



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL SÍNDROME DE
SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS DEL HGZ N0. 1 IMSS TAPACHULA CHIAPAS.**

FEBRERO 2021

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

ILIANA SÁNCHEZ AREVALO

**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL SÍNDROME DE
SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS DEL HGZ N0. 1 IMSS TAPACHULA CHIAPAS.**

FEBRERO 2021

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ILIANA SÁNCHEZ ARÉVALO


**DIRECTOR Y ASESOR DE TESIS:
DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN**



**BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA, CHIAPAS**



TITULO:

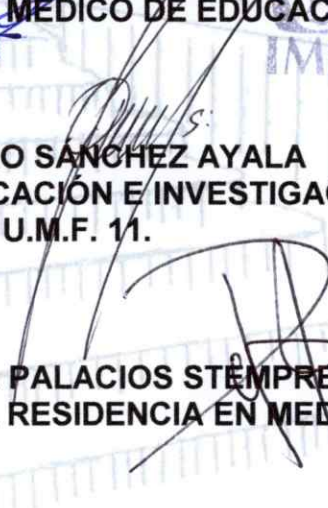
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL
CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HGZ NO. 1 IMSS
TAPACHULA CHIAPAS.**

AUTORIZACIONES


**DR. RICARDO RAMOS MARTINEZ
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**


**DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**


**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS SANDOVAL
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION EN SALUD**


**DR. PEDRO SANCHEZ AYALA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
U.M.F. 11.**


**DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPREISS
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR**



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Esta tesis la dedico a Dios quien con su bendición llena siempre mi vida, quien ha permitido culminar un éxito más en mi vida, quien guía mi destino y forja mi camino, honro a Dios mi padre celestial que con su amor infinito y su misericordia me ha permitido obtener uno de los anhelos de mi corazón.

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que me ayudaron a obtener el éxito por tal motivo también dedico este trabajo a:

A mi esposo:

Con todo mi amor y cariño a mi amado esposo, tu ayuda a sido fundamental, estuviste a mi lado inclusive en los momentos más turbulentos, siempre apoyándome e impulsándome a terminar este proyecto tuviste paciencia y entrega para conmigo, te doy gracias por tu amor tu comprensión y tu cariño, gracias a ti, hoy puedo con alegría, presentar y disfrutar esta tesis.

A mi hija:

A ti hija preciosa fuiste mi motivación y mi fuente de inspiración más grande, tu afecto y tu cariño, son los detonantes de mi felicidad, eres quien me impulsa cada día a superarme y seguir con el objetivo de alcanzar mis metas, te doy gracias por tu amor, te amo hijita Naomi.

A mis padres y hermanos

A ustedes que son mi pilar fundamental y apoyo en mi formación, gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y me han enseñado valores y me han llevado alcanzar una meta, a ustedes hermanos gracias por su amor y demostración de cariño por que siempre están en los momentos mas importantes de mi vida

Asesor de tesis:

Le agradezco por el apoyo y la orientación que me brindo para la realización de esta tesis.

INDICE

Resumen	6
Marco teórico	7
Justificación	19
Planteamiento del problema	20
Objetivos	21
Hipótesis	22
Metodología	23
a) Diseño metodológico y tipo de estudio	23
b) Límites de tiempo y espacio del estudio	23
c) Universo	23
d) Muestra	23
e) Análisis estadístico	23
f) Definición conceptual y operacional de las variables	24
Desarrollo del proyecto	27
Instrumento	28
Consideraciones éticas	30
Recursos para el estudio	34
Resultados	35
Discusión	40
Conclusión	42
Propuesta	43
Bibliografía	44
Anexos	48

RESUMEN:

Título: funcionalidad familiar asociada al síndrome de sobrecarga del cuidador principal de pacientes hospitalizados del hgz n.1 imss Tapachula, Chiapas.

Antecedentes: Definir la funcionalidad familiar y asociarla con algún estado crítico para normativo como la sobrecarga del cuidador, actualmente viene siendo una tarea muy compleja, pues sabemos bien que la funcionalidad familiar abarca diferentes rubros los cuales depende en gran medida de las cascadas de acontecimientos generados, es por esto que es relevante adentrarnos y explorar que en definitiva y de acuerdo a las tendencias y estudios sociológicos que marcan una participación directa del cuidador y los cambios generados en su entorno funcional familiar es relevante conocer la principal participación en el cuidado de enfermos crónicos, así como su carácter instrumental en la recuperación, bienestar o restablecimientos de persona enfermas generalmente cuadros clínicos de larga duración dependientes de un cuidador.

Objetivo General: Determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y el síndrome de sobrecarga del cuidador principal de pacientes hospitalizados en el HGZ 1 IMSS Tapachula Chiapas.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo con características de transversal, analítico en la aplicación de un cuestionario de FF-sil y escala de Zarit a cuidadores principales de pacientes hospitalizados del HGZN.1 de Tapachula Chiapas, se dividirá en 3 secciones la primera recopilar información de variables socio demográficas, la segunda consta de un cuestionario FF-SIL y la tercera que consta de la escala de Zarit. Se realizará en el periodo de mayo a julio de 2019

Análisis estadístico: Se utilizó para la captura de datos el programa SPSS (statistical package for the social sciences) versión 21 en español, para el análisis univariado se utilizarán estadísticas descriptivas de frecuencia y medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes.

PALABRAS CLAVES: Disfunción, familia, sobrecarga, cuidador principal.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Los cuidadores podríamos clasificarlos en diferentes maneras, principalmente también podemos designarlos como primarios, que son los que tienen la responsabilidad en el cuidado del paciente ayudando de formal o informal.¹ La definición de carga del cuidador al momento de cuidar un paciente originalmente lo describió un buen autor en años previos² indica agotamiento cerebral y desesperación al momento del cuidado. La sobrecarga es el grado en que el ayudante o quien cuida al paciente percibe que el cuidado influyendo en diferentes ramas de la salud, psicológica, económica.”³La familia, en particular la mujer, es la que ha asumido la atención tradicionalmente del cuidado de familiares, dado que actualmente el carácter sociológicamente hablando la mujer es la encargada de ayudar al cuidado de los pacientes, por tradición, oficio o investidura. El apoyo que generan los cuidadores, es de forma extendida modificatoria, es en general constante e intensa, y puede ser la única persona que realiza el cuidado, En muchas ocasiones, es muy desgastante la atención que sobrepasa la capacidad física y mental del cuidador, provocando que se genere estrés severo, generador del cuidado.⁴

Definición conceptual:

Familia

“Es unida básica, único integrado por diferentes integrantes con pensamientos propios, con una cabeza principal el jefe de familia, el sacerdote de la casa, el que dirige el rumbo de la familia , el líder, con base a ello la familia es un sistema natural donde interactúan diferentes seres humanos.

Es una estructura en permanente interacción donde se llevan cabo las diferentes funciones familiares de cuidado, protección se mantienen a los hijos con educación básica ,donde criarlos de forma correcta es lo más importante , guiarlos de forma adecuada para integrarlos a sociedad con carácter dinámico y efectivo esto es como un deber principal del sistema familiar, buscando un bienestar de los hijos

eficientes que se consoliden en roles adecuados para poder realizar un ciclo vital efectiva, con estructura eficaz y evolucionado a su entorno.⁵

Funcionalidad familiar:

La funcionalidad familiar o una familia funcional es donde se logra promover un desarrollo integral entre ellos, un estado de salud físico, mental favorable, donde los integrantes de la misma perciben el funcionamiento familiar manifestando el grado de satisfacción con el cumplimiento de los parámetros básicos de la funcional familiar como son adaptación , participación , ganancia o crecimiento , afecto y recursos⁶

Las Familias funcionales son activas, integras completamente equilibradas en su entorno demostrando la capacidad de socialización, con puntos positivos y favorables creando un ambiente o atmosfera de tranquilidad paz y amor, facilitando el desarrollo de cada uno de sus miembros, son familias que en general las crisis para normativas no afectan tanto .⁷

El aumento que se está generando de las enfermedades crónicas en el mundo se considera la primer causa de muerte en diferentes países en vías de desarrollo generando un grave problema de salud, el funcionamiento familiar, se considera el entorno básico y confluyente donde la familia contribuye a la salud, rehabilitación o enfermedad de los integrantes , donde realizan actividades totalmente sociales y que contribuyen a la formación de su persona mediante el desempeño de tareas adscritas , puesto que las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar desequilibrio emocional y descompensación en el estado de salud de las personas. Existen evidencias documentadas de que, cuando una persona presenta algún tipo de enfermedad crónica como diabetes o hipertensión, la evolución y respuesta al tratamiento depende en buena medida del funcionamiento de la familia. La buena comunicación, el buen trato , la amabilidad familiar, la congruencia realizada por cada uno de ellos , el ejemplo , ejercido por el líder del hogar, la afectividad, el

apoyo emocional, afectivo y económico, son valores interesantes y esenciales que tienen un efecto positivo en la recuperación de la salud. Si por consiguiente, puede no haber estos valores afectivos de protección básicos en la familia, el entorno se hace más vulnerable, lo puede llegar a producir falta de recuperación en el paciente o persona cuidada y la evolución se tornaría de manera completamente negativa .⁸

Por lo que la función familiar es preservar el bienestar de los integrantes, es importante asumir un liderazgo familiar que empieza con el jefe de la familia (padre o madre) dedicando tiempo, estabilidad emocional social y económica a sus progenitores, realizando una interacción oportuna para afrontar los retos de la vida, demostrando ante todo la posibilidad de crecimiento de cada integrante, incorporarlo al ámbito social, desarrollar las actitudes al máximo, creando un ente con criterios propios, capaz de tomar decisiones importantes, con ello alcanzar su Plenitud intelectual. Es así que durante la familia se presentan diferentes retos uno de ellos es la enfermedad, cada integrante de la familia tiende a simular de diferente manera la enfermedad y más aún si se trata de ser un cuidador, por consiguiente el tiempo que dura el cuidado de un familiar codependiente del cuidador puede llegar a alterar el equilibrio basado en unidad y valores de la familia unida, no dudando que con ello altera la hemostasis familiar y la salud mental del cuidador.

Sin embargo, ¿podemos considerar que lo contrario a esto sería un cuidador que genera placer al momento de apoyar y proteger al ser amado, esto podríamos llamarlo masoquismo? O no es algo que al saber que genera dolor pero hay un gusto por disfrutar un goce único por el ser amado.

Cuidador principal

Así mismo, las múltiples evidencias de literaturas marcan que un Cuidador o Cuidadora, es quien cuida a una persona, es ayudante, trabajador, emprendedor, activista, reflexivo, pensador .⁵ Un cuidador principal es “la persona o individuo que parte de su apreciado tiempo realiza aportaciones al cuidado de la persona o enfermo crónico terminal⁹. El cuidador es la persona que se encuentra sujeta a

vigilar el estado físico y de salud de la persona cuidada a su cargo, como un adulto mayor, hasta un recién nacido.

Cuidador : persona física que parte o toda la parte del tiempo se encarga del bienestar del cuidado, vigilancia oportuna atención de un una sola persona o muchas, otorgando tiempo eficiente a veces de calidad a veces no para mejorar la calidad de vida de los que cuida y rodea .un cuidador puede ser elegido por la familia, a su vez puede ser decisión propia del cuidador o salir sorteado en los roles familiares adscritos a cada participante de la familia .el cuidador también podemos designarlo por múltiples factores entre ellos la disponibilidad para el cuidado de otros familiares en el hogar y las características de la enfermedad: gravedad, duración y pronóstico.

Disfunción familiar: consideramos como aquellas conductas no adecuadas o aptas para confluir en un mismo análisis de interacción funcional entre los entornos afectivos únicos de la familia con patrones determinantes no adaptables que se presenta de manera constante en los integrantes de la familia y que al relacionarse con los integrantes de la familia, se genera una atmosfera inadecuada no grata para el surgimiento de discusiones, o conflictos. ¹⁰

Tipos de cuidador

Cuidador informal:

Los tipos de cuidadores si hablamos de ellos, podíamos decir que un cuidador principal de tipo informal es aquel que no está totalmente capacitado en cursos o presiones practica teóricas para llevar acabo el cuidado, no genera costo , pero igual no tiene las capacidades adecuadas para ejercer ser cuidador.^{11, 12}

El cuidador informal es considerado de tiempo completo y a la vez es un individuo que no se considera responsable total del cuidado, recibiendo aportaciones diversas de los mismos familiares que integran ese lazo familiar, sin embargo, debe de estar disponible para satisfacer las demandas que esto ocasiona ⁵ y brindar un elevado grado de compromiso que se caracteriza por el afecto y una atención.¹³

En 1999, la OMS definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un

amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”.¹⁴ Los cuidados informales por lo general guardan una relación afectiva entre el cuidador y la persona o, al menos, se basan en el conocerse previamente.

Cuidador formal – profesional

Es aquel de manera única infinita y de forma de práctica, ética, capaz y capacitada desde el ámbito educativo y profesional se realiza un cuidado básico y oportuno de las acciones encaminadas en el cuidado de las personas que lo solicitan. Son personas que recibieron una educación una preparación previa y ha desarrollado capacidades para el cuidado de los demás .¹²

En algún momento se consolidaron dos tipos de cuidado formal y profesional, el que se maneja actualmente es el que se proporciona desde las instituciones médicas y organizaciones sin fines de lucro no gubernamentales y gubernamentales y el que se contrata a través de las familias de forma privada o autónoma.

Sin lugar a duda los cuidados son universales regulados por norma y estándares de calidad internacionales, medidos por indicadores reales y preciso de nivel didáctico y validez alta, que bien hoy en día cualquiera puede adquirirlo.

Los lazos entre el cuidador formal y la persona que recibe los cuidados pueden y debería ser equitativa, caracterizada por una etapa de equilibrio efectivo donde no exista relación previa alguna.

Los núcleos familiares actuales pueden a su vez considerarse con ideas y funciones diferentes en el ámbito de opinión del cuidador por lo que podemos generar diferentes opiniones o controversias sobre elegir en contar un cuidador formal o informal dependiendo de las necesidad una familia su posición económica y social ,la cantidad de cooperación de los integrantes de la misma, en la mayoría el familiar con más recurso económico es el que decide contratar personal cuidador de tipo formal para el cuidado de los padres, estas acciones pueden a veces con llevar a problemas familiares por el recurso económico utilizado por la persona que decide pagar ,así también se puede tomar como un último recurso para poder otorgar algún

descanso al personaje principal del cuidador principal , simplemente se debe de buscar alternativas específicas para mejorar la calidad de vida .¹²

Sobrecarga:

Las aportaciones realizadas por autores que estudiaron la sobrecarga del cuidador identificaron que una carga genera un mal estado general del cuerpo del cuidador amenazando el estado emocional, psíquico e intelectual del cuidador, autores consideran y entiende la carga como una dificultad por la persistencia de cuidar y experimentar carga incapacidad o algún tipo de deterioro emocional que pueden ser experimentados por miembros de la familia.). Similarmente, diferentes personajes del cuidado han descrito la carga como una mansedumbre en el cuidado que daña la salud mental, las relaciones laborales, sexuales, el impacto es extremadamente grande que aumenta con el tiempo en el cuidado provocando problemas en las finanzas .⁴

Estudios pasados han demostrado que el sistema de cuidado social, que se genera por medio de la sociedad actual, ayuda a contribuir al mejoramiento de la capacidad que el sistema de apoyo para sobrellevar la sobrecarga del cuidador. Las asistencias por parte de la sociedad incluida en los proyectos de mejora debe de ser contundente, eficaz con un margen de error mínimo, considerado que ellos son parte importante en la estabilidad social, generando hombres de valor, implicando una elevada responsabilidad, y que se puede se mantener durante años. El cuidado entonces se transforma en una sensibilidad estresante, que puede llegar a invertir en negatividad sobre un cuidador. Por lo que considero que el cuidador informar es más causa de estrés en la familia .⁴

En múltiples ocasiones un cuidador siempre se caracterizara por tener un exceso de trabajo, con periodos prolongados de estrés y cambios emociones que el propio paciente ejerce en el cuidador principal. La jornada de los cuidadores, suele ser larga, tediosa, cansada, agotadora y hasta veces desgarradoras ,tocando hasta las fibras más íntimas de alma, lo que significa una tensión constante ,ardua, generando simple y sencillamente quebrantamiento total del ser del yo soy. Puede llegar a

causar la muerte del cuidador por la falta de autocuidado y terminan en abandono del paciente o familiar. Conocido actualmente como síndrome o una sobrecarga del cuidador.¹⁵

Sobrecarga de un cuidador

La definición de cargar, diferentes investigadores realizaron un análisis donde el objetivo principal era comparar entre una carga objetiva y otra subjetiva. La carga objetiva podríamos llamarla o definirla como aquella que cumple con los criterios específicos de cuidado, que incluye los roles activos directos e indirectos de un personaje, con actitudes únicas y bien logradas con mayor especificidad y sensibilidad, sin alterar las condiciones psicoactivas inquebrantables de los lazos familiares, comparado con la carga subjetiva es una carga más liviana no audaz no tan efectiva donde se concretan sugerencias para el cuidado del paciente, supervisando e interactuando del ámbito de vigilar, no sentir observar.

Con esto las evaluaciones que sea encontrando en estos dos tipos de carga son completamente diferentes, contemporáneas, de tal forma que nos lleva a pensar una relación diferente en las definiciones de cada una de ellas y que se presenta de forma común, la carga es solo eso carga un estadio tan sencillo y a la vez complicado de definir que engloba múltiples causas sin embargo no deja de demostrar el poderío la definición con la palabra y llevarla a cabo o tenerlo causa revuelo con una percepción única.¹⁶

Diferentes son las patologías crónicas y agudas que puede llegar a presentar los cuidadores principales y no principales, como bien sabemos una de ellas es las complicaciones crónicas que pueda llegar a presentar por las enfermedades que causa el cuidar a otra persona sin cuidarse uno mismo, mismo que pueden ser cáncer, diabetes, desnutrición e hipertensión arterial, acuñado a esto alteraciones emociones depresivas compulsivas, irritabilidad hasta pérdida de la vida, podemos considerar un número sin fin de enfermedades causantes por cuidar, sin embargo la que puede atribuirse el primer lugar sería la depresión por la impotencia generada de ver al enfermo postrado. Los problemas generados son devastadores que

afectan el plano familiar e inter relacional, así como la relación social, llegando a provocar falta de un cuidado enriquecedor del paciente postrado, esto causa que la vida del paciente, claudique hacia un final inesperado más rápido.

Como consecuencia, siempre veremos en el cuidador problemas familiares con sus familiares directos, falta de empatía, cansancio crónico, mal humor , altos tiempos de cuidado prolongado que generan estrés, mal humor y conflictos con el personal donde se labora en caso de ser un cuidador informal y que no labora las horas completas al cuidado del paciente, falta de atención el trabajo laborado, hasta pueden llegar a liquidar y correr al trabajador, así también ocasiona problemas económicos severos que esto atrae).

Por lo tanto, podemos llegar a definir la sobrecarga del cuidador como un todo , un inmenso problema que el cuidador por la sobrecarga genera tanto físico, mental, económico problemas totalmente irracionales que se añade enfermedades propias generadas o auto infringidas por la misma sobrecarga, alterando el entorno social afectivo-cognitivos, y de madurez propia disminuyendo la autoestima , con desborde de sentimientos incontrolables, afectando la diversidad de diversión y recreación atentando con el equilibrio emocional de actitudes.¹⁷

El gran temor generado por la sobrecarga en la vida del cuidador es una determinación internamente relacionada con el yo interno, el alma que juega un papel importante al saber que somos seres tripartitos. Si llevamos esta sobrecarga aun nivel máximo, podríamos estar hablando de un síndrome añejo conocido como burnout, un límite total e inconcebible de la enfermedad .¹⁸

La carga del cuidado

La carga del cuidador de un familiar podríamos compararlo con una situación tan emocionalmente estresante que podíamos compararla con un fallecimiento pensando en una pérdida o duelo.¹⁰ Los lazo familiares deben permanecer unidos si queremos mejorar la calidad de vida del cuidador y del cuidado , utilizando los diferentes medios de conservación y recreación familiar adaptando el entorno a ellos con los recurso disponibles para afrontar las diferentes crisis sujetas a modificaciones aberrantes, retomando el amor familiar y una dinámica integra y

profunda en cuanto a la armonía vivida ,dejando un lado la imposibilidad y haciendo posible las cosas de un lado de amor y comprensión.¹⁹

Los cuidadores se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico que en conjunto conllevan a una “carga”, que interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, y provoca al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador.

El concepto de carga fue planteado anteriormente por primera vez hace más de seis décadas por diferentes ilustres en estudios de pacientes psiquiátricos de los que los cuidadores presentaban un total cansancio mental, físico e intelectual. Sin embargo hace medio siglo ya se hablaba de sobre carga del cuidador.

Diferentes son los artículos y libros donde se puede encontrar abundante información de conceptos de carga y sobrecarga del cuidador, sin embargo podemos decir que la definición concreta es infinita. Ya que en ella interviene diferentes factores, entidades y equidades, que la hacen una definición dinámica cambiante, sin embargo es importante continuar realizando estudios, análisis oportunos con fineza y a detalle, mejorando así su complejidad, y la definición retrograda existente.

Lo importante es realizar nuevos métodos de investigación oportuna y analizando a detalle, que incluirá la nueva definición remasterizada .²⁰ esto denota la falta de empatía al realizar la concentración de avaluos técnicos para crear una certera definición, sin un buen remanente con llevado a deficiencia absolutas.²¹

Diferentes investigadores de rango alto en el mundo definen la carga como un conjunto de problemas de toda índole ya sea físico y principalmente mental y económico que se experimenta al cuidador a un paciente, desmoralizando y ocasionando desequilibrio intelectual .²²

Niveles de sobrecarga

Un cuidador generalmente si hablamos de los informales considero que presentan menos carga y estrés comparado con los cuidadores formales, son menos

comprometidos con el cuidado y esto es porque no presentan una remuneración o es escasa, así como también influye la falta de capacitación.

El nivel de sobrecarga del cuidador, referente al entorno social se percibe como una capacidad innata de abordaje franco con ayuda de los involucrados, podemos decir que lo que no hace el cuidador informal, lo termina puliendo la sociedad con el apoyo que se genera del extorno, las consecuencias pueden ser éticas o fatales que les produce la tarea de cuidar, se tiene que agendar, texturizar una red de apoyo en conjunto para diseñar planes estratégicos confortables y veraces que den pauta a un proceso operativo y una meta congruente, llevando actividades de apoyo.²³

Varios autores han desarrollado escalas para medir y distinguir entre carga objetiva y subjetiva. La carga objetiva se refiere a los síntomas del paciente y características sociodemográficas, pero también a los cambios en la rutina cotidiana, las relaciones familiares y sociales, el trabajo, el ocio, la salud física, etc. La carga subjetiva sería el resultado del malestar subjetivo y los problemas de salud de los familiares.

Las mujeres como todas generan hormonas están hacen que tenga cambios frecuentes de humor lo que genera al cuidador mayor enfermedades y mayor estrés.²⁴

Estudios relacionados:

En los últimos tiempos, estudiar a los cuidadores principales ha generado mucha controversia, calificarlos enmarcarlos en roles y justificar su actuar ha sido método de estudio, principalmente en verificar la contundencia que hay en la colaboración en la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas terminales dependientes totalmente del cuidador, los cuidados que recibe influye en la calidad de vida las dimensiones que más influye en la calidad de vida.²⁵

En una ciudad de España se realizó estudio donde se analizaron las diferentes características y los factores que se relacionan con la sobrecarga del cuidador encontrando en los cuidadores principales de pacientes ancianos con alto índice de demencia y no se relacionaron con sobrecarga del cuidador pero sí con una peor percepción de salud y calidad de vida acompañado de ansiedad, se encontró

también una alto índice en la atención primaria y la ausencia pago en el trabajo y fuera de su hogar se relaciona con riesgo de ansiedad y depresión. Sin embargo el consumo de Aines y antidepresivos se relaciona con más riesgo de ansiedad y sobrecarga .²⁶

En la república mexicana principalmente en un estado del centro de la república , se analizó la correlación del estudio de la funcionalidad familiar asociada al síndrome de sobrecarga del cuidador en pacientes lógicamente hospitalizados, los resultados fueron muy concretos y devastadores, los cuidadores principales como las mujeres fueron las que presentaron más sobrecarga y los hijos en segundo lugar acompañados de enfermedades crónico degenerativas incluidas la diabetes mellitus e hipertensión arterial. De la muestra total el 37.6% de los cuidadores presentaron sobrecarga y el 35.5 % percibieron disfunción familiar. Donde se concluyó que la disfunción familiar se asoció a la presencia de sobrecarga del cuidador primario.²⁷

En otro estudio en el estado de Durango dentro del IMSS clínica No1. Se escribió sobre la sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con problemas neurológicos, se evaluaron múltiples cuidadores, de las cuales se detectó una alta sobrecarga, distribuidos según sobrecarga intensa (43%) sobrecarga leve (24%) y ausencia de sobrecarga (33%). Múltiples instrumento sirven y están validados para la sobrecarga del cuidador pero sin embargo de ellos podemos escoger uno con validez adecuada como la escala de zarit, que permite ser más certero al momento de calificar la sobrecarga, El estudio realizado trato de conocer las necesidades en la población y aportar un análisis para la mejoría, donde presentan una intensa sobrecarga de tipo emocional. Donde se concluye que el nivel sociodemográfico del cuidador primario del paciente adulto mayor se ve afectado en todo momento.

28

En México en un estudio realizado por el 2015, se encontró que el síndrome de sobrecarga del cuidador en una población que fue estudiada con base a su edad predominó no con sobrecarga el género femenino con un 72%, encontrando una relación significativamente entre el género de ser del sexo femenino y tener sobrecarga del cuidador, que estadísticamente fue significativa, además el tiempo

relacionado con el cuidado fue alto estadísticamente encontrando por muchas horas al cuidador principal, se concluyó que la sobrecarga es alta en la población mexicana , asociado a la cantidad de horas de cuidado..²⁹

JUSTIFICACIÓN

En México, existen estudios acerca de la funcionalidad familiar y la relación con el síndrome de sobrecarga del cuidador en el hospital general de zona número 1 del imss de Tapachula, Chiapas donde se labora hasta la fecha no se encuentran estudios relacionados. es por ellos la importancia de conocer la relación estrecha entre estos.

La sociedad ha cambiado de forma drástica la forma de llevar los estilos de vida, existen desequilibrios sociales; actualmente los índices de natalidad están disminuyendo en forma acelerada en todo el mundo y el índice de mortalidad disminuido lo que refleja que estamos en un proceso de transición con gran tendencia a una población de adultos mayores, con diferentes tipos de enfermedades por falta de prevención lo que indica un progreso a la discapacidad de la población y con ella la necesidad de cuidado o de ser cuidado por el núcleo familiar.

A partir de las discapacidades provocadas por las diferentes enfermedades crónicas degenerativas, se genera un proceso de transición familiar en el cual se afecta la homeostasis familiar, en este caso en el cuidador principal que se encarga de vigilar y dar fin al proceso enfermedad, se determina la importancia de analizar el comportamiento y la sobrecarga que con lleva tener un tiempo ilimitado para cuidar un paciente.

Mucho de estos cuidadores, tiende a normalizar la situación de vivir estresada, con llanto frecuente, y otros datos francos de un desgaste, es posible disminuir o erradicar ese desgaste mediante terapia y una adecuada planeación familiar, pero lo importante es conocer que se sufre de tal desgaste.

Por lo tanto, se necesita conocer la funcionalidad familiar en relación con el cuidador principal de los pacientes hospitalizados en el hospital general de zona 1 Tapachula Chiapas, en donde es posible aplicar la escala de síndrome de desgaste del cuidador y tener los recursos necesarios para una intervención apropiada, tanto informativa, planificada y concluyendo con una terapia familiar exitosa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El papel importante que desempeña el cuidador es único, simplemente los familiares son los que asumen ese trabajo, un porcentaje elevado de los cuidadores son los mismos integrantes de la familia, incluidas en su totalidad la fuerza femenina, integradas por amas de casa, esposa e hijas^{27, 28}. Revelando que un familiar directo puede ser el cuidador principal, este tiene la capacidad emocionalmente de tratar de la mejor forma al paciente no solo en el bienestar emocional si no físico, social y psicológico, tratando de otorgar un acompañamiento decisiones e intervenciones hasta el final de sus días y hacer un calidad de vida paliativa de forma adecuada, .^{29, 30}

El cuidador indeterminadamente puede dañarse a sí mismo al dedicarse de forma única al enfermo y no vigilar su estado de salud y su estado mental , por lo que provoca descuidos en su vida diaria , porque no solo cumple con trabajo de cuidador , sino que directa o indirectamente tiene familiares que necesitan del el para entablar lazos emocionales afectuosos y dinámicos.²⁹ algo importante que descuida el cuidador es su emociones su higiene personal, su correcta alimentación, sacrificios como el sueño no dormir las horas adecuadas.

En demasía de las cosas que vive un cuidador en la vida , podemos decir que se ve afectado por los índices altos de estrés ²⁹; anatómicamente es conveniente vigilar las partes físicas que se exponen más al proceso estresante, musculares y articulares por el tiempo de exposición que se encuentran de pie ; sin dejar de menos las alteraciones psicológicas, como la depresión y frustración, pensando en un aislamiento ante la sociedad, vigilar mucho el ingreso, y la pérdida económica mejoraría la calidad de pensamientos negativos y mejorar el porvenir .³⁰

Las manifestaciones de carga que incluye altos índices de afectaciones en el cuidador se manifiestan en forma físicas y psicológicas, con las implicaciones sociales, constituyen lo que se conoce como síndrome de carga del cuidador.²⁷ por lo que se determina termina de forma multidisciplinaria y global la calidad de vida

del cuidador, su bienestar y el cuidado y atención que se debería brindar a si mismo, dejando a un lado su auto cuidado por dedicarse casi exclusivamente al cuidado del otro, lo mejor es que el cuidador vigile su estado de salud aprenda y conozca sus límites físicos y emocionales que duerma las horas suficientes, se alimente que sepa reconocer los riesgos de su labor, signos de alarma respecto a su salud. Por lo anterior antes expuesto nace la inquietud de conocer **¿EXISTE ALGUNA RELACION ENTRE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y EL SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR, EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HGZ # 1 IMSS TAPACHULA CHIAPAS?**

OBJETIVOS

Objetivo General: determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y el síndrome de sobrecarga del cuidador principal de pacientes hospitalizados en el HGZ 1 IMSS Tapachula, Chiapas.

Objetivos específicos:

- Conocer la funcionalidad familiar según puntaje del instrumento FF-SIL de cuidadores principales, de los pacientes hospitalizados con algún grado de dependencia del HGZ 1 del IMSS.
- Conocer el nivel de sobrecarga del cuidador principal según escala de Zarit, de los pacientes hospitalizados con algún grado de dependencia del HGZ 1 del IMSS.
- Determinar parentesco y género que más se relacione con el cuidado del paciente.
- Conocer la enfermedad principal de los pacientes hospitalizados del área de medicina interna y cirugía general del HGZ 1 IMSS Tapachula Chis.
- Identificar el estado civil, ocupación, grado de escolaridad y nivel socioeconómico.

Hipótesis

Hipótesis General:

Existe relación entre la funcionalidad familiar asociada al síndrome de sobrecarga del cuidador principal de pacientes hospitalizados en el HGZ No. 1 del IMSS de Tapachula, Chiapas.

Hipótesis Nula

No existe relación entre la percepción de la funcionalidad familiar asociada al síndrome de sobrecarga del cuidador principal de pacientes hospitalizados en el HGZ No.1 del IMSS de Tapachula, chiapas.

METODOLOGIA

a) Diseño metodológico y tipo de estudio

- La presente investigación que se llevo a cabo fue de tipo descriptivo, transversal, analítico.

b) Límites de tiempo:

- La recolección de los datos fue durante el periodo mayo- julio del 2019.
- El espacio del estudio se llevo a cabo en el hospital general de zona 1 de IMSS de la ciudad de Tapachula, Chiapas.

c) Universo

- En el hospital hay 133 camas censables y 73 no censables, en Pediatría se tienen 18 camas. Cirugía 46, Medicina Interna 44, y Ginecología y Obstetricia 45; de los cuales solamente se tomarán las camas de Cirugía y Medicina Interna siendo un total de 90 camas, de las cuales se tomaron a los cuidadores principales de pacientes hospitalizados con algún grado de dependencia médica, en el hospital general de zona n. 1 del IMSS de la ciudad de Tapachula , Chiapas.

d) MUESTRA (n)

se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, se calcula el tamaño de la muestra para población infinita con una frecuencia esperada del 5% con límite de confianza del 95% obteniendo 160 pacientes.

e) Análisis estadístico:

se utilizo para la captura de datos el programa SPSS (statistical package for the social sciences) versión 21 en español , para el análisis univariado, se utilizaron estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central (media, mediana , moda) y dispersión, análisis bivariado se utilizo la chi cuadrada con índice de confiabilidad de 95% con una p significativa $p < 0.05$.

f) criterios de selección de las variables

criterios de inclusion:

- Cuidador hombre o mujer mayor a 18 años
- Cuidador principal de paciente hospitalizado dependiente en el piso de Medicina Interna y Cirugía (Hospital General de zona No 1 del IMSS)
- Tener la capacidad de responder el cuestionario
- Cuidador que acepte participar en el estudio.

Criterios de exclusion :

- Cuidador menor de 18 años de edad.
- Cuidador no principal de paciente hospitalizado.
- Cuidador principal de paciente hospitalizado en piso de Pediatría y Ginecología-Obstetricia.
- Cuidador principal sin capacidad de responder el cuestionario.
- Cuidador que no desee participar.

Criterios de eliminacion:

- Cuestionario incompleto.

VARIABLES:

Variables dependiente:

Síndrome de sobrecarga del cuidador principal

Variable independiente:

Funcionalidad familiar , edad , genero , estado , civil , ocupacion , escolaridad, parentesco , nivel socioeconomico , religion.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD	Tiempo de vida desde el nacimiento	Numero de años cumplidos desde el nacimiento	Cuantitativa	Discreta	Edad en años
GENERO	Condición orgánica que distingue un hombre de la mujer	Fenotipo externo	Cualitativa	Nominal	Masculino y femenino
ESTADO CIVIL	Características de la persona que ubica en una posición social y legal	Según las relaciones de la pareja del entrevistado al momento del estudio	Cualitativa	Nominal	Soltero , viudo, casado , unión libre, separado
OCUPACION	Relación obrero patronal del cuidador	Según el vínculo laboral al momento de realización del estudio que exprese el cuidador	Cualitativa	Nominal	Campesino, obrero, técnico, profesional, profesional pensionado, otros.
ESCOLARIDAD	Grados de estudios reconocido por una institución pública.	Ultimo grado cursando al momento de realizar el estudio	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, profesional
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Condición de equivalencia o igualdad que guardan los individuos en relación con sus bienes.	Esta dado por el número de salarios mínimos que gana diarios	Cualitativa	Ordinal	Muy bajo, bajo medio, medio alto, alto
PARENTESCO	Vínculo o relación que une a las personas que se hallan unidad por comunidad o sangre	Relación que tienen las personas que habitan en el mismo hogar	Cualitativa	Nominal	Esposa, hijo, hija, hermanos, otros

RELIGION	Creencias o normas morales de comportamiento social e individual y ceremonias de oración o sacrificio que relacionan al ser humano con la divinidad	Grupo religioso, secta o filiación religiosa que el individuo profesa o la que se dedica	Cualitativa	Nominal	Católico , cristiano , pentecostés , adventista , sabático , testigos de jehová , ateo , otros .
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Conjunto de relaciones interpersonales que se genera en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia	La familia es aquella en la que se consideran que cumplen todas sus funciones, las implícitas y que se desarrollan en forma adecuada de acuerdo a sus interacciones personales	Cualitativa	Ordinal	Familia funcional , familia moderadamente disfuncional , familia disfuncional, familia severamente disfuncional
ENFERMEDAD	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa	Conjunto de signos y síntomas que afectan las función y actividad humana.	Cualitativa	Nominal	Enfermedades crónicas degenerativos, infectocontagiosos, enfermedades mentales
SOBRECARGA DEL CUIDADOR	Estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor , un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador .	Estado del cuidador Nivel de sobrecarga	Cualitativa	Ordinal	-Sin Sobrecarga -Sobrecarga Ligera -Sobrecarga Intensa

DESARROLLO DEL PROYECTO

Se presento el protocolo de investigación al asesor metodológico y de contenido para revisión y observaciones de dicha investigación, se aceptó y registro en sistema de registro electrónico del comité de investigación (SIRELCIS). una vez registrado se giraron los oficios correspondientes para que el director de la unidad nos brindara las facilidades para la realización de dicha investigación en un periodo de doce meses que comprende enero a diciembre del 2019 .

El cuestionario se aplicó dentro de las instalaciones del Hospital en el área de medicina interna y cirugía general, en donde se indico a los participantes las respuestas sean proporcionadas en forma individual , dando un lapso máximo de 30 minutos para contestarlo, también se informó a los participantes sobre los objetivos de la aplicación del cuestionario , así mismo se les solicito que firmen la carta de consentimiento informado dándoles a conocer que no existe ningún riesgo para su salud y que los datos que obtengan serán totalmente confidencial y de manera anónima .

Posteriormente se realizo la captura de las encuestas en el programa SPSS (statistical package for the social sciences) para su análisis e interpretación, determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado .

INSTRUMENTO

Estuvo formado por dos instrumentos el primero sobre la funcionalidad familiar y el segundo basado en la escala de sobrecarga del cuidador. los cuestionarios estuvieron formados por unas instrucciones previas que remarcaron el carácter anónimo del mismo , datos complementarios , para recoger información demográfica y un total de 36 reactivos , el cuestionario sobre la evaluación de la funcionalidad familiar consto de 14 preguntas que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, funciona como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia .

El FF-SIL creado en Cuba por Isabel Lauro Bernal, el estudio de la confiabilidad con relación al tiempo se realizó a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad del que obtuvimos un coeficiente igual a 0.94, muy por encima del valor prefijado (0.85), lo que demuestra que el test es confiable con relación al tiempo; En el análisis de la consistencia interna se obtuvo un resultado de 0.88, es decir, que es homogéneo, por lo que cabe esperar una alta correlación entre los ítems. Al analizar la consistencia interna, a partir del coeficiente de determinación se obtuvo una alta correlación entre las variables y homogeneidad entre las misma. La validez del contenido fue estudiada a través de los cinco principios básicos de Moriyama, los resultados fueron significativos, ya que un alto porcentaje de expertos selecciono el criterio “ mucho “.

Para analizar la validez de criterio, se utilizó la prueba kappa de concordancia, que permitió realizar una comparación entre un criterio anteriormente establecido y el instrumento confeccionado, y se obtuvo una importante correlación. Por lo que el instrumento FF-SIL, constituye una prueba de alta confiabilidad por su estabilidad y coherencia interna, resultando con una alta validez de contenido, de criterio y de construcción. FF-SIL evalúa cinco variables básicas de la familia cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad, el cuestionario se entregó a cada participante que respondió a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellas que no sepan leer, caso en el cual el

entrevistador aplico el test. Para cada pregunta se marcó solo una X. debe ser respondido de forma personal (auto administrativo idealmente).

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala en puntos. De acuerdo a la siguiente calificación: Casi Nunca 1, Pocas Veces 2, A veces 3, Muchas Veces 4, Casi Siempre 5. El tiempo de respuesta de cuestionario se estableció en 15 minutos, aproximadamente, ya que, tras la lectura de cada pregunta, el cuidador simplemente debió colocar un número en la terminación que más se ajuste.

El segundo instrumento de evaluación consto de 22 preguntas , las cuales exploraran la sobrecarga del cuidador se utilizó la escala de Zarit validada en nuestro medio y ampliamente utilizada. Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas con demencia y las investigaciones relacionadas con carga han dado origen a diversos instrumentos de medición que tomaron en cuenta dimensiones como la carga objetiva, subjetiva y evaluaciones globales de la misma, siendo hasta el momento, el más utilizado la escala de carga del cuidador de Zarit. Dicho instrumento contaba, originalmente, con 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. En su revisión se redujo el número de ítems a 22. La entrevista de carga del cuidador de Zarit ha sido traducida y validada en diferentes países con adultos mayores dependientes, adultos con enfermedades crónicas degenerativas y/o enfermedades mentales. El número de factores que se han encontrado oscila entre tres y cinco, aunque es importante señalar que no hay un acuerdo respecto a cómo se deben llamar esos factores, por ejemplo: impacto del cuidado vs sobrecarga, relación interpersonal vs de dependencia, competencia vs autoeficacia. Consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 0 a 4, y con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, y que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de

la puntuación obtenida: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56). Tiene una consistencia interna que oscila entre .69 y .90.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente proyecto de investigación tuvo apego a la ley general de salud, de igual forma fue evaluado por el comité de ética en investigación 7038 y el comité local de investigación en salud 703 del instituto mexicano del seguro social, donde se analizó su factibilidad y realización. La información que se obtendrá de los encuestados involucrados en el estudio será confidencial.

De acuerdo a lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud, en materia de investigación para la salud en México (secretaría de salud 1986) en su título segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el capítulo I disposiciones comunes, artículo 17 párrafo 1, investigación sin riesgo.

Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no lleva nombre ni dirección, antes de aplicarlo se brindó una explicación que pueda ser comprendida, sobre la justificación y objetivos de la investigación, realizar cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda del procedimiento, beneficios y otros puntos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se formen prejuicios para continuar con su forma de trabajo según las fracciones I, VI, VII y VIII.

Con respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el artículo 23 del mismo reglamento. “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Este estudio tuvo base en los doce principios básicos de la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial ; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

I. Principios básicos

1. la investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. el diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que realice el estudio experimental
3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

4. la investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

5. todo proyecto de investigación biomédica que implica a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

6. debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardas su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas

mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

11. en el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de echo otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. el protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplan los principios enunciados en la presente declaración.

Recursos para el estudio

Humanos:

- Médico residente
- Un asesor metodológico
- Un asesor de contenido

Materiales:

- Hojas de papel blancas
- Bolígrafos
- Lápices
- Una computadora

Financieros: los propios del investigador

RESULTADOS

Durante el periodo de junio de 2018 a agosto de 2019, se llevo a cabo un estudio en el hospital general de zona n. 1 del instituto mexicano del seguro social en Tapachula, Chiapas. un total de 160 cuidadores principales de pacientes hospitalizados con algún grado de dependencia médica, que cumplían con los criterios de inclusión fueron considerados como la muestra final para el análisis estadístico, obteniéndose los siguientes resultados:

A) VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS (TABLA 1)

La muestra estuvo constituida por 45 hombres (43%) y 115 mujeres (57%) con una edad mínima de 26 años y una máxima de 59 años, con una media de edad de 41.2 (desviación estándar [de] = ± 9.81).

En cuanto al estado civil 85% del sexo masculino están casado siendo el 15% restante solteros y divorciados, mujeres el 95% están casadas, solo 5% solteras y divorciadas.

Con base a grado de escolaridad el 25% de los hombres tienen el primaria, secundaria y bachillerato terminado. mujeres el 58% tiene la primaria secundaria y bachillerato terminada, solo el 5% tiene universidad terminada y el resto 12% de ellas no cuentan con ningún estudio terminado.

El nivel de ocupación se observó que en sexo Femenino prevaleció el 61% a nivel de empleadas y un 14% amas de casa., en hombres 28% son empleados.

Con respecto al parentesco el 25% de los cuidadores fueron hijos, 4% de ellos nietos y esposo, 70% fueron esposas, un 21% hijas, nietas y sobrinas.

VARIABLES	N	%	
MASCULINO	45	43	
FEMENINO	115	57	
VARIABLE	N	ESTADO CIVIL	%
HOMBRES	38	CASADOS	85.0
	7	SOLTERO/DIVORCIADOS	15.0
MUJERES	109	CASADAS	95%
	6	SOLTERAS/DIVORCIADAS	5%
VARIABLE	N	GRADO DE ESCOLARIDAD	%
HOMBRES	40	BACHILLERATO TERMINADO	25%
	5	PRIMARIA/SECUNDARIA UNIVERSIDAD TERMINADA	5%
MUJERES	92	PRIMARIA/SECUNDARIA/BACHILLERATO	58%
	23	NINGUNO	12%
VARIABLE	N	OCUPACIÓN	%
HOMBRES	45	EMPLEADOS	28%
MUJERES	98	EMPLEADAS	61%
	17	AMAS DE CASA	11%
VARIABLE	N	PARENTESCO	%
HOMBRES	40	HIJOS	25%
	6	ESPOSO, NIETO	4%
MUJERES	80	ESPOSA	50%
	34	HIJAS(O)NIETA(O)SOBRINO(A)	21%

FUENTE: Encuesta aplicada a cuidador principal de pacientes hospitalizados del Hospital General de Zona 1 del IMSS

B) De acuerdo a principales patologías que prevalecen en los pacientes hospitalizados del área de medicina interna y cirugía general del HGZ 1 IMSS Tapachula Chiapas, los pacientes motivo de cuidados fueron portadores principalmente enfermedad renal crónica con un 21.8% seguido de diabetes mellitus y sus complicaciones con un 17.9%, así como enfermedades cardiovasculares 15.4% y Enfermedades neurológicas 13.6%, seguidas de las complicaciones Quirúrgicas 11.7% (tabla 2).

PATOLOGIA	PORCENTAJE
Enfermedad Renal Crónica	21.8%
Diabetes Mellitus y Complicaciones	17.9%
Enfermedades Cardiovasculares	15.4%
Enfermedades Neurológicas	13.6%
Complicaciones Quirúrgicas	11.7%
Enfermedades Pulmonares	10.9%
Otras.	8.7%

FUENTE: Encuesta aplicada a cuidador principal de pacientes hospitalizados del Hospital General de Zona 1 del IMSS

C) En relación a la sobrecarga del cuidador principal el más representativo fue 74% tiene sobrecarga de cuidador seguidos del 26% sin sobrecarga del cuidador (tabla 3).

SOBRECARGA DEL CUIDADOR	N	PORCENTAJE
SI	118	74%
NO	42	26%
TOTAL	160	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a cuidador principal de pacientes hospitalizados del Hospital General de Zona 1 del IMSS

D) Al preguntar sobre la funcionalidad familiar de acuerdo al instrumento ff-sil de cuidadores principales de los pacientes hospitalizados con algún grado de dependencia del HGZ 1 del IMSS encontramos que el 52% es Disfuncional, seguido de 48% de funcionalidad familiar. (Tabla 4)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	N	PORCENTAJE
FUNCIONAL	76	48%
DISFUNCIONAL	84	52%
TOTAL	160	100%

FUENTE: Encuesta aplicada a cuidador principal de pacientes hospitalizados del Hospital General de Zona 1 del IMSS

E) Asociación de sobrecarga del cuidador y Percepción del Funcionamiento Familiar

Al analizar la asociación de sobrecarga del cuidador con la percepción del funcionamiento familiar se observó que 58 cuidadores se encuentran con sobrecarga y disfuncionalidad familiar, 25 de ellos con disfuncionalidad, pero sin sobrecarga, al análisis estadístico obtenemos un OR de 1.9 con un IC (0.998 – 3.6336) con una $p= 0.07$.

Variable	Funcionalidad Familiar	
Sobrecarga del Cuidador	Funcional	Disfuncional
Si	41	58
No	35	26

FUENTE: Encuesta aplicada a cuidador principal de pacientes hospitalizados del hospital general de zona 1 del IMSS

DISCUSIÓN

En la actualidad el comportamiento que existe en la relación del cuidador y el enfermo es comúnmente devastador, esto debido a los diferentes factores que influyen en la atención del enfermo y las diferentes circunstancias biopsicosocial, dentro de los cuales se encuentran la personalidad del cuidador, estrés laboral, carga física, compensación económica, antecedentes de enfermedades previas del enfermo, antecedentes de apoyo por lazos familiares, comunicación afectiva, mentalidad positiva a los cambios, en este sentido es importante conocer la relación afectiva que guarda el cuidador con el enfermo, porque sería en el marco de responsabilidad realizar las acciones en caminadas a las mejoras del enfermo por parte del cuidador, llevando a cabo el bienestar emocional y cobijo físico que necesita una persona enferma.

Es importante entonces desde el punto de vista de la dinámica familiar incluir a todos los miembros familiares para el apoyo total al enfermo, llevando a cabo las interacciones y relaciones estrechas entre los miembros del grupo familiar encontrando una homeostasia entre de la crisis paranormativa generada. Logrando tal vez una equidad en el cuidado del enfermo, con mecanismo adecuados que puedan resolver en cada momento las crisis y así evitar sobrecargar a un solo familiar. Los resultados muestran en este estudio que quienes ejercieron el cuidado principal son las mujeres esposas, así como en segundo lugar los hombres hijos. En cuanto a la funcionalidad familiar se puede apreciar en los resultados de este trabajo la disfuncionalidad que presentaron los cuidadores de 52% estos resultados difieren de los encontrados por Sánchez y cols³³. Quienes en un estudio realizado en el centro de rehabilitación integral Guadalajara Jal. según el modelo circunflejo las familias Disfuncionales prevalecieron en un 76.6%, este aumento podría explicarse en el diagnóstico del enfermo, así como la edad que presenta, ya que nuestro estudio incluyo solo pacientes de medicina interna y cirugía de los cuales el porcentaje que prevaleció en pacientes hospitalizados fue los de enfermedad renal que por la edad podrían tener un grado mínimo de dependencia del cuidador

principal a diferencia del estudio por Sánchez y cols. en el cual fueron pacientes con parálisis cerebral infantil.

Actualmente la sobrecarga del cuidador puede traer consecuencias en la salud mental y física, generando con ellos una serie de eventos, que pueden hacer una disfunción organizacional del cuidador, el esfuerzo cotidiano requerido en el proceso de cuidar conduce al deterioro físico del cuidador, esto derivado de que el enfermo se vuelve dependiente del cuidador pasando a asumir las necesidades fisiológicas como nutrición, higiene y comodidad con el tiempo esto provoca un desgaste físico. Al hablar de sobrecarga se identificó un 74% de total de nuestro universo de estudio, estos resultados difieren de los encontrados por Hayo Breinbauer, Hugo Vásquez³¹ quienes encontraron una sobrecarga del cuidador del 52,9% de su población estudiada realizado en Chile a los cuidadores del programa vida, mientras que en el análisis realizado por Ara Mercedes Cerquera Córdoba et ál³². En un estudio a cuidadores de paciente con demencia tipo Alzheimer se encontró que el nivel de sobrecarga presentado fue bajo de los cuales 65.4% no presentaron sobrecarga siendo las mujeres la mayoría de los cuidadores, esto puede atribuirse al tipo de pacientes cuidados en cada estudio, diferentes enfermedades, grados de dependencia física o de deterioro cognitivo, o alguna presencia de redes de apoyo de familiares.

Es por esto que el manejo adecuado del enfermo requiere de un grupo multidisciplinario de salud que su principal objetivo sea evitar las mínimas complicaciones, así como apoyar a los familiares en este caso al cuidador principal con una orientación adecuada del estado de salud, educar al cuidador en las diferentes áreas de intervención hacia el enfermo que pueda ayudar a su mejoría clínica y a sobre llevar las carga emocionales y físicas que favorezcan la relación paciente-cuidador-familia.

Si se aumenta el tamaño de la muestra se podría obtener una mejor significancia estadística; no obstante, se aprecia una diferencia entre los grupos, y al interrogatorio es más visible la carga de cuidador principal.

CONCLUSION

En la actualidad existe un gran interés en conocer la relación que hay entre la sobrecarga del cuidador y la funcionalidad familiar estas variables son determinantes en el ámbito psicosocial y medico de ambos personajes tanto del cuidador como del paciente, ya que de la capacidad que tenga cada uno para adaptarse a los acontecimientos ocurridos llamados también crisis, podrán subsistir o llevar consigo el riesgo deterioro total de la calidad de vida alterando la dinámica familiar.

Conscientes de la importancia que tienen la sobrecarga del cuidador y la funcionalidad familiar para los profesionales de la salud, esta investigación pretendió conocer relación que existe entre la funcionalidad familiar y el síndrome de sobrecarga del cuidador del HGZ1 Tapachula Chis.

Los resultados confirmo la importancia de estudiar y analizar ambas variables obteniendo que la disfunción familiar se hallo asociada a la presencia de sobrecarga del cuidador primario.

PROPUESTA

Realizar planes de intervención en materia de políticas públicas orientadas a mejorar la atención integral de las principales enfermedades incapacitantes en México.

Se sugiere capacitar a todo el equipo multidisciplinario de las unidades médicas para que puedan identificar y abordar de forma adecuada los casos probables de sobrecarga del cuidador y funcionalidad familiar.

Fomentar y capacitar a los cuidadores principales con base en los cuidados Paliativos en los pacientes con enfermedades terminales.

Apoyar y orientar con base al área de responsabilidad de las instituciones de salud al cuidador principal para que pueda contar con los requerimientos necesarios dentro del hospital para mayor intervención en el cuidado del paciente, observando que, a mayor funcionamiento familiar, mayor calidad de vida del cuidador y a mayor sobrecarga menor calidad de vida en todas las dimensiones.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez, A. (2018). Diseño, implantación y valoración un programa de educación sanitaria, para cuidadores principales de enfermos con alto grado de dependencia de los cuidados de Enfermería. 2019, de enfermería Sitio web: <http://www.eulate.net/forandalus/documentos/Documento3.pdf>.
2. Carretero S, Garcés J, Rodenas F. (2018). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuesta de intervención psicosocial. Mayo 10,2018, de poli bienestar Sitio web: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>.
3. González, V. (2008). Diccionario de la Real Academia Española. 2008, de lema Sitio web: <http://lema.rae.es/drae/?val=cuidador> 15(7):418-26.
4. González, A., Unai, M. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras. Análisis de las desigualdades de género, 5, pp. 443-450.
5. García, T. (2013). entre el texto y la realidad. . Usos y acepciones de Familia, 25, pp. 37-48.
6. Moreno, J., Chauta, R., Camila, L. (2012). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá Psicología. Avances de la disciplina, 6, pp.155-166.
7. González, F; Gimeno, A; Meléndez, J, Córdoba, A. (2012). su estructura bifactorial. La funcionalidad familiar, 5, pp.34-39.
8. Concha, M. Rodríguez, C. (2013). Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados. Medicina familiar, 19, pp. 41-50.
9. Rogero, J. (2010). El Impacto de La Dependencia de Los Mayores En La Vida Cotidiana de Sus Cuidadores. Los Tiempos Del Cuidado, 11, pp. 15-22.

10. Ruiz, R., Nava, G. (2012). responsabilidades-obligaciones. Enfermería neurológica. Cuidadores, 11, pp.163-169.
11. Ramírez, A. Morales, V. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Revista IMSS medicina familiar, 46, pp. 485-494.
- 12.-Yonte F, Urien Z, Martin M, & Montero R. (2010). Revista de enfermería. Sobrecarga del cuidador principal, 2, pp.59-69.
13. Larrañaga I, Martín U, & Bacigaluped A. (2008). análisis de las desigualdades de género Gac Sanit. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras, 22, pp.443-450.
14. González, F. González, A. (2004). Sobrecarga del cuidador en personas con lesiones neurológicas. Rev. Del Hosp J.M, 4, pp.1-22.
15. Saiz, L. Bordallo, H. & García P. (2008). El cuidador como paciente. FMF, 15, pp.418-426.
16. Babaro, A. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Aten. Primaria, 33, pp.61-68.
17. Pearlin, L., Mullan, J. & Semple, S. (1990). An overview of concepts and their measures. Gerontologist. Caregiving and the stress process, 30, pp. 583-594.
18. Montorio, I., Fernández, M., López, A. & Sánchez, M. (1998). . La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de psicología, 14, pp. 229-248.
19. Cigarán, M., Losada, A., & Moreno, R. (2006). El papel de la terapia ocupacional en la atención a cuidadores de personas con demencia. INSERSO, 10, pp.25-30.
20. Espinoza, K., Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Ciencen ferm, 18, pp.23-30.

21. Lea, M. Sales, R. Ibáñez, E. Giner, J. & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp. Psiquiatría*, 36, pp.63-69.
22. Espin, A. (2009). estrategia para la intervención psico-educativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Psicología en cuidadores*, 2, pp.20-25.
23. Espinoza, M., Jofre, A. (2012). Sobrecarga, apoyo social y auto cuidado En cuidadores informales. *Sobrecarga medicina familiar*, 2, pp.23-30.
24. Mulett, D. Manjarrez, J. (2016). nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastorno mentales. *Psiquiatría news*, 1, pp.10-15.
25. Núñez, O. (2015). Nivel de sobrecarga y características del cuidado en cuidadores de personas con trastorno mentales, Cartagena. 2016, de Departamento de Cuidados Paliativos del Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanaria", Universidad de Buenos Aires Sitio web: <http://argumentos.sociales.uba>.
26. Delgado, E. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *Semergen*, 40, pp.57-64.
27. Valladares, F., Salazar, J. (2017). síndrome del cuidador. *Rev. Mex. Med. Fam.* 4, pp.127-131.
28. Prieto, M. (2015). Sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos. *Med Int Méx*, 31, pp.660-668.
29. Hernández, P. (2017). relación entre nivel de carga del cuidador y capacidad de auto cuidado en cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica en el municipio de Tenjo. *Cuidador y sobrecarga*, 5, pp.10-20.
30. Carrillo, M. (2014). Sintomatología depresiva en cuidadores primarios de niños internos en el área de cirugía en un hospital de alta especialidad. *Horizonte Sanitario*, 13, pp.1-25.

31.Hayo Breinbauer K, Hugo Vásquez V. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, Rev. Méd Chile 2009;137: 657-665.

32.Ara Mercedes Cerquera Córdoba et ál. Psychol.av.discip.Bogotá Colombia.vol.6.No1, P.35-45 2012.

33.Sánchez Gutiérrez Elsa. Sobrecarga del cuidador de pacientes con parálisis cerebral infantil asociada con funcionalidad en el CRI Guadalajara, Jalisco.vol.43.num 7,P.390-391

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES HOSPITALIZADO DEL HGZ NO 1 IMSS TAPACHULA CHIAPAS.”

Nombre del estudio:							
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Abril de 2019, Tapachula, Chiapas						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El siguiente estudio es para conocer la asociación entre la funcionalidad familiar y el síndrome de sobrecarga del cuidador principal de pacientes hospitalizados en el HGZ 1 IMSS Tapachula Chiapas, nos permitirá conocer si sufre el cuidador de Síndrome de sobrecarga y a la vez analizar las relaciones personales en la familia.						
Procedimientos:	Aplicación de encuesta						
Posibles riesgos y molestias:	Se puede despertar ciertas emociones al contestar preguntas del cuestionario, dado que evalúan su estado actual emocional, y la disposición de tiempo prestado al responder cuestionario.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocerá la funcionalidad de su familia y el grado de desgaste y sobrecarga que presenta el cuidador.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se le darán a conocer de forma inmediata, y se asesorará en caso de haber alguna alteración.						
Participación o retiro:	Voluntario						
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá toda su información dentro de la privacidad y confidencialidad del estudio.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se cuenta con servicio de Psicología para apoyo necesario.						
Beneficios al término del estudio:	Conocerá la funcionalidad de su familia y el grado de desgaste y sobrecarga que presenta el cuidador.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN						
Colaboradores:	DRA. ILIANA SÁNCHEZ ARÉVALO						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2: Cedula de recolección de datos

La información que proporcione será anónima y confidencial.

Datos Generales:

Fecha: _____/_____/_____

Edad: _____ **Género:** (M) (F)

Estado civil:

Soltero (a): _____ casado: (a): _____ Divorciado(a): _____ unión libre:

Escolaridad:

Primaria: _____ secundaria: _____ preparatoria: _____ licenciatura: _____

Otra: _____ ninguna: _____

Ocupación:

Empleado (a): _____ ama de casa: _____ profesionalista: _____ otra: _____

Parentesco: _____

Años de cuidador: _____

Enfermedad Principal: _____

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN INSTRUMENTO FF-SIL:

A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi Siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

ESCALA CUALITATIVA	ESCALA CUANTITATIVA
CASI NUNCA	1 PTO
POCAS VECES	2 PTO
A VECES	3 PTO
MUCHAS VECES	4 PTO
CASI SIEMPRE	5 PTO

FUNCIONAL	DE 70 A 57 PUNTOS
MODERADAMENTE FUNCIONAL	DE 56 A 43 PUNTOS
DISFUNCIONAL	DE 42 A 28 PUNTOS
SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	DE 27 A 14 PUNTOS

ESCALA DE ZARIT: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, casi nunca, a veces, bastante veces y casi siempre.

A la hora de contestar piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante veces	Casi siempre
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 pueda 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 se 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 familia?					
21.- ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que hace?					
22.- ¿En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

Puntuación de cada Ítem (sumar todos para el resultado):

FRECUENCIA	PUNTUACIÓN
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastante veces	3
Casi siempre	4

GRADOS DE SOBRECARGA EN FUNCIÓN DE LA PUNTACIÓN OBTENIDA
AUSENCIA DE SOBRECARGA <46
SOBRECARGA LIGERA 47-55
SOBRECARGA INTENSA >56

Carta de No Inconveniencia

Tapachula, Chiapas a 12 de Noviembre del 2018.

Estimado **Mtro. Francisco Escobar Díaz**, presidente del Comité Local de Investigación en Salud 703 de la UMF 13 de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Por medio del presente me permito informar a Usted, que, en mi calidad de Director Médico del Hospital General de Zona No.1 con Medicina Familiar de Tapachula, Chiapas; que en relación al desarrollo del proyecto de investigación titulado:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADA AL SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HGZ NO 1 IMSS TAPACHULA CHIAPAS.”

A cargo de los Siguietes Investigadores:

Investigador Responsable: Paul Constantino Santiesteban **Matrícula:** 991419040

Investigador Asociado: Dra. Iliana Sánchez Arévalo **Matrícula:** 98076550

Por parte de esta unidad, **NO Existe Inconveniencia**, para la realización de dicho proyecto en las instalaciones de nuestra unidad por parte del investigador, debido a que cumple con los criterios metodológicos y éticos aprobados por los profesores del **Curso de Especialización en Medicina Familiar, Asesor Metodológico y Temático**. Una vez que dicho proyecto, haya sido evaluado y aceptado por el **Comité Local de Investigación en Salud 703 y el Comité de Ética en Investigación en Salud 7038**, para lo cual agradeceré se me notifique dicha resolución (Dictamen) para otorgar las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE.

“SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL”

Dr. Fernando Domínguez Salgado
Director Médico del HGZ No1, Tapachula, Chiapas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2018							2019												
	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Planteamiento del problema	X																			
Elaboración del marco teórico		X	X																	
Revisión bibliográfica y protocolo			X	X	X	X														
Revisión del protocolo por el comité local del C.L.I.							X	X	X											
Aplicación de encuesta										X	X	X								
Recolección de datos												X	X	X						
Tabulación de resultados														X	X					
Análisis de datos															X	X				
Presentación de resultados																	X	X	X	