

11011  
3



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

INCIDENCIA DEL COLAPSO DEL CUIDADOR EN EL  
SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL  
GENERAL DE MEXICO O.D.

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
ORGANISMO DESCENTRALIZADO

**T E S I S**

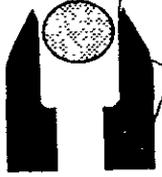
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**ESPECIALISTA EN GERIATRIA**

**P R E S E N T A :**  
**DRA. CLAUDIA RAMIREZ DEL OLMO**



DIRECCION DE ENSEÑANZA

TUTOR DE TESIS: DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

2000

MEXICO, D.F.

285984

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D  
SERVICIO DE GERIATRIA

T E S I S

INCIDENCIA DEL COLAPSO DEL CUIDADOR EN EL SERVICIO DE GERIATRIA  
DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.

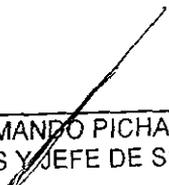
AUTOR



---

DRA. CLAUDIA RAMÍREZ DEL OLMO

AUTORIZACIÓN



---

DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER  
TUTOR DE TESIS Y JEFE DE SERVICIO DE GERIATRIA

## **DEDICATORIA**

### **A MIS PADRES**

ADOLFO E IRMA: AGRADEZCO SU AMOR Y CONFIANZA, LOS CUALES AYUDARON A REALIZAR UNO DE TANTOS SUEÑOS EN MI VIDA.

### **A MIS HERMANAS**

OLIS Y ALE, POR SU ORIENTACION, CONSUELO EN LOS MOMENTOS MAS DIFICILES, SU EJEMPLO Y DEDICACION ME PERMITIERON LLEGAR A LA META.

### **A MIS PROFESORES**

QUE CON SU DEDICACION ME COMPARTIERON SU CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA.

A LOS PACIENTES QUE SON UN LIBRO ABIERTO.

A TI, SEÑOR JESUCRISTO EL MEJOR AMIGO, GRACIAS POR LA VIDA Y LAS OPORTUNIDADES TAN GRANDES QUE ME REGALAS DIA A DIA, Y ESPECIALMENTE POR EL AMOR QUE ME PERMITES EXPERIMENTAR AL DESEMPEÑAR MI PROFESION.

A TI PEPE POR PERMITIRME AMARTE Y COMPARTIR CONMIGO TU ALEGRIA, COMPRESION, TERNURA, PACIENCIA, FACILITANDOME LAS ADVERSIDADES Y DISFRUTAR DE LOS CAMBIOS QUE SON NESECARIOS PARA CRECER Y TRASCENDER. TE QUIERO MUCHO.

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	1
INDICE DE CONTENIDO.....	2
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
PROBLEMA.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	14
HIPOTESIS.....	15
OBJETIVOS.....	16
MATERIAL Y MÉTODO.....	17
CRITERIOS.....	18
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	19
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	20
TIEMPO DE ESTUDIO.....	21
MÉTODO ESTADÍSTICO.....	22
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.....	23
RESULTADOS.....	26
CUADROS Y GRAFICAS.....	27
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIÓN.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la incidencia de Colapso del Cuidador en el Servicio de Geriátría del Hospital General de México, O.D.

**DISEÑO.** Estudio descriptivo, observacional de cohorte transversal.

**LUGAR Y TIEMPO:** Servicio de Geriátría del Hospital General de México, O.D.  
En el periodo comprendido en los meses de Septiembre-Octubre del 2000.

**POBLACION:** Pacientes hospitalizados y cuidadores de pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de geriatría del Hospital General de México, O.D.

**MATERIAL Y METODOS:** Se aplicó la escala de Colapso del Cuidador de Zaritt y se tomaron otras escalas para evaluación del perfil del binomio paciente cuidador como fue la del maltrato al cuidador.

**RESULTADOS:** Se encontró un 6 % de incidencia de Sobrecarga del cuidador, no hubo casos de Colapso del Cuidador, uno de los cuidadores con sobrecarga tenía una discapacidad física que lo diferenció del perfil general de los cuidadores.

**CONCLUSION:** Es evidente que el perfil encontrado es similar al descrito en la bibliografía médica y es importante que este se evalúe desde la primera entrevista y durante el seguimiento, para poder detectar a tiempo la sobrecarga o el colapso ya que esto repercute en la salud del binomio paciente adulto mayor – cuidador primario.

**PALABRAS CLAVES.** Adulto mayor, Cuidador primario, Sobrecarga del Cuidador, Colapso del Cuidador.

## INTRODUCCION

La familia en México es el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único para el adulto mayor. Este sistema le proporciona una infinidad de servicios como apoyo emocional, económico, toma de decisiones y asistencia instrumental cuando es necesario cuidarlo, el cuidado y preocupación surgen de compromisos emocionales sólidos basados en valores culturales con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de todos sus integrantes. El papel de la familia de una persona mayor se intensifica cuando se presenta una invalidez o enfermedad crónica, la fragilidad en el viejo es un desafío *importante a la forma en que la familia dispone de recursos para resolver diversos problemas.* (1) La capacidad de respuesta para enfrentar los grandes cambios en la vida varía de una familia a otra. La calidad tanto del viejo como de todo el núcleo familiar *dependen de la manera en que comprendan, manejen y reduzcan la invalidez*

La familia ampliada que encontrábamos en el medio rural, integrada por tres o cuatro generaciones, con valores y tradiciones sólidas, *el amor, la solidaridad, la convivencia, tolerancia, paciencia y el intercambio de servicio, con roles de cuidado y atención* los viejos muy definidos, son actitudes y valores que están cambiando con el proceso de migración hacia el medio urbano.

Especialmente en las grandes ciudades las condiciones de vida y trabajo han impuesto un nuevo *de estilo de vida* cada vez más deshumanizado. La familia nuclear, las condiciones de vivienda pequeña, en donde sólo hay espacio para una generación. Las distancias entre el domicilio de los hijos adultos y de los

padres envejecidos son enormes.(2) La mujer se incorpora al mercado de trabajo para mejorar el ingreso familiar y poco a poco las condiciones económicas se transforman y exigen la participación total de la mujer.(3)

Aún en el caso de parejas con dos ingresos a veces estos no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de la familia. Hay un incremento en el número de mujeres solas que se convierten en jefes de familia, las responsabilidades aumentan hacia los hijos y para subsistir, aunado a largas horas de jornada de trabajo a las que hay que sumar el tiempo de transporte.

Cuando los padres envejecen y además presentan una o más enfermedades crónicas e invalidantes se requieren grandes cambios en la vida personal, reorganizar la vida y encontrar el tiempo para ayudarlos en ciertas tareas como: compras, pagos, manejo de finanzas, transportación al médico y tratamientos, diversión y labores dentro del hogar como limpieza, elaboración de alimentos, asistencia en la higiene personal, administración de medicamentos, movilización etc. Algunas enfermedades requieren vigilancia y supervisión en tiempos cortos o a distancia vía telefónica, mientras que en otros casos, los cambios tienen que ser más drásticos, hay que mudar a los padres envejecidos a la casa de los hijos adultos y viceversa. Las familias pequeñas cuentan con menos integrantes para hacerse cargo de la invalidez. (4)

Hay un mayor número de hijas y nueras que se tienen que hacer cargo de la nueva situación. El número de mujeres en cualquier grupo etareo es mayor, pero especialmente en la vejez hay un número de mujeres solas o que fueron jefes de familia, o nunca se casaron, divorciadas, separadas y viudas.

Entre cónyuges viejos muchos varones se hacen cargo de la esposa enferma, los que trabajan a veces tienen que decidir entre seguir trabajando o dedicarse a cuidar a la cónyuge; para el varón según estudios internacionales, es relativamente más sencillo pedir y recibir ayuda o contratar personal que haga las funciones domésticas necesarias y de atención a la enferma, si es que cuentan con los recursos económicos necesarios. A la mujer le ha sido impuesto el rol o *la función de cuidadora* que aparece ideológicamente como algo natural y esta relación dificulta pedir ayuda, sobre todo entre mayores, por un factor de prestigio, muchas veces no se atreven a manifestar que requieren ayuda y que si no la reciben están en peligro de perder la salud y la vida,dejando al enfermo en el desamparo. (3)

Para las hijas adultas, a las múltiples ocupaciones impuestas por la vida moderna se suman nuevas responsabilidades de cuidar a uno de los padres envejecidos o ambos, aunado a la exigua economía que no da para satisfacer las necesidades básicas del grupo primario, se tienen que erogar los nuevos gastos que demandan las enfermedades invalidantes y sin recursos comunitarios que simplifiquen la vida de estos enfermos y cuidadores, con insuficientes centros de atención diurna y de respiro, la situación se complica para la familia. La población envejecida se siente marginada, se considera una carga y muchas veces un estorbo. (5) Tan sólo un 10% de la población vieja cuenta con jubilación o pensión por vejez. Los hijos suelen representar el sostén más importante de los viejos en situación de dependencia.

Pero en geriatría **¿QUÉ ES EL CUIDADOR PRIMARIO?** Es aquella persona que tiene que asumir la mayor parte de la responsabilidad del cuidado del paciente que requiere dar apoyo especial y frecuente al adulto mayor que ha perdido la capacidad de cuidarse a sí mismo parcial o totalmente, y otra consideración importante a tomar en cuenta es **¿QUIEN ES EL CUIDADOR?** Esposos, hijas, hijos, nueras, familia en segundo grado o cercana, amistades, vecinos o bien una persona la cual recibe una remuneración económica. Señalando que para un familiar significa el ser cuidador el único recurso disponible para la planeación y desarrollo de las estrategias utilizadas junto con el equipo de salud para dicho cuidado. En su gran mayoría los cuidadores son mujeres, esposas, hijas o nueras. aunque también hay varones que cuidan a la cónyuge o a la madre enferma. Es aquí en donde el tipo de familia influye determinantemente ya que dependiendo de la estructura o composición sabremos con que recursos se cuentan, no es igual el caso de un matrimonio sólo, ambos envejecidos, sin hijos, ni familia cercana, que una familia con hijos adultos cercanos y bien integrados, un padre sólo con hijos distantes y resentidos, una mujer sola con hijo o hija único, o una mujer sola sin hijos. (6) Las diferencias individuales y culturales de las personas y de las familias hacen de cada caso uno diferente, sin embargo podemos hablar de situaciones y denominadores comunes que se presentan en los cuidadores. Dependiendo de la historia familiar, las actitudes y los valores de cada grupo, sus circunstancias y condiciones sociales, económicas y emocionales, determinaran que la familia esté en condiciones de contener a sus integrantes con una conciencia de grupo y ofrecer entonces las mejores posibilidades de cuidado y

evitar el desgaste psicológico, físico y social excesivo que lo lleve a un COLAPSO. (7)

La pérdida de la independencia de los viejos es al mismo tiempo que frecuente una fuente seria de problemas en la salud del paciente y el cuidador. El paciente viejo pierde la capacidad para cuidarse, especialmente si existe una demencia entre sus diagnósticos, a más fragilidad más posibilidad de requerir apoyo. (8)

Cuando más apoyo se requiere en un paciente más existe la posibilidad de agotar al cuidador, aunque este factor no es único, ya que dependiendo de las circunstancias particulares de cada cuidador el nivel de estrés al que se ve sometido es diferente. De esto surge que el familiar que es cuidador tiene un fuerte impacto social ya que aún en las mejores condiciones, la enfermedad, invalidez y dependencia suelen tomarnos por sorpresa y desprevenidos a enfrentarla, lo que frecuentemente altera el ritmo habitual de la vida. La familia inicia un cambio en su funcionamiento interno tanto en tareas y en roles establecidos anteriormente, adquiriendo nuevas responsabilidades que se agregan a las previas que ya son cuantiosas y se imponen cambios al estilo de vida con repercusión al cuidador adulto mayor. Toda la atención se centra en el enfermo, se descuida el trabajo, se merma la eficiencia y en casos extremos hasta es necesario renunciar al empleo con las graves consecuencias que esto conlleva. Así también se descuidan otros integrantes de la familia, si la cuidadora es casada y con hijos.

Por otra parte el impacto económico se generará ya que cualquier enfermedad que requiera de contratar personal ya sea especializado o no, rebasa el ingreso

familiar común, la economía se debe reorientar sacrificando desde las necesidades básicas hasta los placeres elementales. El riesgo de perder el trabajo con y el ingreso por no ser compatibles con las demandas del cuidado. El no contar con recursos suficientes en el eventual caso de institucionalización del enfermo.

El impacto emocional se ve afectado ya que los intereses propios se desatienden y sacrifican por la atención al enfermo, disminuyendo el gusto por la vida y provocando en el cuidador un factor más hacia la depresión. Las crecientes demandas del enfermo producen cansancio ascendente y un gran estrés que impone al cuidador exigencias personales inalcanzables. Se experimentan sentimientos fuertes como miedo a perder el control, a requerir de otros, a perder la dignidad. La vergüenza es otro sentimiento poco reconocido en estos casos, cuesta trabajo reconocer la realidad de problemas crónicos e invalidantes, por ejemplo en el caso de la demencia la fantasía de la existencia de la locura. El cuidador puede sentirse deprimido, ansioso, angustiado y aislado socialmente. La carga emocional aumenta si el cuidador no cuenta con un interlocutor que escuche sus problemas y lo comprenda sin ser criticado por su desempeño. No tener con quien hablar cuando está molesto o con problema, ni alguien que lo aliente o comparta información. Además, observar el deterioro físico o intelectual de un familiar genera una gran pérdida. Así mismo el impacto físico para el cuidador cuando la movilización del enfermo es poca y el tamaño de él es menor como también la fuerza. La salud física del cuidador puede estar en riesgo por el estrés generado, es frecuente la pérdida de apetito, alteraciones en el sueño, estar

fatigado, llorar con frecuencia, no descansar ni relajarse, en suma, desatender la salud propia. Para muchos individuos todas estas situaciones pueden tener un impacto negativo, que poco a poco al sobrepasar sus recursos hagan la carga del cuidado muy pesada y lo lleven al colapso. (9)

## **COLAPSO DEL CUIDADOR**

El tema del cuidado y la gran carga que esta actividad representa se ha considerado como un síndrome geriátrico.

La literatura internacional refiere un gran número de estudios sobre los diferentes grados de estrés que se generan en el cuidador y la forma en que estos afectan al estado general de salud tanto del que cuida como del paciente; así mismo, se han estudiado las consecuencias positivas y negativas de cuidar pacientes viejos que padecen enfermedades crónicas e invalidantes con diversos grados de deterioro. (10)

El cuidador agotado deteriora su salud y cada vez es menos capaz de cumplir con las demandas crecientes del familiar enfermo. Por todos los cambios que se imponen al cuidar un paciente cada vez más dependiente, las más de las veces con poca o mala información sobre la enfermedad del familiar, el proceso de cuidar se vive como una carga, una gran carga, experimentada por cada cuidador en forma totalmente diferente, tan difícil de evaluar autores como Zaritt (11), Gwyther (7) y Stone, se han dedicado a investigar factores comunes y a desarrollar escalas de medición. El colapso del cuidador se presenta cuando una

carga del cuidado sobrepasa la capacidad y los recursos del cuidador y es tan grave que puede provocar estrés excesivo, riesgo de muerte e incluso suicidio.

Como desafortunadamente en nuestra sociedad existe una gran desinformación y desconocimiento sobre el proceso de envejecimiento, las enfermedades que se presentan en esta etapa de la vida, especialmente de las demencias, el problema incrementa fuertemente la carga de los cuidadores y ocasiona aún entre las personas bien intencionadas un cuidado inadecuado. (12) La buena intención no basta, se requieren conocimientos que deben ser proporcionados por el personal de salud, mismo que en ocasiones tampoco los tiene a su alcance por eso al estar falto de esta información se colapsa. Otra situación que presenta el cuidador es el duelo cuya causa es la respuesta emocional a cualquier pérdida por tanto es normal que quienes cuidan de alguien con una enfermedad crónica o invalidante lo experimenten. (13) El duelo que acompaña a la muerte es aceptado y reconocido socialmente, el duelo anticipado asociado a las enfermedades crónicas es todavía poco conocido y mal interpretado no sólo por quienes lo padecen, sino aún entre algunos profesionales de la salud, quienes también viven el duelo por contacto diario con pacientes. Varios autores han descrito el duelo anticipado de los cuidadores de enfermos crónicos, basados en las etapas que la Dra Klüber-Ross observó en pacientes terminales: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. (14)

Cuidar puede ser tan extenuante que muchos prefieren refugiarse en la negación del problema y su magnitud. Un gran enojo de la poca fortuna que les produce la enfermedad del familiar y hasta culpabilidad por ser la parte sana y

creer que no se puede desarrollar el papel de cuidador adecuadamente. Uno de los problemas más importante en el duelo anticipado es la falta de apoyo social, ya que quienes no están inmersos en el problema no pueden comprender el significado de cada pérdida. De aquí la necesidad de apoyo al cuidador. (15)

Por este motivo y en base a la poca información descrita en la literatura médica respecto a este síndrome geriátrico se realiza el estudio en el Servicio de Geriatría del Hospital General de México, O.D. (16), con la autorización de los participantes y bajo la conformidad del manejo de la información para la investigación médica.

## PROBLEMA

*El síndrome de colapso del cuidador se considera un síndrome geriátrico ya que la incapacidad y dependencia que tanto se ve en los pacientes viejos, tiene una gran resonancia en el análisis biopsicosocial de la enfermedad, cuando el cuidado es inadecuado los problemas de hospitalización, problemas agudos, inmovilidad, depresión y tantos otros se tornan inmanejables. Si consideramos además, que el cuidador es un miembro de la familia la mayoría de las veces y que además este no tienen un conocimiento del proceso de envejecimiento originándole un impacto a diferentes niveles como son: físico, emocional, social, económico, generándole el Síndrome de Colapso del Cuidador.*

*Por lo que surge la inquietud de valorar la presentación de dicho Síndrome En la población de adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital General de México, O.D.*

## JUSTIFICACIÓN

El presente estudio tiene como final primero valorar la incidencia del Síndrome del Colapso del Cuidador en el Servicio de Geriatría del Hospital General de México, O.D., y atender a la enfermedad del viejo en forma integral tomando a la familia como uno de los tantos puntos básicos en donde se tendrá que enfocar nuestra atención y con ello lograr un apoyo necesario para proteger la salud del adulto mayor y la del cuidador, entendiendo que en muchos casos es otro viejo el cuidador

Reconociendo entonces que el cuidado no es una enfermedad en sí, es un problema de la vida que requiere adaptación y que es deber del profesional de la salud conocerlo a profundidad.

## **HIPÓTESIS**

### **NULA.**

El Colapso del Cuidador tiene incidencia en el Servicio de Geriatría del Hospital General de México, O.D.

### **ALTERNA.**

El Colapso del Cuidador no tiene incidencia en el Servicio de Geriatría del Hospital General de México, O.D.

## OBJETIVOS

- 1.- Definir mediante una escala clínicométrica, el síndrome de Colapso del Cuidador.
  
- 2.- Detectar a través del estudio:
  - A. Características generales relacionadas al cuidador.
  - B. Características generales relacionadas con el paciente
  
- 3.- Definir la incidencia del síndrome del Colapso del Cuidador en el Servicio de Geriátrica del Hospital General de México, O.D.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se utilizó para esta investigación la escala del cuidador diseñada por Zaritt la cual a sido validada internacionalmente. Esta fue aplicada al cuidador primario durante la hospitalización de su paciente. También obtuvimos apoyo de la historia clínica geriátrica y de variables obtenidas de otra escala " Maltrato del Adulto Mayor " (16) para orientar el perfil del binomio cuidador-paciente.

Esta información se concentró en una base de datos previa calificación: No sobrecarga, Sobrecarga y Colapso del Cuidador, de acuerdo a puntuación establecida por la escala de Zaritt.

Con relación a los recursos humanos sólo fue necesario la participación del investigador y dentro de los requerimientos materiales fue necesario 50 cuestionarios impresos y una computadora como base de datos.

La investigación no implicó gastos debido al apoyo del centro de computo del Hospital General de México, O.D.

### **CONSIDERACION ETICA**

Todos los individuos sujetos a investigación fueron notificados del protocolo obteniendo de ellos el consentimiento informado para el manejo de la información obtenida.

## CRITERIOS

### INCLUSION:

- 1.- Se incluyeron a pacientes con edad igual o mayor a 70 años, quienes ingresaron al Servicio de Geriatría del Hospital General de México, O.D., durante los meses de Septiembre y Octubre del 2000.
- 2.- Aquellos que contaban con cuidador primario.

### NO INCLUSION:

- 1.- Pacientes que ingresaban sin cuidador primario.
- 2 - Quienes no aceptaron participar en la investigación.

## TIPO DE INVESTIGACION

Estudio observacional, descriptivo de cohorte transversal.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra es representativa ya que se obtuvo a través de una cohorte con respecto a la incidencia reportada en la *bibliografía médica internacional*, siendo de 50 PACIENTES para el análisis y evaluación.

## TIEMPO DE ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital General de México, O.D. ubicado en la calle de Dr. Balmis 148, Col. Doctores, C.P. 06720 Del. Cuahutemoc, México, D.F., durante el periodo comprendido entre los meses de Septiembre-October del año 2000.

## METODO ESTADISTICO

**INCIDENCIA:**                      Número de casos

$$\frac{\text{Número de casos}}{\text{Número de pacientes estudiados}} \times 100$$

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
SERVICIO DE GERIATRÍA  
ENCUESTA PARA EL PERFIL DEL ADULTO MAYOR**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Sexo : \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Religión : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ADULTO MAYOR

SI

NO

1.- EDAD		
> 70 años		
> 80 años		
> 90 años		
2.-ESCOLARIDAD NULA O PRIMARIA INCOMPLETA		
EDUCACION MEDIA		
EDUCACION MEDIA SUPERIOR		
3 - ECONOMIA		
DEPENDENCIA		
NO DEPENDENCIA		
4.-RED FAMILIAR		
MALA RED DE APOYO FAMILIAR		
HISTORIA DE AGRESIONES INTRA FAMILIARES		
FALTA DE PRIVACIDAD		
5.- TOXICOMANIAS		
TABAQUISMO ACTIVO		
CONSUMO DE ALCOHOL		
CONSUMO DE OTRAS DROGAS		
6 - PATOLOGIA AGREGADA		
TRASTORNO PSIQUIÁTRICO YA ESTABLECIDO		
EVENTO VASCULAR CEREBRAL		
FRACTURA DE CADERA		
7 - SÍNDROME GERIÁTRICO ASOCIADO		
INMOVILIDAD		
DETERIORO COGNOSCITIVO		
INCONTINENCIA FECAL O URINARIA		
CAÍDAS O INESTABILIDAD		
FRAGILIDAD		
DEPRESIÓN		
POLIFARMACIA		

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**  
**SERVICIO DE GERIATRÍA**  
**ENCUESTA PARA EL PERFIL DEL CUIDADOR PRIMARIO**

Fecha : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Expediente: \_\_\_\_\_

Nombre del Cuidador: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

CUIDADOR PRIMARIO

SI

NO

1 - EDAD		
< 16 AÑOS		
> 16 AÑOS		
> 65 AÑOS		
2 - ESCOLARIDAD NULA O PRIMARIA INCOMPLETA		
EDUCACION MEDIA		
EDUCACION MEDIA SUPERIOR		
3 - HISTORIA DE AGRESIONES INTRA FAMILIARES		
4 - DEPENDENCIA ECONOMICA		
5 - OCUPACION		
OFICIO		
PROFESION		
OTROS ¿ CUAL ?		
6 - INGRESO ECONOMICO MENSUAL		
< SALARIO MINIMO		
MINIMO		
> SALARIO MINIMO		
7 - TOXICOMANIAS		
TABAQUISMO ACTIVO		
CONSUMO DE ALCOHOL		
CONSUMO DE OTRAS DROGAS		
8 - PATOLOGIA AGREGADA		
TRASTORNO PSIQUIATRICO YA ESTABLECIDO		
ENFERMEDADES DISCAPACITANTES		
OTRAS ¿ CUAL ?		
9 - DUERME EN EL MISMO CUARTO QUE EL PACIENTE		
10 - TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO		
DEDICA MAS DE 40 HR. POR SEMANA		
HA CUIDADO AL MISMO PACIENTE POR MAS DE 1 AÑO		
11 - FALTA PRIVACIDAD O SOCIALIZACION		
12 - EMBARAZO O CUIDADO DE MENORES DE EDAD		
13 - INTERRUPCION DEL SUENO OCASIONADO POR EL PACIENTE		
14 - RELIGION		
CATOLICO		
OTROS ¿ CUAL ?		
15 - TIPO DE VIVIENDA		
PROPIA		
RENTADA		
OTRA ¿ CUAL ?		

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO**  
**SERVICIO DE GERIATRÍA**  
**ENTREVISTA DEL COLAPSO AL CUIDADOR DE ZARITT**

Fecha :   /  /  

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Sexo : \_\_\_\_\_  
 Expediente : \_\_\_\_\_  
 Nombre del Cuidador : \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_ Sexo : \_\_\_\_\_

Pregunta	0	1	2	3	4
1 - ¿ SIENTE USTED QUE SU FAMILIAR SOLICITA MAS AYUDA DE LA QUE REALMENTE NECESITA?					
2 - ¿ SIENTE USTED QUE A CAUSA DEL TIEMPO QUE GASTA CON SU FAMILIAR YA NO TIENE TIEMPO PARA USTED MISMO?					
3 - ¿ SE SIENTE ESTRESADA/O AL TENER QUE CUIDAR A SU FAMILIAR Y TENER ADEMÁS QUE ATENDER OTRAS RESPONSABILIDADES? ( POR EJEMPLO, CON SU FAMILIA O EN EL TRABAJO)					
4 - ¿ SE SIENTE AVERGONZADA/O POR EL COMPORTAMIENTO DE SU FAMILIAR?					
5 - ¿ SE SIENTE IRRITADA/O CUANDO ESTA CERCA DE SU FAMILIAR?					
6 - ¿ CREE QUE LA SITUACIÓN ACTUAL AFECTA A SU RELACION CON AMIGOS U OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA DE FORMA NEGATIVA?					
7 - ¿ SIENTE TEMOR POR EL FUTURO QUE ESPERA A SU FAMILIAR?					
8 - ¿ SIENTE QUE SU FAMILIAR DEPENDE DE USTED?					
9 - ¿ SE SIENTE AGOTADA/O CUANDO TIENE QUE ESTAR JUNTO A SU FAMILIAR?					
10 - ¿ SIENTE USTED QUE SU SALUD SE HA VISTO AFECTADA POR TENER QUE CUIDAR A SU FAMILIAR?					
11 - ¿ SIENTE QUE NO TIENE LA VIDA PRIVADA QUE DESEARIA A CAUSA DE SU FAMILIAR?					
12 - ¿ CREE USTED QUE SU VIDA SOCIAL SE HA RESENTIDO POR CUIDAR A SU FAMILIAR?					
13 - ( SI EL ENTREVISTADO VIVE CON EL PACIENTE ) ¿ SE SIENTE INCOMODA/O POR INVITAR AMIGOS A CASA A CAUSA DE SU FAMILIAR?					
14 - ¿ CREE QUE SU FAMILIAR ESPERA QUE USTED LE CUIDE COMO SI FUERA LA ÚNICA PERSONA CON LA QUE PUDIERA CONTAR?					
15 - ¿ CREE USTED QUE NO DISPONE DE DINERO SUFICIENTE PARA CUIDAR A SU FAMILIAR ADEMÁS DE SUS GASTOS?					
16 - ¿ SIENTE QUE NO VA A SER CAPAZ DE CUIDAR A SU FAMILIAR DURANTE MAS TIEMPO?					
17 - ¿ SIENTE QUE HA PERDIDO EL CONTROL DE SU VIDA DESDE QUE LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR SE MANIFESTO?					
18 - ¿ DESEARIA PODER ENCARGAR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR A OTRA PERSONA?					
19 - ¿ SE SIENTE INSEGURO ACERCA DE LO QUE DEBE HACER CON SU FAMILIAR?					
20 - ¿ SIENTE QUE DEBERIA HACER MAS DE LO QUE ESTA HACIENDO POR SU FAMILIAR?					
21 - ¿ CREE QUE PODRIA CUIDAR USTED A SU FAMILIAR MEJOR DE LO QUE LO HACE?					
22 - EN GENERAL, ¿ SE SIENTE MUY SOBRECARGADA/O AL TENER QUE CUIDAR A SU FAMILIAR?					

0= NUNCA    1= RARA VEZ    2= A VECES    3= CON FRECUENCIA    4= CASI SIEMPRE  
 PUNTUACIÓN: < 47: NO SOBRECARGA; 47-55: SOBRECARGA; >55: COLAPSO

ZARITT S, NANCY O, JUDY Z. The hidden victims of AD families under stress. New York: University Press, 1995.

## RESULTADOS

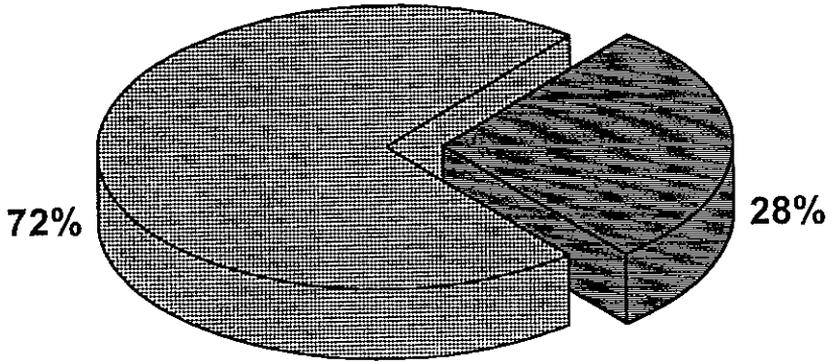
Los resultados obtenidos en el presente estudio son:

En la población geriátrica se encontró el siguiente perfil: 72% fueron hombres y 28% mujeres, edad promedio 70 años, viudez un 94%, analfabetismo en el 80%, dependencia económica el 82%, nivel económico bajo en 90%, red de apoyo adecuada 86%, religión católica 84%. El 54% de ellos tenía patología agregada siendo la diabetes mellitus y la hipertensión arterial las más frecuentes. Se asociaron otros síndromes geriátricos en un 60%. La depresión fue la más frecuente en un 36% siguiéndole en orden de importancia la polifarmacia con un 28%.

Mientras que en la población de los cuidadores el perfil fue el siguiente: 68% de los cuidadores fueron hijos del adulto mayor, correspondiendo el 80% al sexo femenino, no hubo menores edad como cuidadores. La edad promedio fue de 60 años, dos fueron adultos mayores, 68% casados, 84% católicos. Tenían vivienda propia el 40%, el 58% fueron independientes económicamente y el ingreso mensual menor del salario mínimo en un 34%. El 50% tenía cuidando por más de un año al paciente y el 52% le dedicaba más de 40 horas semanales al cuidado, refiriendo repercusión del sueño en 38%.

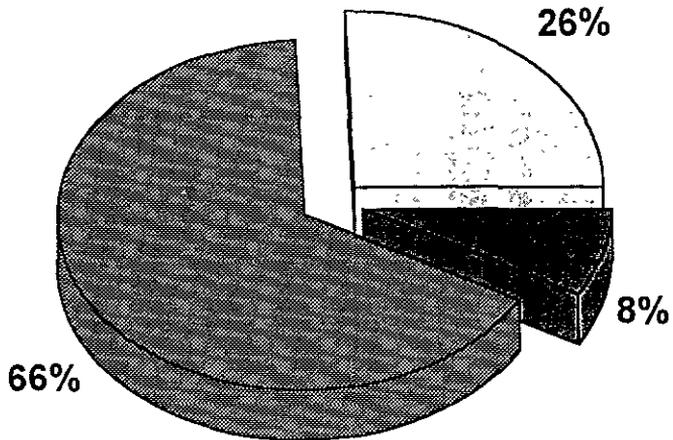
De ellos el 16% presentaban patología agregada y el 6% tenían una enfermedad discapacitante, la toxicomanía más frecuente fue el tabaquismo en un 14%. Finalmente con la escala de Zaritt se detectaron 3 cuidadores con sobrecarga correspondiendo 6%. No hubo casos de colapso del cuidador.

## ADULTO MAYOR RELACIÓN POR SEXO



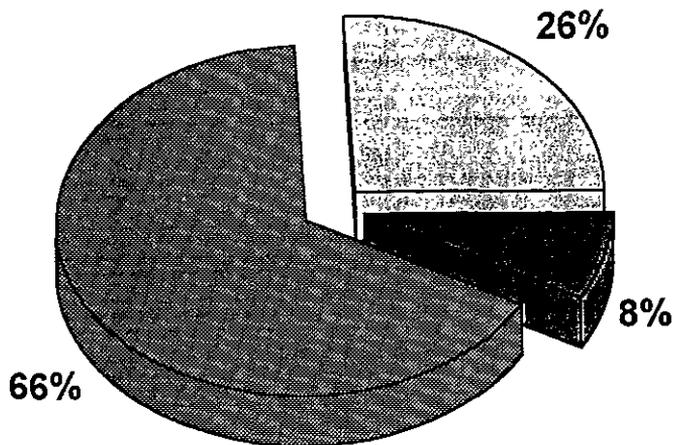
■ HOMBRES ■ MUJERES

## ADULTO MAYOR FRECUENCIA POR EDAD



■ 70 AÑOS □ > 80 AÑOS ■ > 90 AÑOS

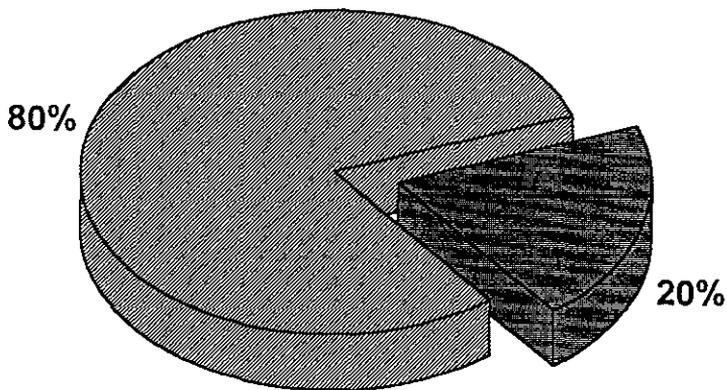
## ADULTO MAYOR FRECUENCIA POR EDAD



■ 70 AÑOS   ■ > 80 AÑOS   ■ > 90 AÑOS

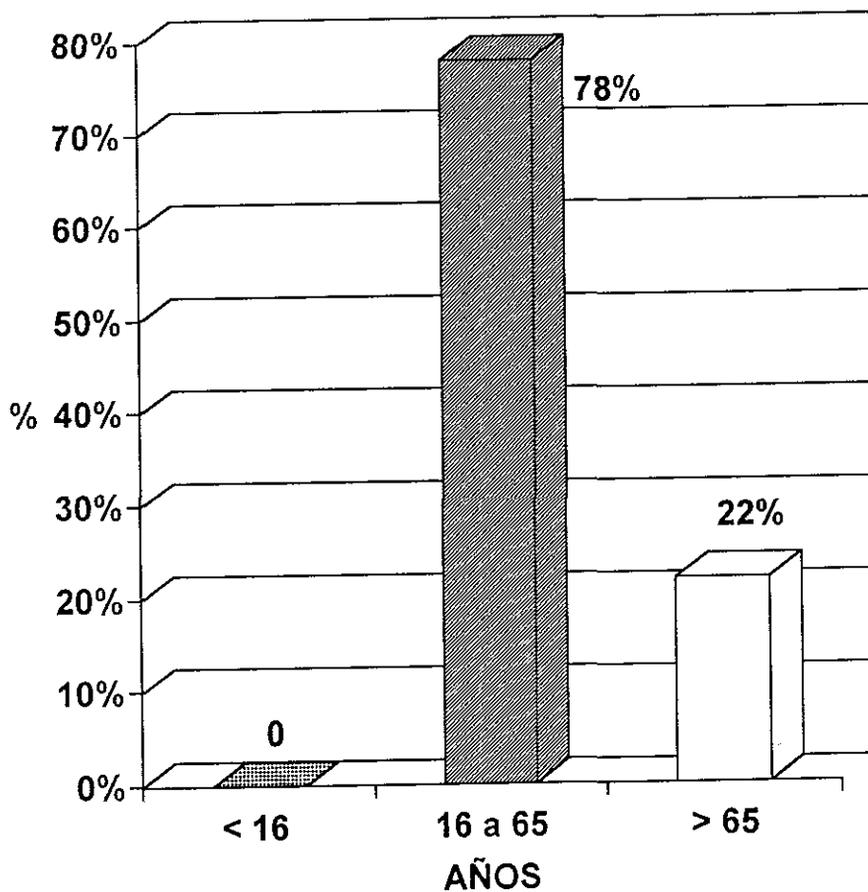
ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## CUIDADOR PRIMARIO RELACIÓN POR SEXO

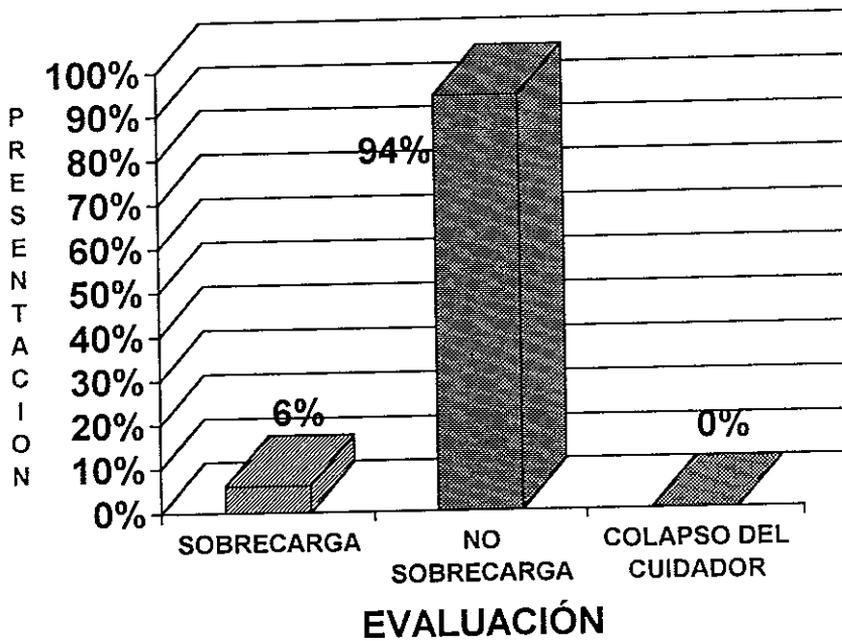


■ HOMBRES ■ MUJERES

## CUIDADOR PRIMARIO FRECUENCIA POR EDAD



## PORCENTAJE SEGUN ESCALA DE ZARITT



## CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DEL CUIDADO PRIMARIO

TABLA 1

Variable	Porcentaje
Sexo femenino	80%
Edad: 16 a 65 años	78%
Escolaridad: nula o primaria incompleta	52%
No historia de agregación intra familiar	90%
No dependencia económica	58%
Ama de casa	42%
>Salario mínimo	34%
Sin patología agregada	84%
Dedica >de 40 hrs. ala semana de cuidado al paciente	52%
Ha cuidado al paciente por mas de un año	50%
Interrumpe el sueño a causa del cuidado del paciente	38%
Religión católica	84%
Vivienda propia	40%
Hijos del paciente	68%
Estado civil casada	68%

## CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DE LOS ADULTOS MAYORES

TABLA 2

Variable	Porcentaje
Sexo: femenino	72%
Edad: 70 años	66%
Edad civil. viudez	94%
Escolaridad: nula o primaria incompleta	80%
Dependencia económica	82%
Red familiar de apoyo adecuada	86%
Historia de No agresión familiar	84%
Patología agregada	54%
I-. DIABETES MELLITUS	32%
Síndrome geriátrico agregado	60%
I-. Depresión	36%
II-. Polifarmacia	28%
III-. Caídas	12%

## DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en esta investigación se apegan en su *gran mayoría* a los reportes que se describen en la literatura médica para el perfil del cuidador latino, el cual a pesar de estar ingresando a la nueva corriente económica y política de globalización, conserva aún valores y tradiciones familiares proporcionando al viejo un ambiente tendiente a mantener una calidad de vida adecuada.

Sin embargo, esta transición económica genera en las grandes ciudades nuevos estilos de vida, tal es el caso de la Ciudad de México, favoreciendo la deshumanización y el agrupamiento en familias nucleares, donde el anciano es relegado.

La mujer se incorpora al mercado laboral económico para mejorar el ingreso familiar, teniendo responsabilidades que saturan su tiempo, sumándole que son ellas las que en su mayoría por costumbre social están a cargo del cuidado del adulto mayor, el cual es susceptible por el mismo proceso de envejecimiento a padecer enfermedades cronicodegenerativas, aunado a ser dependientes en lo económico, social y físico, además de tener concomitantemente asociado algún síndrome geriátrico como la polifarmacia y la depresión.

Pese a estos perfiles es difícil realizar el diagnóstico en etapas tempranas ya que la tolerancia y los esfuerzos que se ponen en juego, permiten llevar a un inicio la sobrecarga sin embargo al paso del tiempo se agota hasta llegar al colapso

Es por ello que debemos poner énfasis a esta situación y como personal de salud cualquiera que sea nuestra especialidad atender al binomio paciente- cuidador, apoyandolos en forma individual favoreciendo técnicas de relajamiento, terapia psicológica y el apoyo multidisciplinario cuando se requiera disminuyendo o evitando la carga que conlleva, misma que en un momento dado repercutirá en su salud.

La investigación anterior nuevamente aporta la necesidad de tener en cuenta a este tipo de problemática emocional y física del cuidador a fin de evitarle una inadecuada integración familiar y social.

Seria conveniente que en investigaciones posteriores se realicen más estudios gerontológicos en diferentes grupos sociales, económicos y culturales para conocer y tratar de resolver este síndrome que desafortunadamente con el cambio demografico del envejecimiento será mas frecuente.

## CONCLUSIONES

El presente estudio nos permite observar la relevancia que tiene el Síndrome del Colapso del Cuidador, debido a que el tipo de cuidado otorgado al adulto mayor tendrá un impacto biopsicosocial en detrimento ó a favor de su salud. Se concluye entonces que los cuidadores más involucrados son personas, próximos a pertenecer a la *tercera edad* de predominio del sexo femenino, que son independientes económicamente y que, además, atienden labores propias de una familia y el hogar.

Se observa que un gran porcentaje de cuidadores tiene un periodo prolongado de hacerse cargo del paciente por lo que son más vulnerables a presentar desequilibrio tanto físico como emocional que en un momento dado mermara su calidad de vida y favorecerá la presentación de colapso del cuidador.

Finalmente en este estudio no hubo incidencia de Colapso del Cuidador.

## BIBLIOGRAFIA

1. Brody, E. The aging family. *Annals of the American Academy of political a Social Science*, 1978. 483. 13-27.
2. Schotle op Reimer WJ. *The burden of caregiving in patners of long-term stroke survivors*. *Stroke* 1998 Aug 29 (8): P 1605-11.
3. Logan C. *The caring role of women*. England, Great Britian: Departmente of clinical psychology, University of Liverpool ADS New sletter, Dec, 1996-Jan,1997.
4. Okabayashi H; Sugisawa H. Et al. *The factor structure of coping strategies and their effects on burnout among primary caregivers of impaired elderly persons*. *Shinrigaku Kenyu* 1999 Feb; 69(6): p 486-93.
5. Branch, L. Jette, A. *Elder's use of informal long-term care assitence*. *Gerontologist*, 1983,3,51-56.
6. Galluzi KE. *Caring for the caregivers*. *J Am Osteopath Assoc* 1999 Sep; 99 (Suppl):pS 17-20.
7. Gwyther L. *Caring for carevigers, what have laerned*. México: VI Congreso Internacional ADI 1990.
8. Mace N. Rabbins P. *Cuando el día tiene 36 horas*. 2ª edición México: Pax,1998.
9. Almborg B; Grafstrom M; Winblad B. *Major Strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives*. *J Adv Nurs* 1997 Oct;26(4): P 683-91.
10. Cohen D, Carl E. *The loss of self*. A Plumebook, Nal Peguin, 1986.
11. Zaritt S, Nancy O, Judy Z. *The hidden victims of AD families under stress*. New York: University Press, 1995.
12. Almborg B; Grafstrom M; Winbland B. *Caring for a demented elderly person-burden and burnout among caregiving relatives*. *J Adv Nurs* 1997 Jan;25(1):p 109-16.

13. Noji A; et al. A study on health and caregiving status of the elderly over age 75 living in urban Tokio-social services and caregiving for the bedridden and senile elderly. Seiroka Kango Daigaku Kiyo 1995;21: 14-24
14. Mendoza ML. Colapso del Cuidador en Rodríguez GR . GERIATRIA México D.F.,1999. p 224-229.
15. Brody, E. Women in the middle and family help to older people. Gerontologist, 1981,21,471-480.
16. Vidales Olivo JA. Elaboración de una escala para el diagnóstico de Maltrato en los Adultos Mayores en la tesis que para obtener el título de Especialista en Geriátria. Servicio de Geriátria del Hospital General de México. UNAM 1999.