



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 08
"IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO"

"SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO
COGNITIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 08"

TESIS
PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. RUTH MERILYN BUSTAMANTE BARRERA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. CYNTHIA GUADALUPE CASTRO CABALLERO

CODIRECTOR DE TESIS:

DR. CARLOS ALBERTO MENDOZA CONDE

ASESORES:

DR. PORFIRIO ASTUDILLO CASTRO

DR. LUIS AMADOR RIOS OLIVEROS

R-2024-1102-035

ZIHUATANEJO DE AZUETA, GRO. FEBRERO DE 2026

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE DIFUSIÓN

Se firma la presente en la ciudad de Zihuatanejo de Azueta, Guerrero, México, a los 22 días del mes de Noviembre del año 2025.

El que suscribe Ruth Merylyn Bustamante Barrera autor(es) del trabajo escrito (obra intelectual), en su formato de Tesis con el título

Sobrecarga en el cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor en el Hospital General de Zona 08

Por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor; manifiesto mi autoría intelectual y originalidad de la obra mencionada.

Así mismo: (Elegir A), B) o C)

A). Exproso mi conformidad de ceder los derechos de difusión y autorizo difundir esta obra en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero a partir de la fecha, de conformidad con los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Ley Orgánica de Universidad Autónoma de Guerrero número 178, para su difusión con fines académicos, de investigación, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura, el cual se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental.

B). Pido un periodo de dos años de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día 02 del mes de Marzo del año 2026, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

C). Pido un periodo de un año de resguardo a partir de la fecha, y acepto difundir en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Guerrero únicamente la portada y el abstract, ya que el presente trabajo tendrá un subproducto que amerita un proceso de protección intelectual-industrial, aceptando su difusión a partir del día _____ del mes de _____ del año _____, sin previo aviso, a favor de la Universidad Autónoma de Guerrero, de acuerdo al inciso A)

Entiendo además que, si necesito incrementar el periodo de resguardo, renovaré la presente carta, dos meses antes que concluya el tiempo solicitado en los incisos B o C.

Lo anterior no genera vinculación obligatoria para la Universidad Autónoma de Guerrero, por tanto, la institución universitaria podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este documento sin autorización expresa, así como su uso indebido y/o su exhibición o comunicación a terceros.

Ruth Merylyn Bustamante Barrera Cynthia Guadalupe Castro Pachillero
Nombre y firma del autor Vo. Bo. Director-Tutor

Declaración de Autenticidad y No Plagio

Grado Académico: Nivel del Posgrado

Por el presente documento, yo Ruth Merylyn Bustamante Barrera, con número de matrícula: 23501516, egresado del (a) Nombre del Posgrado

informo que he elaborado el Trabajo de Investigación en formato de: [] Tesis, [] Artículo, denominado:

" Sobrecarga en el cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor en el Hospital General de Zona 08 "

para obtener el Grado Académico de (Nombre del Grado del Posgrado)


Especialidad en Medicina Familiar.

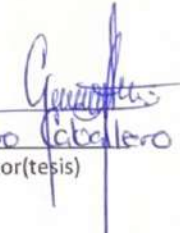
Declaro que este trabajo ha sido desarrollado íntegramente por el(la) autor(a) que lo suscribe y afirmo, que no existe plagio de ninguna naturaleza. Así mismo, dejo constancia de que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo, por lo que no se ha asumido como propias las ideas vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos o en Internet.

Así mismo, afirmo que soy responsable de todo su contenido y asumo, como autor(a), las consecuencias ante cualquier falta, error u omisión de referencias en el documento. Sé que este compromiso de autenticidad y no plagio puede tener connotaciones éticas y legales.

Por ello, en caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a lo dispuesto en las normas académicas que dictamine la Universidad Autónoma de Guerrero y las leyes que para el presente apliquen.

Chilpancingo, Guerrero, México, 22 de Noviembre de 2025

 Sustentante
Ruth Merylyn Bustamante Barrera
Matrícula y Nombre completo del Autor

Vo. Bo. 
Cynthia Guadalupe Castro Caballero
Nombre completo del Director(tesis)


**El presente formato deberá llenarse a puño y letra; y deberá contener firmas autógrafas.




ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

En la Ciudad y puerto de Acapulco, Guerrero, siendo el día veinte de noviembre de dos mil veinticinco, los integrantes del Jurado de Tesis, nombrados por la Academia de Posgrado, manifiestan que una vez que revisaron el escrito completo de la tesis "SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 08" presentada por la C. DRA. RUTH MERILYN BUSTAMANTE BARRERA para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, a través de ésta expresan su APROBACIÓN DE LA TESIS, autorizan el envío de la tesis, y aceptan que en cuanto se haya cumplido con los requisitos señalados en el Reglamento Escolar Vigente de la Universidad Autónoma de Guerrero, se proceda a la presentación del Examen de Grado.

El Jurado de Tesis


Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero
Directora de Tesis


Dr. Carlos Alberto Mendoza Conde
Asesor


Dr. Porfirio Astudillo Castro
Asesor


Dr. Luis Amador Rios Oliveros
Asesor

Instituto Mexicano del Seguro Social
Órgano de Operación Administrativo Desconcentrado
Estatad Guerrero
Jefatura de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación Auxiliar de Educación En Salud

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUERRERO

"SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO
COGNITIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 08"

Tesis
Para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar

Tesista

Dra. Ruth Merilyn Bustamante Barrera



Director de Tesis:
Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero



HOJA IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1102**
H. G. RAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CE 12 001 066

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 12 CEI 002 2018092

FECHA Lunes, 06 de mayo de 2024

Doctor (a) **CYNTHIA GUADALUPE CASTRO CABALLERO**

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 08** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2024-1102-035

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

ATENTAMENTE

salomon Garcia Andujca
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos

A Dios, por permitirme llegar hasta este momento con salud, fortaleza y la oportunidad de culminar una etapa tan significativa en mi vida. Gracias por darme la guía y la claridad para avanzar aun en los días más difíciles, y por recordarme siempre que los procesos más duros también forman el carácter y el espíritu.

A mis padres, mi fuerza, mi refugio y mi mayor impulso. Gracias por enseñarme que los sueños se construyen con constancia, respeto y amor. Cada esfuerzo y cada logro en este camino llevan su nombre. Nada de esto habría sido posible sin su apoyo incondicional y la fe inquebrantable que siempre han depositado en mí.

A mis hermanos, mi mayor inspiración. Ustedes son el motor que me impulsa a ser mejor cada día. Gracias por acompañarme con sus palabras, su cariño y su presencia, incluso en la distancia. Mi deseo más grande es ser un buen ejemplo para ustedes, que sepan que todo se puede alcanzar y que lleguen aún más lejos que yo. Siempre estaré para ustedes.

A la gran y pequeña familia que elegí y que me eligió: gracias por sostenerme cuando las fuerzas flaqueaban, por celebrar conmigo cada logro y por permanecer en los momentos más difíciles. Con ustedes aprendí que la familia también se construye y que el apoyo sincero transforma los caminos más duros en trayectos más ligeros.

A todos ustedes, con el corazón lleno de gratitud, les dedico esta culminación de mi residencia médica.

Índice General

Índice de Tablas	11
Abreviaturas y siglas.....	12
Resumen	14
1. Introducción.....	16
2. Marco teórico.....	17
2.1 Antecedentes generales	17
2.2 Antecedentes específicos	22
3. Planteamiento del problema.....	32
4. Justificación	33
5. Objetivos	34
5.1 Objetivos generales.....	34
5.2 Objetivos específicos	34
6. Hipótesis	35
6.1 Hipótesis nula.....	35
6.2 Hipótesis alterna	35
7. Material y métodos	36
7.1 Diseño del estudio.....	36
7.2 Lugar del estudio	36
7.3 Periodo para desarrollarse	36
7.4 Universo de trabajo.....	36
7.5 Tipo de muestreo	36
7.6 Tamaño de la muestra	36
7.7 Criterios de selección	37
7.8 Operacionalización de variables	38
7.9. Descripción del estudio	40
8. Análisis de datos.....	41
9. Aspectos éticos.....	42
10. Recursos, financiamiento y factibilidad.	44
10.1 Recursos humanos	44
10.2 Recursos materiales	44

10.3 Recursos financieros.....	44
11. Resultados	45
12. Discusión	49
13. Conclusiones.....	51
14. Propuestas.....	52
15. Limitaciones del estudio.....	53
16. Bibliografía.....	54
17. Anexos	60
17.1 Cronograma de actividades	60
17.2 Cuestionario de Zarit	61
17.3 Hoja de recolección de datos.....	63
17.4 Consentimiento informado.....	64
17.5 Carta de no inconveniente.....	66

Índice de Tablas

TABLA	PAG
Tabla 1. Criterios diagnósticos de deterioro cognitivo mayor por DSM5	22
Cuadro 1. Características demográficas de los cuidadores.	45
Cuadro 2. Cuadro 2. Características clínicas y sociales de los cuidadores.	46
Cuadro 3. Análisis bivariado de las características demográficas y sociales entre los cuidadores de acuerdo con la severidad de la sobrecarga.	47
Cuadro 4. Relación entre la disfunción familiar con la severidad de la sobrecarga del cuidador.	48

Abreviaturas y siglas

BNFG	Factor Neurotrófico derivado del Cerebro
DCM	Deterioro Cognitivo Mayor
DM2	Diabetes Mellitus 2
DSM5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5a Edición
ENASEM	Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México
HAS	Hipertensión Arterial Sistémica
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
NFG	Factor de Crecimiento Nervioso
NOM	Norma Oficial Mexicana
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud

**“SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR CON DETERIORO
COGNITIVO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 08”**

Resumen

Título: Sobrecarga en el cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor en el Hospital General de Zona 08.

Introducción: Durante el envejecimiento, el adulto mayor puede presentar deterioro cognitivo mayor (DCM), que se manifiesta en la pérdida gradual de la función cognitiva. La dependencia funcional consecutiva en el adulto mayor con DCM puede afectar de manera drástica en la calidad de vida del adulto mayor y su cuidador. Este vínculo de dependencia puede provocar sobrecarga en el cuidador y deteriorar su salud a largo plazo.

Objetivo: Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, y de tipo prospectivo. Incluyó a 113 cuidadores de pacientes con DCM que cumplan los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó una prueba de Zarit para identificar el nivel de sobrecarga. Se realizó un análisis bivariado para identificar los posibles factores relacionados a la sobrecarga de los cuidadores mediante prueba de chi cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Resultados: El perfil de los cuidadores fue de mujeres, sin escolaridad, en una relación de pareja y desempleados. Mayormente, los cuidadores fueron las parejas de los pacientes y el tiempo desde el inicio de cuidado fue mayor a 2 años. El 94.7% presentó sobrecarga intensa, además de que el 46.9% presentaba disfunción familiar. La disfunción familiar se asoció con sobrecarga intensa (OR 14.4, IC95% 2.4-86.9).

Discusión: Se sugiere que, en el contexto estudiado, las dinámicas familiares podrían no estar proporcionando el apoyo requerido para enfrentar las demandas del cuidado. Al analizar la sobrecarga, se observó que solo un tercio de los cuidadores con sobrecarga leve presentaba disfunción familiar (33.3%), mientras que esta cifra aumentó significativamente en el grupo con sobrecarga intensa (87.9%). Esta tendencia indica una posible asociación entre la disfunción familiar y niveles más altos de sobrecarga, lo que refuerza la idea de que un entorno familiar poco funcional podría intensificar el desgaste físico y emocional del cuidador. En conjunto, estos resultados resaltan la importancia de fortalecer la funcionalidad familiar como una estrategia potencial para mitigar la sobrecarga en cuidadores.

Conclusiones: La mayoría de los cuidadores presentó sobrecarga intensa, además de que la disfunción familiar es un factor relacionado con esta.

Palabras Clave: Envejecimiento, Deterioro Cognitivo, Cuidador.

Abstract

Title: Burden on the caregiver of the elderly adult with major cognitive impairment at the General Hospital of Zone 08.

Introduction: During aging, elderly adults may experience major cognitive disorders (MCD), which manifests as a gradual loss of cognitive function. The resulting functional dependence in elderly adults with MCI can drastically affect the quality of life of both the elderly adults and their caregivers. This dependency can lead to caregiver burden and long-term health problems.

Objective: Identify the burden level on the caregiver of the elderly adult with major cognitive impairment.

Methods and materials: Descriptive, observational, cross-sectional, and prospective study. 113 caregivers of patients with chronic malformations who met the inclusion criteria were included. The Zarit Burden Interview was used to these caregivers to identify their burden level. Bivariate analysis was performed to identify potential factors related to caregiver burden using the chi-square test or Fisher's exact test.

Results: The caregivers were predominantly women, with no formal education, in a relationship, and unemployed. Most were the patients' partners, and the duration of caregiving was greater than two years. 94.7% experienced intense caregiver burden, and 46.9% presented with family dysfunction. Family dysfunction was associated with intense caregiver burden (OR 14.4, 95% CI 2.4–86.9).

Discussion: It is suggested that, in the studied context, family dynamics may not be providing the necessary support to cope with caregiving demands. When analyzing caregiver burden, it was observed that only one-third of caregivers with mild burden presented family dysfunction (33.3%), while this figure increased significantly in the group with severe burden (87.9%). This trend indicates a possible association between family dysfunction and higher levels of burden, reinforcing the idea that a dysfunctional family environment could intensify the caregiver's physical and emotional exhaustion. Taken together, these results highlight the importance of strengthening family functioning as a potential strategy to mitigate caregiver burden.

Conclusions: Most caregivers experienced intense overload, and family dysfunction was also a related factor.

Keywords: Aging, Cognitive Dysfunction, Caregivers

1. Introducción

El aumento de la población adulta mayor ha intensificado la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y diversas alteraciones asociadas al envejecimiento, entre ellas deterioro auditivo y visual, desnutrición, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo y trastornos depresivos. Estas condiciones incrementan la polifarmacia y favorecen la progresión de incapacidades como amaurosis, hipoacusia progresiva y limitaciones para la marcha, lo que conduce a una mayor dependencia del adulto mayor hacia su cuidador primario.

La dependencia funcional constituye una etapa crítica en la evolución de las enfermedades en personas de edad avanzada y afecta de manera significativa su autonomía y calidad de vida. Según datos de la ENASEM, las enfermedades crónico-degenerativas que generan mayor dependencia funcional incluyen diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y cáncer. En este contexto, la identificación oportuna de la dependencia y la fragilidad es fundamental para orientar intervenciones preventivas, mejorar el manejo de comorbilidades y disminuir riesgos como hospitalizaciones, progresión de la discapacidad, traumatismos y mortalidad.

Adicionalmente, el cuidado de personas con deterioro cognitivo representa un reto progresivo para el cuidador primario. Este grupo de cuidadores se expone de manera constante a altos niveles de estrés y sobrecarga, lo que afecta su bienestar físico y emocional. Diversos estudios han documentado en ellos mayor presencia de ira, ansiedad, síntomas depresivos, disminución del bienestar subjetivo y deterioro del autocuidado. La comprensión de estas condiciones es esencial para diseñar estrategias que favorezcan tanto el bienestar del adulto mayor como el del cuidador, cuya función resulta indispensable dentro del proceso de atención.

2. Marco teórico

2.1 Antecedentes generales

En el último siglo, hemos experimentado una inversión de la natalidad en el mundo y estamos viendo un crecimiento progresivo en los índices de población adulta mayor. Esto puede ser por generado por dos motivos: 1) el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial y 2) el descenso de la natalidad. Alrededor de 1840, la esperanza máxima de vida rondaba alrededor de los 55 años, pero conforme hemos ido evolucionando esta misma ha aumentado, y en nuestros días se encuentra rondando en promedio los 85 años (dependiendo del lugar donde radican). Aunado a este crecimiento, tenemos la disminución de los nacimientos en las dos últimas décadas, debido a un mejor control de la salud reproductiva y también por los cambios socioculturales que han ido evolucionando, en estos últimos años. Otra de las causas es el desarrollo tecnológico y científico en la medicina que ha mejorado el diagnóstico, tratamiento y, sobre todo, ha logrado implementar mejores medidas preventivas en los pacientes, que ha derivado en el crecimiento exponencial de la esperanza y la calidad de vida. Los efectos que genera este cambio socio demográfico influyen directamente sobre el ámbito familiar, social, económico y médico en nuestro país. (1)

Adulto mayor: Definición

En nuestro país, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2018 para la asistencia social y prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad publicada en el diario oficial de la nación, se define como adulto mayor a “la persona que cuente con 60 años o más de edad, contemplándose en diferentes condiciones, ya sea dependiente, semiindependiente o dependiente absoluto” (2). De la misma manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como una persona que cuenta con 60 años o más (3).

Entorno social, demográfico, económico y epidemiológico del adulto mayor

De acuerdo con un informe proporcionado por la organización de las naciones unidas (ONU), en el 2021 había un estimado de 761 millones de personas con 60 años o más en el mundo y se prevé que para el 2050, el número estimado sea de 2100 millones de adultos mayores, pasando de un 12 a un 22% en un lapso de 30 años (4). En América Latina y el Caribe, se estima que para el 2025 los adultos mayores constituirán el 25% de la población y que su población supere los 147 millones para el 2050 (5). Según una encuesta realizada en el 2022 por parte de INEGI, se estimó un aproximado de 17 958 707 personas adultas mayores, lo que representa un 14 % de la población total de nuestro país (6).

De acuerdo con sexta edición de con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) del 2021, se obtuvieron estadísticas sobre la población adulta mayor sobre el entorno socio demográfico (estado civil, escolaridad, hábitos). Los resultados de la encuesta sobre estado civil de las personas adultas mayores arrojaron que el 78.5% se encuentran casados o en unión libre, 7.5% están divorciados, 9.5% son viudos y 4.6% se refieren solteros. Hablando sobre escolaridad, el 17% de los adultos mayores no acudieron a la escuela (más predominante en mujeres que en hombre), mientras que el 29.6% cursaron primaria trunca, 20.7% terminaron la primaria, 17% curso algún grado de secundaria y solo el 14.3% curso estudios superiores o iguales a bachillerato. Los hábitos que más prevalecen entre los adultos mayores son el tabaquismo (hombres 17.2 vs. 6.2 mujeres), etilismo (hombres 44.6 vs. 15.3 mujeres), que, como se observa, son más frecuentes en hombres que en mujeres (7).

Estado de salud en el adulto mayor

El adulto mayor se enfrenta al desarrollo gradual de enfermedades crónicas que limitan la capacidad y funcionalidad del paciente. INEGI al realizar una encuesta sobre adultos mayores en el 2022, obtuvo información estadística sobre las enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes, las cuales fueron:

hipertensión arterial (43.3%), diabetes mellitus (25.6%), artritis (10.7%), problemas cardiacos (5.2%), enfermedad pulmonar (4.2%), infarto (3.2%), cáncer (2.3%) y embolia (2.3%). La percepción del estado de salud de los pacientes adultos mayores encuestados, de acuerdo con los datos estadísticos, fue de regular a mala en 62.3%, buena en 30.3% y excelente en solo 7.2% (7).

Las principales alteraciones en el estado de salud del adulto mayor son las enfermedades crónico-degenerativas, alteraciones auditivas y visuales, desnutrición, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo mayor y trastornos depresivos, lo que conlleva el aumento de ingesta de medicamentos y la progresión de las incapacidades (amaurosis e hipoacusia progresiva, alteraciones para caminar) genera una mayor dependencia al cuidador primario (8).

La dependencia funcional es el inicio de un largo proceso de las enfermedades en pacientes de edad avanzada y esto puede afectar de manera drástica e importante la calidad de vida del adulto mayor y tener un impacto en su vida. Dentro de las principales enfermedades crónico-degenerativas que generan mayor dependencia funcional fueron diabetes mellitus 2 (DM2), enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y el cáncer cuales, de acuerdo con el reporte de ENASEM. El objetivo de determinar la presencia de dependencia del paciente es brindar recomendaciones para lograr una mejor calidad de vida y acompañamiento adecuado del adulto mayor con menor presencia de comorbilidades tras lograr un adecuado manejo y prevención de patologías propias de su edad. Lograr identificar de manera adecuada y eficaz la fragilidad en los adultos mayores, disminuye el riesgo de ingresos hospitalarios, progresión de la discapacidad, traumatismos e incluso disminuye la mortalidad y que, por lo tanto, mejoran el estado de salud de nuestros adultos mayores. (9)

Envejecimiento del adulto mayor

Por concepto, se define al envejecimiento como el conjunto de cambios fisiológicos que aparecen debido al efecto del tiempo, lo que genera una disminución de la capacidad de cada uno de los órganos, aparatos y sistemas que componen nuestro cuerpo humano. Se han realizado múltiples teorías (biológicas, psicológicas,

sociales) sobre cómo el adulto mayor vive su envejecimiento. Las teorías biológicas tratan de analizar al envejecimiento como un proceso de desgaste orgánico, así como las consecuencias sobre el cuerpo tras el daño que nuestro entorno genera sobre el funcionamiento del cuerpo. Las teorías psicológicas se han diseñado para observar los cambios en el desarrollo de la función cognitiva y psicológica del paciente, lo cual nos explica que los adultos mayores enfrentan el envejecimiento al usar mecanismos de adaptación ante la adversidad diaria. Las teorías sociales describen la adaptación, participación y comportamiento del adulto mayor en la sociedad, la cual comenta que en el envejecimiento hay una nula participación e interés emocional por los demás, aceptando su retiro de manera voluntaria y gradual. (10)

Para el adulto mayor, el envejecer no solo es un proceso de cambios fisiológicos orgánicos, sino que también comprende un importante cambio emocional. Estos cambios representan un reto significativo tanto como para el propio paciente como para su entorno social (familiares, cuidadores primarios, médicos), el cual es quien da la mayor atención y cuidados, además de que determina el uso de servicios médicos y la importancia económica que representa. (11)

Salech et al. nos describe que los cambios más importantes durante el envejecimiento a nivel orgánico se dan en los sistemas cardiovascular, neurológico, renal, muscular y metabólico. A nivel cardiovascular podemos observar que se presentan tras un aumento de matriz colágena en túnica media generando rigidez de la pared de las arterias (lo que aumenta la tensión dentro de ellas, predisponiendo el desarrollo de hipertensión arterial), la pérdida de fibras de elastina provocando mayor lesión endotelial, la hipertrofia cardíaca por engrosamiento del séptum tras la disminución de los cardiomiocitos (siendo una de las principales causas de arritmia en la vejez). En el envejecimiento renal, no se han observado cambios específicos, pero se ha demostrado que existe adelgazamiento de la corteza renal, esclerosis de las arterias glomerulares con posterior engrosamiento de la membrana glomerular, tras lo cual se observa una menor capacidad de retención y concentración urinaria. Es evidente la pérdida de la masa muscular y mayor infiltración grasa, que genera hipotonía o espasticidad muscular en el adulto

mayor, motivo principal de caídas, fragilidad y disminución de fuerza muscular. A nivel metabólico, el adulto mayor presenta aumento de la grasa visceral, incremento de la infiltración grasa tisular y disminución de células beta pancreáticas, por lo que es muy común que presenten cuadros de hipoglucemia o bien, mayor resistencia a la insulina y mayor riesgo de presentar descontrol metabólico. Finalmente, a nivel neurológico es donde mayores cambios se pueden observar al presentar mayores niveles de atrofia cerebral con subsecuente incremento de líquido cefalorraquídeo, pérdida de neuronal focalizada y cambios en la arborización neuronal que se presentan clínicamente como menor velocidad de procesamiento del pensamiento, disminución de la destreza motora, pérdida gradual de la memoria de trabajo, menor focalización y presencia de demencias (12).

Calidad de vida del adulto mayor

La OMS define a la calidad de vida como “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive”. Se puede tomar como el estado físico, social, psicológico y ocupacional que produce bienestar y satisfacción al adulto mayor para poder vivir su vida. Hay factores que influyen durante el envejecimiento a la calidad de vida del adulto mayor, tales como la red de apoyo y familiar del paciente, el estado de salud, la situación económica, estado funcional y el entorno socio demográfico. Todos estos factores se relacionan con la libertad de autonomía física y funcional, así como la forma de vivir que presentan los adultos y sus ideales durante la vejez (13).

En un estudio desarrollado en 2018 por Flores-Herrera et al, en el cual se realizó una encuesta a los adultos mayores sobre su percepción de calidad de vida, se observó que la casi el 50% de los adultos mayores presentaron una autopercepción deficiente sobre su calidad de vida que conforme pasa el tiempo y avanza la edad, la percepción sobre su calidad de vida se vuelve deficiente. También se observó que es más común en el género femenino y en personas con escolaridad trunca (14).

2.2 Antecedentes específicos

Deterioro cognitivo mayor: definición y criterios

Como se describió anteriormente, una de las funciones que se ve comprometida durante el envejecimiento es la función neurológica. Lo que implica la disminución de la masa cerebral, la disminución de niveles de neurotransmisores, entre otros mecanismos fisiopatológicos, es el desarrollo del deterioro cognitivo mayor, aunque esto también es influenciado por factores psicosociales y ambientales. El deterioro cognitivo se define como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión. Se puede clasificar en delirio, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo mayor. (15)

A	Evidencia de deterioro cognitivo significativo de un previo nivel de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, cognición perceptivo-motora o social) basado en: <ol style="list-style-type: none">1) Preocupación del individuo, del informante o del médico de que ha habido una disminución significativa en la función cognitiva;2) Un deterioro sustancial en el rendimiento cognitivo, documentado mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas o, en su defecto, otra evaluación clínica cuantificada.
B	Los déficits cognitivos interfieren con la independencia en las actividades cotidianas (es decir, como mínimo, requieren asistencia con actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o administrar medicamentos).
C	Los déficits cognitivos no se dan exclusivamente en el contexto de un delirio.
D	Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental. Especificando: <ul style="list-style-type: none">- Sin alteración del comportamiento: si la alteración cognitiva no va acompañada de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa- Con alteración del comportamiento: si la alteración cognitiva va acompañada de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (por ejemplo, síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas conductuales). Por ejemplo, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia.

Antes denominada demencia, pero ahora llamada por el término deterioro cognitivo mayor, se define un complejo de patologías que derivan en la pérdida gradual de la función cognitiva como a la disminución de por lo menos uno de los dominios de la cognición: función ejecutiva, lenguaje, aprendizaje, memoria, cognición perceptual motora, atención proceso cognitiva o cognición social. El cambio del término “demencia” a “deterioro cognitivo mayor” fue realizado en la quinta edición del manual de diagnóstico y estadística de los desórdenes mentales (DSM5) donde se mencionan los criterios para diagnosticarlo de manera clínica como se observa en la tabla 1 (16).

Causas de deterioro cognitivo mayor

Al poder reconocer que el deterioro cognitivo mayor es un complejo de enfermedades que producen incapacidad funcional, es importante el motivo que lo provoca. La causa más común de deterioro cognitivo mayor (70-80%) es la enfermedad de Alzheimer y es caracterizado por un deterioro progresivo que genera incapacidad precoz tras la rápida degeneración neuronal por una desregulada estimulación en la sustancia negra. La demencia frontotemporal es la causa más común de deterioro cognitivo mayor (20%) en pacientes de edad superior a los 70 años. La demencia vascular representa un porcentaje alto (15%) y presenta mayores niveles de incidencia, sobre todo en nuestro país, en el cual la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la hipercolesterolemia son altos factores de riesgo para desarrollarlo. La demencia por enfermedad de Parkinson también es de alta incidencia en nuestro país (10%). La demencia por cuerpos de Lewy y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob se presenta en una minoría de los casos (5%) que pueden generar discapacidad de manera muy agresiva (17).

Otras causas de deterioro cognitivo mayor son las que se presentan tras un traumatismo craneoencefálico, el cual presenta secuelas similares a las presentes en un accidente cerebrovascular, además de encefalopatía hepática; sin embargo, esta última es muy poco común. No solo es común encontrar una causa de deterioro cognitivo mayor, sino que también es común encontrar dos causas concomitantes en el mismo paciente y se denomina demencia mixta. La condición más común de

demencia mixta es demencia vascular y enfermedad de Alzheimer (18).

Fisiopatología del deterioro cognitivo mayor

Dependiendo de la causa que precede al deterioro cognitivo mayor, se presentan cambios morfológicos, bioquímicos, metabólico y funcional. A nivel cerebral, los cambios morfológicos que se desarrollan durante un déficit cognitivo mayor son secundarios a la pérdida neuronal, dendrítica y disfunción de sinapsis que lleva a la acumulación de neurotransmisores, además de un proceso gradual de atrofia cortical (18). Dependiendo de la zona donde se presente la pérdida neuronal es la patología que puede surgir, por ejemplo: la pérdida de células catecolaminérgicas en el locus ceruleus, células colinérgicas en el hipocampo y las células del núcleo basal de Meynert se asocian con la aparición de la enfermedad de Alzheimer, mientras que la disminución de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra se relaciona con la enfermedad de Parkinson. A nivel sináptico existe evidente disminución de las dendritas y sus espinas dendríticas, que deriva en una alteración en la membrana presináptica y la liberación de neurotransmisores. (19)

Otro de los mecanismos propios de la célula que derivan en deterioro cognitivo son los depósitos in o extracelulares y las alteraciones vasculares. La demencia por cuerpos de Levy es secundaria a la presencia de estos cuerpos que son depósitos de alfa-sinucleína que se presentan a nivel intracelular (19). A nivel extracelular existe evidencia de depósitos amiloides, ubiquitinas y otras proteínas anómalas, mientras que a nivel vascular pueden existir lesiones arteroescleróticas que llevan al desarrollo del infarto o hemorragia cerebral, pero que también son causa de hipoxia tisular y posterior excitotoxicidad (20).

Hablando de los neurotransmisores, no solo es la ausencia de un valor de un solo neurotransmisor, sino de varios debidos a un proceso complejo que involucra también el proceso enzimático de su síntesis y metabolismo. Este proceso debido a que durante el envejecimiento hay evidencia del descenso de niveles de neurotransmisores y pérdida de moléculas de adhesión (integrinas, cadherinas, selectinas) son causa de la pérdida de la plasticidad neuronal. Los cambios neurotróficos son principalmente debidos a la disminución del factor de crecimiento nervioso (NFG), factor neurotrófico derivado del cerebro (BNFG) y el factor

neurotrófico derivado de la línea celular glial. Una de las incapacidades que se desarrollan más rápido durante el deterioro cognitivo es la pérdida de la memoria y esta puede deberse a múltiples causas. La disminución de la actividad colinérgica a nivel de hipocampo, la pérdida de los NGF, BDNF y GDNF, neuropepticos, la disminución de los receptores NMDA-NR2, los cambios en la modificación postracional sináptica y la pérdida de la activación cortical frontal son los principales motivos de pérdida de la memoria durante el envejecimiento (20).

Concepto de cuidado y cuidador

La palabra “cuidado” es derivada del latín “cura” y es considerada como una práctica interpersonal con el afán de proteger, promover y observar el crecimiento personal de una persona. Se define a un cuidador primario a aquella persona que ayuda o cuida a una persona que sufre de alguna discapacidad que interfiere con el desempeño o desarrollo normal de sus actividades diarias, física o emocionalmente (21). En términos generales, rol del cuidador es brindar protección, cuidado, asistencia, además de prestar atención a las tareas de apoyo físico y emocional. En el contexto del cuidador en nuestro estudio, será aquella persona que dé soporte y apoyo a los pacientes adultos mayores que presentan deterioro cognitivo mayor (22).

Se pueden distinguir dos tipos de cuidador: el informal y el formal. El cuidador informal es un cuidador que no cuenta con capacitación alguna para el cuidado del paciente, apoya de manera voluntaria para el cuidado y protección del paciente y normalmente suele ser un familiar cercano del paciente (pareja, hijos). El cuidador formal cuenta o no con una capacitación (a través de cursos, programas gubernamentales) para el cuidado del paciente, normalmente es una persona ajena al ámbito familiar y social del paciente y que percibe una remuneración económica al prestar sus servicios de cuidado (23).

Algunos autores también distinguen a los cuidadores primarios y los secundarios. Dentro del perfil del cuidador primario normalmente se observa al familiar más cercano que sea mujer (cónyuge, hija, hermana) y que se toman la responsabilidad completa del cuidado del paciente. Los cuidadores secundarios pueden ser familiares no directos y que generalmente no asumen la responsabilidad del

paciente. Normalmente, la mayoría de los cuidadores son mujeres y han ejercido un rol importante, quienes, a pesar de los cambios en su desempeño educativo y participación en la sociedad, se han mantenido su con la responsabilidad del cuidado del paciente. Dentro de las principales funciones que desempeña un cuidador del paciente son la de ofrecer apoyo a la funcionalidad física del paciente, asistencia de higiene personal y de alimentación, movilización y traslado dentro y fuera de cada, terapia y estimulación cognitiva y atención básica de emergencias y otras más que se aseguran del cuidado y protección del paciente (24).

Cambios psicológicos del cuidador

Es más común de lo que parece que la carga diaria del paciente impacte de manera negativa sobre la salud mental del cuidador y su adaptación al entorno social siendo importante que el cuidador tenga una fuerte estabilidad emocional además de una gran fortaleza para afrontar esta carga diaria sin presentar repercusiones una de las desventajas que comúnmente están presentes, pero que el cuidador no logra identificar es el gradual descuido hacia su propio bienestar físico y emocional. Cuidar a una persona con deterioro cognitivo se vuelve una meta muy difícil y completa, por múltiples causas que se agregan de manera paulatina. Comparado con la población general, es evidente que los cuidadores principales están sometidos de manera constante a situaciones de estrés y sobrecarga que afecta su condición física y emocional, presentando altos índices de ira, ansiedad, depresión, disminución en el bienestar subjetivo y autocuidado, sin dejar de lado las repercusiones cardiovasculares presentes debido a la constante carga del cuidado del paciente al que se ve implicado día a día el cuidador (26).

Los sentimientos que día a día el cuidador presenta son: a) rabia e irritabilidad: presentando un comportamiento impulsivo, explosivo, intolerancia e irritabilidad; tristeza: como consecuencia de la limitación social y la percepción de no progreso diario; culpa: tras una mayor autoexigencia percibiendo que sus funciones no son las adecuadas, la cual se evidencia cuando el paciente presenta una emergencia médica, es común que el cuidador se responsabilice del episodio. Los cuidadores de personas con deterioro cognitivo mayor presentan más niveles de estrés comparados con los cuidadores de personas sin alteraciones cognitivas, pero no se

asoció a mayor comorbilidad psicopatológica (27).

Cambios socioeconómicos del cuidador

El cuidador informal primario es quien resiente más los cambios económicos y sociales que el cuidador formal, a quien sí se le otorga un salario por el cuidado. El cuidador informal limita sus posibilidades de obtener un empleo formal o cuidar de sus finanzas o negocios tras invertir mayor parte del tiempo al cuidado del paciente. Esto se traduce en pérdidas monetarias por la pérdida del trabajo y la inactivación de los negocios que pueda poseer, aunado al costo de las evaluaciones y el tratamiento médico del paciente (28).

Sobrecarga del cuidador

Se entiende por sobrecarga a la una carga excesiva que supera la capacidad normal o esperada de un sistema, organismo o estructura, y en este caso, la del cuidador. La guía de práctica clínica define al sobrecargo o colapso de cuidador “a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultante del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica” (29). La sobrecarga sobreviene tras iniciar las actividades de cuidado del paciente y su progreso va de la mano con la dependencia y deterioro gradual del paciente, aunque también se ha asociado a factores externos o predictivos. La vulnerabilidad y estrés emocional del cuidador se presentan tras dedicar muchas horas del día al cuidado del paciente. Los cuidadores constituyen un rol sumamente importante dentro del entorno familiar y del mismo paciente, pero como ya describí anteriormente, también implica el deterioro social, económico y social del mismo, lo que también influye en el desarrollo de la sobrecarga (30). Robinson, en el año 1990, definió a la sobrecarga de dos maneras: objetiva y subjetiva. La sobrecarga objetiva cumple con las actividades de cuidado y esfuerzo físico por parte del cuidador, como son su atención de alimentación e higiene personal. Por otro lado, la sobrecarga subjetiva está plasmada por la condición sentimental y emocional que ejerce las actividades sobre el cuidador (31). Los niveles de sobrecarga están asociados directamente con la red de apoyo presente en el cuidador. Los cuidadores que presentaban apoyo por parte de sus familiares presentan menos niveles de depresión y ansiedad en comparación con los cuidadores que se

encuentran solos y con la completa responsabilidad de su paciente (32).

Escala de Zarit

Existen múltiples escalas para poder valorar la sobrecarga en el paciente como la Caregiver Strain Index, Caregiver Burden Inventory, pero la más utilizada en nuestro entorno es la escala de Zarit. Esta escala tiene mayor aceptación a nivel mundial y ha sido traducida a múltiples idiomas, además de poseer una adecuada validación. La finalidad de la escala de Zarit fue la de valorar de forma subjetiva la carga del cuidador del paciente con demencia. La escala explora el aspecto subjetivo para determinar la presencia de sobrecarga y su clasificación de leve a moderada. También permite mensurar el nivel de sobrecarga que experimenta el cuidador, así como la severidad de la patología del paciente. Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la entrevista sobre la carga del cuidador es, probablemente, el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar (33).

La adaptación de esta escala a nuestro país ha demostrado una validación de 0.84 de coeficiente de Cronbach, y una confiabilidad ínter-observador (coeficiente de correlación intraclass 0,71 en su estudio original, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales) (34). Esta consta de 22 ítems distribuidos en una escala tipo Likert (evalúa la opinión y actitudes de las personas) las cuales evalúan 4 dimensiones en el paciente: la calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente. Usando el método Likert, el cuidador indica el grado de frecuencia sobre la pregunta (0 nunca, 1 rara vez, 2 algunas veces, 3 bastantes veces, 4 casi siempre) para posteriormente sumar las puntuaciones, las cuales pueden ir de un rango de 0 a 88 puntos en total. La puntuación final clasifica la sobrecarga en: 1) ausencia (<24 puntos), sobrecarga ligera (24-33 puntos) y sobrecarga intensa (>33 puntos). (35)

Evaluar el perfil socio demográfico y clínico de los cuidadores, además de determinar la relación con la sobrecarga del cuidador fue el principal objetivo del estudio descriptivo y transversal realizado por Leite y colaboradores en un conjunto

de cuidadores de pacientes con DCM en Sao Paulo, Brasil. Se incluyeron a 92 cuidadores, de los cuales el 62% pertenecía al sexo femenino, donde la mayoría pertenecía al grupo etario de 48 a 58 años (32.6%), con nivel educativo entre 10 y 19 años de estudio (68%) y estado civil casado (52.17%). Los cuidadores se identificaron principalmente como pareja (52%) además de estar desempleados en su mayoría (61%). El 88% de los participantes afirmó tener una comorbilidad, de las cuales las más frecuentes fueron hipertensión arterial (46.7%), artrosis (42.4%) y diabetes mellitus (15.2%) además de que el 77% afirmaba ingerir de 1 a 5 fármacos diarios. Relacionado con el tiempo dedicado al cuidado del paciente con DCM, el 24% refirió dedicar entre 73 y 84 horas a la semana a los pacientes, seguido de 49 a 60 horas con el 14%. Llama la atención que el 12% de los cuidadores no contaba con apoyo social o económico de algún otro miembro de la familia. Se identificó que todos los participantes presentaban sobrecarga, 50% de ellos moderada, 38% leve y 12% intensa. (36)

Otro estudio realizado en Brasil por Bianchi y colaboradores logró identificar las características de los cuidadores de pacientes de la tercera edad con demencia, además de validar la escala de Zarit para detectar la sobrecarga de los cuidadores. En 121 cuidadores se identificó que el género más frecuente fueron las mujeres (73%), con edad promedio de 70.5 años ($DE \pm 7.2$), casadas (83%), con un tiempo de educación promedio de 5.8 años. El principal parentesco de los cuidadores fue ser la pareja (62%), la mayoría vivía en la misma vivienda del paciente (84%) además de que el promedio del tiempo de cuidado fue de 5.3 años ($DE \pm 6.2$). Predominó entre los cuidadores la ausencia de sobrecarga (49%), seguido de sobrecarga intensa (28%) y leve (23%). Las principales causas de estrés en los cuidadores fueron estrés relacionado con el rol de cuidador (54%) seguido de las competencias y expectativas generadas por los demás miembros de la familiar (36%). Se observó una alta correlación entre el nivel de sobrecarga del cuidador con la falta de apoyo social ($CC 0.376, p < 0.001$), presencia de depresión ($CC 0.386, p < 0.001$) y disfunción familiar ($CC 0.33, p < 0.05$). (37)

Por su parte, Martins y colaboradores tuvieron como propósito describir las características de los adultos mayores con DCM y sus cuidadores para identificar la sobrecarga mediante el test de Zarit. Se incluyeron a 70 pacientes y sus cuidadores pertenecientes a la comunidad de Ribeirao en Brasil. En los cuidadores fueron más frecuentes las mujeres (84.2%), con una educación de entre 1 y 4 años (45.7%), que vivían con el adulto mayor (80%), y tenían como parentesco ser hijo/hija del paciente (57.1%). Dentro de los factores de riesgo para presentar sobrecarga del cuidador fue ser mujer (p 0.03), estar casada (0.004), recibir menos de 5 años de educación (<0.001) y no recibir orientación sobre el cuidado del paciente con DCM (0.004). (38)

En Ecuador, Barba y cols condujeron en 2021 un estudio observacional y comparativo entre los cuidadores de pacientes con y sin deterioro cognitivo. Cada grupo estuvo compuesto por 35 cuidadores y el objetivo fue comparar el nivel de sobrecarga de acuerdo con la presencia de deterioro cognitivo de los adultos mayores. Los cuidadores de los pacientes con DCM fueron en su mayoría mujeres (82%), cuya edad comprendía entre 40 y 54 años (54.2%), casados (42.8%) y escolaridad superior (62.8%). Sobresalió que el 60% de los participantes eran sanos, y que la enfermedad crónica más común fue DM2 y HAS (8.2% cada una). La mayoría de los cuidadores refirieron recibir apoyo por 6 o más miembros de la familia (54.2%), dedicar entre 21 y 24 horas al cuidado del paciente (42.8%), un tiempo desde el inicio del cuidado superior a 12 años (88.5%), ser hijo/hija del paciente (57.1%) y la edad del paciente al cuidado entre 85 y 94 años (48.5%). El nivel de sobrecarga que predominó fue intenso (54.3%) seguido de leve (11.4%) y ausente (34.3%). (39)

Un estudio realizado en Tlaxcala en el 2024 por León y colaboradores, se incluyeron a adultos mayores que acudieron a control por demencia con el objetivo de conocer la sobrecarga de sus cuidadores. Observaron que el 60% de los cuidadores eran familiares, de los cuales el 69% estaban empleados y el 31% se dedicaba a las labores del hogar. Entre los participantes, la mayoría contaba con secundaria (34.7%), seguido de preparatoria (29.9%) y carrera técnica (13.6%) además, el

55.8% se encontraban en una relación. El nivel socioeconómico más frecuente, evaluado por la escala AMAI fue de medio (66%), bajo (32%) y alto (2%). El 20% de los cuidadores presentaba DM2, mientras que el 17.7%. La mayoría de los cuidadores tenía entre 1 y 5 años a cargo de los pacientes (35.4%) además de que la mayoría de los cuidadores refirieron ser hijo/hija de los pacientes (39.5%) mientras que el 20.4% eran sus parejas. Se observó que, de acuerdo con la escala de Zarit, el 30% de los cuidadores presentaba sobrecarga intensa. Al realizar asociaciones, no se demostraron asociaciones significativas entre la escolaridad, el tiempo de evolución, género y edad con la sobrecarga del cuidador. (40)

Camacho-Estrada y sus colaboradores, demostraron un patrón similar en los resultados de su estudio descriptivo cuyo propósito fue evaluar la sobrecarga de los cuidadores con DCM y su relación con el tiempo del cuidado. De los 40 participantes se describió que la mayoría eran mujeres (78%), con edad promedio de 60 años para hombres y 53 años para mujeres, mientras que la escolaridad más frecuente fue licenciatura (46%) y bachillerato (32%). El 67% de los cuidadores eran hijos de los pacientes, seguidos de sus esposas con el 20%. Se aplicó el instrumento de Zarit para determinar sobrecarga del cuidador y se observó que el 57.5% de los cuidadores experimentaban sobrecarga, de los cuales el 35% era intensa. Al aplicar un análisis bivariado, no se encontró relación entre el tiempo del cuidado con la sobrecarga del cuidador, aunque no se puede afirmar debido al tamaño de muestra que no fue significativo para la población estudiada. (41)

3. Planteamiento del problema

El deterioro cognitivo mayor es cada día más habitual en nuestros pacientes adultos mayores, una población que está creciendo con el paso de los años. La presencia de esta patología en cualquiera de sus diversas presentaciones es un reto para el paciente, no siendo solo físico, sino también un gran reto emocional, el poder presentar día a día mayor discapacidad para realizar funciones básicas, como es el cambiarse, alimentarse por sí solos o bañarse, por lo que necesitan invariablemente el apoyo de un cuidador primario.

El cuidador primario, como se mencionó, se vuelve un apoyo fundamental en el día a día de los pacientes con deterioro cognitivo, y gradualmente la dependencia hacia ellos se vuelve mayor, lo cual resulta en una gran responsabilidad e inclusive en el desarrollo de estrés o ansiedad, finalizando en un periodo de depresión e inclusive en alteraciones físicas. Es por eso por lo que se desarrolló una escala para valorar el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores de los pacientes con demencia: la escala de Zarit, que determina si el nivel de sobrecarga o la ausencia de ella en el cuidador primario. La salud mental del cuidador primario es indispensable para que este pueda continuar el cuidado del familiar y es necesario que se brinde apoyo emocional cuando lo necesiten.

Es muy importante para nosotros como médicos familiares, no solo el bienestar del paciente con deterioro cognitivo, sino también el bienestar del o de los cuidadores primarios a su alrededor y determinar si presentan algún nivel de sobrecarga es importante para poder prevenir algún desequilibrio emocional o físico, pero también al identificarlo poder servir de apoyo emocional y físico. Esto me llevó a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de sobrecarga en los cuidadores de los adultos mayores con deterioro cognitivo mayor del Hospital General de Zona 08?

4. Justificación

El espectro que envuelve a las demencias cognitivas mayores es variado. Dentro de ellas se encuentran la enfermedad por Alzheimer y la demencia por cuerpos de Levy, las cuales han sido unas las principales afecciones que originan demencia a corto plazo en el adulto mayor, condicionando mayor dependencia hacia los cuidadores primarios, quienes usualmente suelen ser los familiares directos. La principal característica de esta enfermedad es la pérdida de la memoria retrógrada de manera lenta y progresiva.

La persona encargada del cuidado físico de una persona con alguna discapacidad en un periodo mayor a tres meses es llamada cuidador primario y puede ser un miembro de la familia, un conocido o una persona contratada especialmente para esta función, aunque esta última opción es menos frecuente, pues se asocia a altos gastos económicos por parte de la familia del paciente. La sobrecarga es una percepción que se manifiesta en el o los cuidadores primarios de un paciente y se puede clasificar de acuerdo con Zarit en ligera o intensa. El grado de sobrecarga percibida en el cuidador le afecta directamente en el ámbito psico-social, emocional e incluso en el estado de salud, presentando un impacto negativo que puede permanecer durante el tiempo que se desempeñe como apoyo al adulto mayor. Tras el aumento de la esperanza de vida actualmente en nuestro país, el tiempo de cuidado al paciente será aún mayor y, por lo tanto, su percepción de sobrecarga podrá aumentar gradualmente con el paso del tiempo.

La detección temprana de la sobrecarga en los cuidadores primarios permitirá guiar e implementar medidas de autocuidado para evitar que desarrollen cuadros de depresión y ansiedad, y mejorar la percepción y la seguridad en sí mismos. En el estudio que se realizó se pretende identificar la sobrecarga del cuidador primario del paciente con deterioro cognitivo mayor a fin de determinar el nivel de sobrecarga, identificar sus patologías y evitar el desarrollo de trastornos mentales y físicos a raíz de la sobrecarga y poder brindar ayuda emocional necesaria a través de infogramas y red social, ya que en nuestra unidad no contamos con el servicio de psicología para el acompañamiento que necesitan.

5. Objetivos

5.1 Objetivos generales

- Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar el género, grupo etario, escolaridad y estado civil del cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor.
- Determinar las comorbilidades más frecuentes que presenta el cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor.
- Determinar el grupo de funcionalidad familiar del cuidador.

6. Hipótesis

6.1 Hipótesis nula

- Más del 40% de los cuidadores del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor presenta niveles de sobrecarga intenso.

6.2 Hipótesis alterna

- Menos del 40% de los cuidadores del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor presenta niveles de sobrecarga intenso.

7. Material y métodos

7.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo, observacional, transversal, no experimental y prospectivo. Por su ubicación fue unicéntrico y de población heterodémica.

7.2 Lugar del estudio

El estudio de investigación se realizó en la consulta externa de geriatría del Instituto Mexicano del Seguro Social de Zihuatanejo de Azueta, Guerrero.

7.3 Periodo para desarrollarse

El estudio se desarrolló durante el periodo comprendido entre 01 de Enero al 31 de septiembre del 2025, tiempo que abarcó desde la recolección de datos de la muestra hasta la redacción del escrito final.

7.4 Universo de trabajo

Cuidadores primarios de los pacientes con 65 años o más cumplidos, que tengan diagnóstico de enfermedad de deterioro cognitivo mayor y que acudieron a valoración a la consulta externa de geriatría del Hospital General de Zona con UMF 08.

7.5 Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico de acuerdo con el juicio del investigador.

7.6 Tamaño de la muestra

Tras no contar con un censo oficial de pacientes con deterioro cognitivo mayor, se optó por acudir a la consulta externa de geriatría, donde se me proporcionó un censo semanal en el cual se observó que durante el mes de diciembre 32 pacientes acudieron a consulta con deterioro cognitivo mayor. Al tomar el promedio mensual y aplicándolo al periodo de estudio de seis meses, se pudo determinar un número de 192 pacientes como universo. Se procedió a calcular el tamaño de la muestra a partir de una fórmula para población finita con un IC del 95%:

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

n = muestra

N = universo

$Z \frac{2}{\alpha}$ = intervalo de confianza de 95%

e = error de estimación de 0.05%

p = probabilidad de éxito

q = probabilidad de fracaso

Al ajustar los datos para la sustitución adecuada:

$$= \frac{192 * 1.96 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 * (192 - 1) + 1.96 * 0.5 * 0.5} = 97.29$$

Por lo que el tamaño de la muestra mínima fue de 97 pacientes. Tras ser un estudio prospectivo se realizó un ajuste para evitar sesgo de perdidas, por lo que el total de pacientes incluidos fue de 113.

7.7 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Cuidadores de pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo mayor
- Cuidadores de pacientes con edad de 60 años o más
- Cuidadores de ambos géneros con edad superior a 18 años.
- Cuidadores que acudan con paciente a valoración a consulta de geriatría

Criterios de exclusión

- Pacientes que no tengan cuidador primario
- Cuidador primario con deterioro cognitivo presente
- Cuidadores que apoyen a más de una persona adulta mayor

Criterios de eliminación

- Pacientes que no autoricen ingresar al protocolo de estudio
- Cuidadores cuyos cuestionarios no se hayan completado adecuadamente o se encuentren inconclusos.

7.8 Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo variable	Escala de Medición	Indicador
Sexo	Se refiere a las características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de la especie humana.	Sexo del paciente que ingresa al estudio.	Cualitativa Nominal	Nominal dicotómica	0. Masculino 1. Femenino
Edad	Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de vida medido en años.	Edad del paciente al momento del estudio	Cuantitativa	Discreta	Expresada en años
Escolaridad	Instrucción, educación o formación educativa que recibe una persona.	Grado de escolaridad que presenta el sujeto de estudio. Se clasificará en ninguno, nivel básico (primaria y secundaria) y nivel medio superior (bachillerato y licenciatura).	Cualitativa	Ordinal Politómica	0. Ninguno 1. Nivel básico 2. Nivel medio superior
Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas ante el registro civil.	Estado civil del sujeto al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Politómica	1. Con pareja 2. Sin pareja
Toxicomanias	Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor	Hábitos dañinos presentes en el sujeto al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. No 1. Si
Tabaquismo	Adicción al consumo de nicotina, un componente del tabaco.	Acción de fumar referida por el paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. No 1. Si
Etilismo	Ingesta crónica de sustancia derivadas etílicas.	Acción crónica de ingerir bebidas etílicas por el paciente al momento del estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. No 1. Si
Enfermedad crónico-degenerativa	Enfermedad de larga duración y por lo general, de progresión lenta.	Presencia de enfermedades crónicas en el sujeto del estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. No 1. Si
Cuidador	Persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo.	Tipo de cuidador que concuerda con el perfil del sujeto de estudio.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	0. Formal 1. Informal
Tipo de cuidador informal	Tipo de cuidador informal que no está en alguna institución	Tipo de cuidador informal que concuerda con el	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Hijo/hija 1. Hermano/hermana

	sanitaria y que no cuenta con capacitación previa.	perfil del sujeto de estudio.			2. Otro
Tiempo de cargo de cuidador	Lapso que tiene el cuidador a cargo del enfermo.	Tiempo que el sujeto se ha desempeñado como cuidador del paciente.	Cualitativa	Ordinal Dicotómica	0. Menor a un año 1. Mayor a un año
Sobrecarga de cuidador	Carga excesiva que supera la capacidad normal de un cuidador.	Tipo de sobrecarga obtenida tras el puntaje de escala Zarit aplicada al sujeto de estudio.	Cualitativa	Nominal Politómica	0. Ausente 1. Leve 2. Intensa

7.9. Descripción del estudio

La estrategia de trabajo para el estudio de investigación consta de los siguientes pasos:

1. Tras la evaluación y aceptación de protocolo por parte del Comité de Investigación 1102, se realizó a la búsqueda de los pacientes en el servicio de consulta externa de geriatría.
2. A los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión, se les explicó de forma el estudio que se realizaría, así como se explicaron los riesgos y beneficios del estudio. Los pacientes que aceptaron ingresar de manera voluntaria firmaron un consentimiento informado. El participante en cualquier momento podría revocar su participación sin repercusión alguna.
3. Se le aplicaron dos cuestionarios. El primero cuestionario de APGAR se realizaron preguntas entorno a la funcionalidad familiar, mientras que el segundo fue el cuestionario de Zarit para la identificación de sobrecarga en el cuidador.
4. Los datos fueron vaciados a una hoja de Excel donde se organizaron para su posterior análisis estadístico.

8. Análisis de datos

Tras completar con el tamaño muestral y la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se vació la información en un documento de Excel para posterior análisis estadístico mediante el software Rstudio versión 4.2.1.

Las variables cuantitativas se analizaron mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar el tipo de distribución muestral. Las variables cuantitativas que presenten distribución normal se describieron mediante media y desviación estándar, mientras que las variables cuantitativas de distribución libre se describieron mediante mediana y rango intercuartilar. Por otra parte, las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes.

Para el análisis inferencial se construirán tablas de contingencia para determinar asociación entre las variables de interés aplicando la prueba de Chi cuadrada o, en su caso, prueba exacta de Fisher dependiendo de las frecuencias esperadas.

9. Aspectos éticos

Todo protocolo de investigación que comprenda aspectos bioéticos y médicos deberá realizarse manteniendo el respecto a todo individuo involucrado, buscando en todo momento el bienestar social y manteniendo siempre la privacidad e intimidad de los participantes, tal como se realizó en este protocolo.

Esta investigación se efectuó respetando los lineamientos ya establecidos en la declaración de Helsinki de la asamblea médica mundial efectuada en 1964, que dicta como principal objetivo de la investigación es el comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades para poder mejorar el tratamiento y los procedimientos adecuados pero que deberá estar sujeta completamente a reglas éticas para mantener los derechos individuales de los pacientes y afirmar su respeto durante su desarrollo. Otro de los principios principales será el salvaguardar la salud del paciente y evitar la realización de estudios cuyo desarrolló sea peligroso para el paciente.

También este protocolo se compromete a cumplir con el reglamento de la ley general de salud, establecido en el artículo segundo que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” y a mantener esta investigación para beneficios a la comunidad.

Se proporciono un consentimiento informado para la captura de información y se explicó de manera detallada el procedimiento a realizar, el cual fue responder una breve encuesta para evaluar si la persona presenta sobrecarga y que nivel, además de contestar un breve cuestionario con sus datos personales, como edad, genero, estado civil. Revelar los beneficios potenciales del estudio, se asignó un numero a la encuesta, pero no se plasmó ni el nombre, ni el número de seguridad social con la finalidad de preservar su confidencialidad. Asegurando la confidencialidad de sus datos. En todo momento el participante puede retirarse del estudio de manera voluntaria, sin presentar ninguna represalia. Cabe resaltar que el participante no presento ningún riesgo físico, social, emocional o económico durante su participación en este estudio.

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su artículo 17 menciona que se considera una investigación con riesgo mínimo, ya que es un estudio en el que un cuestionario que pueden generar susceptibilidad emocional, sin embargo, no afecta los aspectos fisiológicos y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas y otros. También se cumple lo establecido en los artículos 13 y 14 de la Ley General de Salud para contribuir a la investigación que genere beneficios a la sociedad, así como se cuenta con el dictamen favorable de las comisiones de Investigación, Ética y la de bioseguridad apegadas en los artículos 15, 16, 17, 20, 21, 23, 24 y 27 de esta misma ley

10. Recursos, financiamiento y factibilidad.

10.1 Recursos humanos

- 1) Director de Tesis: Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero. Especialista en Urgencias/ Métodos estadísticos adscrito al HGR 01 IMSS
- 2) Codirector de Tesis: Dr. Carlos Alberto Mendoza Conde. Especialista en Geriatria adscrito al HGZ c/UMF 08 IMSS
- 3) Asesor: Dr. Porfirio Astudillo Castro. Especialista en Urgencias Medico Quirúrgicas adscrito al HGZ c/UMF 08 IMSS
- 4) Asesor: Dr. Luis Amador Ríos Oliveros. Maestro en Ciencias Médicas/ Doctor en Desarrollo Regional/ Docente de la Faculta de Medicina de la UAGRO.
- 5) Alumno: Ruth Merilyn Bustamante Barrera. Residente de tercer año de medicina familiar.

10.2 Recursos materiales

Hojas de papel	Rstudio software versión 4.2.1
Bolígrafos	Expediente clínico
Lápices	Impresora
Computadora	Windows office

10.3 Recursos financieros

Todos los recursos materiales que se usaron en este estudio fueron financiados en su totalidad por el alumno residente. El programa estadístico fue proporcionado por el asesor metodológico para el análisis integral de los datos. Los datos personales y el expediente clínico fueron autorizados por parte de la Unidad Médico Familiar No. 8. La atención brindada al paciente, así como su tratamiento, fueron financiadas en su totalidad por la Unidad Médico Familiar no. 8.

11. Resultados

Se incluyeron a 113 cuidadores de pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo mayor y que cumplieron con los criterios de inclusión planteados al inicio de este trabajo. En el cuadro I, podemos ver que la mayoría de los pacientes incluidos pertenecía al grupo etario de 65 a 75 años, observado una mediana para la edad de 76 años (RIC 12) y de los cuales predominaron las mujeres (57.5%). Sorprendentemente, la mayoría de los cuidadores no contaban con estudios (83%), seguido de quienes contaban con escolaridad media básica (23%) y media superior (3.5%).

Cuadro 1. Características demográficas de los cuidadores.		
Variables	Total: 113	
	n	%
Grupo Etario		
65-75	44	38.9
75-85	49	43.4
> 85	20	17.7
Sexo		
Femenino	48	57.5
Masculino	65	42.5
Escolaridad		
Ninguna	83	73.5
Media básica	26	23
Media superior	4	3.5
Estado civil		
Con pareja	48	42.5
Sin pareja	65	57.5
Cuidador informal		
Si	112	99.1
Periodo de cuidador		
Menor o igual a 2 años	32	28.3
Mayor a 2 años	81	71.7
Parentesco con paciente		
Hijo (a)	59	52.2
Hermano (a)	15	13.3
Pareja	39	34.5
Tabaquismo		
Si	18	15.9
No	95	84.1
Consumo de alcohol		
Si	33	29.2
No	80	70.8
Vive solo		
Si	20	17.7
No	93	82.3
Casa propia		
Si	112	99.1
No	1	0.9
Desempleado		
Si	113	100
Fuente: Elaboración propia		

El tipo de cuidador más frecuente fue el informal (99.1%), de los cuales el 52.2% eran los hijos de los pacientes, seguidos de parejas (34.5%) y hermanos (13.3%). Sobresalieron que el 71.7% tenía más de dos años al cuidado del paciente con deterioro cognitivo. Dentro de los hábitos de los cuidadores, el 15.9% se describió como fumador, mientras que el 33.3% consumía alcohol frecuentemente. Todos los cuidadores estaban desempleados al momento de la evaluación y la mayoría vivían en casa propia (99.1%). (Cuadro 1).

En torno a las condiciones de salud de los cuidadores, el 46% tenía diabetes mellitus, 69.9% hipertensión arterial y 48.7% depresión. Al aplicar el cuestionario de Apgar familiar para disfunción familiar, la mayoría de los cuidadores presentó disfunción familiar severa (46.9%), seguida de moderada (23%), leve (17.7%) y, en minoría, no presentaban disfunción (12.4%). Posterior a la aplicación del cuestionario de Zarit para identificar sobrecarga del cuidador, se observó que todos los participantes presentaron sobrecarga del cuidador, de los cuales el 94.7% de los casos fue intensa. Fue notable observar que ninguno de los participantes refería pertenecer a un grupo de apoyo o contar con orientación médica o psicológica sobre el cuidado de los pacientes y de su propio bienestar.

Cuadro 2. Características clínicas y sociales de los cuidadores.		
Variables	Total: 113	
	n	%
Diabetes Mellitus 2		
Si	52	46
No	61	54
Hipertensión Arterial		
Si	79	69.9
No	34	30.1
Depresión		
Si	55	48.7
No	58	51.3
Disfunción familiar		
Si	96	85
No	17	15
Sobrecarga del cuidador		
Leve	6	5.3
Intensa	107	94.7
Acude a grupos de apoyo		
No	113	100
Recibe orientación médica o psicológica		
No	113	100
Fuente: Elaboración propia		

Se realizó un análisis bivariado con todas las variables de estudio de acuerdo con la severidad de la sobrecarga en el cuidador. La única variable que demostró asociación significativa con la severidad de la sobrecarga del cuidador fue disfunción familiar ($p < 0.05$). (Cuadro 3)

Cuadro 3. Análisis bivariado de las características demográficas y sociales entre los cuidadores de acuerdo con la severidad de la sobrecarga.			
Variables	Leve n= 6 (5.3%)	Intensa n = 107 (94.7%)	Valor de p
Edad			
65-75	1 (16.7)	43 (40.2)	0.188 \neq
75-85	3 (50)	46 (43)	
> 85	2 (33.3)	18 (16.8)	
Sexo			
Masculino	1 (16.7)	47 (43.9)	0.379 *
Femenino	5 (83.3)	60 (56.1)	
Escolaridad			
Ninguna	2 (33.3)	81 (75.7)	0.012 \neq
Media básica	3 (50)	23 (21.5)	
Media superior	1 (16.7)	3 (2.8)	
Estado civil			
Con pareja	4 (66.7)	44 (41.1)	0.418 *
Sin pareja	2 (33.3)	63 (58.9)	
Tabaquismo			
Si	2 (33.3)	16 (15)	0.486 *
No	4 (66.7)	91 (85)	
Etilismo			
Si	2 (33.3)	31 (29)	> 0.999 *
No	4 (66.7)	76 (71)	
Vive solo			
Si	0 (0)	20 (18.7)	0.603 *
No	6 (100)	87 (81.3)	
Casa propia			
Si	6 (100)	106 (99.1)	>0.999 *
No	0 (0)	1 (0.9)	
Trabaja			
No	6 (100)	107 (100)	NC
Diabetes Mellitus 2			
Si	2 (33.3)	50 (46.7)	0.836 *
No	4 (66.7)	57 (53.3)	
Hipertensión Arterial			
Si	5 (16.7)	74 (69.2)	0.8266 *
No	1 (83.3)	33 (30.8)	
Depresión			
Si	6 (100)	55 (51.4)	0.043 *
No	0	52 (48.6)	
Disfunción familiar			
Si	2 (33.3)	94 (87.9)	0.008 *
No	4 (66.7)	13 (12.1)	

\neq Valor de p obtenido mediante test de chi cuadrada
* Valor de p obtenido mediante prueba exacta de Fisher
NC: No calculable
Fuente: Elaboración propia

Tras un ajuste de modelo multivariado mediante el método “Stepwise”, se creó un modelo que incluyó solo a la variable significativa “disfunción familiar”.

Cuadro 4. Relación entre la disfunción familiar con la severidad de la sobrecarga del cuidador.				
Variables	Leve n= 6 (5.3%)	Intensa n = 107 (94.7%)	RM (IC 95%)	Valor de p
Disfunción familiar	n (%)	n (%)		
No	4 (66.7)	13 (12.1)	Referencia	0.004
Si	2 (33.3)	94 (87.9)	14.46 (2.406 – 86.94)	
			R2 Nagelkerke = 0.223	
RM: Razón de momios; IC95%: Intervalo de confianza al 95%				
Fuente: Elaboración propia				

Con este valor podemos inferir que los cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo mayor que presentaron disfunción familiar tuvieron un riesgo 13 veces mayor de presentar sobrecarga intensa comparada con los que no tenían disfunción familiar (RM 14.46, IC95% 2.406-86.94).

12. Discusión

Las características de los cuidadores observadas en este trabajo, a pesar de nuestro tamaño de muestra, son similares a las observadas en Brasil por Leite y colaboradores, puesto que la mayoría de los cuidadores fueron mujeres (62%) y se encontraban casadas (52.1%). De la misma manera, Barba y colaboradores presentaron estos resultados; sin embargo, ellos reportaron que el 62.8% de sus cuidadores contaban con escolaridad superior comparada con el 73.5% de nuestra muestra que reportó no contar con estudios. De la misma manera, en Tlaxcala reportaron que el nivel educativo más frecuente en los cuidadores fue educación secundaria (34.7%). Este contraste de la escolaridad en nuestros participantes comparado con otros estados o países se debe a una combinación entre la falta de estructuras y equipamientos educativos, la dispersión de las comunidades marginadas y el nivel socioeconómico que limita el acceso a una educación digna. Otros estudios como el realizado por Bianchi y colaboradores reportaron que los cuidadores de los pacientes con DCM eran en su mayoría las parejas de los pacientes (62%) y que vivía en el mismo hogar (84%). La pareja tiende a asumir el rol de forma natural por su proximidad y compromiso, aunque esto a menudo recae desproporcionadamente sobre las mujeres que en los hombres.

Fue notable que, en lo reportado por Barba y colaboradores, el 60% de los cuidadores eran sanos, lo que difiere de nuestros resultados, donde el 81.4% de los participantes tenían comorbilidades y que además fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las más frecuentes (69.9% y 46% respectivamente). La prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas de nuestros participantes es debida al estilo de vida en combinación con los factores genéticos y los hábitos alimentarios, ya que tradicionalmente somos consumidores de alto consumo de carbohidratos y grasas saturadas y sodio lo que predispone al sobrepeso y obesidad, que son factores de riesgo principales para DM2 y HAS. Las exigencias que produce el cuidado del paciente con DCM genera altos niveles de estrés y ansiedad, lo que aumenta la vulnerabilidad del cuidador para el consumo de tabaco o sustancias etílicas, más aún estos hábitos no fueron frecuentes entre los participantes (tabaquismo 15.9% e ingesta de bebidas etílicas en 29.2%).

La mayoría de los cuidadores refirieron estar al cuidado de los pacientes durante más de 2 años (71.71.7%) además de estar desempleados (100%). Estos resultados inferiores a los reportados por Bianchi y colaboradores, en el que se reportó que el promedio desde el inicio del tiempo del cuidado de los pacientes fue de 5.8 años además de que también la mayoría estaba desempleada o se dedicaba a las labores del hogar. Por otro lado, Leite reportó que la mayoría de sus cuidadores dedicaba entre 73 a 84 horas a la semana a los pacientes. Es así como el cuidado del paciente con DCM con el paso del tiempo es más exigente, lo que culmina en la reducción de horas de la jornada laboral, y subsecuentemente, abandono del trabajo del cuidador derivados del estrés, el agotamiento y que produce dificultades económicas dentro del núcleo familiar.

Al evaluar la funcionalidad familiar mediante la herramienta de Apgar Familiar, el 82.7% de los cuidadores tenía disfunción familiar. Dentro de los pacientes con sobrecarga leve, 33.3% presentaba disfunción familiar, mientras que en el grupo de sobrecarga intensa fue de 87.9%. Se observó que la discusión familiar pudiera ser un factor relacionado a la sobrecarga intensa del cuidador (RM 14.4, CI95% 2.4-86.9). Es importante remarcar que ningún participante afirmó recibir apoyo social u orientación médica para el cuidado de los pacientes. La disfunción familiar en cuidadores con sobrecarga intensa es debida al agotamiento físico y emocional del cuidador, lo que genera aislamiento social, estrés, depresión y ansiedad. Esto puede deteriorar su propia salud y sus relaciones, mientras que la falta de apoyo familiar, la inversión de roles (hijo/padre), el tiempo excesivo dedicado al cuidado y las demandas crecientes del paciente, colapsan la dinámica familiar, creando conflictos, falta de recreación y una reorganización forzada que afecta la calidad de vida de todos los involucrados.

13. Conclusiones

En respuesta a la hipótesis planteada al inicio de este estudio podemos afirmar que más del 40% de los cuidadores del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor presenta niveles de sobrecarga intensa.

En los adultos mayores con deterioro cognitivo mayor predominó el grupo etario comprendido entre 65 a 75 años.

Dentro de los cuidadores, predominaron las mujeres, no contar con escolaridad y estar una relación de pareja.

La comorbilidad más frecuente entre los cuidadores de los pacientes con deterioro cognitivo mayor fue hipertensión arterial (69.9%) y diabetes mellitus 2 (46%).

La mayoría de los participantes presentada disfunción familiar al momento del estudio.

14. Propuestas

- a) Implementar la evaluación de la sobrecarga a todos los cuidador de pacientes con DCM.
- b) Brindar atención a la salud del cuidador e identificar si existen síntomas de depresión, ansiedad o problemas de salud importantes que disminuyan la calidad de vida, pero también proporcionar información detallada sobre la DCM, la evolución de la enfermedad y estrategias para el manejo conductual del paciente.
- c) Crear clubes o programas para pacientes con deterioro cognitivo mayor e incluir a sus cuidadores, en los que reciban atención psicológica y social, así como fomentar los lazos sociales entre los cuidadores. Esto contribuirá a mejorar la percepción social del cuidador, compartir experiencias entre ellos y disminuir los niveles de ansiedad. La inclusión del módulo de psicología resulta fundamental, ya que permite brindar un acompañamiento profesional especializado, facilita la identificación temprana de alteraciones emocionales tanto en pacientes como en cuidadores, y ofrece herramientas de afrontamiento que mejoran la calidad de vida de ambos. Actualmente, nuestra unidad no cuenta con el módulo de psicología, lo que limita la atención integral que se podría proporcionar.
- d) Fomentar el autocuidado del cuidador y aconsejar sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable, incluyendo ejercicio regular, dieta adecuada y tiempo de descanso.

15. Limitaciones del estudio

A pesar de cumplir con el tamaño muestral propuesto, este no puede representar a la población. Como se puede constatar en la estadística inferencial, es necesario aumentar el tamaño de muestra para próximos trabajos sobre este tema.

16. Bibliografía

1. Puig-vela JM, Adell Aparicio M, Prat Marín A, Oromí Durich, J. El envejecimiento poblacional como problema sanitario. Med int [Internet]. 2000; 36 (5): 190-198. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-10022227>
2. Diario oficial de la federación. Proyecto de norma oficial mexicana proy-nom-031-ssa3-2018. DOF [Internet]. 2019 disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019
3. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS [Internet]. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
4. Organización mundial de la salud. Envejecimiento y salud. WHO [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
5. Organización mundial de la salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Who [Internet] 2016. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_17-sp.pdf.
6. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. [Internet]. 2022; 568 (22): 1-6. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/eap_adulmay2022.pdf
7. INEGI. Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (enasem) y encuesta de evaluación cognitiva. [Internet]. 2021; 394 (23). Disponible en https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/enasem/enasem_21.pdf
8. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez I, Vargas Vaza ER, Martínez González I. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Aten Primaria [Internet]. 2015;47(6):329–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>

9. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2007; 49 (4): 459-466. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0036-36342007001000004&lng=es.
10. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2014; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1134-928x2014000200002&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>.
11. González-González CA, Orozco-Rocha K, Arias-Soto MP, Carbajal-Santillán MG, Samper-Ternent R. Envejecimiento y mortalidad: condiciones de salud, económicas y familiares en el último año de vida de las personas mayores en México. *Pap Pob* [Internet] 2018; 24(97): 43-62. Disponible en: <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.24>
12. Salech F, Jara R, Michea I. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev Med Clín Las Condes* [Internet]. 2012;23(1):19–29. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70269-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70269-9)
13. Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the world health organization. *Social science & medicine* [Internet] 1995; 41 (10): 1403-09. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>
14. Flores-Herrera BI, Castillo-Muraira y, Ponce-Martínez D, Miranda-Posadas C, Peralta-Cerda EG, Durán-Badillo T. Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Rev enferm imss*. [Internet] 2018;26(2):83-88. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=80647>
15. Benavides-Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex Anest* [Internet] 2017; 40 (2): 107-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=72641%20>

16. Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste DV, Paulsen JS, Petersen RC. Classifying neurocognitive disorders: the dsm-5 approach. *Nat rev neurol* [Internet]. 2014;10(11):634–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181>
17. Emmady PD, Schoo C, Tadi P. Major neurocognitive disorder (Dementia). In: *statpearls* [Internet]. Treasure island (fl). 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk557444/>
18. Sousa S, Teixeira L, Paúl C. Assessment of major neurocognitive disorders in primary health care: predictors of individual risk factors. *Front. Psychol.* [Internet]. 2020; (11);1413. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc7313377/>
19. Verona, J, Pastor, F, De Paz F, Barbosa, M, Fernández J, Maniega M, Alvarez-Alfageme I, González, I. Neuropsicología de la involución y el envejecimiento cerebral. *Rev Esp Neuropsic.* [Internet] 2002; (4);262-282. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1006796>
20. Borrás Blasco C, Viña Ribes Z. Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016; 51:3–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(16\)30136-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(16)30136-6)
21. Cruz Rivas Herrera J, Ostiguín Meléndez RM. Cuidador: ¿Concepto operativo o preludeo teórico? *Enferm. Univ* [Internet]. 8(1): 49-54. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1665-70632011000100007&lng=es.
22. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan.* [Internet] 2009; 9(2): 127-134. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v24n1/art02v24n1.pdf>
23. Guato-Torres P, Mendoza-Parra S. Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: revisión descriptiva. *Enferm Cuid Humaniz* [Internet]. 2022;11(2): 2917. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v11i2.2917>

24. Cerquera Córdoba AM, Galvis Aparicio MJ. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. Pens Psic [Internet]. 2014;12(1):149-167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80131179010>
25. Instituto nacional de las personas adultas mayores. Cuidadores de personas mayores. Gob.mx. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores>
26. Crespo-López M, López-Martínez J. Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2005; (40) :55–61. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(05\)75074-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(05)75074-5)
27. Saavedra FJ, Bascón MJ, Rojas MJ, Sala A. Salud psicosocial de cuidadoras familiares y profesionales: asociación con factores sociodemográficos y psicológicos. An Psicol [Internet]. 2014;44(2):229-243. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97036175003>
28. Barrera Ortiz I, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. Cuidando a los cuidadores: un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. Index Enferm [Internet]. 2006; 15(52-53): 54-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962006000100012&lng=es
29. GPC. Guía de práctica clínica. Detección y manejo del colapso del cuidador. 2015. [Internet] disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/781ger.pdf>
30. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz E, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Med Int Mex [Internet] 2015;31(6):660-668. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156d.pdf>
31. Camacho Estrada L, Hinostrosa Arvizu G, Jiménez Mendoza a. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el

- tiempo de cuidado. *Enferm univ* [Internet]. 2010; 7(4):35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1665-70632010000400006&lng=es.
32. Martos A, Cardila F, Barragán AB, Del Carmen Pérez-Fuentes M, Del Mar Molero M, Gázquez JJ. Instruments for evaluating the burden of family caregivers of persons with dementia. *Eur J Investig health psychol educ* [Internet]. 2015;5(2):281–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.119>
 33. Tartaglini MF, Feldberg C, Hermida PD, Heisecke SL, Dillon C, Ofman SD. Escala de sobrecarga del cuidador de zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en buenos aires, argentina. *Neurol argent* [Internet]. 2020;12(1):27–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>
 34. Crespo María, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud* [Internet]. 2015; 26(1): 9-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1130-52742015000100002&lng=es
 35. Vega-Silva el, Barrón-Ortiz J, Aguilar-Mercado VV, Salas-Partida RE, Moreno-Tamayo K. Quality of life and caregiver burden in caregivers with patients with complications from type 2 diabetes mellitus. *Rev med inst mex seguro soc*. [Internet] 2023;61(4):440-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8200209>
 36. Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS. Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2017;70(4):682-688. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28793095/>
 37. Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2016;24:e2835. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>.

38. Martins C, da Silva L, Haas V, Marques S, Kusumota L, Partezani RA. Assessment of caregiver burden with elderly having cognitive deficit*. Act Paul Enferm [Internet]. 2012 ;25(6). Disponible en <https://www.scielo.br/j/ape/a/Y7LTFdpXjw8zDVZhh4YYpbx/?lang=en>
39. Barba Lara LE, Shugulí Zambrano CN. Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. REE [Internet]. 2022;16(2):67-80. Disponible en: <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/401>
40. León Vázquez ML, Rodríguez Pérez V, Oropeza Sánchez C. Desgaste del cuidador del paciente con demencia tipo Alzheimer y su conocimiento sobre la enfermedad. Acta Neurol Colomb [Internet] 2025;41(2):e1867. Disponible en: <https://doi.org/10.22379/anc.v41i2.1867>
41. Camacho Estrada Lilian, Hinostrosa Arvizu Gladys Yokebed, Jiménez Mendoza Araceli. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. Enferm Univ [Internet]. 201; 7(4): 35-41. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000400006&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000400006&lng=es)

17. Anexos

17.1 Cronograma de actividades

Actividades	2024						2025						2026
	Ene- Feb	Mar - Abr	May -Jun	Jul - Ago	Sept - Oct	Nov - Dic	Ene - Feb	Mar - Abr	May - Jun	Jul - Ago	Sept - Oct	Nov - Dic	Ene - Feb
Redacción de protocolo de investigación													
Evaluación por el CLIS 1102													
Recolección de Muestra													
Análisis de la información													
Resultados y conclusiones													
Presentación de Tesina													
Propuesta de publicación en revista médica													

Programado	
Realizado	

17.2 Cuestionario de Zarit

Instrucciones para la persona cuidadora:

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes Veces	Casi Siempre
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga " experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

17.3 Hoja de recolección de datos

Colocar una X en la opción que el participante señale

Hoja de recolección de datos		
Sobrecarga en el cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor en el Hospital General de Zona 08		
Folio:		
Edad:	Genero:	
Escolaridad: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Nivel básico <input type="checkbox"/> Nivel medio superior	Estado civil: <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Sin pareja	
Toxicomanias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tabaquismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Etilismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Crónico-Degenerativa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Tipo de cuidador: <input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal	Tipo de cuidador informal: <input type="checkbox"/> Hijo/hija <input type="checkbox"/> Hermano/ hermana <input type="checkbox"/> Otro	
Tiempo de cuidador: <input type="checkbox"/> Menor a un año <input type="checkbox"/> Mayor a un año		
Tipo de sobrecarga: <input type="checkbox"/> Ausente (<24 puntos) <input type="checkbox"/> Leve (24 – 33 puntos) <input type="checkbox"/> Intensa (>33 puntos)		



**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación en salud (adultos)
Unidad Medico Familiar No. 8 Zihuatanejo**

Lugar y fecha

No. de registro institucional _____

Título del protocolo: Sobrecarga en el cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor en el Hospital General de Zona 08.

Justificación y objetivo de la investigación: El cuidador del paciente con deterioro cognitivo a lo largo del cuidado del paciente mantiene un vínculo de mayor dependencia por parte de este y puede provocar cierto nivel de sobrecarga en el cuidador. El objetivo será determinar los niveles de sobrecarga del cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor.

Procedimientos y duración de la investigación: Se realizará una encuesta para determinar niveles de sobrecarga en el cuidador que cumpla criterios de inclusión. Este protocolo se realizará en un periodo de tiempo entre 01 de Marzo al 30 de Septiembre del 2024

Riesgos y molestias: Las molestias generadas serán en relación que invierte en contestar el cuestionario, aproximadamente 5 a 10 minutos. Por el tipo de estudio, no genera riesgo a físico, social o económico para usted.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Podrá identificar si el cuidador presenta sobrecargar, así como facilitarle programas de atención sobre cuidado al cuidador.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se comentarán los resultados de las evaluaciones obtenidas, así como se les otorgará información del autocuidado para el cuidador que mejorará sus condiciones de sobrecarga.

Participación o retiro: El paciente puede retirarse del estudio en el momento que decida sin presentar represalias a futuro, respetando en todo momento su decisión.



Privacidad y confidencialidad: Se asegurará en todo momento la confidencialidad y el anonimato del paciente.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Cynthia Gpe. Castro Caballero/ Dr. Carlos Alberto Conde Mendoza/ Dra. Ruth Merilyn Bustamante Barrera

Teléfono y horario: 222 507 1802 Horario de: 08:00 – 15:00 horas

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comité de bioética 1101 de la Unidad Médico Familiar No. 9, Acapulco, Guerrero.

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por dos años tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL GUERRERO
Hospital General de Zona "Ignacio Manuel Altamirano"
Coordinación de Educación e Investigación en Salud

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HGZ/UMF8 "IGNACIO MANUEL ALTAMIRANO"

Zihuatanejo de Azueta, a 16 de Enero del 2024.

ASUNTO: Carta de No Inconveniente

Dr. Luis Arzeta Valderrama
Presidente del Comité de la Unidad Médico Familiar No. 9
Vicente Guerrero
PRESENTE

Por este medio me permito manifestar que no existe inconveniente que en este hospital se realice la ejecución del estudio de investigación que lleva título

"Sobrecarga en el cuidador del adulto mayor con deterioro cognitivo mayor en el Hospital General de Zona 08"

El protocolo está dirigido por la Dra. Cynthia Guadalupe Castro Caballero, investigador responsable y profesora de HGZ 08 "Ignacio Manuel Altamirano", de la Delegación Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se le autoriza la revisión de expediente una vez que el protocolo presente dictamen de autorizado por el comité de Investigación y que está basado en los principios éticos vigentes.

Así mismo el equipo de Investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, comprometiéndose a solo recolectar los datos necesarios para la investigación, sin recolectar información personal, identificando a cada paciente con un número de folio e iniciales. Los investigadores además han adquirido el compromiso además a jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja en el presente protocolo.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"

Dr. Hafid Eljacim Sánchez Flores
Director del HGZ/UMF8 "Ignacio Manuel Altamirano"