carga del cuidador desde dos orientaciones, una objetiva y otra subjetiva.

Subjetiva:	Objetiva:
Es la percepción de emociones negativas y experiencia del cuidador, y la aparición de signos y síntomas de alerta en los cuidadores, que indican su impacto emoción y consecuencias para las personas, llevándolas a la depresión, frustración y ansiedad.	La carga objetiva es un parámetro de la magnitud del daño causado por las necesidades reales de un cuidador en su vida diaria. Se refiere al conjunto de necesidades y actividades que deben ser satisfechas, es decir, los problemas prácticos que implica el cuidado a largo plazo de los pacientes dependen en gran medida de las funciones básicas de la vida diaria del individuo proporcionadas por el cuidador. Esta variable se basa en afección físico y emocional de los cuidadores (16).

Con el tiempo los cuidadores soportan grandes cargas físicas y psíquicas, se responsabilizan plenamente de la vida del paciente (cuidados de higiene y alimentación, medicación, visitas médicas), pierde paulatinamente su autonomía, cada vez más envuelto, ignorándose a sí mismo, no toma el tiempo libre necesario para sus hobbies, aficiones, no salir con sus amigos, abandono de sus proyectos. Con el tiempo, la calidad de vida de la persona afectada mejora significativamente mientras que la calidad de vida del cuidador disminuye.

2.5.- PRINCIPALES SÍNTOMAS DE ALERTA DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR

Los principales síntomas que hacen sospechar el síndrome del cuidador son: agotamiento físico y mental, inestabilidad emocional: cambios bruscos de humor (depresión

y ansiedad), conductas de abuso (tabaquismo, alcoholismo), dificultad para conciliar el sueño, cambios en el apetito y del peso, aislamiento social, dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención, problemas con el trabajo.

El costo de esta enfermedad para la sociedad se debe a la necesidad de atención a menudo informal, lo que significa que las personas sin capacitación deben cuidar a las personas con discapacidad. Las redes informales de cuidadores carecen de infraestructura y organización, lo que genera costos secundarios más altos. (13, 17)

La sobrecarga del cuidador es un estado de agotamiento mental, estrés y fatiga, que afecta las actividades de ocio, relaciones sociales, equilibrio mental y la libertad, es la media en que percibe que los cuidados que brindan repercuten negativamente en varios de los aspectos de su vida. "Salud física y mental, la interacción social y su economía".

Hay varios factores asociados con el agotamiento, que se deben evaluar, incluido la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y la cantidad de horas de la atención (18)

Existen factores de riesgo relacionados con el cuidador:

- Ser Mujer y los diferentes roles familiares y profesionales.
- El nivel de conocimiento necesarios como cuidador.
- Ingreso de la familia.
- La salud del cuidador.
- tiempo dedicado al cuidado.
- La relación con la persona cuidada y posibilidad para descansar.

Factores relacionados con el destinatario de la atención:

- Grado de dependencia.
- Gravedad y duración de la enfermedad.
- Síntomas relacionados con la discapacidad y comportamiento de la persona cuidada.

Los han demostrado que los síntomas discapacidad y comportamiento, aumentan la sobrecarga, especialmente en pacientes con problemas de movilidad, alteración cognitiva o depresión.

Otros factores de riesgo para desarrollo de colapso del cuidador incluyen aquellos derivador de carencias de recursos, tales como:

1. Desconocimiento de los recursos de la comunidad.
2. Recursos sociales insuficientes (unidades de acogimiento social, centros de atención social, recursos recreativos, etc.).
3. Dificultad para acceder a recursos de la comunidad.
4. Medios de transporte insuficiente o accesos inadecuados.
5. Ambiente físico inadecuado (temperatura, seguridad, espacio domicilio inapropiado etc.).
6. Cambio de cuidador a un domicilio con importantes carencias para los cuidados.
7. Dificultad para conseguir apoyo formal.
8. Recursos financieros insuficientes.

Las consecuencias de la sobrecarga que se origina en el cuidador son: físicas, sociales, psicológicas y económicas e incluso es un aumento del factor de mortalidad.

Ante los síntomas y la sospecha de colapso en el cuidador se debe evaluar la existencia de:

- Ansiedad, tristeza o depresión.
- Insomnio, miedo o angustia.
- Irritabilidad, ira o enfado.
- Inestabilidad del estado de ánimo.
- Aislamiento y soledad.
- Agotamiento y fatiga.
- Sentimientos de culpa.
- Deterioro físico.

Debe evaluar varios componentes del entorno y los factores de riesgo para colapso del cuidador, incluidos:

- Relacionados con el cuidador.
- Relacionados con la persona cuidada.
- Recibido apoyo social. (13)

El Síndrome de Quemarse (SQ) Un fenómeno social de preocupación que desarrollan cuidadores familiares, que atienden necesidades básicas de cuidado; Atención diaria de personas con enfermedades crónicas que generan altos niveles de dependencia. Cuidadores familiares o cuidadores primario, sin días libres, sin sueldo, sin tiempo libre para realizar otros trabajos de tiempo completo de interés personal, y dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado de los pacientes. necesidades complejas del paciente. El deterioro de los cuidadores familiares y sus trastornos mentales se asocian con la falta de apoyo de la familia y comunidad, con la soledad en la tarea de cuidado, las dificultades cognitivas, conductuales que muestran el adulto mayor enfermo.

El SQ desarrolla síntomas físicos y mentales como: cefaleas, agotamiento, fatiga, insomnio, migraña, hipertensión, alteraciones cardiovasculares, , enfermedad coronaria, alteraciones gastrointestinales, “colon irritable”, dolencias musculares, transtornos respiratorias, alteraciones de sueño, trastorno menstrual, que tienen una causa orgánica inexplicable (19).

La sobrecarga por cuidar a los pacientes conlleva repercusiones en salud física del cuidador, sobre todo a nivel psíquico, relacionadas comúnmente a la ansiedad y depresión, esto se origina por que el cuidador deja en un segundo plano sus necesidades emocionales.

El incremento desmedido de esta situación provoca frustración al verse rebasado en sus capacidades, al no cumplir con el que hacer, ante esta situación ignora sus intereses, necesidades, entorno y tiempo libre, muestra aislamiento social, con reducción en la calidad de vida, provocando síndrome del cuidador quemado. (20)

Los síntomas de sobrecarga del cuidador se origina manifestaciones en los siguientes niveles.

Síntomas Físicos

- Cefalea
- Dolor de espalda
- Pérdida de energía y sensaciones de fatiga y cansancio
- Incapacidad para relajarse
- Mareos
- Pesadez de piernas

- Dispepsia
- Algias musculares

Síntomas psíquicos:

- Depresión
- Ansiedad
- Alteraciones del sueño
- Irritabilidad
- Problemas de memoria
- Apatía
- Nerviosismo
- Sentimientos de desesperanza
- Ideas suicidio o de abandono
- Resentimiento hacia la persona que recibe el cuidado
- Dificultad para concentrarse

Síntomas sociales

- Desinterés
- Dificultad para relacionarse.
- Aislamiento
- Reacción desmesurada ante las críticas.

Estas consecuencias del síndrome del cuidador quemado pueden variar según el tipo de cuidados, y esto dependerá de la persona dependiente y sus necesidades. (13,15, 20)

En base a este escenario nos debemos enfocar en los factores de riesgo que se asocian a la dependencia funcional, como cualidades personales (nivel escolar y estado de salud) y de sus familias (La calidad de las relaciones, su nivel de ingreso). Por lo tanto es imperativo analizar el nivel de salud que tienen los cuidadores. (21)

El cuidador pasa por etapas, que aparecen paulatinamente.

Etapas del Síndrome del Cuidador Quemado:

Etapa 1.- **“Asumiendo el liderazgo”**: Cuando un familiar necesita cuidados, un familiar debe asumir el rol de cuidador principal, y aunque toda la familia coopere en su cuidado, el cuidador principal pasará a ser quien deba asumir la mayoría. responsabilidad.

Etapa 2.- **“Desequilibrio / Des-Ajuste”**: La incertidumbre entre necesidades y recursos aparece al iniciar la atención a personas dependientes. La persona responsable reconoce que la necesidad de cuidados es muy alta y que para suplir esa necesidad se requiere más tiempo de atención y recursos, lo que puede resultar agotador para el personal el cuidador.

Etapa 3.- **“Sobredemanda / sobre esfuerzo”**: El aumento de los niveles de estrés en las personas cuidadoras, por la gran cantidad de horas y de cuidados dedicados a la persona, a lo largo del tiempo son responsables de los primeros síntomas del síndrome del cuidado, como “ansiedad”, “agotamiento mental” y “físico”, trastornos del sueño, tristeza, abandono o aislamiento de la sociedad, debidos a la sobrecarga, presentando sensación de “no poder más”, condicionando estados de **“Irritabilidad”** ante cualquier situación de estrés, preocupación excesiva ante imprevisto. **“Agresividad”** tensión contra los cuidadores auxiliares, “nadie lo cuidada cómo yo”, reacciones exageradas. **“Soledad”** Tendencia a encerrarse, sin tiempo o ganas de ver a nadie, no tener a quién contarle lo que siente.

Etapa 4.- **Alivio**: Ante la muerte de la persona dependiente, puede generar temor a expresar su alivio y generar sentimientos de culpa por esos pensamientos. Pero es natural sentirse aliviado de que el cuidador este completamente atado a la situación. (20, 22)

Se refiere al “síndrome del cuidador” a la presencia de una variedad de síntomas físico, psicológicos, como resultado de las responsabilidades que requieren el cuidado y el apoyo diario del cuidador. Como resultado, la carga sobre los cuidadores se manifiesta como problemas de salud de diversos grados.

El Colapso del cuidador: Es resultado de apreciación negativa desde diferentes ángulos en general, el estrés percibido es resultado del cuidado de un dependiente, a menudo es un miembro de la familiar, con una condición médica (Kim H, 2012). El impacto

físico y psicológico de ser el cuidador principal de personas dependientes, desde frustración e irritabilidad, hasta depresión, de condiciones médicas pre-existentes y fatiga. (13).

El Síndrome del Cuidador Quemado:

Es estado agotado físico, mental y emocional que experimentan los cuidadores de personas dependientes sometidos a un estrés continuado. Sus niveles de estrés afectan significativamente su salud y la función de cuidado. Como primer paso para obtener la ayuda que necesitan, los cuidadores debe reconocer por lo que está pasando.

Los síntomas que este presenta en el SCQ son:

- Aislamiento: Tiende a alterar la rutina, la actividad y el estilo de vida, esto por el efecto que origina en la vida del cuidador la enfermedad del familiar dependiente (produce distanciamiento de amigos, la familia y otros seres queridos).
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse: Origina recordar las tareas de la vida cotidiana y problemas para poner atención.
- Afecciones digestivas, palpitaciones, temblor de manos.
- Ingesta excesiva de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco.
- Uso de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- Alto Riesgo a accidentes.
- Melancolía, desesperación e impotencia, irritabilidad: presentan tristeza o molestia por todo. Todo le resulta sin de sentido, no concreta sus metas personales, sensación de que pasa el tiempo.
- Falta de interés en actividades que disfrutaba en el pasado: Sensación de vacío, indiferencia a lo que antes era agradable, ahora le resulta aburrido, falta de motivación para realizar nuevas actividades.
- Cambios en la alimentación: pérdida del apetito, peso, o ambos.
- Los cambios en los hábitos de sueño: los horarios de sueño se alteran en relaciona las necesidades del paciente que debe cuidar.
- Enferman recurrentemente: Tiende a enfermarse más fácilmente por el exceso de trabajo, “efectos en la salud física y mental del cuidador”.
- Deseos de hacerse daño o la persona que debe cuida, ideas dañinas un tanto irracionales, sin causa aparente.

- El agotamiento físico, emocional: aparece frecuentemente cansancio, sentirse desgastado, sensación de no poder más.

Gran parte del tiempo personal el cuidador lo dedica para satisfacer las necesidades de los dependientes, adoptándolo como cotidiano y renuncia a su desarrollo personal, esto lo deja en una situación de gran vulnerabilidad, estrés, lo genera efectos negativos sobre los ancianos.

La Sobre carga condiciona situaciones de abuso y maltrato, el cual es desafío el desarrollo de intervenciones apropiadas en nuestra sociedad para mantener la calidad de vida y el bienestar, no solo de quienes necesitan cuidados sino de quienes los brindan (21).

Causas del síndrome del cuidador quemado:

La principal causa de acuerdo a la comunidad científica es un estrés crónico que a menudo acompaña a los cuidadores que se enfrentan a la enfermedad de las personas a las que cuidan a diario. Lo que trae como consecuencia que se agoten las reservas psicológicas y físicas que tiene el cuidador.

Estas situaciones hacen que las prácticas de cuidado de personas dependientes sean negativas, lo que se conoce como sobrecarga o desgaste del cuidador originado por las necesidades del cuidado (24)

Otras de las causas del síndrome del cuidador quemado son:

La confusión de roles: Separar el rol de cuidador del rol de cónyuge, amante, hijos, amigos, etc. puede ser difícil. Se confunden cuando deben cumplir su papel de cuidador.

“Las expectativas poco realistas”: La atención garantizan a los pacientes una mejor calidad de vida, pero a menudo la mejora que esperan supera la capacidad real de

recuperación del paciente bajo su cuidado, eventualmente experimentarán el agotamiento del cuidador, con la esperanza de que su participación tenga un impacto positivo. Esto es poco realista, principalmente en personas que tienen una enfermedad avanzada.

“Falta de control sobre la situación”: La causa principal es la frustración por la falta de fondos, recursos y habilidades para planificar, administrar y organizar el cuidado de los seres queridos.

“Exigencias poco razonables”: Imponer demandas irrazonables porque creen que son los únicos responsables del paciente, hermano, hijo adulto o paciente, e incluso del propio cuidador.

Es Incapaces de reconocer cuando están agotados, hasta el punto de no poder funcionar de manera efectiva. Incluso pueden enfermarse (25).

El agotamiento del cuidador informal se asocia con una exposición constante al estrés, con efectos negativos para la salud y puede convertirse en un síndrome de agotamiento, caracterizado por agotamiento mental y físico, insatisfacción y actitudes negativas hacia la persona cuidada.

Entre los factores de riesgo y de protección en la Sobrecarga del Cuidados está el apoyo social, las creencias, los valores, el afrontamiento emocional con el problema o tipo de discapacidad de la persona cuidada. Al igual los moduladoras de los procesos de estrés en general son la empatía y la resiliencia en la atención a personas dependientes. En cuanto a la capacidad de adaptarse, se entiende que cuanto mayor sea la sobrecarga del cuidador, menor es esta. Ser resiliente es un indicador de cuán efectivos son el cuidado, menos cansancio y el afrontamiento; Esto ayuda a mejorar la calidad de vida de sus cuidadores. Si bien para el cuidado requiere de necesidades psicosociales importantes, el uso de asociaciones condiciona la reducción del grado de sobrecarga y reduce el riesgo de desarrollar el agotamiento por Empatía. (26)

Ante este fenómeno, la escala de Zarit debe ser utilizada para identificar factores de riesgo o cualquier síntoma asociado al colapso en los cuidadores.

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit identifica la sobrecarga severa como asociada con una mayor morbilidad y mortalidad en términos médicos, psicológicos y

sociales en los cuidadores, y también se asocia con la detección de otras condiciones, principalmente de salud mental (depresión, ansiedad, insomnio, entre otras).

Es recomendable la escala de Zarit para sobrecarga del cuidador ya que explora diferentes dominios, como diferentes aspectos de carga como:

- Renunciar a cuidar de sí mismo en términos de salud e imagen.
- vergüenza del comportamiento del paciente.
- Malestar en presencia del paciente.
- Temor del cuidado o el futuro familiar.
- Pérdida de roles sociales.
- Asumir el cuidado del familiar.
- Sentimiento de culpa. (23).

Para Zarit, Reeve y Bach-Peterson, la carga del cuidador se refiere a las actitudes y respuestas emocionales a las experiencias de cuidar, como perturbaciones o cambios en el entorno del hogar del cuidador. El estrés es la interpretación (evaluación) que experimentan los cuidadores frente a un estresor derivado, con base en los cuidados, recursos y habilidades que posee el cuidador.

La carga interfiere con el manejo adecuado del paciente y el desarrollo de la enfermedad, lo que resulta en el deterioro de la calidad de vida del cuidador. Zarit y sus colaboradores consideraron la carga del cuidador como la clave para investigar sobre el agotamiento del cuidado de personas con demencia (11). La investigación relacionada con la carga ha producido una variedad de instrumentos de medición que tienen en cuenta aspectos como las tensiones objetivas y subjetivas y su evaluación global (9), hasta el momento, el más utilizado la escala de carga del cuidador de Zarit. Esta herramienta fue diseñada originalmente con 29 ítems para evaluar la carga subjetiva del cuidado del adulto mayor, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y mental, sectores económicos y ocupacionales, relaciones sociales y relaciones con la persona cuidada. En su revisión se redujo a 22 ítems.

El test de carga del cuidador de Zarit ha sido traducido y validado en varios países con personas mayores dependientes, adultos con enfermedades crónico degenerativas y/o enfermedad mental.

Las áreas del cuestionario incluyen tanto las físicas como las psicológicas, teniendo en cuenta que atender a una persona con demencia es una tarea exigente en varios aspectos, y puede alterar significativamente la vida de quienes se dedican a cuidar este tipo de pacientes.

Los recursos financieros y sociales que se invierten en el cuidado también son tomados en cuenta por los ítems de la escala de Zarit.

La gama de puntuación de este instrumento está entre los 22 a los 110 puntos, mientras más alto sea el rango de puntuación obtenido por el sujeto, mayor será el nivel de afección que presenta respecto a sus labores como cuidador.

La población a la que está destinada la escala de Zarit incluye a todas aquellas personas que cumplan con la característica de encontrarse brindando cuidados a uno o más pacientes con algún tipo de demencia diagnosticada.

Cuando el sujeto se encuentra cuidando a un ser querido, es difícil hacerle entender que no es sano entregarse a tiempo completo en estas labores. En estos casos, existe un sesgo emocional que bloquea la objetividad de los cuidadores. En estos casos el terapeuta deberá aplicar las técnicas y tratamientos tomando en cuenta la intensidad de la dependencia que presenta el cuidador por el sujeto a quien cuida.

En ocasiones, los cuidadores crean un ambiente disfuncional, donde sus actos resultan contraproducentes para todas las partes involucradas (cuidador, familiares y paciente).

La evidencia científica respalda la necesidad de evaluar la carga del cuidador de niños con enfermedades crónicas, a menudo utilizando la escala de Zarit desarrollada originalmente para ancianos dependientes. (27)

Síndrome del cuidador el Tratamiento.

Todos los tratamientos para el desgaste del cuidador se describen como “cuidar al cuidador”, es decir, centrados en mejorar su calidad de vida. Esto se logra a través de la prevención, detección y tratamiento de los efectos en la salud, lo que requiere de un equipo multidisciplinario para cambiar los estilos de vida y las necesidades de los cuidadores primarios.

En primer lugar, los cuidadores deben estar informados sobre el estado del paciente, lo que favorece la aceptación del problema y evita falsas expectativas o pensamientos negativos de mejora (como pensar que realizará determinadas acciones para disgustarlo), deben comprender al paciente. limitar y buscar aumentar la propia autonomía dentro de los límites de la propia capacidad.

Es importante que seas consciente de sus limitaciones, para no estresarse y olvidarse de cuidarse, necesita cubrir sus necesidades, como comer bien, buenos hábitos de sueño, descansos programados lejos del paciente dependiente, sin la culpa por darse tiempo para sí mismo.

Incluso con el compromiso como cuidador principal o un cuidador principal designado, hay otros miembros de la familia con los que necesita compartir las responsabilidades, la carga de cuidado y comunicarse emocionalmente, sobre sus sentimientos, temores para compartir la carga.

Los cuidadores a menudo se sienten culpables por comunicar sus miedos y preocupaciones (agotamiento) a sus familias, pero en cambio necesitan una salida emocional donde puedan expresar libremente sus frustraciones, esperanzas (descontento) y emociones negativas. Frente a esta situación, frecuente se inicia manejo psicoterapéuticos que ayude a la persona a poder desprenderse de las emociones nocivas, el estrés, depresión y ansiedad.

Recurrentemente en el proceso de cuidar el cuidador se ve vulnerable a tener cambios en su vida y deje en segundo plano su bienestar, con repercusiones médicas, psicológicas y sociales.

Los síntomas del cuidador quemado persisten y eventualmente requieren medicamentos psicotrópicos para aliviar los síntomas, “fármacos hipnóticos, antidepresivos o ansiolíticos”, que ayudan con la higiene del sueño para ayudar a aliviar los síntomas y reducir los niveles de estrés, ansiedad y tristeza.

Debido a la carga de los cuidadores, los cuidadores principales pueden sentir alivio cuando fallece la persona a la que cuidan, un sentimiento que es exactamente lo opuesto al duelo que se espera por la pérdida de un ser querido y que puede ser devastador. Por tanto, el

tratamiento del síndrome del cuidador no finaliza tras la pérdida, sino que recomienda continuar con el proceso de duelo. (20)

La sobrecarga del cuidador está relacionada con la calidad de vida y se manifiesta principalmente en las dimensiones física, psicológica y social, y los cuidadores están más influenciados por los roles físicos y emocionales, así como por el funcionamiento social relacionado con la edad y las percepciones del cuidador sobre el apoyo social. El nivel más alto de sobrecarga se percibe por los cuidadores con menos apoyo social y peor salud mental y física se sienten más (28).

Los cuidadores tienen problemas de salud física y mental y muchas veces no aceptan por sí mismos que los síntomas que experimentan pueden estar relacionados con el cuidado de sus familiares.

Los problemas físicos en muchas ocasiones son “ocultada” por los propios cuidadores, estos se pueden percibir a través de indicadores de salud objetivos.

Los principales síntomas físicos frecuentes en el cuidador colapsado son:

- Cansancio y Cefalea.
- Trastornos en el sueño.
- Dolores osteo-musculares relacionados con las principales cargas físicas.
- Lumbalgias.
- Alergias.
- Afecciones cutáneas.
- Alteraciones gástricas e intestinales.
- Alteraciones en el peso.
- Temor.

Se ha documentado que, en condiciones de estrés crónico, alteraciones de hormonas (cortisol y noradrenalina) asociadas a una afección pro-inflamatorio con riesgo de enfermedades cardiovasculares, dislipidemia, diabetes y obesidad, inflamatorias, inmunológicas, psiquiátricas.

Los problemas psicológicos más comunes a buscar en cualquier cuidador son:

- Trastornos del sueño.
- Ansiedad.
- Depresión.

Algunos de los efectos psicológicos que son comunes en los cuidadores y necesitan ser evaluados son:

- Aislamiento y soledad.
- Impaciencia y frustración.
- Angustia.
- Codependencia.
- Tristeza.
- Culpa.
- Depresión.
- Ira, enojo o irritabilidad.
- Somatizaciones.
- Miedo

Las repercusiones sociales son:

- Mala red de apoyo familiar.
- Problemas familiares y de pareja.
- Limitación del tiempo libre.
- Pérdida de interés por otras actividades.
- Confinamiento.
- Gasto económicas.
- Disminución y dificultades en productividad.
- Incertidumbre.
- Disfunciones familiares.
- Afección en la salud.

Es más probable que los cuidadores colapsados presenten riesgo alto de maltrato al paciente que atiende, de ahí la importancia de la detección oportuna para una intervención temprana. (13)

La experiencia del cuidado afecta la calidad de vida de todos los cuidadores (hombres, mujeres, ancianos o jóvenes) que cuidan directamente a sus seres queridos crónicos, deben realizar ciertas tareas, y los cuidadores informales enfrentan altas exigencias en tiempo prolongadas que afectan negativamente sus vidas salud física y mental. Lo que determina el desarrollo de enfermedades físicas y psíquicas.

En contexto de la dependencia, la naturaleza del cuidado que necesitan las personas dependientes, con sus características de cuidado informal y sobrecarga del cuidador, tiene fuertes efectos negativos, afecta su salud y amenaza la continuidad y calidad de la atención a las personas dependientes. (28)

Los cuidadores de adultos mayores, en especialmente aquellos con trastornos conductuales y/o dependencia física, deben ser evaluados regularmente para identificar síntomas depresivos. (13)

La mayoría de las publicaciones tratan de la descripción de los contenidos de programas de intervención, casi el total de los programas de soporte a los cuidadores informales proponen la realización de intervenciones psicoeducativas grupales. Se ha sugerido que programas completos de intervención se limitan al refuerzo psicológico y la prescripción de características clínicas, sin brindar apoyo ni crear estrategias para lidiar con el estrés que surge directamente de la propia situación. (29).

El manejo farmacológico en cuidadores deprimidos y deprimidos debe iniciarse de acuerdo con las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos Depresivos para tratamiento o derivación a psiquiatría, medicina interna o geriatría.

Se recomienda que los inhibidores de la recaptación de serotonina se usen en dosis bajas durante los primeros 6 a 8 días, y luego se aumenten gradualmente a la dosis completa durante al menos 1 año. Las dosis bajas de benzodiazepinas tienen una vida media corta. Los profesionales de la salud deben derivar a los cuidadores caídos a un centro de salud social, cultural o deportivo. Se pide a los miembros del equipo de atención médica (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, dietistas) que identifiquen posibles signos de colapso

del cuidador; si los hay, deben informar o ayudar a los cuidadores de acuerdo con sus habilidades, destrezas y conocimientos.

La investigación sociomédica debe prepararse durante la identificación del problema para que el expediente y el seguimiento del expediente se integren con los pacientes y sus cuidadores mediante entrevistas sociales, entrevistas de seguimiento y entrevistas de seguimiento o visitar la residencia. (13)

Las intervenciones de cuidadores informales, que incluyen la participación del cuidador en programas de foros, correo electrónico y búsqueda de recursos y materiales de apoyo educativo, son útiles a la hora de compartir experiencias, dudas y problemas con personas en la misma situación, para crear una red de afecto y empatía entre ellos (29).

La sobrecarga del cuidador afecta la calidad de vida de quienes realizan esta función, y la debilidad de la protección social afecta negativamente la calidad de vida, siendo importante mantener las relaciones familiares, afectivas, sociales, laborales, los espacios recreativos y las relaciones con el medio externo para reducir el riesgo de sobrecarga y cambiar su calidad de vida.

Los profesionales de la salud deben desarrollar estrategias que proporcionen herramientas para la creación de ambientes de apoyo a los cuidadores para reducir la sobrecarga y mejorar la calidad de vida, buscar un método de abordaje integral y evaluación del binomio cuidador-persona cuidada. (30)

3. JUSTIFICACIÓN.

En México se vive una transición en la que se presenta una población con tendencia al incremento de grupo de adultos mayores con una expectativa de vida estimada de 72.5 años.

Este grupo independientemente de sus características ocupacionales es de interés en este estudio, desempeña las mismas funciones que los cuidadores formales, en el hogar a menudo se vuelve muy exigente en comparación con los cuidadores formales y, a diferencia

de los entornos institucionales, no existe un conocimiento formal (capacitación) para cuidar a los ancianos.

El cohabitar con el paciente en estos entornos, se torna difícil, esto lo hace Estas personas realizan trabajos similares a los de los trabajadores de cuidados formales afectados por el síndrome de Burnout, sea estudiado en diversos instrumentos dentro de los que destaca con mayor frecuencia el uso del Maslach Burnout Inventory (MBI).

Se retoma este concepto (SB) y una de las escalas para su medición en los cuidadores primarios informales de ancianos, es la escala de Zarit. Debido a que el anciano es dependiente y demandante de atención, por muchas horas diarias, la mayor parte del tiempo con remuneración mínima o con nulo sueldo por su quehacer de cuidador.

Es por esto que la calidad de vida de los cuidadores familiares adulto mayores, presentan altos niveles de sobrecarga vinculado con su bienestar, la salud, el agotamiento físico y emocional. Son señales que el cuidador puede percibir oportunamente. En México, podríamos traducirlo como estar consumido, tronado o reventado, Signos y Síntomas de agotamiento físico, emocional, generar actitudes y sentimientos clínicos negativos sobre los clientes a quienes atienden.

Esta investigación estuvo motivada por la necesidad de comprender a los cuidadores, las condiciones en las que brindan atención, los cuidadores informales de adultos mayores, desarrollo y sus predicciones sobre el síndrome de agotamiento. e identificar las consecuencias que describen el estrés como resultado negativo de este, el constante aumento de este grupo poblacional, genera la necesidad de cuidadores familiares para estos. Por lo que lo hace actual y relevante para la situación demográfica en nuestra población de estudio, Esto permite identificar características individuales, severidad de los síndromes de sobrecarga y burnout, relaciones estadísticas, diferencias y predicciones en los cuidadores familiares de ancianos.

Esta investigación ayudará a desarrollar un plan de apoyo oportuno para los cuidadores familiares.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los padecimientos en el adulto mayor son cada vez más frecuentes ya que el anciano en este caso es dependiente y demandante de atención del cuidador familiar primario por gran cantidad de horas diarias, en relación a su condición al envejecimiento de forma natural e inevitable del ser humano, como un proceso en el que intervienen conjuntamente factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, aunado a las patologías propias de la edad y propias de la población en estudio. Por lo general el perfil del cuidador primario o cuidador inmediato suele ser el cónyuge, en segundo lugar, los hijos, principalmente hijas o nueras y otros familiares o personas allegadas que representan a los cuidadores “invisibles”. Esto

que conlleva a la interrupción de su ritmo habitual y limitando su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, representando un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a lo que se le denomina “carga”. La calidad de vida de los cuidadores familiares de ancianos, presentan nivel intenso de sobrecarga relacionada con el bienestar y la salud de este, el agotamiento físico y emocional son señales que el cuidador puede percibir oportunamente.

Por lo tanto, se realiza la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el grado que existe de la sobrecarga del cuidador de paciente adulto mayor en el Hospital General de Zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

5. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores que acuden a consulta externa en el HGZ 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio. (Edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación.)

- Identificar el nivel de dependencia y autocuidado en pacientes adultos mayores mayor que acuden a consulta externa de medicina interna y geriatría al hospital general de zona 02 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Identificar la posible relación entre la sobrecarga del cuidador y el nivel de dependencia y autocuidado de la población de estudio.

6. HIPOTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

- A mayor nivel de dependencia del paciente geriátrico, mayor es el nivel sobrecarga de cuidador.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Existe relación directa entre los factores sociodemográficos de la población de estudio (Edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, ocupación) con el índice de sobrecarga.
- La población de estudio presenta un grado de sobrecarga elevado.
- El grado de sobrecarga elevado es secundario al alto nivel de dependencia de adulto mayor en la población de estudio.

7. MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

Se incluyo a los cuidadores principales de pacientes adultos mayores que ingresaron al servicio de Medicina Interna-Geriatría durante un periodo de tres meses; previo consentimiento informado, se les aplicó la encuesta de Zarit, de manera adicional se evaluó si había polifarmacia y se incluyeron algunas variables demográficas. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

a) DISEÑO DE ESTUDIO:

Es un estudio cuantitativo, el cual tiene como característica ser transversal porque solo se medió una vez, observacional porque no se realizó intervención alguna y prospectivo porque fue realizado a partir de la fecha de inicio de recolección de datos.

b) LUGAR DEL ESTUDIO:

Se llevó a cabo en la Consulta externa de Geriátria-Medicina Interna del Hospital General de Zona 2, Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.

c) UNIVERSO DE ESTUDIO:

Acompañantes de paciente que cumplan con el rango de edad establecido por la OMS, como dependientes físicos que acuden a consulta externa de Geriátria-Medicina Interna en el Hospital General de Zona 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Constituyendo un Universo de 589 Pacientes en Control Registradas.

d) TIPO DE MUESTREO:

Muestreo no probabilístico aleatorio simple. El cálculo de muestra se realiza a partir del censo Hospital General de Zona 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, que acudieron a consulta de Geriátria-Medicina Interna.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA:

Del universo de 589 pacientes se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{N \alpha^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde

N= Universo,

α = error de estimación (0.05),

n= tamaño de la muestra,

Z = nivel de confianza para un 95% (intervalo de confianza) vale = 1.96

P= probabilidad de éxito (0.5),

q= probabilidad de fracaso (0.5).

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (589)}{(589) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5) (589)(0.0025) + (3.84)(0.5)(0.5) (1.47) + (0.96)} = \frac{(3.84) (0.5) (0.5)(589)}{565.44} = \frac{565.44}{2.37} = 238$$

Se tiene una muestra de 238 para analizar los datos se utilizará una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22 en español.

e) CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cuidador de paciente adulto mayor
- Edad: Indistinta
- Sexo: Indistinto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Cuidador de paciente adulto mayor que no acepte participar en el Estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cédulas de registro incompletas.

f) PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recolectada la información del instrumento se procedió a realizar la base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22 en español, donde se realiza el análisis estadístico para establecer las frecuencias relativas y absolutas, medidas de tendencia central. Así mismo, para la correlación de las variables, utilizaremos chi cuadrada (X^2) para determinar si existe significancia estadística.

Posteriormente se presentará la información analizada en cuadros y gráficas.

g) VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES DEPENDIENTES: Sobre Carga del Cuidados de paciente adulto mayor.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
EDAD	Años, meses que presenta desde su nacimiento hasta el momento actual.	Tiempo cronológico de vida cumplido al momento de la entrevista	Menor de 15 años 16-19 años 20-30 años 31-40años 41-50 años 51-60 años Mayor de 60 años	Cuantitativa Ordinal
SEXO	Es la condición biológica de un organismo que distingue entre masculinos y femeninos.	Conjunto de características propias que definen a un organismo femenino en mujer y masculino en hombre.	Femenino. Masculino	Cualitativa Nominal.
ESCOLARIDAD	Estudios realizados en un centro docente.	Grado máximo de estudios realizado por la paciente al momento del registro.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura	Cuantitativa Ordinal
ESTADO CIVIL	Característica de una persona que la ubica en una situación legal al momento del registro	Lazos que unen a las personas.	Soltera Casada/Unión libre Separada/Divorciada Viuda	Cualitativa Nominal
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA
OCUPACIÓN	Empleo, facultad y oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente con remuneración.	Actividad desempeñada al momento del registro.	Labores del Hogar. Empleada. Empresario.	Cualitativa Nominal
ZONA DEMOGRÁFICA	Área o lugar caracterizados como tal por sus condiciones poblacionales.	De acuerdo al domicilio registrado por la paciente.	Rural Urbano	Cualitativa Nominal
NIVEL DE DEPENDENCIA	Situación de un sujeto que no está en condiciones de valerse por sí mismo.	Es relación entre uno o más individuo, entidades u objetos en los que uno o algunos necesitan de las atenciones, características o especificaciones de los otros para existir,	Independencia total; 95 a 60 puntos. Dependencia leve; 55 a 40 puntos. Dependencia moderada; 35 a 20 puntos.	Cuantitativa Ordinal

		funcionar o hacer la tarea para la que fueron concebidos o creados.	Dependencia severa; < 20 puntos.	
SOBRECARGA	Efecto de saturación u ocupación completa o excesiva de una cosa que impide su funcionamiento normal.	Es una valoración subjetiva que realiza la persona al sentirse sobrepasada en sus capacidades para afrontar el conjunto de actividades a realizar; percepción que se acompaña de una alteración de respuestas fisiológicas, emocionales, sociales y económicos.	Sin sobrecarga: 22-46. Sobrecarga: 47-55. Sobrecarga intensa: 56-110.	Cuantitativa Ordinal

h) INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Se utilizó un cuestionario que consta de 38 ítems.

- La primera parte consta de 5 ítems para identificar las variables sociodemográficas.
- El segundo apartado corresponde a la Escala de Zarit la cual consta de 22 ítems reactivos de respuesta tipo Likert. Este instrumento está destinado a medir el nivel de consciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.

Los valores de frecuencia que dispone el sujeto para contestar a la escala de Zarit son entre 0 (Nunca), 1 (Casi Nunca), 2 (A veces), 3 (Bastantes veces) y 4 (Casi Siempre).

Una vez obtenidas las puntuaciones totales de la escala, en los 22 Ítems reactivos, se procede a sumarlas. Como se mencionó anteriormente, el rango va entre 22 y 110.

Los puntos de corte que determinan el nivel de afección del cuidador, según la adaptación española, son los siguientes:

Sin sobrecarga: 22- 46.

Sobrecarga: 47-55.

Sobrecarga intensa: 56-110.

El test de carga del cuidador de Zarit ha sido traducido y validado en varios países con personas mayores dependientes, adultos con enfermedades crónico degenerativas y/o enfermedad mental.

El grado de confiabilidad de esta escala corresponde a un alfa de Cronbach de 0.88

- El tercer apartado del cuestionario es la Escala de Capacidades de Autocuidado de Barthel. La escala consta de 10 ítems. Se responde de acuerdo a una Escala tipo Likert.

Esta clasifica cinco grupos con las siguientes ponderaciones:

- 100 puntos, independencia total.
- 95 a 60 puntos, dependencia leve.
- 55 a 40 puntos, dependencia moderada.
- 35 a 20 puntos, dependencia severa.
- < 20 puntos, dependencia total.

La Escala de Barthel es un instrumento que permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores que están en su comunidad o confinadas en casas hogares, con la medición de la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria. Es un instrumento muy utilizado y uno de los mejores para monitorizar la dependencia funcional de las personas.

El grado de confiabilidad de esta escala corresponde a un alfa de Cronbach de 0.94

El último ítem al final del 3er apartado, corresponde a una pregunta abierta, el motivo de consulta, el cual se correlacionará con las principales causas por la que acude a consulta el adulto mayor en la población de estudio.

i) PROCEDIMIENTO

El presente estudio se sometió a revisión por el Comité Local de Investigación en salud Numero 703 de la Unidad de Medicina Familiar No 13 de Tuxtla Gutiérrez, el cual fue aceptado y registrado al Sistema de Registro Electrónico del Comité de Investigación (SIRELCIS) con registro institucional **R-0202-703-022**.

Una vez registrado se giraron los oficios correspondientes al director del Hospital General de Zona 2, solicitando proporcionar las facilidades para la aplicación de las encuestas dirigidas a los sujetos en estudios, bajo previa información y solicitando consentimiento informado a los participantes que cumplan con los criterios de inclusión se les realizará una encuesta para determinar el grado de Sobrecarga del cuidador de paciente adulto mayor que acuden a consulta externa de Geriatría-Medina Interna en el Hospital General de Zona 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Una vez obtenida toda la información se representa de acuerdo a la hoja de recolección de datos diseñada de una forma que se identifica en un primer momento información sociodemográfica. Escala Zarit y Barthel.

Posteriormente se procedió al ordenamiento de la información recabada para la interpretación.

La anterior información se vacía en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), donde se utilizará la versión 22 en español para Windows con la obtención de medidas de tendencia central y la X^2 .

Al finalizar todo el proceso de investigación y el análisis estadístico detallado de la información, los datos se representan de acuerdo al diseño de la cédula de recolección de información en tablas representativas, con la correspondiente descripción de cada una en forma de gráficas y sus correlaciones.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para garantizar la seguridad del paciente y garantizar la veracidad de la investigación, se considera lo dispuesto en el título quinto de los aspectos éticos de la investigación humana capítulo 1 de la Ley General de Salud del 2011 de acuerdo a los artículos 96 97, 98, 99, 100, 101, 102 y 103. El cual dicta lo siguiente:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I.** Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- II.** Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- III.** A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.
- IV.** Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez

enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

I. Solicitud por escrito.

II. Información básica farmacológica y preclínica del producto.

III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere.

IV. Protocolo de investigación.

V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Se entregara formato de consentimiento informado del cual se hará saber al familiar y/o paciente en estudio para la autorización de su participación en el estudio.

9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

a) HUMANOS

Tesista.

Asesor metodológico.

Encuestadores.

b) MATERIALES

CONCEPTO	CANTIDAD
Computadora	1
Impresora	1
Hojas blancas	800
Engrapadora	1

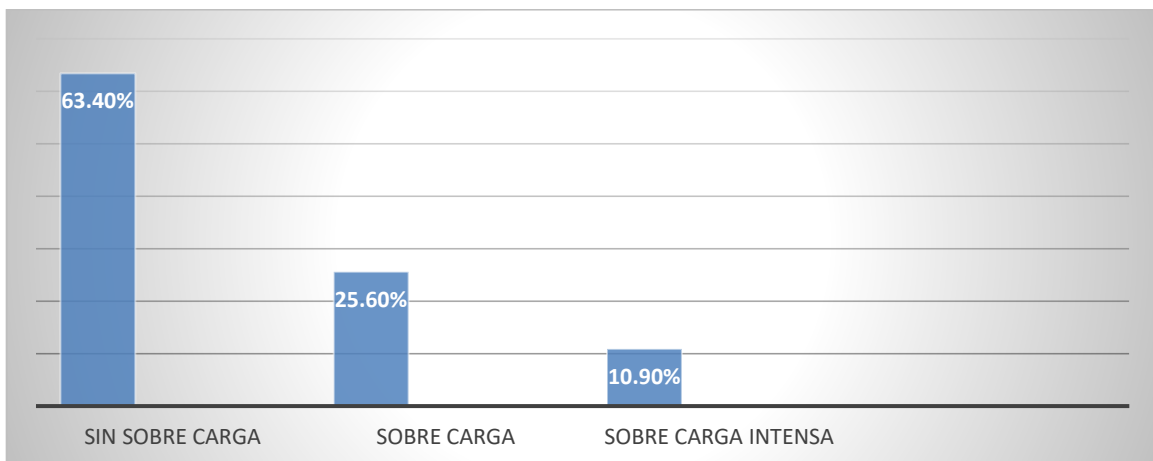
Lápiz	10
Grapas (caja)	1

c) Financieros

Los gastos generados durante el estudio serán financiados con recursos propios del investigador.

10.- RESULTADOS

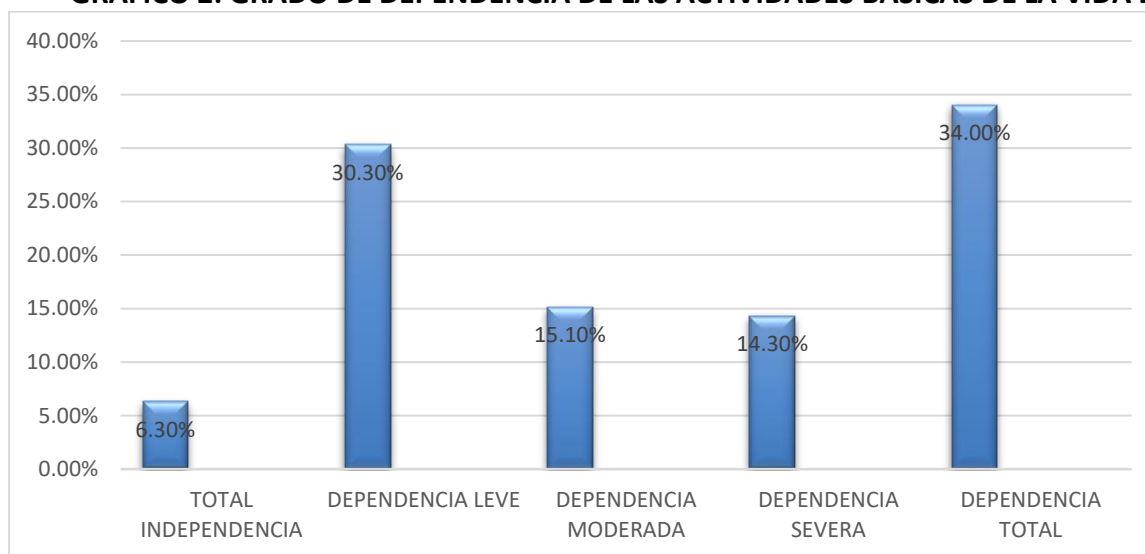
GRAFICA 1: GRADO DE SOBRECARGA.



FUENTE: Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview), “Sobrecarga del cuidador en adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

De los 238 cuidadores participantes en el estudio, se encontró que el 63.4% no presentó sobrecarga, que el 25.6 % presentó sobrecarga, que el equivalente al 10.9% presentó sobrecarga intensa. (Tabla 1)

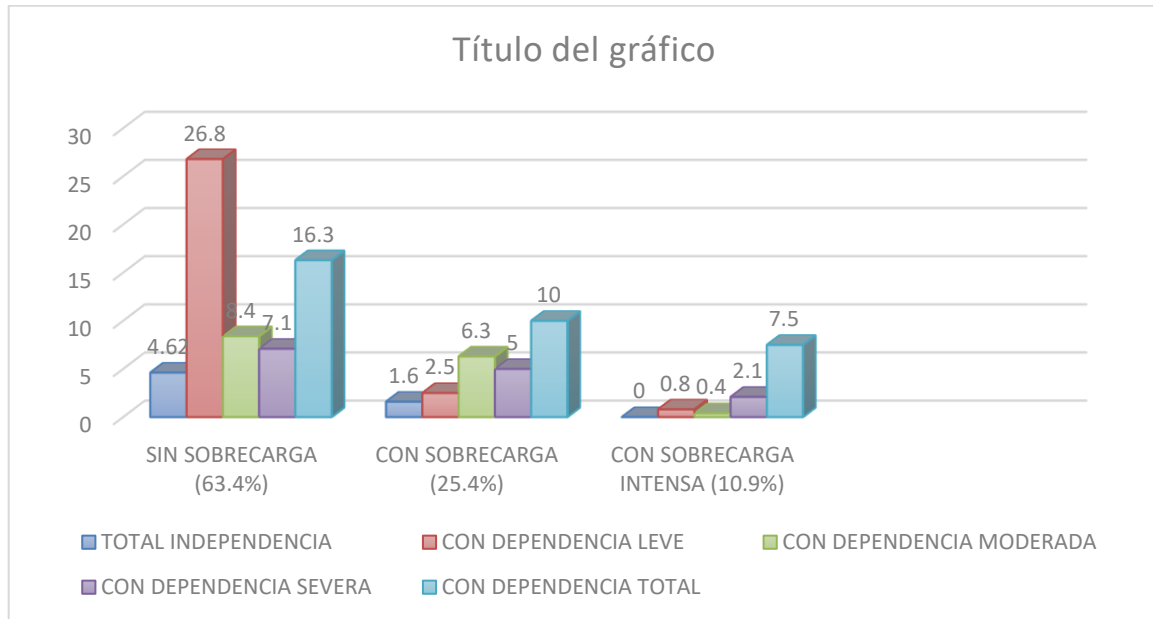
GRAFICO 2: GRADO DE DEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA



Fuente: Capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel, “Sobrecarga del cuidador en adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

De los 238 cuidadores participantes en el estudio, se encontró que el 6.3% el familiar adulto mayor es totalmente independiente, el 30.3 presentan dependencia leve, el 15.1% presentan dependencia moderada, que el 14.3% presentan dependencia severa y el 34.0% presentan dependencia total. (Tabla 2)

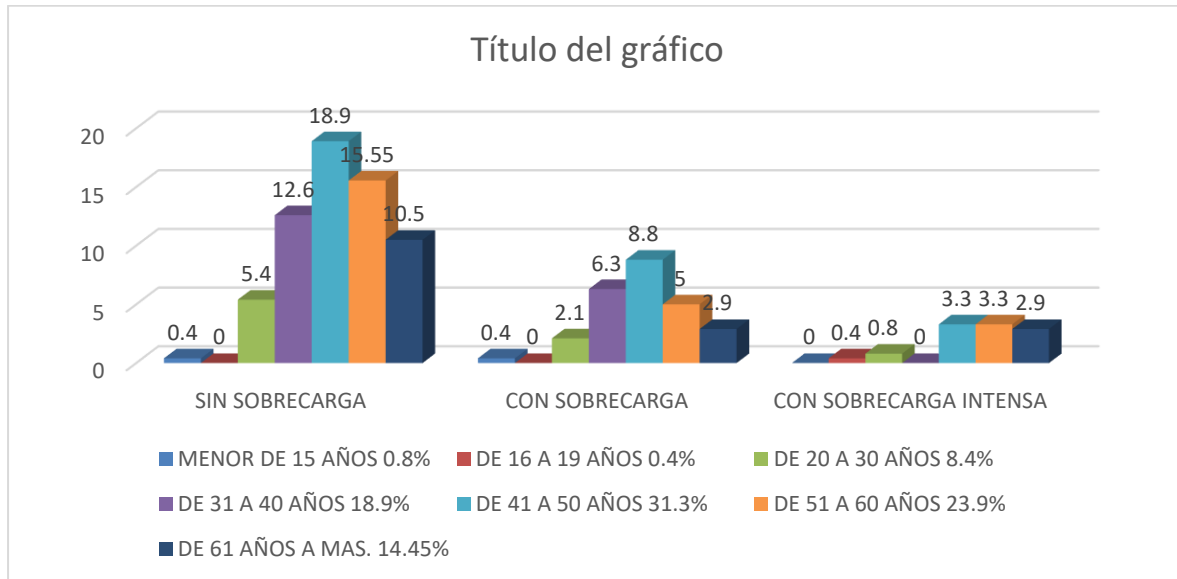
GRAFICO 3: GRADO DE SOBRE CARGA POR GRADO DE DEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.



Fuente: "Sobrecarga del cuidador en adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas." Tabulación cruzada del Grado de Sobrecarga y Grado de Dependencia.

De los 238 cuidadores participantes en el estudio, se encontró que el 63.4% que no presentó sobrecarga, de los cuales 4.62 % son Totalmente Independientes, 26.8 % tienen dependencia leve, 8.4 % con dependencia moderada, 7.1% con dependencia severa, 16.3% dependencia total. El 25.6 % que presentaron con sobrecarga, el 1.6% son totalmente independientes, 2.1% tienen dependencia leve, 6.3% tiene dependencia moderada, 5.0% dependencia severa, 10.0% tienen dependencia total. En el 10.9% presentan sobrecarga intensa. 0% con total independencia, 0.8% con dependencia leve, 0.4 % con dependencia moderada, 2.1 % con dependencia severa, 7.5 % con dependencia total. (Tabla 3).

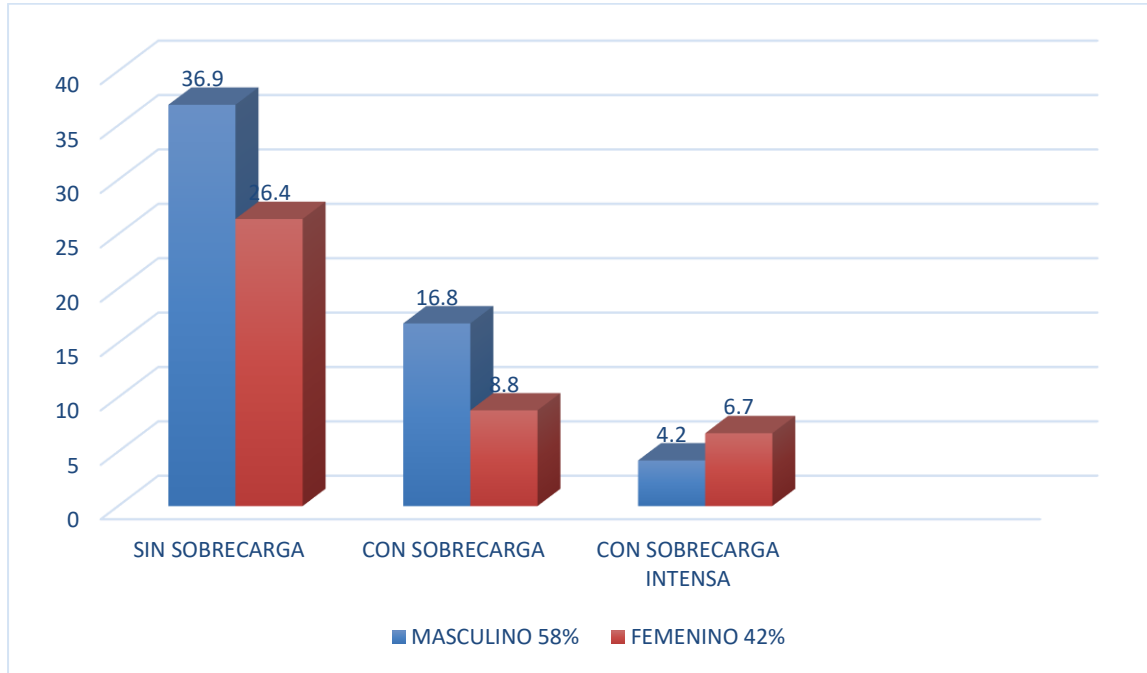
GRAFICA 4: GRADO DE SOBRE CARGA POR GRUPO DE EDAD.



Sobrecarga del cuidador en adultos mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”
Datos Sociodemográficos

De los 238 cuidadores participantes en el estudio, Se encontró que, en menores de 15 año equivalen al 0.8 %, del cual el 0.4% equivale sin sobrecarga, 0.4% es con sobrecarga. En cuidadores de 16 a 19 años, equivalen al 0.4%, de los que corresponde a los que presentaron sobrecarga intensa. En cuidadores de 20 a 30 años, equivalen al 8.4 %, en el que el 5.4% no presentan sobrecarga, el 2.1% presenta sobrecarga y un 0.8% corresponde a sobre carga intensa, En cuidadores de 31 a 40 años equivalen a 18.9%, en el que el 12.6% no presento sobrecarga, un 6.3% con sobrecarga. En cuidadores de 41 a 50 años equivalen al 31.3%, en el que el 18.9% no presento sobrecarga, el 8.8% presenta sobrecarga, el 3.3% con sobrecarga intensa. En cuidadores de 51 a 60 años equivalen a 23.9 %, en el que el 15,55 no presenta sobrecarga, el 5.0% presenta sobrecarga, el 3.3 % corresponde sobrecarga intensa. En cuidadores de 61 años de edad a más equivale al 16.45, en el que el 10.5% no presentan sobrecarga, el 2.9% con sobrecarga y 2.9 con sobrecarga intensa. Tabla 4.

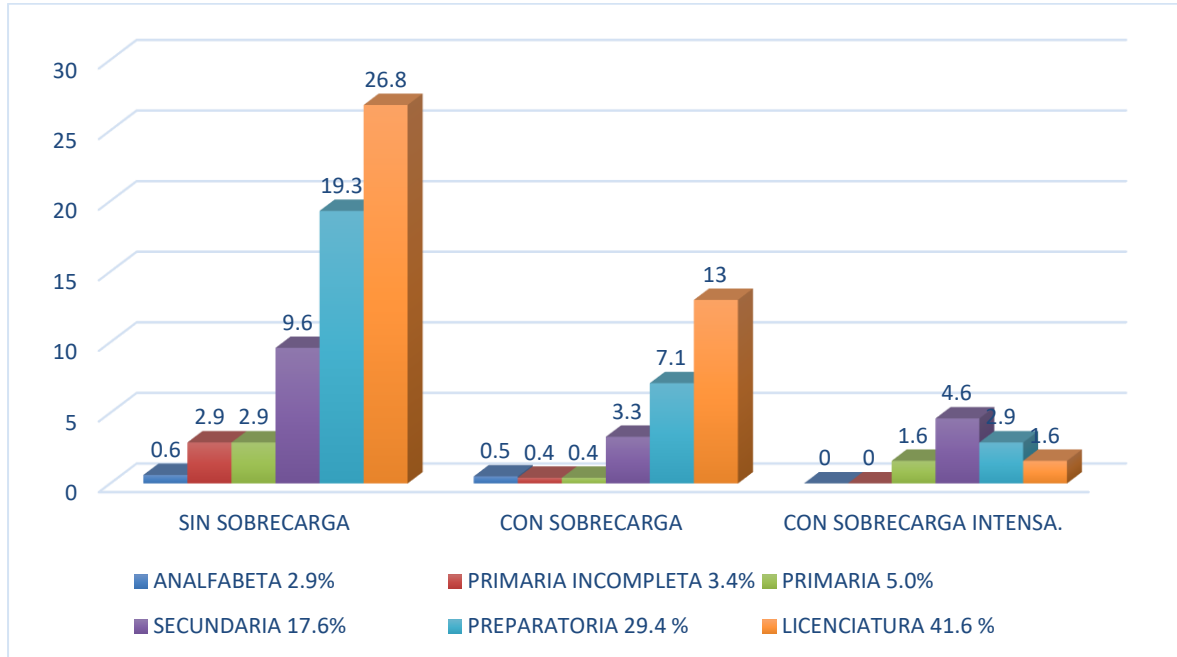
GRAFICO 5: GRADO DE SOBRE CARGA POR GENERO / SEXO



**“Sobrecarga del cuidador en adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”
Datos Sociodemográficos.**

De los 238 cuidadores participantes en el estudio, Se encontró que el 58% corresponde al género masculino en el que el 36.9% no presenta sobrecarga, el 16.8% presenta sobrecarga, el 4.2% presenta sobrecarga intensa, el 42% corresponde al género femenino en el que el 26.4% no presenta sobrecarga, el 8.8% presenta sobrecarga y el 6.7% presenta sobrecarga intensa. Tabla 5

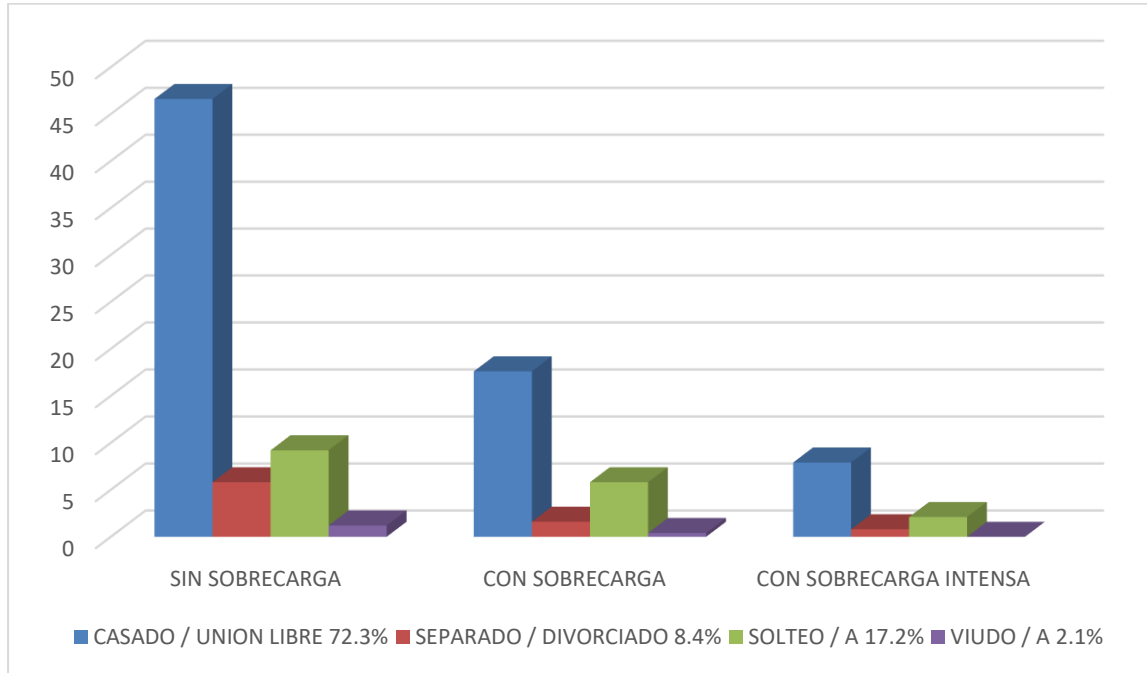
GRAFICO 6: GRADO DE SOBRECARGA POR ESCOLARIDAD



“Sobrecarga del cuidador en adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”
 Datos Sociodemográficos.

De los 238 encuestado se encontró que los analfabetas corresponden al 2.9 %, en el que el 0.6 % no presentan sobrecarga, el 0.5% presento sobrecarga y el 0% con sobrecarga intensa, con Primaria incompleta corresponde al 3.4%, en el que el 2.9 % no presentan sobrecarga, el 0.4% presento sobrecarga y el 0% con sobrecarga intensa, con Primaria corresponden al 5.0%, en el que el 2.9 % no presentan sobrecarga, el 0.4% presento sobrecarga y el 1.6% con sobrecarga intensa, con Secundaria corresponden al 17.6%, en el que el 9.6% no presentan sobrecarga, el 3.3% presento sobrecarga y el 4.6% con sobrecarga intensa, con Preparatoria corresponde al 29.4%, en el que el 19.3% no presenta sobrepeso, el 7.1% presentan sobrecarga, el 2.9% presenta sobrecarga intensa, con licenciatura corresponde al 41.6%, en el que el 26.8% no presentan sobrecarga, el 13.0% presento sobrecarga y el 1.6% con sobrecarga intensa. Tabla 6.

GRAGICA 7: GRADO DE SOBRECARGA EN RELACION A ESTADO CIVIL.

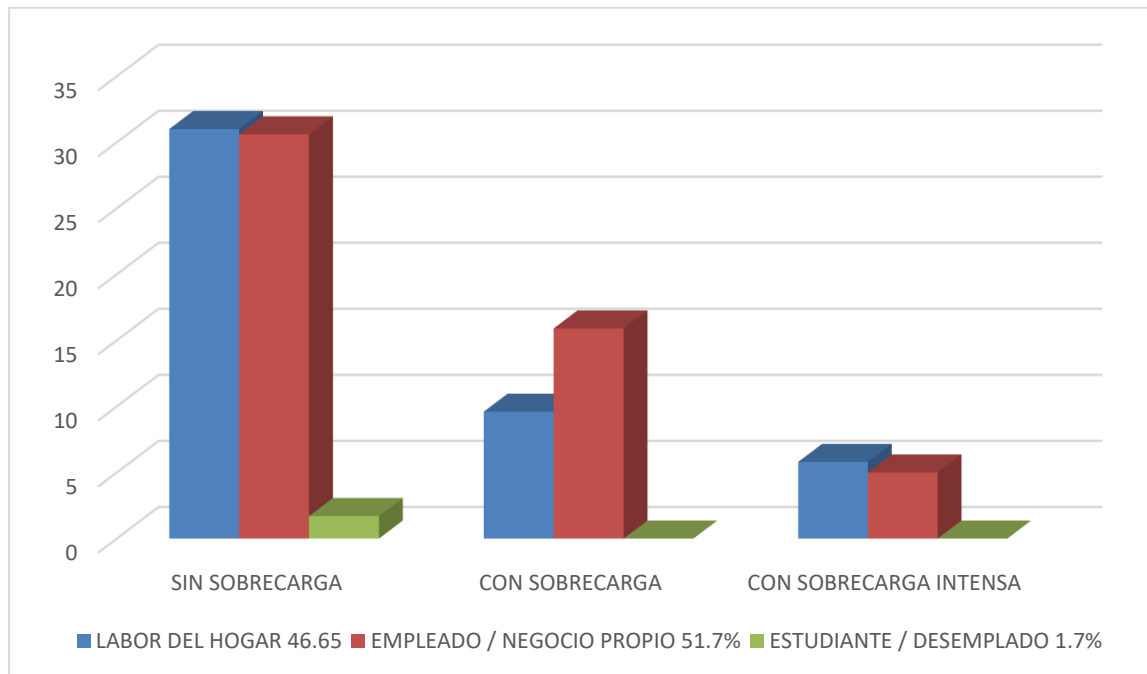


“Sobrecarga del cuidador en adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

Datos Sociodemográficos.

De los 238 encuestado se encontró que los casados/ unión libre corresponden al 72.3%, en el que el 46.6 % no presentan sobrecarga, el 17.6% presento sobrecarga y el 7.9 % con sobrecarga intensa, los separados / divorciados corresponden al 8.4%, en el que el 5.8 % no presentan sobrecarga, el 1.6% presento sobrecarga y el 0.8 % con sobrecarga intensa, los solteros/a corresponden al 17.2 %, en el que el 9.2 % no presentan sobrecarga, el 5.8 % presento sobrecarga y el 2.1 % con sobrecarga intensa, los viudos/a corresponden al 2.1%, en el que el 1.2 % no presentan sobrecarga, el 0.4 % presento sobrecarga y el 0 % con sobrecarga intensa. Tabla 7

GRAFICO 8: GRADO DE SOBRE CARGA EN RELACION A SU OCUPACION

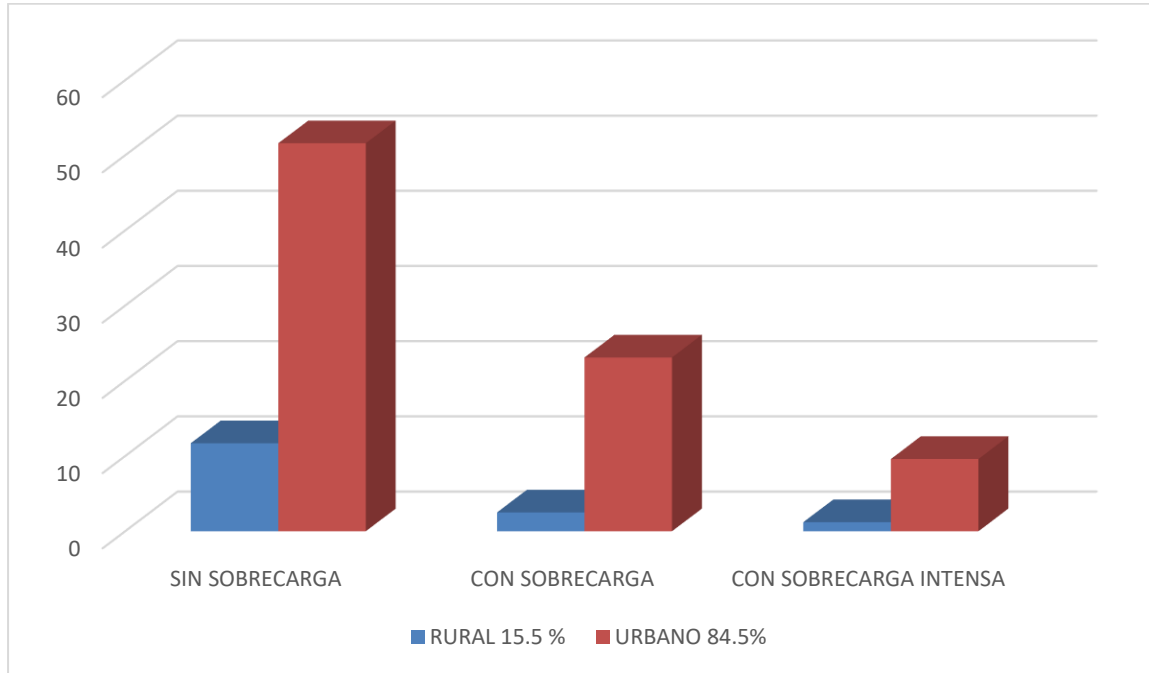


“Sobrecarga del cuidador en adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

Datos Sociodemográficos.

De los 238 encuestado según su ocupación: se encontró que quienes de se dedican a labores del hogar: corresponden al 46.6 %, en el que el 31.0 % no presentan sobrecarga, el 9.6 % presento sobrecarga y el 5.8 % con sobrecarga intensa, los que son empleados o con negocio propio corresponden al 51.7%, en el que el 30.6 % no presentan sobrecarga, el 15.9 % presento sobrecarga y el 5.0 % con sobrecarga intensa, los estudiante o desempleados correspondes al 1.7, en el que el 1.7 % no presentan sobrecarga, el 0 % presento sobrecarga y el 0 % con sobrecarga intensa. Tabla 8

GRAFICA 9: GRADO DE SOBRE CARGA POR DOMICILIO / RESIDENCIA,



“Sobrecarga del cuidador en adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”
Datos Sociodemográficos.

De los 238 encuestado según su domicilio: se encontró que quienes radican en zona Rural corresponden al 15.5 %, en el que el 11.7 % no presentan sobrecarga, el 2.5 % presento sobrecarga y el 1.2 % con sobrecarga intensa. Los que radican en zona Urbana corresponden al 84.5 %, en el que el 51.6 % no presentan sobrecarga, el 23.1 % presento sobrecarga y el 9.6 % con sobrecarga intensa. Tabla 9

11.- DISCUSION DE RESULTADOS.

Este trabajo analizó la prevalencia de sobrecarga entre una muestra representativa de cuidadores familiares en el Hospital general de zona 2, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

La situación demográfica mundial presenta una clara tendencia al aumento de los grupos etarios, el envejecimiento progresivo de la población e incremento de las tasas de supervivencia en patologías crónicas, las discapacidades, con incremento del número de personas que necesitan cuidados, lo que acompaña un alto grado de exigencia y complejidad.

Otras investigaciones concuerdan en que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud, y que el cuidado se fundamente en las relaciones afectivas y de parentesco.

En cuanto a los registros de cuidadores, Rivera y Col. encontró que el 73% de las niñas tenían (o) tenían una relación directa con el 13% de sus parejas. El porcentaje de hijas (38% a 62,9%) como principales cuidadoras ha sido confirmado en varios estudios, seguidas de las parejas (29,3% a 47%). Sánchez y col, mencionaron que la mitad de los casos fueron atendidos por el cónyuge o los padres.

En cuanto a la carga del cuidador, el 63.4% no presenta sobrecarga, el 25.6 % presentaron sobre carga y en 10.9 %, intensa; esto es, 36.5% de los cuidadores experimentaban algún grado de sobrecarga, comparado a Rivera y Col. El 14% fue leve y en 11% intensa; esto es, 25% de los cuidadores experimentaban algún grado de sobrecarga, comparando los resultados obtenidos por Blanco y Col. con 55,4% de los cuidadores experimentaban sobrecarga, más del doble del encontrado en un trabajo previos de Alzheimer en Singapur, Estados Unidos, Brasil, Corea del Sur, demencia de distintos países de Latinoamérica, India y China, excluyendo Cuba puntuación similar (27,9%).

En relación al grado de dependencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria se observó que el 6.3% de casos eran totalmente Independiente, un 30.3% presentan una dependencia Leve, 15,1% dependencia Moderada, el 14.3% tienen dependencia Severa y el 34.0% son Totalmente dependiente.

En correlación con el grado de sobrecarga se encontró; que el 36.5% presentan un grado de sobre carga, donde el 10.9% corresponde a la sobrecarga intensa, en cual el 17.6% representa a los que tiene una total dependencia. Es decir, que la mitad de los casos que presentan sobrecarga, tiene un predominio en los que tienen total dependiente. Anteponiendo que el 63.4% no presentan sobrecarga. Mas únicamente el 4.2% representan a los que son Totalmente independientes del 6.3%.

Las diferencias en los puntajes entre países pueden reflejar diferencias culturales, con puntajes a menudo más bajos en Asia y América Latina que en los EE. UU. y Europa. La mayoría de los estudios internacionales utilizan CBI.

Blanco y Col. Estas diferencias pueden reflejar diferencias en las pruebas utilizadas, lo que sugiere que los cuidadores de personas con demencia soportan una carga mayor que los cuidadores de personas con demencia física y mentalmente diferentes. Sin embargo, se debe enfatizar que en este estudio no se encontró diferencia en la ocurrencia de sobrecarga dependiendo de la enfermedad de cada paciente.

En relación al Género en este estudio, 54% de los cuidadores eran hombres, por Rivera y Col a diferencia del 89% de los cuidadores eran mujeres.

El grupo de edad promedio de los cuidadores fue de 41 a 50 años en 31.3 % y de 51 a 60 años en un 23.9 %, similar a lo reportado por Rivera y Col. Con la Según lo informado por Sánchez et al., la mediana de edad de los cuidadores fue de 52,9 años. (52 años). Al analizar los subgrupos, se encontró que el 56,6% se encontraba entre las edades de 41 y 60 años. Blanco y Col reportan que la mayor edad y el mayor apoyo social son factores protectores que reducen o minimizan el impacto del estrés relacionado con el cuidado en los cuidadores, reduciendo así su efecto negativo. efectos en la salud. Esto puede relacionarse con el hecho de que los cuidadores más jóvenes podrían tener menos recursos para el manejo del estrés.

En cuanto a la relación entre la escolaridad y la carga de cuidador; de la población en estudio se obtuvo con un grado de escolaridad baja, fue mínima en un 2.9%, comparado con la población de escolaridad alta en un 41.6%, en el que el grado de sobrecarga está representada en un 63.44 % sin sobrecarga en el que corresponde a un 26.8% lo que cuentan con un grado de escolaridad alta, comparado con lo que presentan sobrecarga en un 36.5%, en el que el 10.9% presenta sobrecarga intensa. se observó una que no existe relación con nivel bajo escolar de la población con el grado de sobrecarga, con un incremento a mayor nivel escolar en la población. Esto contrapone con los resultados del estudio anteriores de Rivera y Col, Blanco y Col de cuanto menor es el nivel de educación, mayor es la carga para los cuidadores, aunque solo el 13% de los cuidadores son compañeros del paciente, el desgaste profesional es aún mayor en este grupo, e incluso la diferencia diferente también es estadísticamente significativa. Lara Palomino et al. En un estudio de 60 cuidadores de ancianos, no se encontró tal asociación. Blanco y Col Los factores de riesgo para el hacinamiento están inactivos fuera del hogar y muestran puntajes más altos.

Esto puede estar relacionado con el hecho de que los cuidadores que trabajan al aire libre dedican menos tiempo a las tareas de cuidado, mientras que el trabajo remunerado se asocia con mayores niveles de ingresos, a menudo con mayores redes de apoyo social. La principal actividad de los cuidadores fue de empleado o negocio propio (51%) y la de ama de casa (46-65%), lo que no concuerda con la mayor parte de los reportes en que su principal actividad fue la de ama de casa (52%) por Rivera y Col, en el que señala que las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, también se responsabilizan de tareas más pesadas y demandantes, y dedican más tiempo a cuidar que los hombres.

En relación a su estado civil se encontró que el 72.3% de los casos están casado o en unión libre, separados o divorciados en un 8.4%, Los solteros/a corresponden a el 17.2% y viudos en un 2.1%, en el que el grado de sobrecarga es del 36.5% está representando por los casados o en unión libre con un 25.6%.

En relación a lugar de residencia y la carga del cuidador, el 84.5 % radican en zona urbana, Representa el 51.6 % que no presenta sobre carga.

12.-CONCLUSION:

De acuerdo con los resultados de este estudio, es claro que el aumento de la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria del enfermo, se traduce en el desgaste del cuidador, afecta la calidad de vida en todas las dimensiones analizadas.

Cuando se asumen cargas elevadas de cuidado, el riesgo de deterioro de la calidad de vida aumenta, lo que evidencia una relación dosis-respuesta entre cantidad y calidad de cuidados, lo que lo convierte en un riesgo de deterioro de la salud en cuidadores de personas con distintos tipos de problemáticas físicas y mentales.

Por lo que la Dependencia de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, se relaciona directamente con el grado de Sobrecarga a mayor dependencia genera mayor sobrecarga. Se observó que el 6.3 % de casos eran totalmente Independiente, un 30.3% presentan una dependencia Leve, 15,1% dependencia Moderada, el 14.3% tienen dependencia Severa y el 34.0% son Totalmente dependiente. En el que un 36.5% presentan un grado de sobre carga, el **10.9%** corresponde a la **sobrecarga intensa**.

Es decir, que la mitad de los casos que presentan sobrecarga, tiene un predominio en los que tienen *total dependiente son el 17.6%* de las actividades básicas de la vida diaria.

Anteponiendo que el 63.4% no presentan sobrecarga, únicamente el 4.2% representan a los que son Totalmente independientes del 6.3% sin sobrecarga. Esto refleja que la calidad de vida o dependencia, aumentar la carga del cuidador. se relaciona a sobrecarga intensa en un 50%, lo que los convierte en cuidadores enfermos.

Se concluye con que el perfil del cuidador en los casos estudiados, fue del predominio masculino en un 58%, el grupo de edad predominante es de 41 a 50 años del 31.3%, con una escolaridad de Licenciatura 41.6%, que la actividad ocupacional es de empleada o con negocio propio en un 51.6%, estado civil del cuidador es Casado o en Unión libre en un 72.3%, la residencia en medio Urbano en un 84.5%.

Podemos inferir que la complejidad de la sobrecarga del cuidador, se relaciona con la dependencia del adulto mayor, con los distintos tipos de problemáticas de salud, físicas, mentales y con toda la carga de problemas de salud y de desgaste emocional que este general. El perfil del cuidador encontrado en este estudio fue del genera Masculino, en una edad de 41 a 50 años, el tener mayor edad se asocia con un menor riesgo de sobrecarga, con escolaridad de nivel superior, que condiciona un empleo, remuneración con un mayor nivel de ingresos, así como estado civil casado y que radique en área urbana, podría relacionarse como factor protector, que al igual estar un tiempo fuera del hogar y compartir responsabilidad con otros integrantes de la familia, con una mayor red de apoyo social.

13.- RECOMENDACIONES.

Si bien es cierto que ya existen Guías para manejo del cuidador colapsado, mas este está disponible para los trabajadores de la salud, lo que es fundamental generar programas y estudios que no sólo analicen en número los resultados, si no que puedan medir la

repercusión en la salud del paciente y del cuidador. Es por esto que desarrollar estrategias que proporcionen herramientas a disposición de los cuidadores familiares sería de vital importancia para mejorar la calidad de vida del cuidador y del familiar dependiente.

Por lo que se sugiere:

1. Desarrollar un programa de detección y vigilancia de población en riesgo de generar Sobrecarga del Cuidador, en los distintos niveles de atención.
2. Implementar un servicio para seguimiento y control de pacientes con sobrecarga, que coordine la intervención multidisciplinaria.
3. Crear estrategias específicas que apoyen a los cuidadores para reducir la sobrecarga, mejorar la calidad de vida del binomio cuidador-persona cuidada.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía:

1. M.J. De Valle-Alonso, I.E. Hernández-López, M.L. Zúñiga-Vargas y P. Martínez-Aguilera, Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor,

- Universidad Nacional Autónoma de México/Enfermería Universitaria 2015;12(1):19-27
2. Dr. Martínez, Héctor David, Mitchell, María Elena: Salud del Adulto Mayor- Gerontología y Geriatria, Manual de Medicina, preventiva y social I, Unidad 5 pp 6-17, 2014.
 3. Análisis Poblacional 60 años en adelante, [mx.http://www.gob.mx/cmsuploadsattachmentfile2018](http://www.gob.mx/cmsuploadsattachmentfile2018).
 4. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015: Catalogación por la Biblioteca de la OMS (www.who.int), Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. ISBN 978 92 4 069487 3 (PDF)
 5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre), 2016. Aguascalientes, Aguascalientes: INEGI; 28 de septiembre de 2016. Disponible: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf [Consultado el 16 de septiembre de 2017]
 6. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México 2011. México, DF: CONAPO; noviembre del 2011. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2463/1/images/SDM2011.pdf> [Consultado el 16 de octubre de 2017].
 7. Gerardo Rivera-Silva, Leonardo Rodríguez-Reyes, Ma. Guadalupe Treviño-Alanís, El envejecimiento de la población mexicana. The aging of Mexican population. Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa. Departamento de Ciencias Básicas Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, Nuevo León, Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(1):116.
 8. Rubio Olivares, Doris Yisell; Rivera Martínez, Lilliam; Borges Oquendo, Lourdes de la Caridad; González Crespo, Fausto Vladimir. "Calidad de vida en el adulto mayor", VARONA, núm. 61, julio-diciembre, 2015, pp. 1-7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>.
 9. Marcela Bejines-Soto, Raymundo Velasco-Rodríguez, Lidia García-Ortiz, Alfonso Barajas-Martínez, Leticia Margarita Aguilar-Núñez, María Luisa Rodríguez.

Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015;23(1):9-15.

10. M.T. Loredó-Figueroa, R.M. Gallegos-Torres, A.S. Xequé-Morales, G. Palomé-Vega y A. Juárez-Lira; Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria.2016;13(3):159---165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>.
11. Crespo, María; Rivas, Ma Teresa, El Evaluacion de la carga del Cuidador: Una Revisión mas allá de la Escala de Zarit, Clínica y Salud, Vol 26, núm 1, enero-abril. 2015, pp 9-16, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid, España.Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180634124002>
12. 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 Mex 2015; 31 (6).
13. Detección y manejo del colapso del cuidador, Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS 718-15.
14. M.J. De Valle-Alonso, I.E. Hernández-López, M.L. Zúñiga-Vargas y P. Martínez-Aguilera, Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor;Facultad de Enfermería Nuevo Laredo, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México; 2015;12(1):19-27
15. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal Lic. Marcelo Ebrad Causaubon, Editorial: Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC, <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09>
16. Crespo, María; Rivas, Mª Teresa, La Evaluación de la Carga del Cuidador: Una Revisión más allá de la Escala de Zarit, Clínica y Salud, vol. 26, núm. 1, enero-abril, 2015, pp. 9-16, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid, España.
17. Eduardo Palacios y Diana Pinzón, Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador de paciente con enfermedad cerebrovascular, repert med cir. 2017;2 6(2):118–120, Servicio de Neurología, Hospital de San José. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia

18. Torres-Avenidaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres M, Berbesi-Fernández DY. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín,2017.Univ.Salud.2018;20(3):261-269.
DOI:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.130>
19. Rivera, M., Rosario, I., & Cuevas, M. (2015). Síndrome de quemarse en el trabajo y factores de apoyo a cuidadores de personas de enfermedad de Alzheimer. *Informespsicológicos*,15(1),13-30.
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv15n1a01>.
20. Marta Thomen Bastardas, /Psicología/Psicología clínica/Síndrome del cuidador. 29 mayo 2019. wwwPsicología-Online
21. Diéguez C, Ponce S, Lorca B. Factores de riesgo de la dependencia funcional en las personas mayores chilenas y consecuencias en el cuidado informal = Risk factors of dependency of Chilean older adults and consequences on informal caregiving. *América Lat Hoy*. 2015;71:17-36
22. NEURORHB, Servicio de Neurorrehabilitación de Hospitales Vithas. Hospital NISA Valencia al Mar (Valencia / España) Sobrecarga del Cuidador. 8 enero, 2019.
<https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral>.
23. Héctor Retamal-Matus, Laura Aguilar, María Aguilar, Ricardo González, Stefano Valenzano, Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile, 2015; 5 (3): 119-124,www.viguera.com/sep/psicogeriatría.
24. Claudia Andrea Ramírez-Perdomo, Yivi Salazar-Parra y Alix Yaneth Perdomo-Romero; Calidad de vida de cuidadores de personas con secuelas de trastornos neurológicos, *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2017;45(C):9---16,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2016.12.002>
25. Danny Echerri Garcés, Síndrome del cuidador quemado. Causas, síntomas y estrategias de afrontamiento 2018-12-252016-03-08.
<https://infotiti.com/2016/03/sindrome-del-cuidador-quemado-causas-sintomas-y-estrategias-de-afrontamiento>
26. Yolanda Navarro-Abal, María José López-López, José Antonio Climent-Rodríguez y Juan Gómez-Salgado, Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas

- dependientes, Gac Sanit. 2019; 33 (3):268–271, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>.
27. Xolyanetzin Montero Pardo, Samuel Jurado Cárdenas, Alejandra Valencia Cruz, José Méndez Venegas e Ignacio Mora Magaña Escala de Carga del Cuidador de Zarit: Evidencia de Validez en México, psicooncología. Vol. 11, Núm. 1, 2014, pp. 71-85, ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918.
28. Romero Massa Elizabeth, Rodríguez Castilla Jennifer, Pereira Díaz Banny. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Oct 25]; 31(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400001&lng=es.
29. Magdalena Viale, Fátima González Palau, Magdalena Cáceres, Marlene Pruvost, Ana L. Miranda, María F. Rimoldi; Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia; Revista Neuropsicología Latinoamericana ISSN 2075-9479 Vol. 8 No. 1. 2016, 35-41
30. Alix Yaneth Perdomo-Romero, Claudia Andrea Ramírez-Perdomo; Percepción de calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia; Rev. Cient. Soc. Esp. Enferm. Neurol. 2019;49:16-22, DOI: 10.1016/j.sedene.2017.09.001.

15. ANEXOS



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **“Sobrecarga del cuidadores en adultos mayores en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”**

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2019

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador y la relación que existe entre el nivel dependencia física, en pacientes adultos mayores que acuden a consulta externa en el HGZ 2, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Procedimientos:

Encuesta directa y llenado de cuestionario

Posibles riesgos y molestias:

NINGUNA

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Evaluar el grado de sobrecarga del cuidador y ofrecer tratamiento en caso necesario.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Se proporcionara si la participante lo solicita.

Participación o retiro:

Voluntario

Privacidad y confidencialidad:

Existe

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

Dr. José Ramiro Cortés Pon

Colaboradores:

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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Dr. Amet Salazar Camacho

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Instructivo. ¡Buen día! En el presente cuestionario le solicitamos, de la forma más atenta y respetuosa, la información necesaria para la evaluación de la prevalencia y el grado de Sobrecarga. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, marque la opción que mejor se aplique a su caso. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

1.-Datos Sociodemográficos:

1. Edad: _____ años. **Sexo:** Masculino / Femenino.

2.-Estado Civil:

- 1) Casada/Unión libre 2) Separada/Divorciada/o 3) Soltera
4) Viuda.

3.-Escolaridad:

- 1)Analfabeta 2)Primaria incompleta 3)Primaria 4)Secundaria
5)Bachillerato 6)Licenciatura

4.-Ocupación:

- 1)Labores del Hogar 2) Empleada

5.-Domicilio:

- 1) Rural 2) Urbano.

2.- Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

		0.- Nunca	1.- Casi Nunca	2.- A veces	3.- Bastantes Veces	4.- Caso Siempre				
		0	1	2	3	4				
Selección una opción a la pregunta correspondiente.										
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?									
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?									
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?									
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?									
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?									
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?									
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?									
8	¿Siente que su familiar depende de usted?									
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?									
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?									
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?									
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?									
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?									
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?									
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?									
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?									
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?									
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?									
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?									
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?									
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?									
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?									
Total										

3.- Capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel.

Seleccione una opción por apartado a valorar.

1	Comida Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	0
2	Aseo Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.	5
	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0
3	Vestido Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	5
	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	0
4	Arreglo Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	5
	Dependiente. Necesita alguna ayuda	0
5	Deposición Continente. No presenta episodios de incontinencia.	10
	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	0
6	Micción Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc)	10
	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	5
	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	0
7	Ir al retrete Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	0
8	Traslado cama /sillón Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	15
	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	10
	Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.	5
	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.	0
9	Deambulación Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	15
	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	10
	Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	5
	Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	0
10	Subir y bajar escaleras Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	10
	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	5
	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor	0
Total		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

Motivo de Consulta: _____.

