

# Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008

*Guadalupe Domínguez-Sosa\**  
*Marco Antonio Zavala-González\*\**  
*Dora del Carmen De la Cruz-Méndez\*\*\**  
*Martha Ofelia Ramírez-Ramírez\*\*\*\**

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor, y los factores asociados, en una muestra de derechohabientes usuarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Cárdenas, Tabasco. **Materiales y métodos:** diseño transversal, analítico. **Universo:** cuidadores primarios de adultos mayores derechohabientes usuarios del IMSS, número finito e indeterminado. **Muestra:** no probabilística ajustada por conveniencia. **Criterios de inclusión:** edad mayor o igual a 18 años, cualquier sexo, sin enfermedades cognitivas ni discapacidades físicas que acudieron acompañando a su adulto mayor a recibir atención en unidades del IMSS durante Enero-Mayo de 2008, aceptaron participar y firmaron consentimiento informado. **Variables:** sociodemográficas, económicas, percepción de la funcionalidad familiar, síndrome de sobrecarga del cuidador. **Instrumentos:** Apgar Familiar, Escala de Zarit & Zarit. **Análisis:** estadística descriptiva, razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ( $p \leq 0,05$ ). **Software:** SPSS® versión 10,0. **Resultados:** 100 cuidadores, 69% femeninos, 31% masculinos. Edad media 40,2-12,8 años, mínima 18, máxima 75. Prevalencia de síndrome de sobrecarga 15 % cuidadores. **Factores asociados:** estado civil no unido OR 24,89 (IC 95 7,92-78,18), escolaridad baja OR 30,96 (IC 95 10-27, 93,33), disfunción familiar OR 9,08 (IC 95 2,36-34,90), estado civil unido OR 0,04 (IC 95 0,01, 0,13), escolaridad media-alta OR 0,03 (IC 95 0,01-0,10), familia funcional OR 0,11 (IC 95 0,03-0,42). **Conclusiones:** la prevalencia del síndrome es baja, comparada con reportes similares, mientras que los factores asociados concuerdan con lo reportado por otros autores. Se requieren estudios más amplios para mejores conclusiones. (MÉD.UIS.2010;23(1):27-34)

**Palabras clave:** Anciano. Familia. Estrés.

## SUMMARY

**Overcharge syndrome in primary caretakers of elderly population from Cardenas, Tabasco, Mexico. January-May, 2008**

**Objective:** to determine overcharge syndrome in primary caretaker of elderly population prevalence, and associated factors, in a sample of Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) users, Cardenas, Tabasco. **Material and methods:** cross-sectional and analytic design. **Universe:** primary caretakers of elderly population IMSS users, finite and indeterminate number. **Sample:** no randomized adjusted for convenience. **Inclusion criterions:** age  $\geq 18$  years, any gender, without cognitive diseases neither physic disabilities that goes accompanying elderly population to receive attention in IMSS units during January-May 2008, accept participate and signed informed consent. **Variables:** sociodemographics, economics, family functionality perception, caretaker overcharge syndrome. **Instruments:** Family Apgar, Zarit & Zarit Scale. **Analysis:** descriptive statistic, odds ratio (OR) with 95% of confidence ( $p \leq 0,05$ ). **Software:** SPSS® version 10,0. **Results:** 100 caretakers, 69% females, 31 males. Mean age 40,2 $\pm$ 12,8 years, minimum 18, maximum 75. Overcharge syndrome prevalence 15 X 100 caretakers. **Associated factors:** single civil status OR 24,89 (CI 95 7,92-78,18), low scholar lever OR 30,96 (CI 95 10,27, 93,33), family dysfunction OR 9,08 (CI 95 2,36, 34,90), united civil status OR 0,04 (CI 95 0,01-0,13), medium-high scholar level OR 0,03 (CI 95 0,01-0,10), functional family OR 0,11 (CI 95 0,03-0,42). **Conclusions:** the syndrome prevalence is lower compared with similar reports, while that the associated factors according with the reported for other authors. Wider studies are required for better conclusions. (MÉD.UIS.2010;23(1):27-34).

**Key words:** Elderly. Family. Stress.

\*MD Cirujano. MsC Gerontología Social. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

\*\*MD Cirujano. Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco. México.

\*\*\*Lic. Enfermería. División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

\*\*\*\*MD Cirujano. MsC Ciencias Médicas. PhD Ciencias de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco. México.

Correspondencia: Dr. Zavala-González. Calle principal de la alberca No. 24. Col. Ingenio Santa Rosalía. H. Cárdenas. Tabasco. México. C.P. 86500. Tel: +52 937 373 4210. e-mail: zgma\_51083@yahoo.com.mx

Artículo recibido el 4 de Junio de 2009 y aceptado para publicación el 20 de Enero del 2010

## INTRODUCCIÓN

La situación demográfica actual a nivel mundial indica claramente la tendencia al crecimiento de los grupos etáreos que superan los 60 años<sup>1</sup>. México contó en el 2005 con una población total de 5973 856 adultos mayores; la esperanza de vida está estimada en 72,5 años<sup>2,3</sup>. De acuerdo a las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el municipio de Cárdenas, Tabasco, México, contó en 2005 con una población de 8105 adultos mayores de 65 años, de los cuales el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tuvo en situación de derechohabencia al 40%<sup>4</sup>. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2006, la población de adultos mayores de 65 años en Cárdenas, Tabasco, fue de 8373, mientras que en el 2008 fue de 8902, estimándose que para el año 2030, la población de este grupo etáreo ascenderá hasta 20392<sup>5</sup>. Este incremento de la población senescente, plantea cotidianamente diversidad de necesidades acordes a esa etapa vital, terreno dentro del que adquiere relieve la figura del “cuidador”.

Cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria. Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina “carga”<sup>6</sup>. A esta “carga”, se le ha dado diferentes nombres: colapso, crisis, sobrecarga, Burnout, síndrome del quemado, síndrome del cuidador, síndrome del cuidador principal, claudicación del cuidador. El síndrome de sobrecarga, se caracteriza por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa, con repercusiones médicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al “cuidador primario” a tal grado de frustración que finalmente colapse, evidenciando la enfermedad<sup>7</sup>.

Habitualmente el cuidador inmediato suele ser el cónyuge, en segundo lugar los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros familiares y personas allegadas. La tendencia a cuidar a la persona mayor en casa y por la familia

se ve favorecida por motivos individuales como: el sentimiento de corresponder recíprocamente, la creencia de que los cuidados familiares son mejores, el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales y cumplir con sus deberes<sup>8-10</sup>.

Los numerosos cuidadores “invisibles” dedican una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo a la responsabilidad que han asumido, calculándose que más de la mitad, dedican en promedio 4-5 hrs/día al cuidado de su familiar<sup>11</sup>. Las condiciones en las que se desarrollan estos cuidados, con frecuencia no son las más adecuadas, lo que trae consigo numerosas consecuencias, dentro éstas, una palabra clave es la sobrecarga<sup>12</sup>. Estudios realizados con cuidadores de pacientes psiquiátricos, indican que los sentimientos de carga pueden ser objetivos o subjetivos; objetivos cuando ocurre un cambio eventualmente demostrable y observable en el estado de salud, el carácter o la personalidad; y subjetivos cuando hay la impresión de sufrir un deber agotador y angustiante<sup>13</sup>.

Los resultados disponibles de diversas investigaciones sobre esta temática, indican que existe una gran variabilidad en el grado de estrés que experimentan los cuidadores y que los principales efectos negativos para la salud se concentran en 40% de los cuidadores que manifiestan un mayor agotamiento físico o mental, destacando que existe un grupo de cuidadores que lleva a cabo su labor sin dificultad ni problemas<sup>14</sup>.

El perfil del cuidador primario ha sido definido en diversas investigaciones. Estudios en Brasil, España y Estados Unidos de América, sobre el cuidado familiar, informan que con mucha frecuencia los parentescos de las personas cuidadoras con el enfermo son: cónyuge, hija, hermana(o), nieta, vecina, entre otros, en cuanto al nivel socioeconómico predominante de quien cuida es el medio-bajo o bajo; se ubican en la mediana edad, comparten su responsabilidad con otras personas de la familia y dedican muchas horas al cuidado lo que las lleva a renunciar a otras actividades sociales<sup>15</sup>. La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología refiere que el perfil característico del cuidador en la mayoría de las familias es una única persona que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, la gran mayoría de estos cuidadores principales son mujeres, como esposas, hijas y nueras, de entre 45 y 65

años de edad, ya que a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece que éstas tengan más capacidad de abnegación y sufrimiento, además de ser más voluntariosas. A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más, bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de éstos, lo que significa un cambio progresivo de la situación<sup>16-18</sup>.

Según el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) de España, el cuidado informal constituye en la actualidad el sistema principal de provisión para las personas que necesitan ayuda en su vida diaria. Destacando que en 12% de las viviendas familiares se lleva a cabo algún tipo de ayuda informal, y un 5% de las personas adultas definen "cuidador" como uno de sus roles. Por otra parte, los datos proporcionados por la última Encuesta Nacional de Salud, cifran en 26% el número de personas mayores que presentan algún grado de dependencia<sup>19-21</sup>.

Según la encuesta del Centro de Investigación en Salud, la percepción de los cuidadores con respecto a su rol, es la siguiente: reducción del tiempo de ocio (64%), cansancio (51%), no tener vacaciones (48%), no frecuentar amigos (39%), entre otros múltiples argumentos<sup>22-24</sup>.

Se han reportado factores que influyen en el agotamiento del cuidador, como la cantidad de estrés que causa las demandas del paciente, la manera en la que el cuidador maneja y afronta el estrés, la cantidad de ayuda sociofamiliar que recibe, el nivel de interacción social negativa y la cantidad de actividades suspendidas; la percepción de agotamiento del cuidador y el resentimiento que esto ocasiona; la presencia de personalidad optimista y la propia percepción de la calidad de la relación que existe entre el cuidador y el paciente<sup>25</sup>.

En el ámbito regional, solamente se encontró un estudio sobre la sobrecarga del cuidador, realizado en Ciudad del Carmen, Campeche (México), por Pirrón-Chan y cols.<sup>26</sup>, quienes reportan una prevalencia de 76,7%, siendo la más frecuente, la sobrecarga intensa. Asimismo, encontraron que el perfil del cuidador primario es: una mujer, de 40-60 años de edad, casada, con educación primaria o licenciatura, con empleo o dedicada a las labores del hogar, de nivel socioeconómico medio, hija del adulto mayor al que además mantiene, realiza por lo regular tareas de comida, acompañamiento y compras, dedica 6-8 horas al cuidado del anciano, es portadora de depresión en algún grado o de alguna otra enfermedad de carácter crónico, y posee una percepción disfuncional de su núcleo familiar. Además se encontró asociación significativa entre el síndrome de sobrecarga y

depresión, el estado de salud del cuidador, y la percepción de la funcionalidad familiar.

Con respecto a los factores protectores y de riesgo para al síndrome de sobrecarga, son escasas las investigaciones disponibles que reporten tales resultados, pues tal como se ha descrito previamente, la mayoría de ellas, han centrado su atención en los aspectos más básicos del problema, como la identificación de la prevalencia del padecimiento y la definición del perfil del cuidador<sup>6-24</sup>. Los pocos reportes encontrados al respecto, que abordan la temática desde el punto de vista cualitativo, señalan como factores asociados la percepción del estrés, el número de funciones realizadas en el rol de cuidador, las actividades suspendidas de la vida cotidiana, el optimismo, y la propia percepción de la calidad de la relación cuidador-paciente<sup>25</sup>. Por otra parte, desde la perspectiva cuantitativa, se han descrito como factores asociados al síndrome de sobrecarga, el antecedente de depresión en el cuidador, la presencia de enfermedad en éste y la percepción de la funcionalidad familiar<sup>26</sup>.

En Cárdenas, Tabasco, la situación del cuidador primario del adulto mayor es hasta el momento desconocida; no se encuentran referencias que hagan alusión a dicho problema en esta localidad, inclusive no se encuentran dentro del Estado. No obstante, en las unidades médicas del IMSS, la mayoría de los adultos mayores que asisten a consulta llevan como acompañante a un familiar, en determinados acompañantes son evidentes síntomas de cansancio y nerviosismo, algunos han llegado a presentar crisis nerviosas. No se pueden planear soluciones para un problema cuya existencia no se ha evidenciado, ni para el que no se han descubierto los factores relacionados. Por ello se realizó esta investigación, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor, y los factores asociados, en una muestra de derechohabientes usuarios del IMSS, Cárdenas, Tabasco; y así obtener una primera aproximación al problema dentro de la localidad.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó una investigación observacional, prospectiva, transversal, analítica. El universo de estudio, fueron los cuidadores primarios de adultos mayores derechohabientes usuarios del IMSS, en Cárdenas, Tabasco. Se decidió realizar el estudio en esta institución, dado que dentro del perfil de sus derechohabientes usuarios, la mayoría son de estatus socioeconómico medio, característica que es la común entre la población de la localidad; además de que sus unidades médicas son un área física en la que se congregan gran cantidad de individuos diariamente.

Se estudió una muestra no probabilística ajustada por conveniencia, incluyéndose a todos los sujetos que cumplieron criterios de inclusión. Se incluyeron cuidadores de edad  $\geq 18$  años, de cualquier sexo, sin enfermedades cognitivas ni discapacidades físicas, que acudieron a la Unidad Médica Familiar No. 45 y al Hospital General de Zona No. 2 (ambas, unidades médicas del IMSS en la localidad) acompañando a su adulto mayor (para que diera fe del rol de cuidador primario de su acompañante) durante Enero-Mayo de 2008, que aceptaron participar en el estudio, y autorizaron su participación firmando consentimiento bajo información. Excluyéndose a aquellos sujetos en los que el adulto mayor acompañante no confirmó el rol de cuidador primario en el sujeto, y cuando éste se negó a participar o autorizar su inclusión mediante firma de consentimiento bajo información.

Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, trabajo adicional, escolaridad e ingreso promedio mensual) para definir el perfil del cuidador primario de los adultos mayores e identificar posibles asociaciones, se evaluó la percepción de la funcionalidad familiar, para confirmar/descartar la asociación entre ésta y el padecimiento en cuestión y se determinó la presencia del síndrome de sobrecarga del cuidador.

Para la recolección de la información se seleccionaron dos instrumentos validados, el Apgar Familiar y la Escala de Zarit & Zarit, para determinar la percepción de la funcionalidad familiar y evaluar la presencia e intensidad del síndrome de sobrecarga, respectivamente, ambos, instrumentos heteroaplicados. El punto de corte para el primero fue una puntuación igual o menor a seis (para considerar la percepción del funcionamiento familiar como disfuncional), y para el segundo se consideró con síndrome de sobrecarga, una puntuación mayor a 45.

El "Apgar Familiar" evalúa el funcionamiento sistémico de la familia, en función de la percepción del individuo sobre si ésta puede considerarse un recurso o si por el contrario influye negativamente sobre su persona. Puede ser tanto auto como heteroaplicado, y está integrado por cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutiva. La validación de este instrumento, ha reportado una fiabilidad de hasta 80% ( $\alpha=0,8$ )<sup>27-31</sup>.

La "Escala de Zarit & Zarit", explora los efectos negativos del rol de cuidador en las áreas de salud física y psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Es una escala que puede ser auto- o heteroaplicada, que consta de 22 ítems relacionados con las áreas descritas, formuladas de modo que se cuantifica la frecuencia y no la intensidad de los síntomas mediante una escala tipo Likert. Su sensibilidad se ha reportado

en 84,6-89,7%, mientras que su especificidad ha sido informada de 85,3-94,2%, por lo que ha sido traducida y validada en idiomas como el francés, chino y japonés. La consistencia o fiabilidad interna se ha reportado de hasta 91% ( $\alpha=0,91$ )<sup>26,32</sup>. Adicionalmente, se formularon seis preguntas abiertas para obtener la información sociodemográfica enunciada previamente (edad, sexo, estado civil, trabajo adicional, escolaridad, e ingreso promedio mensual).

Los instrumentos descritos fueron integrados en una sola encuesta heteroaplicada, la cual fue aplicada por los investigadores durante el período Enero-Mayo de 2008 en las unidades médicas señaladas, en donde éstos identificaron a los adultos mayores en sala de espera con sus acompañantes, en los que mediante pregunta directa al adulto mayor, se confirmó el rol de cuidador primario del acompañante, al que previa firma de consentimiento bajo información, se procedió a encuestar en un espacio físico de las unidades médicas destinado para tal fin.

La información recopilada fue analizada mediante medidas de frecuencia, de tendencia central y de dispersión, según fueron requeridas, además de razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ( $p \leq 0,05$ ), estimadas con el software SPSS versión 10,0 para entorno Windows (bajo licencia de uso particular). Para la estimación de las razones de posibilidades, se consideró como grupo de "casos" a los sujetos con síndrome de sobrecarga, mientras que los grupos de "expuestos" fueron definidos en función de la presencia o ausencia de variables sociodemográficas cuyos puntos de corte fueron establecidos de acuerdo al perfil sociodemográfico identificado en el grupo, para identificar posibles asociaciones, así como en función de la percepción funcional o disfuncional de la funcionalidad familiar, con la finalidad de comprobar o descartar la presencia asociación estadísticamente significativa entre tales variables.

La investigación en su fase de protocolo fue presentada al Comité Local de Investigación 2701 del IMSS en Tabasco, en virtud de que se estudiaría a su población derechohabiente dentro de sus instalaciones, quien la calificó como investigación sin riesgo para los participantes y la dictaminó aprobada. Asimismo, los sujetos en los que se identificó percepción disfuncional del funcionamiento familiar y/o síndrome de sobrecarga, fueron referidos a los servicios médicos institucionales correspondientes.

## RESULTADOS

### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Se estudiaron 100 cuidadores primarios de adultos mayores, de los cuales 69% fueron femeninos y 31% masculinos, quienes tuvieron una edad media de

40,2±12,8 años, presentándose una mínima de 18 y una máxima de 75 años, es decir, adultos mayores cuidando de adultos mayores. El estado civil predominante en el grupo fueron los unidos, presentes en 70%, mientras que en cuanto a la escolaridad se observaron de forma más o menos equitativa los niveles primaria (38%) y secundaria (32%). Finalmente, en cuanto a la

economía, el 64% de los encuestados refirió tener un trabajo formal con remuneración de forma adicional a su rol de cuidador primario, no obstante, el 83% de los cuidadores argumentó tener ingresos mensuales menores o iguales a 300000 pesos mexicanos. El resto de las características sociodemográficas de la población estudiada se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores primarios encuestados.**

Característica		Frecuencia	Preparación
Edad	Media	40,2	
	Desviación estándar	12,8	
	Mínima	18	
	Máxima	75	
Sexo	Femenino	69	69
	Masculino	31	31
Estado civil	Unido	70	70
	No unido	30	30
Trabajo adicional	No	36	36
	Sí	64	64
Escolaridad	Analfabeta	3	3
	Primaria	38	38
	Secundaria	32	32
	Preparatoria	11	11
	Licenciatura	16	16
Ingreso promedio mensual (pesos mexicanos)	≤\$3000,00	83	83
	>\$3000,00	17	17

## PERCEPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Con respecto a la percepción de los cuidadores sobre la funcionalidad de su núcleo familiar, determinada mediante la aplicación del Apgar Familiar, se encontró que el 62% percibe su núcleo como funcional mientras que el 31% lo consideró disfuncional moderado, y el 7% lo manifestó como disfuncional severo. Es decir, la prevalencia de percepción disfuncional del núcleo familiar, fue de 38%.

## SÍNDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO

Al respecto del síndrome de sobrecarga, el análisis de la aplicación de la Escala de Zarit & Zarit, permitió observar que el síndrome se encontró ausente en el 85% de los cuidadores primarios encuestados, es decir, la prevalencia del *Burnout* del cuidador primario en la muestra estudiada, fue de 15%, de los cuales, el 80% fueron casos de sobrecarga leve-moderada, y el 20% restante, fueron casos de sobrecarga intensa con riesgo de colapso.

## FACTORES ASOCIADOS AL SÍNDROME DE SOBRECARGA

Una vez identificado el síndrome de sobrecarga en la población estudiada, se procedió a buscar posibles asociaciones entre éste y las variables sociodemográficas incluidas, así como a descartar o ratificar su asociación con la percepción disfuncional del núcleo familiar. Así pues, con respecto a las variables sociodemográficas, se definieron los grupos de exposición con base en las características predominantes del grupo, frente a las características minoritarias, encontrándose asociación estadísticamente significativa con el estado civil y con la escolaridad, observándose que mientras los estados civiles unidos (casado y en unión libre) resultaron ser factores protectores OR 0,04 (IC95; 0,01-0,13), los estados civiles no unidos (divorciados, separados, solteros y viudos) se encontraron como factores de riesgo OR 24,89 (IC95; 7,92-78,18); a la vez que una educación de nivel secundaria o mayor resultó factor protector OR 0,03 (IC95; 0,01-0,10), mientras que su contrario, la educación primaria o menor (elemental) mostró asociación de riesgo OR

30,96 (IC95; 10,27-93,33). Mientras que finalmente, se ratificó la asociación disfunción familiar/sobrecarga, al observarse que la percepción disfuncional del núcleo familiar mostró asociación de riesgo OR 9,08 (IC95 2,36, 34,90), al tiempo que la percepción funcional de éste, manifestó asociación protectora OR 0,11 (IC95

0,03, 0,42). No encontrándose asociación significativa con variables tales como edad, sexo, trabajo adicional e ingresos mensuales. Las razones de posibilidades con sus intervalos de confianza para cada una de las variables cuya asociación con síndrome de sobrecarga fue investigada, se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2. Razones de posibles: Variables independientes/síndrome de sobrecarga del cuidador primario.**

Factor de exposición	OR	IC95	
Edad <40 años	1,35	0,45	4,05
Edad ≥40 años	0,74	0,25	2,23
Sexo femenino	3,37	0,71	15,94
Sexo masculino	0,30	0,06	1,41
Estado civil unido (casado(a), unión libre)	0,04	0,01	0,13
Estado civil no unido (divorciado(a), soltero(a), viudo(a)).	24,89	7,92	78,18
Nivel educativo secundaria o mayor	0,03	0,01	0,10
Nivel educativo primaria o menor	30,96	10,27	93,33
Trabajo adicional al rol de cuidador	*	*	*
Ingreso promedio mensual ≤ \$3000.00 (pesos mexicanos)	1,39	0,28	6,83
Ingreso promedio mensual >\$3000.00 (pesos mexicanos)	0,72	0,15	3,52
Familia disfuncional	9,08	2,36	34,90
Familia funcional	0,11	0,03	0,42

## DISCUSIÓN

El presente estudio cuenta con una serie de limitaciones y posibles sesgos, que es necesario hacer notar en aras de mantener la calidad científica de sus resultados. Por una parte, las características de la población estudiada son específicas y los criterios de selección definidos fueron muy estrechos, esto con el fin de disminuir el error de sistematización del estudio, homogenizando su población, por ello, en buena medida los resultados obtenidos pueden ser aplicables sólo para el sitio en cuestión. Sin embargo, dado que tales características pueden encontrarse de forma similar en otras poblaciones, y que el diseño de la investigación puede ser reproducido en otros lugares, los resultados obtenidos tienen utilidad científica, en función de la carencia de estudios sobre el tema. Por otra parte, en virtud de ser un estudio observacional, cuenta con las limitaciones y sesgos propios de este diseño, en el que al no controlarse el medio en el que se desarrolla el fenómeno ni las variables de exposición, pueden existir condiciones y variables ajenos al estudio que influyan sobre los resultados obtenidos. Por último, en relación a la muestra tomada

por conveniencia, este tipo de muestras son poco útiles para estudiar la prevalencia de una enfermedad dado que no son estadísticamente representativas del universo de estudio. Sin embargo, dado que dicho universo es un número finito, pero desconocido (hasta este momento), esto imposibilita el cálculo probabilístico de una muestra representativa con un nivel de confianza determinado, dado que hasta el momento del estudio también se desconocía la probabilidad de ocurrencia del fenómeno entre la población, dato necesario para calcular una muestra probabilística en universos infinitos, desconocidos o demasiados grandes.

En esta serie, el perfil del cuidador primario es: una mujer, de alrededor de 40 años de edad, casada, con un trabajo adicional a la labor de cuidador primario, de escolaridad primaria o secundaria (elemental), nivel socioeconómico bajo, y con una percepción de su núcleo familiar generalmente funcional aunque la superioridad de ésta por sobre la percepción disfuncional es escasa. Este perfil, concuerda parcialmente con lo reportado por otros autores como Seira-Lledos y cols<sup>15</sup>, el IMSERSO<sup>16</sup>, Hidalgo-García<sup>17</sup>, Islas-Salas y cols<sup>18</sup>, y Pirrón-Chan y cols<sup>20</sup>. Llama la

atención en particular, que el nivel socioeconómico medio-bajo sea evidentemente predominante, esto pudiera deberse a que quienes pertenecen a un estrato socioeconómico más elevado, recurran a los servicios de cuidadores profesionales, prescindiendo de este modo en parte, de los servicios médicos de la institución. Sin embargo, esto es una hipótesis que debe ser sometida a comprobación en futuros estudios.

La frecuencia del síndrome observada en esta serie (15%), es menor a la informada por Seira-Lledos y cols<sup>15</sup>, el IMSERSO<sup>16</sup>, Hidalgo-García<sup>17</sup>, Islas-Salas y cols<sup>18</sup>, y Pirrón-Chan y cols<sup>26</sup>. Tomando en consideración que el perfil del cuidador primario en este estudio, es similar al reportado por la bibliografía consultada, se hace necesaria la búsqueda a futuro de causas y factores asociados de esta baja frecuencia, actualmente desconocidas, o en su defecto, la realización de investigaciones con muestras más grandes que corroboren o descarten la baja prevalencia observada en la muestra estudiada.

Con respecto a la asociación del síndrome de sobrecarga del cuidador con la escolaridad y el estado civil, este resultado constituye un hallazgo de esta serie, pues la bibliografía disponible<sup>15-26</sup>, no hace referencia a estas asociaciones. Por otra parte, la utilidad de este hallazgo es discutible, pues si bien el personal de salud podrá utilizar esta información para búsquedas intencionadas del padecimiento entre los pacientes en riesgo, poco se puede hacer para modificar estos factores a beneficio de los pacientes.

En relación con la percepción de la funcionalidad familiar, la disfunción familiar entre los cuidadores fue frecuente, pero no predominante, esto difiere con los reportes de Rivas y cols<sup>20</sup>, Martínez y cols<sup>21</sup>, y Pirrón-Chan y cols<sup>26</sup>, quienes hallaron lo contrario. Asimismo, se encontró asociación significativa entre las variables funcionalidad familiar y síndrome de sobrecarga, lo cual concuerda con lo informado por Pirrón-Chan y cols<sup>26</sup>. Dadas las características del medio estudiado, es necesario indagar mediante estudios longitudinales, si la disfunción familiar es una entidad preexistente que agrava la sensación de sobrecarga en el cuidador o si son las funciones de cuidado las que merman su satisfacción con las funciones del núcleo familiar. La bibliografía sugiere que el consumo de tiempo derivado del cuidado del adulto mayor, es el determinante de la disfunción familiar en un cuidador que se responsabiliza totalmente del adulto mayor. Sin embargo, es un hecho que debe ser sometido a comprobación, dado que en esta serie, se encontró evidencia estadística de que la percepción funcional del núcleo familiar es un factor protector tal como la disfunción es un factor de riesgo, lo que lleva a sospechar, que la funcionalidad familiar, es un fenómeno que puede ocurrir con independencia de la labor de cuidado, dentro del medio estudiado.

## CONCLUSIONES

La prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario en esta serie fue de 15%, cifra que se encuentra por debajo de las reportadas por otros autores nacionales y extranjeros, quienes han informado cifras desde 49,5 hasta 76,7%<sup>15-18,26</sup>. Por otra parte, en cuanto a la asociación disfunción familiar/síndrome de sobrecarga, los resultados observados en este estudio, concuerdan con los informados por los autores consultados<sup>20,21,26</sup>. Mientras que finalmente, la asociación estadísticamente significativa observada en esta serie entre la escolaridad y el estado civil con el síndrome de sobrecarga del cuidador primario, parece ser un hallazgo propio de este estudio dado que ninguna de las referencias consultadas informa sobre tal hecho<sup>6-26,32</sup>, por lo que tal asociación deberá ser corroborada en futuros estudios a corto plazo.

Se requieren estudios más amplios, con muestras más grandes, períodos de estudio más amplios e inclusión de otras variables como el estado de salud del cuidador, presencia de depresión, actividades realizadas durante la labor de cuidado y número de horas dedicadas a esta labor, entre otras, para presentar mejores conclusiones.

Se sugiere realizar estudios de cohorte sobre dinámica y funcionalidad familiar, en familias que cuenten con miembros próximos a llegar a la vejez, con la finalidad de esclarecer la relación de éstas variables con el síndrome de sobrecarga del cuidador.

Declaración de conflicto de intereses: investigación realizada con recursos propios de los investigadores, sin recibir financiamiento de ningún programa u organismo, público o privado. No presenta conflicto de intereses.

Información adicional: trabajo presentado en el XIII congreso de investigación en Salud Pública; Cuernavaca, Morelos, México; 3-6/marzo 2009.

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de las unidades médicas del IMSS, en Cárdenas, Tabasco, por las facilidades otorgadas para el desarrollo del estudio dentro de sus instalaciones con su población usuaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lozano-Cardoso. Introducción a la Geriátría. 2ª Edición. Méndez Editores. México D.F., México. 2000:5.
2. Zúñiga-Herrera E, García-López JE, Partida-Bush V. Mortalidad de la Población de 60 años y más. La situación demográfica en México. México D.F., México. 2004.

3. Reyes-Tépach M. Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores en México 2006-2050. Centro de Documentación, Información y Análisis. Subdirección de Economía. México D.F, México. 2006:10-6.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo poblacional del estado de Tabasco. 2005. [Serie en Internet]. [Consultado, Diciembre 2007]. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/monografias/informacion/tab/territorio/Default.asp?toma=me/&e=04>
5. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de población municipales 2005-2030. [Serie en Internet]. [Consultado, Diciembre 2007]. Disponible en [http://www.conapo.gob.mx/proyecciones/proyecciones\\_municipales\\_2005-2030.xls](http://www.conapo.gob.mx/proyecciones/proyecciones_municipales_2005-2030.xls)
6. Jock-Hung G, Rivero-Sánchez B, Bello AM. Percepción de sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia. *Red Latinoamericana Gerontología*. Febrero 2003.
7. Lara-Pérez L, Díaz-Díaz M, Silveira-Hernández P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Revista Cubana de Enfermería* 2001;17(2):107-11.
8. Garrido-Barral A. Cuidando al cuidador. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología* 2003;38(4):189-91.
9. Ocampo JM, Herrera JA, Torres P. Sobrecarga asociada con el anciano dependiente. *Colombia Médica* 2007;38(1):40-6.
10. IMSERSO. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. Barcelona, España. 2005.
11. Pinto-Afanador N, Barrera-Ortiz L, Sánchez-Herrera B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "cuidando a los cuidadores". *Revista Aquichan* 2005;5(4):128-37.
12. Capilla-Díaz C. La vida de cuidadora por oficio. *Index de Enfermería* 2005;14(48):49.
13. Moral-Serrano MS, Juan-Ortega J, López-Matoses MJ. Perfil y riesgos de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria* 2004;33(2):77-87.
14. Ramón-Bayes R. Cuidando al cuidador, evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. *Revista Española de Salud Pública* 2002;76(6):12-6.
15. Seira-Lledós MP, Aller-Blanco A, Calvo-Gascon A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista Española de Salud Pública* 2002;76(6):713-21.
16. IMSERSO. Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Barcelona, España:2004.
17. Hidalgo-García IM. Estado de los cuidadores principales de pacientes domiciliarios. *Boletín Epidemiológico de Murcia* 2003;24(649):4-48.
18. Islas-Salas NL, Ramos-del-Ríos B, Aguilar-Estrada GA, García-Guillen ML. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev. Inst. Nac. Enf* 2006;19(4):266-71.
19. Pérez-Salanova M, Yanguas-Lezaun JJ. Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. *Anales de Psicología* 1998;14(1):95-104.
20. Rivas J, Castel A, Escalada B. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev. Psiquiatría de la Facultad de Medicina* 2000;27(3):131-4.
21. Martínez A, Nadal S, Beperet M. Sobrecarga de Cuidadores Familiares de pacientes con Esquizofrenia. Factores Determinantes. *Anales Sis San Navarra* 2000;23(Supl1):101-10.
22. Dueñas E, Martínez MA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica* 2006;37(Supl1):31-8.
23. Peinado-Portero AI, Garcés EJ. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. El síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología* 1998;14(1):83-93.
24. Kiecolt-Glaser JK, Marcuha PT, Malarkey Am, Mercado AM, Glaser R. El estrés psicológico enlentece la cicatrización de las heridas. *Lancet (Edición Especial.)* 1996;28(1):188-91.
25. Conde-Sala JL. Factores de riesgo y personalidad premórbida en la enfermedad de Alzheimer: Estudio preliminar. *Revista Multidisciplinar Gerontol* 1999;9(1):200-7.
26. Pirrón-Chan RM, Jiménez-Sastré A, Quevedo-Tejero EC. Factores de Riesgo para Síndrome de Sobrecarga del Cuidador Primario de las Personas Adultas Mayores en el Módulo Gerontológico de la Clínica Hospital "C" del ISSSTE de Ciudad del Carmen, Campeche. [Tesis]. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México. 2008.
27. Smilkestein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:1231-9.
28. Smilkestein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *J Fam Pract.* 1982;15:303-11.
29. Arias L, Herrera A. El Apgar familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica.* 1994;25:26-8.
30. Bellón AS, Delgado S. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar Familiar. *Aten Primaria.* 1996;18(6):289-96.
31. Gómez FJ, Irigoyen AE, Ponce ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam.* 1999;1(2):45-57.
32. Montorio-Cerrato I, Izal-Fernández M, López A, Sánchez-Colodrón M. La entrevista de carga del cuidador, utilidad y validez de carga. *Anales de Psicología.* 1998;14(2):229-248.