

Méd. Gral. BETSABÉ CARIÑO
HERNÁNDEZ

LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTE GERIÁTRICO Y SU ASOCIACIÓN
CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

2021



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTE
GERIÁTRICO Y SU ASOCIACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Betsabé Cariño Hernández

Dirigido por:

Méd. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Querétaro, Qro. Enero de 2021



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“ LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTE GERIÁTRICO Y SU ASOCIACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Méd. Gral. Betsabé Cariño Hernández

Dirigido por:

Méd. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos

Presidente

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez

Secretario

Med. Esp. Ana Marcela Ibarra Yañez

Vocal

M.C.E. Azucena Bello Sánchez

Suplente

Med. Esp. Verónica Campos Hernández

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (18 Diciembre 2020)
México

Resumen

Introducción: La sobrecarga del cuidador primario es un problema de salud pública, por los cambios sociodemográficos, la inversión de la pirámide poblacional con ello mayor demanda de cuidadores primarios, estos son susceptibles al colapso afectando la salud física, sino también su estado anímico y su interacción con el resto de la familia repercutiendo en la funcionalidad familiar.

Objetivo: Determinar la asociación de sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos y su funcionalidad familiar en una unidad de primer nivel de atención. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal comparativo y analítico, en cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Unidad de Medicina Familiar No. 16, delegación Querétaro en el periodo de noviembre 2018 a junio de 2019. Participaron 60 cuidadores en cada grupo, grupo 1 cuidadores primarios con sobrecarga, grupo 2 cuidadores primarios sin sobrecarga, evaluados por la escala de Zarit y funcionalidad familiar determinada por cuestionario FF-SIL. Se midieron variables sociodemográficas del cuidador y del paciente geriátrico. Análisis descriptivo e inferencial, por medio de la prueba de X^2 con un nivel de confianza 95%. Se solicitó consentimiento informado. **Resultados:** El perfil del cuidador primario informal de mayor prevalencia fue del género femenino 51%. El promedio de edad 43.8 años en el grupo con sobrecarga, el estado civil casada ocupación ama de casa, escolaridad preparatoria, patologías del cuidador el 85.7% tuvo dislipidemia, seguido de lumbalgia en el 66.7%, hipertensión arterial en el 58.8%, diabetes mellitus 56.7%, mientras que el grupo sin sobrecarga se encontró estado civil soltero o divorciada. Respecto del paciente geriátrico fue mayor la prevalencia del género femenino, viudas, escolaridad secundaria, ellas fueron portadoras de hipertensión arterial en el 67.5% seguido de patologías como diabetes mellitus en el 47.5%. Se encontró significancia estadística la asociación de la sobrecarga del cuidador con la funcionalidad familiar con una $p=.000$. **Conclusión:** Existe asociación entre la sobrecarga del cuidador y la funcionalidad familiar.

Palabras clave: Sobrecarga, cuidador primario, funcionalidad familiar.

Summary

Introduction: The overload of the primary caregiver is a public health problem, due to the sociodemographic changes, the inversion of the population pyramid with this greater demand for primary caregivers, these are susceptible to collapse affecting not only their physical health, but also their mood and its interaction with the rest of the family impacting on family functionality. **Objective:** To determine the association of overload of the primary caregiver of geriatric patients and their family functionality in a first level care unit. **Materials and methods:** Cross-sectional, descriptive, observational association in primary caregivers of geriatric patients of the Family Medicine Unit No. 16, Querétaro delegation. 60 caregivers participated in each group, group 1 primary caregivers with overload, group 2 primary caregivers without overload, evaluated by the Zarit scale and family functionality determined by FF-SIL questionnaire. Sociodemographic variables of the caregiver and geriatric patient were measured, descriptive and inferential analysis, use of X² with a 95% confidence level. Informed consent was requested. **Results:** : The profile of the informal primary caregiver with the highest prevalence was 51% female. The average age 43.8 years in the overload group, marital status married, housewife occupation, preparatory schooling, caregiver pathologies, 85.7% had dyslipidemia, followed by low back pain in 66.7%, arterial hypertension in 58.8%, diabetes mellitus 56.7%, while the group without overload found a single or divorced marital status. Regarding the geriatric patient, the prevalence of the female gender, widows, secondary schooling was higher, they were carriers of arterial hypertension in 67.5% followed by pathologies such as diabetes mellitus in 47.5%. Statistical significance was found in the association of caregiver overload with family functionality with a p = .000. **Conclusion:** There is an association between caregiver overload and family functionality. **Conclusion:** There is an association between caregiver overload and family functionality.

Keywords: Overload, primary caregiver, family functionality.

Dedicatorias

Este trabajo se lo ofrezco a Dios, mi creador. Y a María Santísima, mi fortaleza.

A mis abuelos. Ame, Juani, Tintin, Joel, por darme tan supremos mentores.

A Lupita y Salvador por su confianza, apoyo incondicional, así como también por los grandes ejemplos de vida.

A mi hermanito Dante por ser mi confidente, mi mejor amigo.

A mis tíos, primos, parientes y bienhechores que han caminado a mi lado durante este proceso de crecimiento académico.

Gracias a cada uno de ustedes por permitirme llegar a este momento en mi vida académica. Sin ustedes este instante sería en vano.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Agradecimientos

Agradezco a Dios por la vida y por la maravillosa familia, por acompañarme en esta travesía académica.

Agradezco a Lupita por su amor incondicional, por su gallardía y ejemplo de vida.

Agradezco a Salvador por su temple, profesionalismo y ejemplo de vida.

A mi hermano Dante por creer en mí, siempre.

A mi director de tesis Dr. Manuel Enrique Herrera Ávalos por su apoyo y enseñanzas.

A la Dra. Ma. Azucena Bello Sánchez, por su gentileza para asesorarme, corregir y mejorar en este proceso.

A mis profesores, gracias por compartir sus conocimientos y experiencia laboral.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1-2
II. Antecedentes	
II.1 Antecedentes	3-4
III. Fundamentación teórica	
III.1 Paciente geriátrico	5-6
III.1.1 Epidemiología	6
III.1.1.1 A nivel mundial	6
III.1.1. 2. Continente americano	6-7
III.1.1.3. México	7
III.1.1.4 Querétaro	7
III.2. Rol de la familia de un paciente geriátrico	8-9
III.3 Cuidador primario	9-10
III.3.1 Sobrecarga del cuidador primario	11-14
III.4. Funcionalidad familiar	14-15
III.5. Paciente geriátrico, cuidador primario y familia	16-17
IV. Hipótesis o supuestos	18
V. Objetivos	
V.1 General	19
V.2 Específicos	19
VI. Material y métodos	
VI.1 Tipo de investigación	20
VI.2 Población o unidad de análisis	20

VI.3 Muestra y tipo de muestra	20
VI.3.a. Criterios de selección	21
VI.3.b. Criterios de inclusión	21
VI.3.c. Criterios de exclusión	21
VI.3.d. Criterios de eliminación	21
VI. 4 Técnicas e instrumentos	22
VI. Procedimientos	23
VI. 5 Análisis estadístico	23
VI. 6 Consideraciones éticas	24
VII. Resultados	25-27
VIII. Discusión	35-38
IX. Conclusiones	39
X. Propuestas	40
XI. Bibliografía	41-44
XII. Anexos	
XII.1 Hoja de recolección de datos	45
XII. 2 Instrumentos	
XII. 2.1 Test de Zarit	46-47
XII.2.2 Evaluación del funcionamiento familiar según FF-SIL	48
XII.3 Carta de consentimiento informado	49-50

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Características sociodemográficas del cuidador primario	28
VII. 2	Patologías de cuidador primario	29
VII.3	Parentesco del cuidador con el paciente geriátrico	30
VII. 4	Tiempo de cuidado	31
VII.5	Características sociodemográficas del paciente geriátrico	32
VII.6	Patologías geriátricas	33
VII. 7	Frecuencia de sobrecarga del cuidador primario de paciente geriátrico u su funcionalidad familiar	34

Abreviaturas y siglas

APGAR: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, Recursos.

APP: Antecedentes Personales Patológicos.

BID: Banco Interamericano de Desarrollo.

CONAPO: Consejo Nacional de Población.

DM: Diabetes Mellitus tipo 2.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Esp: Especialista.

FF-SIL: Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar.

Gral: General.

Ha: Hipótesis Alterna.

HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

Ho: Hipótesis Nula.

IEC: Índice de Esfuerzo del Cuidador (Caregiver Strain Index).

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Med: Médico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

Qro: Querétaro

UMF: Unidad de Medicina Familiar

I. Introducción

La sobrecarga o colapso del cuidador es un problema de salud pública, actualmente en nuestro país con todos los cambios sociodemográficos, la pirámide poblacional condiciona la existencia de más adultos mayores que jóvenes en años próximos. Por ende, una mayor demanda de cuidadores informales primarios, que en décadas pasadas la esperanza de vida era menor; actualmente las enfermedades que antes solían ser mortales ahora son de evolución crónica debido a la solvencia de nuestros programas de salud (CENETEC, 2015).

La concepción de la vejez, considerándola como una etapa de la vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. En algunos sujetos dicha adaptación a los cambios de la vejez no se produce y se genera daños que pueden ser irreversibles por lo que se ha clasificado al paciente geriátrico en sano, enfermo, frágil o de alto riesgo, demente y terminal de acuerdo con el estado de salud, siendo proclives a la necesidad de un cuidador, que en la mayoría de las ocasiones es un familiar directo (Casanova, 2009).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el índice de envejecimiento en Querétaro es de 30.9% con una relación de dependencia del 50.4% de un total de adultos mayores de 415 669 según el año 2015. Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padece algún tipo de discapacidad y sufre las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, además, el avance en la transición demográfica y la carencia de apoyo formal provocará que eventualmente se requiera más del apoyo de cuidadores informales. En este sentido, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, estas personas, por lo regular familiares, llegarán al agotamiento, cansancio o colapso del cuidador (INEGI, 2017).

La familia que se describe como un grupo social constituido por miembros que conviven en un mismo lugar, sin embargo, al llegar a la vejez, la mayoría de los adultos mayores se encuentran en nido vacío. Es por ello que cobra mayor

relevancia la funcionalidad familiar; dichas funciones de la familia son a) socialización, caracterizada por la promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial, b) afecto, que se manifiesta por la interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y del desarrollo psicológico personal, c) cuidado protección y asistencia incondicional de manera diligente y respetuosa de las diversas necesidades, d) estatus, manifestado por la participación y transmisión de las características sociales que otorgan una posición ante la sociedad y e) reproducción (Archivos de Medicina Familiar, 2005).

El presente estudio surge por la necesidad de conocer datos en relación a la sobrecarga del cuidador primario en pacientes geriátricos de una unidad de medicina familiar y la funcionalidad familiar, de tal forma que ayude a comprender mejor la relación que existe entre el cuidador primario, el apoyo de la familia y los pacientes geriátricos y con ello identificar y comprender qué papel tiene el cuidador primario en la pluripatología del paciente geriátrico e implementar acciones que coadyuven a reducir la sobrecarga para el cuidador primario de este tipo de pacientes (Fernández P, 2015).

En el estado de Querétaro no existe un estudio de tales características, del cual se pueda usar como referente en el primer nivel de atención médica; por ende, el binomio mencionado como cuidador y paciente cuidado será beneficiado al ser contemplado en las consultas de primer nivel para el abordaje integral. Buscando la homeostasis entre la funcionalidad familiar y los involucrados en el contexto ya mencionado. No obstante, el médico familiar llegaría a realizar la atención con el apoyo y la temprana referencia a servicios complementarios para evitar la incidencia de la sobrecarga del cuidador en el futuro (Rosales N, 2017).

II. Antecedentes

El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino (CENETEC, 2015).

El ser humano es un ser social por naturaleza, desde los inicios el hombre ha presentado la tendencia a la agrupación, inicialmente en pequeños grupos nómadas hasta llegar a formar lo que el día de hoy conocemos como familia, grupo básico de sociedad (Membrillo 2008).

La población adulta mayor se ha incrementado en gran medida por los avances médicos, que a su vez se manifiestan como aumento en la esperanza de vida alcanzando un promedio de 78.3 años, con una estimación en el periodo 2010-2025 de un promedio de 79.1 años; en la población mexicana se duplicó entre 1930 y 2014, con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 años en los hombres, para el 2014 en las mujeres se incrementó a los 77.5 años y en los hombres a 72.1 años, con un estimado para el 2050 de 81.6 y 79.4 años respectivamente (Espinoza, K 2012), (INEGI 2015).

En Tabasco se realizó un estudio que además de evaluar la sobrecarga del cuidado primario del paciente geriátrico también evaluó la percepción de la funcionalidad familiar. Con respecto a la percepción de los cuidadores sobre la funcionalidad de su núcleo familiar, determinada mediante la aplicación del APGAR Familiar, se encontró que el 62% percibe su núcleo como funcional mientras que el 31% lo consideró disfuncional moderado y el 7% lo manifestó como disfuncional severo. Es decir, la prevalencia de percepción disfuncional del núcleo familiar fue de 38% (Domínguez, G. 2008).

En Colima se encontró una asociación entre sobrecarga y funcionalidad familiar en pacientes geriátricos hospitalizados con sobrecarga y disfuncionalidad

48% y con funcionalidad del 25%; así mismo sin sobrecarga del cuidador y disfunción del 21% y funcional 89% (Lara, G. 2008).

En Toluca, Estado de México 2017, el estudio de asociación entre funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer de mama, se encontró que no existe sobrecarga del cuidador en familias moderadamente funcionales correspondiendo al 43%, seguidas de un 14% de no sobrecarga en familias funcionales y 9% en familias disfuncionales, no se encontró sobrecarga en familias severamente disfuncionales. Respecto a la sobrecarga leve del cuidador primario, se encontró que el 29% de estos corresponden a familias moderadamente funcionales, 7% son familias funcionales, seguidos de un 5% pertenecen a familias disfuncionales y solo el 1% de la sobrecarga leve la presentó el grupo de familias severamente disfuncionales (Cantorán. 2016).

III. Fundamentación teórica

III.1 Paciente geriátrico.

Es necesario establecer una diferencia entre la vejez, como una etapa de la vida y el envejecimiento, como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento. Existen vocablos similares o equivalentes a adulto mayor, algunos aceptables y otros despectivos, uno de ellos y el más conocido es viejo (Ramírez, O. 2007).

Acorde a los criterios de la Organización Mundial de la Salud se define como adulto mayor o anciano a toda persona mayor de 60 años de edad, los subdivide de la siguiente manera, tercera edad 60 a 74 años, cuarta edad 75 a 89 años de edad, longevos 90 a 99 años y centenarios más de 100 años (OMS 2018).

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios (Calzada, M. 2018).

El interés por la vida y el envejecimiento ha sido una constante en la historia de la humanidad, a medida que el hombre madura y se transforma interiormente reacciona de manera diferente ante las influencias culturales y sociales, sobrevienen cambios psicológicos que influyen en los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta y personalidad, por lo que es una etapa de la vida con múltiples desafíos que requieren además de un manejo multidisciplinario una red de apoyo familiar que permita su correcto cuidado y desenvolvimiento (Ramírez, O. 2007).

Pero como se puede definir al paciente geriátrico, en este concepto se entiende aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que

además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que asocie problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos socio sanitarios. Por tanto, es evidente que la definición de paciente geriátrico engloba una serie de aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales de los cuales dista el mero término de anciano (Massanet, E. 2011).

III.1. 1Epidemiología.

III.1.1.1Nivel Mundial

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo, por ende, para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. Así mismo se espera que en el 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos; Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (CONAPO 2019).

III.1.1.2 Continente americano

Datos del banco interamericano de desarrollo de 2018 indican que el envejecimiento la población de América Latina y el caribe pasará del 11% al 25% en 35 años lo casi la mitad de tiempo de lo que tardó Europa en recorrer el mismo camino (Palomé, G. 2014).

En 2050, la proporción de adultos mayores de 60 años en la región será similar a las cifras que hoy se observan en Alemania, Holanda, Suiza, Dinamarca y otros países de Europa. Sin embargo, los datos regionales esconden fuertes heterogeneidades. Por un lado, países como Belice, Bolivia, Guatemala, Guyana y Haití serán como lo es hoy China, con alrededor de un 15% de la población mayor de 60 años. Por otro lado, Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, Trinidad y Tobago y Uruguay podrán compararse con Alemania, Finlandia

e incluso Japón, con una proporción de adultos mayores cercana al 30%. (Palomé, G. 2014) (Torres M, 2008).

III.1.1.3 México

Según la (CONAPO), Consejo Nacional de Población, en 2017 residen en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres. Y una cuarta parte de los adultos mayores (24.3%) reside en localidades menores 2 500 habitantes. Si se considera que la población tiene una mayor esperanza de vida (75.3 años para 2017) y la fecundidad es cada vez menor (2.21 hijos por mujer), para 2017 dicho porcentaje es de 10.5% y de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, su tendencia esperada en los próximos años la colocan como una de las transformaciones sociales de mayor trascendencia del siglo XXI. De las 656 mil defunciones registradas en 2015, 65% correspondieron a personas de 60 y más años, de acuerdo con las Estadísticas de mortalidad 2015 (Giraldo, M. 2005) (INEGI 2017).

III.1.1.4 Querétaro

El avance del envejecimiento en la entidad, visto como la relación entre las generaciones más jóvenes y las más viejas, se espera que sea paulatino. En el año 2010, había 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 18 en 2013 y para el año 2030 se estima que habrá casi 38 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica a Querétaro en el lugar 27 en el proceso de envejecimiento poblacional del país (Crespo, M. 2006), (INEGI, 2017).

III.2 Rol de la familia de un paciente geriátrico.

Es importante hacer un cambio social en pro de la cultura del envejecimiento que permita una visión panorámica de las necesidades que esta población requiere y propiciar un estado de bienestar y plenitud que permita una adaptación favorable de los cambios suscitados durante esta etapa (Cardona, D. 2011).

Los cambios sociales que se producen durante la vejez se deben a la clasificación que se hace según el grado de productividad, por tanto, lo que se modifica es la ocupación del anciano, tanto en lo individual como en la comunidad (Massanet, E. 2011).

En lo individual se hace patente la conciencia de que la muerte cada vez está más cerca; la vida y la muerte adquiere un nuevo sentido y la respuesta ante ella, que, con base a la historia personal, puede ser de rechazo o de aceptación como en último suceso de la vida, por otro lado, el envejecer proporciona al individuo la posibilidad de transformar su función en la familia, y establecer nuevas relaciones, con sus hijos y sus nietos; finalmente, el individuo de la tercera edad debe ser capaz de afrontar las pérdidas de amigos y cónyuge (Casanova, C. 2009),(Alvarado A, 2014).

En cuanto a las funciones que desempeña un individuo en su contexto social, en muchos casos llegar a la vejez representa una ruptura en las funciones realizadas como adulto. Es decir, el estatus adquirido como padre/madre, jefe de familia, proveedor económico, tiende a perderse y ser reemplazado por un sentimiento de aislamiento, de poca importancia y poca capacidad en su núcleo familiar. Lo que tiende a empeorar cuando el individuo ha perdido a su pareja (Domínguez, G. 2008) (González F, 2012).

De esta manera, durante la vejez se puede presentar una disminución en el apoyo socio familiar, la pérdida de estatus laboral y económico y mayor aislamiento social, amplificados por la menor capacidad y disposición de recursos para adaptarse a las circunstancias. La duración, impacto en las relaciones y roles desempeñados, así como el significado que se atribuye a la vejez varían de acuerdo con las condiciones socioculturales en las que se encuentra el individuo, y entra en este punto el rol del cuidador primario, el cual será fundamental en muchos pacientes geriátricos para su vida diaria (Domínguez, G. 2008) (Alvarado A, 2012).

III.3.Cuidador primario.

El cuidador principal o cuidador primario soporta cada día retos imprevistos y puede sufrir pérdidas de control personal repercutiendo en su salud física y emocional. Se entiende como cuidador primario a la persona que está siempre cerca del paciente, tiene un papel primordial en su tratamiento, bienestar y recuperación, ya que toma decisiones en relación con la salud del paciente y ayuda a cubrir sus necesidades básicas, lo que lo convierte en una figura necesaria para su cuidado (Espín, A. 2008) (CENETEC, 2015).

En nuestra sociedad, los cuidadores primarios desempeñan un papel importante en el Sistema de Salud, pues favorecen la continuidad de la atención del paciente tanto dentro como fuera de las Instituciones de Salud (Quero, A. 2004).

Así tenemos que el cuidador puede ser de dos tipos: Cuidador Formal que generalmente son profesionistas del área de la salud que ofrecen sus servicios con horarios, menor compromiso y a cambio de sus servicios reciben una remuneración económica. Mientras que el Cuidador Informal se caracteriza por no haber recibido capacitación alguna sobre los cuidados que debe de recibir la persona cuidada, no son remunerados por sus tareas, y brindan una atención sin límites de horarios, generalmente son los propios familiares del paciente (García, M. 2004).

Por otra parte quizá debido a factores de índole cultural, la mujer es casi siempre quien asume esta tarea. Además, la confrontación con las desfiguraciones, pueden ocasionar incluso, que el cuidador primario desarrolle alteraciones de tipo físico, social o psicológico que afecte seriamente su estado de salud, ya que es frecuente que se olviden de sí mismos; dejando a un lado aspectos importantes relacionados con sus intereses y necesidades como resultado de la excesiva responsabilidad que asumen (Quero, A. 2004) (García, M. 2004).

Todo lo anterior trae como consecuencia que el cuidador pueda desarrollar el síndrome del cuidador; no solo es un síndrome clínico ya que también están

implicadas repercusiones no médicas en aspectos sociales o económicos (Quero, A. 2004) (Garrido A, 2003).

Este síndrome se caracteriza por presentar síntomas que suelen aparecer en los cuidadores como estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender adecuada o efectivamente al paciente y las alteraciones afectivas que pueden motivar la aparición de ideas suicidas (Rivera, H. 2011).

En la mayoría de los casos los familiares del paciente geriátrico sufren de ansiedad, depresión, agotamiento, resentimiento, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, además de desamparo y miedos reales o fantaseados sobre el cáncer y su tratamiento. Esto altera de forma importante el entorno familiar, con la pérdida de las funciones ejercidas por el cuidador, se generan cambios de roles entre sus miembros, la necesidad de los cuidadores primarios, los gastos económicos se incrementan, y en la mayoría de las ocasiones se requiere de redes de apoyo complementarias (Clemente, M. 2003) (Rivera H, 2011).

III.3.1 Sobrecarga del cuidador primario

La sobrecarga del cuidador es también llamada colapso, carga, síndrome de sobrecarga del cuidador primario, burn out, claudicación del cuidador; se caracteriza por presentar emociones variadas como lo son la frustración, la ira, el agotamiento, ansiedad, dolor, tristeza e insatisfacción por el trabajo realizado, aunado a estas emociones, las repercusiones se pueden observar en el ámbito físico, emocional, medicas, sociales, económicas. (CENETEC, 2015) (Torres M, 2008).

Algunos factores de riesgo identificados para la sobrecarga del cuidador primario se encuentran: género femenino, con múltiples roles familiares, así como el desconocimiento del tipo de cuidados a realizar, estado económico, presencia de enfermedades del cuidador, además de influir el tiempo que lleva empleándose como cuidador, horas del día dedicadas a dicha labor, grado de dependencia del paciente geriátrico y el apoyo social (CENETEC. 2015).

El cuidado de una persona dependiente supone un exceso de trabajo, generando cambios importantes en la vida del cuidador, lo que en muchas ocasiones se transforma en Sobrecarga del Cuidador, la cual ha sido definida operativamente y medida partiendo de un modelo derivado de la Teoría General del Estrés; en este modelo el cuidador debe afrontar determinados modelos estresantes y su respuesta podrá ser mediada por procesos psicológicos que incluyen el impacto emocional, la percepción de soporte social, así como las estrategias de manejo de estos factores; todo esto puede traer grandes repercusiones a nivel de salud individual en el cuidador primario (Torres, M. 2008) (Otaño, M. 2014) (OMS 2018).

Es importante saber de antemano que los cuidadores se encuentran en mayor situación de riesgo de padecer el Síndrome del Cuidador y así poder establecer medidas prioritarias de prevención. El éxito en el cuidado depende del grado en el que los cuidadores cuiden de sí mismos y concedan tiempo y atención suficiente a sus necesidades personales (BID, 2018) (INEGI, 2017).

Cabe mencionar que en la sobrecarga del cuidador primario encontramos el índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) o Caregiver Strain Index el cual es un instrumento diseñado para medir la carga percibida de aquellas personas que cuidan a sus familias. Este instrumento fue validado originalmente en 1983 por Robinson BC en una población americana de cuidadores de pacientes posterior a un egreso hospitalario por una enfermedad cardiaca aterosclerótica (Fernández, P. 2015).

Existen también otros instrumentos como el de Pearson donde valora la codependencia del paciente frente a su cuidador primario, así como el índice de Barthel que mide el nivel de dependencia del paciente con su cuidador (Alvarado, A. 2014).

La Escala de Zarit como Instrumento de Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario, el cual se encuentra validado en España por Martín et al en 1996, es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes (Alvarado, A. 2014).

El cuidador debe hacer frente a las demandas del cuidado y a su vez asumir el rol familiar que siempre llevó a cabo antes de la enfermedad de su paciente. A partir de las demandas propias del rol puede presentar síntomas físicos, psicológicos, conductuales y sociales que ocasionan carga, como consecuencia de esto disminuye la calidad de la atención hacia el enfermo y sus relaciones sociales, familiares y conyugales (Fernández, P. 2015).

Para Zarit, Reeve y Bach-Peterson, la carga del cuidador hace referencia a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y al grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. La carga es una valoración o interpretación que hace el cuidador ante los estresores derivados del cuidado en función de los recursos y habilidades con lo que éste cuenta (Castellón, S. 2010) (González, F. 2012).

La carga interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el deterioro de la calidad de vida del cuidador. La carga es un concepto clave en la investigación de las repercusiones del cuidado de los pacientes crónicos sobre la familia y el cuidador (Rosales, N. 2017).

El término se remonta a los años 60, del siglo pasado, cuando Grad y Sainsbury realizaron una investigación para conocer qué efectos tenía sobre la vida cotidiana de las familias el hecho de tener a un miembro con una enfermedad psiquiátrica. Para ello evaluaron la carga económica y emocional ocasionada por tener este tipo de enfermos (Garrido, A. 2003).

En los años 80 se realizaron estudios acerca de las consecuencias del cuidado de ancianos con síndromes demenciales, permitiendo establecer las repercusiones negativas que el rol tenía para los cuidadores. Lo anterior, se trasladó al estudio de cuidadores de adultos con diversos tipos de enfermedades crónicas (Ocampo, J. 2007).

Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas con demencia y las investigaciones relacionadas con carga han dado origen a diversos instrumentos de medición que tomaron en cuenta dimensiones como la carga objetiva, subjetiva y evaluaciones globales de la misma, siendo hasta el momento, el más utilizado la escala de carga del cuidador de Zarit. (Archivo Medicina Familiar, 2005) (Castellón, S. 2010).

Dicho instrumento contaba, originalmente, con 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. En su revisión se redujo el número de ítems a 22 (Archivo Medicina Familiar, 2005).

La entrevista de carga del cuidador de Zarit ha sido traducida y validada en diferentes países con adultos mayores dependientes, adultos con enfermedades crónicas degenerativas y/o enfermedades mentales (INMERSO 2005)

Esta Escala de carga del cuidador de Zarit fue adaptada al castellano por Montorio et al, en cuidadores de personas mayores dependientes. Es un instrumento de auto informe que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. Tiene un alfa de cronbach 0.90. Está compuesta por 22 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta: 1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = algunas veces, 4 = bastantes veces y 5 = siempre. Explica el 55% de la varianza y se distribuyen en tres factores: 1) impacto del cuidado, 2) relación interpersonal y 3) expectativas de autoeficacia. Tiene una consistencia interna que oscila entre .69 y .90. Dando como resultado: no sobrecarga con menos de 47 puntos, con sobrecarga leve 47 a 55 puntos y sobrecarga intensa mayor a 55 puntos (Arch. Med. Fam, 2005) (Castellón, S. 2010).

III.4. Funcionalidad familiar

En un estudio realizado por Pérez González et. al en 1997, mencionan la elaboración de un instrumento que permite diagnosticar el funcionamiento familiar a través de la percepción de uno de los miembros. Se parte del principio de que sea sencillo, de bajo costo, de fácil comprensión para cualquier nivel de escolaridad y que pueda ser aplicado por cualquier tipo de personal (INMERSO 2005).

Para su elaboración se obtuvieron las siguientes categorías: cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisión de tareas cotidianas. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia. Comunicación: los miembros son capaces de transmitir sus ideas, experiencias y conocimientos de forma clara y directa adaptabilidad: habilidad para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera. Afectividad: capacidad de los miembros de vivenciar y demostrar sus sentimientos y emociones positivas unos a otros. Rol: cada uno cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar. Permeabilidad: capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones (INMERSO 2005) (Calzada M, 2018).

A partir de estas categorías se elabora el instrumento; la validación se realizó en las áreas de los consultorios médicos de los policlínicos docentes “26 de Julio” y “Lidia y Clodomina” en los municipios Playa y Regla entre los meses de febrero a mayo de 1994 en la Habana, Cuba (Pinto, N. 2005).

De esta manera quedó constituido el instrumento final, el cual denominamos Test de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF- SIL) donde las categorías quedaron distribuidas de la siguiente forma: cohesión ítem (1 y 3), armonía ítem (2 y 13) comunicación ítem (5 y 11), adaptabilidad ítem (6 y 10), efectividad ítem (4 y 14), roles ítem (3 y 9), permeabilidad ítem (7 y 12). 13 para la confección de las normas de calificación del instrumento, se partió de las cinco categorías de la Escala de Likert y se designó una puntuación entre 5 y 1: casi siempre (5 puntos), muchas veces (4 puntos), a veces (3 puntos), pocas veces (2 puntos), casi nunca (1 punto).

Posteriormente se utilizaron medidas descriptivas de posición (cuartiles) y se hizo la siguiente escala ordinal que se obtiene de la suma de los puntos ítems como puntuación final (Arch. Med. Fam.2005).

Clasificación	Puntaje
Funcional	70-57 puntos
Moderadamente funcional	56-43 puntos
Disfuncional	42-28 puntos
Severamente disfuncional	27 -14 puntos

III.5 Paciente geriátrico, cuidador primario y familia

A pesar de ser considerado al cuidador informal como un fenómeno social y cultural, prácticamente son escasos los estudios que se han realizado dentro de las unidades de primer nivel, esto pudiera ser debido a que es una población que pasan desapercibida, es invisible y no se le reconoce por el propio sistema institucional de salud, debido a que su actividad además de cubrir las necesidades básicas de su paciente, realizan una actividad que el personal de salud no tiene tiempo de desarrollar y esta corresponde a los afectos y emociones, dando cariño, cuidados o presencia al adulto mayor quien tanto lo necesita (Espín, A. 2008) (Rivera, H. 2011).

En nuestro país, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados de los adultos mayores, a pesar de esto, en México se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores quienes comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados por su papel. La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados (Capilla C. 2015) (Lara G, 2008).

Es aquí donde entra la familia, como la principal fuente de protección y apoyo al adulto mayor conformando así el sistema informal de cuidadores, su función está

formada en base a su a experiencia cotidiana, contiene una fuente de afecto y reciprocidad a largo plazo, su actividad principal es atender la salud del adulto mayor, estar al tanto del tratamiento médico-farmacológico, mantener o mejorar la función cognitiva y afectiva, todo esto es sin retribución económica por la ayuda que ofrecen, además es el principal apoyo o soporte social, por el compromiso moral y la responsabilidad que por tradición se ha legado a los integrantes del núcleo familiar, o simplemente por cariño, la obligación, el altruismo, la reciprocidad, la gratitud, sentimientos de culpa del pasado y el evitar la censura de la familia y amigos (Moral, M. 2013) (Díaz, J. 2009).

Sin embargo, cabe aclarar que el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento; pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con el adulto mayor (Rivera, H. 2011) (Moral M, 2013).

Esta población invisible, en su mayoría dedica gran parte de su tiempo al cuidado de su familiar en promedio entre cuatro y cinco horas al día y con frecuencia las condiciones que se desarrollan estos cuidados no son las más adecuadas, además de realizar las labores de cuidador realiza otras tareas en el hogar, con el trabajo fuera del domicilio, que van provocando una sobrecarga de actividades, que de manera directa interrumpe su ritmo habitual de vida cotidiana, y con frecuencia provoca repercusiones negativa en su bienestar de salud física y mental (Rivera, H. 2011) (Otaño, M. 2014) (Capilla .C 2015).

El cuidador tiene a la red de apoyo más importante para el anciano que está constituida de hecho por misma familia, porque le proporciona al anciano una mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización, describe que las desventaja están relacionadas con el desconocimiento de una tarea que requiere especialización, la falta de un equipo de apoyo, los conflictos familiares que derivan en la sobrecarga del cuidador principal, la inadecuación de las viviendas para este tipo de cuidados y los problemas económicos (Capilla .C 2015).

Dirección General de Bibliotecas UAQ

IV. Hipótesis

Existe asociación entre la sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos y la funcionalidad familiar en una unidad de primer nivel de atención.

1 Ho: La asociación entre sobrecarga del cuidador primario y familia funcional es igual o menor que 25% y cuidador primario sin sobrecarga es igual o menor de 89%.

Ha: La asociación entre sobrecarga del cuidador primario y familia funcional es mayor que 25% y cuidador primario sin sobrecarga es mayor de 89%.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la asociación la sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos y la funcionalidad familiar de una unidad de primer nivel de atención.

V.2 Objetivos específicos

1. Describir la sobrecarga de cuidador.
2. Identificar la funcionalidad familiar.
3. Determinar la asociación entre la sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos y la funcionalidad familiar.
4. Determinar las variables sociodemográficas del cuidador.
5. Determinar la presencia de patologías crónicas degenerativas del cuidador.
6. Determinar el parentesco del binomio, cuidador y paciente geriátrico.
7. Determinar las variables sociodemográficas del paciente geriátrico.
8. Determinar la presencia de patologías crónicas degenerativas del paciente geriátrico.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación: Transversal analítico.

VI.2 Población

Universo: Cuidadores primarios de pacientes geriátricos de Delegación Querétaro.

Población: Cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 16, en el periodo de noviembre 2018 a junio de 2019.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

Tamaño de muestra de 60 pacientes por grupo calculada mediante la fórmula para comparar 2 proporciones independientes, con un nivel de confianza de 95%, margen de error de 0.05%, para una zona de rechazo de la hipótesis nula y un poder de la prueba de 80%

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p_1 q_1 + p_0 q_0)}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$n = \frac{(0.95 + 0.80)^2 [(0.27)(0.73) + (0.11)(0.89)]}{(0.27 - 0.11)^2}$$

$$n = \frac{(3.062)^2 [(0.197 + 0.097)]}{0.0256}$$

$$n = \frac{(3.062)^2 (0.294)}{0.0256}$$

$$n = \frac{0.9002}{0.0256}$$

n= 35 pacientes por cada grupo. Sin embargo, se decidió aumentar el tamaño de la muestra a 60 pacientes por grupo.

La técnica muestral se realizó no probabilística por conveniencia.

VI.3.1 Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

- Cuidador primario informal mayor de 18 años con paciente geriátrico adscrito a la UMF 16.

b. Criterios de exclusión

- Cuidadores primarios informales que cuenten con diagnóstico previo de trastorno depresivo o de ansiedad.
- Cuidadores primarios informales que atiendan a 2 o más pacientes geriátricos.

c. Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas

VI.3.2 Variables estudiadas

En los cuidadores primarios se estudiaron variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad). Se preguntó por la presencia de patologías (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, osteoartritis, enfermedad tiroidea, lumbalgia, obesidad, dislipidemia), variables relacionadas al parentesco con el paciente geriátrico y tiempo de cuidado.

Se interrogó al cuidador primario sobre el paciente adulto mayor y sus variables sociodemográficas a investigar fueron (edad, género, estado civil, escolaridad), se cuestionó por la presencia de patologías como (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, osteoartritis, depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad, dislipidemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, insuficiencia hepática).

VI.4 Técnicas e instrumentos

Para medir la sobrecarga del cuidador se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que consta de 22 ítems, que utiliza una escala de Likert de 1 a 5, con un puntaje que va de 22 a 110. Se clasifica como ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (45-55) y sobrecarga intensa (≥ 56). Para fines de este estudio se consideró sin sobrecarga de 22 a 46 y con sobrecarga de 47 a 110.

La medición de la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento FF-SIL que consta de 14 ítems, correspondiendo a 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: Variables de cohesión (Reactivos 1 y 8), armonía (reactivo 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 3 y 14), roles (reactivos 3 y 9), adaptabilidad (reactivos 6 y 10). Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez, tienen una escala de puntos: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos), casi siempre (5 puntos). Según el puntaje global se clasifica la funcionalidad familiar en:

Clasificación	Puntaje
Funcional	70-57 puntos
Moderadamente funcional	56-43 puntos
Disfuncional	42-28 puntos
Severamente disfuncional	27 -14 puntos

En este estudio se clasificó en funcional puntaje de 70-43 y disfuncional puntaje de 42 a 14 puntos.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación (SIRELCIS), se solicitó permiso mediante oficio firmado por el Director de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la UMF 16.

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro y se seleccionaron a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Previo a la aplicación del instrumento, se explicó a los participantes en qué consistía el trabajo y se aclararon dudas respecto a éste, para posteriormente firmar la carta de consentimiento informado.

Una vez que se obtuvo la autorización, se procedió a llenar la hoja de recolección de datos en las salas de espera para la atención médica de la UMF 16, se realizó la evaluación de la escala de Zarit y el puntaje global del instrumento FF-SIL.

Aquellos cuidadores primarios que resultaron con sobrecarga del cuidador se les informó del resultado, se les brindó orientación y fueron derivados a la consulta de Medicina Familiar para tratamiento médico y/o derivación a trabajo social.

Una vez integrada toda la información se recabo en una base de datos del SPSS para el análisis final.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se realizó análisis estadístico de tipo descriptivo (media, desviación estándar y porcentajes) e inferencial (X^2 con significancia de $p < 0.05$). Los resultados se plasmaron en cuadros y gráficos.

El análisis estuvo apoyado con el paquete estadístico IBM SPSS V.25

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempla la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentará para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respetó el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se consideró investigación sin riesgo para los pacientes. Acorde al artículo 17 de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Se explicó los beneficios que puede otorgar el conocer el diagnóstico de sobrecarga y funcionalidad familiar y la mejora a la salud física, mental, social y familiar. Se otorgó carta de consentimiento informado previa explicación de los procedimientos a seguir. Se derivó a todos los cuidadores primarios a la consulta de Medicina Familiar que lo ameritaron.

VII. Resultados

Se estudiaron 60 cuidadores primarios de pacientes geriátricos con sobrecarga del cuidador y 60 cuidadores primarios de pacientes geriátricos sin sobrecarga.

En las características sociodemográficas de los cuidadores primarios con sobrecarga se encontró una media de 43.8 años de edad con (IC 95% 41-80.8), mientras que el grupo de cuidadores sin sobrecarga tuvieron una media de edad 45.66 años (IC 95% 43-77.5), con una $p > 0.05$.

En ambos grupos el género femenino predominó, con sobrecarga un 51% (IC 95% 41-61.2), sin sobrecarga 48.9% (IC 95% 38.8-59). Estado civil casado en ambos grupos, en el grupo de sobrecarga 52.6% (IC 95% 36.7-68.5) y en el grupo sin sobrecarga el 47.4 % (IC 95% 30.3-63.9). La ocupación predominante en ambos grupos fue ama de casa con un porcentaje equitativo del 50 % en cada grupo (IC 95% 7.6-32.4). La escolaridad preparatoria en un 47.4% (IC 95% 31.5-63.3) para los cuidadores con sobrecarga y en los cuidadores sin sobrecarga en un 52.6 (IC 95% 36.7-68.8) (Cuadro IV.1).

De los cuidadores primarios informales la diabetes mellitus tipo 2 se presentó en el grupo con sobrecarga 53.8% (IC 95% 34.6-73) y en el grupo sin sobrecarga 46.2% (IC 95% 27-65.4), la hipertensión arterial sistémica en el grupo con sobrecarga en un 58.8% (IC 95% 42.-74.7), sin sobrecarga el 43.2% (IC 95% 27.2-59.2), osteoartritis estuvo presente en un 4% del total de los cuidadores y correspondió a cuidadores sin sobrecarga (IC 95% 1.1-8.9), la enfermedad tiroidea se presentó en el 33.3% (IC 95% 25-64.1) del grupo con sobrecarga y en el 66.7% (IC 95% 35.9-97.5) del grupo sin sobrecarga, por su parte la lumbalgia del grupo sobrecarga alcanzó un 66.7% (IC 95% 40-93.4) y un 33.3 % (IC 95% 6-45) sin sobrecarga; Obesidad en el grupo de sobrecarga en 56.7% (IC 95% 39-74.4), en los cuidadores sin sobrecarga correspondió al 43.3 (IC 95% 25.6-61.0), la dislipidemia en el 85.7% (IC 95% 59.8-11.6) del grupo con sobrecarga, la dislipidemia en el grupo sin sobrecarga estuvo presente en 14.3 % (IC 95% 11.6-

40.2). Portadores de cáncer en el grupo con sobrecarga se presentó 80% (IC 95 44.9-115.1) y del grupo sin sobrecarga se contó con el 20% (IC 15.1-55.1). (Cuadro IV.2)

Acorde al parentesco del cuidador primario con el paciente geriátrico se encontró que el mayor porcentaje estaba dado por los hijo (as) en ambos grupos correspondiendo a un 59.4 % (IC 95% 47.8-71.0) con sobrecarga y 40.6% % (IC 95% 29-52.2) sin sobrecarga, seguido por el parentesco de nietos, 40.7% (IC 22.2-59.2) con sobrecarga, mientras que en el grupo sin sobrecarga los nietos ocuparon el 59.3% (IC95% 40.8-77.8), el tercer lugar lo ocupó el esposo (a) con el 50% en ambos grupos (IC 95% 26.9-73.1). La nuera /yerno se encontró el 100 % en el grupo sin sobrecarga (IC 95% 100), hermano (a) en el grupo sin sobrecarga 100% (IC 95 % 100) (Cuadro IV.3).

Al interrogar por el tiempo de cuidado se encontró que el grupo con sobrecarga presentó un 49.5% (IC95% 39.7-59.3) menor a una década de cuidado, tiempo mayor a una década con sobrecarga el 57.9% (IC 95% 35.7-80.1) del grupo sin sobrecarga menor una década el 50.5% (IC 95% 40.7-60.3) mayor a una década 42.1% (IC95% 19-9-64.3) (Cuadro IV.4).

De los 120 pacientes geriátricos se encontró la siguiente información en los que predominó el género femenino 51.2% (IC 95% 42.3-60.1), estado civil viudo (a) en un 38.3 % (IC 95% 29.6-47.0) y escolaridad secundaria tuvo un porcentaje de 71.6% (IC 95% 63.5-79.7). (Cuadro IV.5).

De los pacientes geriátricos las comorbilidades interrogadas se encontró que la diabetes mellitus tipo 2 se presentó en el 47.5% (IC 95% 38.6-56.4), la hipertensión arterial sistémica en 67.5% (IC 95% 59.1-75.9), osteartrosis en un porcentaje de 37.5% (IC 95% 28.8-46.2), depresión el 14.16% (IC 95% 7.9-20.4), enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un porcentaje de 21.66% (IC 95% 14.3-29.0), obesidad 39.16% (IC 95% 30.4-47.9), dislipidemia 39.16% (IC 95% 30.4-47.9), cardiopatía isquémica el 22.5% (IC 15-30), insuficiencia renal el

13.3% (IC 95% 7.2-19.4), insuficiencia hepática 5.8% (IC 1.6-10), hiperplasia prostática benigna el 37.5% (IC 28.8-46.2). (Cuadro IV.6).

Se encontró significancia estadística la asociación de la sobrecarga del cuidador con la funcionalidad familiar, con una $p = 0.000$; de la misma manera la sobrecarga del cuidador con el parentesco del cuidador con una $p = 0.024$ y el estado civil del paciente geriátrico con una $p = 0.018$ (Cuadro IV.7).

Dirección General de Bibliotecas UHQ

Cuadro IV.1. Características sociodemográficas del cuidador primario informal.

*Prueba de X², con nivel de confianza 95%. Todas las variables sociodemográficas con p > 0.05.

Variables	Con sobrecarga		IC 95%		Sin sobrecarga		IC 95%	
	n (61)	%	Límite inferior	Límite superior	n (59)	%	Límite inferior	Límite superior
Edad								
Menor de 20 años	1	33.3	24.6	41.4	2	66.7	13.4	120
20-29 años	14	60.9	41	80.8	9	39.1	19.2	59
30-39 años	14	60.9	41	80.8	9	39.1	19.2	59
40-49 años	12	40	22.5	57.5	18	60	4.3	31.7
50-59 años	7	46.7	1.4	37.4	8	53.3	28.1	78.5
60-69 años	6	50	21.7	78.3	6	50	21.7	78.3
70-79 años	5	55.6	23.1	88.1	4	44.4	11.9	76.9
80-89 años	2	40	2.9	82.9	3	60	14.8	26.8
Género								
Femenino	48	51.1	41	61.2	46	48.9	38.8	59
Masculino	13	50	30.8	69.2	13	50	30.8	69.2
Estado Civil								
Soltero (a)	18	52.9	36.2	69.7	16	47.1	30.3	63.9
Casado (a)	20	52.6	36.7	68.5	18	47.4	31.5	63.3
Viudo (a)	5	62.5	29	96	3	37.5	4	71
Divorciado (a)	11	73.3	4.8	26.8	4	26.7	5.9	13.9
Separado (a)	5	27.8	7.1	48.5	13	72.2	51.5	92.9
Unión Libre	2	28.6	4.9	62.1	5	71.4	37.9	104.9
Ocupación								
Ama de casa	20	50	7.6	32.4	20	50	7.6	32.4
Empleado	12	60	38.5	81.5	8	40	18.5	61.5
Desempleado	12	48	28.4	67.6	13	62	43	81
Comerciante	10	52.6	30.1	75.1	9	47.4	24.9	69.9
Profesionista	5	38.5	12	65	8	61.5	35	88
Otro	2	66.7	13.4	120	1	33.3	20	86.6
Escolaridad								
Analfabeta	4	66.7	29.	104.4	2	33.3	4.4	71
Sabe leer y escribir	5	35.7	10.6	60.8	9	64.3	39.2	89.4
Primaria	12	60	38.5	81.5	8	40	18.5	61.5
Secundaria	12	48	28.4	67.6	13	52	32.4	71.6
Preparatoria	18	47.4	31.5	63.3	20	52.6	36.7	68.8
Licenciatura	10	62.5	38.8	86.2	6	37.5	13.8	61.2
Posgrado	0	0	0	0	1	100	100	100

Fuente: Encuesta realizada en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 16, en noviembre de 2018 a junio 2019.

Cuadro IV.2. Patologías del cuidador primario informal.

n:120

Variables	Con sobrecarga		IC 95%		Sin sobrecarga		IC 95%	
	n (61)	%	Límite inferior	Límite superior	n (59)	%	Límite inferior	Límite superior
<i>Diabetes Mellitus tipo 2</i>								
Si	14	53.8	34.6	73	12	46.2	27	65.4
No	47	50	48.8	68.8	47	50	48.8	68.8
<i>Hipertensión arterial sistémica</i>								
Si	21	58.8	42.9	74.7	16	43.2	27.2	59.2
No	40	48.5	37.7	59.3	43	51.8	41.1	62.5
<i>Osteoartrosis</i>								
Si	0	0	0	0	5	100	100	100
No	61	53	43.9	62.1	54	47	37.9	56.1
<i>Enfermedad tiroidea</i>								
Si	3	33.3	2.5	64.1	6	66.7	35.9	97.5
No	58	52.3	43.0	61.6	53	47.7	38.4	57
<i>Lumbalgia</i>								
Si	8	66.7	40.0	93.4	4	33.3	6.6	60
No	53	49.1	39.7	58.5	55	50.9	41.5	60.3
<i>Obesidad</i>								
Si	17	56.7	39	74.4	13	43.3	25.6	61.0
No	44	48.9	38.6	59.2	46	51.1	40.8	61.4
<i>Dislipidemia</i>								
Si	6	85.7	59.8	111.6	1	14.3	11.6	40.2
No	55	48.7	39.5	57.9	58	51.3	42.1	60.5
<i>Oncológicos</i>								
Si	4	80	44.9	115.1	1	20	15.1	55.1
No	57	49.6	40.5	58.7	58	50.4	41.3	59.5

*Prueba de χ^2 , con nivel de confianza del 95%. Todas las variables de patología(s), tuvieron una $p > 0.05$.

Fuente: Encuesta realizada en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 16, noviembre de 2018 a junio 2019.

Cuadro IV.3. Parentesco del cuidador-paciente geriátrico

N:120

Variable	Con sobrecarga		IC 95%		Sin sobrecarga		IC 95%	
	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior
<i>Parentesco</i>								
Hijo (a)	41	59.4	47.8	71.0	28	40.6	29	52.2
Nieto (a)	11	40.7	22.2	59.2	16	59.3	40.8	77.8
Esposo (a)	9	50	26.9	73.1	9	50	26.9	79.1
Nuera/yerno	0	0	0	0	4	100	100	100
Hermano (a)	0	0	0	0	2	100	100	100

*Prueba de χ^2 , con un nivel de confianza del 95%. $p = .024$

Fuente: Encuesta realizada en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 16, en noviembre de 2018 a junio 2019

Cuadro IV.4 Tiempo de cuidado en años

N:120

Variable	Con sobrecarga		IC 95%		Sin sobrecarga		IC 95%	
	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior
<i>Menor a 10 años</i>	50	49.5	39.7	59.3	51	50.5	40.7	60.3
<i>Igual o más de 10 años</i>	11	57.9	35.7	80.1	8	42.1	19.9	64.3

*Prueba de X^2 , con nivel de confianza del 95%. $p>0.05$.

Fuente: Encuesta realizada en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 16, en noviembre de 2018 a junio 2019

Cuadro IV.5. Características sociodemográficas del paciente geriátrico

N:120

Variables	IC 95%			
	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior
<i>Género</i>				
Femenino	62	51.2	42.3	60.1
Masculino	58	48.8	39.9	57.7
<i>Estado Civil</i>				
Soltero (a)	3	2.5	0.3	5.3
Casado (a)	39	32.5	24.1	40.9
Viudo (a)	46	38.3	29.6	47
Divorciado (a)	5	4.1	0.6	7.6
Separado (a)	22	18.3	11.4	25.2
Unión Libre	5	4.1	0.6	7.6
<i>Escolaridad</i>				
Analfabeta	6	5.0	1.1	8.9
Sabe leer y escribir	14	11.6	5.9	17.3
Primaria	5	4.1	0.6	7.6
Secundaria	86	71.6	63.5	79.9
Preparatoria	4	3.3	0.1	6.5
Licenciatura	3	2.5	0.3	5.3
Posgrado	2	1.9	0.5	4.3

Fuente: Encuesta realizada en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 16, en noviembre de 2018 a junio 2019.

Cuadro IV.6. Patologías del paciente geriátrico

N:120

Enfermedades del paciente geriátrico	CON SOBRECARGA		IC 95%		SIN SOBRECARGA		IC 95%	
	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior
<i>Diabetes tipo 2</i>								
Si	30	50	37.3	62.7	27	45	32.4	57.6
No	30	50	37.3	62.7	33	55	42.4	67.6
<i>Hipertensión Arterial Sistémica</i>								
Si	46	76.66	66	87.4	35	58.33	29.9	47.1
No	14	23.33	12.6	34	25	41.66	29.2	54.1
<i>Osteoartrosis</i>								
Si	21	35	22.9	47.1	24	40	13.2	34.8
No	39	65	52.9	77.1	36	60	47.6	72.4
<i>Depresión</i>								
Si	10	16.66	7.2	26.1	7	11.66	3.5	19.8
No	50	83.33	73.9	92.8	53	88.33	73.9	92.8
<i>EPOC</i>								
Si	14	23.33	12.6	34	12	20	9.9	30.1
No	46	76.66	66	87.4	48	80	69.9	90.1
<i>Obesidad</i>								
Si	24	40	27.6	52.4	23	38.33	26	50.6
No	36	60	47.6	72.4	37	61.66	49.4	74
<i>Dislipidemia</i>								
Si	25	41.66	29.2	54.1	22	36.66	24.5	48.9
No	35	58.33	45.9	70.8	38	63.33	51.1	75.5
<i>Cardiopatía isquémica</i>								
Si	15	25	14	36	12	20	9.9	30.1
No	45	75	36	66	48	80	69.9	90.1
<i>Insuficiencia renal</i>								
Si	8	13.33	4.7	21.9	8	13.33	4.7	21.9
No	52	86.66	78.1	95.3	52	86.66	78.1	95.3
<i>Insuficiencia hepática</i>								
Si	4	6.66	0.4	13.0	3	5	0.5	10.5
No	56	93.33	87	99.6	57	95	89.5	100
<i>Hiperplasia prostática</i>								
Si	7	11.66	3.5	19.8	1	1.66	1.6	4.9
No	53	88.33	80.2	96.5	59	98.33	95.1	100

*Prueba de X^2 , con nivel de confianza del 95%. Todas las variables, tuvieron una $p > 0.05$.

Fuente: Encuesta realizada en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 16, en noviembre de 2018 a junio 2019.

Cuadro IV.7. Frecuencia de sobrecarga del cuidador primario de paciente geriátrico y funcionalidad familiar.

N 120

Funcionalidad Familiar FF-SIL	Con Sobrecarga		IC 95%		Sin Sobrecarga		IC 95%	
	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior	Frecuencia	%	Límite inferior	Límite superior
<i>Funcional</i>	7	23.3	8.2	38.4	23	76.7	61.6	91.8
<i>Moderadamente funcional</i>	25	46.3	33.0	59.6	29	53.7	40.4	67
<i>Disfuncional</i>	19	76	34.2	73.2	6	24	7.3	40.7
<i>Severamente disfuncional</i>	10	90.9	73.9	107.9	1	9.1	7.9	26.1

*Prueba de X^2 , con significancia estadística del 95%. $p=0.000$

Fuente: Encuesta realizada en cuidadores primarios informales de pacientes geriátricos que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 16, en noviembre de 2018 a junio 2019.

VIII. Discusión

Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padece algún tipo de discapacidad y sufre las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, aunado a la transición demográfica y la carencia de apoyo formal provocará que eventualmente se requiera más del apoyo de cuidadores informales. (INEGI, 2015).

Los cuidadores primarios de pacientes geriátricos corresponden a una población poco estudiada, ya que se focaliza la atención al paciente cuidado, en este estudio se muestra la asociación de la sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos con la funcionalidad familiar que cobra especial atención pues, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, estas personas, por lo regular familiares, llegarán al agotamiento, cansancio o sobrecarga del cuidador. (CENETEC, 2015)

En este estudio se encontró que los cuidadores primarios con sobrecarga tenían en promedio 43.80 años y el grupo de cuidadores sin sobrecarga la edad promedio fue 45.66 años, con un rango de 19 a 87 años de manera global, a diferencia del estudio de Cardona donde el promedio edad del cuidador oscila en 55 años para ambos grupos, con un rango de 16 a 88 años (Cardona, 2011).

Acorde al estudio de (Prieto, 2015) Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel se encontró un 72% de cuidadores género femenino y cuidadores masculinos el 28%. Mientras que este estudio se encontró el 78% de cuidadores eran femeninas y el 22 % género masculino. A pesar de ser un contexto de segundo nivel de atención médica prevalece que el género sea femenino, esto como perspectiva de género y distribución de los roles en el hogar.

El estado civil fue predominante casado en un 52%, con sobrecarga del estudio de Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Acercándose en este estudio con un 52.6% del total de los cuidadores también casados, agregando un rol más al cuidador, que como ya se mencionó suele ser del género femenino.

El perfil del cuidador primario de este estudio no dista del mencionado en la mayoría de los estudios previos, pues es una persona del género femenino que oscila entre la tercera y cuarta década de la vida, con ocupación como ama de casa con la escolaridad de preparatoria, llama la atención que no sea una escolaridad primaria como lo reportan en otros estudios, esto pudiese obedecer a que el estudio está realizado en un asentamiento urbano.

En cuanto a las patologías portadas por el cuidador primario informal de paciente geriátrico interrogadas directamente, la hipertensión tuvo una mayor frecuencia, seguida de la diabetes mellitus tipo 2, obesidad, dislipidemia, comorbilidades importantes que tratar para evitar que se presente el agotamiento físico del cuidador.

El parentesco del cuidador con el paciente geriátrico sigue la misma distribución que lo descrito por Calzada en el 2018, pues son los hijos quienes afrontan el cuidado del paciente geriátrico, seguido de nieto (a).

Por lo que respecta al tiempo en años de cuidado el 84.1% ha dedicado menos de 10 años al cuidado de los pacientes geriátricos. Con un promedio de 5 años en ambos grupos. Esto debido al tipo de patologías del que son portadores los pacientes geriátricos, y a diferencia de lo interrogado en otros estudios por lo general reportan el tiempo de cuidado en horas/día.

Sobre el paciente geriátrico que se llevaba a consulta, se encontró que la mayor parte pertenecía a género femenino, en edad de 66-70 años con estado civil viuda, predominó la escolaridad secundaria.

Las comorbilidades del geriátrico se presentó en mayor frecuencia la hipertensión arterial sistémica, seguida de la diabetes mellitus, en tercer lugar la obesidad en conjunto con la dislipidemia, cuarto lugar osteoartritis, luego hiperplasia prostática, seguida por cardiopatía isquémica, depresión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal, e insuficiencia hepática.

Existe correspondencia de las comorbilidades del paciente geriátrico con la literatura del instituto de mayores y servicios sociales de seguridad social de España. Sobre las enfermedades prevalentes del paciente geriátrico a pesar de ser este estudio realizado en un país con dista mucho del nivel de salud del continente europeo.

La percepción de la funcionalidad familiar fue evaluada con el instrumento FF SIL, se encontró que pertenecer a una familia funcional es un factor protector para la evitar presentar sobrecarga, sin embargo pertenecer a una familia con percepción disfuncional favorece la presencia de sobrecarga del cuidador, es ahí donde se identifica que la familia es un pilar fundamental para la atención de cada miembro del núcleo familiar.

En Tabasco se realizó un estudio que además de evaluar la sobrecarga del cuidado primario del paciente geriátrico también evaluó la Percepción de la funcionalidad familiar. Con respecto a la percepción de los cuidadores sobre la funcionalidad de su núcleo familiar, determinada mediante la aplicación del Apgar Familiar, se encontró que el 62% percibe su núcleo como funcional mientras que el 31% lo consideró disfuncional moderado, y el 7% lo manifestó como disfuncional severo. Es decir, la prevalencia de percepción disfuncional del núcleo familiar fue de 38%.

En Colima se encontró una asociación entre sobrecarga y funcionalidad familiar en pacientes geriátricos hospitalizados con sobrecarga y disfuncionalidad 48% y con funcionalidad del 25%; así mismo sin sobrecarga del cuidador y disfunción del 21% y funcional 89%.

En Toluca, Estado de México 2017, el estudio de asociación entre funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer de mama, se encontró que no existe sobrecarga del cuidador en Familias Moderadamente Funcionales correspondiendo al 43%, seguidas de un 14% de No Sobrecarga en Familias Funcionales, y 9% en Familias Disfuncionales, no se encontró Sobrecarga en Familias Severamente Disfuncionales. Respecto a la Sobrecarga Leve del Cuidador Primario se encontró que el 29% de estos corresponden a Familias Moderadamente Funcionales, 7% son Familias Funcionales, seguidos de un 5% pertenecen a Familias Disfuncionales y solo el 1% de la Sobrecarga Leve la presento Familias Severamente Disfuncionales³⁷.

Las fortalezas de este estudio se encontraron en el contacto primario con el binomio del cuidador y el paciente geriátrico, el poder dar seguimiento a estos pacientes. Sin embargo, se encontró que los cuidadores primarios desconocen en la mayoría de las veces los diagnósticos de los que son portadores, por prestar atención a los pacientes geriátricos.

IX. Conclusiones

Si existe asociación de sobrecarga del cuidador primario de paciente geriátrico con la funcionalidad familiar.

Dirección General de Bibliotecas UAQ

X. Propuestas

Fomentar la aplicación de instrumentos de detección para la sobrecarga del cuidador primario informal, en las unidades de medicina familiar, principalmente en aquellos cuidadores de pacientes geriátricos, con factores tales como la segunda a cuarta década de vida, género femenino, con parentesco hijas para evitar la sobrecarga de estos cuidadores.

Referencia oportuna para manejo por equipo multidisciplinario, conformado por trabajo social, medicina familiar, psicología, psiquiatría, terapia física.

Incentivar la formación de grupos de apoyo, donde se favorezca la terapia ocupacional, talleres para el desarrollo de inteligencia emocional.

Hacer uso de programas como el centro de seguridad social, donde los cuidadores puedan realizar actividades como tanatología, aprender sobre alimentación saludable en sus variantes cocina, huertos familiares, manualidades, realización de bordado, bisutería, computación, música, pintura y dibujo, primeros auxilios, baile, teatro.

XI. Bibliografía

- (10 JULIO DE 2017). *ESTADÍSTICAS A PROPOSITO DEL DIA MUNDIAL DE LA POBLACION" 11 DE JULIO.* . INEGI Recuperado [Consultado 2018 Sep. 03] de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf
- (2005). *II Conceptos básicos para el estudio de familia. Archivos de Medicina Familiar,* (7), 15-19, citado 4 agosto 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
- (Febrero 2018). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* . Organización Mundial de la Salud Recuperado [Internet]. [citado 8 2018 Enero] de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=0FC19C89320B80EA7BB3AD0703572472?sequence=1
- Alvarado, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *GEROKOMOS*, (25), 57-62, <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Aranco. (N). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe.* . Banco Interamericano de Desarrollo Recuperado [Internet]. [citado 8 2018 Enero] de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Calzada, M. (2018). Conceptualización de cuidador institucional de persona mayor en Colombia. *Rev. Salud Pública*, (20), 511-517,
- Cantaran, S. (2016). Funcionalidad Familiar y su asociación con la sobrecarga del cuidador primario en pacientes con cáncer de mama de la umf 75 Nezahualcóyotl. *Repositorio Institucional UNAM*, (), 42-62,
- Capilla, C (2015). *La vida de cuidadora por oficio.* . Index de Enfermería Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100013
- Cardona, D. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, (13), 178-193,
- Casanova, C. (2009). El médico de familia y la depresión del adulto mayor. *Revista biomedicina. Medicina Familiar y Comunitaria*, (Noviembre), 24-31,
- Castellón, S. (2010). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en la comunidad suburbana de sancti spiritus. Cuba. CCCSS, (), [citado 15 mayo 2017]. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html
- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, (20), 31-60,

[Internet]. [citado 10 2018 Enero] ; Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>

Crespo, M. (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar. "Colección Estudios Serie Dependencia , (12006), 21-51

Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. Barcelona España. INMERSO Recuperado de
<https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>

Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. México: Secretaría de Salud; 2 de diciembre de 2015 Esta guía puede ser descargada de internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

Díaz, J. (2009). Caring for the caregiver: Effects of an Educational Program. *Rev Española de salud pública*, (76), 6-12,

Domínguez, G. (2008). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Revista Médicas UIS* , (23), 28-34,

Domínguez, G. (2008). Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Revista Médicas UIS* , (23), 28-34,

Envejecimiento demográfico en México: Análisis comparativo entre las entidades federativas [Internet] 2015 Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento_demografico_en_Mexico

Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública* , (34), 1-12,

Espinoza, K (2012). Sobrecarga, Apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*; 18 (2) 23-30

Fernández, P. (2015). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030 Querétaro CONAPO. *CONAPO*, (), 120-150,

García, M. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, (18), 1-12, [Internet]. 2004 Oct [citado 2018 Jul 31]; 18(5): 83-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011&lng=es.

Garrido, A. (2003). Cuidando al cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, (38), 189-191, [citado 4 agosto 2017]. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-sumario-vol-38-num-4-S0211139X03X78622>

Giraldo, M. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (23), 7-15,

González, F. (2012). La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología - Psicológica Writings*, (5), 34-39,

Lara, G. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, (13), 159-166,

Massanet, E. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev Esp Salud Pública*, (85), 257-266,

Membrillo, A (2008) Familia introducción al estudio de sus elementos. *ETM*, 20-24

Mora, G. (2013). La invisibilidad del cuidador familiar en el hospital. *Ética de los cuidados*, (ene-jun), 1-4, [Internet]. [citado 8 2018 Enero]; 18(5): 83-92. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gerard_Mora-Lopez/publication/279487368_La_invisibilidad_del_cuidador_familiar_en_el_hospital/links/5593a82708ae5af2b0eb94a9/La-invisibilidad-del-cuidador-familiar-en-el-hospital.pdf

Moral, M. (2013). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, (33), 77-87,

Ocampo, J. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Medica*, (38), 40-46, [citado 4 septiembre 2018]. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/283/28338107.pdf>

Otaño, M. (2014). Proyecto de intervención para prevenir enfermedades cerebrovasculares en adultos mayores vinculados a una casa de abuelos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. , (30), 286-293, Recuperado en 03 de septiembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000300001&lng=es&tlng=es

Palomé, G. (2014). Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. *Digital Ciencia @UAQro*, (), 1-10,

Pinto, N. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". *Aquichan*, (5), 128-137,

Quero, A. (2004). Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure Investigación*, (9), 1-14,

Ramírez, O. (2007). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, (46), 485-494,

Rivera, H. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, (16), 27-32,

Rosales, N. (2017). Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente en una Unidad Médica Familiar. *Horizonte Sanitario*, (16), 127-137,

Torres, M. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, (19), 9-15, [Internet]. [citado 10 2018 Enero] ; Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2008000100002

Dirección General de Bibliotecas CAQ

XII. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES GERIÁTRICOS DE UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN"

INSTRUCCIONES: marque con una (X) la respuesta que usted considere más cercana a la pregunta correspondiente

Folio: _____

NSS: _____

Características del cuidador primario				
1. Edad _____ años	2. Sexo (1) Mujer (2) Hombre	3. Estado civil (1) Soltero (2) Casado (3) Viudo (4) Divorciado (5) Separado (6) Unión libre	4. Ocupación (1) Hogar (2) Empleado (3) Desempleado (4) Comerciante (5) Profesionista (6) Otro _____	5. Escolaridad (1) Analfabeta (2) Sabe leer y escribir (3) Primaria (4) Secundaria (5) Preparatoria (6) Licenciatura (7) Posgrado
6. APP (1) DM (2) HAS (3) Osteoartritis (4) Enf tiroidea (5) Lumbalgia (6) Obesidad (7) Dislipidemia (8) Otro _____	7. Parentesco (1) Hijo/a (2) Nieto/a (3) Esposo/a (4) Otro _____	8. Tiempo de cuidado _____ años _____ meses	9. Escala de Zarit (1) No sobrecarga (menos 47 puntos) (2) Sobrecarga Leve (47- 55 puntos) (3) Sobrecarga intensa (más de 55 puntos)	
Características del paciente geriátrico				
10. Edad _____ años	11. Sexo (1) Mujer (2) Hombre	12. Estado civil (1) Soltero (2) Casado (3) Viudo (4) Divorciado (5) Separado (6) Unión libre	13. Escolaridad (1) Analfabeta (2) Sabe leer y escribir (3) Primaria (4) Secundaria (5) Preparatoria (6) Licenciatura (7) Posgrado	14. APP (1) DM (2) HAS (3) Osteoartritis (4) Depresión/ ansiedad (5) EPOC (6) Obesidad (7) Dislipidemia (8) Cardiopatía isquémica (9) Insuficiencia renal (10) Insuficiencia hepática (6) Otro _____
Características Familiares				
15. FF- SIL (1) Funcional (2) Moderadamente funcional (3) Disfuncional (4) Severamente disfuncional				

XI.2 Instrumentos

XII.2.1 Test de Zarit:

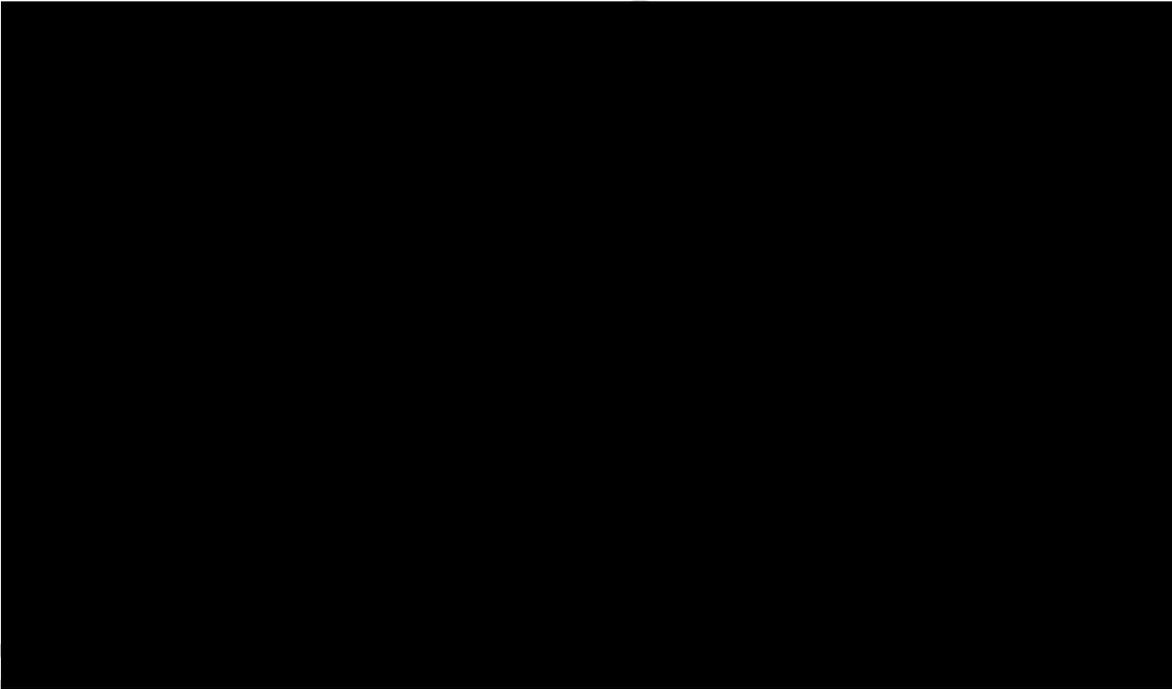
Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales.

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

Auto administrado.

Interpretación:

- menos de 47 sin sobrecarga
- 47 a 55 sobrecarga leve
- más de 55 Sobrecarga intensa



¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

XII.2.2. Evaluación del funcionamiento familiar según FF-SIL:

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación, se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

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

Anexo: FF-SIL

No.	Preguntas/opciones de respuestas	1 pto.	2 ptos.	3 ptos.	4 ptos.	5 ptos.
		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración experiencias de otras personas ante situaciones difíciles					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar sobre diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual, son respetadas por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Escalas de evaluación: funcional de 70-57 puntos; moderadamente funcional de 66-43; disfuncional de 42-28 y severamente disfuncional de 27-14.

XI.3 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: La sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos y su asociación con la funcionalidad familiar en una UMF

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, Octubre 2019

Justificación y objetivo del estudio: Determinar la sobrecarga del cuidador primario de pacientes geriátricos y su asociación con la funcionalidad familiar en una UMF

Procedimientos: Contestar cuestionario e instrumentos

Posibles riesgos y molestias: Pérdida de tiempo sentida

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer si existe o no sobrecarga en el cuidador primario, así como la funcionalidad de su familia, el cual se le dará a conocer al cuidador al término de la recolección de datos.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Brindar información oportuna sobre los resultados obtenidos, al cuidador primario con sobrecarga se enviará a la consulta de medicina familiar, si el mismo acepta.

Participación o retiro: El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad: El uso de la información será anónimo y confidencial.

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio:	Enviar a la consulta de medicina familiar, para su manejo y derivación oportuna de requerirlo a servicios como psicología, psiquiatría o trabajo social.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	<p>Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Avalos Especialista en Medicina Familiar Director clínico de tesis Celular: 442 332 64 28 Correo electrónico: manuel.herrera@imss.gob.mx UMF 16</p>
Colaboradores:	<p>Med. Gral. Betsabé Cariño Hernández Matricula: 99237625 Médico residente de segundo año de Medicina Familiar UMF 16. Correo electrónico: drabecache@gmail.com Teléfono celular: 953 164 29 17</p>
<p>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</p>	
Nombre y firma del paciente:	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio</p>	
<p>Clave: 2810-009-013</p>	