



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN BAJA CALIFORNIA
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“FACTORES ASOCIADOS A SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES
ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 27.”**

*Investigador principal:
Nancy Carolina García Linares
Residente de Medicina Familiar*

INVESTIGADOR METODOLÓGICO
Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Médico especialista en Medicina Familiar

Tijuana, Baja California. Febrero 2020

I. IDENTIFICACIÓN DE AUTORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL Y TESISISTA:

Dra. Nancy Carolina García Linares. Médico Residente de 1er grado de Medicina familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Tijuana. IMSS. Teléfono celular: 6862429379, correo electrónico: nancy_caolina@hotmail.com dirección: Boulevard Díaz Ordaz S/N Km. 11.5. La Mesa Tijuana, B.C.

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando. Médico especialista en Medicina Familiar, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 27, Delegación Tijuana. IMSS. Teléfono celular: correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx dirección: Boulevard Díaz Ordaz S/N Km. 11.5 La Mesa Tijuana, B.C.

II. INDICE

RESUMEN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
ANTECEDENTES.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
OBJETIVOS.....	16
MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	20
PLAN DE ANÁLISIS.....	23
ASPECTOS ÉTICOS.....	25
BIOSEGURIDAD.....	25
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.....	26
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	32
CONCLUSIÓN.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
ANEXOS.....	30

III. RESUMEN

“FACTORES ASOCIADOS A SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 27”

García-Linares N.C., Bermúdez-Villalpando V.I.

Introducción: El cuidador primario o principal es la persona que tiene contacto frecuente con el paciente, proveer cuidador a un miembro de la familia ocasiona desgaste físico, emocional y económico, afecta su actividad laboral, tiempo libre y relaciones sociales. El colapso del cuidador es un problema cada vez más recurrente en personas cuidadoras de adultos mayores, siendo la depresión, ansiedad y trastornos del sueño las entidades que más se presentan en estos pacientes.

Objetivos: Identificar los factores asociados a sobrecarga del cuidador de adultos mayores de la UMF#27, Tijuana.

Materiales y métodos: Previa autorización del comité local de investigación y ética y autorización del director, se realizó un estudio observacional, transversal y analítico para determinar los factores asociados a sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores, a través de la aplicación de la escala Zarit para sobrecarga, Goldberg para depresión y ansiedad y APGAR para funcionalidad familiar a los pacientes cuidadores de adultos mayores y se tomaron variables sociodemográficas, clínicas y familiares. Se utilizaron porcentajes y frecuencias para variables cualitativas, Razón de Momios y Ji cuadrada para la asociación entre variables. Se consideró una $p < 0.05$ como significativa. Los datos obtenidos se analizaron en el programa SPSS y se presenta en gráficas y tablas. El proyecto está apegado a lo establecido por el comité de investigación y ética.

Resultados: Durante el análisis estadístico y asociación de variables, se encontró que ser mayor o igual a 35 años aumenta el riesgo de padecer sobrecarga con un OR de 1.4 ($p = 0.007$). En base a la percepción de la funcionalidad familiar, se encontró una OR de 2.6 ($p = 0.000$) para disfunción familiar y sobrecarga del cuidador. Basándose en escala Zarit y Goldberg se encontró que existe mayor riesgo de padecer depresión en pacientes con sobrecarga (OR: 4.1, $p = 0.000$). Aplicando la escala Goldberg para ansiedad se encontró que existe mayor riesgo de padecer ansiedad en paciente con sobrecarga (OR: 2.9, $p = 0.000$). No se encontró asociación ni aumento de riesgo en padecer sobrecarga entre la escolaridad, ocupación y estado civil.

Palabras clave: Sobrecarga del cuidador, Cuidador, Adultos mayores.

IV. MARCO TEÓRICO

Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22% (1).

En las últimas décadas, los países latinoamericanos han experimentado una acelerada transición demográfica y epidemiológica, presentándose cambios notorios en los valores de fecundidad/natalidad y de mortalidad/esperanza de vida, lo que ha originado un envejecimiento progresivo de la población (2). Este creciente aumento de la población de adultos mayores, sumado al estilo de vida de éstos y generalmente a condiciones económicas deficientes, conlleva un mayor grado de vulnerabilidad de la salud del adulto mayor, afectando su autonomía, ya que se hace cada vez más dependiente de otras personas para realizar sus actividades de la vida diaria (3)

Debido a que en la senectud está implícita la deficiencia en la funcionalidad de la persona, de tal manera que quienes se encuentran en esta etapa dependen de otros para cubrir las funciones y necesidades básicas, así como otro tipo de actividades que contribuyen al bienestar integral. Ante ello no se puede ver la ancianidad como problema individual, sino que involucra a todas aquellas personas que conviven con los adultos mayores y cuyas interrelaciones se transforman haciéndose más complicadas cada día en la búsqueda de satisfacer las necesidades que son incapaces de alcanzarse en las edades referidas (4).

Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros

problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales (5).

En la Encuesta Nacional de Salud 2012, más de una cuarta parte de los adultos mayores (26.9%) presentó algún grado de discapacidad, es decir, tenía dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD) como lo son caminar, bañarse, acostarse o levantarse de la cama y vestirse (6).

La cantidad de personas dependientes para las actividades de la vida diaria se incrementará cada vez más, con predominio de los más ancianos y necesitarán ser asistidas o cuidadas por otra, llamada cuidador primario, que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente el cuidador primario es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente (7).

Cuidar a personas con dependencia trae consigo una responsabilidad que implica a los familiares más directos donde el cuidado individualizado suele recaer casi siempre en una sola persona: el cuidador primario (8).

El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija, que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntario (9, 10). Constituye una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado y se encarga de

brindarle apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas (11, 12).

Por lo anterior, los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado (12).

Se define como cuidador primario como la persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades físicas y emocionales de un enfermo o lo supervisa en su vida diaria. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (13).

Los cuidadores asisten al enfermo en una o más actividades básicas (comer, ir al baño, vestirse, continencia, aseo y traslados), así como en cuatro a cinco actividades instrumentadas en promedio, además de soporte médico como: administración de medicamentos, curaciones, nutrición y recursos, traslado a citas médicas, toma de decisiones, movilización, rehabilitación, entre muchas otras actividades, al mismo

tiempo, brindan apoyo emocional y confort que demandan los pacientes. Para poder proveer este cuidado el promedio de tiempo que invierten es de 10.9 horas al día, por consiguiente, los cuidadores requieren modificar sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral, llevando a un círculo vicioso en la dinámica entre el cuidador y el cuidado en un aspecto negativo (14).

Cuando un miembro de la familia presenta limitaciones en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se origina un importante impacto en esa familia que altera los roles de sus miembros, muy particularmente el de la persona que asume el papel de cuidador principal (15).

El hombre o mujer que asume el papel de cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, porque es posible que su vida cotidiana se vea perturbada y esto le origina sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no; de ahí la importancia de tratar la sobrecarga del cuidador del adulto mayor (16).

La Sobrecarga se concibe como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica (17).

La sobrecarga del cuidador se caracteriza por la existencia de múltiples síntomas, que afectan a todas las esferas de la persona, con repercusiones psicológicas, físicas,

sociales, económicas, y otras que pueden llevar al cuidador a tal grado de sobrecarga que claudique en sus labores de cuidado (17, 18).

Los factores de riesgo relacionados con el cuidador que se deben de evaluar son: Sexo femenino y diversos roles familiares y laborales, grado de conocimiento que posee para cuidar, economía de la familia, estado de salud del cuidador, el tiempo que dedica a cuidar y la posibilidad de descanso y relación con la persona cuidada (19).

Los cuidadores que presentan colapso tienen un incremento en riesgo de mortalidad de un 63% comparado contra los cuidadores que no lo refieren. El cuidador colapsado tiene un mayor riesgo de maltratar al paciente que cuida, de ahí la importancia de la detección para intervención temprana (20).

Para la detección oportuna de sobrecarga del cuidador se utiliza la Escala de Zarit, la cual logra enlazar consistentemente todas las dimensiones (Bio-psico-social), la cual se encuentra validada al español con una sensibilidad de 93% y una especificidad del 84%(21). La escala Zarit identifica la sobrecarga intensa la cual se asocia a mayor morbilidad médica, psíquica y social del cuidador, también se relaciona estrechamente con la detección de otras patologías principalmente de salud mental (depresión y ansiedad) (22).

El tratamiento para el cuidador colapsado y deprimido se basa en inhibidores de recaptura de serotonina a dosis baja, para los síntomas neuropsiquiátricos se utilizan antipsicóticos para manejo de conductas agresivas y psicosis (23).

En caso de ansiedad o depresión asociado o no a insomnio en el cuidador se recomienda el uso de inhibidores de la recaptura de serotonina y dosis bajas de benzodiacepinas de vida media corta (24).

V. ANTECEDENTES

Se ha señalado que los cuidadores experimentan graves conflictos y problemas de relación con los demás miembros de la familia, que se derivan tanto de la manera de entender la enfermedad como de las estrategias que se emplean para manejar la situación (15).

Pérez-Peñaranda y colaboradores en 2009 en su estudio: funcionalidad familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia, donde incluyeron 153 cuidadores de familiares dependientes, utilizando los siguientes cuestionarios: GHQ cuestionario general de salud, APGAR para la función familiar y DUKE para valorar el apoyo social y en el paciente dependiente, el deterioro cognitivo se evaluó con el cuestionario de Pfeifer y el grado de dependencia funcional con el índice de Barthel. Obteniendo que la edad media de los cuidadores fue de 63,8 años; 111 (72,5%) eran mujeres, el 57% tenía estudios primarios y el 37,1% tomaba psicofármacos. Más del 40% de los familiares dependientes presentó deterioro cognitivo importante y el grado de dependencia funcional total fue del 49.7%. Un 27% de los cuidadores presentaba deterioro de la salud mental, las familias se percibían como disfuncionales en un 31,3% y un 32,7% tenía escaso apoyo social. Las variables asociadas al deterioro de la salud mental de los cuidadores fueron el consumo de psicofármacos, la disfuncionalidad familiar y el escaso apoyo social y el bajo nivel educativo (15).

Morales- Carriño y colaboradores en 2012, México, en su estudio Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad, se les aplicó a pacientes y cuidadores el cuestionario sociodemográfico y a

los cuidadores se les aplicó la escala de Zarit. Se evaluaron 75 pacientes con cuidador primario, edad promedio 75,9 años, 85.3 fueron mujeres. El 50.7 % presentó inmovilidad leve. En relación con los cuidadores primarios, su edad promedio fue de 50.6 años, 70.7% presentó colapso leve y 42.2% moderado-severo (26).

Segura-Pacheco y colaboradores en 2012, Perú, en su estudio: Valoración de la ansiedad y depresión en cuidadores informales del adulto mayor dependiente del Policlínico Chiclayo-Oeste durante julio-diciembre 2012, donde se realizaron entrevistas individuales a 107 cuidadores de adultos mayores dependientes, empleándose en cada uno de ellos los test correspondientes para medir ansiedad y depresión con la escala de Beck. Se obtuvieron de los 107 cuidadores informales, predominio sexo femenino (94.4%) entre 10-80 años. Predomino la ansiedad como estado en un 54.2% de la población estudia y depresión leve en el 50.5% de las misma. Se encontró con factores del cuidador informal tales como edad y tiempo de cuidado con depresión; y horas de cuidado y tiempo de cuidado con ansiedad (27).

Espín-Andrade AM y colaboradores en 2012 realizaron un estudio analítico, transversal en 192 pacientes cuidadores en La Habana durante el periodo 2003-2009. Se estudiaron variables del paciente, del cuidador y de la familia. La información se obtuvo a partir de la aplicación de diferentes instrumentos, entre ellos, la escala de carga Zarit y de funcionamiento familiar. Se encontró 52.1% con carga y 47,9% no presentó carga, y los factores de riesgo para la carga fueron: la edad joven del cuidador, la dependencia funcional del enfermo, el padecimiento de enfermedades del cuidador, la disfunción familiar y la depresión del cuidador (28).

Rodríguez-González y colaboradores en 2017 (Pontevedra) en un estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes, cuyo objetivo fue describir la sobrecarga de las cuidadoras informales de personas dependientes e identificar las variables relacionadas; mediante la escala Zarit abreviada evaluaron a 97 cuidadoras de pacientes dependientes y encontraron un 61,9% de sobrecarga intensa, el ítem de la escala que más contribuye a la sobrecarga es la falta de tiempo para uno mismo, seguido de los efectos negativos en las relaciones interpersonales (29).

Navarro-Sandoval C y colaboradores en 2017: Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171, estudio transversal descriptivo con muestreo no probabilístico que incluyó a 76 cuidadores primarios de pacientes geriátrico con dependencia física. Se aplicó la escala Barthel para medir el nivel de dependencia física en el paciente geriátrico; y a los cuidadores primarios se les aplicó el cuestionario de Beck para depresión y la escala de Zarit para evaluar el nivel de sobrecarga. Encontrando que de los 76 cuidadores 55.3 se encontraba sin depresión, el 32.9% presentaba depresión leve, y el 11.8% depresión moderada. De acuerdo a la escala de Zarit, el 40.8% tenían ausencia de sobrecarga, el 44.7% presentaba sobrecarga ligera y el 14.5% sobrecarga intensa (30).

VI. JUSTIFICACIÓN

Cuando se trata a una persona dependiente o con discapacidad, hay que tomar en cuenta que nos enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el paciente invisible (cuidador), quien se encuentra afectado con frecuencia, en distintas esferas de la vida: biológica, psicológica, social y financiera, sufriendo día a día de ansiedad, depresión, privación del sueño, pérdida de peso, aislamiento social y diversas enfermedades, permaneciendo en silencio y a la sombra de aquél a quien cuida. El diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes con sobrecarga del cuidador puede contribuir a mejorar la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico, además de disminuir la utilización de los servicios de salud (14).

Las tareas de cuidador, cada vez más complejas, se asumen paulatinamente, sin programación y en muchas ocasiones con ausencia de formación, lo que dificulta la sensación de control sobre la situación (17).

La depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño son frecuentes en estas personas. Por esto, la detección de estos síntomas en los cuidadores sería útil para mejorar los niveles de satisfacción de los pacientes cuidados, la comunicación con los profesionales y la atención a los propios pacientes (18).

Con el presente estudio esperamos encontrar una la relación entre el grado de funcionalidad familiar, depresión y ansiedad en pacientes cuidadores de adultos mayores del IMSS, y el grado de sobrecarga de los cuidadores informales y poder incidir en esta población, limitar sus patologías y evitar complicaciones (19).

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuidar a una persona de edad avanzada y además enferma es una carga muy fuerte que puede implicar un severo desgaste para los familiares encargados de atenderla. Cuando los cuidadores son rebasados por los costos físicos, emocionales y económicos, que implican la atención de su paciente, son propensos a entrar en una crisis muy difícil de manejar, pues son proclives a problemas físicos y psicológicos, generando una situación caótica, pues ya no sólo el anciano está enfermo, sino también la persona encargada de atenderlo (24).

Cuando se trata a una persona dependiente o con discapacidad, hay que tomar en cuenta que nos enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el paciente invisible (cuidador), quien se encuentra afectado con frecuencia, en distintas esferas de la vida: biológica, psicológica, social y financiera, sufriendo día a día de ansiedad, depresión, privación de sueño, pérdida de peso, aislamiento social y diversas enfermedades, permaneciendo en silencio y a la sombra de aquél a quien cuida. Cobra la misma importancia el identificar y tratar al paciente real como al invisible, ya que de no hacer esto tendremos dos pacientes con desenlaces adversos y una pésima calidad de vida (14).

Por lo tanto, surgió nuestra pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores de la UMF No. 27?

VIII. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores de la UMF NO. 27, Tijuana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar la sobrecarga del cuidador utilizando la escala Zarit.

Identificar la presencia de depresión en el cuidador, utilizando la escala de Goldberg.

Identificar presencia de ansiedad en el cuidador, utilizando el cuestionario de Goldberg.

Conocer el grado de funcionalidad familiar del cuidador utilizando la escala APGAR.

IX. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo (H_i): Los factores asociados a sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores de la UMF #27, Tijuana B.C son: Edad, género, depresión, ansiedad, estado civil, escolaridad, ocupación y funcionalidad familiar.

Hipótesis Nula (H₀): Los factores no asociados a sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores de la UMF #27, Tijuana B.C son: Edad, género, depresión, ansiedad, estado civil, escolaridad, ocupación y funcionalidad familiar.

Hipótesis Alterna: Algunos factores se asocian a sobrecarga de cuidador de pacientes adultos mayores de la UMF #27.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

• Características del lugar donde se llevará a cabo el estudio:

El estudio de investigación se llevó a cabo en la unidad de medicina familiar No. 27, unidad de primer nivel de atención. Ubicada en el Blvd. Díaz Ordaz y José de san Martín Fraccionamiento Los Pinos CP 22650, Tijuana, Baja California.

10.1 Diseño y tipo de estudio:

Diseño: Observacional, Analítico, Transversal

Tipo de investigación: No experimental

Lugar de estudio: Unidad de medicina familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Tijuana, Baja California.

Periodo de estudio: el estudio se realizó en el periodo comprendido entre noviembre de 2019 y enero 2020.

Población de estudio: Pacientes cuidadores informales de adultos mayores derechohabientes de la unidad de medicina familiar No.27, Cd. Tijuana, Baja California.

10.3 Universo o población en estudio:

Pacientes cuidadores informales de adultos mayores que acudan a consulta de medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.

10.4 Tamaño de la muestra

Fórmula de tamaño de muestra para una población infinita.

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

n= Tamaño de la muestra

p= Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado.

q= Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado= 1-p

e= Error de estimación máximo aceptado

z= nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)

Tabla 1. Valores de confianza tabla Z

Valores de confianza tabla Z	
95%	1.96
90%	1.65
91%	1.7
92%	1.76
93%	1.81
94%	1.89

n: Tamaño de la muestra

p= porcentaje de pacientes cuidadores primarios de adultos mayores y que tenían sobrecarga, según lo reportado por Navarro y Colaboradores en su estudio realizado en 2014, quienes buscaban identificar la prevalencia de Depresión y Sobrecarga en los cuidadores, encontrando el 44% con sobrecarga. ($p=0.44$)

q= Sujetos que no tienen la variable en estudio, en el estudio de Navarro y colaboradores en 2014, el 56% de los cuidadores primarios de adultos mayores no presentó sobrecarga. ($1-0.44=q$).

q= $1-p$ ($1-0.44=0.56$)

Despeje de la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{d^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.44) (0.56)}{(0.05)^2} \quad n = \frac{(3.84) (0.2464)}{0.0025} \quad n = \frac{0.946176}{0.0025} \quad n = 378.47$$

N= 378 pacientes

Tamaño de la muestra= $378 + 20\%$ por pérdidas de datos= **453 pacientes**

10.5 Tipo de muestreo:

No probabilístico por casos consecutivos

10.6 Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

Cuidadores primarios de personas mayores de 65 años que acudan a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.

Cuidadores que firmen el consentimiento informado cuando acudan a consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.

Criterios de exclusión:

Cuidadores que reciban remuneración

Criterios de eliminación:

Información incompleta

10.7 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Previo la evaluación del Comité local de investigación para su aprobación y autorización al director de la UMF No. 27 para su desarrollo operativo. Se realizó un estudio observacional- analítico-transversal en la búsqueda de factores asociados a sobrecarga del cuidador de adultos mayores derechohabientes de la UMF No. 27, Tijuana, Baja California. Se aplicaron 453 encuestas a cuidadores primarios de adultos mayores, la escala Zarit determinó la sobrecarga del cuidador, escala Goldberg evaluó depresión y ansiedad, y APGAR familiar para la funcionalidad familiar de los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y acudieron a la consulta externa de medicina familiar; también se recolectaron variables clínicas y sociodemográficas para su análisis.

Para medir la sobrecarga del cuidador se utilizó la escala Zarit, instrumento revisado en 1987 y evolucionó de 29 reactivos a 22 que actualmente se utilizan para dimensionar la

presencia del síndrome del cuidador que evalúa los efectos emocionales adversos vividos por el cuidador al incluir en su rutina diaria el cuidado del paciente. Es un instrumento autoadministrado, consta de 22 ítems, los cuales se encuentran organizados en las subescalas de integración social, ocupación y orientación, independencia física y movilidad. Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 22 y la máxima de 110, con los siguientes puntos de corte: 22-46 sin sobrecarga, 47-55 sobrecarga leve y 56 a 110 sobrecarga intensa. La fiabilidad es de 0.86 con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91 (15).

Para medir depresión y ansiedad se utilizó la escala Goldberg, validada al castellano por Montón, Pérez, Campos y cols (1993). Instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y depresión. Esta escala se compone de 9 reactivos con opción de "Sí" o "No" y pregunta si la persona ha mostrado cada uno de los nueve síntomas durante las últimas dos semanas. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtiene respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son ≥ 4 para la subescala de ansiedad y ≥ 2 para la de depresión. La escala global tiene una sensibilidad de 83% y una especificidad del 82% (16).

Para la funcionalidad familiar se utilizó el APGAR familiar, su uso se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento, el cual muestra la percepción sobre la funcionalidad familiar que tienen cada uno de los integrantes de la familia. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar por sus siglas en inglés: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership),

desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). Su alfa de Cronbach es de 0.84 (33). Se consideran los siguientes puntajes para funcionalidad familiar, 0-3 familia con disfunción severa, 4-6 familia con disfunción moderada, 7-10 familia funcional, se aplicará el cuestionario al cuidador, quien lo contestará con la ayuda de la residente de medicina familiar que se encuentre realizando este estudio. Las respuestas a las preguntas que formularemos se plasmaron en una hoja de recolección de datos el cual cuenta con los cuestionarios realizados.

Se determinaron variables clínicas tales como edad, la cual se calculó al preguntar la fecha de nacimiento y se expresó en años, el género se obtuvo según las características fenotípicas de cada sujeto de estudio, se dividió en femenino y masculino, la depresión la cual se evaluó con la escala de Goldberg obteniendo más de 2 puntos y se clasificó con depresión y sin depresión y la ansiedad evaluada con la escala de Goldberg con un punto de corte de mayor a 4 puntos, se clasificó con ansiedad y sin ansiedad. Las variables sociodemográficas evaluadas fueron el estado civil, correspondiendo a la situación personal actual de la persona y se clasificó con pareja y sin pareja; otra variable es la escolaridad que corresponde al último nivel educativo completo de la persona y se clasificó con escolaridad básica y escolaridad media y la ocupación expresada en empleado remunerado y empleado no remunerado, correspondiendo, así como variables sociodemográficas. La variable familiar evaluada fue la funcionalidad familiar indicada como funcional y no funcional.

Previo a la contestación de la encuesta, se explicó el motivo y el objetivo del estudio. Todas las actividades fueron realizadas por el investigador principal y supervisadas por el investigador responsable

Cabe mencionar que los casos detectados durante la realización del protocolo de sobrecarga, depresión o ansiedad, fueron derivados con los servicios correspondientes para su educación y tratamiento farmacológico.

XI. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 en español. Los datos recolectados se integraron en hojas de recolección de datos.

Se realizó estadística descriptiva con frecuencias para evaluar las variables cualitativas. Se analizaron los resultados con Razón de momios para establecer asociación entre las variables y se determinara la significancia estadística con Ji^2 , los resultados se presentaron por medio de tablas y graficas de barras. Se consideró una $p < 0.05$ como significativa.

XII. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo respeta los aspectos éticos contenidos en la Declaración de Helsinki; así como con la carta de Ottawa emitida en 1986 con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud (28).

En la carta de Ottawa se describe: “La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo; la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud” (29).

El principio de autonomía se respetó ya que las personas entrevistadas, decidieron libremente si participaban o no mediante la aceptación con el consentimiento informado y pudieron auto excluirse en el momento que ellos lo decidían.

Se utilizó como método de estudio la realización de encuestas y revisión de expediente electrónico. El proyecto está apegado a lo establecido por el comité de investigación local y coordinación de educación e investigación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como la autorización por el director de la UMF No. 27. El riesgo del estudio es clasificación I, ya que éste estudio es una investigación sin riesgo.

XIII. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y MATERIALES, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Fue posible realizar el estudio, se contó con los recursos humanos, físicos y materiales; necesarios para ello, así como con dos investigadores dispuestos a realizar el proyecto, corriendo el financiamiento a cargo de las mismas.

13.1 RECURSOS HUMANOS

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando Investigador colaborador y responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.

Dra. Nancy Carolina García Linares. Investigador Principal y tesista, quien realizó el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.

13.2 RECURSOS FINANCIEROS

Propios del investigador.

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

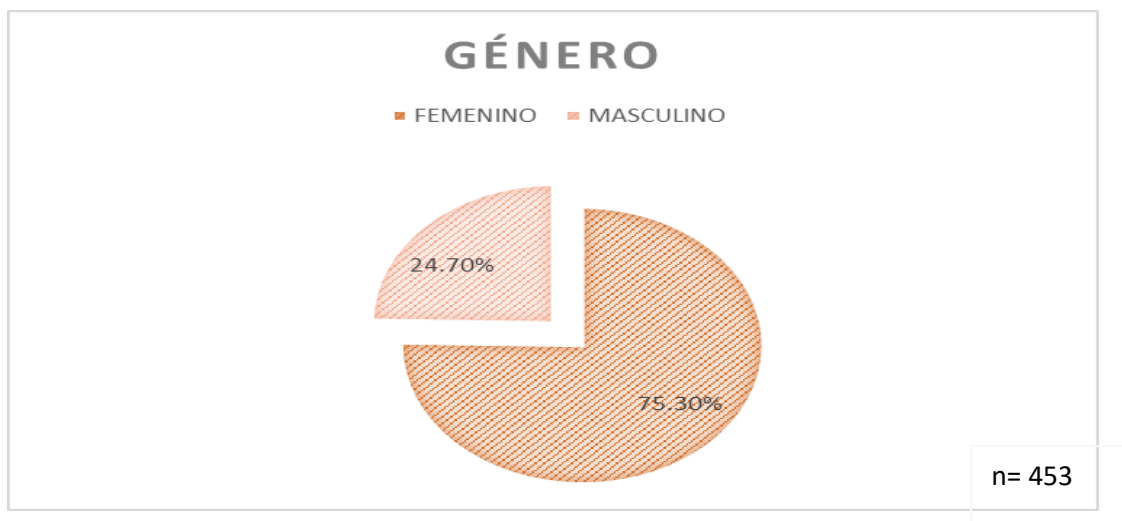
Actividad	Agosto 2017	Septiembre- 2017 Febrero 2018	Mayo- Junio 2019	Julio- Diciembre 2019	Diciembre 2019	Enero 2020	Enero 2020	Febrero 2020
Planteamiento del problema								
Redacción del proyecto de investigación								
Aprobación del proyecto								
Desarrollo del proyecto								
Captura de datos								
Análisis de resultados								
Reporte final								
Entrega a los asesores								

XV. RESULTADOS

Se realizaron 435 encuestas a cuidadores primarios de adultos mayores, de los cuales 65 (14.3%) eran $\leq$ de 34 años de edad y 388 (85.7%) $\geq$ de 35 años.

En base al género 341 (75.3%) de los cuidadores de sexo femenino y 112 (24.7%) del sexo masculino (Grafica 1).

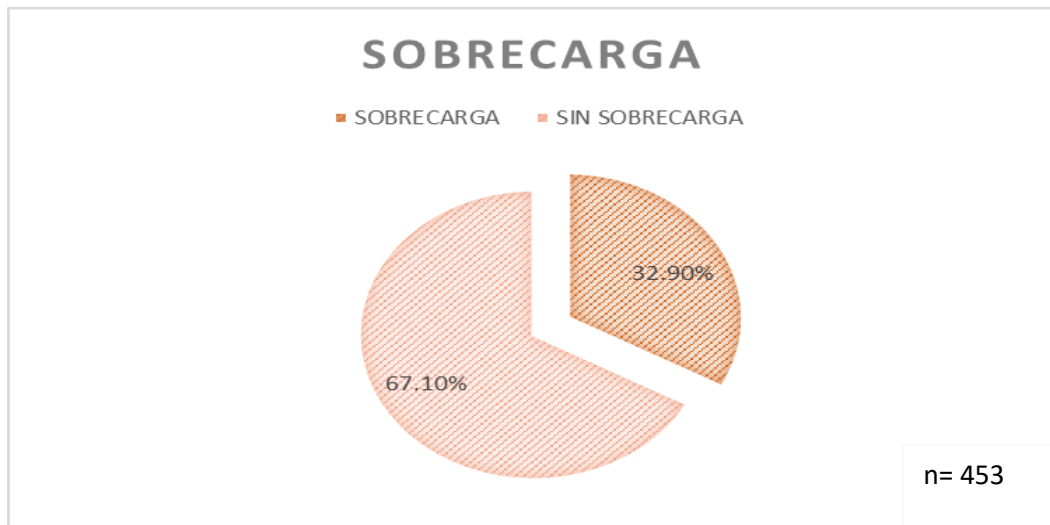
Grafica 1.



El estado civil 269 (59.4%) cuidadores contaban con pareja y 184 (40.6%) sin pareja.

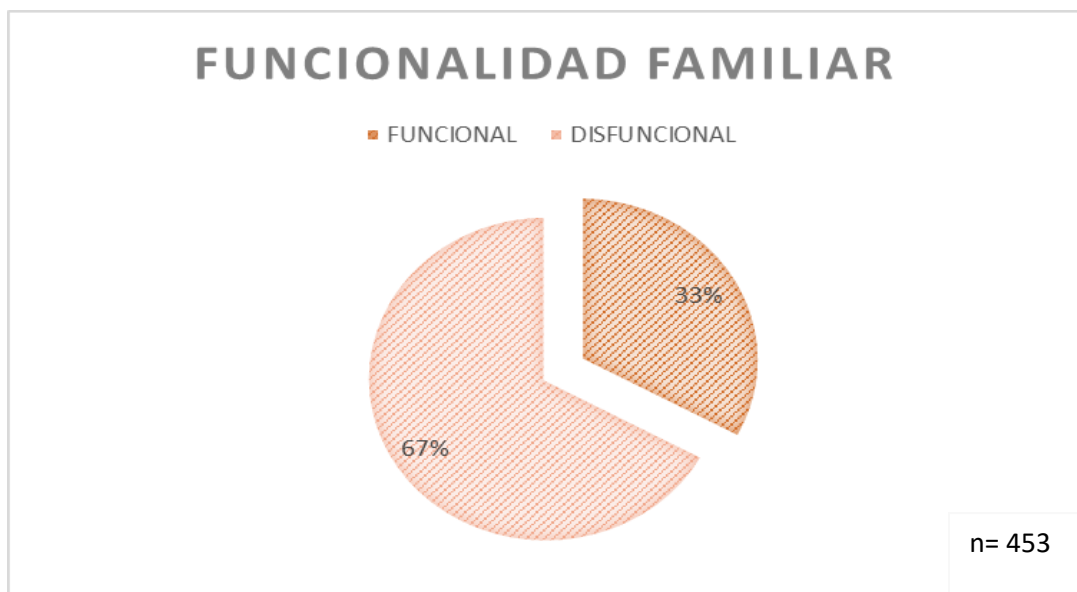
Respecto a la escolaridad 294 (64.9%) de los cuidadores tienen educación básica y 159 (35.1%) con educación media superior. De acuerdo a la ocupación 210 (46.4%) cuidadores contaban con empleo remunerado además de ser cuidador primario y 243 (53.6%) se encontraban desempleados, ejerciendo el papel de cuidador primario sin remuneración, En base a la Escala Zarit 304 (67.1%) se encuentran sin sobrecarga y 149 (32.9%) con sobrecarga (Grafica 2).

Grafica 2.



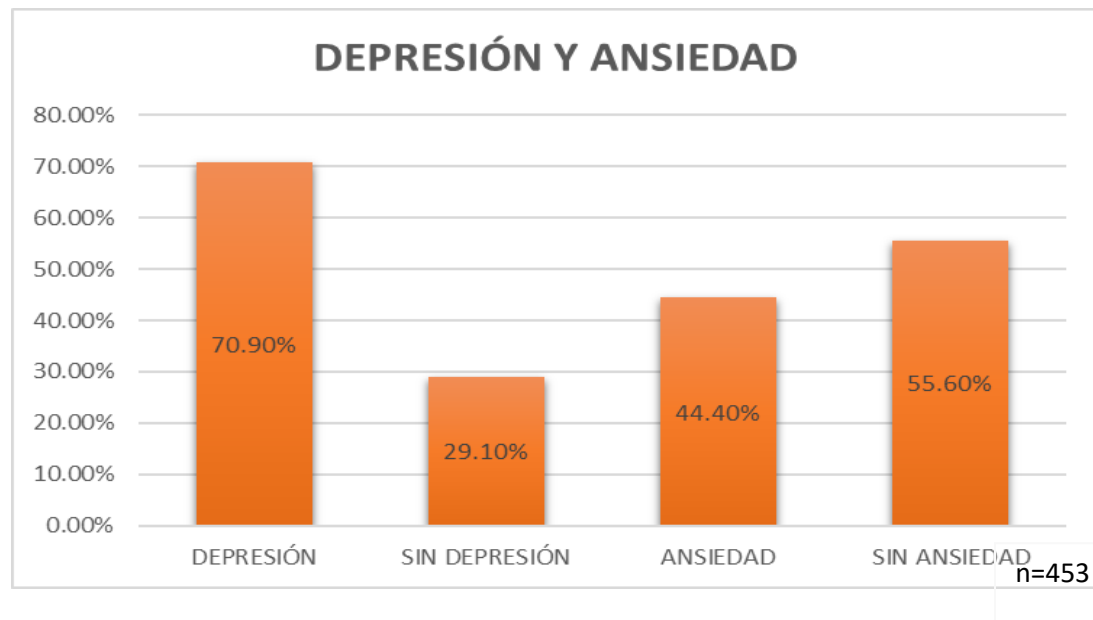
En base la apreciación de la funcionalidad familiar 314 (69.3%) cuentan con una familia funcional y 139 (30.7%) no funcional (Grafica 3).

Grafica 3.



Aplicando la escala Goldberg para depresión y ansiedad 123 (29.1%) de los cuidadores se encontró sin depresión y 321 (70.9%) con depresión. Se encontraron 252 (55.6%) sin ansiedad y 201 (44.4%) con ansiedad (Grafica 4).

Grafica 4.



A continuación se presentan tablas de contingencias.

Tabla 1.

	SOBRECARGA		TOTAL
	Con sobrecarga	Sin sobrecarga	
EDADORDEN >	137	251	388
EDADORDEN <	12	53	65
TOTAL	149	304	453

Tabla 2.

	SOBRECARGA		TOTAL
	Con sobrecarga	Sin sobrecarga	
APGAR Funcional	75	239	314
APGAR No funcional	74	65	139
TOTAL	149	304	453

Tabla 3.

	SOBRECARGA		TOTAL
	Con sobrecarga	Sin sobrecarga	
Depresion	133	188	321
Sin depresion	16	116	132
TOTAL	149	304	453

Tabla 4.

	SOBRECARGA		TOTAL
	Con sobrecarga	Sin sobrecarga	
ESCALA DE Sin ansiedad	50	202	252
ANSIEDAD Ansiedad	99	102	201
TOTAL	149	304	453

ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

Durante el análisis estadístico en busca de asociación de variables, se encontró que ser mayor o igual a 35 años aumenta el riesgo de padecer sobrecarga con un OR de 1.4 ($p=0.007$).

En base a la percepción de la funcionalidad familiar, se encontró una OR de 2.6 ($p=.000$) para disfunción familiar y sobrecarga del cuidador.

Basandose en escala Zarit y Goldberg se encontró que existe mayor riesgo de padecer depresión en pacientes con sobrecarga (OR: 4.1, $p=0.000$).

Aplicando la escala Goldberg para ansiedad se encontró que existe mayor riesgo de padecer ansiedad en paciente con sobrecarga (OR: 2.9, $p=0.000$).

No se encontró asociación ni aumento de riesgo en padecer sobrecarga entre la escolaridad, ocupación y estado civil.

XVI. DISCUSIÓN

Se encontró que la mayoría de los cuidadores primarios son mujeres mayores de 35 años de edad con estudios básicos, similar a lo reportado por Pérez-Peñaranda, donde el mayor porcentaje de cuidadores primarios fueron mujeres con estudios básicos. Otros resultados similares fueron reportados por Morales-Carrillo y cols donde 85.3% fueron mujeres.

Sobre la funcionalidad familiar se encontró que 67% de los cuidadores primarios tienen la percepción de una familia funcional y el 33% de familia disfuncional, sumamente similar a lo que se reportó por Pérez-Peñaranda en 2009 donde las familias se percibían como disfuncionales en un 31,3%, lo importante de este punto es que muchos de los cuidadores primarios presentaban una buena red de apoyo y ya se dividen el cuidado del adulto mayor con otros cuidadores secundarios.

Otro de los datos obtenidos fueron la Depresión y Ansiedad donde 70.90% de los cuidadores primarios presentaron Depresión y 55.60% Ansiedad, resultados similares a los reportados en el estudio de Segura-Pacheco en el cual predominó la Ansiedad con un 54.2%, solo difiere con la Depresión la cual se presentó en un 50.5% porcentaje menor del encontrado en este estudio.

En base a la sobrecarga del cuidador primario aplicando la escala Zarit se encontró que 67.1% se encuentran sin sobrecarga y 32.9% con sobrecarga, lo que difiere a los estudios reportados como Espín-Andrade y cols quien describió 52.1% cuidadores con carga y 47.9% sin carga. El ítem con mayor puntaje en la escala que sobresale es el

que hace referencia a si el cuidador primario puede hacer más de lo que hace por su familiar, seguido del que si puede cuidarlo mejor de lo que ya lo cuida.

XVII. CONCLUSIONES

En nuestro estudio se encontraron cuatro variables que se asocian y aumentan el riesgo para presentar sobrecarga del cuidador en un cuidador primario, las cuales fueron tener edad mayor de 35 años, la percepción de la funcionalidad familiar en base a una familia disfuncional, depresión y ansiedad.

Se concluye que cualquiera de estas variables aumenta el riesgo de presentar sobrecarga del cuidador.

Algo importante al momento de valorar los resultado es ver que se encontraron 133 cuidadores con sobrecaga que presentaron depresión, y 188 presentaron depresión sin tener sobrecarga, y esto lo podemos interpretar en que si en el cuestionario Zarit se les hubiese aplicado meses posteriores el porcentaje de sobrecarga aumentaria. Algo similar se presentó con la ansiedad, encontrando 99 cuidadores sobrecargados con ansiedad y 102 cuidadores con ansiedad sin sobrecarga.

FORTALEZAS

Al ser una investigación en donde se aplicó una encuesta, las pacientes podían llenarlo de forma fácil y breve, de igual manera siempre nos encontráramos presentes por si les llegaba a surgir una duda la cual se resolvía al momento. Al terminar de llenarlo se les explicó el resultado de las diferentes escalas, explicándoles los términos de sobrecarga, funcionalidad familiar, depresión y ansiedad. Se les invitó a acudir con cualquier personal de salud para resolver cualquier duda.

LIMITANTES

Al momento de realizar las encuestas en la sala de espera de la UMF # 27, la principal limitación era aplicar la encuesta sin que el adulto mayor escuchara las preguntas, ya que la mayoría dependía del cuidador y no nos podíamos alejar para la privacidad necesaria.

XVIII. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo vital. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
2. Partida V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2004. México, D.F.: CONAPO, 2005:23-29.
3. Retamal-Matus H, Aguilar L, Aguilar M, et al. Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas. Chile. Rev. Psicogeriatr 2015;5:119-124.
- 4.- De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas, et al. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales de adulto mayor. Enferm. Univ México 2015;12:19-27.
- 5.-Battistella, G. Salud en el adulto mayor. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UBA
- 6.- Resultados Nacionales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición México, 2012.
- 7.-Ruiz-Rios AE, Nava-Galán MG. Cuidadores: responsabilidades-Obligaciones. Enf Neurol (Mex) 2012;11:163-196.
- 8.- Camacho-Estrada L, Hinostrosa-Arvizu GY, Jiménez-Mendoza A. Enferm. Univ México 2012;7:35-41.
9. Espín Andrade AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública 2012;38:393-402.
10. Flores E, Rivas RE, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. 2018;18:29-41.
- 11.- Cerquera-Córdoba AM, Pabón-Poches DK. Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. Revista Colombiana de Psicología 2016;25:33-46.
- 12.- Zavala M, Vidal D, Castro M, et al. Funcionamiento social del adulto mayor. Cienc Enferm 2006;12: 53-62.
- 13.- Romero Z, Cuba M. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima Perú. Rev Med Hered 2013;24:204-209.

- 14.- Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015
- 15 Pérez A, García L, Rodríguez E, et al. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria* 2009;41: 621-628.
- 16 De Vale-Alonso MJ. Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm. Univ, México* 2015;12:19-27.
- 17 Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz E, et al. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Mex* 2015;31:660-668.
- 18 Delgado Parada E, Suárez Álvarez O, De Dios del Valle R, et al. Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *Semergen* 2014;40:57-64
- 19.- Mendoza-Sánchez RM, Hernández-García EL, Medina-Pérez M, et al. Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria 2014;8:12-22.
- 20.- Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani* 2015;17:307-330
- 21.- Muñoz-Campos NM, Lozano-Nuevo JJ, Huerta-Ramírez S. Asociación entre colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna. *Med Int Méx* 2015; 31:528-535.
- 22 Álvarez L, González A, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit* 2008;22:618- 620
- 23 López-Castro F, Fernández-Rodríguez O, Mareque-Ortega MA, et al. Abordaje terapéutico del insomnio. *Medicina de Familia-SEMERGEN* 2012;38.
- 24 Dzul-Gala F, Tun-Colonia JA, Arankowsky-Sandoval G. Relación entre sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades neuromusculares. *Rev Biomedica* 2018; 29:61-69
- 25 Cardona D, Segura AM, Berbesí DY, et al. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2013; 31: 30-9
- 26 Morales-Cariño EM, Jiménez-Herrera BL, Serrano-Miranda TA. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Rev Invest Clin* 2012;64:240-246

- 27 Segura-Pacheco AM, Peña-Sánchez R, Gonzáles E. Valoración de la ansiedad y depresión en cuidadores informales del adulto mayor dependiente del Policlínico Chuclayo – Oeste durante julio-diciembre 2012. Rev. Cuerpo Med 2014;7:19-23
- 28 Espín-Andrade AM. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública 2012;38:393-402.
- 29 Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, et al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. Aten. Primaria 2017;49:156-165.
- 30 Navarro-Sandoval C, Uriostegui-Espíritu LC, Delgado-Quiñones EG, et al. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2017;55:25-31
31. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [En línea]. Finlandia: AMM; 2014 [consultado en Mayo 2015].
32. World Medical Association. Otros asuntos de derechos humanos relacionados con la salud [en línea]. Finlandia: AMM; 2014 [Consultado en Agosto 2017].
33. Suarez-Cuba MA, Alcalá-Espinoza M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz 2014;20:53-57.
34. M. Alvarez, A.T. Alaiz, E. Brun. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Primaria 1992;10:812-881.

XIX. ANEXOS

1. Escala Zarit

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
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?	

2. APGAR Familiar

APGAR FAMILIAR. ADULTOS

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					

M.E.B

3. Escala Depresión y Ansiedad.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Subescala de depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?		
4. Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Subtotal (si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Total depresión		

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

4. Carta de Consentimiento Informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	FACTORES ASOCIADOS A SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE LA UMF NO. 27
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 27 Tijuana, Baja California.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar los factores asociados a sobrecarga del cuidador de pacientes adultos mayores de la Unidad de Medicina familiar No. 27.
Procedimientos:	Se me ha explicado que se aplicará una encuesta con el propósito de identificar síntomas relacionados con el agotamiento por el cuidado crónico de mi familiar, valorar aspectos de familia y biológicos. El entrevistador será el médico residente de Medicina Familiar Dra. Nancy García, lo cual toma 5 minutos aproximadamente.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que representa riesgo mínimo a la salud, solamente se aplicarán unas encuestas y revisión de expediente clínico en caso necesario.
Posibles beneficios al participar:	Se me ha explicado además que, en caso de tener agotamiento por el cuidado crónico de mi familiar, depresión, ansiedad o presentar disfunción familiar, se canalizara a mí y a mi familia correspondientes (medicina preventiva o consulta externa de medicina familiar). Este estudio abre áreas de oportunidad para el desarrollo de actividades futuras enfocadas a la educación de los pacientes en cuidadores de adultos mayores.
Información sobre resultados y alternativas:	Se me informará el resultado del estudio. Se me ha explicado que con los resultados de esta investigación se podrán adoptar acciones preventivas como educativas.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto o con el departamento de Medicina Familiar de la UMF 27.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	El investigador responsable se ha comprometido en informarme acerca de los resultados y en la posibilidad de recibir tratamiento para Depresión y Ansiedad.
Beneficios al término del estudio:	Se me ha explicado que el beneficio del estudio consistirá en identificar y modificar los factores de riesgo identificados con la ayuda del médico a quien se derivará en caso necesario.
Investigador Responsable:	Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando, Médico Familiar e Investigador Asociado; Matrícula: 98020718 adscrita a la UMF 33, Tijuana, Baja California. Teléfono: 6643298837. Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx
Investigador principal	Dra. Nancy Carolina García Linares , Médico residente de Medicina Familiar y Tesista, UMF 27, Tijuana. Instituto Mexicano del Seguro Social. Matrícula:

98025680. Teléfono: 6862429370. Correo electrónico: nancy_caolina@hotmail.com	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com	
_____ Nombre y firma del sujeto o tutor	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo #1 Nombre, dirección y firma	_____ Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma



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

Iniciales: _____ NSS: _____ Folio: _____

Edad: _____ Género: _____ Estado Civil: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____

CUESTIONARIO ZARIT PARA EL DIAGNÓSTICO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Instrucciones: Marque con una X las respuestas que considere más correcta.

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
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?	

APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Marque con una X las respuestas que considere más correcta.

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			

CUESTIONARIO GOLDBERG PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Instrucciones: Marque con una X las respuestas que considere más correcta.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Subescala de depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?		
4. Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Subtotal (si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Total depresión		

6. Operalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
SOBRECARGA DEL CUIDADOR	A la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica.	≤46: Sin Sobrecarga ≥47: Con sobrecarga	Cualitativa Nominal	Con Sobrecarga Sin Sobrecarga

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Estado Civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos	Vínculo personal referido por el paciente en la ficha de identificación	Cualitativa Nominal	Con Pareja Sin Pareja
Escolaridad	Último Nivel educativo completo de una persona	Grado de estudios realizado por el paciente y referido por él.	Cualitativa Nominal	Escolaridad Básica Escolaridad Media

Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo	Función del paciente al momento del interrogatorio.	Cualitativa Nominal	Empleo Remunerado Empleo no Remunerado
-----------	---	---	---------------------	---

VARIABLES FAMILIARES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Funcionalidad Familiar	Es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan	Capacidad de la familia para afrontar los cambios medido mediante el APGAR Familiar.	Cualitativa Ordinal	Funcional No Funcional

VARIABLES CLÍNICAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Tiempo de existencia desde su nacimiento.	Por interrogatorio directo en años.	Cualitativa Nominal.	➤ ≤34 años ➤ ≥ 35 años
Género	Características orgánicas y sociales que designan a hombres y mujeres.	Características de los pacientes entrevistados.	Cualitativa Nominal.	Femenino Masculino.
Depresión.	Trastorno del estado de ánimo. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer	Estado de ánimo caracterizado por anhedonia medido mediante el instrumento denominado Inventario de Goldberg.	Cualitativa Ordinal	Escala Goldberg Sin depresión ≤ 2 Con depresión ≥ 3
Ansiedad.	Estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprehensión y temor, en aquellas situaciones que fueron percibidas como amenazantes.	Percepción subjetiva entre situaciones amenazantes medida a través de la escala de Goldberg para Ansiedad.	Cualitativa Ordinal.	Escala Goldberg Sin ansiedad: ≤ 3 Con ansiedad: ≥ 4