



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6  
QUERÉTARO, QRO.

**RELACIÓN ENTRE CARGA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. LUZ MARÍA OCHOA OLVERA**

**SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. ABRIL DEL 2012**



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.

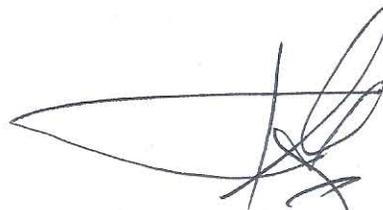
**RELACIÓN ENTRE CARGA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

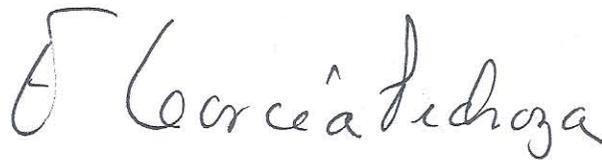
**PRESENTA**

**DRA. LUZ MARÍA OCHOA OLVERA**

**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

# RELACIÓN ENTRE CARGA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. LUZ MARÍA OCHOA OLVERA**

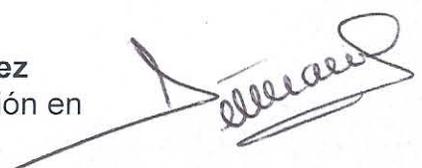
AUTORIZACIONES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No 6

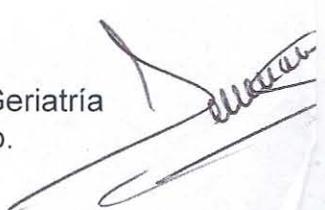
Dra. Leticia Vázquez Hernández



**ASESOR METODOLOGICO**  
**Dra. Martha Leticia Martínez Martínez**  
Coordinadora Delegacional en Investigación en  
Salud, IMSS Delegación Querétaro.



**ASESOR DE TEMA**  
**Dra. Martha Leticia Martínez Martínez**  
Médico Especialista en Medicina Familiar y Maestría en Investigación en Geriatría  
Coordinador Médico en Investigación en Salud IMSS Delegación Qro.



**A EZEQUIEL**

MI COMPAÑERO DE TODOS ESTOS AÑOS, POR SU PACIENCIA, APOYO Y CARIÑO

**A MIS HIJOS EZEQUIEL Y PAULINA**

POR SU COMPRENSIÓN AL QUITARLES TIEMPO COMO MADRE

**A MIS PADRES Y HERMANOS**

POR ESTAR SIEMPRE APOYÁNDOME Y AL PENDIENTE

**A MIS MAESTROS Y ASESORA DE TESIS**

POR COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS Y TIEMPO

## **1.- TITULO**

**“RELACIÓN ENTRE CARGA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR  
DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR”**

## 2.- ÍNDICE GENERAL

1.- TITULO .....	4
2.- ÍNDICE GENERAL.....	5
3.- MARCO TEÓRICO.....	7
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
5.- JUSTIFICACIÓN .....	25
6.- OBJETIVOS .....	26
6.1 General .....	26
6.2 Específicos.....	26
7.- HIPÓTESIS .....	27
8.- METODOLOGÍA.....	27
8.1 -Tipo de estudio.....	27
8.2 -Población, lugar y tiempo de estudio .....	27
8.3 -Tipo de muestra y tamaño de la muestra .....	27
8.4 -Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación .....	28
8.5 -Información a recolectar y variables a recolectar .....	28
Operacionalización de variables .....	31
8.6 -Método o procedimiento para captar la información .....	34
8.7 -Consideraciones éticas.....	34
9.- RESULTADOS .....	35
10.- DISCUSIÓN .....	48
11.- CONCLUSIONES.....	50
11.1.- Propuestas .....	51
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

13.- ANEXOS. ....	56
13.1- Cronograma ... ..	56
13.2- Anexo I Carta de consentimiento informad .....	57
13.3 Anexo II Cuestionario de variables sociodemografica .....	58
13.4 - Anexo III Indice de Katz.....	60
13.5 - Anexo IV Cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL.....	62
13.6- Anexo V Cuestionario de Zarit .....	64

### **3.- MARCO TEÓRICO**

Con la disminución de la natalidad y el progresivo envejecimiento de la población, ya que entre el 2000 y 2006 la población de adultos mayores creció en 1.5 millones de personas, pasando de 6.7 a 8.2 millones, lo que representa un incremento del 20% ,todo lo anterior aunado a mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas ó psíquicas, a condicionado que el número de personas dedicadas al cuidado de familiares enfermos o de personas que así lo requieran debido a su condición, ha ido en aumento

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno con gran impacto en las sociedades actuales; en términos estrictamente demográficos alude al aumento de la importancia relativa de las personas mayores de 65 años y al incremento cada vez mayor de la esperanza de vida. De acuerdo con los criterios de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), una población se considera envejecida si 5% de sus miembros tiene más de 65 años de edad, o si más de 19% tiene más de 60 años <sup>(2,3)</sup>.

Durante las últimas cuatro décadas, México experimentó un acelerado cambio en los ámbitos demográfico y epidemiológico, lo que consolidó su paso a una etapa avanzada de la transición demográfica. Las tendencias, seguidas por los factores del cambio demográfico, determinan no sólo el crecimiento de la población, sino también marcados cambios en su composición por edades.

#### **3.1 Adulto mayor**

El término de adulto mayor lo reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida considerada como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras se debe considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable).

Como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y partícipe de la sociedad.

El envejecimiento tiene implicaciones no sólo para este grupo de edad, sino también para las familias, las instituciones y la sociedad en su conjunto. Uno de los factores que llevan al envejecimiento poblacional es la mayor supervivencia de la población.

Esto ha originado la necesidad de personal preparado en el campo de la Gerontología, lo que implica cambios de actitud hacia el adulto mayor, además del

suministro de servicios. Las personas de edad avanzada necesitan tener un contacto estrecho con quienes les proporcionan cuidados, y que, en ocasiones, pueden actuar también como acompañantes o confidentes.

El envejecimiento de las sociedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas e invalidantes plantean la necesidad de abordar la problemática relacionada con el cuidado y la atención de las personas dependientes. Estos cuidados se realizan en gran medida en el seno de las familias y en menor medida en la red de servicios socio-sanitarios (residencias geriátricas, hospitales, centros especializados, cuidados a domicilio, etc.). Algunas evidencias internacionales muestran que el predominio en el protagonismo de los cuidados a las personas mayores dependientes no se encuentra en los servicios formales de atención sino en el llamado apoyo informal. El apoyo informal se refiere a los cuidados y atenciones que son proporcionados a quien los precisa por sus allegados, familiares, amigos, vecinos, y se caracteriza por la existencia de afectividad en la relación y no está necesariamente profesionalizado.

El envejecimiento saludable implica disfrutar de la vejez en condiciones económicas y personales seguras, participando activamente en la vida familiar y social y con una buena percepción de la salud. Sin embargo, existen evidencias que muestran que un porcentaje de la población anciana necesita de un cuidador ya sea formal o informal (familiar). La presente investigación se centró en el cuidador familiar o informal cuya relación de cuidado está regida por el afecto y solidaridad, en la mayoría de los casos. A pesar de la creencia común que el anciano, en la sociedad contemporánea, ha sido abandonado por su familia, las investigaciones en todo el mundo indican lo contrario.

### 3.2 Cuidador primario

El cuidador primario es la persona que proporciona la mayor asistencia y apoyo a quien padece una enfermedad ó cuenta con una discapacidad, convirtiéndose en ocasiones en paciente oculto <sup>(4)</sup>.

Se denominan cuidadores a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, vestirse) administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras. Otros términos, con los que suele aludirse a la misma actividad de cuidado de los otros, son cuidadores-as familiares a diferencia de cuidadores profesionales externos. Como tantas tareas que se realizan en el seno de los hogares (ámbito privado), es difícil cuantificar el alcance de esta actividad. La inmensa mayoría de estos cuidadores como lo reportan estudios, son mujeres, lo que por sí sólo justifica una denominación del colectivo en femenino “cuidadoras”.

Actualmente existe consenso entre los investigadores de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante, por lo general, los cuidadores primarios llegan a tener complicaciones en su bienestar físico, psicológico y social <sup>(6)</sup>.

Así vemos con más frecuencia en nuestra práctica habitual familias que deben hacerse cargo del cuidado de algunos de sus miembros ancianos con incapacidad para valerse por sí mismos. Estos cambios, incluso, pueden precipitar crisis que amenazan la estabilidad de la familia, y pueden afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados del discapacitado <sup>(5)</sup>.

Generalmente las mujeres se hacen cargo sin problemas de los desvalidos de la familia, ya sean bebés, enfermos o adultos mayores.

En el caso de los bebés, se supone que este cuidado es natural debido al llamado "instinto maternal". Pero en el caso del cuidado de los adultos mayores, hay varias circunstancias que se presentan: grado de invalidez del/de la adulto/a mayor, grado de invalidez de la pareja del/de la adulto/a mayor, situación económica de la familia, disposición para hacerse cargo del anciano/a, que la situación sea balanceada, es decir si el anciano/a vive con alguna hija/o, también los otros se hagan cargo rotativamente., este es uno de los temas más delicados y genera mucha alteración dentro de la familia.

Se entiende que así que los padres cuidaron, mimaron y alimentaron a sus hijos durante la infancia, también ellos deberían hacerse cargo de ellos cuando pierden sus capacidades físicas o síquicas y se transforman de padres en hijos.

En la mayoría de los casos, el cuidado de los ancianos ha recaído sobre las hijas de éstos, en realidad mayoritariamente sobre "una" hija. Esta hija generalmente no tiene pareja y le puede dedicar toda la atención al anciano/anciana, sin que alguien le reclame por sentirse abandonado.

Cuando la persona mayor vive con un hijo, es generalmente la nuera la persona que se hace cargo.

El cuidador es un ser en riesgo de enfermar, debido a la carga psico-afectiva que guarda en la mayoría de las veces, con el paciente atendido, ya que requiere de un esfuerzo físico y emocional importante para realizar sus tareas, con las repercusiones esperadas, por lo que si no se comparte dicho cuidado puede sufrir y ser un enfermo más que cuidar.

El cuidador primario es un sector ignorado por los profesionales de la salud y por ello importante descubrirlo y rescatarlo, antes de ser otro enfermo más que cuidar y de que su cuidado demerite en la atención a su enfermo. Basado en el consenso entre investigadores de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante y por lo mismo está en riesgo de deteriorar su calidad de vida.

### 3.4 La familia

La familia es un grupo social primario, es el ambiente en que el sujeto realiza su desarrollo y actividades del medio ambiente; donde se enfrenta al proceso de salud-enfermedad; además es una institución legalizada por la sociedad.

El vocablo familia deriva de la raíz latina FAMULUS; que significa siervo, la cual proviene del primitivo FAMUL que se origina de Famel, esclavo doméstico. En un principio de la historia de la humanidad la familia agrupa al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. Aunque el término se ha definido de distintas

formas y ha tenido modificaciones conceptuales, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica en la cultura de occidente, de acuerdo a la OMS, consenso norteamericano y de Canadá, quienes han teorizado sobre este grupo humano social.

Así la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas, representando el fundamento lógico de todo desarrollo cultural. Aún cuando la forma de la familia varía en las diversas sociedades, toda sociedad mantiene algún sistema típico constante, es por esto que cada forma particular de familia se tiene como un valor primario dentro de la sociedad.

La OMS en 1970 definió a la familia como él: “conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción ó matrimonio.

En Norteamérica y Canadá han definido a la familia de acuerdo a otros puntos de vista, para el primero sería grupo de dos ó más personas que viven juntas y están relacionados unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción, mientras que para el segundo es un grupo compuesto por un marido, una esposa con o sin hijos o un padre o una madre con uno ó más hijos que viven bajo un mismo techo.

Se reconoce actualmente que la familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas, con formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas de crianza y que comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que puedan alterar su salud individual y colectiva<sup>(24)</sup>.

La familia deseable no se define ni por el número de personas que la forman, ni por la elección sexual de sus miembros, ni por roles fijos que puedan cumplir cada uno de sus integrantes, sino que es deseable cuando los miembros que la integra puedan

establecer una relación nutricia y protectora en la que cada uno pueda crecer y desarrollarse en cada etapa de la vida según sus potenciales personales.

Las familias deseables no permanecen sin modificarse, es un proceso dinámico, pasan por distintas etapas, momentos y crisis. Estas familias deseables se tienen conflictos que los confrontan y tratan de resolverlos mediante vínculos democráticos que incluyan desde el uso de criterios de autoridad, flexibles y benignos, hasta la búsqueda de consenso entre las partes en conflicto.

Las funciones familiares son aquellas tareas que les corresponde realizar a cada uno de los integrantes de la familia como un todo. Es necesario para que se construya un grupo social duradero, homogéneo y funcionante donde se conjunten factores e intereses afines entre los miembros de un grupo, como sería conseguir un objetivo en común o bien que exista una afinidad por sexo, ocupación, edad, convicción política, religiosa o racial. Las funciones que se ejecutan son: socialización, cuidado, afecto, reproducción y Estatus<sup>(25)</sup>.

La familia funciona como un sistema, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con una características que son: la globalidad, la homeostasis, que es un sistema abierto (en continuo cambio), con una estructura y dinámica propias, con una reglas y roles establecidos, formado por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propias, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un micro grupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad

La interrelación entre el anciano y su familia, así como el papel de uno y otra en la sociedad han evolucionado en las últimas décadas de forma vertiginosa.

Asimismo los conceptos de anciano o las estructuras familiares y el reparto de roles dentro de las mismas han variado de forma considerable

Al igual que ha cambiado la idea del anciano, también ha cambiado la estructura de la familia durante los últimos siglos. La sociedad industrial ha impulsado el cambio de las formas de vida. Antes habitualmente se vivía en la zona rural y la principal fuente de ingresos era la que provenía del campo, o de oficios que se trabajaban en familia y que se enseñaban de padres a hijos, había una unidad de trabajo familiar siendo más frecuentes las familias extensas en las que varias generaciones habitaban un mismo hogar. En la actualidad la población vive en la ciudad y en lo que se llama una familia nuclear (compuesta por los padres y los hijos).

A lo largo del ciclo de vital familiar surgen distintos acontecimientos que actúan afectando la homeostasis familiar y que exigen mecanismos de ajuste y adaptación para su habilitación. Dichos mecanismo dependerán de la existencia de una funcionalidad familiar.

La aparición de una patológica crónica o degenerativa es uno de los miembros del sistema familiar constituye uno de los acontecimientos vitales estresantes que necesariamente buscaremos los mecanismos para lograr la homeostasis familiar.

Ante la presencia de un adulto mayor en núcleo familiar y requiera de apoyo asistencial ó no, incluye modificaciones en los hábito y modo de vida de los miembros de la familia, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación hasta recuperar la homeostasis, aunque se oye muy fácil en la realidad no lo es. Esto conlleva a una crisis y alteración de la función familiar.

La familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada, y no sólo la principal fuente de apoyo, sino también la preferida por los ancianos y a la que acuden, generalmente, en primera instancia

La familia del anciano, particularmente los hijos y cónyuges, proveen asistencia tanto en ocasiones del diario vivir como en momentos de crisis; ésta brinda apoyo de tipo afectivo, social, funcional, económico material. Esta asistencia toma formas tales como la ayuda en tareas domésticas, aseo, compañía, transporte o el acompañamiento diversos lugares, suministro de información y provisión de medicamentos. El tipo y la

cantidad de ayuda recibida de los hijos está asociado a factores como los lazos afectivos, la proximidad residencial, el estado civil, el sexo, la salud, las necesidades del anciano, el ingreso económico de sus hijos, y el sexo de los mismos.

### 3.5 La carga

La carga definida como molestia, situación penosa o esfuerzo que recae sobre una persona y que la cansa o la hace sufrir.

Conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal.

La carga es primordial en el análisis del efecto del cuidado de personas mayores en la familia. Desde su descubrimiento ha sido utilizada en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus repercusiones. El sentimiento de carga del cuidador se ha manifestado como un factor importante en la utilización de servicios como en la calidad de vida de los cuidadores.

Cuidar a los ancianos no es fácil y a menudo emocionalmente difícil para los que se ocupan de ellos. Requiere que se dé libremente perdón y que se traten las viejas heridas. La persona que cuida (a menudo un hijo o hija), debe ser capaz de “superar” los obstáculos emocionales y ser capaz de proveer cuidado de calidad para el padre ó madre que envejece. Asuntos no resueltos durante sus años vitales y productivos, no son confrontados por los padres que enfrentan numerosos asuntos relacionados con el hecho de envejecer

Específicamente, la carga y la tensión que sufren los cuidadores primarios están asociadas a niveles altos de co morbilidad, siendo los más frecuentes la diabetes mellitus, el dolor crónico, los trastornos de tipo cardiovascular y reumático <sup>(7)</sup>.

#### 4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1999, la OMSS, definió al cuidado primario como “La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; éste individuo está dispuesto a tomar decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades”.

El porcentaje de personas mayores se ha incrementado de manera importante; actualmente en el mundo hay más de 416 millones. Por ejemplo, en España, la proporción de mayores de 65 años ha pasado de 5.2% en 1900 a 15.1% en 2001 y, según las previsiones, para el año 2015 esta cifra será de 20.3%.<sup>3</sup> En Chile, en 1992, los adultos mayores constituían 10% de la población; sin embargo, se estima que en el año 2025 representarán 16% de la misma. En Estados Unidos, en 1995, había aproximadamente 33.5 millones de personas mayores de 65 años de edad, hacia el año 2030 habrá aproximadamente 70 millones, más del doble de las que había en 1990 <sup>(8)</sup>.

Según la OMS las personas de 60 a 74 años se consideran de edad avanzada, de 75 a 90 viejos o ancianos y los que sobrepasan los 90 se denomina grandes viejos ó grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la 3ª edad.

En América Latina y el Caribe, para el 2000 se contaron 41.3 millones de personas mayores de 60 años, con una proyección al 2050 de 86 millones en números totales, mientras que en proporción pasará de 8% en el 2000 a 22.6% en el 2050<sup>(9)</sup>.

Se espera que Cuba tendrá la población más envejecida de Latinoamérica en los albores del año 2025, y para 2050 se espera que los cubanos tenga uno de los promedios de edad más añejos del planeta, según pronostican expertos en demografía<sup>(10)</sup>.

En México, en 1950, había un millón 400 mil adultos mayores; en 2005, 8.2 millones de personas tenían 60 años de edad y más. Para el año 2050, de acuerdo con la proyección poblacional, 1 de cada 4 mexicanos será mayor de 60 años de edad; se calcula que actualmente hay 7% de mayores de 60 años <sup>(11,12)</sup>.

Un aspecto relevante es que la población no derechohabiente representa 55% del total de la población de 60 años y más de edad; el 45% restante está distribuido entre el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras instituciones, con 33, 10 y 2%, respectivamente <sup>(13)</sup>.

La población de la UMF 13 Delegación Querétaro según el censo adscrito a médico familiar al 30 de junio del 2010, está compuesta por 116 795 derechohabientes, de los cuales son mayores de 65 años 5904 hombres que corresponde al 10.82% y 6446 mujeres con un 10.35%, que sumados aportan un 10.57% del total de la población de la unidad de medicina familiar.

El cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes <sup>(14)</sup>.

Estudios han confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida, en la salud <sup>(15,16)</sup>.

Existen estudios que han confirmado que un 46 a 59% de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población. Se han identificado múltiples alteraciones en esta población que afectan a la esfera; emocional, social y estructural, las cuáles se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo <sup>(14)</sup>.

Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre. Mientras más tiempo se invierte en el cuidado, el cuidador sacrifica sus propios recursos y actividades <sup>(17)</sup>.

Algunos factores identificados en los cuidadores primarios y que han sido susceptibles de evaluación son patrones rígidos de funcionamiento, alteraciones del ciclo de vida familiar, síndrome del cuidador, negación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva, aislamiento social, duelo patológico, depresión, ansiedad y estrés, tipo de cuidado y sobrecarga <sup>(17,18)</sup>.

El tipo de cuidado se ha descrito en términos de la duración del cuidado en meses o años y en horas al día, así como en el grado de impacto en la vida privada del cuidador y en la frecuencia de la ocurrencia de indicadores diagnósticos de estrés en el cuidador <sup>(17)</sup>.

En los últimos años se han realizado investigaciones donde se ha evaluado a los cuidadores primarios de pacientes con diferentes tipos de enfermedades, entre ellas trastornos neurológicos ó psiquiátricos <sup>(19,20)</sup>.

Se ha reportado de gran utilidad en atención primaria la aplicación de la entrevista de Zarit, éste instrumento mide en la mayoría de los reactivos la sobrecarga, que se ha visto es un buen indicador de los efectos del cuidado <sup>(21)</sup>.

El ser testigo de una persona querida que está sufriendo trae consigo angustia, abandono, ansiedad y dudas acerca del cuidado que se le está proporcionando al paciente. En cuanto a los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades terminales existe mucho más literatura <sup>(22)</sup>.

El cuidador de un enfermo terminal es la figura clave en todo el proceso de enfermedad <sup>(23)</sup>.

La OMS promueve la importancia de que las familias reciban apoyo por parte de los servicios de cuidados paliativos, identificando no solo al paciente sino a la familia como unidad de cuidado. Con la idea de prevenir ingresos hospitalarios no planeados debido a crisis en el cuidador primario, es importante prevenir el riesgo de morbilidad física y psicológica durante el cuidado y las fases de duelo. Para ello se considera necesario instituir sistemas de evaluación en las fases de referencia a través del tiempo

invertido en el cuidado, de tal forma que se asegure el contacto con la familia, el registro de sus necesidades de cambio e informe de los planes de cuidado. Esto mismo aplicaría en el cuidado del adulto mayor activando las redes de apoyo social para disminuir la carga en el cuidador primario.

El abordaje familiar, para el papel del médico de familia, extensible a todos los integrantes del sistema de salud, se enfoca como labor esencial el reconocer la influencia de los factores familiares sobre la salud del consultante y tenerlo en cuenta para el cuidado del mismo, reconociendo igualmente la influencia de los problemas del paciente y su familia <sup>(25)</sup>.

Una de las funciones esenciales de la familia la constituye el prestar apoyo a los miembros que la integran. En el caso de aparición de un proceso patológico esta función adquiere singular importancia, tanto desde el punto de vista físico como emocional y gracias a ella se pueden resolver situaciones de conflicto que influirán a su vez en el control del mismo proceso patológico.

El apoyo social es necesario para el proceso de adaptación de la familia ante eventualidades que ocasiona desequilibrio en ella.

Estudios previos a cuidadores primarios de los adultos mayores según han reportado una prevalencia del género femenino para realizar esta función en un 98%, en cuanto al parentesco con el adulto mayor se reporta un 53.5% son hijos, la edad predominante fue de 41 a 60 años con un 32.5%. Un 51.2% han presentado cambios de carácter a partir del cuidado del adulto mayor. Un 97.7% son cuidadores por motivos familiares y un 60.5% piden ayuda a otra persona para realizar su actividad destacando que de estos un 58.1% son familiares. También se han reportando que un 39.5% son cuidadores únicos <sup>(27)</sup>.

Así se ve con más frecuencia en la práctica habitual, familias que deben hacerse cargo del cuidado de algunos miembros ancianos con incapacidad para valerse por sí mismos. Estos cambios son susceptibles de precipitar crisis que amenazan la estabilidad familiar afectando a todos sus integrantes especialmente al cuidador

principal, quién es el que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados del discapacitado.

Se ha informado que los cambios de adaptación de los familiares de un enfermo crónico, son en muchas ocasiones iguales o mayores a los del paciente y se han observado niveles mayores de estrés en los cuidadores que en los propios enfermos.

La función de la familia se puede evaluar mediante diversos instrumentos, de los cuáles el cuestionario FF SIL que se adapta a las necesidades de éste estudio.

Los cuidadores de adultos mayores presentan altos niveles de ansiedad, depresión y disfunción familiar con mayor predisposición a la morbilidad <sup>(26)</sup>.

El cuidador es la persona que proporciona la mayor asistencia y apoyo a quien padece una enfermedad, convirtiéndose en muchas ocasiones en paciente “oculto” precisando diagnóstico precoz e intervención inmediata <sup>(26)</sup>.

La carga de cuidar en el propio domicilio a un familiar adulto mayor es de reconocer, sin embargo tarde que temprano la dinámica familiar se resiente junto con el equilibrio psico afectivo del cuidador quién generalmente es una mujer, quién termina sumiendo la mayor carga del cuidado del adulto mayor 24 hrs al día. Estos familiares aunque realizan su labor voluntariamente con amor y apego pueden llegar a sobrecargarse y desarrollar fácilmente síntomas emocionales, síntomas psicosomáticos, mayor riesgo de contraer enfermedades orgánicas, problemas de conducta y pueden sufrir el Síndrome de carga ó sobrecarga del cuidador.

Aunque se conocido que la susceptibilidad de cada persona es diferente, algunos presentarán el síndrome antes que otros. Claro que siempre influenciados o inmersos por factores de riesgo de sobrecarga familiar como sería: vivir sólo con el adulto mayor sin realizar otra actividad alguna, tener edad avanzada, arrastrar en sí enfermedades crónicas que harán más difícil su labor, no disponer de más familiares en el entorno, no contar con una persona cercana con quien puedan desahogarse de la

carga bio psico social que padecen, no acceso fácil a la atención medica del adulto mayor, no disponer de centros de asistencia para los adultos mayores, y el desconocer la evolución de las enfermedades que padezca el adulto mayor.

Se ha difundido que la expectativa para los próximos años, es un aumento proporcional de cuidadores y por consiguiente de enfermedades relacionadas con ellos. Es por ello que se ha llevado a considerar la necesidad de buscar trastornos incipientes en el cuidador que alerten sobre su desbordamiento y poder establecer medidas de educación en salud y de alivio ó cuidados que impidan la presentación de enfermedad.

El cuidador primario soporta día a día retos imprevistos y sufre pérdidas de control personal, presentado alteraciones en la salud física y emocional <sup>(28)</sup>.

El cuidador no solo es el que cuida al paciente, sino que también es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa, que incluye el conservar y mantener funcionalmente al adulto mayor facilitando la integración a su entorno y realidad.

Se ha hecho uso de instrumentos de medición para la carga del cuidador primario, de los cuáles el que más se ha revisado ,actualizado y validado, es el cuestionario de Zarit en su versión de 22 ítems el cuál ha sido sometido a análisis de su sensibilidad(S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN), arrojando resultados como sensibilidad=100%, especificidad 90%, valor predictivo positivo 94.45%, valor predictivo negativo 100% al determinar la sobrecarga del cuidador en atención primaria <sup>(29)</sup>.

Zarit y colaboradores consideraron la carga del cuidador y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la entrevista sobre la carga del cuidador es el instrumento más utilizado para evaluar la carga. Un concepto claramente establecido en la literatura sobre carga, está referido a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras la carga subjetiva se define como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia del cuidado; la carga objetiva se define como grado de afección o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida del

cuidador. Además de esta diferenciación se ha considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la misma (costo económico, afección física, limitación de tiempo el cuidador, impacto en las relaciones interpersonales, etc.).

Las puntuaciones de carga se correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física de éste, así como la relación entre el cuidador y el paciente. El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado. Cada respuesta se clasifica como nunca=0, rara vez=1, algunas veces= 2, muchas veces=3, y casi siempre = 4. Se deben sumar todos los puntos para el resultado. No existen normas o puntos de corte establecidos (22-46 no sobrecarga, 47-55 Sobrecarga leve, 56-110: sobrecarga intensa <sup>(30)</sup>).

Todas las funciones familiares están en base de la salud del individuo y del grupo como un todo, en tanto garantizan el crecimiento, desarrollo normal y equilibrio emocional que facilita el enfrentamiento a los hechos de la vida.

El instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar, mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este.

Este instrumento evalúa cuanti y cualitativamente la funcionalidad familiar, como una dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivir y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo

familiar. Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. Consta de 14 reactivos tipo likert con 5 opciones de respuesta: 1= casi nunca, 2= pocas veces, 3= a veces, 4= muchas veces y 5= casi siempre. Evalúa áreas como: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad <sup>(31)</sup>.

Índice de Katz. Creado en 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz en el hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio, para delimitar la dependencia en fracturas de cadera; y publicado por primera vez un año después con el título de *Índex of Independence in Activities of daily living*.

En el año de 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice en el que se demuestra una base teórica para el índice al describir una similitud entre los patrones de pérdida y recuperación de las funciones propuestas en el índice con el desarrollo del niño y con la organización de las sociedades primitivas descritas en antropología, lo que proponen como evidencia de la existencia de mecanismos fisiológicos relacionados con estos tres ámbitos. Actualmente es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo.

Este instrumento valora 6 funciones (baño, vestido, uso de WC, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia e independencia.

El concepto de independencia se define como a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas <sup>(32)</sup> Actualmente se acepta como medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores.

Las funciones que valora tienen carácter jerárquico de tal modo que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto le da una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, la comodidad para el paciente y la facilidad a la hora de comunicar información.

En el índice de Katz la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace de forma ordenada e inversa. (Sigue la progresión funcional del desarrollo del niño). El cuestionario como se ha dicho antes, es de fácil aplicación y consume poco tiempo. Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de actividades básicas de la vida diaria es alta. Es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos. También es un predictor eficaz de expectativa de vida activa. Esta validado en varios países e idiomas. Buena reproducibilidad tanto intra-observador (con coeficiente de correlación entre 0.73 y 0.98, como inter-observador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados <sup>(33,34)</sup>.

La dependencia se define como la “necesidad de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida diaria”.

El adulto mayor dependiente pierde su autonomía física, psíquica o intelectual, sensorial, mixta, necesita de ser asistida para poder realizar sus actividades de la vida diaria y el cuidado personal. La dependencia no es sinónimo de vejez, ya que puede aparecer en cualquier edad, aunque la persona mayor suele por frecuencia ser las más afectadas en este aspecto. La dependencia física se define como la pérdida de control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del entorno.

Investigadores han creado diferentes instrumentos para valuar la perdida física de los adultos mayores, de los cuáles haremos uso del índice de Katz para estadificar a nuestro adulto mayor dependiente y que por consecuencia requiera de la asistencia de un cuidador para realizar este trabajo.

¿Existe relación entre carga y funcionalidad familiar del cuidador primario del adulto mayor?

## 5.- JUSTIFICACIÓN

La carga constituye una situación estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador, su estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de recepción del sufrimiento y del dolor del adulto mayor a su cuidado. Para el manejo adecuado de esta compleja entidad, es necesario una excelente relación entre el equipo médico y la familia, y enfatizar la necesidad de educar a los cuidadores en mecanismos saludables, flexibles y dinámicos que favorezcan la relación paciente-cuidador-familia.

Es frecuente que los profesionales de la salud dirijan su atención y recursos al manejo de las enfermedades del paciente, sin tener en cuenta el contexto familiar donde se generan sin número de cambios, algunos nocivos para la salud de quienes desempeñan las funciones de cuidadores de pacientes adultos mayores.

La familia dispone de recursos como cohesión, adaptabilidad, normas, valores, conductas para afrontar tensiones, auxilio médico, etc., y cuando se expone a momentos críticos que implican perturbaciones, como la presencia de una enfermedad incapacitante en uno de sus miembros, por lo general aparece la disposición de uno de ellos como cuidador directo, y se inicia así una alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye carga y disfunción familiar <sup>(35,36)</sup>.

Es factible realizar el estudio por contar con la población de adultos mayores en la pirámide poblacional de ésta unidad de medicina familiar, y captar a su cuidador primario para realizar el estudio de investigación así como la disponibilidad del investigador para llevar a cabo.

En Querétaro, no se ha llevado a cabo estudios que relacionen la carga del cuidador primario y su funcionalidad familiar por lo que garantiza la originalidad del estudio y la pertinencia de su realización

La investigación cumple aspectos éticos, ya que consistirá en la aplicación de encuestas, previo consentimiento informado y firmado, respetando la confidencialidad de los resultados.

El hacer uso de los Instrumentos de valoración del cuidador como el instrumento de Zarit, en forma rutinaria previene las repercusiones que sobre su salud física y psíquica los cuidadores pueden presentar, debido a las tareas del propio cuidado, esto aunado al estado del funcionamiento familiar aplicando el cuestionario FF SIL con enfoque preventivo para el cuidador. En México se conoce poco sobre el efecto de las enfermedades de los cuidadores primarios, por lo que éste estudio, permitirá conocer la repercusión de carga y funcionalidad familiar, ya que comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados en su papel. La experiencia del cuidado conlleva sufrimiento, abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión del cuidado que ofrecen.

## **6.- OBJETIVOS**

### **6.1 General**

Se determinó la relación entre carga y funcionalidad familiar del cuidador primario del adulto mayor.

### **6.2 Específicos**

En el adulto mayor se determino la:

- Dependencia para las funciones básicas mediante el Índice de Katz

En el cuidador primario se determinó:

- La carga mediante el cuestionario de Zarit
- La funcionalidad familiar mediante el FF-SIL

Relacionar la carga y la funcionalidad familiar del cuidador primario del adulto mayor

## 7.- HIPÓTESIS

**Ha:** Existe una relación inversamente proporcional entre la carga y la funcionalidad familiar del cuidador primario del adulto mayor.

**Ho:** Existe una relación directamente proporcional entre la carga y la funcionalidad familiar del cuidador primario del adulto mayor.

## 8.- METODOLOGÍA

**8.1 -Tipo de estudio:** Observacional correlacional.

**8.2 -Población, lugar y tiempo de estudio:** Cuidadores primarios de adultos mayores que acudieron a la consulta externa de la UMF 13, IMSS, delegación Querétaro, en el periodo comprendido de marzo a junio del 2011.

**8.3 -Tipo de muestra y tamaño de la muestra:** Probabilístico aleatorio simple. Se seleccionaron 73 pacientes de cada turno y posteriormente se tomaron al azar.

El tamaño de muestra se calculó en base a la fórmula para estudios correlacionales:

$$N=3+K/C^2$$

En donde:

$$K= (Z\alpha+Z\beta)^2$$

$$C=0.51n (1+r)/ (1-r)$$

R= coeficiente de correlación esperado

Sustituyendo:

$$K= (Z\alpha + Z\beta)^2= 6.2$$

$$C=0.5 \log (1+.50) \div (1-.50)$$

$$C= (1+.50) \div (1-.50)$$

$$C=1.50 \div .50 = .5 = .054$$

$$N= 3 + 6.2 \div .054$$

$$N= 3 + 114.8$$

N= 117.8, se aumentó el 25% por probables pérdidas, concluyendo con 146.

## **8.4 -Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación**

### **8.4.1 Inclusión:**

-Adulto mayor con dependencia de una o más actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

-Cuidador primario del adulto mayor

-Que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado y firmado.

-Del sexo masculino o femenino

-De cualquier edad

### **8.4.2 Exclusión**

-Cuidadores primarios que no supieran leer ni escribir.

### **8.4.3. Eliminación**

-Se eliminaron a los cuidadores que no completaron los cuestionarios en su totalidad.

## **8.5 -Información a recolectar y variables a recolectar**

Se identificaron los adultos mayores que requerían de cuidador, se invitó a ambos a participar en la investigación y se explicó de manera detallada en qué consistía

su participación, solicitando a aquellos que aceptaron firmar el consentimiento informado.

Se eligieron a cuatro adultos mayores con una o más dependencias y a su cuidador, de cada consultorio y turno de la UMF 13, que reunían los criterios de selección para el estudio.

Para seleccionar a los adultos mayores, se les aplicó el índice de Katz, que es un instrumento que mide las actividades básicas de la vida diaria, a través de seis actividades (baño, vestido, uso de retrete, movilización (cama-sillón), continencia, alimentación), se mide como dependiente o independiente, en base a una escala que va de la A a la G. La A (independencia en todas las actividades), B (independiente en todas las actividades , salvo una) , C (independiente en todas las actividades salvo el baño y otras más), D (independiente en todas las actividades salvo baño, vestido y otra más), E (independiente en todas las actividades salvo baño, vestido, uso de retrete y otra más ), F (independiente en todas las actividades salvo baño, vestido , uso de retrete, en la transferencia y otra más ), G ( dependiente en todas las actividades).

Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global en forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a largo tiempo. Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Su reproductibilidad tiene un coeficiente de correlación Kappa de 0.98 intra observador y 0.88 inter observador.

Al cuidador primario se le aplicó el cuestionario de variables socio demográficas, el cuestionario de carga de Zarit que valora la carga del cuidado y el cuestionario FF SIL de funcionalidad familiar.

El cuestionario de Zarit sobre la carga del cuidador es el instrumento más utilizado para evaluar la carga familiar, en su versión de 22 ítems, con una sensibilidad de 100%, especificidad 90%, valor predictivo positivo 94.45%, valor predictivo negativo 100%.

Las puntuaciones de carga se correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física de éste, así como la relación entre el cuidador y el paciente. El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado. Cada respuesta se clasifica como nunca=0, rara vez=1, algunas veces= 2, muchas veces=3, y casi siempre = 4. Se deben sumar todos los puntos para el resultado. No existen normas o puntos de corte establecido, 22-46 no sobrecarga, 47-55 Sobrecarga leve, 56-110: sobrecarga intensa.

Para medir funcionalidad familiar se utilizó el instrumento denominado FF-SIL, que mide el grado de funcionalidad basados en siete variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad; permite identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este.

Este instrumento evalúa cuantitativa y cualitativamente la funcionalidad familiar, como una dinámica relacional sistemática que se da a través de la cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad. Dicha escala consiste en 14 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta: 1= casi nunca, 2= pocas veces, 3= a veces, 4= muchas veces y 5= casi siempre. Las preguntas 1 y 8 cohesión, 2 y 13 armonía, 5 y 11 comunicación, 7 y 12 permeabilidad, 4 y 14 afectividad, 3 y 9 roles, 6 y 10 adaptabilidad. La puntuación baremo otorga de 70 a 57 puntos familia funcional, 56 a 43 familia moderadamente funcional, 42 a 28 familia disfuncional, 27 a 14 familia severamente disfuncional.

## Operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable y escala de medición</b>	<b>Indicador</b>
<b>Edad</b>	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Se le preguntará al paciente cuántos años cumplidos tiene hasta el momento de la entrevista.	Cuantitativa Continua	Años cumplidos
<b>Sexo</b>	Características genóticas que determinan ser femenina ó masculino	Se evaluará mediante el fenotipo del cuidador.	Cualitativa nominal	1-Femenino 2-Masculino
<b>Estado civil</b>	Condición del individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles	Se le preguntará al paciente cuál es su condición legal actual.	Cualitativa nominal	1- Soltero 2- Casado 3- Divorciado 4- Unión libre 5- viudo
<b>Escolaridad</b>	Grado de estudios terminados y reconocidos por institución educativa	Se le preguntará al paciente sobre el último grado de estudio.	Cualitativa ordinal	1- Sin estudios 2- Primaria 3- Secundaria 4- Bachiller 5- Licenciatura 6- Posgrado

<b>Ocupación</b>	Conjunto de obligaciones y tareas que desempeña el individuo independientemente de la actividad actual	Se le preguntará al paciente sobre la actividad laboral que realiza actualmente	Cualitativa nominal	1- Obrero 2- Empleado 3- Comerciante 4- Profesionista
<b>Cuidador primario</b>	Persona del entorno de un adulto mayor que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido.	Persona que voluntaria o involuntariamente asume la responsabilidad de atención integral de un adulto mayor, por lo menos ocho horas.	Cualitativa nominal	1.- Si 2.- No
<b>Motivo de ser el cuidador</b>	Causa por la cual se encuentra realizando esta actividad	Se le preguntará al cuidador si está cuidando al paciente de forma voluntaria o impuesta.	Cualitativa nominal	1.- Voluntaria 2- Imposición
<b>Tipo de parentesco</b>	Vínculo por consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otra relación estable de afectividad	Se le preguntará al cuidador qué relación existe entre él y el adulto mayor.	Cualitativa Nominal	1-Hermano 2-Hijo 3-Cónyuge 4-Sobrino 5-Tío
<b>Horas de cuidado al día</b>	Tiempo que transcurre en unidades de hora	Se le preguntará al cuidador cuántas horas al día está con las actividades correspondientes al cuidado del adulto mayor.	Cuantitativa continua	Horas

<b>Patología en el adulto mayor</b>	Alteración funcional de aparatos o sistemas del ser humano, que requieran de apoyo médico y farmacológico.	Se le preguntará al adulto mayor sobre el antecedente patológico de alguna enfermedad crónica.	Cualitativa nominal	1.- Si 2.- No
<b>Tipo de patología del adulto mayor</b>	Enfermedad padecida en el momento del estudio	Tipo de enfermedad crónica con la que curse el adulto mayor	Cualitativa nominal	1. EVC 2. DM 3. HTA 4. Otra
<b>Funcionalidad familiar</b>	Capacidad de los miembros de la familia para soportar eventos críticos sin afectar su funcionamiento.	Se aplicará el cuestionario FF SIL para determinar estado familiar funcional	Cualitativa ordinal	1.-70 a 57 puntos. Familias funcional 2.- 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional 3.- 42 a 28 puntos. Familia disfuncional 4.- 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional
<b>Carga del cuidador</b>	Conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores y que afectan sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal	Se evaluará con el instrumento de carga del cuidador ZARIT con 22 ítems validado	Cualitativa ordinal	1.-<46 no sobrecarga. 2.-47 a 56 Sobrecarga leve 3.-> 56sobrecarga intensa.

## **8.6 -Método o procedimiento para captar la información**

El análisis estadístico se realizó en base a medidas de tendencia central (medias), frecuencias absolutas y relativas. Medidas de dispersión (desviación estándar y rangos), y de correlación, con la prueba de Spearman, con un nivel de confianza del 95%.

Los datos se capturaron y procesaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 17 y se plasmaron en cuadros.

## **8.7 -Consideraciones éticas**

Este proyecto se apegó a los principios éticos enunciados en la declaración de Helsinki de 1954 y su modificación en Tokio de 1975 así como en su enmienda en 1983, y modificación en 2008, con relación a la investigación biomédica con seres humanos, así como mismo se observó lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana relacionada con la investigación clínica en seres humanos. Se requirió del consentimiento informado que es un derecho de los pacientes y un deber de los médicos e instituciones, el solicitarlo constituye una obligación moral antes que jurídica, esto garantiza la confidencialidad de los resultados, con utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Fue sometido a un comité local de investigación en salud institucional, el cuál fue aprobado y de acuerdo a las características del estudio se considera de bajo riesgo.

## 9.- RESULTADOS

Se estudiaron 146 cuidadores, con una edad promedio de  $50.28 \pm 16.30$  (17 a 96) años. Predominó el sexo femenino 78.8% (Cuadro 1). Estado civil casado 74% (Cuadro 2) y ocupación hogar 47.9% (Cuadro 3).

El 64.4% de los cuidadores eran hijos (Cuadro 4)

El motivo de cuidar fue voluntario 96.6% (Cuadro 5). El 78.1% de los cuidadores invertían más de ocho horas en el cuidado del adulto mayor (Cuadro 6).

La patología que predominó en el adulto mayor fue la insuficiencia renal 17.1%, seguido de cardiopatías 13% y secuelas de evento vascular cerebral 11.64% (Cuadro 7).

La funcionalidad familiar en el cuidador fue moderada 35.6% y funcional en el 30.1% (Cuadro 8).

Trece respuestas de un total de catorce que miden la funcionalidad familiar del instrumento utilizado para ello predominó muchas veces como lo demuestra el (Cuadro 9). La carga del cuidador más frecuente fue la sobrecarga intensa 49.3% (Cuadro 10).

El instrumento de Zarit que mide la carga del cuidador, diez de veintidós opciones fueron calificadas como muchas veces, seguías de rara vez, como se muestra en el (Cuadro 11).

Al relacionar la funcionalidad familiar con la carga del cuidado se encontró que las familias funcionales estaban sin sobrecarga en un 56.9%, las familias con funcionalidad moderada tenían sobrecarga leve en un 60.9%, la familia disfuncional presentaba sobrecarga intensa en un 48.6% y las familias severamente disfuncionales tuvieron sobrecarga intensa en el 100% (Cuadro 12).

Al relacionar la carga del cuidador con la funcionalidad familiar se encontró relación en el 65%, con una  $p .000$

Cuadro 1. Frecuencia según el sexo de los cuidadores del adulto mayor

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	31	21.2
Femenino	115	78.8
Total	146	100.0

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 2. Frecuencia de estado civil de los cuidadores

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	23	15.8
Unión libre	4	2.7
Casado	108	74.0
Divorciado	6	4.1
Viudo	5	3.4
Total	146	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 3. Frecuencia de ocupación de los cuidadores

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	70	47.9
Obrero	8	5.5
Empleado	48	32.9
Profesionista	15	10.3
Comerciante	5	3.4
Total	146	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 4. Frecuencia del parentesco del cuidador con el adulto mayor

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Hermano	4	2.7
Hijo	94	64.4
Cónyuge	32	21.9
Sobrino	5	3.4
Otro	11	7.5
Total	146	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 5. Frecuencia de motivo de cuidar al adulto mayor

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Voluntario	141	96.6
Involuntario	5	3.4
Total	146	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 6. Frecuencia de horas de cuidado al adulto mayor

Horas	Frecuencia	Porcentaje
Más de 8	114	78.1
Menos de 8	32	21.9
Total	146	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 7 Frecuencia de tipo de patología del adulto mayor cuidado.

Patología	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiencia renal	25	17.10
Cardiopatías	19	13.00
Secuela de evento vascular cerebral	17	11.64
Carcinomas	13	8.9
Diabetes e hipertensión	12	8.21
Espondilo artrosis	12	8.21
Retinopatía severa	10	6.84
Demencia	9	6.16
Pie diabético amputación	7	4.79
Enfermedad Parkinson	6	4.10
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	5	3.42
Fractura cadera	3	2.05
Hepatopatía	3	2.05
Radiculopatía	2	1.39
Paraplejia	2	1.39
Epilepsia	1	0.68

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 8. Frecuencia de funcionalidad familiar en el cuidador del adulto mayor

Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	44	30.1
Moderada	52	35.6
Disfuncional	51	28.1
Severamente disfuncional	9	6.2
Total	146	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 9. Frecuencia de respuesta, según escala de Likert del Instrumento FF-SIL para evaluar la funcionalidad familiar del cuidador

Preguntas	Tipo de respuesta	%
1.- ¿Se toman decisiones entre todos para cosas importantes en la familia?	A veces	30.8
2.- ¿En mi casa predomina la armonía?	Muchas veces	32.2
3.- ¿En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades?	Muchas veces	39.0
4. ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana?	Muchas veces	28.8
5.- ¿Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa?	Muchas veces	35
6. ¿Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos?	Muchas veces	32.2
7. ¿Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?	Muchas veces	35.6
8. ¿Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan?	Muchas veces	26.7
9. ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado?	Muchas veces	27.4
10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?	A veces	35
11. ¿Podemos conversar diversos temas sin temor?	Muchas veces	32.2
12. ¿Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas?	Muchas veces	31.5
13. ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?	Muchas veces	27.4
14. ¿Nos demostramos el cariño que nos tenemos?	Muchas veces	32.9

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

Cuadro 10. Frecuencia de carga del cuidador.

Carga	Frecuencia	Porcentaje
No sobrecarga	51	34.9
Sobrecarga leve	23	15.8
Sobrecarga intensa	72	49.3
Total	146	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS.  
Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011

Cuadro11. Instrumento de Zarit para determinar el grado de carga del cuidador

Preguntas	Respuesta	%
1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	Algunas veces	37
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Usted?	Rara vez	33.6
3.- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	Rara vez	28.1
4.- Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	Nunca	50.7
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	Nunca	36.3
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente su relación que Usted tiene con otros miembros de su familia?	Nunca	32.9
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?	Algunas veces	34.2
8.- ¿Piensa que su familiar depende de usted?	Algunas veces	36.3
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	Rara vez	30.1
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido al tener que cuidar de su familiar?	Algunas veces	49
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	Rara vez	30.1
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuida de su familiar?	Algunas veces	32.9
13.- ¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	Nunca	29.5
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	Algunas veces	26.7
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	Algunas veces	30.8
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	Rara vez	26
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	Rara vez	32.2
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	Nunca	29.5
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	Rara vez	30.8
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	Algunas veces	32.9
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	Algunas veces	31.5
22.- Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	Algunas veces	26.7

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS. Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011

Cuadro 12.- Tabla de contingencia funcionalidad \*carga

Tipo de funcionalidad	Carga del cuidador							
	Sin sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Funcional	29	56.9	6	26.1	9	12.5	44	30.1
Funcionalidad moderada	19	37.3	14	60.9	19	26.4	52	35.6
Disfuncional	3	5.9	3	13	35	48.6	41	28.1
Severamente disfuncional	0	0	0	0	9	12.5	9	6.2

Fuente: Cuestionarios aplicados a cuidadores de adultos mayores en la UMF 13, IMSS, Delegación Querétaro, de marzo a junio del 2011.

## 10.- DISCUSIÓN

El envejecimiento de la población es de gran trascendencia por sus repercusiones en la economía de la familia, del país y en los sistemas de salud.

El proceso de envejecimiento favorece la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas que son causa de discapacidad

En México, al ser la familia la unidad básica de convivencia, constituye una fuente de apoyo y cariño o bien, una influencia destructora y opresora para la salud del adulto mayor y de su cuidador.

La estabilidad del cuidador está relacionada con la funcionalidad de la familia, el apoyo social, el tiempo de evolución de la dependencia del adulto mayor.

En cualquier etapa de la vida, la familia desempeña un papel importante, por lo que en la vejez no es la excepción, dentro de nuestra cultura es el lugar predominante para vivirla, de ahí emergen las personas que se encargan del adulto mayor, denominándole cuidador. Es él quien lleva la responsabilidad de la atención aún sin tener la preparación para ello, pero sí el deseo voluntario de hacerlo. Son preferentemente las mujeres que absorben esta actividad y que además de ella la comparten con sus actividades laborales.

Es por ello que en este trabajo de investigación se relacionan dos variables, la funcionalidad familiar y la carga del cuidador del adulto mayor, tomando en cuenta las variables socio demográficas de éste cuidador

La edad de los cuidadores que predominó se encontró dentro de la 5ª década de la vida y son similares a las reportadas por autores como Domínguez, Zavala, De la Cruz, Ramírez en 2010, Perdomo, Llibre en 2008, Compean, Silerio, Castillo, Parra en 2008.

Siguen siendo las mujeres hijas las que con mayor frecuencia se dedican al cuidado de los adultos mayores, sin importar tener actividades paralelas como el cuidado del hogar y además hacerlo de forma voluntaria, que invierten más de ocho horas al día en el cuidado. Estas características socio demográficas de los cuidadores son similares a estudios previos obtenidos por autores como Perdomo, Llibre en 2008, Espinoza, Méndez, Lara en 2009. Compean, Silerio, Castillo, Parra en 2008, Dominguez Zavala, De la cruz, Ramírez en 2010.

Dentro de los resultados, se encontró que a mayor funcionalidad familiar es menor la carga del cuidador, resultados similares a lo encontrado Dominguez, Zavala, De la Cruz, Ramírez en el 2010. Lo anterior puede deberse a que la funcionalidad de la familia conlleva fuerza y apoyo mutuo de sus integrantes para sobrellevar ese esfuerzo tanto físico como emocional por el que atraviesa el cuidador.

## 11.- CONCLUSIONES

La familia, como unidad social entre el individuo y la comunidad, se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud enfermedad.

En la mayoría de los casos la actividad de cuidar recae en los hijos. La edad del cuidador oscila desde la quinta etapa de la vida hasta la misma ancianidad cuando se es el cónyuge, situación que cada vez se hace más frecuente por el aumento en la sobrevida.

La evolución de la familia con abuelos, padres e hijos, ha dado lugar en la actualidad a la de bisabuelos, abuelos, padres ,hijos.. Sin embargo no siempre la familia constituye un factor positivo en el cuidado del adulto mayor, permitiendo que ésta actividad sea más difícil y se constituya como una carga, como lo demuestra este trabajo que a mayor funcionalidad familiar es menor la carga del cuidado y viceversa. Se debe de establecer y fortalecer las redes de apoyo para ayudar al adulto mayor a través de la colaboración brindada por la familia que lo contiene. A mayor funcionalidad familiar la carga del cuidado es menor y viceversa.

El cuidador del adulto mayor requiere de tener todo el apoyo de los integrantes de la familia para que esta responsabilidad de atender al adulto mayor sea menos pesada y no se vuelva una carga el realizarla. Las familias funcionales soportan más la carga del cuidado que realizan al adulto mayor.

## 11.1.- PROPUESTAS

Los médicos de primer nivel deben de entender la importancia de la detección de riesgo y prevenir más que curar a nuestra población. Así se garantizara que llegaran a la vida de adultos mayores en mejores condiciones de vida y solo a costas el proceso natural del envejecimiento y no con enfermedades que desde etapas tempranas los harán dependientes de la ayuda familiar

Asistir e identificar a este cuidador para evitar que sufra y enferme. Estar en contacto con él e informarle el estado de su adulto mayor, la patología que presenta y que se espera de su evolución para que el conozca e identifique que es el mismo proceso y no que sus cuidados no sean bien realizados.

Se debe identificar al cuidador, contemplar la creación de grupos de ayuda para cuidadores y monitorizarlos para prevenir que sufran, tomando en cuenta a la familia como eje fundamental para esta actividad.

No se debe hacer a un lado a nuestros individuos que cumplen el papel de cuidadores de adultos mayores, tenemos que estar al pendiente de ellos y evitar que sufran y se sobrecarguen. Se debe monitorizar su estado integral mediante instrumentos a nuestro alcance que nos permitan estar vigilando y evaluando como está repercutiendo el cuidado en su persona.

Se debe contemplar a este individuo que cuida del adulto mayor, como una persona vulnerable de sufrir y con el riesgo de convertirse en un enfermo más que cuidar.

## 12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Entre 2000 y 2006 la población de adultos mayores creció. Comunicado de prensa 40 / 06 CONAPO México, D. F. Septiembre 30 de 2006 [www.conapo.gob.mx/prensa/2006/402006\\_bol.pdf](http://www.conapo.gob.mx/prensa/2006/402006_bol.pdf)

2.- Mertens T, Carael M, Sato P, et al. Prevention indicators for evaluating the progress of national AIDS programers. *AIDS* 1994; 10:1359-69.

3. - Kashiani SA. Family planning knowledge, attitudes and practices among health centre personnel in western province of Kenya. *J. Obst. Gynecol East Cent África* 1991; 9(1):30-36.

4.-Vázquez ACH y Cols, Deterioro psicosomático del cuidador primario ante la enfermedad discapacitante del adulto mayor. *Inst. Sup .Ciencias Habana, Cuba.* 2008.

5.- Gómez Busto F, Ruíz de Alegría L, Martín A, San Jorge B, Letona J. Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes; domicilio, centro de día y residencia de válidos. *Rev. Esp. Geriat .Geront* .2005; 34(3):141-149.

6.-. Montorio, Izal, López y Sánchez, 1998; Wu y Lo, 2007.

7. - Bridges-Webb, C., Giles, B., Speechly C, Zurynsky Y, Hiramaneck, N. (2007). Patients with dementia and their carvers. *Ann NY Acad Sci*, 1114, 130-136.

8.- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid 8 al 12 de abril del 2002. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/aconf1973add1.pdf>. [2008 abril 24].

9.-Disponible en: <http://bugs.invest.uv.mx/-cáncer/revista/rev0703.htm>. Fecha de consulta: 10 junio del 2008.

- 10.- González V, et al. Manual educativo para la atención de pacientes con demencia presenil y senil. *La Habana* .Edit. Academia, 2004.)
- 11.- Disponible en: <http://bugs.invest.uv.mx/-cáncer/revista/rev0703.htm>. Fecha de consulta: 10 junio del 2008.
- 12.- Secretaría de Gobernación, Consejo Nacional de Población. Comunicado de prensa 40/05. Serán 22.2 millones dentro de 25 años. 8.2 millones de mexicanos tienen 60 años o más.
- 13.- Durán X, Sánchez R, Vallejo M, Carreón J, Franco F. Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. *Salud Pública Mex.* 1996; 38(6):501-12
14. - World Health Organization. WHO. Fact. Sheet "caregiving.Geneva": WHO; 1999.
- 15.- Devi J, Almazán I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia.*Rev.Geront.*2002; 12(1):31-37.
16. - Tolson D, Swan I, Knussen C. Hearing disability: a source of distress for older people and carers. *Br J Nurs* 2002; 11(15):1021, 102.
- 17.- Lopes-Monteiro da Cruz D, De Matos C, Kurita G, De Oliveira A. Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *Int J Nurs Termil Classif* 2004; 15(1): 5-13.
18. - Pinquart M, Sorensen S, Gender. Differences in caregiver stressors, social resource, and health; an updated meta-analysis. *J Gerontology* 2006; 61(1):33-45.
19. - Cuijpers P, Stam H. Bournout among relatives of psychiatric patients attending psycho educational support groups, *Psychiatric .Serv* 2000; 51:375-379.
20. - Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, et al. *Impact if family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder* *Psychiatric Serv.* 2004; 55:1029-1035.
- 21.- Zarit M. "Evaluación del medio y del cuidador del paciente con demencia". *Barcelona, España: prous*; 1982.

22. - Hudson P, Aranda S, Kristjanson L. Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *J Palliat Med* 2004; 7: 19-24.
- 23.- Muñoz F, Espinosa J, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal. *Med. Fam.* 2002; 3(3):190-199.
- 24.- Irigoyen A, Gómez F, Jaime H, Hernández C, Farfán G, Fernández M, Mazón J. Fundamentos de Medicina Familiar. *Ed. Medicina Familiar Mexicana, 2000.*
- 25.- Huerta L. La Familia como unidad de estudio. *Programa de actualización continúa para el médico familiar.* 1ª edición México. Ed. Interamericano. 1999 p-11-38.
- 26.- Dueñas E, Martínez A, Morales B, Muñoz C. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Méd, vol. 37 Núm. 2 Supl 1, Cali Jun. 2006.*
- 27.- Compean M, Silerio J, Castillo R, Parra L. Perfil y sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con afecciones neurológicas. *Revista CONAMED, Vol. 13, Suplemento 1, 2008.* 28.- Valles N, et, al. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia, atención primaria. 2006; 22.
- 29.- Regueiro A, Pérez A, Goa M, Ferreiro C. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Atención Primaria.* 2007 Abr.; 39(4).
- 30.- Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria.* 2004 Feb.; 33(2): 61-66.
- 31.- Ortega T., De la Cuesta D y Dias C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev. Cubana. Enfermería,* 15(3), 164-168.
- 32.- [www.yinyangperu.com/adulto\\_mayor\\_manual\\_del\\_cuidador\\_1.htm](http://www.yinyangperu.com/adulto_mayor_manual_del_cuidador_1.htm)
- 33.- Cruz et al. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. 2006. *Prous Science SA.*

34.- Valderrama et al. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Revista Esp. Geriatric y Gerontology*; 32(5): 297-306.1997.

35. - Covinsky E. The impact of serious illness on patient's families. *JAMA* 1994; 272:1839-1844.

36. - Evans L, Connis J, Bishoj S, Hendricks D, Haselkhom K. Stroke; a family dilemma *.Disabil Rehabil.* 1994; 194: 110-118.

### 13.- ANEXOS.

#### 13.1- CRONOGRAMA

Actividad	Abr 2010	May 2010	Jun 2010	Jul 2010	Oct 2010	Ene 2011	Feb 2011	Mar 2011	Abr 2011	May 2011	Jun 2011
Elaboración del marco teórico y antecedentes.	X										
Búsqueda de Instrumentos de evaluación		X									
Selección de la Muestra			X								
Elaboración de protocolo				X							
Entrega de protocolo al comité y revisión					X						
Recolección de datos						X	X				
Introducir datos al programa Estadístico								X			
Obtener resultados									X		
Analizar resultados										X	
Realizar conclusiones											X
Presentación de resultados.											X

## 13.2- Anexo I

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION CLINICA.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

**“Relación entre carga y funcionalidad familiar del cuidador primario del Adulto mayor”**. Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: **R-2011 2201-19**

El objetivo del estudio es: \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar los cuestionarios indicados.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. El investigador responsable que ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma y matricula del investigador responsable.**

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio. 442-216-19-39 Y 4421-57-21-68

Testigos: \_\_\_\_\_

Testigos \_\_\_\_\_

### 13.3- Anexo II

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION QUERETARO.  
UMF 13 "Dr. Gustavo Camacho Montiel"

## **"Relación entre carga y funcionalidad familiar del cuidador primario del adulto mayor"**

### **Cuestionario de variables socio demográficas**

MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN, TE RECUERDO QUE ES IMPORTANTE CONTESTAR EL 100% DE TODAS LAS PREGUNTAS.

Los datos de este documento serán manejados en forma ANÓNIMA y CONFIDENCIAL para la seguridad y total confianza del participante de la investigación.

Fuente de la información: Cuidador primario del Adulto mayor \_\_\_\_\_

1. ¿Qué **edad** tiene? \_\_\_\_\_

2. **Sexo:** M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_

**3. Estado civil:**

a- Soltero(a)\_\_\_\_\_

b- Unión libre\_\_\_\_\_

c- Casado(a)\_\_\_\_\_

d- Divorciado(a)\_\_\_\_\_

e- Viudo(a)\_\_\_\_\_

**4. Ocupación:**

a- Hogar\_\_\_\_\_

b- Obrero(a)\_\_\_\_\_

c- Empleado(a)\_\_\_\_\_

d- Profesionista\_\_\_\_\_

e- Comerciante\_\_\_\_\_

f- Estudiante\_\_\_\_\_

**5. Estado civil:**

- a- Soltero(a)\_\_\_\_\_
- b- Casado(a)\_\_\_\_\_
- c- Divorciado(a)\_\_\_\_\_
- d- Unión libre\_\_\_\_\_
- e- Viudo(a)\_\_\_\_\_

**6. Ocupación:**

- a) Obrero\_\_\_\_\_
- b) Empleado\_\_\_\_\_
- c) Comerciante\_\_\_\_\_
- d) Profesionista \_\_\_\_\_

**7.- Motivo de ser cuidador**

- 1.- Voluntaria\_\_\_\_\_
- 2- Involuntaria\_\_\_\_\_

**8.- Parentesco**

- a) Hermano\_\_\_\_\_
- b) Hijo\_\_\_\_\_
- c) Cónyuge\_\_\_\_\_
- d) Sobrino\_\_\_\_\_
- e) Otro\_\_\_\_\_

**9.- Horas de cuidado al día**

- 1- Más de 8 hrs\_\_\_\_\_
- 2- Menos de 8 hrs\_\_\_\_\_

**10.- Tipo de patología del Adulto mayor cuidado:**\_\_\_\_\_

## 13.4- Anexo III

### Índice de Katz de actividades de la vida diaria

**BAÑO/LAVADO:** Independiente: Necesario ayuda sólo para lavarse una parte del cuerpo ó lo hace solo.

Dependiente: Requiere ayuda al menos para lavarse más partes del cuerpo o para entrar y salir de la bañera

**VESTIDO:** Independiente: Se viste sin ayuda (incluye coger las cosas del armario). Excluye el atado de los cordones de los zapatos.

Dependiente: No se viste solo o lo hace de forma incompleta

---

**USO DEL RETRETE:** Independiente: No precisa ningún tipo de ayuda para entrar y salir del cuarto de aseo. Usar el retrete, se limpia y se viste adecuadamente. Puede usar el orinal por la noche.

Dependiente: Precisa ayuda para llegar hasta el retrete y para utilizarlo adecuadamente. Incluye el uso del orinal y de la cuña.

---

**MOVILIZACION (CAMA-SILLON)** Independiente: No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama (puede utilizar ayudas mecánicas, como bastón).

Dependiente: Requiere alguna ayuda para una u otra acción.

---

**CONTINENCIA:** Independiente: Control completo de la micción y defecación.

Dependiente: Incontinencia total o parcial. Incluye el control total de los esfínteres mediante enemas, sonda o el empleo reglado del orinal y/o cuña.

---

**ALIMENTACION:** Independiente: Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda.

Dependiente: Es ayudado a llevar la comida del plato a la boca. Incluye no comer y alimentación parenteral o a través de una sonda.

---

Debe recogerse lo que el paciente hace realmente, no lo que es capaz de hacer.

## Clasificación

- A. Independiente en todas las actividades
- B. B. independiente en todas las actividades, salvo una.
  
- C. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más.
- D. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más.
- E. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más-
- F. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso de retrete, en la transferencia y otra más.
- G. Dependiente en todas las actividades.

## 13.5-Anexo IV

### **CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)**

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, PUNTÚE su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

#### **Casi nunca (1), Pocas veces (2), A veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5)**

1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia. \_\_\_\_\_
2. En mi casa predomina la armonía. \_\_\_\_\_
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades. \_\_\_\_\_
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana. \_\_\_\_\_
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa. \_\_\_\_\_
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos. \_\_\_\_\_
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes. \_\_\_\_\_
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan. \_\_\_\_\_
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado. \_\_\_\_\_
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. \_\_\_\_\_
11. Podemos conversar diversos temas sin temor. \_\_\_\_\_
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas. \_\_\_\_\_
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. \_\_\_\_\_
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos. \_\_\_\_\_

### **PUNTUACION**

#### **BAREMO**

De 70 a 57 puntos. Familias funcional

De 56 a 43 puntos. Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos. Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las Situaciones Variables que mide

1 y 8..... Cohesión

2 y 13..... Armonía

5 y 11..... Comunicación

7 y 12..... Permeabilidad

4 y 14..... Afectividad

3 y 9..... Roles

6 y 10..... Adaptabilidad

### 13.6- Anexo V

**NOMBRE:**

**Fecha:**

CUESTIONARIO ZARIT

		1	2	3	4	5
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 Usted?					
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 su relación que Usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido al 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 cuida de su familiar?					
13	¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
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 que hacer con su familiar?					
21	¿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 su familiar?					

0

Valores de cada respuesta:

1	<b>Nunca</b>
2	<b>Rara vez</b>
3	<b>Algunas veces</b>
4	<b>Bastantes veces</b>
5	<b>Casi siempre</b>

<b>Puntos de corte</b> < 46 no sobrecarga
46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
>55-56 Sobrecarga intensa

Relación entre carga y funcionalidad familiar del cuidador primario del adulto mayor”



-Adulto mayor con dependencia de una ABVD en adelante.  
-Cuidador primario del adulto mayor  
Que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado y firmado.  
Ambos sexos y cualquier edad



Análisis estadístico en base a medidas de tendencia central (medias, frecuencias absolutas y relativas).  
Medidas dispersión (desviación estándar y rangos) y de correlación con prueba de Spearman con nivel de



En la redacción de la tesis se plasmarán los resultados



Cartel, Foro nacional de investigación y publicación en la revista de atención médica familiar de la UNAM.  
Publicación en revista indexada.