



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada  
Baja California  
Coordinación de Educación e Investigación  
Unidad de Medicina Familiar No. 28  
Mexicali B.C.



**UNIVERSIDAD A  
AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
Facultad de Medicina  
Coordinación General de Posgrado e Investigación

***PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN***

**TEMA:**

**FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES  
DEPENDIENTES ADSCRITOS AL HGZ 30 EN MEXICALI BAJA CALIFORNIA.**

**Alumno:**

Dr. Servando Ochoa Yépiz

**Investigador responsable y temático:**

Dra. Imelda Isabel Landeros Castelo

**Asesor:**

Dra. Vanessa Johanna Caro

**Investigador metodológico:**

Dr. Alberto Barreras Serrano.

Mexicali, Baja California, Enero 2023.

## **IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:**

**Investigador principal:** Dr. Servando Ochoa Yépiz

Matrícula: 98029515.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 28.

Lugar de trabajo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Teléfono: (644) 221-48-52

Correo electrónico: [servando.ochoa@gmail.com](mailto:servando.ochoa@gmail.com)

**Asesor:** Dra. Vanessa Johanna Caro

Matricula: 99264825

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Institución: UMF No.28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (555) 55-50, extensión 31409

Correo electrónico: [vanessa.caro@imss.gob.mx](mailto:vanessa.caro@imss.gob.mx)

**Investigador responsable:** Dra. Imelda Isabel Landeros Castelo

Matricula: 99264845

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Institución: HGZ #30 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Teléfono: (686) 182-72-84

Correo electrónico: [imeldalanderos@gmail.com](mailto:imeldalanderos@gmail.com)

**Investigador Metodológico:** Dr. Alberto Barreras Serrano.

Adscripción: Instituto de Investigaciones en Ciencias Veterinarias

Institución: Universidad Autónoma de Baja California.

Teléfono: (686) 225-53-43

Correo electrónico: [abarreras@uabc.edu.mx](mailto:abarreras@uabc.edu.mx)

RESUMEN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
ANTECEDENTES .....	6
JUSTIFICACIÓN.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
OBJETIVOS .....	12
General:.....	12
Específicos: .....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
Diseño del estudio.....	13
Lugar de realización del estudio. ....	13
Periodo del estudio.....	13
Marco Muestral. ....	13
Población. ....	13
Muestreo. ....	13
Criterios de selección.....	13
Criterios de inclusión.....	13
Criterios de exclusión.....	13
Criterios de eliminación. ....	14
Instrumentos de medición .....	14
PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN .....	15
Operacionalización de las variables .....	16
ANÁLISIS ESTADÍSTICO: .....	18
Los datos fueron capturados en una hoja de cálculo empleando el programa Excel. Para.....	18
ASPECTOS ÉTICOS .....	19
Aspectos de Bioseguridad.....	20
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD.....	21
Humano:.....	21
Infraestructura y materiales.....	21
Financieros .....	21
Factibilidad.....	21
RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN.....	28

CONCLUSIONES..... 30  
RECOMENDACIONES..... 31  
CRONOGRAMA ..... 32  
Bibliografía..... 33  
ANEXOS ..... 37

## RESUMEN

### FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES DEPENDIENTES ADSCRITOS AL HGZ 30 EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.

Servando Ochoa Yepiz<sup>1</sup>, Vanessa Johanna Caro<sup>2</sup>, Dr. Alberto Barreras Serrano<sup>3</sup>, Dra. Imelda Isabel Landeros  
Castelo<sup>4</sup> IMSS<sup>1,2,4</sup>, UABC<sup>3</sup>

**Introducción:** La esperanza de vida a nivel mundial ha aumentado, provocando una transición demográfica, con un envejecimiento acelerado. Generando en la población, un mayor número de enfermedades crónicas y patologías con alta probabilidad de dependencia, requiriendo cuidados ya sea de manera parcial o permanente, otorgados por cuidadores primarios, que en su mayoría son parte del entorno familiar y no han recibido capacitación para ejercer este rol, motivo por el cual se les llama cuidadores primarios informales, dentro de los mismos destaca el predominio hasta en 80% por del género femenino. Generando la posibilidad de que puedan sentirse sobrecargadas, entendiéndose por sobrecarga al estado de agotamiento emocional, cansancio y estrés.

**Objetivo:** Se determinó la frecuencia de sobrecarga del cuidador primario de pacientes dependientes adscritos al servicio de atención domiciliar hospitalaria del HGZ #30 de Mexicali, Baja California. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se incluyó al total de pacientes adscritos al módulo de atención domiciliar del paciente crónico, se les aplicó Escala de Zarit, *Zarit burden interview* (ZBI) al cuidador y la escala de Barthel al paciente para evaluar su grado de dependencia, previa firma de consentimiento informado. Los datos fueron capturados en una hoja de cálculo de Excel. **Análisis estadístico:** Se utilizó estadística descriptiva, análisis de frecuencias, gráficas de barra y de pastel para describir a los pacientes. La frecuencia de sobrecarga fue expresada relativa al total de casos analizados. La relación entre la sobrecarga y el grado de dependencia, así como sobrecarga y tiempo de permanencia se resolvieron de aplicar regresión logística. El análisis se realizó empleando SPSS versión 26. **Resultados:** La edad más frecuente de cuidadores fue de 41-60 años con un 58%, un 37% fueron nietas/os, el sexo femenino en un 83%. El 50% de los cuidadores se dedican al hogar. Se encontró sobrecarga ligera en un 33% y sobrecarga intensa en un 27%. Hasta un 63% de los pacientes presentó dependencia moderada a severa. **Conclusiones:** se encontró asociación estadísticamente significativa entre la sobrecarga del cuidador primario con el grado de dependencia del paciente y el tiempo de dependencia. **Palabras clave:** Sobrecarga, cuidador primario, paciente dependiente.

## MARCO TEÓRICO

En los países desarrollados la esperanza de vida ha incrementado y con ello se ha incrementado el nivel de dependencia de las personas mayores y los cuidados que de ella se derivan por periodos de tiempo más prolongados. La atención de las personas mayores dependientes frecuentemente genera una fuente de estrés considerable afectando de manera importante la vida del cuidador al tener consecuencias negativas relacionadas con malestar en distintas áreas (salud del cuidador, bienestar psicológico, finanzas, vida social y relación entre cuidador y receptor de cuidados). Recordando que estos cuidados son otorgados principalmente por el entorno familiar.<sup>1</sup>

Se estima que el 80% de los adultos que requieren de cuidados a largo plazo se encuentran en su domicilio, y de ellos el 90% de los cuidados son otorgados por familiares.<sup>2</sup>

En México 1 de cada 13 adultos son adultos mayores, con proyecciones a que en 50 años sea una proporción de 1:4.<sup>3</sup>

Se entiende por dependencia: “a un estado derivado de una condición de salud permanente o de larga duración, que limita hasta tal punto la vida diaria de la persona, y que ésta, necesita para manejarse en su contexto inmediato la ayuda de otras personas u otros apoyos excepcionales”.<sup>4</sup> La organización mundial de la salud la define como: “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”.<sup>5</sup> Se ha encontrado relación con el estado emocional del cuidador y el grado de dependencia del paciente, así como depresión y/o ansiedad en el cuidador de manera proporcional al grado de dependencia del enfermo. También se ha observado que los pacientes institucionalizados (hospitalizados) presentan mayor probabilidad de desarrollar dependencia por causas atribuibles a la pérdida de la libertad, exclusión, abandono y menosprecio por parte de la familia.<sup>6</sup> La dependencia afecta directamente la calidad de vida relacionada con la salud, sobre todo en la funcionalidad, y afecta la capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).<sup>7</sup>

Se entiende por ABVD a las actividades de autocuidado como alimentarse, aseo, vestir, movilidad y bañarse, control de esfínteres (ir al baño). Y las AIVD son más complejas, debido a que requieren destrezas, como la preparación de alimentos, ir de compras, uso del teléfono, realizar pagos, transporte y toma de medicamentos.<sup>8</sup>

Se define como cuidador a toda aquella persona que se encarga de asistir y cuidar a otra con algún tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad; y que, esto le genere dificultad o impedimento del desarrollo normal de sus actividades vitales o en sus relaciones. Cuando dicho cuidador es totalmente responsable de la atención del paciente es llamado cuidador principal o primario. Los cuidadores son población de riesgo para padecer enfermedades psíquicas como depresión y ansiedad; los cuidados son dados predominantemente por mujeres (hijas, esposas, nietas).<sup>9</sup>

Hoy en día se conoce el efecto que el cuidado de la salud de un paciente dependiente tiene sobre el cuidador primario, afectando de manera importante la salud física y psicológica de este último. Teniendo bajos niveles de salud percibida, un número mayor de síntomas físicos y enfermedades crónico degenerativas que tienden a aumentar con la edad.<sup>10</sup> Una enfermedad crónica es alguna condición en la cual se requiere cuidados y apoyo de por vida, así como un monitoreo y tratamiento médico de manera continua.<sup>11</sup>

En recientes años, la importancia sobre el rol que desempeñan los cuidadores primarios o principales ha cobrado interés, y sobre todo, como éstos influyen en la calidad de vida y apoyo social de pacientes con algún grado de dependencia.<sup>12</sup>

Es por ello que el cuidador es la persona que se dedica a satisfacer las necesidades de la persona que depende de otra, puede ser tanto de manera parcial como parmente y se clasifican en 2 grupos:

- Cuidadores formales (sanitarios o especializados en la salud).
- Cuidadores informales (sin previa capacitación) son generalmente el/la esposo/a, hijo/a, o algún familiar cercano o con significancia para el paciente.<sup>13</sup>

Según Zarit, Bottigi y Gaugler (2007) la sobrecarga del cuidador es definida como “la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención”; es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. La carga objetiva

corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas del cuidado.<sup>14</sup>

El cuidado de los seres queridos se asocia con efectos benéficos para el paciente y sus familiares (aliviar malestar de otra persona, sentirse de utilidad o necesitado); sin embargo, también se asocia a malestares físicos, psicológicos y económicos por parte del cuidador. La sobrecarga que experimentan los cuidadores es un tema frecuente en los pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de que algunos experimenten satisfacción al realizar estas labores.<sup>15</sup>

Es importante determinar cómo afecta el cuidado del paciente dependiente al cuidador. Es por ello que es necesario utilizar “La escala de sobrecarga del cuidador” de Zarit, para valorar la presencia y niveles de sentimiento de sobrecarga del cuidador. Teniendo en cuenta que el cuidar a una persona dependiente repercute al entorno familiar y tiene consecuencia en la salud mental de los familiares.<sup>16</sup>

Dicha escala es el instrumento más difundido y más utilizado en el ámbito gerontológico. Evalúa una sola dimensión en el plano subjetivo, otorgando puntajes a cada ítem y discerniendo entre ausencia o presencia de sobrecarga, y en caso de existir sobrecarga distinguir entre leve o intensa.<sup>17</sup> Siendo este el resultado de una evaluación subjetiva, la carga percibida puede verse afectada por múltiples causas y al asumir el papel de cuidador se expone a los individuos de cualquier edad a la posibilidad de sentirse sobrecargado.<sup>18</sup>

Las intervenciones psicológicas han sido efectivas al momento de mejorar las capacidades de afrontamiento y conocimiento de la enfermedad por el cuidador y con ello reducir su malestar psicológico, siendo necesario la aplicación de sesiones por personal capacitado y la práctica de lo aprendido para con ello optimizar los efectos.<sup>19</sup>

En estudios recientes se han mostrado los beneficios de la utilización de tecnología, gracias a las intervenciones en línea que generan apoyo a la resiliencia del cuidador primario y con ello disminuyen el estrés del mismo. Brindan apoyo en el tiempo y lugar donde se encuentren, los cuidadores pueden tener acceso en menor tiempo y realizar

menor esfuerzo en su traslado, en relación con las intervenciones utilizadas de manera tradicional.<sup>20</sup>

Los pacientes se ven beneficiados por el apoyo del cuidador primario cuando éste participa de manera activa en la toma de decisiones durante la consulta médica; sin embargo, cuando dichos cuidadores presentan estrés, sobrecarga o problemas de salud física su capacidad tanto emocional como cognitiva se puede ver afectada en la toma de decisiones.<sup>21</sup>

## ANTECEDENTES

De la Revilla, Ahumada et, al. (2019) realizaron un estudio observacional descriptivo transversal en 167 enfermos crónicos dependientes y sus cuidadores primarios incluidos en el programa de atención domiciliaria. Estudiando la tipología psicosocial, tiempo de enfermedad, el grado de dependencia, tipo de discapacidad e inmovilidad. El estudio de sobrecarga se evaluó con la escala de Zarit obteniendo como resultado que el 87.4% de los cuidadores primarios tienen sobrecarga moderada-alta. La sobrecarga aumenta dependiendo del grado de dependencia y la inmovilidad del paciente. Concluyendo que la sobrecarga se relaciona con un mayor grado de dependencia, discapacidad e inmovilidad del paciente.<sup>22</sup>

Eymi del Rosario López Pasos et, al (2019) realizaron un estudio analítico transversal, en mayores de 60 años con enfermedades crónicas degenerativas y sus cuidadores primarios. Evaluando características sociodemográficas, la sobrecarga con escala de Zarit y grado de dependencia con escala de Barthel. Se obtuvo que el 90.3% eran del sexo femenino, entre los 36-55 años. Encontrándose que el 30% de los cuidadores tienen algún grado de sobrecarga y 24% presentó algún grado de dependencia. Con una asociación estadísticamente significativa entre el grado de dependencia del paciente y la sobrecarga del cuidador.<sup>23</sup>

Navarro-Sandoval C. et, al (2014) realizaron un estudio transversal descriptivo con muestreo no probabilístico en el cual se incluyó cuidadores primarios pacientes geriátricos con algún grado de dependencia física. Aplicándose las escalas de Zarit, Barthel y Beck para evaluar sobrecarga en el cuidador, grado de dependencia del paciente y grado de depresión en el cuidador. Como resultado el 44.7% de los cuidadores presentaban algún grado de depresión, el 59.2% sobrecarga en grado variable. Encontrando que el cuidador primario cumple una tarea muy importante y estresante, que puede interferir en el cuidado del paciente dependiente por lo que es importante brindar atención no solo paciente sino también al cuidador.<sup>24</sup>

Giraldo Dora Isabel et, al. (2018) Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Se estudió a 50 cuidadores aplicándose la escala de Zarit, con la finalidad de identificar el grado de sobrecarga de cuidadores de pacientes dependientes de

manera permanente y en ámbito ambulatorio. El 75% de los cuidadores eran mujeres y el 44% presentó algún grado de sobrecarga. En su mayoría estos cuidadores son mujeres, desempleadas, y con algún problema de salud relacionado al cuidado del paciente, así como dificultades económicas.<sup>25</sup>

Salazar Maya, Ángela et, al. (2020). Realizaron estudio cualitativo, descriptivo, transversal con 494 personas a conveniencia en la ciudad de Medellín Colombia. Se aplicaron los instrumentos de Zarit, pulses y variables demográficas, con el objetivo de estudiar la sobrecarga del cuidador y la dependencia del enfermo o enfermedad crónica. El resultado fue que el 89.7% de los cuidadores eran mujeres, con una media de 53.5 años, 83.1% se dedica al hogar, hasta en un 38.6% de los cuidadores se expresa sobrecarga severa con relación al grupo etario del paciente dependiente y el tiempo de cuidado del mismo, empleo y estado civil del cuidador. En su mayoría los cuidadores son mujeres, encargadas del hogar y del paciente dependiente (familiar) por ende la sobrecarga del cuidado es excesivo, porque cuidan a personas con dependencia severa.<sup>26</sup>

Felipe Silva Alice et, al (2021) realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal en 40 adultos mayores en cuidados paliativos y a sus cuidadores primarios, pertenecientes a un sistema de Atención domiciliaria en Brasil, se utilizó formulario para recopilar datos sociodemográficos de los cuidadores y la escala de Zarit, inventario de depresión de Beck y estrategias de afrontamiento. Como resultado el 84.2% de los pacientes eran mujeres al igual que los cuidadores en un 84.5%; la sobrecarga fue encontrada en un 32.5% y de los mismos un 42.5% presentó algún síntoma depresivo.<sup>27</sup>

Perpiña Galvañ Juana et, al (2019) realizaron un estudio descriptivo, correlacional, transversal. Con recolección de datos demográficos y clínicos de cuidadores mediante la encuesta de salud corta 12 items (SF-12), escala de Zarit, escala de ansiedad y depresión hospitalaria, escala de afrontamiento resiliente. Incluyéndose un total de 77 cuidadores, en su mayoría mujeres de 61.5 años en promedio, encontrando sobrecarga intensa en un 41.6% de los cuidadores. Además de correlaciones entre sobrecarga, fatiga, ansiedad y depresión. La carga del cuidador se asocia a un empeoramiento de la salud.<sup>28</sup>

Ahmad Zubaidi ZS et, al (2020), realizaron un estudio transversal en el cual incluyeron cuidadores informales de una unidad de cuidados paliativos, en Malasia. En dicho estudio participaron 249 cuidadores, a los cuales se aplicaron los cuestionarios de Zarit Burden Interview y DASS-21 traducidos y validados. Encontrando que el 47.4% de los cuidadores experimentan algún grado de sobrecarga. Así mismo el 29.7% experimenta ansiedad y un 20.4% depresión. Existe una correlación entre el nivel educativo y horas cuidado con la sobrecarga del cuidador, entre más horas de cuidado y más alto nivel educativo aumenta el doble la posibilidad de padecer sobrecarga. Así mismo, los pacientes con depresión y ansiedad tenían 3 veces más probabilidad de sufrir sobrecarga del cuidador.<sup>29</sup>

## JUSTIFICACIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, la población mundial está envejeciendo a un ritmo acelerado, y con ella ha aumentado la población adulta mayor que depende de cuidadores primarios para realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

Estimándose que aproximadamente el 80% de las personas adultas mayores necesitaran de un cuidador en algún momento de su vida. Teniendo repercusiones tanto físicas como mentales en los cuidadores, llegando a generar deterioro físico y mental, éste a su vez acompañado de aumento en las comorbilidades y descuido en la salud del propio cuidador.

Es importante mencionar que en la región no se cuenta con estudios que nos arrojen la prevalencia del síndrome de cuidador cansado y por ende es difícil plantear estrategias de apoyo dirigidas a estas personas. Es necesario primero identificar el problema, reconocer que existe y a partir de ello plantear las bases para futuros estudios de investigación encaminados a fomentar estrategias de ayuda.

Este proyecto es factible gracias a que en el Instituto Mexicano del Seguro Social, específicamente en el HGZ #30, se cuenta con un programa destinado a la atención hospitalaria domiciliaria de dichas personas dependientes siendo posible identificar tanto al paciente dependiente como al cuidador primario a su cargo; y a partir de ello aplicar encuestas y visitas domiciliarias a los sujetos de estudio.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial se encuentra en una transición de envejecimiento acelerado, por lo cual la pirámide poblacional se ha invertido; actualmente en México 1 de cada 13 mexicanos es adulto mayor con proyecciones a 50 años de 1 de cada 4. La longevidad trae consigo el aumento de complicaciones propias de enfermedades crónicas, que generan algún tipo de invalidez, discapacidad o minusvalía y que requerirán apoyo para realizar alguna de sus actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Este apoyo en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria son realizadas por el cuidador primario.

El cuidador primario es quien se encarga de los cuidados de un paciente dependiente y durante una consulta médica, la atención se centra en el paciente propiamente dicho, sin tomar en cuenta la influencia positiva o negativa que puede tener el contar con un cuidador sano. Por lo tanto es notoria la poca atención que se presta a los responsables de atender a los pacientes en casa.

Al ser médicos de familia se debe considerar al paciente y su entorno social como un todo, recordando que los cuidadores primarios frecuentemente son familiares cercanos, y que al contar con cambios en su estado de salud, se afectará de manera directa a la persona bajo su resguardo.

Con la finalidad establecer en un futuro mediato estrategias de capacitación y crear grupos de ayuda para los cuidadores de pacientes dependientes, disminuyendo la prevalencia de síndrome del cuidador cansado, primero es necesario conocer la situación actual en nuestra región, sobretodo en el programa de atención domiciliaria del enfermo crónico, y con ello normar conductas a seguir para el bienestar de los mismos.

Siendo de suma importancia conocer y reconocer la existencia del problema en Mexicali, Baja California. Establecer un precedente para futuras investigaciones con un enfoque de capacitación y/u orientación con el propósito de disminuir la sensación subjetiva de efectos negativos que puede llegar a desencadenar el cuidado de pacientes dependientes.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES DEPENDIENTES ADSCRITOS AL PROGRAMA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA DOMICILIARIA EN EL HGZ 30 EN MEXICALI BAJA, CALIFORNIA?

## OBJETIVOS

### General:

- Determinar la frecuencia de sobrecarga del cuidador primario de pacientes dependientes adscritos al servicio de atención domiciliar hospitalaria del HGZ #30 de Mexicali, Baja California.

### Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio: (edad, sexo, parentesco, tipo de cuidador, tiempo de dependencia, ocupación del cuidador).
- Estimar la frecuencia de sobrecarga de los cuidadores primarios mediante la escala de ZARIT.
- Evaluar el grado de dependencia del paciente dependiente mediante el índice de Barthel.
- Estimar la relación entre grado de dependencia del paciente y grado de sobrecarga del cuidador primario.
- Estimar la relación entre el tiempo de dependencia con el grado de sobrecarga del cuidador primario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio.

El estudio es observacional, descriptivo, transversal.

Lugar de realización del estudio.

Visitas domiciliarias de pacientes dependientes adscritos al programa de atención hospitalaria domiciliaria del HGZ #30 de Mexicali, Baja California.

Periodo del estudio.

Marzo - septiembre 2022

Marco Muestral.

Población.

En el programa de atención domiciliaria se cuenta con una base de datos de 69 pacientes adscritos al programa. Donde se tomarán como sujetos de estudio a los pacientes dependientes y a sus cuidadores primarios adscritos al programa del HGZ #30 de Mexicali, Baja California.

Muestreo.

Se incluirán a la totalidad de pacientes dependientes y a sus cuidadores primarios adscritos al programa del HGZ #30 de Mexicali, Baja California.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión.

- Pacientes adscritos al programa de atención hospitalaria domiciliaria.
- Cuidadores primarios de pacientes derechohabientes del IMSS adscrito al programa de atención hospitalaria domiciliaria (ATHODO) del HGZ #30.
- Que ambos acepten participar previa firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes del programa de atención domiciliaria que se encuentren institucionalizados en algún centro de asistencia en donde sus cuidadores primarios pertenecen al mismo.

## Criterios de eliminación.

- Encuestas incompletas

## Instrumentos de medición

- Hoja de recolección de datos: se incluirán las variables: edad, sexo, parentesco, tipo de cuidador, tiempo de dependencia, ocupación del cuidador. (Anexo 1).
- Índice de Barthel. El índice de Barthel validado por Buzzini M. et al (2002) mide el nivel de independencia para actividades de la vida diaria (AVD). Es la escala más conocida y difundida a nivel internacional. Fue descrita por Mahoney FI y Barthel DW en el año de 1965 en un inicio para medir el resultado de la rehabilitación de pacientes incapacitados por procesos neuromusculares y músculo esqueléticos. En la presente escala se evalúan 10 áreas de la vida diaria como lo son (comer, el traslado de la silla a la cama, aseo personal, uso del baño, desplazamiento, bajar y subir escaleras, el vestido, control de la orina y el intestino. Tiene una puntuación total de 0-100 puntos en la cual el cero nos indica una dependencia total en las actividades de la vida diaria y la movilidad, el 100 indica una total independencia, es decir, el paciente tiene continencia, es capaz de alimentarse y vestirse, desplazarse al menos una cuadra de su casa, subir y bajar escaleras. La puntuación de 0-20 indica dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa y 100 independencias. El tiempo estimado para la aplicación de la prueba es de 5-10 minutos. Según estudios de confiabilidad el índice de Bathel tiene una alta confiabilidad intraobservador con un índice Kappa entre 0.47 a 1.0 e interobservador de 0.84-0.97.<sup>30</sup> (Anexo 2)
- Escala de Zarit. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (caregiver burden interview). Es una escala adaptada al castellano por Montorio et al. (1998) aplicado a cuidadores de personas mayores dependientes. Es un instrumento de auto informe en el cual se evalúa la carga de los cuidadores primario a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes se hacen cargo del cuidado de otra persona. Consta de 22 ítems cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22

y 110 puntos. Para cada uno de ellos: 1: nunca, 2: rara vez, 3: algunas veces, 4: bastantes veces y 5: siempre. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” ( $\leq 46$ ), “sobrecarga ligera” (47-55) y “sobrecarga intensa” ( $\geq 56$ ). Se distribuye en 3 factores 1: impacto del cuidado, 2: relación interpersonal y 3: expectativas de auto eficiencia. Con una consistencia interna (índice de Cronbach) que oscila entre 0.69 y 0.90, demostrando con ello una buena confiabilidad.<sup>31,32</sup>(Anexo 3)

## PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN

Previa autorización del Comité Local de Investigación, del Comité de Ética y del director de la unidad (Anexo 3), se efectuará el siguiente proceso.

**a:** Con el apoyo del investigador responsables se identificará a todos los pacientes del programa de atención hospitalaria domiciliaria y a sus cuidadores, se seleccionarán aquellos que cumplan con los criterios de inclusión. Una vez identificados, se les dará a conocer el estudio y se les invitará a participar.

**b:** Se les explicará el consentimiento informado con la justificación, objetivo del estudio, procedimiento, los beneficios de participar y el manejo confidencial de su información, se aclararán sus dudas y si aún acepta participar firmará el consentimiento, tanto el cuidador como el paciente dependiente. (Anexo 4).

**c:** Una vez que firme el consentimiento se procederá a aplicar la hoja de recolección de datos (anexo 1) y aplicación de los instrumentos de medición, la escala de Zarit para el cuidador y el índice de Barthel para el paciente.

**d:** Después se aplicará la Escala de Zarit a los cuidadores primarios. El tiempo de contestar este test es de 20 minutos. Se le explicará el cuidador primario los resultados de la escala. En caso de que el cuidador presente sobrecarga intensa se le enviaría a consulta externa de medicina familiar para valorar su envío a 2do nivel de atención al servicio de psiquiatría y psicología.

## Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala	Indicador
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Género correspondiente a mujer u hombre	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Edad	Es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona o ser vivo, hasta la fecha actual. Puede expresarse en días, meses o años.	Años de vida cumplidos del individuo al momento del estudio.	Cuantitativa	Continua	0-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años >20 años
Parentesco del Cuidador Primario	Lazo que se constituye a raíz de consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otro vínculo estable basado en el afecto genuino	Relación manifiesta por el cuidador primario que existe entre el enfermo y el mismo.	Cualitativa	Nominal	Papá/Mamá Hijo/Hija Nieto/Nieta Esposo/Esposa Hermano/hermana Yerno/Nuera
Tipo de Cuidador	Persona, familiar u otra que asume la responsabilidad total en la atención y apoyo diario del paciente que presenta alguna enfermedad ya sea crónica, terminal o algún problema que impida su autosuficiencia	Encargado del cuidado de la persona dependiente independientemente del parentesco con el enfermo.  Formal: persona con capacitación o adiestramiento para el cuidado de una persona enferma, en general se atribuye a personal de la salud.  Informal: persona no capacitada para el cuidado o manejo de personas enfermas, es decir no es personal de salud.	Cualitativa	Nominal	1.- formal 2.-Informal

<i>Tiempo de Dependencia</i>	Estado permanente en que se encuentran las personas, que por diversas razones (edad, enfermedad, discapacidad, etc) necesitan la atención de otra u otras personas o ayuda para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria en años de ocurrencia.	<i>Son los años de dependencia física o emocional que tiene el enfermo y que ha requerido de un cuidador primario, manifiesto mediante interrogatorio directo, expresado en años.</i>	<i>Cuantitativa</i>	<i>Continua</i>	0-5 años 6-10 años 11-15 años 16-21 años >20 años
<i>Ocupación del Cuidador</i>	<i>Actividad económica que se realiza a cambio de un salario.</i>	<i>Puesto y lugar de trabajo.</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Ordinal</i>	Hogar. Pensionado. Estudiante. Desempleado. Obrero no especializado. Empleado/técnico/operador. Profesionista
<b>Grado de Dependencia</b>	<i>Es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.</i>	<i>Persona que depende de otra para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, las cuales serán evaluadas mediante la escala de Barthel.</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Ordinal</i>	0-20 puntos: Dependencia total 21-60 puntos: Dependencia severa 61-90 puntos: Dependencia moderada 91-99 puntos: Dependencia escasa 100 puntos: Independencia
<b>Sobrecarga del Cuidador</b>	<i>Estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades de ocio, relaciones sociales, libertad y equilibrio mental del cuidador.</i>	<i>Estado subjetivo de percepción de alteración del bienestar de la persona encargada del cuidado de un paciente dependiente.</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Ordinal</i>	Ausencia de sobrecarga" ( $\leq 46$ ) Sobrecarga ligera (47-55) Sobrecarga intensa ( $\geq 56$ )

<i>Escala Zarit</i>	<i>Es una escala de 22 preguntas diseñada para valorar la sobrecarga del cuidador.</i>	<i>Escala tipo encuesta aplicable al cuidador primario con puntuación para cada pregunta. Sirve para estadificar el grado de sobrecarga del cuidador.</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>ordinal</i>	<i>Sin sobrecarga: 22-46 puntos Sobrecarga: 47-55 puntos Sobrecarga intensa: 56 – 110 puntos</i>
---------------------	--	---	--------------------	----------------	--

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Los datos fueron capturados en una hoja de cálculo empleando el programa Excel. Para la descripción de las características sociodemográficas de la población de estudio: (edad, sexo, parentesco, tipo de cuidador, tiempo de dependencia, ocupación del cuidador), se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y análisis de frecuencias expresadas en porcentajes para variables cualitativas. Se construyeron gráficas de barra y de pastel para mostrar el comportamiento de las variables en estudio. La frecuencia de sobrecarga fue expresada como el número total de casos menos el conteo de la categoría ausencia de sobrecarga sobre el total de casos analizados, multiplicado por 100 para referirlo porcentualmente. De la misma manera se obtuvieron las frecuencias relativas de las categorías de sobrecarga intensa y ligera referidas al total de casos analizados. También, se obtuvo valores relativos por cada categoría de grado de dependencia (total, severa, moderada, escasa, ausencia) y se representarán con ayuda de un gráfico de barras. La relación entre las categorías sobrecarga y el grado de dependencia, así como sobrecarga y tiempo de permanencia se resolvieron de aplicar modelos de regresión logística, incluyendo variables sociodemográficas como variables predictoras dentro de cada modelo. Aquellas que resulten no significativas ( $P > 0.05$ ) fueron excluidas del modelo. Se obtuvieron valores de Chi-cuadrada de Wald por cada predictor, así como valores de odd ratio (OR). La asociación entre probabilidades predichas y respuestas observados fue estimada con el estadístico D de Sommers. El análisis se realizó empleando el programa estadístico SPSS versión 26.

## ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio, se sometió a evaluación del Comité de Ética en Investigación número 2048 (CEI N° 2048) y al Comité local de Investigación en Salud número 204 (CLIS N° 204) ambos con sede en el Hospital General Regional No. 20, Tijuana Baja California.

La finalidad de este estudio es determinar la prevalencia de sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de pacientes dependientes pertenecientes al programa ATHODO del HGZ #30 del IMSS. En todo momento se respetará el derecho a de la persona de salvaguardar su integridad, con las medidas necesarias para que en dicha investigación los beneficios sean mayores a los riesgos y con ello exista concordancia con la Declaración de Helsinki.

Con la previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y conforme la normativa institucional en relación a investigación en salud y seres humanos, se procederá a localización de los pacientes, así como sus cuidadores y solicitar mediante un consentimiento informado la autorización de los mismos, agregando la carta de autorización del director de la unidad. La selección se llevará a cabo del total de los pacientes que se encuentren adscritos al programa, que cumplan con los criterios de selección y deseen participar en estudio, sin discriminación y sin importar raza, sexo, condición social, religión u otra determinante.

En concordancia con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en el artículo 16, se protegerá la privacidad de todas las personas incluidas en el estudio, la información que de esta investigación se derive será manejada estrictamente confidencial por el investigador principal. No se registrará información personal sin su permiso o información que no sea propósito de estudio. Con la finalidad de conservar su anonimato, la identificación de los encuestados se realizará mediante códigos alfa-numéricos. Datos personales no se presentarán en informes o resultados. Los instrumentos de tamizaje serán custodiados por el investigador principal.

La presente investigación se apagará a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en su artículo 1, en la cual se estipula la protección de los datos personales en posesión de particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado. También en base al artículo 6 donde los responsables en el tratamiento de datos personales deben conservar los principios de licitud, consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad previstos en la ley.

Al ser una investigación sin riesgo en la cual los participantes no tendrán modificaciones en alguna de sus variables biopsicosociales o fisiológicas, los beneficios que podemos encontrar en ella es la identificación de cuidadores con síndrome del cuidador cansado de manera oportuna, con una derivación temprana de los mismos a servicios de psicología mediante la consulta externa para la valoración de los mismos y buscar estrategias para disminuir la sobrecarga. Y en un futuro formar programas de capacitación para los cuidadores en los cuales se les adiestre sobre el cuidado de sus pacientes dependientes, así como fomentar una adecuada red de apoyo familiar para mejorar la sensación subjetiva de insatisfacción generada por el cuidado de dichos pacientes.

### Aspectos de Bioseguridad

Con base en el artículo 17 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en su fracción I, esta investigación es clasificada como investigación sin riesgo, debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes, únicamente se recolectará información bajo consentimiento y aceptación de cada participante, mediante la aplicación de instrumentos tipo encuestas y entrevistas.

## RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

### Humano:

- **Investigador principal:** Dr. Servando Ochoa Yépiz. Médico Residente de Medicina Familiar.
- **Investigador Responsable y Temático:** Dra. Imelda Isabel Landeros Castelo
- **Asesor:** Dra. Vanessa Johanna Caro.
- **Investigador Metodológico:** Dr. Alberto Barreras Serrano

### Infraestructura y materiales

- Consultorios
- Escala Zarit
- Escala de Barthel
- Cédulas para recolección sociodemográfica.
- Hojas blancas
- Pluma
- Computadora
- Impresora

### Financieros

- No se requiere de financiamiento. Todos los recursos y herramientas necesarias para la investigación serán provistos por el investigador principal.

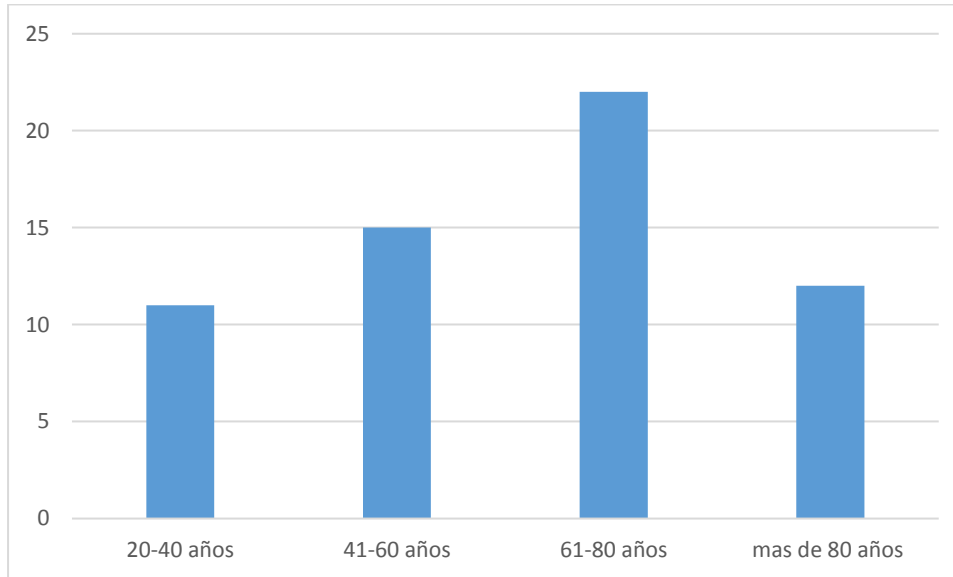
### Factibilidad

Este proyecto es factible gracias a que se cuenta con el recurso humano, los materiales e instrumentos que se requieren para su realización, así como los recursos financieros para el mismo.

## RESULTADOS

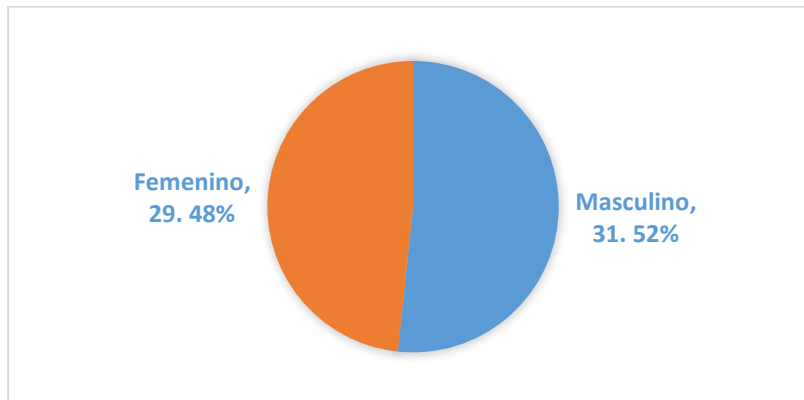
### Características sociodemográficas de la población de estudio.

La edad más frecuente en la población de pacientes dependientes fue de 61 a 80 años con 22 pacientes (36.67%), mientras que la edad menos frecuente fue de 20 a 40 años con 11 pacientes (18.33%). Gráfica 1.



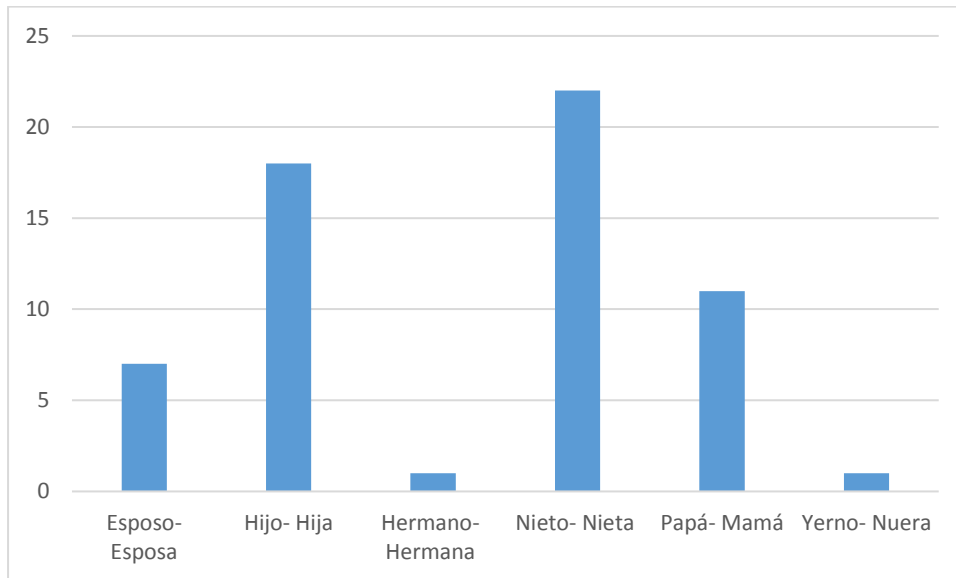
**Gráfica 1. Población de pacientes dependientes por edad.**

Los pacientes dependientes en este estudio en su mayoría son del sexo masculino con 31 (51.67%), mientras que 29 (48.33%) son mujeres. Gráfica 2.



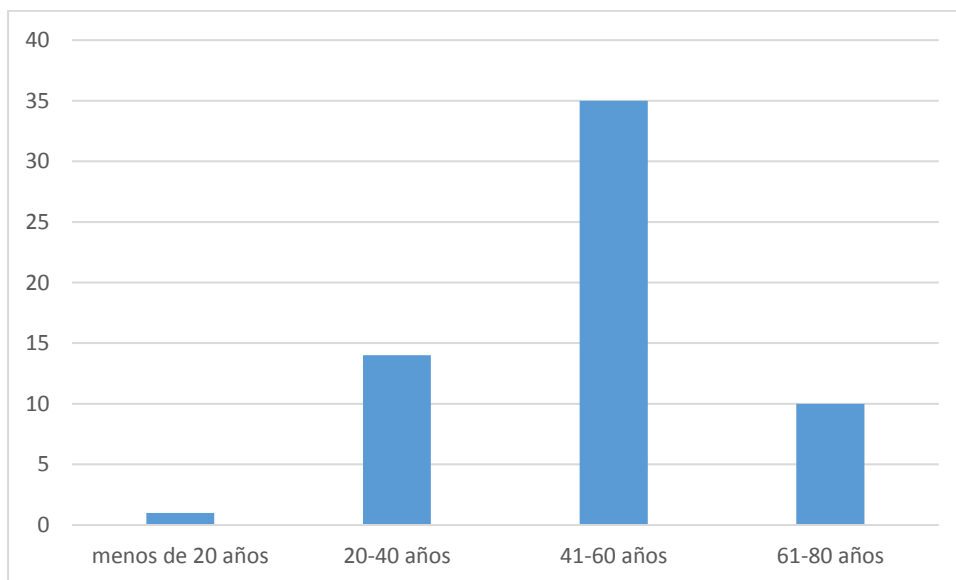
**Gráfica 2. Población de pacientes dependientes según el sexo.**

Los cuidadores de pacientes dependientes en su mayoría son nietas/os 22 (36.67%), seguido de hijas/os con 18 (30%), o alguno de los padres 11 (18.33%). Gráfica 3.



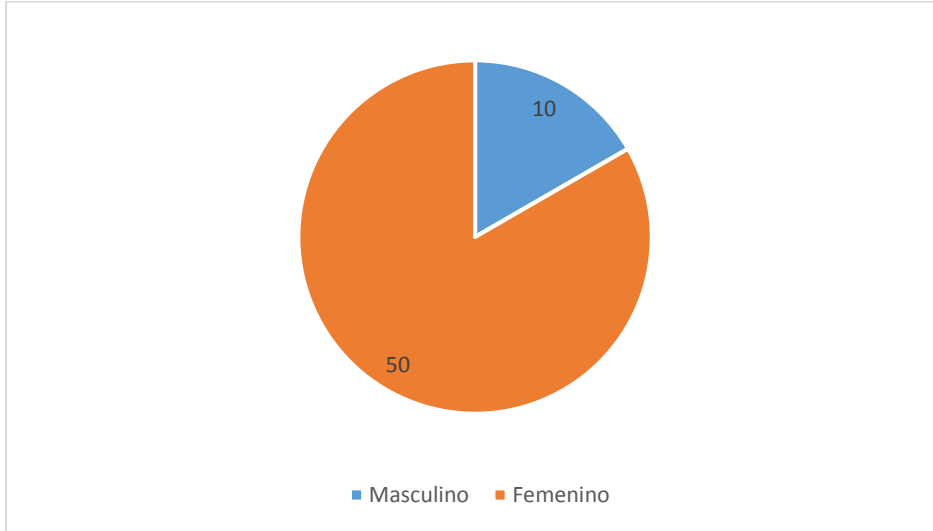
**Gráfica 3. Parentesco de cuidadores primarios y pacientes dependientes.**

La edad de los cuidadores de pacientes dependientes oscila en su mayoría de 41 a 60 años con 35 casos (58.33%). Gráfica 4.



**Gráfica 4. Edad del cuidador del paciente dependiente.**

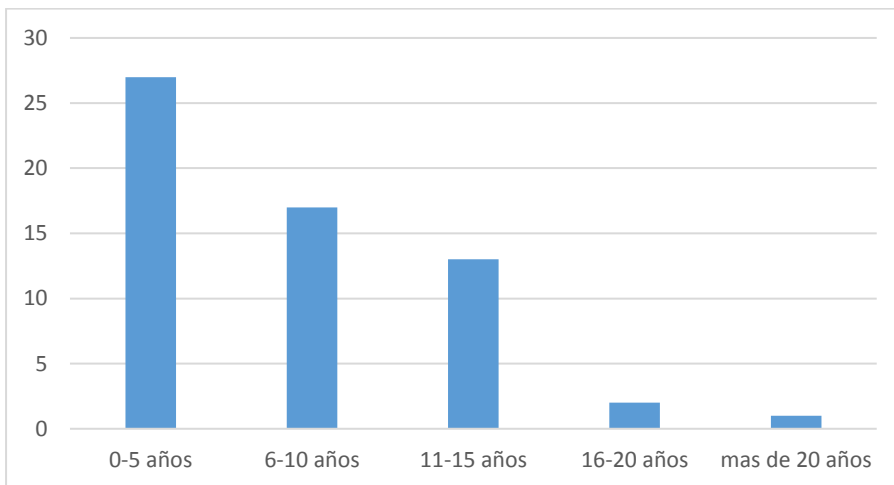
Se puede observar que más de tres cuartas partes de los cuidadores son del sexo femenino con un total de 50 (83.33%). Gráfica 5.



**Gráfica 5. Sexo del cuidador.**

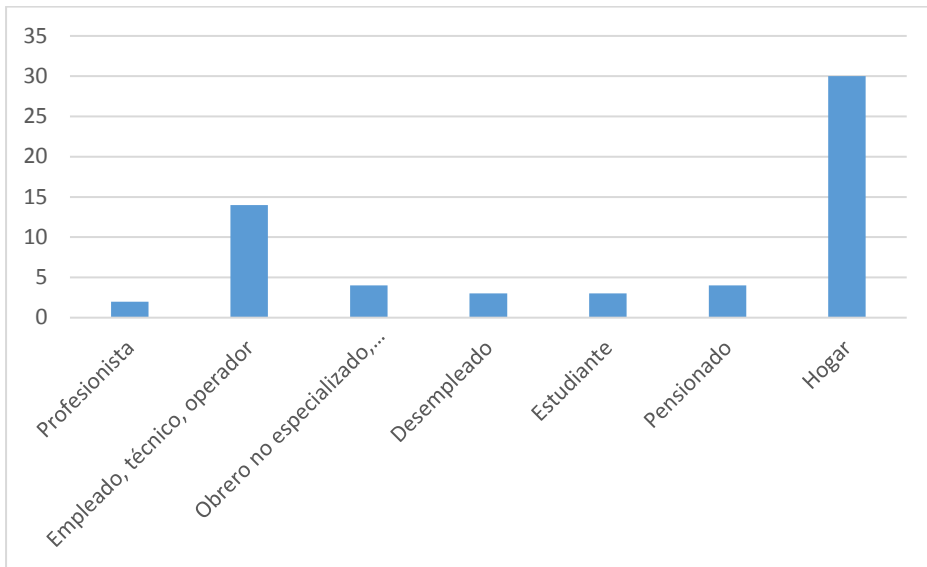
Todos los cuidadores de los pacientes dependiente son de tipo informal 60 (100%).

Se observó que casi la mitad de los pacientes dependientes en este estudio cuentan con un tiempo de dependencia de hasta 5 años con un total de 27 (45%), seguido de un tiempo de dependencia de 6 a 10 años con 17 casos (28.33%). Gráfica 6.



**Gráfica 6. Años de dependencia de los pacientes.**

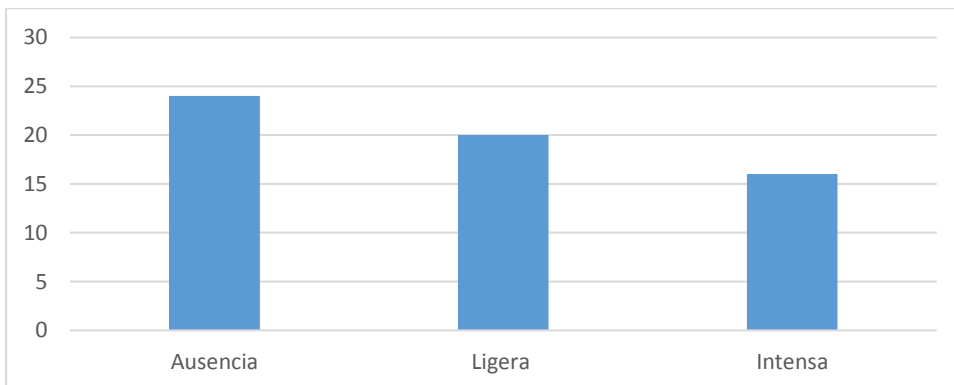
Los cuidadores principales de los pacientes dependientes son en su mayoría dedicados al hogar 30 (50%), empleados u operadores 14 (23.33%). Gráfica 7.



**Gráfica 7. Ocupación del cuidador.**

### **Estimación de la frecuencia de sobrecarga de los cuidadores primarios mediante la escala de ZARIT.**

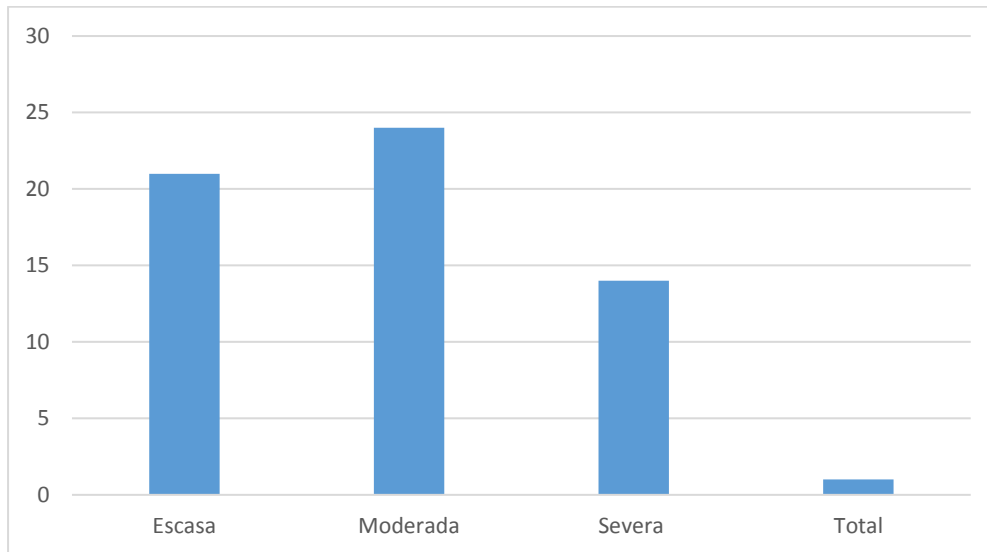
En relación a los cuidadores principales, se observó en el resultado de la escala de Zarit que más de la mitad cuentan con algún tipo de sobrecarga ya sea, ligera 20 (33.33%), o intensa 16 (26.67%), mientras que al menos en 24 casos se encuentra ausente (40%). Gráfica 8.



**Gráfica 8. Escala de Zarit. Presencia de sobrecarga del cuidador.**

### **Estimación del grado de dependencia del paciente dependiente mediante el índice de Barthel.**

En la evaluación de la dependencia de los pacientes por medio de la escala de Barthel se observa que la mayoría de los pacientes cuentan con cierto grado de dependencia, escasa en 21 pacientes (35%), moderada: 24 (40%), severa: 14 (23.33%), total: 1 (1.67%). Gráfica 9.



**Gráfica 9. Escala de Barthel. Grado de dependencia.**

### **Estimación de la relación entre grado de dependencia del paciente y tiempo de dependencia con el grado de sobrecarga del cuidador primario.**

La relación entre variables se realizó de aplicar regresión logística de naturaleza ordinal en tres etapas:

- a) Relación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario en función del grado de dependencia del paciente. La regresión resultó significativa ( $P < .01$ ) como producto del estadístico chi-cuadrada de Wald, es decir existe una relación entre las dos variables, con un valor estimado de odds ratio (OR) de 27.87, con un intervalo de confianza al 95% desde 8.99 hasta 86.37. El valor de OR indica que al aumentar el grado de dependencia del paciente es 27.87 veces más probable de padecer sobrecarga alta el cuidador primario. El valor de asociación entre variables de naturaleza categórica ordinal evaluado a través del coeficiente de Somers fue de 0.764 significando una asociación alta.

- b) Relación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario en función del grado de dependencia del paciente más variables sociodemográficas registradas. La regresión resultó significativa ( $P < .01$ ) como producto del estadístico chi-cuadrada de Wald, es decir existe una relación funcional logística múltiple, sin embargo solo las variables grado y tiempo de dependencia resultaron importantes ( $P < 0.05$ ) en la relación con un valor de OR de 36.69 (IC95% 8.13, 165.66) para la variable grado de dependencia, y un OR de 3.04 (IC95% 1, 10.04) para tiempo de dependencia. El valor de asociación múltiple entre variables de naturaleza categórica ordinal evaluado a través del coeficiente de Somers fue de 0.875 significando una asociación alta.
- c) Relación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario en función del grado de dependencia del paciente y tiempo de dependencia. El mejor modelo logístico construido fue este último el cuál en principio la regresión resultó significativa ( $P < .01$ ) como producto del estadístico chi-cuadrada de Wald. Además, los valores de OR para grado de dependencia fue de 25.96 indicando que los pacientes con un valor categórico aumentado de esta escala en la variable grado de dependencia, resultarán 26 veces con mayor probabilidad de padecer sobrecarga alta. El valor del intervalo de confianza al 95% fue de 7.27, 92.63. Para la variable regresora tiempo de dependencia, el valor del OR fue de 3.55 (IC95% 1.46, 8.67) indicando que a mayor tiempo de dependencia, es 3.5 veces más probable que el cuidador presente sobrecarga intensa. El valor de asociación múltiple entre variables de naturaleza categórica ordinal evaluada a través del coeficiente de Somers fue de 0.85 significando una asociación alta.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se incluyeron 60 cuidadores primarios pertenecientes a un programa de atención domiciliar hospitalaria de pacientes crónicos con algún grado de dependencia y se encontró que en su mayoría eran del género femenino con edades comprendidas entre el rango de los 41-80 años, caso similar a los encontrados y descritos por Revilla-Ahumada et al, donde se describen a mujeres con edad promedio de 50-80 años de edad.<sup>22</sup>, al igual que lo descrito en el estudio de Navarro-Sandoval C et al, donde el 60.5% tenían una edad entre 50 y 69 años.<sup>24</sup>

Se encontró que el 51.65% de los pacientes dependientes eran del sexo masculino y el 83.33% de los cuidadores principales eran del sexo femenino. Coincidiendo, en el predominio de las mujeres como cuidadores principales, con los estudios de Giraldo, et al<sup>25</sup>, Salazar Maya, et al.<sup>26</sup> y López- Pasos, et al<sup>23</sup> donde el sexo del cuidador principal es femenino en el 74%, 89.7% y 90% respectivamente. Sin embargo, en el estudio de López- Pasos, et al, se difiere en el sexo del paciente dependiente donde el predominio es el sexo femenino con 59.4%.<sup>23</sup>

Sobre el parentesco de los cuidadores con el paciente dependiente detectamos que en su mayoría eran nietas o hijas sumando un 60.67%, datos similares a los encontrados por Ahmad Zubaidi, et al<sup>29</sup> donde el 52.2% eran hijas o nietas, mientras que en el estudio de López-Pasos, et al<sup>23</sup> solo el 49.4% eran hijas.

El tiempo de dependencia estimado fue de hasta 5 años en un 45% y de 6 a 10 años en el 28.33%, no se encontraron estudios que especificaran el tiempo de dependencia, solo el diagnóstico de la patología la cual la provoca sin especificar el tiempo de ésta. Tal es el caso del estudio de Hernández Ramírez, et al<sup>16</sup> donde los diagnósticos más frecuentes son hipertensión arterial (15.3%) y diabetes mellitus (12.8%); mientras que en el estudio de Tripodoro V. et al<sup>12</sup> el 70% eran pacientes oncológicos.

En relación a la ocupación de los cuidadores principales encontramos que la mayoría eran amas de casa (50%), empleados u operadores (23.33%). Difiriendo de la información obtenida por Salazar Maya, et al.<sup>26</sup> donde el 83.1% eran dedicados al hogar y 1.8% empleados. Mientras que en el estudio de Navarro- Sandoval, et al.<sup>24</sup> el 59.2% eran amas de casa y el 22.4% empleados.

En este estudio se determinó el grado de sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes dependientes por medio de la herramienta de Zarit, viendo que el 33.33% presentó una sobrecarga ligera y el 26.67% una sobrecarga intensa. Mientras que el 40% no presentaba sobrecarga. Datos que difieren del estudio de Hernández Gómez, et al.<sup>3</sup> donde solamente el 23%

de los cuidadores tienen algún grado de sobrecarga, al igual que el estudio de García Cedeño, et al<sup>15</sup> donde el 23.53% de la población de estudio contaba con sobrecarga ligera a intensa.

El grado de dependencia de los pacientes estudiados se evaluó por medio del índice de Barthel, viendo que todos los pacientes presentaban dependencia ya sea escasa (35%), moderada (40%), severa (23.33%) o total (1.67%). Difiriendo del estudio de Hernández Ramírez, et al<sup>16</sup> donde el 92.9% presentaban dependencia escasa.

Se estimó la relación entre el grado de dependencia del paciente y el grado de sobrecarga del cuidador, descubriendo que este último tiene una probabilidad 26 veces más elevada de presentar sobrecarga cuando el paciente es más dependiente. Destacando el estudio de Hernández Gómez, et al<sup>3</sup> donde existía sobrecarga cuando los pacientes dependientes tenían déficit visual, uso de silla de ruedas o bastón.

En cuanto a la relación entre el tiempo de dependencia con el grado de sobrecarga del cuidador, se determinó que las probabilidades de padecer sobrecarga aumentan al menos 3.5 veces cuando existe un mayor tiempo de dependencia. No se encontró bibliografía que defina el tiempo de dependencia, sin embargo, en el estudio de Prieto- Miranda, et al. se vio asociación entre el número de horas a partir de las cuales los cuidadores tienen mayor riesgo de síndrome de sobrecarga, precisando que, a partir de seis horas del cuidado diario se incrementaba el riesgo hasta 400 veces.<sup>9</sup>

## CONCLUSIONES

De los cuidadores primarios estudiados, el 83% fueron del género femenino y su ocupación fue el hogar en un 50%.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado sobrecarga del cuidador primario con el grado de dependencia del paciente cuidado y el tiempo de dependencia. Es decir, que el aumento categórico del grado de dependencia del paciente hace 26 veces más probable que se presente sobrecarga en el cuidador, así como el aumento de tiempo de dependencia genera 3.5 veces más la probabilidad de padecer sobrecarga.

El 60% de los cuidadores primarios cuentan con algún grado de sobrecarga. Teniendo en cuenta que la sobrecarga es una percepción subjetiva de malestar, ésta puede influir negativamente en el cuidado de atención de la propia salud y en un deterioro en los cuidados y salud del paciente dependiente.

## RECOMENDACIONES

Se hizo evidente ante el crecimiento poblacional de adultos mayores, la necesidad de que los sistemas de salud, reestructuren la atención médica de los mismos hacia un manejo integral en salud y la incorporación de las redes de apoyo familiar con las que se cuentan; éstas últimas de vital importancia en pacientes dependientes ya que los encargados de su atención y cuidados son principalmente personas con algún parentesco de consanguinidad. Ciertamente este estudio es propio de un programa especializado en pacientes dependientes y su atención domiciliaria, centrando la atención en ellos, pero no se incluye en el mismo la capacitación y/o adiestramiento en el cuidado de un paciente dependiente, dejando de lado el modelo biopsicosocial de la relación médico paciente, así como la valoración y terapia psicológica al dependiente y su cuidador, teniendo en cuenta que en la gran mayoría de ocasiones la dependencia es permanente y progresiva.

## CRONOGRAMA

	Junio - Diciembre 2021	Enero -Marzo 2022	Abril – septiembre 2022	Agosto 2022	Septiembre- Diciembre 2022	Enero 2023
Elaboración del protocolo	X					
Registro en SIRELCIS		X				
Recolección de datos			X			
Captura de base de datos				X		
Análisis de resultados					X	
Discusión de resultados					X	
Conclusiones					X	
Entrega						X

## Bibliografía

1. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MÁ, Parra-Anguila L, Del-Pino-Casado R. Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Aten Primaria*. 2017;49(7):381–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.012>
2. Swartz K, Collins LG. Caregiver care. *Am Fam Physician*. 2019;99(11):699–706.
3. Hernández RM, Lumbreras DI, Hernández VIA, et al. Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. *Rev Med UV*. 2016;16(2):9-24.
4. Urrutia González L, Fernández EJ, Gómez CS. Study on the relationship between the functional dependence and the perception of involvement of the upper extremities in patients with stroke through the Dash and Barthel index assessment tools. *Tog*. 2018;15:225–36.
5. Duran-Badillo T, Domínguez-Chávez CJ, Hernández-Cortés PL, Félix-Alemán A, Cruz-Quevedo JE, Alonso-Castillo MM. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta Univ*. 2018;28(3):40–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15174/au.2018.1614>
6. Guzmán Olea E, Pimentel Pérez BM, Salas Casas A, Armenta Carrasco AI, Oliver González LB, Agis Juárez RA. Prevention of physical dependence and cognitive impairment by implementing an early rehabilitation program in institutionalized elderly. *Acta Univ*. 2017;26(6):53–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15174/au.2016.1056>
7. González-Tamajón RM Sra, Jiménez-Prieto C Sra, Campillo-Cañete N Dra, Gómez-López MV Sra, Crespo-Montero R Sr. Análisis de la calidad de vida del paciente en prediálisis y su relación con la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. *Enferm nefrol*. 2020;23(4):361–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020037>
8. González-Rodríguez Rubén, Gandoy-Crego Manuel, Díaz Miguel Clemente. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos*. 2017 [citado 2021 Dic 17] ; 28( 4 ): 184-188. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2017000400184&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184&lng=es).
9. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, et al. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Mex*. 2015;31(6):660-668.
10. Martínez Marcos M, De la Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Aten Primaria*. 2016;48(2):77–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>
11. Adib-Hajbaghery M, Ahmadi B. Caregiver burden and its associated factors in caregivers of children and adolescents with chronic conditions. *Int J Community Based*

Nurs Midwifery. 2019;7(4):258–69. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73893.0>

12. Tripodoro, V., Veloso, VY, Llanos, V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos: revista de crítica social*. 2015; 17, 307-330. Recuperado de:

<http://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324/1217>

13. García Cedeño ML, Naranjo Llupart MR, Moreira Navia JR. Síndrome de sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores: caso comunidad Playa Prieta-Manabí. *Margen*. 2019;(95):1–9. Available from: <https://www.margen.org/suscri/margen95/garcia-95.pdf>

14. Arias-Rojas M, Carreño Moreno S, Sepúlveda García A, Romero Ballesteros I. Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos . *Rev Cuid*. 27 de abril de 2021 [citado 17 de diciembre de 2021];12(2). Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1248>

15. Garcia-Ptacek S, Dahlrup B, Edlund A-K, Wijk H, Eriksdotter M. The caregiving phenomenon and caregiver participation in dementia. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(2):255–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12627>

16. Hernández MA, Fernández MJ, Blanco MA, Alves MT, Fernández MJ, Souto, A, et al: Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; 93: 1-10

17. Tartaglini MF, Feldberg C, Hermida PD, Heisecke SL, Dillon C, Ofman SD, et al. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurol argent*. 2020;12(1):27–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>

18. Bianchi M, Flesch LD, Alves EV da C, Batistoni SST, Neri AL. Zarit Burden Interview psychometric indicators applied in older people caregivers of other elderly. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24(0). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>

19. González-Fraile E, Bastida-Loinaz MT, Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón AI, Iruin-Sanz Á. Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Interv Psicosoc*. 2018;27(3):113–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/pi2018a20>

20. Shin JY, Choi SW. Online interventions geared toward increasing resilience and reducing distress in family caregivers. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2020 Mar;14(1):60-66. doi: 10.1097/SPC.0000000000000481. PMID: 31842019; PMCID: PMC6996606.

21. Litzelman K. Caregiver well-being and the quality of cancer care. *Semin Oncol Nurs*. 2019;35(4):348–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2019.06.006>

22. De la Revilla L, De los Ríos A, Prados M, Abril A. La sobrecarga de la cuidadora principal, análisis de las circunstancias que intervienen en su producción. *Med Fam Andal*

[Internet]. 2019;20(2):122–33. Available from: [https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2\\_O\\_sobrecargaCP.pdf](https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2_O_sobrecargaCP.pdf)

23. López R, Pech R, María B, Delgadillo J. Artículo Original Primary caregiver overload of patients over 60 years with chronic. *Ciencia y Humanismo en la Salud*. 2019;6(2):39–45.

24. Navarro-Sandoval C, Uriostegui-Espíritu LC, Delgado-Quiñones EG, et al. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(1):25-31.

25. Montoya DIG, Machado SZ, Gómez VU. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. *Medicina UPB* 2018; 37(2):89–96. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/1590/159056349001/html>

26. Salazar A, García Y. Ciro C. Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. (2020)22. 10.11144/Javeriana.ie22.cccf

27. Felipe AR, Silva JR, Partezani RA, Pecchi MT. Caregiver overload and factors associated with care provided to patients under palliative care. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2021 Mar 5;39(1):e10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7987288/>

28. Perpiñá-Galvañ J, Orts-Beneito N, Fernández-Alcántara M, García-Sanjuán S, García-Caro MP, Cabañero-Martínez MJ. Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care patients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(23):4806. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16234806>.

29. Ahmad ZS, Ariffin F, Oun CTC, Katiman D. Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: a cross sectional study. *BMC Palliative Care*. 2020 Dec;19.

30. Buzzini M, Secundini R, Gazzotti A, Giraldes RL, ACR, & Druetta S, Sequeiros S, Rodriguez A, Validación del Índice de Barthel. *Boletín Del Departamento de Docencia e Investigación Del IREP*, (2002). 6(1), 9–11.

31. Montero X, Jurado S, Valencia A, Méndez J, Mora I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*. 2014; 11 (1). Disponible en: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_psic.2014.v11.n1.44918](http://dx.doi.org/10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44918)

32. Quinche A, Ortega A, Álvarez L, Ríos Elizalde A. Escala de síndrome del cuidador de Zarit: evidencia de validez en Loja-Ecuador [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/escala-sindrome-cuidador-zarit/>

# ANEXOS

## Anexo 1 Recolección de datos Sociodemográficos

Folio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Tipo de cuidador: Formal \_\_\_\_ Informal\_\_\_\_

Tiempo de dependencia del paciente: \_\_\_\_\_

Ocupación del cuidador: \_\_\_\_\_

Resultado Escala de Zarit (Cuidador) \_\_\_\_

Resultado índice de Bathel (Paciente)\_\_\_\_

## Anexo 2 Escala de Barthel

### **Comer**

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

### **Trasladarse entre la silla y la cama**

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

### **Aseo personal**

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

### **Uso del retrete**

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

### **Bañarse/Ducharse**

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

### **Desplazarse**

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

### **Subir y bajar escaleras**

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

### **Vestirse y desvestirse**

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

### **Control de heces:**

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

### **Control de orina**

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Puntuación.<sup>30</sup>

0-20 puntos	Dependencia total
21-60 puntos	Dependencia severa
61-90 puntos	dependencia moderada
91-99 puntos	dependencia escasa
100 puntos	Independencia

## Anexo 3 Escala de Zarit

### Escala de Zarit

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)		
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?	

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):	
Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Interpretación.<sup>31</sup>

<46 puntos	Ausencia de sobrecarga
47-55 puntos	Sobrecarga ligera
≥ 56 puntos	Sobrecarga intensa

## Anexo 4. Carta de no inconveniente



GOBIERNO DE  
MÉXICO



ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA REGIONAL BAJA CALIFORNIA  
Unidad de Medicina Familiar No. 28  
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud



### CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR

Mexicali Baja California a 01 de Diciembre de 2021

#### CARTA DE NO INCONVENIENTE

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 204

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

PRESENTE

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que estoy enterado de la propuesta de investigación titulada:

#### **"PREVALENCIA DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES DEPENDIENTES DEL HGZ 30 EN MEXICALI BAJA CALIFORNIA"**

Que de ser aprobada, no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en el Hospital General de Zona #30 para lo cual se designa a la Dra. Imelda Isabel Landeros Castelo con matricula 99264845 adscrita al hospital General de Zona #30 como investigador responsable, en la cual se realizarán encuestas a cuidadores primario de pacientes dependientes adscritos al programa ATHODO de la unidad, así como una breve revisión de expedientes.

En caso de ser aprobado el proyecto, se brindaran todas las facilidades para el desarrollo del mismo.

Sin más por el momento, quedo atenta a sus comentarios



Dr. Francisco Javier López Parra  
Director del Hospital General de Zona #30  
Mexicali, B.C.  
Matrícula: B0226823

Dr. Francisco Javier López Parra

Director del Hospital General de Zona #30 IMSS, Baja California



## Anexo 5. Carta de 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**

Nombre del estudio:	"Prevalencia del síndrome del cuidador cansado en cuidadores primarios de pacientes dependientes del HGZ #30 en Mexicali, Baja California"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Hospital General de Zona #30, IMSS, Mexicali, Baja California, Enero 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	EL conocer y reconocer la existencia de sobrecarga del cuidador, para plantear estrategias de apoyo dirigidas a estas personas. Es necesario primero identificar el problema, reconocer que existe y a partir de ello plantear las bases para futuros estudios de investigación encaminados a fomentar estrategias de ayuda.
Procedimientos:	Al iniciar el estudio, se le entrevistará en una consulta domiciliaria dentro del programa de atención hospitalaria domiciliaria en donde será invitado a participar libremente y se le informará ampliamente sobre los detalles del procedimiento de esta investigación con sus riesgos y beneficios. Si decide participar en el estudio se le entrega al participante (cuidador) hoja de recolección de datos sociodemográficos para su llenado. Posteriormente, se continúa con la aplicación de Escala de Zarit y aplicación de escala de Barthel al paciente dependiente. Se evaluarán resultados obtenidos, los cuales se integrarán a hoja de recolección, para su posterior análisis.
Posibles riesgos y molestias:	La investigación corresponde a una investigación sin riesgo ya que solo se requerirá llenar cuestionarios.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al final del estudio se le informaran los resultados de la entrevista con escala de Zarit a los encuestados y en caso de presentar sobrecarga intensa se le ofrecerá la consulta de medicina familiar para valorar sus resultados y ser referidos a segundo nivel de atención a la consulta de psicología y psiquiatría con la finalidad implementar estrategias de apoyo y resolución de problemas que afectan la relación con el paciente dependiente y el cuidador.
Participación o retiro:	Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, y en caso de que acepte participar y posteriormente desea retirarse del estudio, lo puede hacer en cualquier momento que usted lo decida sin que eso afecte su atención médica en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Su información personal no será pública ni se utilizará en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y se guardará siempre la confidencialidad de su información.

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio y que se tome la información necesaria solo para este estudio.

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

Investigador Responsable	Dra. Imelda Isabel Landeros Castelo, Investigador Responsable. Correo <a href="mailto:imeldalanderos@gmail.com">imeldalanderos@gmail.com</a>
Colaboradores	Dr. Servando Ochoa Yepiz Residente de Medicina Familiar de la UMF 28, correo: <a href="mailto:servando.ochoa@gmail.com">servando.ochoa@gmail.com</a> Dr. Alberto Barreras Serrano, correo: <a href="mailto:abarreras@uabc.edu.mx">abarreras@uabc.edu.mx</a> Asesor: Dra. Vanessa Johanna Caro, correo: <a href="mailto:vanessa.caro@imss.gob.mx">vanessa.caro@imss.gob.mx</a>

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**