



Instituto Mexicano Del Seguro Social

OOAD Michoacán



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez"
División de Estudios de Posgrado

T E S I S

GRADO DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

Que para obtener el grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Presenta

YOANA MÉNDEZ PEÑA

Asesor de tesis

M.S.P. María Guadalupe Valdespino Padilla

Coasesor de tesis.

M.E. José Jorge Torrijos Zavala

ZAMORA, MICHOACÁN, FEBRERO 2026

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Nombre Yoana Méndez Peña

Matrícula 96171216

Adscripción Unidad de Medicina Familiar No. 82

Cargo: Residente de Primer año de la especialidad de Medicina Familiar

Departamento: Coordinación de Enseñanza e Investigación en Salud

Asesor de tesis.

M.S.P. María Guadalupe Valdespino Padilla

Matricula: 98201805

Cargo: Jefatura de medicina familiar UMF 82

Departamento: Coordinación de Enseñanza e Investigación en Salud

E-mail maría.valdespino@imss.gob.mx

Co-asesor

Nombre José Jorge Torrijos Zavala

Matrícula 99319297

Adscripción Unidad de Medicina Familiar No. 82

Cargo: Profesor titular de especialidad en Medicina Familiar

Departamento: Coordinación de Enseñanza e Investigación en Salud

E-mail jose.torrijos@imss.gob.mx



Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo
Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano
Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Eduardo Vega Espinosa
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 82

Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil
Coordinador Clínica de Educación e Investigación en Salud

Dr. José Jorge Torrijos Zavala
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE POSGRADO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DR. Víctor Hugo Mercado Gómez
Director de la facultad

Dr. José Luis Martínez Toledo
Jefe de Subdivisión de Medicina Familiar de la UMSNH, división de Estudios de Posgrado

Dr. Cleto Álvarez Aguilar
Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

Al **Instituto Mexicano del Seguro Social** que a través de la unidad de medicina familiar no. 82 me brindó la oportunidad de pertenecer a esta gran institución, permitiendo así lograr convertirme en el médico familiar que ahora soy.

A la **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo** exitosa casa de estudio de la cual he formado parte desde mis inicios como médico general y que me continúa brindando el apoyo para mi superación profesional.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre, quien, aunque no está físicamente presente, sus enseñanzas siguen guiándome día a día.

A mi pareja que jamás me soltó de la mano, dándome un apoyo incondicional, aconsejando de manera positiva cada vez que parecía que me iba a rendir, siendo un gran soporte.

A mis hermanos que estuvieron durante el proceso, alentándome a seguir adelante, brindando siempre los mejores consejos.

Y a mi profesor que siempre tuvo los mejores comentarios ayudando a no rendirme y creer en mí.

Este logro también es de todos ustedes.

ÍNDICE

	Página
I. RESUMEN	1
II. ABSTRACT	2
III. ABREVIATURAS	3
IV. GLOSARIO	4
V. RELACIÓN DE TABLAS	5
VI. INTRODUCCIÓN	6
VII. MARCO TEÓRICO	7
Paciente geriátrico	7
Cuidador primario	8
Cuidados paliativos	9
Escala de sobrecarga de Zarit	11
Síndrome de sobrecarga	12
Limitación funcional en el paciente geriátrico	14
Escala de Barthel	15
VIII. JUSTIFICACIÓN	15
IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
X. OBJETIVOS	17
XI. HIPÓTESIS	18
XII. MATERIAL Y MÉTODOS	18
Diseño del estudio	18
Población de estudio	18
Tamaño de la muestra	18
Criterios de selección	19
Variables	19
Cuadro de operacionalización de variables	20

Descripción operativa	23
Análisis estadístico	24
Recursos, financiamiento y factibilidad	26
XIII. RESULTADOS	27
XIV. DISCUSIÓN	32
XV. CONCLUSIONES	34
XVI. RECOMENDACIONES	34
XVII. BIBLIOGRAFÍA	35
XVIII. ANEXOS	38
Hoja de registro ante el Comité de Investigación	38
Cronograma de actividades	39
Consentimiento informado	41
Instrumento de recolección de datos	45
Instrumentos	46
Carta de no inconveniente	48

I. RESUMEN

TÍTULO: GRADO DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIATRICO.

Méndez-Peña Y, Torrijos-Zavala JJ.

Antecedentes: En México la esperanza de vida ha aumentado de manera considerable alcanzando un promedio de 75 años, debido al incremento en la supervivencia de enfermedades crónicas y discapacidades físicas, por ende, se ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos. Se calcula que existen más de 90 millones de personas mayores de 60 años en el continente americano, este número crece a una tasa de 3 a 5% anual.

Objetivo: describir el grado de sobrecarga que existe en el cuidador principal y su relación con la dependencia del paciente geriátrico.

Material y métodos: estudio observacional, transversal, en cuidadores principales del adulto mayor en la UMF #82, Zamora, Michoacán, Se les aplicó dos cuestionarios, “Escala de Zarit”, para cuantificar el grado de sobrecarga y la “Escala de Barthel” para medir la dependencia física. Se uso Chi cuadrada como estadística, se estudiaron 250 pacientes, de septiembre del 2023 a noviembre de 2024.

Recursos e infraestructura: En las instalaciones de la UMF #82. En el aula de la unidad se aplicaron las encuestas. Los gastos derivados fueron cubiertos por los investigadores. Con una gran población adscrita a la unidad por lo cual el estudio fue factible.

Experiencia del grupo: el equipo de trabajo está integrado por 2 investigadores del IMSS, pertenecientes al departamento de Coordinación de Enseñanza e Investigación en Salud y Jefatura de medicina familiar UMF 82 y 1 médico residente de medicina familiar. El estudio se realizó en el período de septiembre del 2023 a noviembre del 2024.

Palabras clave: paciente geriátrico, cuidador principal, sobrecarga, escala de Zarit, calidad de vida.

II. ABSTRACT

TITLE: DEGREE OF OVERLOAD IN THE PRIMARY CAREGIVER AND ITS RELATIONSHIP WITH THE DEPENDENCE OF THE GERIATRIC PATIENT.

Méndez-Peña Y, Torrijos-Zavala JJ.

Background: In Mexico, life expectancy has increased considerably, reaching an average of 75 years, due to the increase in survival from chronic diseases and physical disabilities, therefore, the number of individuals dedicated to caring for sick family members has increased. It is estimated that there are more than 90 million people over 60 years of age in the American continent; this number is growing at a rate of 3 to 5% annually.

Objective: to describe the degree of overload that exists in the main caregiver and its relationship with the dependency of the geriatric patient.

Material and methods: observational, cross-sectional study in main caregivers of the elderly in the UMF #82, Zamora, Michoacán. Two questionnaires were applied, “Zarit Scale”, to quantify the degree of overload and the “Barthel Scale”. to measure physical dependence. Chi square was used as statistics, 250 patients were studied, from September 2023 to November 2024.

Resources and infrastructure: In the facilities of UMF #82. The surveys were administered in the unit's classroom. The resulting expenses were covered by the researchers. With a large population assigned to the unit, the study was feasible.

Group experience: the work team is made up of 2 IMSS researchers, belonging to the Department of Coordination of Teaching and Research in Health and Head of Family Medicine UMF 82 and 1 resident doctor of family medicine. The study was carried out in the period from September 2023 to November 2024.

Keywords: geriatric patient, main caregiver, overload, Zarit scale, quality of life.

III. ABREVIATURAS

CP: cuidado paliativo.

CV: calidad de vida.

DM2: diabetes mellitus.

EZ: escala de Zarit.

HTA: hipertensión arterial.

OMS: organización mundial de la salud.

IV. GLOSARIO

ADULTO MAYOR: según la OMS se define como toda persona mayor de 60 años.

CUIDADOR PRIMARIO: es la persona que se responsabiliza de ayudar a una persona dependiente en las necesidades básicas e instrumentales de la vida.

CUIDADOS PALIATIVOS: según la OMS los define como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias frente a problemas asociados a enfermedades incurables, a través de la prevención y alivio del sufrimiento.

DEPENDENCIA: situación de una persona que no puede valerse por sí misma.

ENFERMEDADES CRÓNICAS: según la OMS las define como dolencias de larga duración y, por lo general, de progresión lenta.

ENVEJECIMIENTO: la OMS lo define como proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente, siendo el estado funcional el mejor indicador de salud en la población mayor.

ESCALA DE BARTHEL: instrumento que permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores que están en su comunidad o confinadas en casas hogares, con la medición de la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria.

ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT: prueba que nos ayuda a cuantificar el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de personas dependientes.

SÍNDROME DE SOBRECARGA: se caracteriza por presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, abuso de sustancias nocivas, entre otros.

V. RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla I. Tabla sociodemográfica.	27
Tabla II. Grado de sobrecarga del cuidador primario.	28
Tabla III. Grado de dependencia del adulto mayor.	29
Tabla IV. Relación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia del paciente geriátrico.	29
Tabla V. Relación entre el grado de sobrecarga y la edad del cuidador primario.	30
Tabla VI. Relación entre la edad y el grado de sobrecarga del cuidador primaria	30
Tabla VII. Relación entre las diferentes enfermedades del paciente geriátrico y el grado de sobrecarga del cuidador primario.	31

VI. INTRODUCCIÓN

El síndrome de sobrecarga del cuidador también es conocido como síndrome del cuidador quemado, se caracteriza por presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, abuso de sustancias nocivas, entre otros.

Factores de riesgo para la aparición de este síndrome: mayor probabilidad a mayor edad de la persona dependiente, presencia de agresividad, mayor número de enfermedades o patologías físicas y psicológicas, ausencia de colaboración de otros familiares.

Cuidador primario es la persona que se responsabiliza de ayudar a una persona dependiente en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria, durante la mayor parte del día, sin percibir compensación económica por ello.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) “*define como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años*”. Más de una cuarta parte de todos los adultos mayores presenta algún grado de discapacidad, teniendo dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria como caminar, bañarse, acostarse, levantarse de la cama y vestirse.

En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su estado funcional, ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones con impacto negativo en sus actividades instrumentales de la vida diaria.

VII. MARCO TEÓRICO

PACIENTE GERIÁTRICO

La primera idea del tema relacionado con carga del cuidador surgió en la década de 1960 con el trabajo de Grad y Sainsbury quienes definieron la carga como “cualquier coste para la familia”. Esto dio lugar a la diferenciación de dos componentes de la carga del cuidador, “*carga objetiva: que se refería a los acontecimientos, actividades y demandas en relación con el familiar enfermo*”, y “*carga subjetiva: comprendía los sentimientos, actitudes y emociones del cuidador*”. A partir de la década de 1980 surgió otra tendencia de incluir otras dimensiones dentro de la carga, como lo eran cuestiones económicas, físicas, psicológicas, emocionales y sociales. ⁽¹⁾

En México la esperanza de vida ha aumentado de manera considerable alcanzando un promedio de 75 años, debido al incremento en la supervivencia de enfermedades crónicas y discapacidades físicas, por ende, se ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos. ⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) “*define como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años*”. Se calcula que existen más de 90 millones de personas mayores de 60 años en el continente americano, este número crece a una tasa de 3 a 5% anual. La estimación en México de población de adultos mayores alcanza una cifra de 10 695 704 habitantes, equivale al 9.2% de la población total del país. ⁽²⁾

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, más de una cuarta parte de todos los adultos mayores (26.9%) presenta algún grado de discapacidad, teniendo dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria como caminar, bañarse, acostarse, levantarse de la cama y vestirse. Con relación en actividades instrumentales de la vida diaria, el 24.6% de los adultos mayores tienen dificultad para realizar al menos una de éstas, como son preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos y manejo de dinero. En ambas condiciones se observa que las prevalencias incrementan a medida que aumenta la edad, siendo mayor en las mujeres en comparación con los hombres

con un 29.6% frente a un 23.8% respectivamente, para actividades básicas de la vida diaria, y 28.4% frente a 20.3% para actividades instrumentales de la vida diaria. ⁽²⁾

Se entiende como persona dependiente a aquella que, por algún motivo de edad, enfermedad o discapacidad, y que se ligan a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, va a precisar con un carácter permanente la atención de otra persona para lograr realizar las actividades básicas de la vida diaria. La atención de dichas personas es realizada principalmente por los denominados cuidadores informales, que por lo general son familiares del paciente. ⁽²⁾

CUIDADOR PRIMARIO

Se entiende por cuidador primario a la persona que se responsabiliza de ayudar a una persona dependiente en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria, durante la mayor parte del día, sin percibir compensación económica por ello. ⁽²⁾

El cuidador es el que se encarga de proveer atención y asistencia a un enfermo guardando una relación directa con el paciente, pudiendo ser el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres. El cuidado y atención de un paciente es un proceso dinámico que requiere de la incrementación paulatina de las atenciones y tareas debido a la duración de la enfermedad, que se calcula que en más del 70% de los casos se trata de un proceso superior a los 6 años. Así como la pérdida progresiva de la capacidad física y cognitiva del paciente deriva de una dependencia total o parcial que requiere de los cuidados de personas cercanas en su entorno familiar. Cuando se trata de pacientes dependientes los cuidadores están sometidos a circunstancias estresantes que los pueden conducir al agotamiento. ⁽³⁾

Cuando el paciente presenta una dependencia severa, el cuidador debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés que se deriva del cuidado, provocando su agotamiento por la frecuente falta de apoyo de otros miembros de la familia, quienes, por el contrario, actúan como jueces y afectan con ello los vínculos afectivos. ⁽³⁾

El presentar la función de cuidar se constituye en una situación estresante que repercute tanto en la salud física y estado de ánimo del cuidador, así como modificando los umbrales de percepción del sufrimiento y el dolor del enfermo bajo su cuidado. ⁽³⁾

La organización mundial de la salud (OMS) “define las enfermedades crónicas como dolencias de larga duración y, por lo general, de progresión lenta”. Se reporta que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables de más del 60% de las muertes. Alrededor de 36 millones de personas mueren al año en todo el mundo a causa de una enfermedad crónica; de ellas, más del 70% son mayores de 60 años. ⁽⁴⁾

Cuidar a una persona con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica va a implicar ver la vida de manera diferente, modificando las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumiendo responsabilidades o realizando tareas y acciones de cuidado en diferentes aspectos para lograr atender las necesidades de la persona cuidada. ⁽⁴⁾

CUIDADOS PALIATIVOS

Según la OMS el cuidado paliativo (CP) “es un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias frente a problemas asociados a enfermedades incurables, a través de la prevención y alivio del sufrimiento”, realizando una identificación temprana, así como una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Se han realizado trabajos de investigación sobre cuidadores de pacientes proponiendo una clasificación de los diferentes tipos de cuidados provistos y elaborando perfiles de los cuidadores. Se realizó la evaluación de tres aspectos: a) el cuidado cotidiano del paciente, b) las percepciones sobre los deseos del enfermo y c) las reflexiones sobre el propio papel del cuidador. Se identificaron cuatro perfiles de cuidadores: 1) satisfechos con la provisión de atención dada, con un soporte en una red de amigos y familiares involucrados, 2) potencialmente vulnerables, con aparente control de la situación, pero con factores de riesgo de deterioro, 3) los que se sienten desbordados en estas tareas y que expresan las dificultades de cuidar y 4) los aislados en su rol, compuesto por esposas solas que prefieren no molestar ni pedir ayuda. ^(4,5)

Generalmente dentro de la familia hay una persona, la cual regularmente es mujer, ésta asume las tareas y responsabilidades del cuidado, sin ser remunerada económicamente por ello. La

cuidadora es el elemento principal de la red informal en el modelo de la familia, que en políticas públicas suponen que esta debe asumir la provisión de cuidados. Un importante número de cuidadoras realizan esta actividad a edades avanzadas, lo que deteriora su salud.⁽⁶⁾

Se han identificado diversos factores relacionados con la sobrecarga del cuidador, uno de ellos es el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria del paciente y su actitud hacia la cuidadora, ya que el dependiente puede presentar síntomas psicóticos como agitación, irritabilidad o alucinaciones, lo que se va a correlacionar con la angustia del cuidador. La sobrecarga va a generar problemas físicos y psicológicos que influyen en una peor salud de las cuidadoras, una peor calidad de vida, mayor dolor percibido, además de debilitar sus capacidades como cuidadoras, todo esto va a aumentar también cuando se dedica un número elevado de horas al cuidado.⁽⁶⁾

En la actualidad se ha ido produciendo un cambio en los modelos familiares de cuidado, esto debido a los perfiles epidemiológicos actuales, en los que las enfermedades que ayer eran conceptualizadas como agudas y de muerte inminente, ahora son crónicas y de cuestionable calidad de vida, surgiendo con ello un proceso de cuidado ampliado al hogar, a la familia y a un cuidador del mismo núcleo.⁽⁷⁾

Se ha demostrado que los cuidadores tienen una baja respuesta inmunológica debido a un acúmulo de estresores, frente a los que están desprovistos de estrategias de afrontamiento para lograr adaptarse a las situaciones. El cuidador al enfrentarse a factores estresantes va a responder dependiendo de determinados mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social.⁽⁷⁾

ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

De acuerdo con este enfoque, Zarit, en 1983, a partir del modelo psicosocial del estrés, diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ), siendo la más utilizada a nivel internacional. Es una prueba que nos ayuda a cuantificar el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de personas dependientes. Clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o leve y sobrecarga intensa. ⁽⁷⁾

Por lo tanto, la actividad de cuidar de otros seres humanos es una actividad frecuente. De alguna manera y en algún momento todos somos cuidadores y personas a las que cuidar. Entendiendo que el rol de cuidador lo lleva a cabo por lo general una mujer, que el cuidado es una situación proporcionada casi en exclusiva por la familia, ésta ha ido sufriendo profundos y vertiginosos cambios, los cuales se deben comprender para lograr entender la realidad de las cuidadoras. ⁽⁸⁾

Es probable que el cambio más importante es la incorporación de la mujer al trabajo, las consecuencias que de esto derivan son la disminución de la natalidad, democratización de las relaciones, cambio de roles, existe también disminución de estabilidad familiar, desaparición de familia extensa, las viviendas son más pequeñas y con características diferentes que dificultan la convivencia de diferentes generaciones. También existen cambios en el concepto familia, teniendo uniones de hecho, familias monoparentales, segundas nupcias, matrimonios homosexuales, aumento de la edad de emancipación de los hijos, etcétera. ⁽⁸⁾

La vida de la cuidadora principal se ve condicionada por su papel de que no se trabaja de cuidadora si no que se es cuidadora, organizando toda su vida en función del enfermo, llegando a tener que abandonar su trabajo o trasladarse de su propio hogar para poder atenderle mejor. Por ende, prácticamente todas las cuidadoras relatan aparición de problemas de salud, tanto físicas como psíquicas y repercusiones familiares y sociales. ⁽⁸⁾

Existe problemática en la actualidad de personas que cuentan con un familiar que requiere de cuidados, creando la obligación de desempeñarse como cuidadores, ya que no siempre cuentan con la orientación requerida y no se han propiciado mecanismos sólidos y colectivos para apoyarlo en su responsabilidad. ⁽⁹⁾

Entendiendo que el envejecimiento poblacional es uno de los mayores retos, y que a medida que envejecemos y dependiendo de los antecedentes físicos, psicológicos y sociales existen cambios en la fuerza vital y estilo de vida, teniendo como resultado una disminución en el estado de salud. La interacción entre estos factores se ha relacionado con la presencia de fragilidad, factor que es predisponente a la discapacidad y deterioro en la calidad de vida tanto del adulto mayor como del cuidador. ⁽¹⁰⁾

Enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM2), la artritis, el cáncer y la enfermedad obstructiva crónica, han reportado ser predictores de la fragilidad, incrementando el riesgo de muerte. Las personas frágiles van a requerir de un cuidador para lograr satisfacer sus necesidades cotidianas, en ocasiones las 24 horas del día, lo que puede traer al síndrome de carga del cuidador ⁽¹⁰⁾.

El adulto mayor frágil y su cuidador van a cobrar la misma importancia en el sistema de salud, por lo que es necesario identificarlos para poder dirigir una intervención oportuna con el fin de mejorar su calidad de vida y evitar una progresión rápida y un desenlace fatal. ⁽¹⁰⁾

El síndrome del cuidador se va a caracterizar por un cuadro plurisintomático que va a afectar de manera insidiosa, a tal grado de frustración que finalmente colapse, se evidencia la enfermedad ante las exigencias intensas de la persona necesitada de cuidados. ⁽¹¹⁾

El problema del cuidador no es un hecho nuevo, y frecuentemente es ignorado por los equipos de salud, por lo tanto, los instrumentos de evaluación en los cuidadores se han convertido en una herramienta vital, permitiendo así el desarrollo de intervenciones, identificar sus necesidades concretas y así preservar la salud del cuidador. El cuidador es la gran mayoría de las ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos a los enfermos, en ellos se va a depositar o descansar el compromiso de preservar la vida de otro. Con esta responsabilidad en los hombros, es importante identificar las conceptualizaciones que al respecto existen. ⁽¹¹⁾

SINDROME DE SOBRECARGA

El síndrome de sobrecarga del cuidador también es conocido como síndrome del cuidador quemado, se caracteriza por presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio,

dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, abuso de sustancias nocivas, entre otros. Van a presentar sentimiento de culpa, dejando de lado sus actividades de ocio y diversión, como a sus amigos, manifiestan tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar aislamiento social y sentimiento de soledad. ⁽¹²⁾

Algunas causas y factores de riesgo para la aparición de este síndrome se encuentran: mayor probabilidad a mayor edad de la persona dependiente, presencia de agresividad, mayor número de enfermedades o patologías físicas y psicológicas, ausencia de colaboración de otros familiares, ausencia de formación en el cuidado y no formar parte de una asociación o grupo de ayuda. ⁽¹²⁾

Aunado al envejecimiento, por otra parte, se está produciendo un acortamiento de las estancias hospitalarias, dando lugar a una mayor demanda de cuidados en el entorno domiciliario, requiriendo una atención mucho más especializada en los domicilios. La atención a la salud en el domicilio ha dejado de ser cuestión exclusiva de servicios sanitarios y de profesionales de la salud. Las principales razones que presentan las cuidadoras principales para otorgar el cuidado son: cariño, obligación, el altruismo, la reciprocidad, la gratitud, sentimientos de culpa del pasado y evitar censura de la familia, amigos y conocidos en caso de que no se cuidara el familiar en casa. Por ende, el cuidador va asimilando ese padecimiento como algo inherente a su existencia, incluso muy frecuentemente quedando aprisionada al lado del paciente, experimentando un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo. ⁽¹³⁾

Sin embargo, el síndrome del cuidador representa dentro de atención primaria de salud una patología muy poco conocida, valorada y manejada, al igual que poco descrita. Representando así un problema de salud pública que no se toma en cuenta de manera adecuada para su abordaje, en personas con discapacidad grave y muy grave es notorio el nivel de dependencia que presentan, y del impacto a mediano y largo plazo que esta labor provoca. ⁽¹⁴⁾

Finalmente se entiende que el logro de la calidad de vida no solamente es anhelo para los adultos mayores sino también para sus cuidadores, ya que el hecho de que se presente el síndrome de sobrecarga del cuidador afectará tanto al cuidador como a los pacientes. ⁽¹⁵⁾

LIMITACIÓN FUNCIONAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su estado funcional, ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones con impacto negativo en sus actividades instrumentales de la vida diaria. El riesgo de perder autonomía y funcionalidad es elevado, por lo que demandará atención y cuidado. (16)

Estos cambios, en conjunto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de sus actividades, estas condiciones presentan consecuencias no letales, son graduales y progresivas, y conducirán a limitación de sus funciones, algo que es característico del envejecimiento. (16)

Detectar una dependencia funcional en sus inicios, es vital, para un mejor abordaje dirigido a participación de la familia y del equipo multidisciplinario de salud. (16)

Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso progresivo intrínseco, forma parte del ciclo biológico natural que acontece en todo ser vivo con el paso de los años. La Organización Mundial de la Salud “define envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente, siendo el estado funcional el mejor indicador de salud en la población mayor”. (17)

La dependencia de cualquiera de las actividades básicas de la vida diaria se relaciona con un aumento en la mortalidad de los adultos mayores. Esto comienza cuando un adulto mayor independiente desarrolla limitación funcional, la cual es manifestada por un estado de vulnerabilidad que tiene como resultado discapacidad. (17)

La discapacidad en la población adulta es mayor en mujeres que en hombres. Los procesos degenerativos ligados a la edad y a la morbilidad son las dos principales causas de

discapacidad, aproximadamente ocho de cada diez casos de discapacidad se relacionan con la edad avanzada y enfermedad. (17)

ESCALA DE BARTHEL

“La Escala de Barthel es un instrumento que permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores que están en su comunidad o confinadas en casas hogares, con la medición de la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria”. (17)

El Índice de Barthel se ha utilizado desde que fue propuesto en 1955, medida que es fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, es capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias. (18)

VIII. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad es de gran importancia abordar el tema relacionado con el impacto que tiene en la vida del cuidador principal del adulto mayor, ya que afecta en diferentes ámbitos, calculando que en el continente americano existen más de 90 millones de personas mayores de 60 años, teniendo una tasa de alza del 3 al 5% anual, calculando que tan solo en México existen 10 695 704 habitantes, equivale al 9.2% de la población total del país.

Se estima que en nuestro país la esperanza de vida ha ido en aumento alcanzando un promedio de 75 años, debido al incremento en la supervivencia de enfermedades crónicas y discapacidades físicas, por ende, se ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos.

Teniendo en cuenta que más de una cuarta parte de todos los adultos mayores presentan una dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria como lo es caminar, bañarse, acostarse, levantarse de la cama, vestirse, preparación de alimentos, compra de alimentos, administración de medicamentos o manejo de dinero, el cuidador debe enfrentar

momentos críticos relacionados con el estrés que se deriva del cuidado, provocando su agotamiento por la frecuente falta de apoyo de otros miembros de la familia, al presentar la función de cuidar, se constituye en una situación estresante que repercute tanto en la salud física y estado de ánimo del cuidador, así como modificando los umbrales de percepción del sufrimiento y el dolor del enfermo bajo su cuidado.

La sobrecarga va a generar problemas físicos y psicológicos que influyen en una peor salud de las cuidadoras, una peor calidad de vida, mayor dolor percibido, además de debilitar sus capacidades como cuidadoras, todo esto va a aumentar también cuando se dedica un número elevado de horas al cuidado.

Es de gran importancia identificar la existencia de algún problema a nivel social, físico o mental del cuidador para así intervenir a tiempo y de manera adecuada para lograr preservar la salud del cuidador, teniendo en cuenta que el síndrome del cuidador principal es una patología muy poco conocida, valorada y manejada, al igual que poco descrita, por lo tanto representa un problema de salud pública, en la que se tiene que poner énfasis en su atención, para evitar su aparición y evolución, así como un tratamiento a tiempo.

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la población a nivel mundial está envejeciendo rápidamente. Se estima que en el año 2050 las personas mayores de 60 años supondrán el 22% de la población mundial. Conforme la persona envejece, pueden alterarse sus capacidades físicas y mentales, llevándolo (a) a un grado de vulnerabilidad, para lo cual requiere de un cuidador. ⁽¹⁾

Los cuidadores deben responder a determinadas tareas como son esfuerzos físicos, tensiones que derivan del propio cuidado, tiempo de la enfermedad y grado de dependencia física en el adulto mayor, que puede generar un desequilibrio en la vida personal y en el entorno. Todo esto conlleva a cambios en el ámbito familiar, laboral y social, que afecta la calidad de vida del cuidador. ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida (CV) como “la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes e intereses. Por ello los cuidadores pueden enfrentar estrés inmediato, que en la mayoría de los casos los lleva a un deterioro en sus funciones cognitivas que pueden interferir en la asistencia y el cuidado del adulto mayor. Pueden sufrir limitaciones físicas, psicológicas y sociales, que impiden la realización de su labor y que pueden empeorar su calidad de vida. ⁽¹⁾

Desde su introducción en el campo el concepto de carga ha ido evolucionando desde una concepción unidimensional a una diferenciación entre carga objetiva y subjetiva e incluso a un concepto multidimensional. ⁽²⁾

El presente estudio tuvo como objetivo determinar ¿Cuál es el grado de sobrecarga del cuidador principal relacionada con la dependencia que tiene el paciente geriátrico?, basado en la consulta externa de la especialidad de medicina familiar en la UMF 82 del municipio de Zamora, Michoacán, ya que en la actualidad no existe estudio sobre este tema, para así intentar establecer en qué condiciones se encuentra el entorno, las interrelaciones, entre otras, de dicho cuidador.

Por lo anterior, planteamos la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el grado de sobrecarga del cuidador principal relacionada con la dependencia que tiene el paciente geriátrico?

X. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Describir el grado de sobrecarga que existe en el cuidador principal y su relación con el grado de dependencia del paciente geriátrico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar el grado de sobrecarga del cuidador principal del paciente geriátrico.

- Evaluar si existe relación entre el grado de sobrecarga y la edad del cuidador principal.
- Detectar grado de dependencia del paciente geriátrico.

XI. HIPÓTESIS

La sobrecarga en el cuidador principal es del 30% y tiene relación con el mayor grado de dependencia del paciente geriátrico.

XII. MATERIAL Y MÉTODOS

- **DISEÑO DEL ESTUDIO:** Estudio observacional transversal
- **SEDE DEL ESTUDIO:** Unidad de Medicina Familiar #82, Zamora, Michoacán

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Cuidadores principales del paciente geriátrico en la UMF #82, Zamora, Michoacán.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

Se cuenta con una población de adultos mayores de 7570, usando la fórmula para población finita se deberán estudiar 250 pacientes.

CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parametro	Insertar Valor
N	7,570
Z	1.960
P	50.00%
Q	50.00%
e	6.00%

Tamaño de muestra
"n" =

257.73

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

Z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

e = Erro de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

Nivel de confianza	Z _{alfa}
99.7%	3
99%	2.58
98%	2.33
96%	2.05
95%	1.96
90%	1.645
80%	1.28
50%	0.674

curra el evento estudiado

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ambos sexos
- Mayores de 18 años.
- Ser cuidador principal de algún paciente geriátrico derechohabiente del IMSS y que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Participantes que decidan retirarse del estudio.

VARIABLES

Variable Dependiente: Sobrecarga del cuidador principal.

Variables Independientes:

Grado de dependencia del paciente geriátrico.

Edad cuidador.

Sexo cuidador.

Tipo de enfermedad del paciente.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Unidad de medición
Sobrecarga del cuidador principal	Dependiente	Grado en el cual el cuidador percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos de su vida con en la salud mental y física, la interacción social y su economía.	Se realizará por medio de la escala de Zarit diseñada para valorar la sobrecarga del cuidador principal. 22-46 ptos=No sobrecarga. 47-55 ptos= Sobrecarga leve.	cualitativa	No sobrecarga. Sobrecarga leve. Sobrecarga intensa.

			56-110 ptos= Sobrecarga intensa.		
Dependencia del paciente geriátrico	De control	Disminución de la capacidad de ejecutar tareas y actividades diarias típicas para mantener la independencia , como resultado de una alteración en la estructura o función anatómica, psicológica, fisiológica, emocional o mental de los sujetos.	Se realizará con la escala de Barthel, valorando la capacidad del enfermo para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. 0-20 ptos= dependencia total, 20-35 ptos= dependencia severa, 35-55 ptos= dependencia moderada, 60 ptos= dependencia escasa, 100 ptos= total	Cualitativo	dependencia total dependencia severa dependencia moderada dependencia escasa total independencia

			independencia		
Cuidador principal	Independiente	Persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de una persona que por sí misma no puede.	Se seleccionará a la persona que presente el papel de cuidador principal de un adulto mayor.	Cualitativo.	Persona, hombre o mujer que sea cuidador principal.
Edad cuidador	De control	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	De acuerdo al número de años vividos.	Cuantitativo.	Edad en años.
Sexo cuidador	De control	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Identificación de hombres y mujeres.	Cualitativo.	Hombres. Mujeres.

Tipo de enfermedad del paciente	De control	Alteración leve o grave del funcionamiento o normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.	Realizando el diagnóstico, en la que frente a una persona que muestra ciertos síntomas, determinar cuál puede ser la causa que produce dichos síntomas.	Cualitativo.	-DM2 -HAS -Obesidad -Postración -EVC -Demencia
---------------------------------	------------	---	---	--------------	---

DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Previo evaluación y autorización por parte del Comité de Ética e Investigación en Salud y del Comité Local de Investigación en Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se procedió a la selección de participantes para la investigación de este proyecto.

Una vez autorizado el protocolo, se dio inicio en el mes de Enero a la búsqueda de participantes, todos aquellos participantes que cumplieran los criterios de selección, que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, en alguna de sus visitas mensuales al UMF No.82 de Zamora, Michoacán, se les explicó en qué consistía el proyecto de investigación mientras se encontraban en la sala de espera, así como integración a grupos de autoayuda, otorgando dos cuestionarios que se respondieron en 10 minutos cada uno, aproximadamente.

El médico residente les aplicó el cuestionario “Escala de Zarit”, que cuenta con una fiabilidad alfa de Cronbach de 0.88, instrumento que consta de una prueba que nos ayuda a cuantificar el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de personas dependientes. Test que evalúa dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas de conducta y clínicos del participante. Consta de 22 reactivos tipo Likert que se responderán con 5 opciones, nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre, se obtendrá una puntuación de 1 a 5, luego se suma el puntaje obteniendo resultados entre 22 y 110 puntos, clasificando al cuidador en: ausencia de sobrecarga (menor o igual 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (mayor o igual a 56). “Escala de Barthel” que cuenta con una fiabilidad alfa de Cronbach de 0,86-0,92, prueba que nos ayuda a medir la discapacidad física, valorando el nivel de dependencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, consta de la calificación de 10 actividades y 5 niveles de puntuación, clasificando la dependencia como: dependencia total (0-20 puntos), dependencia severa (21-60 puntos), dependencia moderada (61-90 puntos), dependencia escasa (91-99 puntos) e independencia (100 puntos). Todos los datos obtenidos se registraron en una base de datos para el posterior análisis e interpretación de estos. Se buscó identificar la relación entre las variables cualitativas sobrecarga del cuidador principal y dependencia del paciente geriátrico por medio de la utilización de Chi Cuadrada.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística Descriptiva:

Estadígrafos: Rangos máximos y mínimos. Medición de frecuencias en porcentajes.

Medidas de tendencia central: Media, mediana y moda.

Medidas de dispersión: Desviación Estándar.

Estadística inferencial.

En caso de obtener una distribución normal, se aplicarán pruebas paramétricas:

Correlacional para obtener la relación entre los datos obtenidos del grado de control con los hábitos y características de los pacientes. Se aplicará también Chi cuadrada para analizar si existe relación entre las variables sobrecarga del cuidador primario y dependencia del paciente geriátrico.

Programa estadístico planeado utilizar: El análisis estadístico se realizará a través del programa SPSS versión 22 para Windows.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se apega a los lineamientos de la Ley General de Salud y al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación vigente en México según la NOM-012-SSA3-2012; así como a los principios que derivan de la declaración de Helsinki, en su última declaración en Fortaleza, Brasil, en octubre del 2013.

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su artículo 17, se consideró este estudio de Investigación como de **Riesgo mínimo**, ya que a los sujetos de este estudio no se les hizo intervención para modificar variables, pero el entrevistado pudo identificarse con aspectos sensitivos de su conducta. De acuerdo con los lineamientos establecidos por el Instituto de investigaciones biomédicas para la investigación en humanos, el presente proyecto no presentó riesgo evidente, ya que no se realizó ningún tipo de procedimiento invasivo en ellos. Se rigió con normativas de investigación en humanos de Núremberg y la Declaración de Ginebra, además de la declarativa de privacidad para la divulgación científica. En esta investigación, debido a que se estuvo en contacto directo con los sujetos de estudio para la obtención de la información, se llevó a cabo a través de la aplicación de cuestionarios, por lo que se manejó con la debida confidencialidad los datos obtenidos y la información personal de los sujetos de estudio, otorgándole una clave (siglas del nombre), para poder codificarlos como sujetos de estudio anónimos.

El consentimiento informado se realiza de acuerdo con el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada”. Se resguardó la

confidencialidad de los datos de los pacientes, de conformidad a lo establecido a la Ley Federal de Protección de Datos Personales, en posesión de los particulares, capítulo 2, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, capítulo 4. El artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que “Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación”.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos: Para la impresión de reactivos, se utilizó la obtención de información y documentos, equipo de cómputo portátil impresora personal; Además se utilizaron aulas del UMF 82 para la aplicación de los cuestionarios.

Financiamiento: El equipo y Material de ayuda no estuvo financiado por ninguna institución, todo se obtuvo con recursos personales del médico residente investigador, para así evitar conflicto de intereses.

Factibilidad: El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar, se contó con los recursos y con el financiamiento, por lo que, sí fue factible.

XIII. RESULTADOS

Se encontró que en los cuidadores primarios predomina el sexo femenino con un total de 155 que representa el 62% contra 95 de sexo masculino representando el 38%. Se comparó así también la edad de dichos cuidadores teniendo como resultado predominio en el grupo que comprende de los 41 a los 50 años siendo el 40%, sin embargo, también obtuvimos diferentes grupos de edades como son entre 18 a 30 años con un 4%, 31 a 40 años el 9%, 51 a 60 años el 27%, 61 a 70 años el 13% y finalmente mayores de 71 años que representó el 6%. (Tabla I).

SEXO CUIDADOR PRIMARIO		
FEMENINO	155	62%
MASCULINO	95	38%
EDAD CUIDADOR PRIMARIO		
18-30 AÑOS	10	4%
31-40 AÑOS	23	9%
41-50 AÑOS	101	40%
51-60 AÑOS	68	27%
61-70 AÑOS	33	13%
70 Y MÁS AÑOS	15	6%

Tabla I. Tabla sociodemográfica

Realizando comparativa entre los grados de sobrecarga de 250 participantes dio como resultado un total de 200 participantes con No sobrecarga representando el 80% del total, sobrecarga leve con un total de 25 participantes siendo un 10% y por último sobrecarga

intensa 25 participantes con un 10%. (Tabla II).

Estadísticos

GRADODESOBRECARGA

N	Válidos	250
	Perdidos	0

GRADODESOBRECARGA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO SOBRECARGA	200	80.0	80.0	80.0
SOBRECARGA INTENSA	25	10.0	10.0	90.0
SOBRECARGA LEVE	25	10.0	10.0	100.0
Total	250	100.0	100.0	

Tabla II. Grado de sobrecarga del cuidador primario

Validando de igual manera a 250 participantes, se evaluó el grado de dependencia del adulto mayor, los resultados en orden de frecuencia fue total independencia con un total de 87 pacientes representando el 34.8%, dependencia leve con 72 pacientes (28.8%), dependencia moderada 40 pacientes (16%), dependencia severa con 27 pacientes (10.8%), y dependencia total con 24 pacientes (9.6%). (Tabla III)

Estadísticos

GRADODEDEPENDENCIA

N	Válidos	250
	Perdidos	0

GRADODEDEPENDENCIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos DEPENDENCIA LEVE	72	28.8	28.8	28.8
DEPENDENCIA MODERADA	40	16.0	16.0	44.8
DEPENDENCIA SEVERA	27	10.8	10.8	55.6
DEPENDENCIA TOTAL	24	9.6	9.6	65.2
TOTAL INDEPENDENCIA	87	34.8	34.8	100.0
Total	250	100.0	100.0	

Tabla III. Grado de dependencia del adulto mayor

En la relación del grado de sobrecarga del cuidador primario con el grado de dependencia del paciente geriátrico nos dio resultado con significación estadística (p 0.5), encontrando que existe concordancia entre éstas. (Tabla IV).

Tabla de contingencia GRADODESOBRECARGA * GRADODEDEPENDENCIA

Recuento

		GRADODEDEPENDENCIA					Total
		DEPENDENCIA LEVE	DEPENDENCIA MODERADA	DEPENDENCIA SEVERA	DEPENDENCIA TOTAL	TOTAL INDEPENDENCIA	
GRADODESOBRECARGA	NO SOBRECARGA	57	29	23	15	76	200
	SOBRECARGA INTENSA	5	4	3	6	7	25
	SOBRECARGA LEVE	10	7	1	3	4	25
Total		72	40	27	24	87	250

Tabla IV. Relación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia del paciente geriátrico.

Sabiendo que la mayoría de los cuidadores primarios es representada por el sexo femenino, en esta relación nos dio significación estadística (p 0.5), resultando mayor sobrecarga en mujeres versus hombres que se dedican al cuidado del paciente geriátrico, con un total de 155 femeninas de las cuales 21 presentaron sobrecarga intensa, comparado con un total de 95 masculinos de los cuales solo 4 presentaron sobrecarga intensa. Sin embargo, de manera general predominó la no sobrecarga. (Tabla V).

		SEXOCUIDADOR		Total
		FEMENINO	MASCULINO	
GRADODESOBRECARGA	NO SOBRECARGA	119	81	200
	SOBRECARGA INTENSA	21	4	25
	SOBRECARGA LEVE	15	10	25
Total		155	95	250

Tabla V. Relación entre el grado de sobrecarga y la edad del cuidador primario.

Referente a la relación que existe entre la edad y el grado de sobrecarga del cuidador nos dio como resultado una significancia estadística ($p = 0.018$), determinando que entre mayor edad tiene el cuidador existe mayor sobrecarga. (Tabla VI).

Resumen del procesamiento de los casos						
	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
GRADODESOBRECARGA * EDADCUIDADOR	250	100.0%	0	0.0%	250	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	136.496 ^a	104	.018
Razón de verosimilitudes	118.483	104	.157
N de casos válidos	250		

a. 147 casillas (92.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

Tabla VI. Relación entre la edad y el grado de sobrecarga del cuidador primaria

Resultaron múltiples enfermedades crónicas en el paciente geriátrico, obteniendo predominio de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, teniendo resultado no significativo con ($p = 0.55$), por lo que se concluye que no existe relación entre estas variables. (Tabla VII).

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	87.598 ^a	68	.055
Razón de verosimilitudes	52.965	68	.910
N de casos válidos	250		

a. 102 casillas (97.1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .10.

Tabla VII. Relación entre las diferentes enfermedades del paciente geriátrico y el grado de sobrecarga del cuidador primario.

En relación a los resultados que hubo en cada una de las escalas utilizadas en relación al grado de confiabilidad fueron las siguientes: para la Escala de Zarit dio un resultado de Alfa de Cronbach de .834 lo que significa que es buena, y para la Escala de Barthel fue de .832 resultando buena (Tabla VIII).

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	250	100.0
	Excluidos ^a	0	.0
	Total	250	100.0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.834	22

Tabla VIII. Resultados de Alfa de Cronbach de instrumentos de investigación

XIV. DISCUSIÓN

En este estudio realizado en la UMF No. 82 de Zamora, Michoacán se observó que existen diversos factores que intervienen en el grado de sobrecarga del cuidador primario, como lo son el grado de dependencia del paciente geriátrico, la edad y el sexo del cuidador primario así como el tipo de enfermedad que padece el paciente geriátrico, dentro de ellos encontramos que hubo relación entre el grado de dependencia del paciente geriátrico y el grado de sobrecarga del cuidador primario, a mayor dependencia mayor sobrecarga, ya que conlleva una atención más eficaz y detallada relacionada con la capacidad que tiene el paciente geriátrico para realizar su actividades básicas de la vida diaria, similar a lo que se encontró en el estudio de Gómez-Soler U et al (19) que encontró correlación entre ésta variable y la puntuación total de sobrecarga, afirman, que los cuidadores de pacientes dependientes es de suma importancia, ya que pueden estar influyendo en el bienestar emocional y físico del cuidador.

Referente a la comparativa entre los diversos grupos de edad se encontró que existen cuidadores primarios desde los 18 años hasta más de 71 años, predominando el grupo que se encuentra entre los 41 a los 50 años obteniendo un valor significativo en la relación entre la edad y el grado de sobrecarga del cuidador, como en el estudio que realizó Tomalá-Catuto JD (20) en el que se obtuvo que de 42 participantes el 76% reflejó tener una edad entre 30 a 50 años con mayor grado de sobrecarga en este grupo. Así también este estudio realizado en UMF 82 Zamora, arrojó resultado en relación al sexo del cuidador primario, donde predomina el sexo femenino representando un 62% del total, similar al estudio de Tomalá-Catuto JD (20) en el que observó que la mayor parte estaba representada por el género femenino con 81% haciendo énfasis en que las mujeres han sido relacionadas con el cuidado de familiares desde tiempos remotos por ende tienen una mayor afectación. En el estudio de R. Ramírez M (21) el análisis de la relación entre sexo y nivel de carga, el 58.8% de las mujeres tenían un nivel de carga leve y el 41.2% carga intensa, mientras que en los hombres el 68.9% presentaban carga leve y el 31.1%, similar a los resultados de este estudio en el que se encontró predominio de sobrecarga en el sexo femenino.

El grado de sobrecarga en este estudio a pesar de reportar significancia estadística encontró que el 80% de los participantes presentaron No sobrecarga lo que se contradice con el trabajo realizado por Palomino-Huamán Y. (22) en el que reporta que el 50% presentó sobrecarga intensa y en el trabajo de Farias-Cuello FM (23) obtuvo resultados también del 50% con sobrecarga intensa. Con el resultado de este estudio se identifica que existe omisión por los participantes de la verdadera situación por la que se encuentran, negando algunos datos, probablemente a causa de rechazo de un espacio privado o alejado del paciente geriátrico por parte del participante, el apego a dicho paciente o la falta de confianza por ser entrevistado por personal de salud, limitando así las respuestas verdaderas.

Se realizó así también la investigación sobre las diferentes enfermedades crónicas y agudas en los pacientes geriátricos, encontrando que predomina la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Sistémica, similar al estudio de Ruíz-Martínez AO et al (24) en el que la mayoría de participantes destacaron mismas patologías, corroborando así que la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles contribuye a los índices de morbilidad, mortalidad y años de vida ajustados a la discapacidad, repercutiendo en sobrecarga en cuidador primario. Sin embargo, en este estudio no resultó significativa la relación entre el tipo de enfermedad y el grado de sobrecarga ya que no existieron numerosas patologías que provocara dependencia total en el paciente geriátrico.

Existieron diferentes grados de dependencia en el paciente geriátrico predominando una total independencia con un 34.8%, seguido por dependencia leve representando un 28.8%, resultados similares dieron en el estudio realizado por Navarro-Sandoval C (25) en el que se observó que más del 60% presentó dependencia leve, se concluye que sí interviene en el grado de sobrecarga en múltiples esferas. Sin embargo, en este estudio que se realizó en la UMF No. 82 no resultó significativo debido a que no existieron patologías que conlleven a una alta dependencia, por ende, disminuye la intensidad en el cuidado del paciente geriátrico.

XV. CONCLUSIONES

Predomina total independencia en el paciente geriátrico, sin embargo, existe relación entre el grado de sobrecarga del cuidador principal y el grado de dependencia del paciente geriátrico, así como también que existe un mayor impacto en féminas que dedican mayor tiempo al cuidador, relacionado así también con la edad de dicho cuidador.

XVI. RECOMENDACIONES

Los cuidadores primarios de pacientes geriátricos dependiendo el grado de dependencia del paciente a su cargo, tienen factor de riesgo para desarrollar síndrome del cuidador primario, a mayor dependencia mayor grado de sobrecarga, por lo que se recomienda que estos pacientes se mantengan en observación para evitar que lo desarrollen, así como valorar la necesidad de apoyo psico-social para así mantener su integridad y desarrollo en un ambiente equilibrado.

XVII. BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo M, Rivas M.T. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud* 1. 2015. 9-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
2. Navarro-Sandoval C, Urlostegui-Espíritu LC, Delgado-Quñones EG, Sahagún-Cuevas MN. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017. 1. (55), 24-39. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297013>
3. Cabada-Ramos E, Martínez-Castillo VA. Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*. 2017. 1. (27). 53-59.
4. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V, Nastasi R. Evaluación de la sobrecarga del cuidador principal de pacientes en Cuidados paliativos con la escala de Zarit en el Instituto Lanari. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos aires. 2015. 1-18. Disponible: <https://www.aacademica.org/000-061/265>
5. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. 2015. 17. 307-330. <http://argumentos.sociales.uba.ar/>
6. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, Díaz-Sanisidro E, Barbosa-Álvarez A, Clavería A. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. Elsevier. 2016. 156-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006> 0212-6567/

7. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Med Int Méx.* 2015; 31. 660-668.
8. Rodríguez M, Tello PM. atención a las cuidadoras de pacientes oncológicos y paliativos en el espacio comunitario. *Revista Enfermería Docente.* 2015. 15-18
9. Montoya DI, Zuluaga S, Uribe V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. *Medicina U.P.B.* 2018. (37), 2. 89-96. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159056349001>
10. León-Vázquez ML, Medina-Rosete MI, Castellanos-Lima RI, Portillo-García Z. Síndrome de fragilidad en el adulto mayor y la sobrecarga de su cuidador primario. *Rev. Mex. Med. Fam.* 2020. 72-77. DOI:10.24875/RMF.20000045.
11. Barrantes LC. Síndrome del cuidador cansado en el contexto de pacientes con demencia. Universidad de Costa Rica. Sistema de estudios de posgrado. 2015. 1-90.
12. Martínez S. Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familiar.* Vol. 13. Núm. 1. 2020. 97-100.
13. Tirado G, López-Saez A, Capilla C, Correa A, Geidel B. La valoración en el Síndrome del cuidador. *Desarrollo Cientif. Enferm.* 2011. (19) 3. 102-106.
14. Quinche AM, Ríos AL. Relación del síndrome del cuidador con la funcionalidad familiar de personas con discapacidad, Loja, 2016. *Revista científica digital INSPILIP.* 2017. 1-22. DOI: ISSN 2588 0551 10.31790/inspilip.v1i1.17.g23
15. Vargas S, Vargas-Andrés D, Morales J. Nivel de carga de trabajo en cuidadores del adulto mayor residentes en albergues de Lima Norte. *Revista Perú Investig Salud.* 2019. 76-78. <https://doi.org/10.35839/repis.3.2.263>
16. Jiménez-Aguilera B, Baillet-Esquivel LE, Ávalos-Pérez F, Campos-Aragón L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. *Aten. Fam.* 2016. (23) 4. 129-133. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

17. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortíz L, Barajas-Martínez A, Aguilar-Núñez LM, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015. (23) 1. 9-15.
18. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*. 1997. (71) 2. 127-137.
19. Gómez-Soler U, Hierrezuelo-Rojas N, Hernández-Magdariaga A. Sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes. *Arch méd Camaguey*. 2024. 1-13.
20. Tomalá-Catuto JD. Sobrecarga del cuidador en familiares de personas adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. Universidad Estatal Península de Santa Elena. Facultad de ciencias sociales y de la salud. 2021. 1-66.
21. R-Ramírez M, Arias-Parra J. Carga y rasgos de personalidad en cuidadores principales de personas mayores. Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador. 2021- 1-7.
22. Palomino-Huamán Y. Sobrecarga del cuidador en adultos mayores de la asociación las Américas de Ate Vitarte. 2022. 1-61.
23. Farias-Cuello FM. Sobrecarga del cuidador familiar de adultos mayores. Universidad Estatal Península de Santa Elena. 2022. 1-70.
24. Ruíz-Martínez AO, Vargas-Santillán ML, Rodríguez-García C, Ruelas-González MG, González-Arriata, López-Fuentes NI. Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de enfermos crónicos con base en el nivel de independencia. *Ciencia ergo.sum*, vol. 29, núm. 3, noviembre 2022.febrero 2023. E169.
25. Navarro-Sandoval C, Uriostegui-Espíritu LC, Delgado-Quiñones EG, Sahagún-Cuevas MN. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física en la UMF 171. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 55, núm. 1, 2017. 1-16.

XVIII. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603.
H GRAL ZONA NUM 8

Registro COFEPRIS 17 CI 16 102 026
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 001 2017033

FECHA Jueves, 08 de febrero de 2024

Maestro (a) MARIA GUADALUPE VALDESPINO PADILLA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **GRADO DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2024-1603-005

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Samuel Sánchez Moreno
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Mar zo Juli o 202 3	Noviem bre- diciemb re 2023	En ero - Abril 2024	Ma yo 202 4- Oct 20 24	Noviembre 2024- Abril 2025	May o 202 5- Oct ubre 2025	Noviembre 2025-Feb 2026
Diseño del protocolo de investigació n	X						
Evaluación por el CEIS		X					
Reclutamien to pacientes o revisión de expedientes			X				

Aplicación de instrumentos			X	X			
Análisis de resultados			X	X			
Redacción de Resultados				X			
Redacción de discusión y conclusiones				X			
Redacción Tesis terminada					X		
Manuscrito Publicación						X	
Difusión Foro						X	

Examen de Grado							X
--------------------	--	--	--	--	--	--	---



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Zamora, Michoacán, a _____ de _____ del 2024

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado **GRADO DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIATRICO**. Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 16038 el Hospital General de Zona # 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El siguiente documento le proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO:

El objetivo del estudio es identificar la existencia de algún problema a nivel social, físico o mental del cuidador para así intervenir a tiempo y de manera adecuada para lograr preservar

la salud del cuidador, teniendo en cuenta que el síndrome del cuidador principal es una enfermedad muy poco conocida, en la que se tiene que poner atención para evitar su aparición y evolución, así como un tratamiento a tiempo.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted acepta participar se le proporcionará una explicación breve sobre en qué consiste el estudio

de investigación y se le otorgarán dos cuestionarios, uno calificará el grado de sobrecarga de usted

y el otro el grado de dependencia de su familiar a cargo, se logrará contestar en aproximadamente 10 minutos, cada uno.

RIESGOS.

Dado que es una encuesta escrita es completamente segura, sin embargo, existe un riesgo mínimo ya que puede haber incomodidad al contestar algunas preguntas.

BENEFICIOS.

Los beneficios esperados para usted al realizar esta encuesta es que se realice un diagnóstico a tiempo de si presenta o no sobrecarga al encargarse de cuidar a un adulto mayor. Además de que al realizar esta encuesta está contribuyendo a mejorar la atención y orientación que se le otorga por parte del personal de salud, con el fin de ayudar a otras personas que presentan el mismo cargo que usted.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

Dra. María Guadalupe Valdespino Padilla, Dr. José Jorge Torrijos Zavala, y Dra. Yoana Méndez Peña se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca del procedimiento. Así como darle información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para usted, en caso de identificar factores de riesgo brindarle la atención adecuada.

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir, que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección, etc.) será guardada de manera confidencial, al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES

En caso de Dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con:

Investigador Responsable:

M.S.P. María Guadalupe Valdespino Padilla, con sede en UMF 82, Jefatura de medicina familiar UMF 82, teléfono 3519130754, Correo maría.valdespino@imss.gob.mx

Co-asesor responsable:

ME José Jorge Torrijos Zavala, con sede en UMF 82, teléfono 3511358321 Correo mftorrijos39@gmail.com o al correo Jose.torrijos@imss.gob.mx

Dra. Yoana Méndez Peña, residente de primer año de la especialidad en medicina familiar al teléfono 44333709129 con sede en la UMF 82, correo yojotzuni@gmail.com.

Dr. Eduardo Alberto Ung Medina, secretario del Comité de Ética en Investigación en salud 16038, con sede en la UMF 81, Domicilio en calle Tacámbaro 501, Colonia Valle Dorado, C.P. 60130 Uruapan, Michoacán.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE INICIALES	
SEXO	
EDAD	

ANEXO 3

FICHA:

FECHA:

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 otras responsabilidades?	
4	¿Se siente enfadado cuando esta con su familiar?	
5	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa 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 agotado 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 sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a 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
Siempre	5

INTERPRETACIÓN	
22 a 46 puntos	NO SOBRECARGA
47 a 55 puntos	SOBRECARGA LEVE
56 a 110 puntos	SOBRECARGA INTENSA

ANEXO 4.

- Índice de Barthel de valoración funcional de independencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- Índice de Katz de independencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- Índice de Lawton y Brody de evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria.

ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Areglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativos	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, más un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al W.C., quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al W.C., pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de permanecer sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

100 Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)

60 Dependencia leve

35-55 Dependencia moderada

20-35 Dependencia severa

20 Dependencia total



GOBIERNO DE
MÉXICO



Dirección Médica
Unidad de Medicina Familiar No. 82

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Zamora Michoacán a 15 de noviembre 2023

Dra. Ma. Guadalupe Valdespino Padilla

Investigador Clínico

Presente

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que pueda realizar su protocolo de investigación titulado **"GRADO DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO"** realice su proyecto de investigación en esta Unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la realización de encuestas al personal dirigido en esta investigación.

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.


Atestado por:
Dr. Eduardo Valdespino Padilla
Director Médico

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Residencia de Medicina Familiar	
Título del trabajo	Grado de sobrecarga en el cuidador principal y su relación con la dependencia del paciente geriátrico.	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Yoana Méndez Peña	
Director	Maria Guadalupe Valdespino Padilla.	maria.valdespino@imss.gob.mx
Codirector	José Jorge Torrijos Zavala	jose.torrijos@imss.gob.mx
Coordinador del programa	Cleto Álvarez Aguilar	cleto.alvarez@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción		

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español		
Traducción a otra lengua		
Revisión y corrección de estilo		
Análisis de datos		
Búsqueda y organización de información		
Formateo de las referencias bibliográficas		
Generación de contenido multimedia		
Otro		

Datos del solicitante	
Nombre y firma	<i>[Firma]</i>
Lugar y fecha	Zamora, Michoacán a 14 de Noviembre 2025.

Yoana Méndez Peña

GRADO DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIÁTRI...

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:529971133

Fecha de entrega

19 nov 2025, 7:40 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

19 nov 2025, 7:52 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

GRADO DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA DEL.....pdf

Tamaño del archivo

981.5 KB

56 páginas

10.005 palabras

54.265 caracteres

61% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 61%  Fuentes de Internet
- 29%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.