



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Y APOYO EN CONTINGENCIAS**

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
2006-2009**

**“PREVALENCIA DE LA CARGA DEL CUIDADOR DE
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA
EN EL IMSS Y FACTORES ASOCIADOS.
DISTRITO FEDERAL, 2008”.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
EPIDEMIOLOGÍA**

PRESENTA:

DRA. ERIKA JUDITH RODRÍGUEZ REYES

Autorizada por la Comisión Nacional de Investigación Científica, número de registro 2008-785-007.

**ASESORES:
DRA. ZOILA TRUJILLO DE LOS SANTOS
Internista-Neuro Geriatra
DR. ERNESTO KRUG LLAMAS
Epidemiólogo-Gerontólogo Social**

MÉXICO, D. F. FEBRERO DE 2009

Autorización

Dr. Benjamín Acosta Cázares
Profesor Titular del Curso de Especialización de Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en
Contingencias
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Evangelina González Figueroa
Profesor Adjunto del Curso de Especialización de Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y Apoyo en
Contingencias
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Ernesto Krug Llamas
Médico Epidemiólogo-Gerontólogo.
Unidad de Salud Pública.
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Zoila Trujillo de los Santos
Medico Internista-Geriatra
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez

GRUPO ASESOR

**Dra. Zoila Trujillo de los Santos
Médico Internista y Neuro-Geriatra
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez**

**Dr. Ernesto Krug Llamas
Epidemiólogo y Gerontólogo Social
Unidad de Salud Pública
Instituto Mexicano del Seguro Social**

**M en C. Silvia Esperanza Jiménez García
División Epidemiología Social
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
y Apoyo en Contingencias
Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Dr. Carlos B. Armenta Hernández
Médico Epidemiólogo
UMF 35, D.F. 2 Norte
Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Ing. Ismael Seth Medina Reyes
División de Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
y Apoyo en Contingencias
Instituto Mexicano del Seguro Social**

COLABORADORES POR HOSPITAL:

Hospital General Regional # 1
Dra. Zoila Trujillo de los Santos
Dr. Armando López Zamorano
Dra. Eva Monroy Ojeda
Enf. Guadalupe Pérez J.
Enf. Argelia Velazquez S.
Enf. María de Jesús Barrera A.
Sr. Josué Flores Bastida
Sr. José Luis García García

Hospital General Regional # 27
Dra. Dolores Murcio Durán
Enf. Carolina Contreras A.
Nutric. Martha Bautista
T.S. Consuelo Padua H.

**Hospital General Regional 1-A
Venados**
Dr. Jorge Alfredo Ledesma Feret
Dr. Jorge Alberto Lira Ortega
Enf. Marisol Arellano Ayala
Enf. Leticia Sanchez Vera
Psic. Luis Alberto Gordillo D.
Sr. Pedro Gerardo

Hospital General Regional # 29
Dra. Patricia Alonso López
Enf. Ma. Guadalupe Villagomez
Cruz
T.S. María Laura Lezama Lima
Nutric. Ma. Guadalupe Martínez B.
Sr. Julio Cesar Godinez Martínez

Hospital General Regional # 8
Dr. Sergio Torres González
T.S. Gloria Méndez Torres
Enf. Candelaria Dueñas
Dr. Edgar Rojas
TS. Mirna Brito
Sr. Julian Torres
Sr. Isaac Reyes

Hospital General Regional # 32
Dr. Luis Gerardo Osorio E.
Dr. José Manuel Hernández Aguilar
Enf. Gral. Rosa María Jiménez G.
Enf. Gral. y Tanatóloga Ma. De
Lourdes Tapia Sandoval
T.S. María del Rocío Romero Ruiz
Sr. Eduardo Lara
Sr. Salvador Ibarra

Hospital General Regional # 26
Dr. Hilarión Vázquez Ortiz
Enf. Olga López Alarcón
Sr. Alberto Quintero Romero

**Hospital General Regional # 53
Los Reyes**
Dra. Esperanza Espinoza
Manríquez
Enf. Guadalupe Castro García
T.S. María del Rosario Barrientos
V.
Sr. José Antonio Zamano Ramírez

El sentido que los seres humanos atribuyen a su vida y su total sistema de valores son los que definen el significado y el valor de la vejez. En contraposición, es la manera como una sociedad se comporta hacia los ancianos, como se descubre la verdad desnuda y muy frecuentemente la cara oculta de sus principios y aspiraciones.

Simone de Beauvoir “La vejez”

La edad se lleva en el alma aunque el paso del tiempo lo soporte el cuerpo.
Anónimo

Para conocer la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su estado normal y en relación con el medio en que vive, e investigar, al mismo tiempo, las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio en que vive.

Hipócrates

El envejecimiento, individual y colectivo, no es una ruta a seguir; es un camino a construir.

H. San Martín, 1988

¿Qué hombres queremos ser? ¿Qué sociedades necesitamos construir?

H. San Martín, 1989

El cuidar es un arte que pocas personas podemos disfrutar.

E. Krug, 2009

Cuidar es la máxima bondad que un ser humano puede otorgar.

E. Krug, 2009

Gracias

A mis padres y hermanos

Por su amor, comprensión, confianza, fuente constante de motivación y el apoyo incondicional

A la Dra. Zoila Trujillo de los Santos

Por sus enseñanzas, apoyo y por ser además una gran amiga

Al Dr. Ernesto Krug Llamas

Por su paciencia, apoyo, enseñanzas y motivación

A mis profesores de la especialidad

Por transmitirme sus enseñanzas, experiencias y por su dedicación

A mis amigos y compañeros

Por su amistad, apoyo, confianza, motivación y por todos los momentos agradables y/o difíciles que compartimos durante este tiempo en la residencia

A los cuidadores

Que me permitieron la entrada en sus domicilios y en su vida

ÍNDICE

	Página
1. Resumen	1
2. Marco Teórico	4
3. Planteamiento del problema	16
4. Justificación	17
5. Objetivos	18
6. Hipótesis	19
7. Material y método	21
8. Plan general	33
9. Análisis estadístico	34
10. Consideraciones éticas	35
11. Resultados	36
12. Discusión	43
13. Conclusiones	48
14. Bibliografía	49
15. Anexos	51

1.- RESUMEN

Título: Prevalencia de la carga de cuidado y factores asociados del cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica en el IMSS. Distrito Federal, 2008. Rodríguez Reyes EJ, Trujillo de los Santos Z, Krug Llamas E, Jiménez García S, Armenta Hernández C, Medina Reyes IS.

Objetivo: Determinar la carga en cuidadores/as de Adultos Mayores con enfermedad crónica (AMEC) en el Programa de Atención Domiciliaria Integral (ADI).

Material y método: Estudio transversal, realizado de julio a octubre 2008, en ocho hospitales, siete de la ciudad de México, D.F., y uno del Estado de México. La carga se midió empleando un cuestionario semi-estructurado. La escala Zarit para medir carga, inventario de Beck para depresión, Maslach Burnout para Burnout, el índice de Barthel para medir la dependencia a las actividades básicas de la vida diaria del AMEC perteneciente al ADI. Realizando frecuencias simples, medidas de tendencia central, Ji^2 , Razón de Momios de Prevalencia (RMP) con Intervalos de Confianza al 95%(IC_{95%}) y modelo de regresión logística (MRL).

Resultados: Del universo total de 1146 pacientes en el ADI con el que cuentan los 8 hospitales, 997 son AMEC, el tamaño mínimo de muestra fue de 712. Se invitó a participar al estudio a 900 cuidadores de AMEC, se presentaron 96 defunciones de AMEC en el período de cuatro meses en los cuales se realizó el levantamiento de la encuesta. Se decidió no encuestar a estos cuidadores por que tenían una o dos horas de haber fallecido el adulto mayor al que le realizaban los cuidados, esto modificaría la percepción de la carga de cuidado, teniendo 10.6% de perdidas.

De 804 cuidadores encuestados, el 82.8% tenía carga, 4.7% Burnout y 74.8% presencia de depresión. La edad promedio fue de 53.9±14.3 años. 41.2% fueron varones, 58.8% mujeres. 1% analfabetas, 14% con primaria incompleta. Del total de cuidadores 43% adultos mayores (AM). Un 92% familiar directo. El tiempo en años que llevan cuidando al adulto mayor 34.2% de uno a tres años, 14% más de 6 años. Realizan los cuidados de seis a siete días a la semana 81.2%. De diecisiete a veinticuatro horas al día cuidan a AMEC 44.8%. Cuentan con red de apoyo 79%. De

los 804 cuidadores, 8.2% perciben algún pago o ayuda económica. Solo 85% de los cuidadores viven con el adulto mayor. Cambio su forma de vida para llevar a cabo los cuidados al AMEC 79.5%. Nivel socioeconómico: 48.1% clase media, 48.3% clase media baja y 3.6% clase media alta. Fumaba 15% y 23.5% ingiere bebidas alcohólicas. Al hacer la valoración del estado nutricional por índice de masa corporal (IMC) se encontró 22.3% con peso normal, 35.9% sobrepeso, 41.8%, con obesidad. De los 335 obesos, 24.5% obesidad I, 14.1% obesidad II, 3.1% obesidad III. Siendo más prevalente la obesidad que el sobrepeso. Al categorizar la obesidad nos dimos cuenta que la I y II es más prevalente en el hombre y la obesidad III en la mujer. Siendo en el apartado de sobrepeso más prevalente en la mujer. En cuanto a la circunferencia abdominal de los cuidadores, 331 hombres, el 73.1% presentaron circunferencia abdominal no saludable. De 473 mujeres, el 80.5% presentaron circunferencia abdominal no saludable. De los 804, el 27.9% si tienen algún trabajo donde reciben un ingreso o salario además de cuidar al adulto mayor. Del tipo de empleo 12.7% tienen negocio propio y 15.2% empleado. No presentan ninguna enfermedad 52.1%. Al momento de la entrevista tenían derecho a algún servicio médico 641 cuidadores y de estos 78.5% eran derechohabientes IMSS, 13.7% ISSSTE, 3.3% Seguro Popular, 2.7% ISSFAM, 0.9% PEMEX, 0.9% Gastos Médicos Mayores. De las enfermedades de los cuidadores 19.9% del sistema cardiovascular, 5.3% músculo-esquelético, 1.6% respiratorio, 10.4% endocrino, 3% sistema nervioso central, 5.1% oncológicas, 2.2% genito-urinarias, 0.2% digestivas.

Con respecto a los AMEC que pertenecen al ADI: Edad 75.8 ± 9.6 . Hombres 43.4%, mujeres 56.6%. El 98.2% tiene un grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. De esta el 53.4% cuenta con dependencia total, 15.4% dependencia elevada, 13.6% dependencia moderada, 15.8% dependencia ligera, 1.9% independiente. 76.9% utilizan pañal. El tiempo que llevaban con la enfermedad hasta el momento de la entrevista los AM, 68.9% menos de 3 años, 15.9% de 4 a 6 años, 9.2% tienen de 7 a 10 años con la enfermedad y 6% más de 10 años. De las enfermedades que tuvieron los AM son: 4.5% enfermedades del sistema músculo-esquelético en etapa avanzada, 6.1% pérdida de autonomía/edad extrema, 4% enfermedad de sistema cardiovascular en etapa avanzada, 38.1% enfermedades del sistema nervioso central en etapa avanzada, 18.5% enfermedades oncológicas etapas terminales, 6.2% enfermedades del sistema respiratorio etapas terminales oxígeno dependientes y 22.6% enfermedades del sistema endocrino en etapa

avanzada. De las variables que tuvieron valores de P menores a 0.25 en el análisis bivariado entraron al MRL. El MRL: tener pareja tuvo RM 1.535 IC_{95%} (1.011,2.332), P 0.044 con respecto a sin pareja; ser no familiar directo y otros RM 0.609 IC_{95%} (0.310,1.196), P 0.150 respecto a ser familiar directo; cuidar al AM por más de cuatro años RM 1.762 IC_{95%} (1.140,2.984), P 0.035 respecto a aquellos que tenían menos de cuatro años de realizar los cuidados; no tener red de apoyo RM 2.791 IC_{95%} (1.389,5.605), P 0.004 respecto a aquellos que si la tienen; no vivir con el AM RM 0.534 IC_{95%} (0.320,0.889), P 0.016 con aquellos que viven con el AM; no cambiar su forma de vida RM 0.480 IC_{95%} (0.301,0.765), P 0.002 con respecto a si cambia su forma de vida; tendencia a padecer Burnout RM 3.666 IC_{95%} (1.866,7.200), $P < 0.001$; Burnout RM 1.713 IC_{95%} (0.563,5.217), P 0.343 con respecto a no padecer Burnout; ausencia de depresión RM 0.206 IC_{95%} (0.133,0.317), $P < 0.001$ con respecto a presencia de depresión.

Conclusiones: En la población estudiada de cuidadores la carga de cuidado es de 82.8%, 4.7% tiene Burnout, 74.5% depresión. El 43% son AM, del total encuestados el 1% es analfabeta, el 14% tiene primaria incompleta. Considerando que 58.4% son mujeres y 41.6% hombres. El 92% es familiar directo, 38% tiene cuidando al AMEC por más de 4 años, el 81% realizan cuidados por más de 5 días a la semana, 45% dedican de 17 a 24 horas al día, 80% tienen derecho a algún servicio médico, 79.5% cambio su forma de vida, prevalencia de sobrepeso 35.9% y 41.8% de obesidad. 73.1% de los hombres y 80.5% de las mujeres presentaron circunferencia abdominal no saludable. Solo 15% fuma actualmente y 23% ingiere bebidas alcohólicas. Los factores asociados a la carga de cuidado fueron: estado civil, parentesco, tiempo en años de cuidado, no contar con red de apoyo, vivir con él adulto mayor al que se le realizan los cuidados, él que se cambiará su forma de vida por realizar los cuidados al adulto mayor, el tendencia a padecer Burnout, así como la ausencia de depresión. El género no tuvo una asociación significativa en este estudio. Debemos tomar en cuenta las necesidades de los cuidadores tanto físicas, emocionales y económicas. Pero sobretodo explorar y crear estrategias de apoyo institucional, para dignificar la figura de este personaje en nuestro país.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 Envejecimiento:

Existen varias definiciones que pueden encontrarse en la bibliografía que demuestran la dificultad para definir con claridad al envejecimiento. Este debe considerarse como parte del proceso normal que ocurre a lo largo de un ciclo de vida. Durante el mismo, los cambios anatómicos y fisiológicos reducen la reserva fisiológica y la capacidad funcional, de ahí que la disminución de la reserva homeostática sea una de las mayores características del envejecimiento.

Así podemos encontrar diferentes y variadas definiciones del envejecimiento: Marcel Archard¹, un viejo es alguien que tiene diez años más que uno mismo. Para Frolkis¹ se trataría de un proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes que la vejez, y que evoluciona de forma continua siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas. Los continuadores de la escuela de Verzar¹ lo definen como un fenómeno de desaparición paulatina del individuo, regulado por un desplazamiento del colágeno y unido a un descenso global del metabolismo. Para Brocklehurst¹ el envejecimiento es un proceso progresivo de desadaptación del individuo al medio que le rodea, que termina con la muerte. La definición clásica de Binet y Bourlière¹: Todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Por tratarse de un proceso dinámico, único y heterogéneo en cada individuo, el envejecimiento suele seguir una trayectoria ascendente seguida de otra descendente. Sin embargo, esto, que puede considerarse ideal, puede modificarse hacia una trayectoria senil o declinación acelerada por la influencia de diversos factores externos (ambientales, nutricionales, enfermedades, etc.) e internos (hormonales, metabólicos y genéticos, entre otros)².

En los últimos treinta años del siglo veinte, la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia también la estructura

de las edades de la población. El mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del presente siglo³.

La Organización Mundial de la Salud informó en 1999 que la esperanza de vida está determinada en forma notable según el grado de desarrollo económico de cada país, siendo de 75 años para los más desarrollados a 49 años para los menos favorecidos (África subsahariana y Haití en América Latina). No obstante, en países con mayor grado de desarrollo tecnológico e industrial, como Estados Unidos, algunos de Europa y Japón, esta cifra excede los 80 años.

Este siglo estará marcado por el envejecimiento poblacional. En casi todos los países se proyecta que de 2000 a 2030 el número de personas mayores de 65 años pasará de 550 millones a 973 millones, es decir que el incremento será de 6.9 a 12% a nivel mundial: en Europa pasará de 15.5 a 24.3%; en Norteamérica, de 12.6 a 20.3%; en Asia, de 6 a 12%, y en América Latina y el Caribe, de 5.5 a 11.6%; en tanto que para el África subsahariana el aumento será de 2.9 a 3.7%⁴.

En América Latina se ha ido incrementando la esperanza de vida. Según proyecciones del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), la vida de la persona de 60 años puede prolongarse por más de 20 años, con diversas consecuencias tanto en el ámbito económico, social, político² y desde luego de salud.

Las transiciones demográfica y epidemiológica provocan que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la población mayor de 60 años adscrita a médico familiar pasó de 3.8 millones en 2000, a 5.2 en 2007, es decir de 12.4 a 14.5%⁵ del total de la población en la institución, lo cual significa una proporción que va en aumento y que el fenómeno del envejecimiento representa un desafío para el IMSS, ya que la población bajo su responsabilidad aspira a una vida

más prolongada y la proporción de adultos mayores será muy superior a la atendida por el resto de las instituciones de salud⁶.

El conocer que pasa con una población envejecida en el mundo, nos lleva a pensar que debemos revisar los programas y las estrategias realizadas para ellos, así como el llevar a cabo propuestas para crear otra línea que ayude a tratar al responsable del AMEC desde un punto de vista económico, social, cultural y accesible, este personaje es el cuidador que siempre esta a su lado, sin embargo hasta hoy a sido poco conocido y estudiado.

2.2 Gerocultura

Es el cuidado del adulto mayor. Este término, comprende toda clase de atenciones o cuidados que se pueden ofrecer y debe recibir un adulto mayor en cualquier situación en que se halle, sea en su domicilio, hogar de ancianos u hospital, en la comunidad o colectivamente en centros sociales.

El cuidador principal es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y el apoyo diario a quien padece una enfermedad, pero, el cuidador no es solo el que cuida al paciente, si no que es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa que incluye el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes, facilitando la integración del AMEC en su entorno y en la realidad.

Todos los profesionales, sabemos lo importante que es la figura del cuidador. Se debe reconocer que la importancia del cuidador primario va en aumento a medida que progresa la incapacidad y dependencia del enfermo. Su papel es fundamental, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para la atención de los enfermos: es el informante clave, puesto que es un observador permanente de la situación del paciente; es quien supervisa y, en muchos casos, provee los cuidados básicos al paciente y administra los tratamientos que prescribimos; es quien organiza las actividades, busca soluciones y toma las decisiones más importantes en cuanto a cómo, quién y donde se cuidará al familiar enfermo. ⁷

De acuerdo al glosario especializado en gerontología y geriatría⁸ los cuidadores se clasifican de la siguiente manera:

Cuidadores formales: Profesionales o semiprofesionales, tales como trabajadores sociales, médicos, abogados, personal de ayuda a domicilio y enfermeras, que cuidan de personas mayores en una amplia variedad de ámbitos.

Cuidadores informales: Familiares o personas cercanas a la familia que cuidan de la persona mayor, realizando la tarea del cuidado bien en la casa de la propia persona mayor o en la casa del cuidador.

2.3 Los cuidadores

Los cuidadores han existido desde hace siglos, así es como podemos escuchar de diferentes culturas unas antiguas, otras aún presentes. Podemos nombrar a los koryaques, los chuchees, los esquimales, los ojibwas del norte, los yaganes, los aleutianos, los jíbaros, los tics de Nigeria, los kikuyos de Kenia; que de alguna manera cuidaban según sus usos y costumbres a sus adultos mayores. También existen libros como la Biblia donde se narran los cuidados del anciano.⁹ En las leyes de Solón, vigentes en la Grecia antigua, se establece que si alguno no alimenta a sus padres, sería privado del derecho de ciudadanía.⁹ Esparta era una de las ciudades que más cuidaba a sus viejos; la gerusia era un consejo de 30 ancianos (gerontos) que dirigían y controlaban la política de la república.⁹ Existieron movimientos sociorreligiosos, las beguinas, mujeres dedicadas a trabajos sociales y de enfermería, preferentemente a domicilio, llevaban ropa, alimentos y otros objetos para la vida diaria a los necesitados⁹ que generalmente eran adultos mayores.

2.4 Carga del cuidado

El cuidador principal soporta cada día retos imprevistos, y sufre pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional. El síndrome del cuidador no es sólo un síndrome clínico ya que también están implicadas repercusiones no médicas en aspectos sociales y/o económicos. Este síndrome se

caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona. Los síntomas psiquiátricos que aparecen en los cuidadores son estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente y las alteraciones afectivas que puedan motivar la aparición de ideas suicidas.^{10,11}

La diferencia, en términos reales, entre el cuidado de una persona mayor dependiente y el cuidado en general está en que conlleva un aumento importante de la cantidad y la diversidad de actividades que hay que desarrollar. En el primer caso, proporcionar cuidados implica una dedicación importante de tiempo y energía, y conlleva tareas que pueden no ser cómodas ni agradables, suele darse más de lo que se recibe y a menudo, es algo que no se ha previsto y que modifica frecuentemente el curso de la vida de los cuidadores. Por todo ello, el cuidado suele ser una actividad solitaria y agotadora, aunque simultáneamente también puede experimentarse sensaciones de satisfacción al encontrar un sentido a la labor prestada. Además, ha sido tradicionalmente una actividad invisible, desarrollada en el ámbito de la privacidad doméstica y con un escaso valor social. En la actualidad, el cuidado está presente en nuestra sociedad con la particularidad de que debía desarrollarse en un mundo cuyas estructuras sociales sean acordes a valores predominantes, como el bienestar y la satisfacción individual en detrimento de otros valores más orientados a la colectividad.¹²

2.5 Síndrome de Burnout

El Burnout es un problema que afecta a muchas personas y del que es preciso tener más conocimiento. En este apartado se pretende ahondar en la definición del síndrome para, posteriormente, relacionarlo con las vivencias que puede tener el cuidador de adulto mayor con enfermedades crónicas. Existen numerosas definiciones de lo que es Burnout sin embargo solo mencionaremos algunas: "Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente" (Pines, Aronson y Kafry, 1981). "Un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida

realización personal" (Maslach y Jackson 1981). Siguiendo a Sarros (1988)², podemos conceptualizar las tres dimensiones citadas en términos de:

Agotamiento emocional: haría referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los clientes.

Despersonalización: supondría el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

Reducida realización personal: conllevaría la pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas.

Dentro de estas tres dimensiones mencionadas existen categorías aisladas, se conocen como factores predictores del padecimiento de Burnout (Tabla 1):

Intrapersonales. Recogen las variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc.

Familiares. Hacen referencia a las variables relacionadas con la familia que pueden por sí mismas generar situaciones aversivas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua cuidador-resto de la familia-enfermo.

Interpersonales o ambientales. Recogen las variables no relacionadas con el contexto familiar y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: amigos, estilos de vida, hábitos de ocio, etc. Seguidamente se hace una descripción, no exhaustiva, de los factores de riesgo a los que está sometido el cuidador principal.

Tabla 1. Factores predictores de Burnout

Intrapersonales	Contexto familiar	Contexto ambiental
Indefensión aprendida	Negativa dinámica del trabajo	Apoyo social
Interés social	Ubicación profesional e inadecuación	Relaciones interpersonales
Personalidad resistente	Exigencias de la situación	Comunicación
Sexo	Interacción cuidador-enfermo	Actitudes de otros familiares y amigos
Demandas emocionales	Participación en la toma de decisiones	Satisfacción vital
Estrategias de afrontamiento inadecuadas	Recompensas	Exigencias vitales
Autoeficacia	Apoyo familiar, adicción al trabajo	Problemas familiares
Patrón de personalidad tipo A	Relaciones con los familiares	Recursos de afrontamiento familiares
Autoconcepto	Rigidez familiar, satisfacción	
Expectativas personales	Estresantes económicos	

Es conveniente estudiar en el cuidador la depresión, dado que puede repercutir en los cuidados que otorgue, pudiendo presentar o asentar la carga del cuidador; inclusive puede subestimarla o sobreestimarla.

2.6 Depresión y carga del cuidador

A lo largo de los años se han intentado diversas definiciones acerca de la depresión. Beck en 1970 lo expresaba en los siguientes términos: “Estado anormal del organismo que se manifiesta, a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas, una pérdida de espontaneidad”.¹³ Once años más tarde Seligman decía: “Estado de intenso abatimiento que produce un desgaste de la motivación y una pérdida de interés por la realidad. La persona, además siente aversión por sí misma sintiéndose inútil y culpable”.¹⁴

2.7 Independencia del paciente y cuidadores

La valoración de la dependencia es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Actualmente, incluir la valoración de la dependencia es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud. Uno de los instrumentos más utilizados es el Índice de Barthel (IB), también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland.^{15,16}

2.8 Antecedentes

De los trabajos realizados en el mundo sobre cuidadores, se describen a continuación:

En el trabajo de: “Sentido del cuidado y sobrecarga”¹⁷ de Fernández-Capo M, estudiaron a 80 cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, donde utilizan el instrumento de Zarit. Todos fueron cuidadores principales que cumplían los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador familiar de un paciente con Alzheimer y haber tenido como mínimo en los últimos 6 meses la responsabilidad principal del cuidado.

Este estudio aportó que los cuidadores tuvieron un rango de edad entre 36 y 87 años, con una media de 62 años. El 71.3% fueron mujeres y el 28.7%, varones. La relación de parentesco con el paciente fue, principalmente, de cónyuges (53.3%) e hijos (41.3%), y sólo un 5.4% estaba representado por otros familiares.

Los límites de este estudio es que faltaron factores asociados, como depresión, tabaquismo, alcoholismo, estado nutricional, tiempo de cuidado. No se ha demostrado relación entre el nivel de carga del cuidador con el tiempo que se utiliza para proporcionar los cuidados, o la progresión de la enfermedad del familiar quien recibe los cuidados.

En el trabajo de: “Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer’s disease”¹⁸ De Clyburn donde utilizan el instrumento de depresión de Beck, indica que la mayoría de los cuidadores principales presentan sintomatología psiquiátrica del tipo de ansiedad y depresión (72-87%). Siendo los cuidadores principales del sexo femenino los que presentan más patología psíquica de manera significativa. Los cuidadores principales hijos políticos presentan un grado de carga significativamente más alta que otros familiares. Y son los trastornos de conducta del paciente, más que el deterioro, los que determinan una mayor sobrecarga con los cuidados. En los cuidadores de un enfermo con Alzheimer se ha encontrado que éstos sufren niveles de ansiedad y depresión superiores, así como una salud física más deteriorada.

Dentro de los límites de este estudio está el haberse realizado en pacientes con Alzheimer, no con cuidadores que tengan a su cargo algún paciente adulto mayor con otra patología. La alta incidencia de ansiedad se relacionó con uso de drogas psicotrópicas entre los cuidadores. Además de no buscar factores asociados como alcoholismo, tabaquismo y estado nutricional.

Otro estudio: “Cuidados informales en la demencia: predicción de Sobrecarga en cuidadoras familiares”¹⁹ de Artaso, menciona que las cuidadoras presentan más riesgo de ansiedad, depresión e índice de esfuerzo cuanto mayor es la dependencia física y el deterioro mental del paciente, menor el apoyo social y mayor el tiempo de cuidado de este. El hecho de no tener un trabajo remunerado se relaciona con mayor depresión y esfuerzo; padecer una enfermedad crónica se relaciona con la depresión y esfuerzo, y no disponer de ayuda en el cuidado se asocia con la presencia de ansiedad.¹⁹

Los límites de este estudio es que se realizó en cuidadoras informales de pacientes con demencia, no considerando a otro tipo de patología en el adulto mayor.

En un estudio de casos y controles: “Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones sociales”²⁰ realizado por Eleana Dueñas, el tamaño de la muestra fue de 102 pacientes, el promedio de habitantes en la casa de los adultos mayores discapacitados fue 4.6+-1.7 personas. El nivel socioeconómico fue bajo, en 73.5%; medio en 17.6% y alto en 5.9%. Los ingresos familiares fueron con menos de un salario mínimo legal vigente mensual en el 22.5%, con 1-3 salarios en 45.1%, con más de tres salarios en 31.4%. De los adultos mayores discapacitados el promedio de edad fue 79+-11.4 años. El 36.3% hombres y 63.7% mujeres. El tiempo de discapacidad tuvo una mediana de 4 años. Los tipos de enfermedades fueron: 43.1% cardiovasculares; 9.8% respiratoria; 2% digestiva; 37.3% osteomuscular; 2% genitourinaria; 43.1% neurológica; 12.7% metabólica; 2% de depresión y 1% otra.²⁰

Ciento dos fueron cuidadores, de los cuales 12.7% hombres y 87.3% mujeres. La mediana en el tiempo del papel de cuidador fue 3.5 años. El promedio de las horas

diarias que el cuidador dedicaba al paciente fue 16.4+-6.3 hrs; 36.3% de los cuidadores se recreaban, 63.7% no tuvieron actividad recreativa alguna; 23.5% de los cuidadores eran esposos de los pacientes; 52% eran hijos(as); 2.9% eran primos(as), tíos(as), o sobrinos(as), y 21.6% otro parentesco.³³ Para 47% de los cuidadores hubo el síndrome del cuidador. De estos el 96% presentaron ansiedad y depresión. Utilizaron la escala de Zarit.

El estudio de Eleana Dueñas es el que más datos ha aportado a la literatura mundial en cuanto a cuidadores se trata, sin embargo los límites del estudio, es que falta indagar sobre síndrome de Burnout y depresión, así como estado nutricional, tabaquismo, alcoholismo y tipo de cuidado que se proporciona al adulto mayor.

2.9 Instrumentos de medición

La escala de Zarit nos ayuda a explorar el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos. Es un instrumento auto-administrado, consta de 22 ítems, los cuales se encuentran organizados en las subescalas de integración social, ocupación y orientación, independencia física y movilidad. Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 22, y la máxima, 110. Se han establecido los siguientes puntos de corte: entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve, y de 56 a 110, sobrecarga intensa. Según el estudio de Martín et al. (1996), con un punto de corte de 46/47, que diferenciaba entre no sobrecarga y sobrecarga leve, se obtuvo una especificidad de 84.4% y una sensibilidad: 85.1%. Con un punto de corte de 55/56, que diferenciaba entre sobrecarga leve y sobrecarga intensa, se obtuvo una especificidad de 93.3% y una sensibilidad de 93.3%. La fiabilidad test-retest es de 0.86 y la escala arroja una consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91 ²¹

El Maslach Burnout Inventory es un instrumento que se utiliza para identificar el síndrome de Burnout. Este instrumento consta de reactivos en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes de la persona en sus actividades y hacia lo que realiza. El instrumento tiene una alta consistencia interna y una confiabilidad cercana al 0.9. En estudios en muestras españolas varía entre 0.90

para la escala de agotamiento emocional; 0.79 para la escala de despersonalización y de 0.71 para la escala de logro personal. Este instrumento evalúa tres áreas: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. La de agotamiento emocional, consta de 9 ítems (1,2,3,6,8,11,14,16,20), valora la vivencia de pérdida o desgaste de recursos emocionales por los requerimientos del trabajo (cuidados). La despersonalización está formada por 5 ítems (5,10,13,15,22), valora la intensidad en que cada uno reconoce la aparición de pesimismo, actitudes de frialdad, distanciamiento o negativas hacia el que se cuida. El logro personal se compone de 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

El formato de respuesta del instrumento es tipo Lickert. La escala es: 0=nunca, 1=pocas veces al año o menos, 2=una vez al mes o menos, 3=pocas veces al mes o menos, 4=una vez a la semana, 5=pocas veces a la semana y 6=diariamente. De este instrumento se pueden obtener los resultados de cada una de las dimensiones por separado. Para los puntos de corte que indican Burnout son mayor o igual a 27 para cansancio emocional, mayor o igual a 10 para despersonalización y para la realización profesional funciona en sentido opuesto menor o igual de 33. (Tabla 2, 3) ^{22,17}

Tabla 2. Puntos de corte de Burnout para cansancio emocional y despersonalización.

Formato de respuesta para las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización	
Nunca	0
Una o varias veces al año	1
Una vez al mes o menos	2
Varias veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Varias veces a la semana	5
Diariamente	6

Tabla 3. Puntos de corte de Burnout para logro personal.

Formato de respuesta del cuestionario aplicado, para la dimensión logro personal	
Nunca	6
Una o varias veces al año	5
Una vez al mes o menos	4
Varias veces al mes	3
Una vez a la semana	2
Varias veces a la semana	1
Diariamente	0

El Inventario de depresión de Beck es el cuestionario más utilizado para medir depresión. Evalúa la sintomatología depresiva durante la última semana. Con sus 21 ítems, cada uno de los cuales está compuesto por cuatro manifestaciones graduadas cuantitativamente, correspondientes a grados crecientes de intensidad del síntoma, permite apreciar el nivel global de depresión y los cambios globales a lo largo del tiempo. En la revisión de Beck, Steer y Garbin (1988) sobre sus propiedades psicométricas con muestras clínicas y subclínicas desde el año 1961 a 1986 se propone que una puntuación total en el inventario de entre 0-9 indica ausencia de depresión, entre 10-18 depresión leve, entre 19-29 depresión moderada y entre 30-63 depresión grave. Estos mismos puntos de corte para las distintas categorías de gravedad de la depresión son las propuestas por Beck y Steer (1993). La fiabilidad test-retest que oscila entre 0.60 y 0.72. La consistencia es de 0.83 con muestra subclínica (Sanz y Vázquez, 1998) y de 0.90 con pacientes hospitalizados con diversos trastornos psicopatológicos (Vázquez y Sanz, 1999).²¹

El Índice de Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. La fiabilidad intraobservador se reportó con índices de kappa entre 0.84 y 0.97. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente) (Tabla 4).^{15,16}

Tabla 4. Rangos para Índice de Barthel.

Tabla 4. Rangos Índice de Barthel	
Independiente	20
Dependencia ligera	19 – 15
Dependencia moderada	14 – 10
Dependencia elevada	9 – 5
Dependencia total	4 – 0

La clinimetría es una de las herramientas de mayor valor para la investigación. Se define como la disciplina que se enfoca en la calidad de las medidas clínicas o a la medición de fenómenos clínicos cuyo fundamento original es estrictamente empírico; sus índices se desarrollaron a partir de la observación y entrevistas; las principales variables a medir son los síntomas y signos.²³

En el apartado de Anexos se incluye el instrumento que se utilizó para nuestro estudio.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El papel fundamental del cuidador va en aumento a medida que progresa la incapacidad y dependencia del adulto mayor, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para la atención de su enfermo: es el informante clave, puesto que es un observador permanente de la situación del paciente; es quien supervisa y, en muchos casos, provee los cuidados básicos al paciente y administra los tratamientos que prescribimos; es quien organiza las actividades, busca soluciones y toma las decisiones más importantes en cuanto a cómo, quién y donde se cuidará al familiar enfermo. ⁷

En México, esta tarea suele ser nueva, no se ha planificado previamente, sabemos que el cuidador no está especialmente preparado para llevarla a cabo. Es un momento de cambio en la vida personal y familiar al que es necesario adaptarse.

Si no se toman las debidas precauciones, e incluso muchas veces habiéndolas tomado, puede producirse una situación de sobrecarga del cuidador que puede expresarse tanto por la aparición de síntomas físicos (cefaleas y lumbalgias), como psíquicos (insomnio, ansiedad y depresión) o sociofamiliares (aislamiento social, alteración de la convivencia familiar, pérdida de empleo y problemas económicos).

Los cuidadores presentan más riesgo de ansiedad, depresión e índice de esfuerzo cuanto mayor es la dependencia física y el deterioro mental del paciente, menor el apoyo social y mayor el tiempo de cuidado de este. El hecho de no tener un trabajo remunerado se relaciona con mayor depresión y esfuerzo; padecer una enfermedad crónica se relaciona con la depresión y esfuerzo, y no disponer de ayuda en el cuidado se asocia con la presencia de ansiedad. ¹⁹

En la literatura internacional no se ha demostrado relación con el tiempo que se utiliza para proporcionar los cuidados, consumo de alcohol y tabaquismo. ²⁴ Por lo cual nuestra pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuál es la carga de cuidado y factores asociados del cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica

4. JUSTIFICACIÓN

En los adultos mayores y de forma particular en aquellos quienes cuentan con alguna enfermedad crónica el control y el éxito de las intervenciones médicas requiere la participación de la figura del cuidador. Este personaje debe de estar en condiciones óptimas en su salud de forma integral, para poder cumplir su labor de forma eficaz.

Es decir, la adherencia a tratamientos farmacológicos, indicaciones no médicas, higiénicas, dietéticas, recaen en la figura del cuidador.

Todo lo anterior hace pertinente el estudiar la carga del cuidador así como algunas otras condiciones de éste, que esta investigación plantea. Los resultados de esta investigación ubicarán al IMSS en la vanguardia en cuanto al estudio del cuidador, de lo cual existe poca información en este país. Los hallazgos pueden ser útiles para el Plan Gerontológico Institucional que se esta diseñando, de forma conjunta en la Dirección de Prestaciones Médicas y la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

Beneficios:

✓ A los cuidadores:

- En forma individual se evaluará la presencia de carga de cuidado.
- En forma global permitirá mejorar su labor en el IMSS.
- Identificación de necesidades de capacitación y salud.

✓Sociedad

- Facilitará y optimizará la atención del adulto mayor.

✓Institución

- Contribuirá a describir las condiciones de los cuidadores de adultos mayores portadores de enfermedades crónicas para generar programas basados en el contexto institucional.

Así mismo, estos resultados deberán considerarse en los contenidos educativos de los diversos y heterogéneos cursos de formación de cuidadores que han proliferado en el IMSS.

El realizar esta investigación contribuye a evidenciar la realidad de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica, con el propósito de abonar a las futuras intervenciones que puedan hacerse para mejorar su situación; sobretodo cuando se desconoce el perfil en México de éste personaje.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- **Determinar la prevalencia de la carga en cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**
- **Determinar los factores asociados a la carga del cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Conocer las características sociodemográficas asociadas a la existencia de carga del cuidador como lo son la edad, sexo, estado civil y escolaridad.**
- **Conocer la prevalencia de síndrome de Burnout y saber si está asociada a la existencia de carga en los cuidadores de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**
- **Conocer la prevalencia de depresión en los cuidadores de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**
- **Conocer el tipo de comorbilidad del cuidador de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**
- **Conocer el estado nutricional del cuidador de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**
- **Conocer la prevalencia de tabaquismo, alcoholismo en cuidadores de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**
- **Describir algunas características de los AMEC, entre ellas género, edad, comorbilidad, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, uso y consumo de pañales, de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**

6.- HIPÓTESIS*

HIPÓTESIS GENERALES:

La prevalencia de la carga en cuidadores de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México, es similar a lo reportado en la literatura internacional.

Los factores asociados a la carga del cuidador de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México, son consistentes a lo reportado en la literatura internacional.

HIPÓTESIS NULA

- **No existe relación entre la existencia de carga del cuidador y los siguientes factores: edad, sexo, estado civil, escolaridad, estado nutricional, parentesco, tiempo de cuidado, tipo de asignación de cuidado, tipo de cuidado que se proporciona, capacitación, formación, derechohabiencia, forma de vida, presión arterial, factores socioeconómicos, síndrome de Burnout, depresión, consumo de alcohol y tabaquismo en el cuidador, así como la dificultad en las Actividades Básicas de la Vida Diaria del adulto mayor.**

HIPÓTESIS ALTERNA

- **Existe relación entre la existencia de carga del cuidador y los siguientes factores: edad, sexo, estado civil, escolaridad, estado nutricional, parentesco, tiempo de cuidado, tipo de asignación de cuidado, tipo de cuidado que se proporciona, capacitación, formación, derechohabiencia,**

forma de vida, presión arterial, factores socioeconómicos, síndrome de Burnout, depresión, consumo de alcohol y tabaquismo en el cuidador, así como dificultad en las Actividades Básicas de la Vida Diaria del adulto mayor.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- **Las características sociodemográficas asociadas a la existencia de carga del cuidador son la edad, sexo, estado civil y escolaridad, son similares a lo reportado en otros estudios a nivel internacional.**
- **La presencia de síndrome de Burnout está asociada a la existencia de carga en los cuidadores de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**
- **La presencia de depresión en los cuidadores de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México esta asociada a presentar carga de cuidado.**
- **La comorbilidad del cuidador esta asociada a la existencia de carga en el cuidador de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México.**
- **El estado nutricional del cuidador de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México esta asociada a presentar carga de cuidado.**
- **La presencia de tabaquismo, alcoholismo en cuidadores de AMEC de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México, esta asociada a presentar carga de cuidado.**
- **El género, edad, comorbilidad, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, uso y consumo de pañales de los AMEC, de hospitales del IMSS en el Distrito Federal y Estado de México, esta asociado a presentar carga de cuidado,.**

- * Esta se realiza como ejercicio académico.

7. MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio:

No experimental

Transversal, observacional y descriptivo

Universo del trabajo:

Cuidadores de adultos mayores derechohabientes del IMSS con enfermedad crónica de los hospitales participantes (1, 1-A, 8, 26, 27, 29, 32, 53), pertenecientes al programa de atención a domicilio, que se encuestarán en su domicilio.

Todos los hospitales tienen en común la visita a domicilio de los adultos mayores con enfermedades crónicas, dejando instrucciones precisas al o los cuidadores del adulto mayor.

Periodo del estudio:

Julio a Octubre 2008.

Tipo del muestreo:

Probabilístico multietápico:

- **Primera etapa: De los hospitales generales de zona del Distrito Federal y del Estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó un listado (un total de cuarenta), posteriormente la extracción de una muestra aleatoria, procediéndose a obtener una segunda etapa.**
- **Segunda etapa: De estos hospitales mediante un sorteo aleatorio simple, de los listados de cuidadores de cada hospital, se invitó a participar a los cuidadores de los derechohabientes que demandaban la atención en el servicio a domicilio y que cumplieran con los criterios de selección.**

Tamaño muestral:
$$n = \frac{Nz^2\alpha pq}{[e^2(N-1) + z^2\alpha pq]}$$

n= tamaño de muestra requerido

N= tamaño de la población

Z α =nivel de fiabilidad al 95% (estándar 1.96)

p= proporción o prevalencia de 50%*

q=1-p

e= margen de error (estándar 0.05)

Es decir:

Hospital IMSS	Ubicación	Responsable	Número de cuidadores a encuestar
1	Av. Gabriel Mancera 222, Col del Valle, 03100, México, D. F.	Dra. Zoila Trujillo de los Santos	80
8	Av. Río Magdalena 289, Col. Tizapan San Angel, 01090, México, D. F.	T. S. Gloria Méndez Torres.	80
26	Tlaxcala 159, Col Hipódromo Condesa, 06170, México, D. F.	Dr. Hilarión Vázquez Ortiz	108
27	Eje Central Lázaro Cárdenas 445, Unidad Tlatelolco, 06300, México, D. F.	Dra. Dolores Murcio Durán	108
29	Av. 510 No. 100, Col. San Juan de Aragón, 07920, México, D. F.	Dra. Patricia Alonso López	32
32	Calz. del Hueso S/N., Col Ex Hacienda Coapa, 04820. México, D. F.	Dr. Luis Gerardo Osorio E.	132
1-A Los Venados	Entre Fco del Paso y Troncoso, esq. Viaducto, Col. Granjas México, 08400, México, D. F.	Dr. Jorge Ledesma Feret	108
53	Carr. Antigua Puebla- Los Reyes, esq Cerrada Autopista, 56400, Edo. de México	Dra. Esperanza Espinoza	64

* Se consideró una prevalencia del 50% debido a que no se conoce la prevalencia de cuidadores.

El tamaño mínimo de muestra requerido fue de 712 cuidadores, estos se tomaron de los ocho hospitales que salieron seleccionados.

Criterios de selección:

Inclusión:

Cuidador/a de adulto mayor derechohabiente con enfermedad crónica, adscrito al programa de atención domiciliaria de los hospitales mencionados.

Las enfermedades crónicas que se incluyeron son:

- **Enfermedad vascular cerebral con secuelas**
- **Demencias (vascular o tipo Alzheimer, mixta)**
- **Cáncer (en etapas avanzadas fuera de tratamiento oncológico)**
- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica etapa avanzada y oxígeno dependiente**
- **Complicaciones de Diabetes Mellitus (amputación, retinopatía diabética)**
- **Artropatía Degenerativa en etapas avanzadas**
- **Insuficiencia Arterial (amputación)**
- **Edad extrema con inmovilidad y pérdida de autonomía**

Que aceptará participar en el estudio

Tuviera más de seis meses realizando el cuidado

Fuese o no derechohabiente el cuidador

Exclusión:

Aquellos cuidadores, que tuvieran menos de seis meses cuidando al adulto mayor incorporado al programa de ADI.

Eliminación:

Cuidadores que tuvieran los criterios de inclusión, que se programaban para la visita, pero en el transcurso de llegada a su domicilio para la aplicación del instrumento, el adulto mayor dependiente (el enfermo) fallecía.

Definición y operacionalización de las variables

VARIABLE DEPENDIENTE

1. Carga de Cuidado:

Definición: Explora el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos.

Escala: Nominal

Operacionalización: Del Instrumento Zarit el puntaje, la puntuación mínima es de 22, y la máxima, 110. Se han establecido los siguientes puntos de corte: entre 22 y 46 indica no carga; de 47 a 55, carga leve, y de 56 a 110, carga intensa.

Indicador:

1. Carga. (La carga o sobrecarga a su vez se puede dividir en intensa y leve para un análisis más específico).
2. No carga.

VARIABLES INDEPENDIENTES

2. Síndrome de Burnout:

Definición: Sujetos “quemados” o agobiados por el trabajo y/o con estrés. Percepción individual del cuidador.

Escala: Nominal

Operacionalización: Del instrumento MBI que tenían puntaje mayor a 88 se clasificaron como Burnout, aquellos con puntaje de 44 a 87 fueron con tendencia a padecer Burnout y aquellos con menos de 43 puntos se clasificaron como aquellos que no tienen Burnout. Además de poder estratificar en cada una de sus subescalas agotamiento emocional, despersonalización y logros personales.

Indicador:

1. Síndrome de Burnout
2. Tendencia de padecer Burnout
3. Sin Burnout

3. Depresión:

Definición: Disminución grave del estado de ánimo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas y de las actividades que antes importaban al cuidador. Percepción individual del cuidador.

Escala: Ordinal

Operacionalización: Del instrumento Inventario de Depresión de Beck saber si el día de la aplicación del instrumento se encontraban con una puntuación de 0 a 9 indica ausencia de depresión, entre 10 y 18 depresión leve, entre 19 y 29 depresión moderada y entre 30 y 63 depresión grave. Cada respuesta tiene un valor que va de cero a tres.

Indicador:

1. Ausencia de depresión
2. Presencia de depresión

4. Actividades Básicas de la Vida Diaria (Índice de Barthel):

Definición: Valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Escala: Nominal

Operacionalización: Instrumento Índice de Barthel, este tiene puntaje para cada actividad realizada va de 0, 5, 10 ó 15 con un puntaje total de 100 valor máximo o de 0 el valor mínimo. De 0 a 4 es dependencia total, de 5 a 9 dependencia elevada, de 10 a 14 dependencia moderada, de 15 a 19 dependencia ligera, mayor de 20 es independiente.

Indicador: 1. Independiente 2. Dependencia ligera
 3. Dependencia moderada 4. Dependencia elevada
 5. Dependencia total.

5. Edad del cuidador:

Definición: Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta el momento en que se realizó la entrevista al paciente.

Escala: Razón.

Operacionalización: Se preguntó la edad en años cumplidos hasta el momento de la entrevista mediante el cuestionario.

Indicador: Número de años.

6. Sexo:

Definición: Fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales. Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se preguntó en el interrogatorio directo.

Indicador: 1. Masculino. 2. Femenino.

7. Estado civil:

Definición: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se interrogó directamente el estado civil.

Indicador: 1. Soltero(a). 2. Casado (un). 3. Unión Libre.

4. Viudo(a). 5. Divorciado (a). 6. Separado (a).

8. **Escolaridad:**

Definición: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Hasta que año curso en la escuela.

Indicador: 1. Sin educación formal. 2. Primaria incompleta
3. Primaria completa. 4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa 6. Prep. ó Carrera técnica incompleta
7. Prep. o Carrera técnica completa 8. Profesional
9. Maestría 10. Doctorado

9. **Parentesco:**

Definición: Relación familiar o de amistad que lo relaciona con el enfermo adulto mayor.

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Se preguntó que es de usted la persona que cuida al momento de la entrevista mediante el cuestionario.

Indicador: 1. Hijo(a). 2. Nieto(a) 3. Esposo (a) 4. Yerno/Nuera
5. Amigo(a) 6. Vecino (a) 7. Ninguno 8. Otro. 9. Padre.
10. Madre. 11. Hermano(a) 12. Tío(a) 13. Sobrino(a)
14. Comunidad religiosa.

10. **Tiempo de cuidado en meses:**

Definición: Tiempo transcurrido en meses desde la fecha en que cuida al adulto mayor con enfermedad crónica hasta el momento en que se realice la entrevista al cuidador.

Escala: Razón.

Operacionalización: Se preguntó el tiempo en meses hasta el momento del la entrevista mediante el cuestionario.

Indicador: Años (en número).

11. **Tiempo de cuidado en horas al día:**

Definición: Tiempo transcurrido en horas al día dedicadas al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica.

Escala: Razón.

Operacionalización: Se preguntó el tiempo en horas dedicadas al adulto mayor por día mediante el cuestionario.

Indicador: Horas (en número).

12. Tiempo de cuidado en días a la semana:

Definición: Tiempo invertido en días a la semana dedicadas al cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica.

Escala: Razón.

Operacionalización: Se preguntó el tiempo en días a la semana dedicadas al adulto mayor mediante el cuestionario.

Indicador: Días (en número).

13. Asignación de cuidado:

Definición: Decisión del cuidador para llevar a cabo la tarea de cuidador del adulto mayor con enfermedad crónica.

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Se preguntó el por que decidió cuidar a la persona que cuida.

Indicador: 1. Porque es mi esposo(a) 2. No hay otra persona que lo haga
3. Me contrataron 4. Se decidió así en la familia 5. Por amor
6. Estoy agradecido 7. Vivo con él o ella 8. Otro

14. Remuneración económica:

Definición: Percepción de pago monetario por realizar el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se preguntó si recibe algún pago o ayuda económica por la persona que cuida. Ya sea por ella o algún familiar.

Indicador: 1.Sí 2. No

15. Ayuda al realizar el cuidado:

Definición: Percibir ayuda para llevar a cabo el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Además de usted, hay mas personas que cuiden al adulto mayor o le ayuden a cuidarlo.

Indicador: 1.Sí 2. No

16. Capacitación:

Definición: Aquella persona que tiene los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se obtuvo del instrumento preguntando directamente al cuidador si recibió capacitación para cuidar pacientes con enfermedades crónicas.

Indicador: 1.Sí 2. No

17. Tipo de formación:

Definición: Conocimientos necesarios para poder llevar a cabo el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica obtenidos por carrera técnica, licenciatura.

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Se obtuvo del instrumento preguntando directamente al cuidador si recibió capacitación para cuidar pacientes con enfermedades crónicas.

Indicador: 1.Enfermero (a) 2. Gericultista 3. Médico 4. Otro

18. Lugar donde recibió la formación:

Definición: Escuela, hospital, curso o diplomado donde adquirió los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo el cuidado del adulto mayor con enfermedad crónica.

Escala: Es una pregunta abierta, se plantea al obtener las respuestas cambiarla a escala Ordinal.

Operacionalización: Se obtuvo del instrumento preguntando directamente al cuidador donde recibió la capacitación ó formación para cuidar pacientes con enfermedades crónicas.

Indicador: 1.IMSS 2. Otro no IMSS

19. Derechohabiencia:

Definición: Condición de seguridad social del cuidador al momento de ser entrevistado.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se preguntó al momento de la entrevista mediante el cuestionario.

Indicador: 1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SSA
 5. Seg. Gastos Médicos 6. ISSFAM

20. Cambio forma de vida:

Definición: Cambios en el estilo de vida, que se llevan a cabo por el cuidar a un adulto mayor con enfermedad crónica

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se interrogó directamente para que usted (el cuidador) se dedique al cuidado de la persona que cuida tiene que cambiar su forma de vida.

Indicador: 1. Sí 2. No

21. Cuales cambios al estilo de vida:

Definición: Modificaciones que realizamos a nuestro comportamiento diario por un evento externo y que inciden en los cambios en el estilo de vida, que se llevan a cabo por el cuidar a un adulto mayor con enfermedad crónica

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Se interrogó directamente en qué cambio las modificaciones de su vida diaria, para que usted (el cuidador) se dedicará al cuidado de la persona que cuida.

Indicador: 1. Dejó de trabajar 2. Se cambio de casa
 3. Afectó su vida familiar (divorcio, separación, hijos)
 4. Afectó vida social 5. Horario para ingerir sus alimentos

22. Tipo de cuidado que se proporciona:

Definición: Cuidados realizados al adulto mayor con enfermedad crónica, que se llevan a cabo por el cuidador.

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Se interrogó directamente que tipo de cuidados que le realiza al adulto mayor con enfermedad crónica.

Indicador: 1. Administración de med. 2. Lo baña 3. Lo cambia de ropa
4. Le realiza la comida 5. Le da de comer 6. Otro

23. **Enfermedades del cuidador:**

Definición: Enfermedades diagnosticadas en el cuidador.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se interrogó directamente al cuidador, por las enfermedades al momento de la entrevista.

Indicador: 1. Enfermedad cardiaca 2. Artropatía degenerativa
3. Embolia cerebral 4. Hipertensión 5. Diabetes mellitus
6. Sobrepeso/Obesidad 7. Enfermedad psiquiátrica
8. No sabe 9 Otra.

24. **Consumo de tabaco:**

Definición: Intoxicación crónica por el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas durante algún lapso en la vida.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se interrogó directamente el número de cigarrillos fumados hasta la edad real, por la cantidad y el tiempo que ha fumado. Solo se consideró tres categorías: no ha fumado: que nunca en su vida ha consumido cigarrillos; el ex-fumador: el que no ha fumado en el ultimo año y fumador que continua fumando actualmente.

Indicador: 0. No fuma 1. Ex-fumador 2. Fumador.

25. **Consumo de alcohol:**

Definición: Enfermedad crónica y habitualmente progresiva producida por la ingestión excesiva de alcohol etílico.

Escala: Nominal.

Operacionalización: Se preguntó en forma directa en el cuestionario. Los indicadores que nos permitirán medir esta variable son: edad de inicio, consumo de bebidas alcohólicas, condición de bebedor (bebedor actual o exbebedor). Se consideraran tres categorías: el abstemio: nunca ha consumido alguna copa

completa del alcohol; el ex-bebedor ha tomado pero ningún lo ha hecho en el último año y bebedor ha tomado en el último año.

Indicador: 0. Abstemio 1. Ex-bebedor 2. Bebedor.

26. Estado nutricional:

Definición: Acumulación excesiva de grasa en el cuerpo por hipertrofia general del tejido adiposo. Es una enfermedad crónica que se acompaña por alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud y relacionada con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Con báscula con estadímetro calibrada, se peso al cuidador con el mínimo de ropa. La báscula estuvo en una superficie dura, plana y horizontal. Cada persona estuvo parada, descalza, erguida, en el centro de la báscula sin moverse. Se obtuvo el índice de masa corporal mediante la fórmula [peso (kg)/ (estatura en centímetros)²]. Se consideró la clasificación de la OMS considerando el índice de masa corporal (IMC): bajo peso <18.5, normal > 18.5 a < 25, sobrepeso 25 a 29 y obesidad > o igual a 30.

Indicador: Índice de masa corporal:

1. Bajo peso 2. Normal 3. Sobrepeso 4.

Obesidad.

27. Circunferencia abdominal:

Definición: Obesidad que predispone a quien la presenta a desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, etc., así como a muerte prematura por enfermedad cardiovascular.

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Utilizando cinta métrica flexible con el cuidador, teniendo el abdomen descubierto o mínima cantidad de ropa, en posición erguida, con los pies juntos, puntas ligeramente separadas, brazos a los lados y abdomen relajado, se colocó la cinta métrica en forma horizontal a nivel de la cicatriz umbilical ejerciendo mínima presión, se solicitó al cuidador realizar una inspiración profunda y al momento de exhalar, se tomará la medida en centímetros. Se clasificó a los pacientes normales cuando fue menor de 80 para la mujer y 90 para el hombre.

Indicador: 1. Normal 2. Riesgo

28. Presión arterial:

Definición: Fuerza ejercida por el corazón consta de un periodo de contracción y relajación.

Escala: Razón.

Operacionalización: La medición se efectuó después de por lo menos, cinco minutos en reposo. El observador se situó de modo que su visita quedará a nivel del menisco de la columna de mercurio. Se aseguro que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar. Se colocó el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo. Mientras se palpó la arteria humeral, se infló el manguito hasta que el pulso desapareciera, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica. Se desinfló nuevamente el manguito y se colocó la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral. Se infló rápidamente el manguito hasta 30 ó 40 mm de Hg por arriba del nivel paliatorio de la presión sistólica y se desinflará. La aparición del primer ruido de Korotkoff marco el nivel de la presión sistólica. La aparición del quinto ruido Korotkoff marcará la presión diastólica.

Indicador: Niveles de mmHg.

29. Edad del adulto mayor con enfermedad crónica (al que se cuida):

Definición: Tiempo transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta el momento en que se realizó la entrevista al paciente.

Escala: Razón.

Operacionalización: Se preguntó la edad en años cumplidos hasta el momento de la entrevista mediante el cuestionario.

Indicador: Número de años.

30. Enfermedades del adulto mayor (al que se cuida):

Definición: Enfermedades diagnosticadas en el adulto mayor al momento de la entrevista.

Escala: Ordinal.

Operacionalización: Se preguntó por interrogatorio directo al cuidador.

Indicador: 1. Artropatía degenerativa 2. Pérdida de autonomía
3. Insuf. Arterial (amputación) 4. Otras enfermedades
5. Enfermedad vascular cerebral 6. Demencia
7. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
8. Enfermedad neurológica 9. Ninguna
10. Complicaciones diabetes mellitus (amputación, retinopatía diabética)11. Edad extrema con inmovilidad.

31. **Tiempo de la enfermedad el adulto mayor:**

Definición: Tiempo transcurrido en años que tiene el adulto mayor con la enfermedad crónica.

Escala: Razón.

Operacionalización: Se preguntó el tiempo en años al cuidador que tiene el adulto mayor con la enfermedad mediante el cuestionario.

Indicador: Años (en número).

Recursos

Materiales:

- Aula
- Proyector

Humanos:

- Residente en Epidemiología
- Los paquetes estadísticos que se manejaron SPSS, STATA.

Financieros:

Báscula y cinta métrica, cinta metálica:	\$ 1,800.00
Impresión de instrumento de medición:	\$ 1,750.00
Cartuchos para impresión	\$ 1,500.00
Hojas	\$ 1,000.00
Documentos y copias:	\$ 1,000.00
Impresión de tesis:	\$ 8,000.00
Transporte y alimentación:	\$ 2,000.00
Más un 10%*	\$ 1,700.00
Total:	\$ 18,750.00

Técnicos:

- Instructivo para llenado de instrumento.
- Instrumento.

Participantes

- Residente en Epidemiología.

Límites

- De espacio: Para la aplicación del instrumento se tuvo el límite en cada domicilio. Se realizó la medida de estatura, peso, presión arterial y cintura.
- De tiempo: Del 1 de Julio al 30 de Octubre de 2008.

HORARIO

Julio 08:

- Del 1º al 11, de 7:00 a 16:00 hrs., de lunes a viernes (L-V) en el HGZ # 53.
- Del 14 al 26, 7:00 a 14:00 hrs, de L-V en el HGZ # 1-A Venados
- Del 14 al 26, 15:00 a 20:00 hrs, de L-V en el HGZ # 1.

Agosto 08:

- Del 28 de julio al 8 de agosto, de 7:00 a 20:00 hrs., de L-V en el HGZ # 32.
- Del 11 al 30 de agosto, de 7:00 a 20:00 hrs., de L-V en el HGZ # 8.

Septiembre 08:

- Del 1º al 5 y del 17 al 20, 7:00 a 14:00 hrs., de L-V en el HGZ # 26
- Del 1º al 5 y del 17 al 20, 15:00 a 20:00 hrs, de L-V en el HGZ # 8

Octubre 08:

- Del 22 de sept. al 18 de octubre de de 7:00 a 14:00 hrs, de L-V en el HGZ # 29
- Del 22 de septiembre al 18 de octubre de de 15:00 a 20:00 hrs, de L-V en el HGZ # 32 y HGZ #1
- Del 20 al 31 de octubre de 7:00 a 14:00 hrs, de L-V en el HGZ # 27

* Se agregó un 10%, los costos son a noviembre 2007 y la realización de la tesis fue a julio 2008, esto por posibles gastos no programados o aumento en los costos de impresión de los documentos.

8. PLAN GENERAL

Contando con la autorización del Comité de Investigación y de los Hospitales, se procedió a:

- **Realizar una prueba piloto con la aplicación de los instrumentos. Se determinó la calidad, se validaron los instrumentos de medición e identificaron dificultades para su llenado y tiempo promedio de llenado del formato de captura.**
- **La prueba piloto se realizó de los registros de cuidadores en los listados de dos hospitales HGZ 1 y HGZ 29, tomando registros al azar, y estos no se incluyeron en el proceso de recolección definitiva.**
- **Se realizaron los ajustes necesarios al instrumento.**
- **Cada semana se realizó el vaciamiento a la base de datos de los instrumentos aplicados en los hospitales, para su análisis posterior.**
- **En base a la programación se realizaron visitas a domicilio de los cuidadores donde se aplicó la encuesta y se llevaron las mediciones especificadas en un tiempo aproximado de treinta minutos.**

9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- **Se llevó a cabo un análisis descriptivo para obtener frecuencias simples y distribución porcentual de las características generales de los cuidadores, media y desviación estándar de las variables continuas que se distribuyeron normalmente. En las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión.**
- **En las variables cualitativas se utilizaron frecuencias simples, razones y proporciones, para caracterizar a la población de estudio.**
- **En el análisis bivariado se calcularon las razones de momios de prevalencia con respecto a la carga del cuidado y con cada una de las variables, sociodemográficas, síndrome de Burnout, depresión, etc. Todo con intervalos de confianza al 95% y valores de $p < 0.05$.**
- **Del análisis bivariado obtenido, se seleccionaron aquellas variables que resultaron significativas para poder realizar el análisis multivariado.**

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, fracción I: El presente trabajo no representó riesgos a la población de estudio, ya que en ningún momento se realizarán intervenciones ni se vio amenazada su integridad física, por lo que no se requirió de autorización escrita con consentimiento informado, únicamente se les informó a los Hospitales participantes que se acudiría a estos a la aplicación del instrumento, solicitando autorización por parte de los directivos.

No se encuestará al cuidador cuyo AMEC falleciera dentro de las 24 horas anteriores.

11. RESULTADOS

Del universo total de 1146 pacientes en el programa de ADI con el que cuentan los 8 hospitales, 997 eran AMEC. Nuestro tamaño mínimo de muestra fue de 712. Se invitó a participar 900 cuidadores de AMEC, y fallecieron 96 AMEC del programa ADI, decidí no encuestar a estos cuidadores, para mí al llegar a la visita domiciliaria y darme cuenta que el adulto mayor al que se le realizaban los cuidados tenía en ocasiones dos horas o minutos haber fallecido fue determinante para no encuestar al cuidador. Así como por ser un factor al poder modificar la percepción de la carga de cuidado, por lo cual en este estudio solo se realizaron 804 encuestas a domicilio, teniendo 10.6% de pérdidas. Figura 1.

11.1 Análisis univariado:

11.1.1 Características generales: De los 804 cuidadores encuestados, la edad oscila entre 53.9 ± 14.3 años, de los cuales se conformaron tres grupos; 1.4% adolescentes (10 a 19 años), 55.7% adultos jóvenes (20 a 59 años) y 42.9% adultos mayores (más de 59 años). Del total de cuidadores 41.2% (331) hombres, 58.8% (473) mujeres. Figura 2. El 65.8% (529) con pareja actual, 34.2% (275) sin pareja actual, se agrupo en la categoría de con pareja actual a aquellos cuidadores que se encontraban al momento de la entrevista casados o en unión libre. En cuidadores sin pareja actual se incluyó a todos aquellos que fueran solteros, viudos, divorciados y separados. Tabla 1.

El 99.1% (797) reportaron saber leer, 0.9% (7) analfabetas. De un total de 797 cuidadores, educación básica incompleta 14.1% (112), educación básica completa 39.3% (313), educación media incompleta 4.9% (39), educación media completa 28.2% (225), educación superior 13.6% (108). Tabla 2. En el apartado de educación básica incompleta incluimos a aquellos sin educación formal, primaria incompleta y secundaria incompleta. Educación básica completa incluye primaria y secundaria completa. Educación media incompleta, es preparatoria o carrera técnica incompleta. Educación media completa fueron aquellos con preparatoria o carrera

técnica completa. En educación superior se incluyeron a todos los que tenían licenciatura, maestría, doctorado o postdoctorado.

Del parentesco que tenía el cuidador con respecto al adulto mayor al momento de la entrevista se obtuvo: 92% (740) “familiar directo”; 5.1% (41) “familiar no directo”; 2.9% (23) “el resto”. Dentro de la categoría familiar directo se incluyó a hijo/a, esposo/a, padre, madre, hermano/a, tío/a, sobrino/a, abuelo/a y pareja. En familiar no directo se agrupó a yerno/nuera, suegro/a, concuño/a, cuñado/a, hijo adoptivo/a, primo/a, madrina/padrino y madrastra/padrastro. En la categoría el resto se incluyó a amigo/a, vecino/a, comunidad religiosa y ningún parentesco. Tabla 3. De los cuales el 56% cuidan a sus padres y el 20% a sus esposos.

El tiempo en años que tienen cuidando al adulto mayor, 37.7% (303) menos de un año, 34.2% (275) de uno a tres años, 14.2% (114) de cuatro a seis años, 13.9% (112) más de 6 años. Tabla 4.

De los días a la semana dedicados al cuidado, 6.3% (51) cuida al adulto mayor de uno a tres días, 12.4% (100) lo cuidan de cuatro a cinco días, 81.2% (653) realizan los cuidados de seis a siete días a la semana. Tabla 5.

De las horas al día que le dedican de cuidados 26.9% (216) lo cuidan menos de 8 horas, 28.4% (228) de ocho a dieciséis horas, y 44.8% (360) de diecisiete a veinticuatro horas al día. Tabla 6.

Los adultos mayores que cuentan con red de apoyo, es decir, aquellos que reciben cuidados por otra persona son 79% (635). De la red de apoyo quienes tienen de una a tres personas 63.7% (512), 11.2% (90) de 4 a 6 personas, 5.2 (33) más de 7 personas. Tabla 7.

De los 804 cuidadores 23.4% (188) refieren haber decidido cuidar por que es su familiar, 9.6% (77) por que no hay otra persona que lo haga, 1.6% (13) lo contrataron, 8.5% (68) por que se decidió así en la familia, 50.1% (403) por amor, 3% (24) por agradecimiento, 3.9% (31) vive con el AMEC.

De los 804 cuidadores, 8.2% (66) perciben algún pago o ayuda económica por la persona a la que cuida. Tabla 8. Solo 84.8% (682) de los cuidadores viven con el adulto mayor. Tabla 9.

Del total de cuidadores, 81.8% (658) refirieron contar con información completa, con respecto a la atención de los adultos mayores. Del lugar donde recibió la capacitación fue 80.7% (649) en el IMSS, 1.1% (9) en otro lugar. De las personas que impartieron estos cursos fueron Enfermero/a 49.8% (400), Gericultista 0.7% (6), Médico 29.7% (239) y otro 1.6% (13).

De los 804, el 27.9% (224) si tienen algún trabajo donde reciben un ingreso o salario además de cuidar al adulto mayor. Tabla 10. Del tipo de empleo 12.7% (102) tienen negocio propio y 15.2% (122) es empleado. Tabla 11.

Del total de cuidadores, 79.7% (641) tienen derecho a algún servicio médico. Tabla 12. De estos 78.5% (503) son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 13.7% (88) son derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 0.9% (6) Petróleos Mexicanos (PEMEX), 3.3% (21) Seguro Popular (SSA), 0.9% (6) Gastos Médicos Mayores, 2.7% (17) del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Tabla 13.1. De los 804 cuidadores cuando requieren de atención médica acuden a: IMSS 49.1% (395), ISSSTE 7.8% (63), PEMEX 0.7% (6), SSA 12.4% (100), Médico Privado 18.9% (152), ISSFAM 2% (16), usa remedios caseros 4.1% (33), se automedica 4.9% (39). El contraste entre la derechohabiencia y el lugar donde acuden al requerir atención médica los cuidadores se aprecia mejor en la Tabla 13.2.

El 42.8% (344) comentó que aparte de cuidar al adulto mayor tiene otras responsabilidades como preparación de alimentos para el resto de la familia, aseo de la casa, compra la despensa.

El 50.4% (405) administra medicamentos al AMEC, lo baña, lo cambia de ropa, le realiza comida, le da de comer y realiza curaciones.

En 79.5% (639) cambio su forma de vida. De estos 639 cuidadores que cambiaron su forma de vida: 9.7% (62) dejó de trabajar, 23.3% (149) se cambio de casa, 22.5% (144) afectó su vida familiar (divorcio, separación, problemas con sus hijos), 19.1% (122) afectó su vida social, 4.5% (29) modificó su horario para ingerir sus alimentos, 20.8% (133) en que dejó de trabajar, se cambio de casa, afectó su vida familiar, problemas con sus hijos, afectó su vida social y modificó su horario para ingerir sus alimentos.

De los cuidadores encuestados 67.5% (543) cuentan con casa, 29.9% (240) con departamento y 2.6% (21) con cuarto de vecindad o azotea. El 72.4% (582) de la población de estudio vive en vivienda propia, 16.3% (131) vivienda rentada, 7.2% (58) vivienda prestada y 4.1% (33) la esta pagando.

El material de construcción de la vivienda fue 97% (778) concreto, 82% (658) piso de mosaico y 69% (556) las paredes de block o ladrillo con aplanado. El 97.4% (783) de los cuidadores refirió contar con agua intradomiciliaria, luz, drenaje, cocina y baño dentro de la vivienda. De los artículos en la vivienda: 84.3% cuentan con televisión abierta, teléfono, refrigerador y lavadora. En base a lo anterior se realizó un índice socioeconómico donde 48.1% pertenece a la clase media, 48.3% clase media baja y 3.6% clase media alta. Esto según la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública A. C. (AMAI).²⁵ Figura 4.

Se interrogó a los cuidadores sobre antecedentes personales patológicos, 52.1% (419) no presentan ninguna enfermedad. Figura 5. Del total de cuidadores 385 si tenían alguna enfermedad y estas fueron: El 41.6% (160) del sistema cardiovascular, 11.2% (43) enfermedades del sistema músculo-esquelético, 3.4% (13) enfermedades del sistema respiratorio, 21.8% (84) enfermedades del sistema endocrino, 6.2% (24) enfermedades del sistema nervioso central, 10.6% (41) enfermedades oncológicas, 4.7% (18) enfermedades del sistema genito-urinario, 0.5% (2) enfermedades del sistema digestivo. Tabla 14.

De los 804 cuidadores el 15% (121) fuma actualmente. El tabaquismo predomino en el sexo masculino. Tabla 15. El 57.8% (70) iniciaron a fumar en la adolescencia, 31.4% (38) iniciaron a fumar entre los veinte y veintinueve años, solo 10.8% (13)

iniciaron a fumar después de los 30 años. El 51.2% (62) fuman de 1 a 3 cigarros en 24 horas, 20.7% (25) fuman de 4 a 6 cigarros en 24 horas, 28.1% (34) fuman más de 7 cigarros en 24 horas.

En cuanto a bebidas alcohólicas del total de cuidadores el 23.5% (189) las ingiere actualmente. Tabla 15. Siendo el sexo masculino el cual predomina. De los 189 cuidadores que consumen bebidas alcohólicas 2.6% (5) mencionaron realizarlo a diario, 12.2% (23) de una a tres veces por semana, 20.6% (39) de una a tres veces al mes, 64.6% (122) solo en reuniones. El 5.3% (10) mencionó que cuando toman si llegan a embriagarse.

Del total de cuidadores encuestados, encontramos que 83% (666) tienen carga la cual fue medida con la Escala de Zarit. De los 804, 6% (49) se encontraron sin Burnout, el 89% (717) con tendencia a padecerlo, solo el 5% (38) si tiene Burnout. En cuanto al Inventario de depresión de Beck, encontramos que el 75.8% (601) tiene presencia de depresión, y el 25.2% (203) con ausencia de depresión. Tabla 16. De los 601 con depresión, 32.8% es leve, 30.7% moderada y 36.5% grave. Figura 6.

Al hacer la valoración del estado nutricional por índice de masa corporal (IMC) se encontró 22.3% (180) con peso normal, 35.9% (289) sobrepeso, 41.8% (335), con obesidad. Tabla 17. De los 335 obesos, 24.5% (197) obesidad I, 14.1% (113) obesidad II, 3.1% (25) obesidad III. Siendo más prevalente la obesidad que el sobrepeso. Al categorizar la obesidad nos dimos cuenta que la I y II es más prevalente en el hombre y la obesidad III en la mujer. En cuanto a la circunferencia abdominal de los cuidadores, se utilizó, el punto de corte indicado de alto riesgo de enfermedades crónicas por el Instituto Mexicano del Seguro Social y la propuesta por la Secretaría de Salud (SSA), que clasifica como circunferencia abdominal saludable menor de 80 centímetros en mujeres y menor o igual a 90 centímetros en el hombre, publicado en la ENSANUT 2006 ²⁶. De 331 hombres, el 73.1% (242) presentaron circunferencia abdominal no saludable. De 473 mujeres, el 80.5% (381) presentaron circunferencia abdominal no saludable. Tabla 17.

De los hipertensos que fueron 13.4% (108), solo se encontraron 0.6% (5) cuidadores con cifras sistólicas normal alta y diastólica normal tomando en cuenta las cifras de

la ENSANUT 2006 ²⁶. Por lo cual pensamos que aún siendo hipertensos los cuidadores ellos tratan de llevar un cuidado de su enfermedad.

En cuanto a la descripción de los adultos mayores, ellos se encuentran en rangos de 44.2% (355) tercera edad para la OMS recordando que son aquellos adultos con edades entre 60 a 74 años, 46.9% (377) cuarta edad de 75 a 89 años, 8.7% (70) novenarios de 90 a 99 años, 0.2% (2) centenarios aquellos mayores de 100 años. De los adultos mayores el 43.4% (349) son hombres, 56.6% (455) son mujeres. Tabla 18.

De las enfermedades que tienen los AMEC son: 4.5% (36) enfermedades del sistema músculo-esquelético, 6.1% (49) pérdida de autonomía/edad extrema, 4% (32) enfermedad de sistema cardiovascular, 38.1% (306) enfermedades del sistema nervioso central, 18.5% (149) enfermedades oncológicas/inmunológicas, 6.2% (50) enfermedades del sistema respiratorio, 22.6% (182) enfermedades del sistema endocrino. Tabla 18.

El tiempo que tienen con la enfermedad los adultos mayores, es de 68.9% (554) menos de 3 años, el 15.9% (128) de 4 a 6 años, el 9.2% (74) tienen de 7 a 10 años con la enfermedad y 6% (48) más de 10 años.

De la escala de Barthel que evalúa el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, obtuvimos un 53.4% (429) dependencia total, 15.4% (124) dependencia elevada, 13.6% (109) dependencia moderada, 15.8% (127) dependencia ligera, 1.9% (15) independiente. Tabla 18.

De los 804 adultos mayores, el 76.9% (618) utilizan pañal. De los 618 adultos mayores que utilizan pañal, se les preguntó a los cuidadores cuantos utilizaban en 24 horas: 4% (25) uno, 14.9% (92) dos, 23.9% (148), 8.7% (54) tres, 8.7% (54) cuatro, 13.4% (83) cinco, 8.1% (50) seis, 7.6% (47), 11% (68), 5.5% (34), 2.1% (13) diez, 0.6% (4) doce. Tabla 19.

11.1.2 Análisis Bivariado:

Del total de cuidadores encuestados, encontramos que 82.8% (666) tienen sobrecarga la cual fue medida con la Escala de Zarit. De los 666 cuidadores que presentaron sobrecarga 58.4% (389) mujeres, 41.6% (277) hombres. Al realizar el análisis bivariado teniendo como variable dependiente carga de cuidado, obtuvimos: que aquellos cuidadores que contaban con pareja tenían RMP 1.88 IC_{95%} (1.54,2.30) Ji² 10.79, *P* <0.001, en comparación con aquellos que no contaban con pareja. En cuanto al género de los cuidadores los hombres tienen una RMP 1.01 IC_{95%} (0.95,1.08) Ji² 0.28, *P* 0.59, en relación con las mujeres. Los cuidadores mayores de 59 años tuvieron una RMP 2.43 IC_{95%} (1.88,3.15) Ji² 19.78, *P* <0.001, en comparación con los cuidadores menores de 59 años. Vivir con el adulto mayor tuvo una RMP 2.92 IC_{95%} (2.10,4.07) Ji² 24.68, *P* <0.001, en comparación con los cuidadores que no viven con ellos. Aquellos cuidadores que no trabajan tuvieron una RMP 1.81 IC_{95%} (1.58,2.08) Ji² 9.21, *P* 0.002, en comparación con aquellos cuidadores que tienen algún trabajo. El no contar con algún servicio médico tuvo una RMP 1.80 IC_{95%} (1.18,2.45) Ji² 7.82, *P* 0.005, en comparación con los cuidadores que si tenían derecho a algún servicio médico. El cambiar su forma de vida tuvo una RMP 2.61 IC_{95%} (1.97,3.45) Ji² 22.93, *P* <0.001, en comparación con los cuidadores que no tuvieron que cambiar su forma de vida por realizarle los cuidados al adulto mayor con enfermedad crónica. El fumar tuvo una RMP 1.96 IC_{95%} (1.78,2.16) Ji² 8.63, *P* 0.003, en comparación con los cuidadores que no fuman actualmente. El ser bebedor actual tuvo una RMP 1.55 IC_{95%} (1.38,1.74) Ji² 4.44, *P* 0.035, en comparación con los cuidadores que no son bebedores. El tener Burnout tuvo una RMP 1.90 IC_{95%} (1.33,2.71) Ji² 59, *P* <0.001, en comparación con los cuidadores que no presentaron Burnout. Los cuidadores con tendencia a padecer Burnout tuvieron una RMP 1.99 IC_{95%} (1.44,2.76) Ji² 57, *P* <0.001, en comparación con aquellos cuidadores que no presentaron Burnout. Los cuidadores con presencia de depresión tuvieron una RMP 1.2 IC_{95%} (0.85,1.67) Ji² 0.68, *P* 0.40, en comparación con los cuidadores que tuvieron ausencia de depresión. Tabla 21

11.1.3 Análisis Multivariado:

Dentro del análisis multivariado, se utilizó un modelo de regresión logística con las variables que mejor explicaron la sobrecarga en el análisis bivariado. Tener pareja tuvo RM 1.535 IC_{95%} (1.011,2.332), *P* 0.044; ser no familiar directo y otros RM 0.609

IC_{95%} (0.310,1.196), *P* 0.150; cuidar al AMEC por más de cuatro años RM 1.762 IC_{95%} (1.140,2.984), *P* 0.035; no tener red de apoyo RM 2.791 IC_{95%} (1.389,5.605), *P* 0.004; no vivir con el AMEC RM 0.534 IC_{95%} (0.320,0.889), *P* 0.016; no cambiar su forma de vida RM 0.480 IC_{95%} (0.301,0.765), *P* 0.002; tendencia a padecer Burnout RM 3.666 IC_{95%} (1.866,7.200), *P*<0.001; Burnout RM 1.713 IC_{95%} (0.563,5.217), *P* 0.343; ausencia de depresión RM 0.206 IC_{95%} (0.133,0.317), *P*<0.001. Tabla 22.

12. DISCUSIÓN

12.1 Principales hallazgos:

De los cuidadores:

- Edad de los cuidadores 53.9±14.3.
- Hombres 41.2%, mujeres 58.8%.
- 65.8% tienen pareja, 34.2% no cuentan con pareja.
- 99.1% reportaron saber leer, 0.9% analfabetas.
- 92% familiar directo.
- 71.9% tienen cuidando al adulto mayor menos de 4 años.
- 81.2% realizan los cuidados más de cinco días a la semana.
- 44.8% dedican de diecisiete a veinticuatro horas al día.
- 27.9% tienen algún trabajo donde reciben un ingreso o salario.
- 79.7% tienen derecho a algún servicio médico.
- En 79.5% cambio su forma de vida.
- 52.1% no presentan ninguna enfermedad.
- 15% fuma actualmente.
- 23.5% ingiere actualmente bebidas alcohólicas.
- Prevalencia de sobrecarga encontrada fue 83%.
- Prevalencia de Burnout encontrada 4.7%.
- Prevalencia de depresión 74.8%.
- 35.9% sobrepeso, 41.8% con obesidad.
- 73.1% presentaron circunferencia abdominal no saludable de los cuidadores género masculino.
- 80.5% presentaron circunferencia abdominal no saludable cuidadores género femenino.

De los adultos mayores que se cuidan:

- Edad de los adultos mayores cuidados 75.8±9.6.
- Hombres 43.4%, mujeres 56.6%.
- 68.9% <4 años con la enfermedad que ocasiona la dependencia.
- 38.1% fueron enfermedades del sistema nervioso central.

- El 98.2% tiene un grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.
- 76.9% utilizan pañal.

12.2 Fortalezas y limitaciones:

Fortalezas

- El tamaño de muestra fue adecuado y permitió discriminar la sobrecarga y características del cuidador.
- Los instrumentos que se utilizaron han sido validados en población mexicana y el encuestador fue una sola persona, capacitada en el área de encuestas de la Coordinación de Programas Integrados de Salud y el equipo de Atención Domiciliaria Integral (ADI) del Hospital Regional “Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro” del IMSS, así como por el grupo asesor: Dra. Zoila Trujillo de los Santos, Médico Internista y Geriatra; Dr. Ernesto Krug Llamas, Epidemiólogo y Gerontólogo Social; M. en C. Silvia Esperanza Jiménez García, Socióloga y Maestra en Ciencias; Dr. Carlos B. Armenta Hernández, Epidemiólogo; Ing. Ismael Seth Medina Reyes, Ingeniero en Electrónica.
- La medición de cintura se realizó de acuerdo a las cifras de la ENSANUT 2006 y la Guía Técnica PrevenIMSS.
- Los factores de asociación encontrados son consistentes en la literatura y aportan el incremento de conocimiento en esta área de forma clara, científica y consistente.
- Se encontraron nuevos factores asociados a carga de cuidado como aportación de este estudio.

Limitaciones

- Sin ser una limitación de forma estricta debido a que se estudió una población en la cual los adultos mayores si son derechohabientes que estaban incluidos en un programa de atención domiciliaria de ocho hospitales del Distrito Federal y Estado de México, los cuidadores no son derechohabientes al IMSS, sin embargo este hallazgo nos lleva a conocer que estos cuidadores es una población que demanda ser atendida.

12.3 Comparaciones con datos existentes:

Con todas las condiciones que puedan no hacer comparables a las diferentes poblaciones se encontró lo siguiente:

Con respecto a otros artículos a nivel España, En el trabajo de: “Sentido del cuidado y sobrecarga”¹⁷ de Fernández-Capo M, estudiaron a 80 cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, donde utilizan el instrumento de Zarit. Todos eran cuidadores principales que cumplían los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador familiar de un paciente con Alzheimer y haber tenido como mínimo en los últimos 6 meses la responsabilidad principal del cuidado.

Este estudio aportó que los cuidadores presentaban un rango de edad entre 36 y 87 años, con una media de 62 años. El 71.3% eran mujeres y el 28.7%, varones. La relación de parentesco con el paciente fue, principalmente, de cónyuges (53.3%) e hijos (41.3%), y sólo un 5.4% estaba representado por otros familiares. Del cual en nuestro estudio compartimos el que los cuidados se realizaron por más de seis meses como criterio de inclusión, los cuidadores tienen una edad promedio de tantos años, con desviación estándar de tanto y tanto, 58.8% (473) son mujeres, 41.2% (331) son hombres, el cual en nuestro estudio fue diferente, la relación con el parentesco, fue familiar directo (incluyendo cónyuges e hijos) 92% (740) muy similar en este estudio de Fernández-Capo M.

En el trabajo de: “Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer’s disease”¹⁸ De Clyburn donde utilizan el instrumento de depresión de Beck, indica que la mayoría de los cuidadores principales presentan sintomatología psiquiátrica del tipo de ansiedad y depresión (72-87%). Siendo los cuidadores principales del sexo femenino los que presentan más patología psíquica de manera significativa. Los cuidadores principales hijos políticos presentan un grado de carga significativamente más alta que otros familiares. Y son los trastornos de conducta del paciente, más que el deterioro, los que determinan una mayor sobrecarga con los cuidados. En los cuidadores de un enfermo con Alzheimer se ha encontrado

que éstos sufren niveles de ansiedad y depresión superiores, así como una salud física más deteriorada.

En nuestro estudio, encontramos la presencia de depresión en el cuidador no formal primario de un 74.8% (601). De los cuales 42.1% (253) son hombres y 57.9% (348) son mujeres. De los cuidadores que tuvieron sobrecarga de cuidados fueron 82.8% (666), de estos 93.2% (621) son familiar directo, 4.8% (32) no familiar directo, 2% (13) otro. Muy similar al estudio De Clyburn y como el estudio de Artaso.

En un estudio de casos y controles: “Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones sociales”²⁰ realizado por Eleana Dueñas. El tamaño de la muestra fue de 102 pacientes, obteniendo de resultados: De los adultos mayores discapacitados el promedio de edad fue 79 ± 11.4 años. El 36.3% eran hombres y 63.7% eran mujeres. Tiempo de discapacidad tuvo una mediana de 4 años. Los tipos de enfermedades: 43.1% cardiovasculares; 9.8% respiratoria; 2% digestiva; 37.3% osteomuscular; 2% genitourinaria; 43.1% neurológica; 12.7% metabólica; 2% tenían diagnóstico de depresión y 1% otra.²⁰

De los cuidadores 102; el 12.7% eran hombres y el 87.3% mujeres. La mediana en el tiempo del papel de cuidador fue 3.5 años. El promedio de las horas diarias que el cuidador dedicaba al paciente fue 16.4 ± 6.3 hrs; 36.3% de los cuidadores se recreaban; 23.5% de los cuidadores eran esposos de los pacientes; 52% eran hijos(as); 2.9% eran primos(as), tíos(as), o sobrinos(as), y 21.6% otro parentesco.³³ Para 47% de los cuidadores hubo el síndrome del cuidador. De estos el 96% presentaron ansiedad y depresión.

El estudio de Eleana Dueñas es el que más datos ha aportado a la literatura mundial en cuanto a cuidadores se trata, sin embargo con nuestro trabajo pudimos aportar que de la edad promedio del cuidador es de 53.9 ± 14 años, la edad del adulto mayor al que se cuida es de 75.8 ± 9.6 años de edad. El promedio de cuidado al adulto mayor es de 3 años 9 meses. Reportando que 56.6% (455) son mujeres adultas mayores, 43.4% (349) son hombres adultos mayores. Quienes tenían de seis meses a menos de un año fueron 37.7% (303), 34.2% (275) de uno a tres años, 14.2% (114) de cuatro a seis años, 13.9% (112) de seis y más años. De los días a la semana que

se dedicaban a los cuidados 81.2% (653) de seis a siete días, 12.4% (100) de cuatro a cinco días, 6.3% (51) de uno a tres días. En cuanto a las horas al día que les dedicaban de cuidados el 44.8% (360) los atendían de 17 a 24 horas.

En nuestro estudio se realizó un análisis general del AMEC para saber tipo de enfermedades, grado de dependencia, así como uso y consumo de pañales. Con respecto a las enfermedades del AMEC: 38.1% (306) del sistema nervioso central, 18% (149) enfermedad oncológica, 22.6% (182) enfermedades del sistema endocrino, 6.2% (50) enfermedades del sistema respiratorio, 6.1% (49) pérdida de autonomía/edad extrema, 4.5% (36) enfermedades de sistema músculo-esquelético, 4% (32) enfermedades del sistema cardiovascular. Los AMEC presentaron: 53.4% (429) de dependencia total, 15.4% (124) dependencia elevada, 13.6% (109) de dependencia moderada, 15.8% (127) dependencia ligera y solo el 1.9% (15) son independientes.

Un aporte de nuestro estudio a la literatura sería el uso de pañal en el AMEC, este es un gasto ejercido por la familia en la mayoría de las veces. Encontramos que 76.9% (618) utilizan pañal, de estos 33% (265) utilizan menos de 3 pañales en 24 horas, 23.3% (187) de 3 a 4 pañales, 20.6% (166) más de 4 pañales.

12.4 Implicaciones de este estudio:

- Fincar precedente en el estudio de los cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas en nuestro país.
- Considerar estos resultados para el diseño de algunas intervenciones.
- Considerar estos resultados para la atención de esta población en los diferentes niveles de atención médica y social del Sector Salud en México.

Todo esto implica una revisión exhaustiva y estricta de todo lo relacionado con los cuidadores, en nuestro país. Capacitación, atención médica, recordando que muchos de estos cuidadores son también adultos mayores.

13. CONCLUSIONES

En la población estudiada de cuidadores la carga de cuidado es de 83%, 5% tiene Burnout, 74.5% depresión. El 60% de las cuidadoras son adultas mayores, 40% de los cuidadores se encuentran en edad productiva. El 65% de los cuidadores tienen pareja. El 20% cuidan a sus esposos y 56% cuidan a sus padres, 1% es analfabeta, el 14% tiene primaria incompleta. El 92% es familiar directo, 38% tiene cuidando al AMEC por más de 4 años, el 81% realizan cuidados por más de 5 días a la semana, 45% dedican de 17 a 24 horas al día, 75% cuentan con red de apoyo, 82% viven con el AMEC en su domicilio. Del total de cuidadores encuestados 58% son mujeres y 42% hombres, 80% tienen derecho a algún servicio médico, 80% cambio su forma de vida, con sobrepeso 36% y 42% de obesidad. 73% de los hombres y 80% de las mujeres presentaron circunferencia abdominal no saludable. Solo 15% fuma actualmente y 23% ingiere bebidas alcohólicas.

Los factores asociados a la carga de cuidado fueron: estado civil, parentesco, tiempo en años de cuidado, no contar con red de apoyo, vivir con él AMEC al que se le realizan los cuidados, él que se cambiará su forma de vida por realizar los cuidados al AMEC, el tendencia a padecer Burnout, así como la ausencia de depresión. El género no tuvo una asociación significativa en este estudio.

Debemos tomar en cuenta las necesidades de los cuidadores tanto físicas, emocionales y económicas. Pero sobretodo explorar y crear estrategias de apoyo institucional, para dignificar la figura de este personaje en nuestro país.

Por lo cual el difundir el trabajo de investigación realizado a los tomadores de decisiones en los temas del adulto mayor en México, sirva para dignificar este personaje que tanto retribuye al adulto mayor, al instituto y al país.

Todo esto encaminado para la creación de políticas públicas, incluidas las relativas a los ingresos así como servicios sanitarios y sociales, para que tengan atención sanitaria adecuada en condiciones de equidad y esto contribuya a preparar al

cuidador para un envejecimiento saludable a través de la promoción y la protección de la salud en edades tempranas.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Salgado A, Guillén F, Díaz J. Tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Salvat Editores. 1986. ISBN 84-345-2506-2
2. Trujillo Z, Becerra M, Rivas M. Latinoamérica envejece visión gerontológica/geriátrica. Mc Graw Hill. 1ª. Edición. 2007.
3. Novelo H, Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la Última Década. Respyn 2003;(5). Edición Especial.
4. Ribera J, Gil P. Prevención en Geriatria: ¿Es posible?. Editores Medicos, S. A., 2003; 181.
5. En la página: www.dties.gob.mx (fue consultada en junio 2007, 2008)
6. Durán Muñoz C, García Peña MC, Gallegos Carrillo K, Pérez Cuevas R, Gómez Dantés H, Durán Arenas L. Envejecimiento en México: perspectivas del Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Muñoz O, García-Peña C, Durán-Arenas L, ed. La salud del adulto mayor. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004;87-102.
7. Garrido A. et al. Cuidando al cuidador. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003;38:189-191.
8. En la página: (www.imsersomayores.csic.es) (fue consultada en junio 2007)
9. La vejez desconocida. Una mirada desde la Biología a la Cultura. Inmaculada de la Serna de Pedro, 2003. Ediciones Díaz de Santos.
10. Ribas J. et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos” Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2000;27:131-134.
11. Moral S. et al. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Aten Primaria 2003;32:77-87.
12. Sancho-Castiello M et al. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia: una oportunidad para el reconocimiento a los cuidadores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2005;40(Supl 3):1-4. Garrido A. et al. Cuidando al cuidador. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003;38:189-191.
13. Beck AT, Role of fantasies in psychopathology. J Nerv Ment Dis 1970;150(1):3-17.
14. Seligman E. Indefensión. Madrid: Editorial Debate, 1981.

15. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(2):129-139.
16. Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer Magraner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003;32:77-83.
17. Fernández-Capo M, Gual-García P. Sentido del cuidado y sobrecarga. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(Supl 3):24-9.
18. Gálvez J. et al. Perfil y del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Aten Primaria* 2003;31:338-339.
19. Artaso B. et al. Cuidados informales en la demencia: predicción de Sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38:212-218.
20. Dueñas Eleana, Martínez María, Morales Benjamín, Muñoz Claudia, Viáfara Sofía, Herrera Julián. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 2006;37(2):31-38.
21. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Primera edición 2007. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
22. Pérez Cruz E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex* 2006;22:282-6.
23. Robin G, ClireW, Mattheus D. Evaluación neuropsicológica en personas de la tercera edad: principios antiguos y nuevas directrices. *Avances en Psiquiatría* 2001;6(5):26-33.
24. Losada-Baltar A. et al. Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005;40(Supl 3):30-9.
25. López Romo H, et al. Nuevo índice de nivel socioeconómico AMAI 2008. Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública. AMAI, 1998.
26. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J.

**Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México:
Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.**

15. ANEXOS

1. Cronograma de actividades	53
2. Tablas de resultados	54
3. Figuras de resultados	60
4. Instrumento de recolección de datos	64
5. Consentimiento informado	71
6. Fotogalería	72

15.2 Índice de Tablas:

- Tabla 1. Género del cuidador y estado civil.
- Tabla 2. Escolaridad y género del cuidador.
- Tabla 3. Parentesco del cuidador y género.
- Tabla 4. Tiempo de cuidado en años y género del cuidador.
- Tabla 5. Género del cuidador y días a la semana de realizar cuidados.
- Tabla 6. Género del cuidador y horas al día dedicados a cuidar.
- Tabla 7. Género del cuidador y remuneración económica.
- Tabla 8. Género del cuidador y red de apoyo.
- Tabla 9. Género del cuidador y vivir con el adulto mayor al que se cuida.
- Tabla 10. Género del cuidador y tener algún trabajo aparte de realizar los cuidados
- Tabla 11. Género del cuidador y tipo de trabajo.
- Tabla 12. Género del cuidador y tener derecho a algún servicio médico.
- Tabla 13.1 Género del cuidador y tipo de derechohabencia.
- Tabla 13.2 Derechohabencia del cuidador y lugar donde solicita atención cuando esta enfermo el cuidador.
- Tabla 14. Enfermedades del cuidador por aparatos y sistemas por género.
- Tabla 15. Consumo de alcohol y tabaco en el cuidador según género.

- **Tabla 16. Carga de cuidado, Síndrome de Burnout y Depresión, según género.**
- **Tabla 17. Índice de masa corporal y circunferencia abdominal según género.**
- **Tabla 18. Características del adulto mayor sujeto a cuidados.**
- **Tabla 19. Uso y consumo de pañales por el adulto mayor sujeto a cuidados.**
- **Tabla 20. Razón de momios de prevalencia entre carga de cuidado y características del cuidador. Parte I.**
- **Tabla 21. Razón de momios de prevalencia entre carga de cuidado y características del cuidador. Parte II.**
- **Tabla 22. Regresión logística de factores asociados a tener carga de cuidado.**

15.3 Índice de figuras:

- **Figura 1. Universo de cuidadores en los ocho hospitales seleccionados.**
- **Figura 2. Edad y género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica**
- **Figura 3. Estado civil y género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica.**
- **Figura 4. Nivel socioeconómico de cuidadores.**
- **Figura 5. Presencia y ausencia de enfermedades en los cuidadores por género.**
- **Figura 6. Tipo de depresión en cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica del programa a domicilio.**
- **Figura 7. Burnout por género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica.**
- **Figura 8. Sobrecarga por género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica.**
- **Figura 9. Depresión género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica.**

15.2 Tablas:

Tabla 1. Género del cuidador y estado civil.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	N=473	%	n=804	%
ESTADO CIVIL						
SIN PAREJA ACTUAL*	100	30.2	175	37	275	34.2
CON PAREJA ACTUAL**	231	69.8	298	63	529	65.8

*Soltero /a, viudo/a, divorciado/a, separado/a.

**Casado/a, unión libre

Tabla 2. Escolaridad y género del cuidador.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
ESCOLARIDAD						
ANALFABETA	2	0.6	5	1.1	7	0.9
EDUC. BASIC. INCOMP.	42	12.7	70	14.8	112	13.9
EDUC. BASIC. COMPLETA	123	37.2	190	40.2	313	38.9
EDUC. MEDIA INCOMP.	22	6.6	17	3.6	39	4.9
EDUC. MEDIA COMPLETA	90	27.2	135	28.5	225	28
EDUC. SUPERIOR	52	15.7	56	11.8	108	13.4

Tabla 3. Parentesco del cuidador y género.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
FAMILIAR						
FAMILIAR DIRECTO	318	96.1	422	89.2	740	92
FAMILIAR NO DIRECTO	11	3.3	30	6.3	41	5.1
OTROS	2	0.6	21	4.4	23	2.9

Tabla 4. Tiempo de cuidado en años y género del cuidador.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
TIEMPO DE CUIDADO EN AÑOS						
MENOS DE UNO	126	38.1	177	37.4	303	37.7
DE UNO A TRES	124	37.5	151	31.9	275	34.2
DE CUATRO A SEIS	44	13.3	70	14.8	114	14.2
MÁS DE SEIS	37	11.2	75	15.9	112	13.9

Tabla 5. Género del cuidador y días a la semana de realizar cuidados.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
DÍAS A LA SEMANA						
DE UNO A TRES	21	6.3	30	6.3	51	6.3
DE CUATRO A CINCO	51	15.4	49	10.4	100	12.5
DE SEIS A SIETE	259	78.3	394	83.3	653	81.2

Tabla 6. Género del cuidador y horas al día dedicados a cuidar.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
HORAS AL DÍA						
MENOS DE 8	118	35.7	98	20.7	216	26.9
DE 8 A 16	105	31.7	123	26	228	28.3
DE 17 A 24	108	32.6	252	53.3	360	44.8

Tabla 7. Género del cuidador y remuneración económica.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
REMUNERACIÓN ECONÓMICA						
SÍ	28	8.5	38	8	66	8.2
NO	303	91.5	435	92	738	91.8

Tabla 8. Género del cuidador y red de apoyo.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
RED DE APOYO						
SÍ	281	84.9	354	74.8	635	79
NO	50	15.1	119	25.2	169	21

Tabla 9. Género del cuidador y vivir con el adulto mayor al que se cuida.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
VIVIR CON EL ADULTO MAYOR						
SÍ	294	88.8	388	82	682	84.8
NO	37	11.2	85	18	122	15.2

Tabla 10. Género del cuidador y tener algún trabajo aparte de realizar los cuidados.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
TRABAJAR ACTUALMENTE						
SÍ	100	30.2	124	26.2	224	27.9
NO	231	69.8	349	73.8	580	72.1

Tabla 11. Género del cuidador y tipo de trabajo.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=100	%	n=124	%	n=224	%
OCUPACIÓN						
NEGOCIO PROPIO	49	49	53	42.8	102	45.5
EMPLEADO	51	51	71	57.2	122	54.5

Tabla 12. Género del cuidador y tener derecho a algún servicio médico.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
DERECHO A SERVICIOS MÉDICOS						
SÍ	266	80.4	375	79.3	641	79.7
NO	65	19.6	98	20.3	163	20.3

Tabla 13.1 Género del cuidador e institución de derechohabencia.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=266	%	n=375	%	n=641	%
INSTITUCIÓN						
IMSS	201	75.6	302	80.5	503	78.5
ISSSTE	38	14.3	50	13.3	88	13.7
PEMEX	6	2.2	0	0	6	0.9
SEGURO POPULAR	13	4.9	8	2.1	21	3.3
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS	2	0.8	4	1.1	6	0.9
ISSFAM	6	2.2	11	3	17	2.7

Tabla 13.2 Institución de derechohabencia del cuidador y lugar donde solicita atención cuando esta enfermo el cuidador.

INSTITUCIÓN	INSTITUCIONES													
	TOTAL		IMSS		ISSSTE		PEMEX		SEG POP		SEG GAST MED		ISSFAM	
	n=641	%	n=503	%	n=88	%	n=6	%	n=21	%	n=0	%	n=17	%
IMSS	391		388	99.2	3	0.8	0	0	0	0	0	0	0	0
ISSSTE	63		2	3.1	61	96.9	0	0	0	0	0	0	0	0
PEMEX	6		0	0	1	1.1	5	83.3	0	0	0	0	0	0
SSA	53		28	52.8	4	7.5	0	0	20	37.8	1	1.9	0	0
MÉDICO	75		57	76	12	16	1	1.3	0	0	5	6.7	0	0
PRIVADO														
USA REMEDIOS CASEROS	33		12	80	1	6.7	0	0	1	6.7	0	0	1	6.6
SE AUTOMEDICA	22		16	72.7	6	27.3	0	0	0	0	0	0	0	0
ISSFAM	16		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	94.1

Tabla 14. Enfermedades del cuidador por aparatos y sistemas por género.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=156	%	n=229	%	n=385	%
ENFERMEDAD DEL CUIDADOR						
CARDIOVASCULARES	59	37.8	101	44.1	160	41.5
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	15	9.6	28	12.2	43	11.2
RESPIRATORIAS	7	4.5	6	2.6	13	3.4
ENDOCRINOLÓGICAS	28	17.9	56	24.4	84	21.8
SNC	16	10.3	8	3.5	24	6.2
ONCOLÓGICAS	21	13.5	20	8.8	41	10.7
GENITOURINARIAS	10	6.4	8	3.5	18	4.7
DIGESTIVAS	0	0	2	0.9	2	0.5

Tabla 15. Consumo de alcohol y tabaco en el cuidador según género.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
FUMAR ACTUALMENTE						
SÍ	57	17.2	69	13.5	121	15
NO	279	82.8	409	86.5	638	85
ING. BEB. ALCOHÓLICAS ACTUALMENTE						
SÍ	100	30.2	89	18.8	189	23.5
NO	231	69.8	384	81.2	615	76.5

Tabla 16. Carga de cuidado, Síndrome de Burnout y Depresión, según género.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
CARGA DE CUIDADO						
SI	277	83.7	389	82.2	666	82.8
NO	54	16.3	84	17.8	138	17.2
SÍNDROME DE BURNOUT						
NO	17	5.1	32	6.8	49	6.1
TENDENCIA A PADECERLO	300	90.6	417	88.2	717	89.2
BURNOUT	14	4.2	24	5.1	38	4.7
DEPRESIÓN						
SI	253	76.4	348	73.6	601	74.8
NO	78	23.6	125	26.4	203	25.2

Tabla 17. Índice de masa corporal y circunferencia abdominal, según género.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=331	%	n=473	%	n=804	%
IMC						
PESO BAJO	0	0	2	0.4	2	0.2
PESO NORMAL	59	17.8	119	25.2	178	22.1
SOBREPESO	118	35.6	171	36.2	289	35.9
OBESIDAD	154	46.6	181	38.2	335	41.8
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL						
SALUDABLE	89	26.9	92	19.5	181	22.5
NO SALUDABLE	242	73.1	381	80.5	623	77.5

Tabla 18. Características del adulto mayor sujeto a cuidados.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=349	%	n=455	%	n=804	%
EDAD EN AÑOS						
DE 60 A 74	147	42.1	208	45.7	355	44.2
DE 75 A 89	167	47.9	210	46.2	377	46.9
DE 90 Y MÁS	35	10	37	8.1	72	8.9
ENFERMEDAD						
CARDIOVASCULARES	16	4.6	16	3.5	32	4
MÚSCULO-ESQUELÉTICAS	15	4.3	21	4.6	36	4.5
RESPIRATORIAS	26	7.4	24	5.3	50	6.2
ENDOCRINOLÓGICAS	66	18.9	116	25.5	182	22.6
SNC	130	37.2	176	38.7	306	38.1
ONCOLÓGICAS	84	24.1	65	14.3	149	18.5
PÉRDIDA DE AUTONOMÍA	12	3.4	37	8.1	49	6.1
BARTHEL (DEPENDENCIA)						
TOTAL	180	51.6	249	54.7	429	53.4
ELEVADA	60	17.2	64	14.1	124	15.4
MODERADA	48	13.8	61	13.4	109	13.6
LIGERA	56	16	71	15.6	127	15.8
INDEPENDIENTE	5	1.4	10	2.2	15	1.8

Tabla 19. Uso y consumo de pañales por el adulto mayor sujeto a cuidados.

VARIABLE	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n=349	%	n=455	%	n=804	%
USO DE PAÑAL						
SI	269	77.1	349	76.7	618	76.9
NO	80	22.9	106	23.3	186	23.1
NÚMERO DE PAÑALES EN 24 HORAS						
	n=269	%	n=349	%	n=618	%
MENOS DE 3	96	35.7	169	48.4	265	42.9
DE 3 A 4	71	26.4	116	33.2	187	30.3
MÁS DE 4	102	37.9	64	18.4	166	26.8

Tabla 20. Factores asociados a la carga de cuidado. Parte I.

VARIABLE	RMP	IC _{95%}	X ²	P
ESTADO CIVIL				
SIN PAREJA	1			
CON PAREJA	1.88	1.54,2.30	10.49	<0.001
EDAD DEL CUIDADOR				
> DE 59 AÑOS	1			
< DE 59 AÑOS	2.43	1.88,3.15	19.78	<0.001
SEXO				
HOMBRE	1			
MUJER	1.11	0.84,1.33	2.95	0.59
EDUCACION				
MEDIA Y SUPERIOR	1			
BÁSICA	1.93	1.65,2.28	3.71	0.06
PARENTESCO				
NO FAM. DIRECTO Y OTROS	1			
FAMILIAR DIRECTO	2.20	1.24,3.89	7.67	0.005
TIEMPO DE CUIDAR AL AM				
< DE 4 AÑOS	1			
> DE 4 AÑOS	2.28	1.56,3.35	9.47	0.002
DÍAS A LA SEMANA				
< DE 5 DÍAS	1			
> DE 5 DÍAS	2.14	1.91,2.40	13.04	<0.001

Tabla 21. Factores asociados a la carga de cuidado. Parte II.

VARIABLE	RMP	IC _{95%}	X ²	P
REM. ECONÓMICA				
SI	1			
NO	1.34	1.26,1.42	0.82	0.36
RED DE APOYO				
SI	1			
NO	3.60	2.01,6.46	17	<0.001
VIVE CON EL AM				
NO	1			
SI	2.92	2.10,4.07	24.68	<0.001
TRABAJA				
NEGOCIO PROPIO	1			
EMPLEO	1.81	1.58,2.08	9.21	0.002
CONTAR CON SER. MED.				
SI	1			
NO	1.80	1.18,2.45	7.82	0.005
CAMBIO FORMA DE VIDA				
NO	1			
SI	2.61	1.97,3.45	22.93	<0.001
FUMA ACTUALMENTE				
NO FUMADOR	1			
FUMADOR	1.96	1.78,2.16	8.63	0.003
CONSUMO DE ALCOHOL				
ABSTEMIO	1			
BEBEDOR	1.55	1.38,1.74	4.44	0.035
BURNOUT				
SIN BURNOUT	1			
BURNOUT	1.90	1.33,2.71	59	<0.001
TEND. A PADECERLO				
DEPRESION	1.99	1.44,2.76	57	<0.001
NO	1			

SI	1.2	0.85,1.67	0.68	0.40
----	-----	-----------	------	------

Tabla 22. Regresión logística de factores asociados a presentar carga de cuidado.

VARIABLE	RM	IC 95%	P
TENDENCIA A PADECERLO	3.666	1.866,7.200	0.000
NO RED DE APOYO	2.791	1.389,5.605	0.004
MÁS DE 4 AÑOS	1.762	1.040,2.984	0.035
BURNOUT	1.713	0.563,5.217	0.343 NS
CASADO	1.509	1.011,2.332	0.044
NO FAMILIAR DIRECTO Y OTROS	0.609	0.310,1.196	0.150 NS
NO VIVIR CON EL ADULTO MAYOR	0.534	0.320,0.889	0.016
NO CAMBIAR SU FORMA DE VIDA	0.480	0.301,0.765	0.002
AUSENCIA DE DEPRESIÓN	0.206	0.133,0.317	0.000

15.3. Figuras:

Figura 1. Universo de cuidadores en los ocho hospitales seleccionados

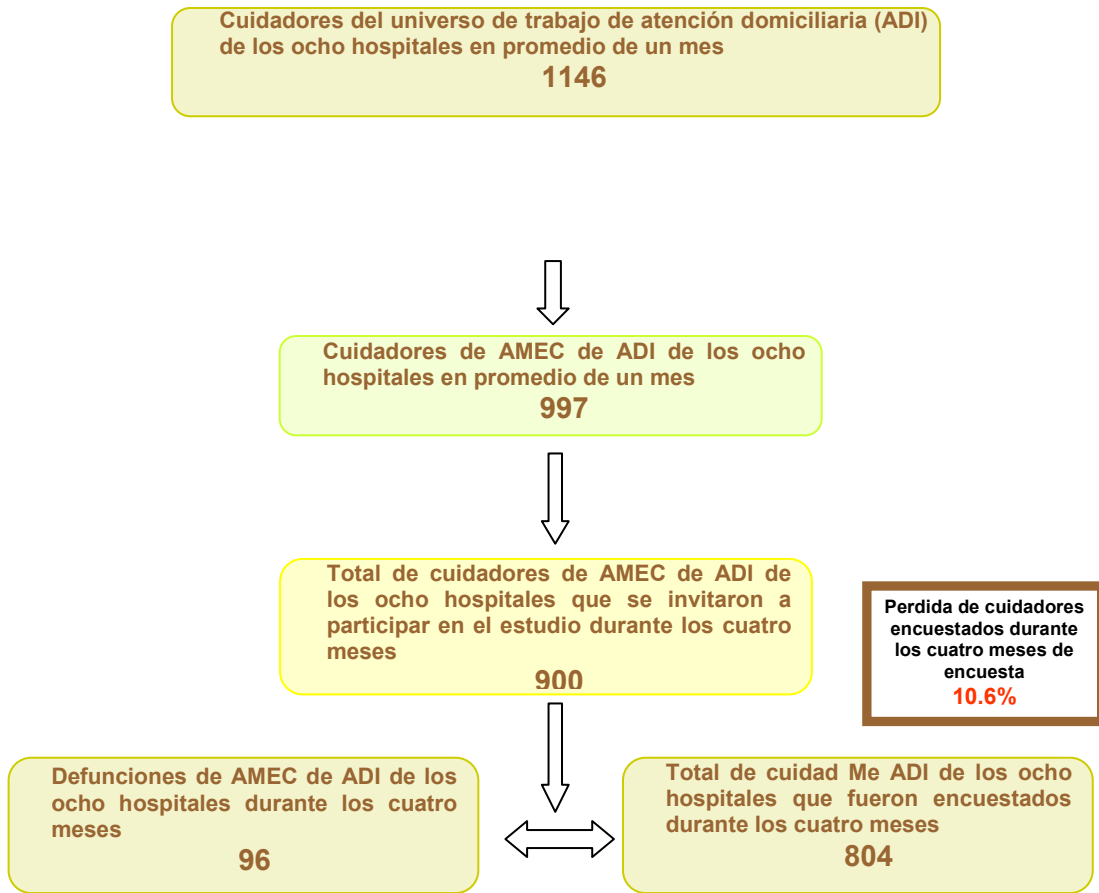


Figura 2. Edad y género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica.

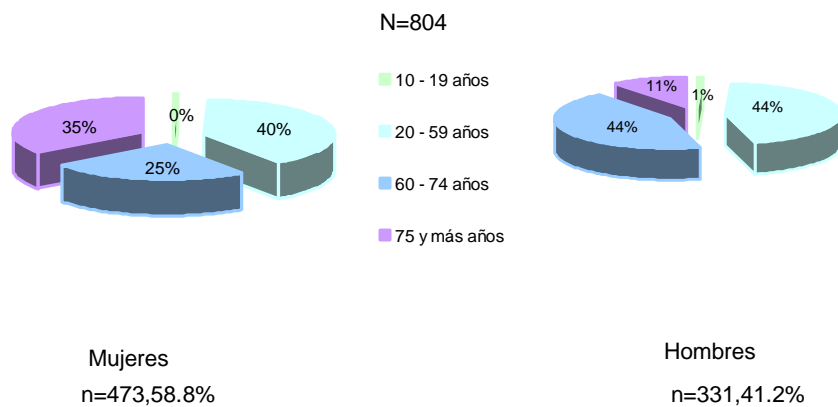


Figura 3. Estado civil y género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica.

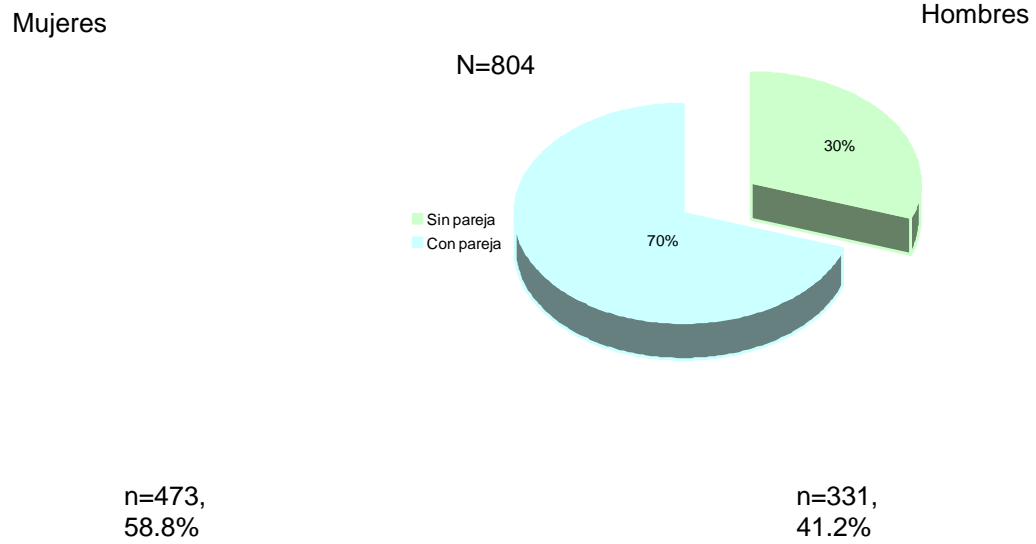


Figura 4. Nivel socioeconómico de cuidadores

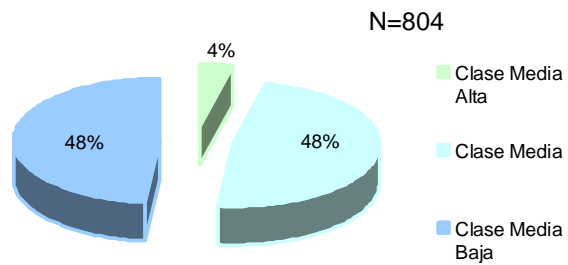


Figura 5. Presencia y ausencia de enfermedades en los cuidadores por género

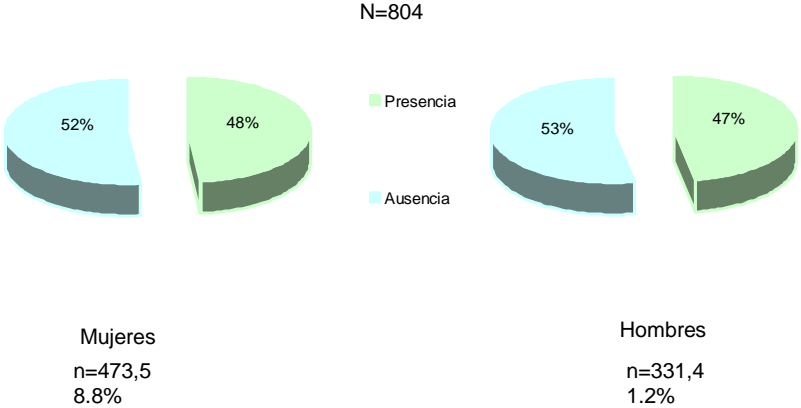


Figura 6. Tipo de depresión en cuidadores, según Beck

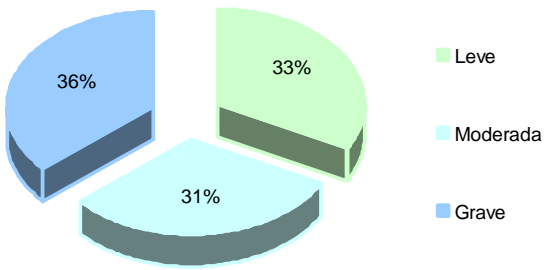


Figura 7. Burnout por género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica

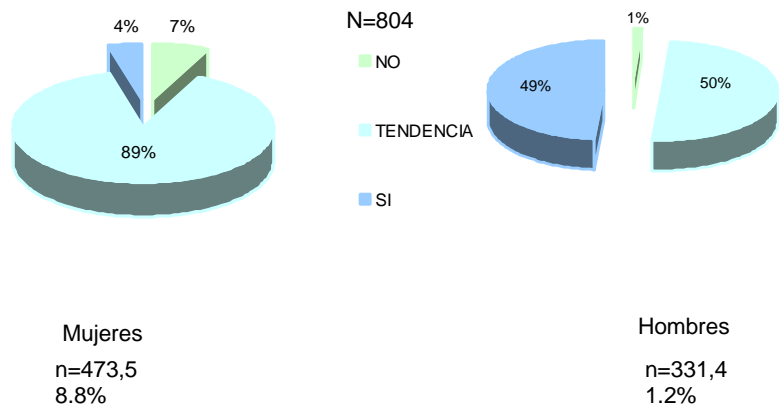


Figura 8. Sobrecarga por género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica

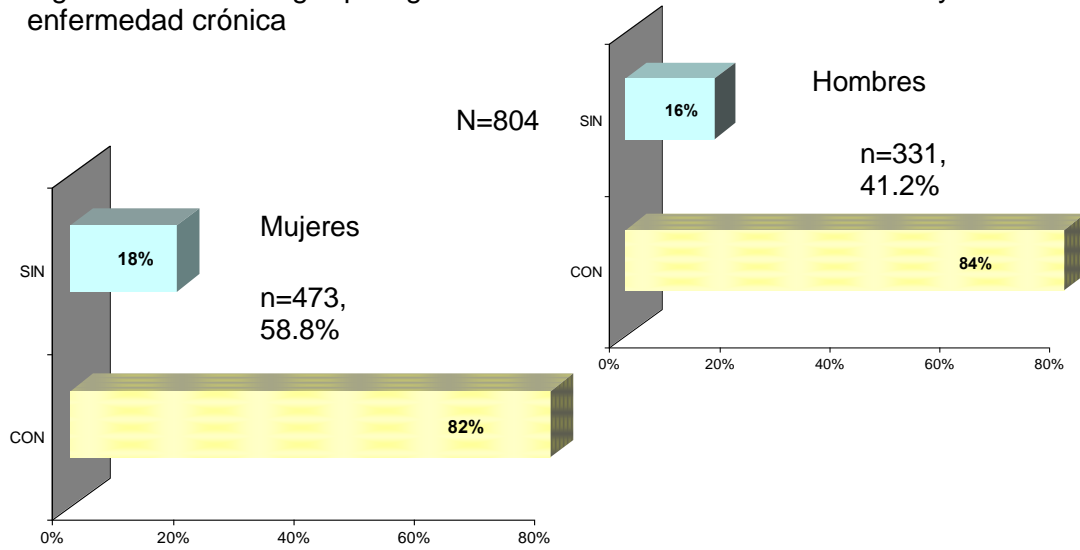
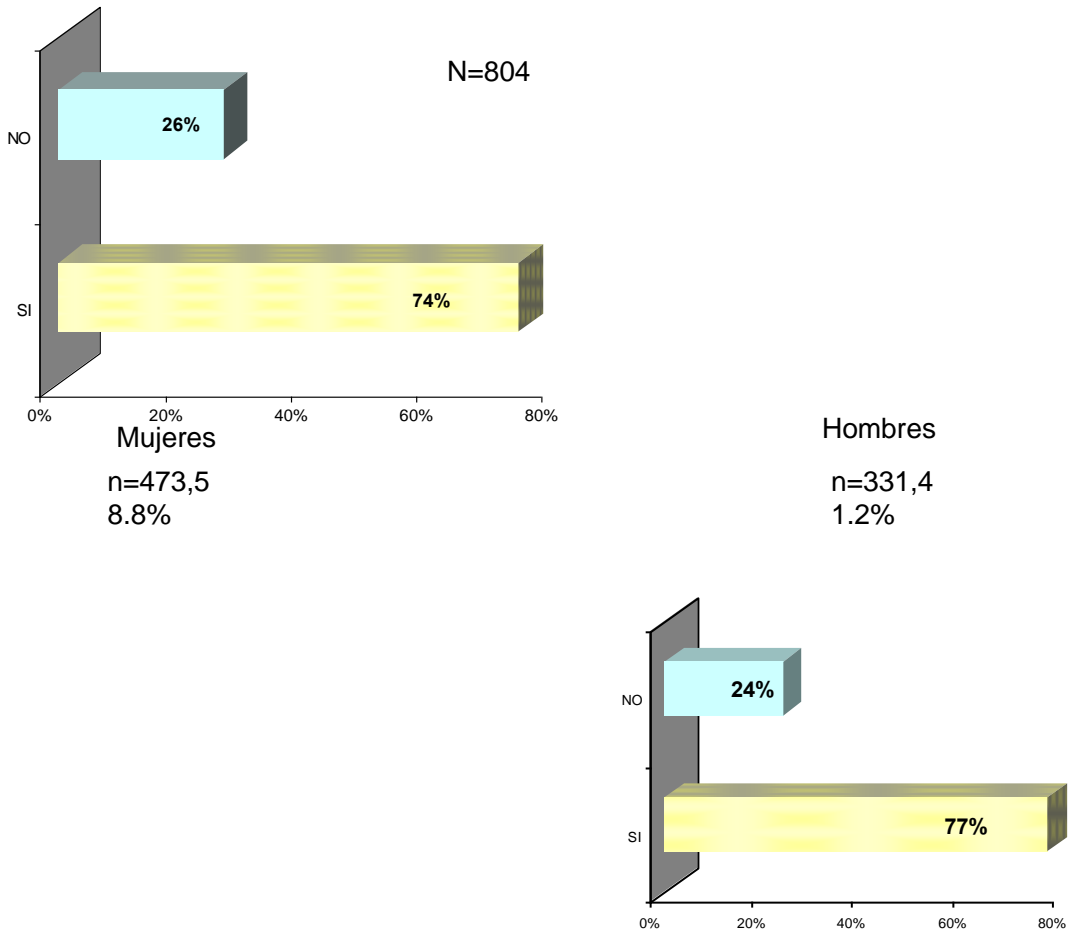


Figura 9. Depresión por género de cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica



15.4 Instrumento de recolección de datos:

FOLIO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA**

PREVALENCIA DE LA CARGA DEL CUIDADOR(A) DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA, EN EL DISTRITO FEDERAL, 2008

Este cuestionario tiene dos secciones: la primera, del cuidador y las repercusiones de la carga del cuidado, así como los factores asociados a esta, la segunda es para algunas características del adulto mayor al que se cuida

INSTRUCCIONES: Este cuestionario que a continuación voy a realizarle es para conocer características de las personas como usted que cuidan a otras, nuestra plática constará de preguntas cortas y precisas. Las preguntas de la 1 a la 107 son para el cuidador. De la 108 a la 111 son mediciones que se le realizarán al cuidador. La segunda sección de la pregunta 112 a la 127 esta dedicada al adulto mayor al que se cuida.

**PRIMERA SECCIÓN
I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

1.- Nombre del entrevistado(a)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Apellido Paterno</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Apellido Materno</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Nombre</td> </tr> </table>				Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre							
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre												
2.- ¿Cuántos años cumplidos tiene?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Años	3.- Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer												
4.- En cuanto a su estado civil, usted está:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)													
5.- ¿Sabe leer y escribir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 7)													
6.- ¿Cuál fue el último año que aprobó en la escuela? (refiriéndome a escuela oficial)	<table style="width: 100%; font-size: 8px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sin educación formal</td> <td><input type="checkbox"/> Primaria incompleta</td> <td><input type="checkbox"/> Primaria completa</td> <td><input type="checkbox"/> Secundaria incompleta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Secundaria completa</td> <td><input type="checkbox"/> Preparatoria o Carrera técnica incompleta</td> <td><input type="checkbox"/> Preparatoria o Carrera técnica completa</td> <td><input type="checkbox"/> Licenciatura</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Maestría</td> <td><input type="checkbox"/> Doctorado</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Sin educación formal	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Primaria completa	<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/> Secundaria completa	<input type="checkbox"/> Preparatoria o Carrera técnica incompleta	<input type="checkbox"/> Preparatoria o Carrera técnica completa	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Sin educación formal	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Primaria completa	<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta											
<input type="checkbox"/> Secundaria completa	<input type="checkbox"/> Preparatoria o Carrera técnica incompleta	<input type="checkbox"/> Preparatoria o Carrera técnica completa	<input type="checkbox"/> Licenciatura											
<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Otro												
7.- ¿Qué parentesco tiene con la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Yerno/Nuera <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Vecino(a) <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Comunidad religiosa													
8.- ¿Es usted cuidador profesional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9.- ¿Cuánto tiempo tiene cuidando a la persona que cuida?												
10.- ¿Cuántos días de la semana le dedica a la persona que cuida?	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> Días	11.- ¿Cuánto tiempo le dedica al día a la persona que cuida?												
13.- ¿Por qué decidió usted cuidar a la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Por que es mi familiar <input type="checkbox"/> No hay otra persona que lo haga <input type="checkbox"/> Me contrataron <input type="checkbox"/> Se decidió así en la familia <input type="checkbox"/> Por amor <input type="checkbox"/> Estoy agradecido <input type="checkbox"/> Vivo con él o ella <input type="checkbox"/> Otro													
14.- ¿Recibe algún pago o ayuda económica por la persona a la que cuida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15.- ¿Además de usted ¿hay otra persona o personas que cuidan a la persona que usted cuida?												
17.- ¿Vive usted con la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	18.- ¿Ha recibido información para cuidar pacientes con enfermedad(es) crónica(s)?												
19.- ¿En dónde recibió la información?	<input type="checkbox"/> Unidad Médica de Alta Especialidad <input type="checkbox"/> Hospital General Regional <input type="checkbox"/> Unidad de Medicina Familiar <input type="checkbox"/> Otro, especifique cuál?													
20.- ¿Quién le proporcionó la información que recibió?	<input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Gericultista(o) <input type="checkbox"/> Médico(a) <input type="checkbox"/> Otro, especifique cuál?													
21.- ¿Tiene usted alguna Constancia o título del curso donde recibió información para realizar el cuidado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	22.- Además de cuidar a la persona que cuida, ¿tiene algún (otro) trabajo donde reciba un ingreso o salario?												
23.- ¿Tiene usted derecho a algún servicio médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Pasar a la pregunta 25)	24.- ¿A qué institución tiene derecho?												
		<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX												



25.- Cuando usted requiere de atención médica, ¿a dónde acude?	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Médico privado <input type="checkbox"/> Usa remedios caseros <input type="checkbox"/> Se automedica
26.- ¿Señale qué otra responsabilidad tiene usted aparte de cuidar al adulto mayor?	<input type="checkbox"/> Trabajo, remunerado fuera de la casa <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Preparación de alimentos para resto de la familia <input type="checkbox"/> Aseo de la casa <input type="checkbox"/> Nietos <input type="checkbox"/> Compras despensa <input type="checkbox"/> Limpieza Casa
27.- ¿Cuál es el tipo de cuidado que usted le proporciona al adulto mayor? (Puede señalar mas de uno)	<input type="checkbox"/> Administración de medicamentos <input type="checkbox"/> Lo baña <input type="checkbox"/> Lo cambia de ropa <input type="checkbox"/> Le realiza la comida <input type="checkbox"/> Le da de comer <input type="checkbox"/> Otro, cuál? _____
28.- Para que usted se dedique al cuidado de la persona que cuida, ¿ha tenido que cambiar su forma de vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pasar a la pregunta 30
29.- ¿En qué cambió?	<input type="checkbox"/> Dejó de trabajar <input type="checkbox"/> Se cambio de casa <input type="checkbox"/> Afectó su vida familiar (divorcio, separación) <input type="checkbox"/> Problemas con sus hijos <input type="checkbox"/> Afectó su vida social <input type="checkbox"/> Horario para ingerir sus alimentos
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS: Ahora continuaremos con preguntas sobre donde vive actualmente y como es su vivienda.	
30.- ¿Qué tipo de vivienda tiene?	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Cuarto compartido
31.- La vivienda donde usted habita es:	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> La esta pagando
32.- ¿Cuántos cuartos tiene en su vivienda, sin contar baños, pasillos y cocina?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> >10
33.- ¿Cuántas personas habitan en la vivienda donde vive?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> >10
34.- ¿Cuál es el material predominante del techo de su vivienda? (Puede señalar mas de uno)	<input type="checkbox"/> Lámina de cartón <input type="checkbox"/> Madera o teja <input type="checkbox"/> Asbesto <input type="checkbox"/> Lámina metálica <input type="checkbox"/> Concreto
35.- ¿Cuál es el material predominante del piso de su vivienda? (Puede señalar mas de uno)	<input type="checkbox"/> Tierra <input type="checkbox"/> Cemento <input type="checkbox"/> Piso o mosaico <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Alfombra
36.- ¿Cuál es el material predominante de las paredes de su vivienda? (Puede señalar mas de uno)	<input type="checkbox"/> Lámina de cartón <input type="checkbox"/> Lámina metálica <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Adobe <input type="checkbox"/> Block, ladrillo o tabicón sin aplanado <input type="checkbox"/> Block, ladrillo o tabicón con aplanado <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Adobe con aplanado
37.- ¿Con qué servicios cuenta su vivienda? (Puede señalar mas de uno)	<input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Luz <input type="checkbox"/> Drenaje <input type="checkbox"/> Cuarto para cocina <input type="checkbox"/> Cuarto de baño dentro de la casa
38.- ¿Cuáles de los siguientes artículos hay en su vivienda? (Puede señalar mas de uno)	<input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Horno de microondas <input type="checkbox"/> TV cable <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> TV satelital (SKY, parabólica) <input type="checkbox"/> TV abierta <input type="checkbox"/> Refrigerador <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Lavadora
39.- ¿Cuántas personas contribuyen al ingreso familiar?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más
40.- ¿Recibe ingresos mensuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No pasar pregunta 42
41.- ¿Por qué actividad recibe ingresos mensuales?	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Ser cuidador <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> Venta de productos por Catálogo <input type="checkbox"/> Otro
ANTECEDENTES PERSONALES	
42.- ¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades? (Puede señalar mas de uno)	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca <input type="checkbox"/> Artropatía degenerativa <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sobrepeso/Obesidad <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra, cuál? _____
TABAQUISMO	
43.- ¿Fuma actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pasar a la pregunta 47
44.- ¿A qué edad empezó a fumar?	_____ Años
45.- ¿Cuántos cigarrillos fuma por día actualmente?	_____ Número
46.- ¿Cuánto tiempo lleva fumando?	_____ Años _____ Meses
ALCOHOLISMO	
47.- ¿Ingiera actualmente bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pasar pregunta 51
48.- ¿Cada cuando ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> 1 a 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1 a 3 veces mensuales <input type="checkbox"/> Solo en reuniones
49.- ¿A qué edad comenzó a ingerir bebidas alcohólicas?	_____ Años
50.- ¿Cuándo toma, llega a embriagarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



ESCALA DE ZARIT

De los siguientes enunciados usted solo tachará una respuesta. Contestará nunca, rara vez, a veces, con frecuencia, casi siempre. Estamos en una parte importante de nuestro cuestionario. (Lea cada una de las preguntas y marque solo una respuesta)

51.- ¿Siente usted que la persona a la que cuida solicita más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
52.- ¿Siente usted que a causa del tiempo que gasta con la persona a la que cuida ya no tiene tiempo para usted mismo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
53.- ¿Se siente estresado(a) al tener que cuidar a la persona a la que cuida y tener además que atender otras responsabilidades (trabajo, familia)?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
54.- ¿Se siente avergonzado(a) por el comportamiento de la persona a la que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
55.- ¿Se siente irritado(a) cuando está cerca de la persona a la que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
56.- ¿Cree que la situación actual afecta su relación con amigos u otros miembros de su familia de forma negativa?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
57.- ¿Siente temor por el futuro que le espera a la persona que usted cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
58.- ¿Siente que la persona que cuida depende de usted?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
59.- ¿Se siente agobiado(a) cuando tiene que estar junto a la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
60.- ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
61.- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
62.- ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
63.- (Solo si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incomodo(a) por invitar amigos a casa, a causa de la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
64.- ¿Cree que la persona a la que cuida espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
65.- ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a la persona que cuida además de sus gastos?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
66.- ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a la persona que cuida durante mucho más tiempo?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
67.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad se manifestó en la persona que usted cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
68.- ¿Desearía poder encargar el cuidado de la persona que cuida a otra persona?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
69.- ¿Se siente inseguro(a) acerca de lo que debe hacer con la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
70.- ¿Siente que debería hacer más de lo que esta haciendo por la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
71.- ¿Cree que podría cuidar usted a la persona que cuida mejor de lo que lo hace?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre
72.- En general, ¿Se siente muy agobiado(a) o sobrecargado(a) al tener que cuidar a la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Con frecuencia	<input type="checkbox"/> Casi siempre

ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

De los siguientes enunciados que se mencionan elija solo una respuesta, la cual se tachará. Las respuestas pueden ser: diariamente, varias veces a la semana, una vez a la semana, pocas veces al mes, una vez o menos, pocas veces al año o menos, y en caso de no presentarlas diga nunca. (Recuerde solo tachar una).

73.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo (de cuidador)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
74.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo (como cuidador)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
75.- Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar (como cuidador)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
76.- Comprendo fácilmente cómo se siente mi paciente	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
77.- Creo que trato al paciente como si fuera objeto impersonal	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
78.- Trabajar todo el día con paciente es un esfuerzo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
79.- Trato muy eficazmente los problemas del paciente	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
80.- Me siento quemado (exhausto) por mi trabajo (de cuidador)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
81.- Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de la persona que cuido	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
82.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo este trabajo (de cuidador)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
83.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
84.- Me siento muy activo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
85.- Me siento frustrado en mi trabajo (de cuidador)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
86.- Creo que estoy trabajando demasiado	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
87.- Realmente no me preocupa lo que le ocurre a la persona que cuido	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
88.- Trabajar directamente con personas me produce estrés	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
89.- Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con la persona que cuido	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
90.- Me siento estimulado después de trabajar con la persona que cuido	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
91.- He conseguido muchas cosas útiles en mi trabajo (de cuidador)	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
92.- Me siento acabado	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
93.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente
94.- Siento que mi paciente me culpa por alguno de sus problemas	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Pocas veces al año, o menos	<input type="checkbox"/> Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> Pocas veces al mes	<input type="checkbox"/> Una vez a la semana	<input type="checkbox"/> Varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Diariamente

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación se leerán una serie de frases. Solo marque con una tacha con el cual se identifique en este momento.

95.-	<input type="checkbox"/> No me encuentro triste <input type="checkbox"/> Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo	<input type="checkbox"/> Me siento triste o melancólico <input type="checkbox"/> Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
96.-	<input type="checkbox"/> No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro <input type="checkbox"/> No tengo nada que esperar del futuro	<input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro <input type="checkbox"/> No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
97.-	<input type="checkbox"/> Me siento fracasado <input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos	<input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas <input type="checkbox"/> Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
98.-	<input type="checkbox"/> No estoy particularmente descontento <input type="checkbox"/> No encuentro satisfacción en nada	<input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas como antes <input type="checkbox"/> Me siento descontento de todo
99.-	<input type="checkbox"/> No me siento particularmente culpable <input type="checkbox"/> Me siento culpable	<input type="checkbox"/> Me siento malo o indigno muchas veces <input type="checkbox"/> Pienso que soy muy malo e indigno
100.-	<input type="checkbox"/> No me siento decepcionado conmigo mismo <input type="checkbox"/> Estoy disgustado conmigo mismo	<input type="checkbox"/> Estoy decepcionado conmigo mismo <input type="checkbox"/> Me odio
101.-	<input type="checkbox"/> No tengo pensamientos de dañarme <input type="checkbox"/> Tengo planes precisos para suicidarme	<input type="checkbox"/> Creo que estaría mejor muerto <input type="checkbox"/> Me mataría si tuviera ocasión
102.-	<input type="checkbox"/> No he perdido el interés por los demás <input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos	<input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en los demás que antes <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
103.-	<input type="checkbox"/> Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes <input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos	<input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en los demás que antes <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
104.-	<input type="checkbox"/> No creo que mi aspecto haya empeorado <input type="checkbox"/> Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo	<input type="checkbox"/> Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo <input type="checkbox"/> Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
105.-	<input type="checkbox"/> Puedo trabajar igual de bien que antes <input type="checkbox"/> Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	<input type="checkbox"/> Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo <input type="checkbox"/> No puedo realizar ningún trabajo
106.-	<input type="checkbox"/> No me canso más que antes <input type="checkbox"/> Me canso por cualquier cosa	<input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
107.-	<input type="checkbox"/> Mi apetito no es peor de lo normal <input type="checkbox"/> Mi apetito es ahora mucho peor	<input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="checkbox"/> He perdido el apetito

SOMATOMETRÍA DEL CUIDADOR

108.- Peso actual <i>(Pese a la persona utilizando el instrumento y la técnica específica, a continuación registre el dato correspondiente)</i>	kg.	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
	grs.	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			

109.- Estatura actual <i>(Mida la estatura de la persona utilizando el instrumento y la técnica específica, a continuación registre el dato correspondiente)</i>	mts.	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
	cm.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

110.- Cintura actual <i>(Mida la cintura de la persona utilizando el instrumento y la técnica específica, a continuación registre el dato correspondiente)</i>	mts.	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
	cm.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		

REGISTRO DE MEDICIONES BIOLÓGICAS DEL CUIDADOR

111.- Presión arterial actual <i>(Tome la presión arterial a la persona utilizando el instrumento y la técnica específica, a continuación registre el dato correspondiente)</i>	Sistólica										Diastólica									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SEGUNDA SECCIÓN
IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR**

112.- Nombre del adulto mayor

Apellido Paterno										Apellido Materno										Nombre									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

113.- Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	114.- ¿Qué edad tiene en años cumplidos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años
115.- ¿Sabe usted que enfermedad tiene la persona que cuida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	116.- ¿Qué tiempo tiene con la enfermedad ó condición el adulto mayor que usted cuida?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años

117.- ¿Cuáles enfermedades ó condiciones del siguiente listado que voy a nombrar, tiene el paciente que usted cuida?	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Artropatía Degenerativa (AR)	<input type="checkbox"/> Pérdida de autonomía
	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Insuf. Arterial (Amputación)	<input type="checkbox"/> Secuelas de Enfermedad Vasculal Cerebral
	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculal Cerebral (EVC)	<input type="checkbox"/> Demencia Vasculal	<input type="checkbox"/> Otra Enf. Neurológica
	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Demencia Alzheimer	<input type="checkbox"/> Enf. Neurológica Epilepsia
	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstrucliva Crónica	<input type="checkbox"/> Complicaciones DM (amputación, retinopatía diabética)	<input type="checkbox"/> Edad extrema con inmovilidad
	<input type="checkbox"/> Demencia Mixta		
	<input type="checkbox"/> Parkinson		
	<input type="checkbox"/> Otra(s) enfermedad(es)	<input type="text"/>	

ESCALA DE CUIDADOS: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ÍNDICE DE BARTHEL) DEL ADULTO MAYOR
 Responda que tipos de cuidados le proporciona al adulto mayor

118.- Para comer el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Totalmente independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc <input type="checkbox"/> Dependiente
119.- Para su aseo personal el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Independiente. Entra y sale solo del baño <input type="checkbox"/> Dependiente
120.- Para vestirse el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos. <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente
121.- Para arreglarse el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. <input type="checkbox"/> Dependiente
122.- Para controlar su continencia rectal el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas <input type="checkbox"/> Incontinente
123.- Para controlar su continencia vesical el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Continente o capaz de cuidar de la sonda <input type="checkbox"/> Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda para cuidar de la sonda <input type="checkbox"/> Incontinente
124.- Para el uso del baño el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Independiente para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para ir al baño, pero se baña solo <input type="checkbox"/> Dependiente
125.- Para trasladarse el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Independiente para ir del sillón a la cama <input type="checkbox"/> Mínima ayuda física o supervisión <input type="checkbox"/> Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente
126.- Para deambular el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Independiente, camina solo 50 metros <input type="checkbox"/> Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros <input type="checkbox"/> Independiente en silla de ruedas sin ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente
127.- Para el uso de escalera el adulto mayor es:	<input type="checkbox"/> Independiente para subir y bajar escaleras <input type="checkbox"/> Necesita ayuda física o supervisión <input type="checkbox"/> Dependiente

15.5 Consentimiento informado:

PREVALENCIA DE LA CARGA DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y FACTORES ASOCIADOS EN EL IMSS, DISTRITO FEDERAL, 2008.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a ____ de _____ del 2008.

El propósito de esta carta de consentimiento con número de investigación **2008-785-007**, autorizado por la **Comisión Nacional de Investigación Científica**, es darle la información necesaria para que usted decida la participación en el estudio.

Investigador Principal: Ernesto Krug Llamas.

Propósito del estudio: Se le ha pedido participar en una investigación que se está realizando para la detección de personas con alto riesgo para desarrollar carga de cuidado. El estudio consiste en realizarle una serie de preguntas.

Procedimientos del estudio: Si decide participar, solamente será entrevistado en una sola ocasión en su domicilio, donde se interrogarán aspectos sobre la carga que usted tiene por cuidar a un paciente, así como preguntas sobre aspectos de tiempo dedicado a su paciente, en que lo cuida, y solo algunos aspectos sociodemográficos. Se tomará su peso, estatura, presión arterial y medición de su cintura. Con un tiempo aproximado de 30 minutos de duración la entrevista. Si alguna pregunta le incomoda tiene derecho a no contestarla.

Riesgos del estudio: No consideramos ninguno. ▲

Beneficios del estudio: No habrá beneficios personales. La identificación de la carga de cuidado servirá para que se propongan modificaciones en los planes de salud actuales.

Costos: La participación en este estudio no tiene ningún costo para usted.

Compensación: Por participar en este estudio usted no recibirá ninguna compensación monetaria.

Confidencialidad: Los resultados serán mantenidos en archivos confidenciales del investigador principal.

La participación es voluntaria: Puede hacer cualquier pregunta relacionada con este estudio. Puede ponerse en contacto con el Dr. Ernesto Krug Llamas al teléfono (55141674) ext 15628 si tiene alguna pregunta relacionada con la participación en esta investigación.

Nombre del cuidador: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Investigador: _____ Firma: _____ Fecha: _____

PREVALENCIA DE LA CARGA DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y FACTORES ASOCIADOS EN EL IMSS, DISTRITO FEDERAL, 2008.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a ____ de _____ del 2008.

El propósito de esta carta de consentimiento con número de investigación **2008-785-007**, autorizado por la **Comisión Nacional de Investigación Científica**, es darle la información necesaria para que usted decida la participación en el estudio.

Investigador Principal: Ernesto Krug Llamas.

Propósito del estudio: Se le ha pedido participar en una investigación que se está realizando para la detección de personas con alto riesgo para desarrollar carga de cuidado. El estudio consiste en realizarle una serie de preguntas.

Procedimientos del estudio: Si decide participar, solamente será entrevistado en una sola ocasión en su domicilio, donde se interrogarán aspectos sobre la carga que usted tiene por cuidar a un paciente, así como preguntas sobre aspectos de tiempo dedicado a su paciente, en que lo cuida, y solo algunos aspectos sociodemográficos. Se tomará su peso, estatura, presión arterial y medición de su cintura. Con un tiempo aproximado de 30 minutos de duración la entrevista. Si alguna pregunta le incomoda tiene derecho a no contestarla.

Riesgos del estudio: No consideramos ninguno.

Beneficios del estudio: No habrá beneficios personales. La identificación de la carga de cuidado servirá para que se propongan modificaciones en los planes de salud actuales.

Costos: La participación en este estudio no tiene ningún costo para usted.

Compensación: Por participar en este estudio usted no recibirá ninguna compensación monetaria.

Confidencialidad: Los resultados serán mantenidos en archivos confidenciales del investigador principal.

La participación es voluntaria: Puede hacer cualquier pregunta relacionada con este estudio. Puede ponerse en contacto con el Dr. Ernesto Krug Llamas al teléfono (55141674) ext 15628 si tiene alguna pregunta relacionada con la participación en esta investigación.

Nombre del cuidador: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Investigador: _____ Firma: _____ Fecha: _____

PREVALENCIA DE LA CARGA DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y FACTORES ASOCIADOS EN EL IMSS, DISTRITO FEDERAL, 2008.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a ____ de _____ del 2008.

El propósito de esta carta de consentimiento con número de investigación **2008-785-007**, autorizado por la **Comisión Nacional de Investigación Científica**, es darle la información necesaria para que usted decida la participación en el estudio.

Investigador Principal: Ernesto Krug Llamas.

Propósito del estudio: Se le ha pedido participar en una investigación que se está realizando para la detección de personas con alto riesgo para desarrollar carga de cuidado. El estudio consiste en realizarle una serie de preguntas.

Procedimientos del estudio: Si decide participar, solamente será entrevistado en una sola ocasión en su domicilio, donde se interrogarán aspectos sobre la carga que usted tiene por cuidar a un paciente, así como preguntas sobre aspectos de tiempo dedicado a su paciente, en que lo cuida, y solo algunos aspectos sociodemográficos. Se tomará su peso, estatura, presión arterial y medición de su cintura. Con un tiempo aproximado de 30 minutos de duración la entrevista. Si alguna pregunta le incomoda tiene derecho a no contestarla.

Riesgos del estudio: No consideramos ninguno.

Beneficios del estudio: No habrá beneficios personales. La identificación de la carga de cuidado servirá para que se propongan modificaciones en los planes de salud actuales.

Costos: La participación en este estudio no tiene ningún costo para usted.

Compensación: Por participar en este estudio usted no recibirá ninguna compensación monetaria.

Confidencialidad: Los resultados serán mantenidos en archivos confidenciales del investigador principal.

La participación es voluntaria: Puede hacer cualquier pregunta relacionada con este estudio. Puede ponerse en contacto con el Dr. Ernesto Krug Llamas al teléfono (55141674) ext 15628 si tiene alguna pregunta relacionada con la participación en esta investigación.

Nombre del cuidador: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Investigador: _____ Firma: _____ Fecha: _____