



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "MARINA NACIONAL".

**FRECUENCIA DE COLAPSO DEL CUIDADOR DE LOS ADULTOS MAYORES  
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR "MARINA NACIONAL" ISSSTE.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR.

PRESENTA:  
**DRA. METZLI YOLOTZIN LÓPEZ CARRILLO.**

ASESOR DE TESIS  
DR. CARLOS ALONSO RIVERO LÓPEZ.

CIUDAD DE MÉXICO.

JULIO 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**FRECUENCIA DE COLAPSO DEL CUIDADOR DE LOS ADULTOS MAYORES  
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR "MARINA NACIONAL" ISSSTE.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR, PRESENTA:  
DRA. LÓPEZ CARRILLO METZLI YOLOTZIN**

**AUTORIZACIONES**



**DRA. LILIANA REYES SERRANO  
DIRECTORA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"MARINA NACIONAL" ISSSTE.**



**DR. CARLOS EDUARDO CENTURIÓN VIGIL  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"MARINA NACIONAL" ISSSTE.**



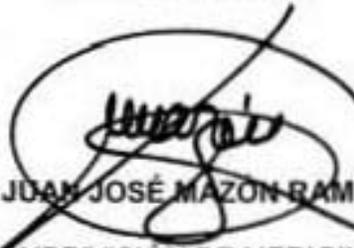
**DRA. ANGELA TORRES GONZÁLEZ  
PROFESORA ADJUNTA AL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR.**

**FRECUENCIA DE COLAPSO DEL CUIDADOR DE LOS ADULTOS MAYORES  
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DE MEDICINA  
FAMILIAR "MARINA NACIONAL" ISSSTE.**

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

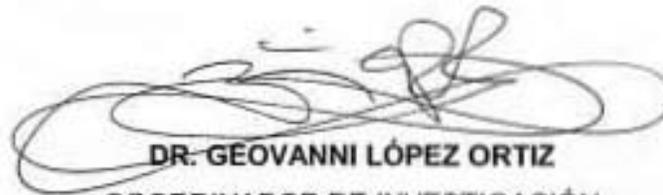
**DRA. LÓPEZ CARRILLO METZLI YOLOTZIN**

**AUTORIZACIONES:**



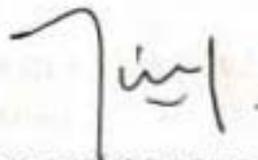
**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**

**JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.  
UNAM**



**DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTIZ**

**COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.  
UNAM**



**DR. CARLOS ALONSO RIVERO LÓPEZ**

**ASESOR DE TESIS  
FACULTAD DE MEDICINA  
PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM**

## **AGRADECIMIENTOS:**

**A MI MADRE:** la persona más importante de mi vida, ya que sin ella no estaría aquí, gracias por tu amor, dedicación, por todo. Te amo.

**A EDUARDO:** mi compañero y amigo de vida. Quien ha estado desde el inicio de esta aventura, apoyándome, alentándome a superarme tanto profesionalmente como de forma personal. Te amo.

**A MI FAMILIA:** a mis hermanos, tías, tíos, primos, a mis abuelitos, quienes, aunque ya no estén en vida, siempre han creído en mí y de cualquier manera han buscado la forma de apoyarme.

**A MI ASESOR:** Por su ayuda, paciencia y enseñanza en estos meses.

**A MIS PROFESORES:** Dr. Carlos Eduardo Centurión Vigil, Dra. Margarita Arenas Cedillo y la Dra. Angela Torres González, por el apoyo y enseñanzas que me dieron en estos tres años.

**A MIS PROFESORES DEL HOSPITAL GENERAL DE TACUBA:** él Dr. Jaime Serrano Alonso y la Dra. Raquel Mora quienes dedicaron tiempo para aportarme conocimiento tanto médico como de vida, durante mi práctica profesional.

**A MIS COMPAÑERAS:** con quienes compartimos momentos buenos y malos durante estos tres años, en especial a Fabiola Ivette García Castillo por ser más que mi compañera, mi amiga. Te quiero.

**A MIS MASCOTAS:** A Borreguito y Polar, los cuales, aunque no sepan que está pasando en estos momentos siempre han estado conmigo en las buenas y las malas.

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	19
JUSTIFICACIÓN .....	20
OBJETIVO GENERAL .....	21
Objetivos específicos .....	21
METODOLOGÍA.....	22
CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	23
Criterios de inclusión:.....	23
Criterios exclusión:.....	23
Criterios de eliminación:.....	23
VARIABLES: .....	25
METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA DE INFOMACIÓN .	27
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	28
RESULTADOS .....	31
DISCUSIÓN .....	41
CONCLUSIÓN .....	44
BIBLIOGRAFÍA .....	46
ANEXOS .....	51

# **FRECUENCIA DE COLAPSO DEL CUIDADOR EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES EN RELACIÓN AL NIVEL DE DEPENDENCIA QUE PRESENTAN EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “MARINA NACIONAL” ISSSTE.**

## **INTRODUCCIÓN**

Durante los últimos años la pirámide poblacional ha sufrido modificaciones en su comportamiento que va desde cambios de fecundidad, mortalidad y migración lo que ocasiona que la población adulta mayor aumente a nivel mundial.<sup>1</sup> Como menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas no transmisibles, son enfermedades de larga duración y de progresión lenta, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades del sistema respiratorio enfermedades metabólicas como diabetes mellitus tipo 2 (OMS). Estas comorbilidades son las primeras causas de mortalidad a nivel mundial en un 63%, además de que conllevan complicaciones como discapacidad física, psíquica, etc., lo que genera una mayor necesidad de cuidado de estos pacientes por la familia.<sup>2</sup>

La mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. En la actualidad hay más de 125 millones de personas con 80 años o más. Se sabe que para el 2050, la población mundial en esa franja de edad llegará a los 2000 millones y un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajo y mediano.<sup>3</sup>

La transición demográfica, la cual nos habla del paso de niveles de natalidad y mortalidad altos y sin control a niveles bajos y controlados,<sup>1</sup> ha hecho que la estructura de la población cambie, por ejemplo, el aumento de la población de personas mayores de 60 años: de 5% en el 2000 a 6.3% en 2010, según el último censo de población en México.<sup>4</sup>

El envejecimiento es una etapa de la vida donde se producen una serie de cambios tanto fisiológicos como morfológicos en todo el organismo, en interrelación entre factores genéticos, ambientales, protectores o agresores a lo largo de la vida. La Organización Mundial de la Salud, lo define como “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios y en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”.<sup>5</sup>

Es un proceso universal, irreversible, que determina la pérdida de la capacidad de adaptación de forma continua. El cual es influenciado por múltiples factores desde sociales, genéticos, históricos, afectivos, que se construyen durante el ciclo de vida de la persona.<sup>5</sup>

También se ve influido por enfermedades agregadas, el sufrimiento acumulado a lo largo de la vida, el estilo de esta misma que lleva la persona y los factores de riesgo. Se puede afirmar entonces que la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman partes de un concepto más global que es el envejecimiento.

A esta etapa se le han dado diferentes nombres:

- Vejez: fase final del proceso de envejecimiento, es el estado de una persona que por razones de aumento en la edad sufre una decadencia en su organismo.
- Ancianidad: etapa que comprende el final de la vida, inicia a los 60 años de edad, acompañado de la disminución de la fuerza física con una progresiva baja de capacidad mental.
- Tercera edad: etapa evolutiva del ser humano que afecta la salud física y mental, acompañado de una parte económica, sociológica, psicológica

puesto que se presentan cambios en el funcionamiento cognitivo y emocional.

- Longevidad: máxima duración de la vida humana, además de vivir en buena salud y mantener una buena calidad de vida e independiente.
- Discapacidad: cualquier limitación grave que afecte más de un año a la capacidad de realizar actividades y cuyo origen sea una deficiencia.<sup>5</sup>

Es así que el envejecimiento es un proceso continuo, universal, irreversible, variable, influido por demasiados factores desde el contexto genético, histórico, social del desarrollo humano y emocional, que define y se construye durante el ciclo vital. Existen varios modelos de envejecimiento, de los cuales se debe destacar que si se llevan a cabo se tendrá una mejor calidad de vida del adulto mayor, los cuales son:

- Envejecimiento exitoso: propuesto por Rowe<sup>6</sup>, quien se refiere como la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, esto gracias a la actividad física y mental, decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de las relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas.<sup>7</sup>
- Envejecimiento saludable: la OMS (1998) menciona que es la etapa que comienza antes de los 60 años y solo puede obtenerse desde edades tempranas por hábitos y estilos de vida saludables, así como detección oportuna de enfermedades y discapacidades.<sup>8,9</sup>
- Envejecimiento activo: la OMS (2002) refiere que es un proceso de optimización de las oportunidades de participación, seguridad y salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que el adulto mayor envejece. Activo hace referencia a una participación continua en la esfera social, cultural, económica, espiritual y cívica, no solo la capacidad para estar físicamente activo si no que sea una experiencia positiva con una vida más larga.<sup>10,11</sup>

De lo contrario si no se presentan ninguno de los anteriores tipos de envejecimiento, comienzan a aparecer los síndromes geriátricos, los cuales se refieren a las formas de presentación de enfermedades en el adulto mayor, siendo condiciones de salud multifactoriales, que ocurren como consecuencia de los efectos de la acumulación del deterioro de múltiples sistemas, haciendo susceptible a los adultos mayores ante las demandas fisiológicas o patológicas.<sup>2</sup> Estos síndromes están asociados a los cambios en la reserva funcional, manifestándose por un mismo síntoma.

Existen múltiples factores de riesgo para que se presente un síndrome geriátrico, entre los más importantes es la edad avanzada, junto con el deterioro cognitivo y funcional crónico, alteraciones en la movilidad asociados a presentar úlceras por presión, incontinencia urinaria, caídas y delirio.<sup>12</sup>

Algunos de estos factores de riesgo son considerados criterios de fragilidad, por lo que el estado de vulnerabilidad orgánica puede ser el punto donde se juntan los mecanismos fisiopatológicos responsables de estas entidades. Además, un síndrome geriátrico puede ser la causa de otro síndrome.

Entre uno de los síndromes geriátricos que se afecta al adulto mayor es el síndrome de fragilidad. El cuál se caracteriza por una reducción en las reservas fisiológicas de los sistemas orgánicos. Para su diagnóstico, Fried propuso un fenotipo físico, que incluye los siguientes componentes:

1. Pérdida involuntaria de peso.
2. Reducción del nivel de la actividad física.
3. Reducción de la fuerza muscular (disminución de la presión palmar).
4. Fatiga.
5. Disminución de la marcha.<sup>12</sup>

Este tipo de síndrome, es un componente esencial de la fisiopatología de los síndromes geriátricos, refleja un estado de vulnerabilidad orgánica asociado con el envejecimiento.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de fragilidad son:

Generales y sociodemográficos:

- Edad avanzada.
- Sexo femenino.
- Escolaridad baja.
- Ingresos familiares bajos.
- No adecuada autopercepción de la salud.

Salud:

- Presencia de comorbilidades cardíacas, pulmonares, metabólicas, inmunológicas.
- Polifarmacia.
- Tabaquismo.
- Uso de terapia de reemplazo hormonal.
- Deficiencia de vitamina D.

Funcionales:

- Hospitalizaciones previas.
- Caídas: más de dos en los últimos doce meses.
- Fractura de cadera después de los 55 años de edad.
- Disminución de la fuerza de las extremidades superiores.
- Deterioro cognoscitivo.
- Índice de masa corporal  $<18.5 \text{ kg/m}^2$  o mayor a  $25 \text{ kg/m}^2$ .

Dependencia de al menos una actividad física de la vida diaria. <sup>13</sup>

A su vez se incrementa el desarrollo de presentar deterioro funcional, el cual se define como la pérdida de la independencia de las actividades o disminución de las habilidades de autocuidado, se caracteriza por la pérdida de una o más actividades

básicas (baño, aseo personal, vestido, continencia, transferencia y alimentación) o instrumentales (uso de teléfono, manejo de finanzas, control de medicamentos, transporte, actividades domésticas y preparación de alimentos). También pueden encontrarse afectadas las funciones mentales, la movilidad en el medio ambiente y las capacidades de comunicación.<sup>11</sup>

Este síndrome geriátrico se suele observar en un 12% de las personas mayores de 75 años de edad y lo más importante, es un indicador de mal pronóstico para la vida y función a corto plazo.<sup>11</sup> Es por eso que al ser expuesto el adulto mayor a un evento estresor como lo son las infecciones agudas, el descontrol de las comorbilidades asociadas o una situación familiar, social, ocasionan que se presente discapacidad y pérdida de la independencia. Solamente el 30% de estos adultos mayores regresan a su estado basal, mientras que del 30 al 60% desarrollan dependencia total a sus actividades tanto las básicas como instrumentales de la vida diaria.<sup>11</sup>

Se necesita valorar el grado de funcionalidad del paciente, una de las escalas más utilizadas se refiere a las actividades básicas de la vida diaria de Barthel, la cual mide la función para el autocuidado de las personas mayores, diseñado en 1965, permite identificar tempranamente la condición de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor, evalúa procesos neuromusculares, musculoesqueléticos y su principal área es acercarse más al proceso de la discapacidad, al incluir movilidad.<sup>14</sup>

Uno de los principales retos del envejecimiento es el aumento de la discapacidad y dependencia a lo que se suma las comorbilidades y la falta de apoyo por parte de familiares o cuidadores.<sup>2</sup>

### **Cuidador principal**

El cuidador es cualquier persona, empleado que ayuda, apoya a las necesidades del paciente. Este último tiene dos características importantes que lo definen: no es

remunerado, pareciendo con demasiada frecuencia como un cuidador no válido y se desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares.<sup>15</sup> A su vez se dividen en cuidadores primarios y secundarios: el primero es la persona cercana o familiar quien brinda de forma única apoyo físico, emocional asumiendo responsabilidad permanente y comprometida<sup>16</sup>, a diferencia de los cuidadores secundarios quienes no tienen ninguna responsabilidad familiar del cuidado de los adultos mayores.

En nuestro país, (poner el nombre del autor o de donde salió) la principal proveedora de cuidados para el adulto mayor es la mujer, la cual, por los aspectos socioculturales, desde años atrás se considera que es trabajo del sexo femenino.<sup>15</sup> Generalmente es una mujer entre 40 y 55 años de edad, la mayoría son hijas o esposas y solo un porcentaje menor tiene un trabajo adicional al del hogar.<sup>17,18</sup>

Las funciones principales del cuidador primario es proveer apoyo físico, emocional, financiero al adulto mayor con dependencia, con el cual tiene un vínculo afectivo lo que trae en consecuencia no recibir remuneración económica, además de ayudar en las actividades básicas desde la alimentación, el vestido, aseo, traslados, etc., así como de cuatro a cinco actividades instrumentadas en promedio como administración de medicamentos, toma de decisiones, movilización, entre otras más. El promedio del cuidador en general es de 48 años de edad aproximadamente e incluso una tercera parte de ellos se encargan del cuidado de dos o más personas, un 30% son cuidadores de 65 años de edad.<sup>2</sup>

Principalmente quienes son los pacientes que requieren de más tiempo de cuidado por su familia, son las personas con dependencia, que se refiere cuando la autonomía personal disminuye y no es capaz de realizarlo por sí solo, si no con la ayuda de una segunda persona para las actividades diarias. Sobre todo, los adultos mayores quienes por factores físicos como fragilidad física, enfermedades crónicas, polifarmacia, factores psicológicos y contextuales. Aproximadamente el tiempo en promedio que invierten los cuidadores en los pacientes es de 10.9 horas al día, lo que ocasiona que tenga que haber modificaciones en el estilo de vida, a su vez se

presentan cambios dentro de la estructura familiar, en los roles, dinámica familiar, patrones de conducta con los demás integrantes y en efecto que se considere como una crisis familiar.<sup>19,20</sup>

La carga, se vuelve más pesada a medida que la enfermedad progresa, ya que el aumento de alteraciones de la cognición y a su vez ocasionando la disminución de la independencia del paciente junto con el inicio de la presentación de síntomas como: alteraciones en la salud, desde físicas como fatiga, dolor de cabeza, alteraciones del ciclo sueño-vigilia y malestares psíquicos principalmente ansiedad y depresión.<sup>20</sup>

Para poder medir el grado de sobrecarga que existe en el cuidador existen varias escalas, una de las más usadas es la escala de Zarit la cual ya está validada por Martin y Salvado en 1996, en el Hospital Virgen del Camino (California, Estados Unidos) y en otros países más. También ha sido validada en diversos idiomas incluyendo el español, tiene una sensibilidad de 93% y especificidad del 84%.<sup>2</sup>

Se utiliza en cuidadores de adultos mayores, con enfermedades crónicas degenerativas y/o enfermedades mentales. Zarit y su grupo de colaboradores, observaron que la carga de los cuidadores era la clave de estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas que tenían demencia, creando un instrumento de medición que tomara en cuenta la carga objetiva y subjetiva y evaluaciones globales de la misma. Este instrumento cuenta con 22 ítems que toman en cuenta los siguientes aspectos: salud física, psicológica, área laboral, económica y la relación con la persona receptora de cuidados.<sup>21,22,23</sup>

Esta escala explora diferentes campos y sirve para enfocar las intervenciones médicas y socioculturales, como:<sup>2</sup>

- Abandono del autocuidado en general.
- Aspectos de sobrecarga.
- Vergüenza ante el comportamiento del paciente.

- Irritabilidad ante la presencia del paciente a cuidar.
- Pérdida del rol social.
- Asumir cuidados del paciente.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Miedo de cuidados o el futuro del familiar.

Es importante tener en cuenta que existen diferentes variables que influyen en la sobrecarga del cuidador primario, estas son:

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación y escolaridad del cuidador primario.
- Horas que dedica el cuidador al paciente.
- Familia: Tipología, clasificación sociodemográfica, con base a sus medios de subsistencia y a su integración familiar.
- Enfermedades crónico degenerativas del paciente y del cuidador primario.

## **Familia**

Su definición etimológica, se refiere a un jefe y esclavos, de una unidad donde él patriarca decide y da órdenes. Desde la perspectiva demográfica constituye ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima, en donde conviven e interactúan personas emparentadas, de generaciones distintas.

Según Bohannan en 1996 menciona que la familia es el determinante primario del destino de una persona. Proporciona el tono psicológico, el primer entorno cultural; es el criterio primario para establecer la posición social de una persona joven. La familia, construida como está sobre genes compartidos, es también la depositaria de los detalles culturales compartidos, y de la confianza mutua.<sup>24</sup>

El principal objetivo es el de guiar a los miembros de la familia, para enfrentarse al entorno en el cual se encontrarán tanto social, culturalmente, económico, religioso,

etc. Desde el punto de vista antropológico y sociológico, es considerada la principal institución, siendo la base de las sociedades.

De acuerdo al INEGI (2013), la familia es “el ámbito donde los individuos nacen y se desarrollan, así como el contexto en el que se construye la identidad de las personas por medio de la transmisión y actualización de los patrones de socialización”. Dividiendo el hogar en tres clases, por orden de importancia son: los nucleares en un 70%, después los ampliados (convive la familia nuclear con otro familiar como abuelos, tíos, primos) en un 26.5% y los compuestos en un 1.5% (hogar en el que además de ser nuclear y ampliada, conviven con personas que no guardan ningún parentesco con él jefe del hogar).<sup>24</sup>

En México a pesar de los cambios sociales, tecnológicos, demográficos y del tiempo, la familia es algo vital, los lazos de parentesco siguen vigentes y los integrantes acuden a ella para la solución de problemas y la búsqueda de apoyo.

En los últimos años la familia ha sufrido transformaciones y fenómenos desde sociales y económicos, entre otros. De los cuales se destacan la migración del jefe de familia, el papel de la mujer en el mercado laboral, cambio en la dinámica de las familias nucleares, por ejemplo los hijos eran dejados con los abuelos creando lazos familiares y que los vínculos se modificaran, entre otros que a su vez generan cambios en las familias, en su estructura, conformación así como la forma de actuar y de pensar, repercutiendo en factores como la economía, desarrollo social, servicios de salud y redes de comunicación personal. Como consecuencia de estas transformaciones empezaron a presentarse divorcios y desintegración familiar.<sup>24</sup>

Actualmente la familia es la institución básica donde se desarrollan las nuevas generaciones, que posteriormente serán la base de la sociedad y la economía mexicana.

La familia debe de cumplir las siguientes funciones: socialización, afecto, cuidado, estatus, reproducción, desarrollo y ejercicio de la sexualidad. En las cuales debe de participar todos los integrantes de la familia de acuerdo a sus roles familiares.

A su vez la familia se clasifica de acuerdo a los siguientes ejes:

- Parentesco.
- Presencia física en el hogar o convivencia.
- Medios de subsistencia.
- Nivel económico.
- Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por los cambios sociales.

De acuerdo al parentesco (vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otro tipo de relación) la relación debe de ser estable y afectiva. Esto con el fin de que el medico familiar identifique las características de los integrantes de la familia, que influyan en el proceso salud y enfermedad.<sup>25</sup>

<b>Con parentesco</b>	<b>Características</b>
Nuclear	Hombre y mujer sin hijos
Nuclear simple	Padre y madre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Padre y madre con 4 hijos o más
Reconstruida (binuclear)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
Monoparental	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
Extensa	Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco

Extensa compuesta  No parental	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco  Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
<b>Sin parentesco</b>	<b>Características</b>
Monoparental extendida sin parentesco  Grupos similares a familias	Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco  Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera

De acuerdo a la clasificación con base en la presencia física y convivencia, nos ayuda a saber el grado de existe de convivencia, identificar al jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de la familia.

<b>Presencia física en el hogar</b>	<b>Características</b>
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar
Extensa ascendente	Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos
Extensa colateral	Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera)

## **Apoyo familiar**

Un aspecto importante a destacar es el apoyo familiar puesto que puede ser un factor de riesgo para que exista el colapso del cuidador. Ya que un ambiente familiar de cariño, afecto y atención es favorable para la salud de los individuos, en caso de que haya desinterés o desapego, esto conduce a sentimientos de abandono y puede aparecer la depresión que propicia la presencia de enfermedades modificando así el estilo y la calidad de vida del adulto mayor y la familia.<sup>26</sup>

El envejecimiento se ha visto como una etapa de declive mental y físico, desde que son calificadas como un grupo social llamados “viejos”, siendo percibidos como personas que viven bajo estigmas de enfermedad, soledad, tristeza y abandono. A su vez la sociedad aún no está preparada para afrontar estos cambios, hay falta de información que ayude a identificar la necesidad de aumentar los esfuerzos para la identificación de las redes de apoyo social y familiar con que cuenta el adulto mayor. Todo esto propicia a que haya abandono, mala calidad de vida hasta incluso violencia contra los adultos mayores.

En muchos casos la familia se ocupa del cuidado de los propios padres muy ancianos, de la pareja, de hermanos u otros familiares con los que se ha convivido. Aunque aún existe el caso de personas mayores solas, la familia sigue siendo la principal fuente de contacto social y de ayuda en caso de necesidad, que como se dijo al inicio la mujer es la fuente de cuidados preferida en caso de discapacidad, lo que genera una carga excesiva de cuidados familiares.

También ocurre que la o él adulto mayor pasa de forma rotatoria por los domicilios de todos los hijos o al revés. En este caso la familia procura que envejecan activamente como relacionarse con amigos, controlan su alimentación, actividades sociales, vigilar su salud y cumplimiento de su tratamiento.<sup>27</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El Síndrome de colapso del cuidador es un problema de salud que tiene un gran impacto en los cuidadores primarios, el cual no ha pasado desapercibido por el gremio médico, en especial por los médicos familiares, siendo el primer nivel de atención en donde se puede realizar promoción y prevención de la salud.<sup>1</sup>

En cuanto tipo la discapacidad como menciona (poner lo de la referencia), la motriz es la principal que afecta a los adultos mayores, un 56% a los hombres y un 62% a las mujeres, seguidas de la visual en un 33% y 32%, auditiva en un 27% y 19% respectivamente.<sup>28</sup>

El colapso del cuidador se ha estudiado en pacientes como enfermedad vascular cerebral sobre todo las secuelas, demencia, enfermedad de Parkinson, siendo medido por escalas como la “sobrecarga del cuidador de Zarit”, la cual ayuda a encontrar alteraciones en la estructura y roles familiares, además de efectos sobre la salud tanto física, como emocional. Sólo se aplica cuando él o la cuidadora primaria mencionan que han presentado problemas con sus pacientes a cuidar y tal efecto les ha ocasionado alteraciones en su estilo de vida. Como consecuencia la estabilidad del cuidador se relaciona con la funcionalidad de la familiar, el tiempo de evolución de la discapacidad del paciente y el apoyo social.<sup>28</sup>

Si se toma en cuenta que la mayoría de la población derechohabiente de la Zona Poniente del ISSSTE, son aproximadamente 590 640 mil personas y 47 297 mil son pensionados según el anuario 2017, se plantea la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es la frecuencia de sobrecarga del cuidador, en cuidadores primarios de pacientes con nivel de dependencia de la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE, de octubre a noviembre de 2018?.<sup>29</sup>

## JUSTIFICACIÓN

En Estados Unidos se ha encontrado que hasta el 32% de los cuidadores presentan un colapso de alto grado y un 19% presentan colapso moderado.<sup>2</sup>

En nuestro país los estudios de investigación en el primer nivel de atención son escasos, la mayoría se realizan en segundo y tercer nivel de atención. En el 2011 en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE con el fin de identificar el perfil del cuidador primario, se encontró que el 27% de los cuidadores padecía hipertensión arterial sistémica y 18% Diabetes Mellitus tipo 2 y según la escala de Zarit, un 14% de los cuidadores contaba con sobrecarga leve y un 11% con sobrecarga intensa. En este estudio se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la carga del cuidador, el nivel de escolaridad, la Hipertensión Arterial Sistémica y el parentesco.<sup>30</sup>

Sobre el grado de dependencia, en México se estima que el 1% de la población mayor de 65 años de edad se encuentra totalmente inmovilizada, el 6% sufre de graves limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria y un 10% padece incapacidad moderada. Estos porcentajes aumentan a partir de los 80 años de edad.<sup>31</sup>

Actualmente no hay aún datos estadísticos precisos en nuestro país del porcentaje de individuos que son cuidadores ni de sus características demográficas.

Se desconoce el nivel de este padecimiento, en la Zona Poniente de la ciudad así su prevalencia, incidencia y frecuencia. En la Tesina “Nivel de sobrecarga del cuidador principal en relación al grado de dependencia del paciente geriátrico, en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE” (2014) no hubo sobrecarga del cuidador.<sup>32</sup> Sin embargo el hecho de que hay un aumento en los últimos 4 años de la transición demográfica ha generado un aumento de los adultos mayores 60 años.

La población total usuaria adscrita a la Clínica “Marina Nacional”, ISSSTE (de acuerdo al censo 2017) es de 12.267, el total de mujeres del grupo de más 25 años es de 13,482 y del grupo de los hombres en el mismo rango es de 6811.

Actualmente se tiene un reporte de 4 casos de síndrome de colapso del cuidador por el servicio de Gerontología de la Clínica “Marina Nacional” (2017-2019), las cuales son mujeres, de 74 a 83 años. Este registro puede ser orientador al hecho de que puede haber más pacientes con este síndrome y no son detectados a tiempo, sólo cuando él o la cuidadora primaria lo refieren en una consulta general. De ahí la importancia de poder detectar de manera precoz este síndrome, aplicando la escala de Zarit.

Por lo que el objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre el colapso del cuidador y el grado de dependencia del adulto mayor, ya que se considera que existe una relación entre ambas y poder implementar de forma permanente la escala de Zarit. Revisar si se cuenta con alguna estrategia para disminuir el riesgo de dichas patologías y si no, con dicha ayuda utilizar los recursos sanitarios que ofrece la Clínica de Medicina Familiar y buscar medidas de apoyo psicológico y médico para estos pacientes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia de sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de la CMF “Marina Nacional” ISSSTE en adultos mayores con nivel de dependencia leve, moderada, severa y total, en el periodo de octubre de 2018 a enero de 2019.

### Objetivos específicos

- Clasificar por sexo y edad (promedios) del cuidador principal y del paciente geriátrico.
- Identificar los factores de riesgo que pueden provocar un colapso de cuidador.

- La asociación que tiene el parentesco del cuidador con el paciente, el nivel de escolaridad, estado civil, tipología familiar, las horas de cuidado que se le dedican al paciente ya que influyen en el riesgo del colapso del cuidador.
- Detectar si existe red de apoyo familiar en el cuidador primario.
- Identificar el nivel de dependencia del paciente geriátrico, clasificar de acuerdo a los resultados (independiente, escasa, moderada, severa y total) y por edad.
  - Relacionar grado de sobrecarga del cuidador principal y nivel de dependencia del paciente geriátrico.
- Conocer si ya cuentan con estrategias de intervenciones médicas y sociales para los cuidadores con colapso.

## **METODOLOGÍA**

**Tipo de estudio:** se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva, cualitativa transversal. Bajo el diseño no experimental.

**Población:** cuidadores primarios de personas mayores de 65 años de edad.

**Lugar:** adscritos a la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE “Marina Nacional” que acuden a la consulta de gerontología.

**Tiempo:** De lunes a viernes en los meses de noviembre de 2018 a enero de 2019.

**Tipo y tamaño de muestra:** siendo no probabilístico por conveniencia de un total de 100 cuidadores primarios, siendo estos últimos de tipo no remunerados y familiares de entre 25 a mayores de 65 años y más, de forma aleatorizada.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### Criterios de inclusión:

- Cuidadores primarios de 25 años de edad o más, sin remuneración económica, siendo familiares del paciente geriátrico.
- Como mínimo 2 meses de realizar dicha función de forma diaria e ininterrumpida, con un mínimo de 3 horas o más de cuidado.
- Sólo estar a cargo de un paciente de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE “Marina Nacional”.
- Pacientes mayores de 65 años derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE “Marina Nacional” que sean adscritos al servicio de gerontología.
- Los pacientes a los cuales cuidan deben de tener un grado de dependencia leve, moderada, severa y total según la escala de Barthel con una o más enfermedades crónico degenerativas.

### Criterios exclusión:

- No aceptar participar en dicho estudio.
- No tener como mínimo 2 meses de ser cuidadores primarios.
- Recibir remuneración económica o ser cuidador profesional.
- Cuidar a más de un paciente de la tercera edad.
- Tener menos de 25 años de edad.
- Realizar menos de dos horas de cuidado al día.

### Criterios de eliminación:

- Los pacientes a cuidar sean menores de 65 años de edad.

### Técnicas e instrumentos a utilizar:

Los instrumentos que se utilizaron son detallados y justificados a continuación para verificar la eficacia de su aplicación y resultados confiables.

- Expediente clínico: Historia Clínica.<sup>33</sup>

- Entrevista Estructurada.
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Cada respuesta se valora del 0 que significa nunca, 1 casi nunca, 2 a veces, 3 bastantes veces, 4 casi siempre y 5 siempre, una puntuación inferior a 46 puntos se considera indicativa de “no sobrecarga”, superior a 56 puntos se considera sobrecarga intensa. En España, la puntuación <46 puntos indica “no hay sobrecarga”, de 47-55 puntos indica “sobrecarga leve” y > o igual de 56 indica “sobrecarga intensa”. Esos puntos de corte han derivado de estudios y resultados que han validado este instrumento usado en centros psico geriátricos.<sup>36</sup>

- Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL- 100) (se utilizó la versión abreviada WHOQOL-BREF).
- Escala de Barthel  
Se utilizó la modificación de Sha et al, con 10 actividades, pero aumenta el número de niveles por cada actividad hasta 5, aumentando la sensibilidad de la medida. El rango es entre 0 y 100.<sup>36</sup>

El índice de Barthel puede usarse asignando puntuaciones con los siguientes intervalos de 1 punto entre las categorías, resultando en un rango entre 0 y 20.

- 0 – 20: Dependencia total.
- 21 – 60: Dependencia severa.
- 61 – 90: Dependencia moderada.
- 91 – 99: Dependencia escasa.
- 100: Independencia

## VARIABLES:

Variable	Tipo	Definición	Definición operacional	Categoría	Escala de medición
Edad del cuidador	Cualitativa	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Respuesta del paciente		Razón
Genero del cuidador	Cualitativa	Condición orgánica que distingue el sexo biológico de pertenencia	Obtenida por respuesta a la observación	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
Escolaridad del cuidador primario	Cualitativa	Grado máximo de estudios alcanzados	La obtenida en la encuesta	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Profesional	Ordinal
Ocupación del cuidador	Cualitativa	Según el vínculo laboral en el momento de la evaluación	La obtenida en la encuesta	Ama de casa, empleado etc.	Nominal
Estado civil del cuidador	Cualitativa	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles	La obtenida en la encuesta	Casado Soltero Viudo Divorciado Unión libre	Nominal
Parentesco del cuidador primario	Cualitativa	Vinculo que tiene el cuidador primario en relación al paciente dependiente	La obtenida en la encuesta	Esposa (o), Hijo (a), Padre (madre), Otro (Tío, primo, etc.), ninguno.	Nominal
Enfermedades Crónico degenerativas en pacientes de cuidadores primarios	Cualitativa	Numero de patología crónicas padecidas y número de fármacos consumidos	La obtenida en la encuesta	Si No Cuales: DM, HAS, ETC.	Nominal

Tiempo de horas de cuidado que se otorga al adulto mayor	Cuantitativa	Tiempo transcurrido en horas de ejercer la función de cuidador primario.	La obtenida en la encuesta	Horas	Razón
Síndrome de colapso del cuidador	Cuantitativa		Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	22 ítems con una puntuación entre 1 y 5 cada uno, puntuación entre 47 y 55 sobrecarga leve y puntuación igual o mayor a 56 sobrecarga intensa.	Ordinal
Adulto mayor	Cualitativa	Pérdida paulatina y progresiva de la eficiencia biológica y de la capacidad del organismo para mantenerse funcionando adecuadamente. Según OMS.	Es la persona mayor de 65 años	Si  No	Nominal
Paciente dependiente	Cualitativa	Funcionalidad del adulto mayor	Escala de Barthel actividades de la vida diaria	Dependencia escasa, moderada, severa y total	Ordinal
Salud percibida por el cuidador primario	Cualitativa	¿Cómo considera su estado de salud?	Escala de Likert	5 opciones: muy buena, regular, mala y muy mala.	Ordinal
Apoyo familiar	Cualitativa	¿Recibe ayuda por parte de sus familiares en cuanto al cuidado de su familia?	Obtenida en la encuesta	Si  No	Nominal
Tipología familiar con base en el parentesco	Cualitativa	Características de una familiar de acuerdo al parentesco, siendo un vínculo por consanguinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable	Obtenida en la encuesta	Nuclear  Nuclear extensa  Nuclear compuesta  Mono parental  Monoparental extendida  Extensa	Nominal

		de afectividad análoga a ésta.		Extensa compuesta No parental	
Tipología Familiar con base en el parentesco	Cualitativa	Características de una familiar de acuerdo a la presencia física en el hogar, implica el grado de convivencia	Obtenida en la encuesta	Núcleo integrado, no integrado, extensa ascendente o descendente y colateral	Nominal
Tipología familiar con base en su demografía	Cualitativa	Características de una familia de acuerdo a su ubicación demográfica.	Obtenida en la encuesta	Rural Urbana	Nominal
Tipología familiar con base en el desarrollo	Cualitativa	Características de una familia de acuerdo a sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento	Obtenida en la encuesta	Tradicional Primitiva Moderna	Nominal
Tipología familiar con base a la ocupación del jefe de familiar	Cualitativa	Característica de una familiar de acuerdo a la ocupación del jefe de familia	Obtenida en la encuesta	Campesina Obrera Empleada Comerciante Profesional	Nominal

## **METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTURA DE INFORMACIÓN**

El estudio se realizó en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” en el consultorio de Gerontología. Se realizó de noviembre de 2018 a enero de 2019 en un horario de 07:00 a 13:00 horas de lunes a viernes, esto con previa autorización del Coordinador de Enseñanza y el responsable del módulo de gerontología.

Para recabar los datos se requirieron los siguientes recursos materiales:

- 100 copias de las encuestas aplicadas.
- 100 hojas de consentimiento informado.
- Plumas y corrector.

- Computadora personal para recolectar los datos.
- Consultorio y sala de espera del consultorio de gerontología.

Recursos humanos:

- Investigador (Médico Residente).
- Médico adscrito del módulo de gerontología.
- Enfermera del módulo de gerontología.

Se localizaron a los pacientes geriátricos que cuenten con cuidador primario para obtener los datos de las encuestas. Se le explica verbalmente el propósito del estudio, se entrega consentimiento informado a firmar. A continuación, se realizan las siguientes preguntas para obtener los siguientes datos:

- Cuidador: edad, sexo, estado civil, ocupación, antecedentes personales patológicos (presencia de enfermedades crónico degenerativas), estado de salud (bueno, regular, malo, muy malo), horas de cuidado del paciente.
- Paciente geriátrico: edad, sexo, parentesco con el cuidador, antecedentes personales patológicos (presencia de enfermedades crónico degenerativas), grado de dependencia (según la escala de Barthel).
- Otros: apoyo familiar (si o no), tipología familiar.

Este procedimiento se aplicó en cada paciente que acudió a la consulta de gerontología, obteniendo 100 entrevistas, posteriormente se descargan los datos en el programa Excel, se analiza con estadística descriptiva a través de porcentajes, rangos para la evaluación de la relación de grado de sobrecarga del cuidador principal y grado de dependencia del paciente geriátrico se utilizó el coeficiente de Spearman, a continuación se realiza la discusión de los datos obtenidos y se finaliza con las conclusiones y propuestas de solución al problema.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El presente trabajo de investigación se realizó con estricto apego a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en su título segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” en el capítulo uno, tomando en cuenta los artículos 13, 14, 16, 17, los cuales se citan a continuación:

**ARTICULO 13.-**En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**ARTICULO 14.-** La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

**ARTICULO 15.-** Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

**ARTICULO 17.-** Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

**ARTICULO 23.-** En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Además de ser autorizado por el Titular de la institución de salud, con base en los dictámenes de la Comisión de Investigación, estipulado en el título quinto “De las Comisiones Internas en las Instituciones de Salud”, capítulo único.

## RESULTADOS

El procedimiento de selección fue no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo integrada por 100 participantes, de los cuales 72 son mujeres y 28 son hombres, la edad media fue de 57.9 con una desviación estándar de 13.3 años. Y un rango de edad de 40 a 79 años, siendo el 61% mujeres.

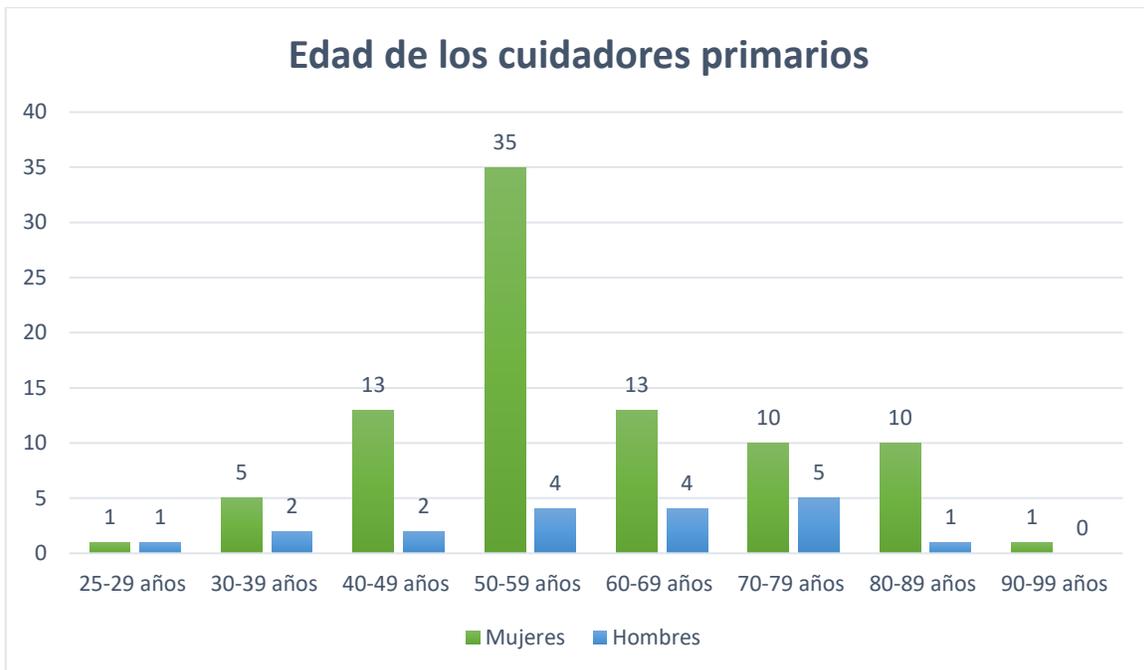


Figura 1. Edad de los cuidadores primarios, distribuidos por el género.

Las personas a las que cuidan en cuanto a parentesco los padres fueron un 66%, esposo con el 19%, hermanos con un 6%, abuelos con un 4%, con un 3% los suegros y un 1% otros.

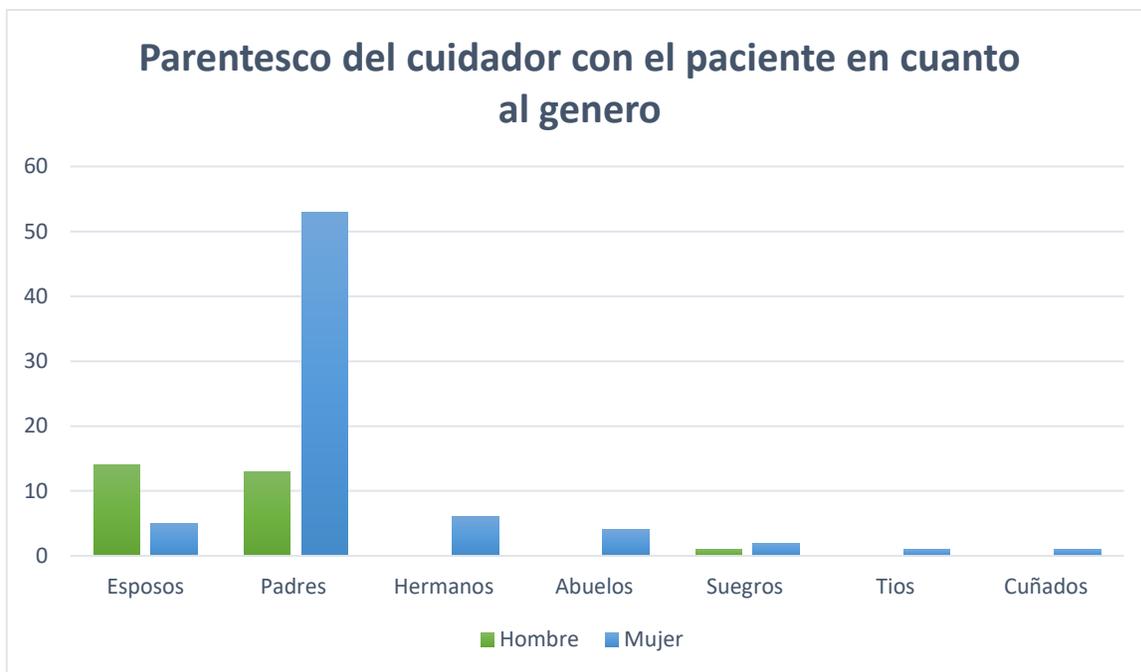


Figura 2. Parentesco del cuidador con el paciente en cuanto al género.

El principal cuidador fueron las hijas en un 54%, esposas en un 13%, el resto se distribuye de la siguiente manera (cuadro 1).

Cuadro 1. Parentesco del cuidador con el paciente.	
Parentesco	Frecuencia
Hija	54
Hijo	12
Esposo	6
Esposa	13
Hermana	6
Suegro	1
Suegra	2
Abuela	4
Tía	1
Cuñado	1
Cuñada	2
Total	100

En cuanto al estado civil el 51% se encuentran casado, un 26% soltero. Sobre la ocupación, las mujeres en un 31% están dedicadas al hogar, el 27% son jubilados, es decir la mitad de los cuidadores permanecen en casa con su paciente y no realizan actividades fuera de casa; el 20% son empleados o se considera como otro tipo de ocupación como bailarina, licenciada en psicología, podología, etc.

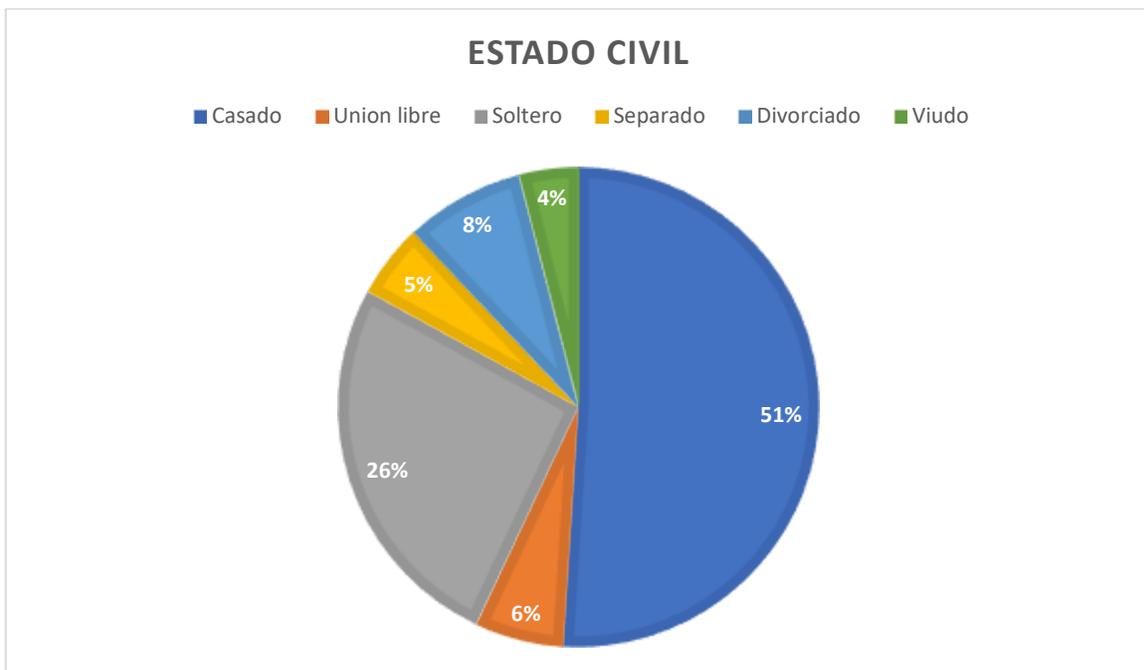


Figura 3. Distribución del estado civil en porcentaje.

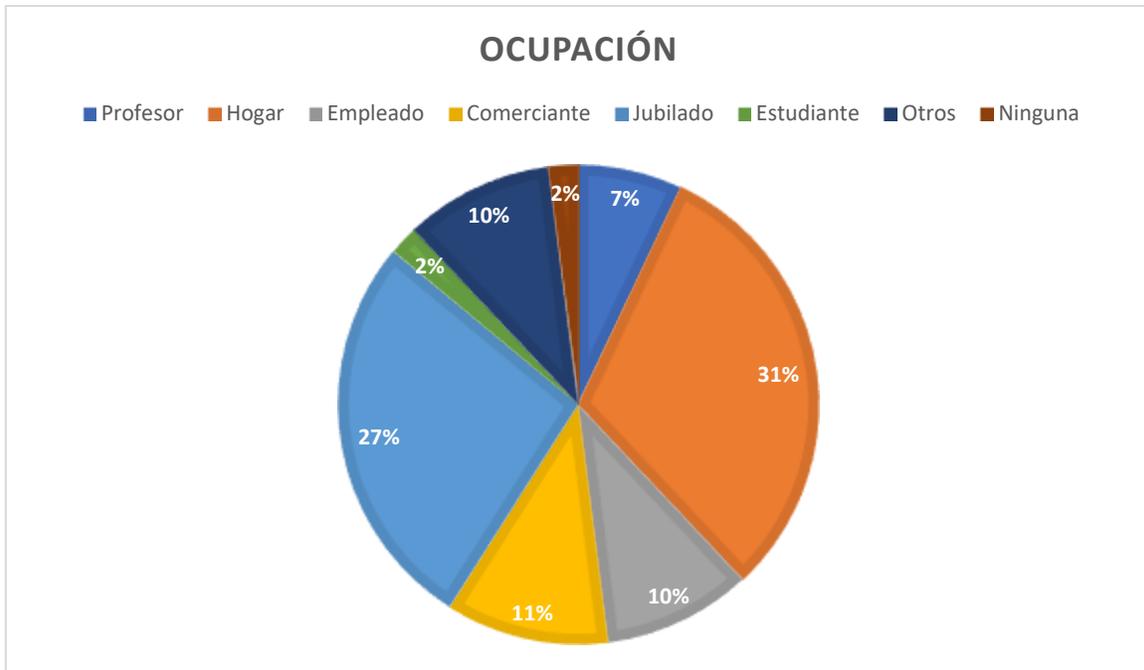


Figura 4. Distribución de la ocupación.

Respecto a la escolaridad, los participantes contaban con licenciatura en un 41% siendo el 25% de mayoría por mujeres, el resto el 29% cuenta con preparatoria, el 13% con carrera técnica, tanto el 8% con primaria y secundaria y el 1% ninguna.

Hablando de la tipología familiar, el 31% fueron nuclear extensa, el 93% fueron familias tradicionales y el 100% urbanas. Sobre la demografía el 100% son urbanas.

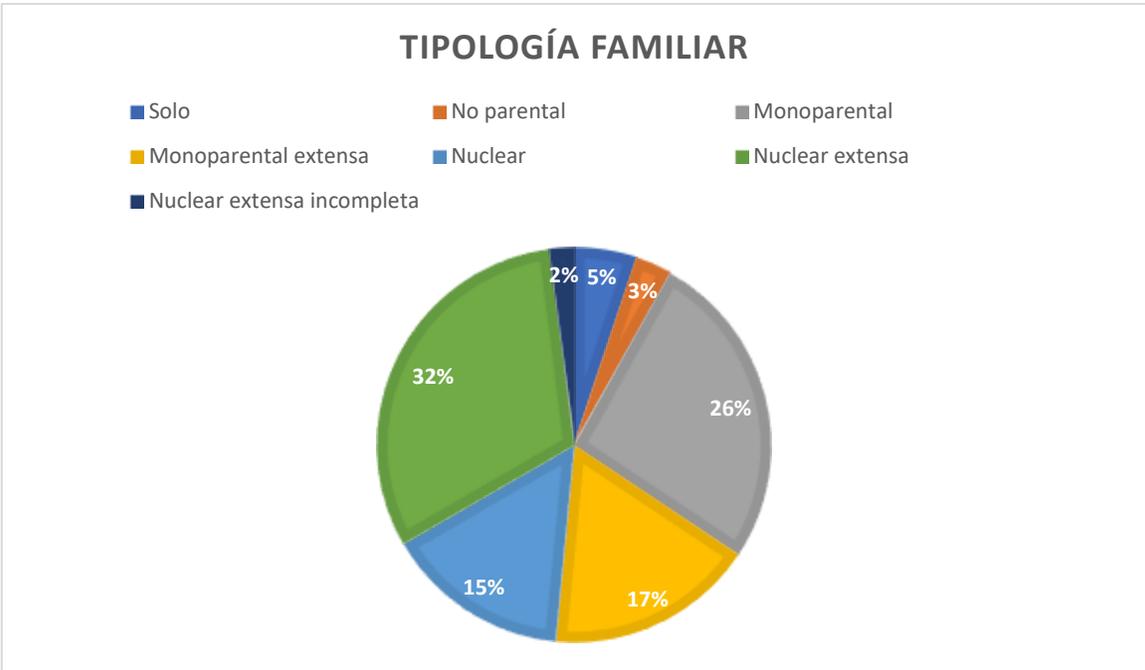


Figura 5. Distribución de la tipología familiar.

El estado de salud que refirieron los cuidadores de acuerdo a la Escala de Likert, el 55% reporto ser buena, el resto de resultados se muestran en la siguiente escala:

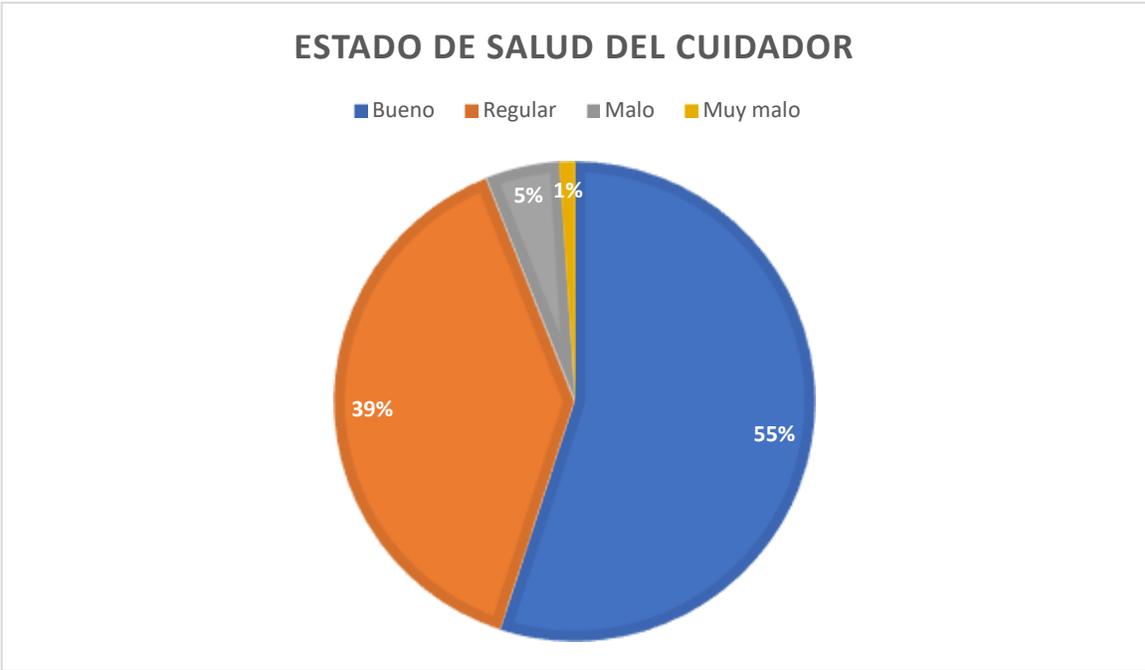


Figura 6. Porcentaje del estado de salud del cuidador.

El 54% reportó no tener ningún antecedente personal patológico de importancia respecto a si presentaban enfermedades crónico degenerativas, el 22% refirió contar con una enfermedad crónico degenerativa siendo más común las siguientes enfermedades:

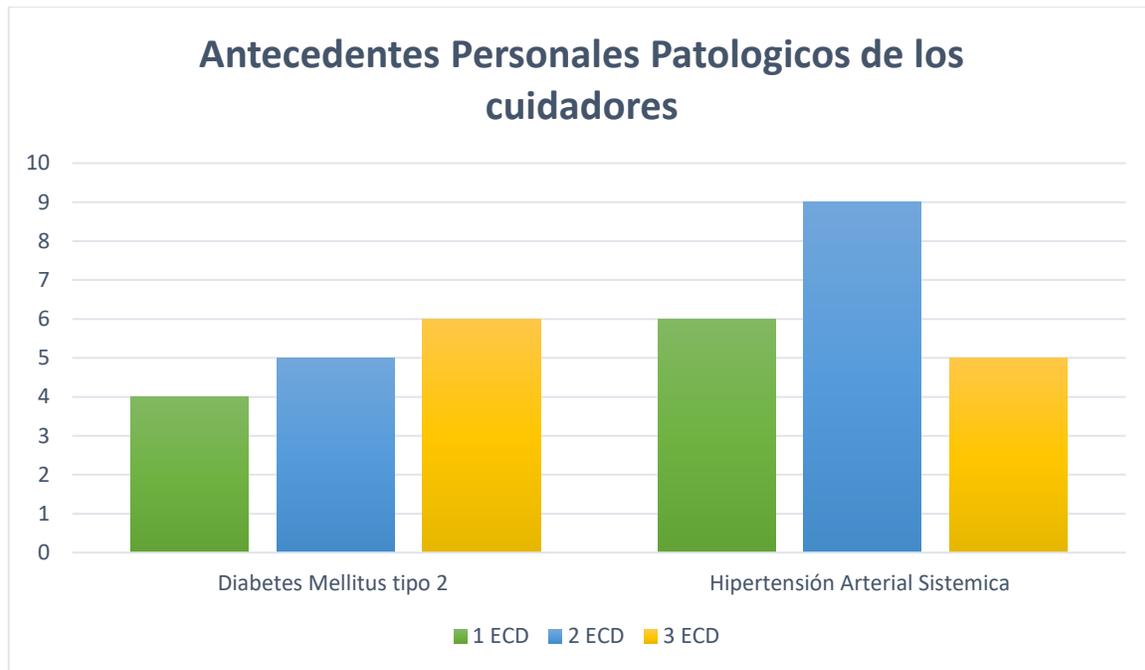


Figura 7. Distribución de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica en relación a la presencia de una, dos o tres enfermedades crónico degenerativas.

El 14% reportó tener dos enfermedades crónico degenerativas y el 10% más de tres enfermedades crónico degenerativas siendo las más frecuentes como muestra la tabla anterior Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, entre otras enfermedades que se encontraron como antecedentes está las alteraciones osteomusculares como lumbalgia, cervicalgia, hipotiroidismo, osteoartrosis, etc.

La edad del paciente oscila entre 65 y 103 años con una media de 84.3 años y desviación estándar de 7.7 años. De los cuales en los rangos de edad donde presentaron más frecuencia, en mujeres fueron de 70 a 99 años de edad y de los hombres de 80 a 99 años. En cuanto al sexo del paciente el 72% eran mujeres y el 28% hombres.

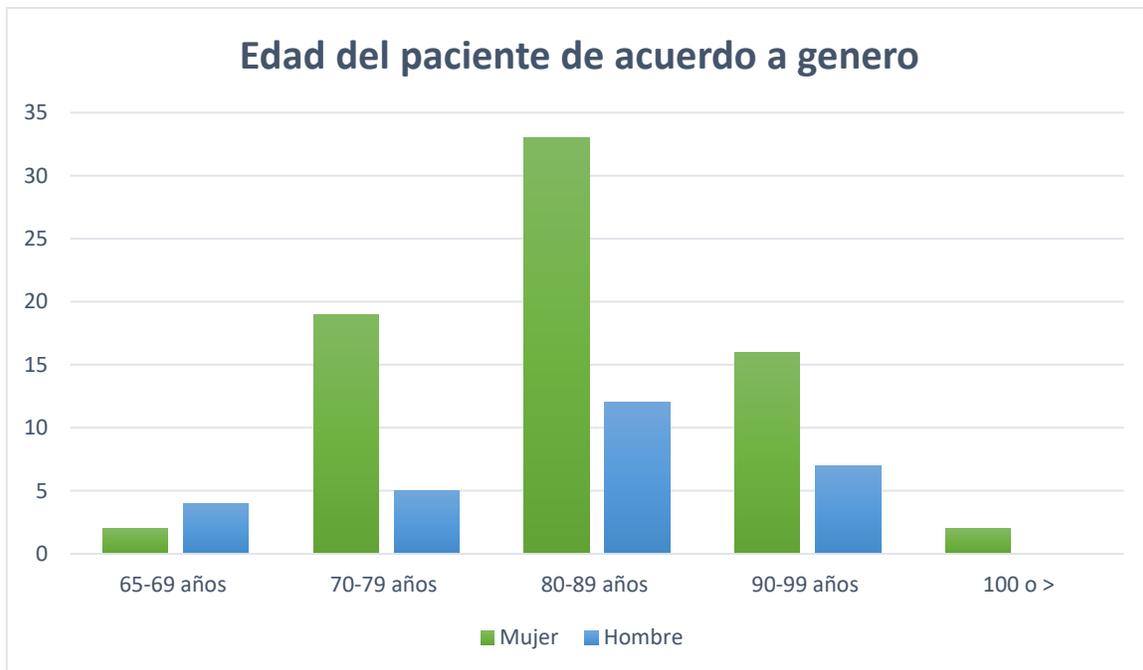


Figura 8. Relación de la edad del paciente con el género.

Se encontró que el 74% cuenta con más o igual de tres enfermedades crónico degenerativas y el 26% menos de 2 enfermedades. Entre las enfermedades que más predominaron fueron: Hipertensión Arterial Sistémica con un 60%, alteraciones de la marcha con un 48%, Diabetes Mellitus tipo 2 con un 38%, Osteoartrosis con un 24%, Secuelas de Evento Cerebrovascular con un 9%.

Respecto a las horas de cuidado, el 51% refirió estar las 24 horas del día del cuidado del paciente, con una media de 15.9 y una desviación estándar de 8.5. El 33% son mujeres y el 17% son hombres. Además de que se observó que los pacientes que presentaban sobrecarga intensa el 12% cuidaba a su familiar las 24 hora del día (cuadro).

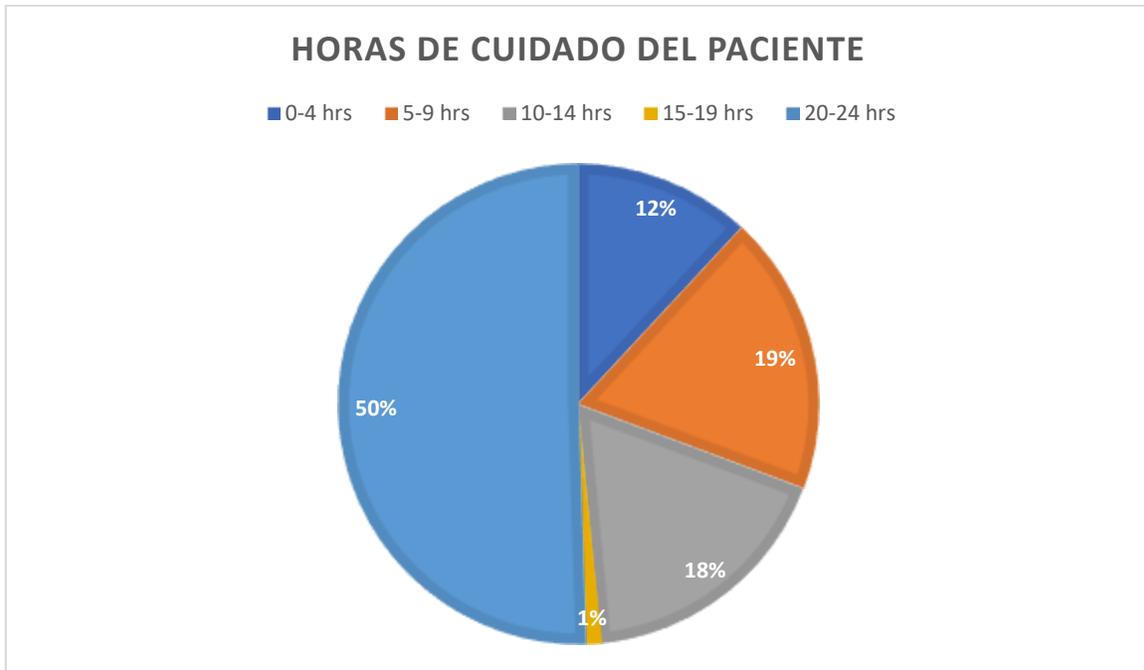


Figura 9. Porcentaje de horas de cuidado del paciente.

Cuadro. Horas de cuidado en relación a la sobrecarga del cuidador		
Horas de Cuidado	Sobrecarga intensa	
24 horas	12%	24 horas
12 horas	1%	12 horas
8 horas	1%	8 horas
6 horas	1%	6 horas
Total	14%	

Los resultados arrojados sobre la dependencia según la Escala de Barthel el 60% tenían una dependencia leve (grafica), siendo de mayor predominancia las mujeres con un 41%(cuadro).

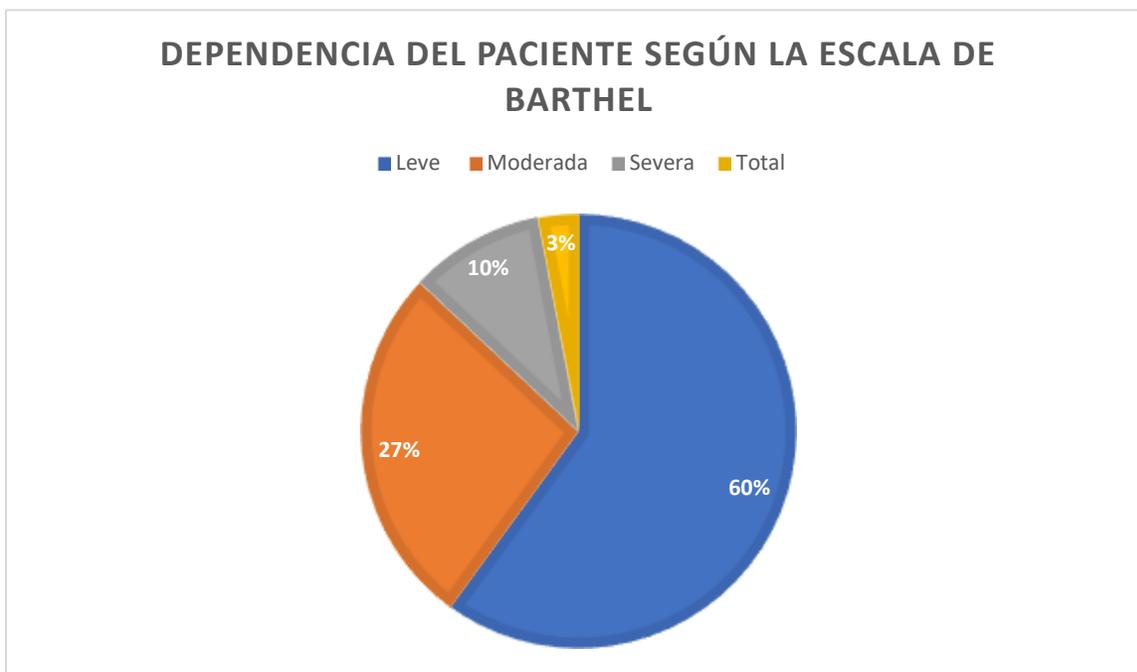


Figura 10. Porcentaje de dependencia según la Escala de Barthel.

Cuadro. Grado de dependencia (Escala de Barthel) según el género del paciente.		
	Mujer	Hombre
Leve	41	19
Moderada	22	5
Severa	8	2
Total	1	2

Respecto a los resultados arrojados de la escala de Zarit, de los cuidadores, el 23% presento una sobrecarga intensa, la media fue de 45.2 con una desviación estándar de 16.41.

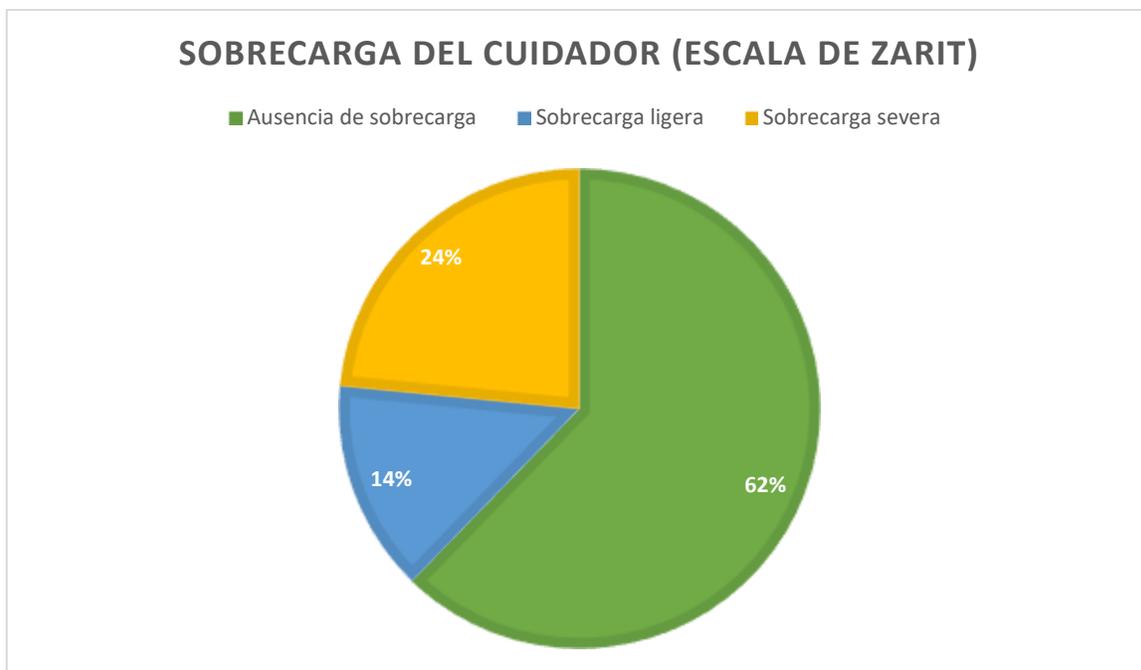


Figura 11. Porcentaje de la sobrecarga intensa del cuidador según la Escala de Zarit.

Cuadro. Sobrecarga intensa y grado de dependencia.			
Grado de dependencia		Sobrecarga intensa	Sobrecarga ligera
Leve	60%	8%	9%
Moderada	27%	11%	4%
Severa	10%	4%	1%
Total	3%	0%	0%

En cuanto a las redes de apoyo, de tipo informal, el 58% menciono que si recibe ayuda de sus familiares y el 42% que no. Él o la cuidadora menciono que la persona que le ayuda a cuidar a su paciente es un familiar como hermanos, hijos, etc. Se distribuyo de la siguiente manera:

Cuadro. Sobrecarga del cuidador en relación al apoyo familiar.		
	Apoyo familiar	Sobrecarga intensa
Si	58%	10%
No	42%	4%

## DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron, coinciden con el perfil sociodemográfico presentando en otros estudios siendo la mujer la cuidadora principal, casada, ama de casa, conyugue. A diferencia del reporte de Rodríguez y colaboradores (2014) donde la edad predominante en la cuidadora fue de 50 a 59 años.<sup>37</sup> En la tesina de la Dra. Avalos realizada en esta misma unidad en el 2014, los cuidadores se encontraban en mayor proporción en el rango de 70-79 años de edad.<sup>32</sup>

La prevalencia de que la mujer es el género predominante para ser cuidadora también se observó en un estudio realizado en Brasil que comparó la sobrecarga del cuidador informal y formal.<sup>37</sup> Esto igual se encontró en la tesina de la Dra. Avalos con 55% de 100 pacientes.<sup>32</sup>

Otra diferencia importante fue que el 41% contaban con una escolaridad de tipo licenciatura. En segundo lugar, se encontró que la jubilación fue otra de las variables con más frecuencia de los cuidadores primarios.<sup>38</sup>

Sobre la tipología familiar el 31% fueron familias nucleares extensas, es decir que vivían en casa tanto padre, madre, hijos y en este caso los resultados arrojaron que un 66% eran los abuelos los que habitaban en casa.

Se les pregunto a los cuidadores como percibían su salud, la mayoría contesto que era “buena” aunque cabe destacar que el 33% menciona que era regular, con más de una enfermedad en común, las más prevalentes fueron Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus tipo 2. Andreotti Diniz en su estudio encontró que los cuidadores informales presentaban mayor prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica con un 45.7%, aunque fue una muestra pequeña de 50 cuidadores, de los cuales 35 eran de tipo informal, siendo un resultado no significativo.<sup>38</sup>

En cuanto a las horas del cuidado del paciente la mayoría se dedicaba todo el día, además de que se encontró que el 12% presentaba sobrecarga intensa según la escala de Zarit, como menciona Menedez Tuarez y Caicedo Guale, los cuidadores que dedicaban al tiempo de cuidado entre 13 a 24 horas, refirieron que tenían muy

poco tiempo a su propia salud y vida del cuidador.<sup>39</sup> Aunque no obstante un porcentaje significativo en ese estudio no la presente, igualmente el 39% a pesar de dedicar las 24 horas del día al cuidado de su paciente un porcentaje pequeño presento colapsó del cuidador. Se encontró igual en el estudio realizado por Andreotti Diniz en Brasil el número de horas de atención durante el día, con una media de 15.6 horas (media: 15.9 horas en nuestro estudio), los que mencionaban que cuidaban a su familiar todo el día, cuando se les preguntaba la hora de dormir, la mayoría reportó tener mal higiene del sueño por la atención que se le daba a su familiar por la noche, hecho que no se les preguntó a los participantes de este estudio el cual es un factor de riesgo para diferentes enfermedades o mala calidad de vida. Al igual que se observó en este estudio que los cuidadores que pasan más tiempo con los pacientes son los más probables a presentar ansiedad y depresión, lo cual no se aplicó en nuestro estudio.

Respecto a la presencia de enfermedades crónico degenerativas de los pacientes el 76% tenía más de tres enfermedades crónico degenerativas, siendo un total de 60% de presentar dependencia leve. La mayoría de los pacientes tiene una dependencia leve de los cuales el 8% de los cuidadores presentó una sobrecarga intensa según la escala de Zarit, aunque la mayor parte de la sobrecarga se encontró en los pacientes con dependencia moderada, esto con un 11%.

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron en cuanto a la sobrecarga intensa que tuvieron los cuidadores, sólo el 23% tuvo un puntaje más o igual a 56 puntos según la escala de Zarit. Estos resultados concuerdan con el estudio de Rodríguez Medina en Guanajuato (2014), la muestra fue de 90 pacientes en la cual se obtuvo un 11.1% (10 pacientes) con sobrecarga intensa y la mayoría sin sobrecarga (85.6%=77).<sup>37</sup>

Cabe mencionar que en la tesina de la Dra. Avalos realizada en esta unidad en el 2014 solo el 26% de 100 pacientes presento sobrecarga intensa, no mencionando en que grado de dependencia se encontraban estos pacientes.<sup>32</sup>

Mencionan que la funcionalidad del adulto mayor es un factor protector que reduce el riesgo de sobrecarga. Esto es lógico, debido a que, al aumentar la edad de los

pacientes, aumenta su dependencia, originando a que estén expuestos a la sobrecarga.<sup>40</sup> A comparación del estudio anterior, en éste se observó solo el 3% con dependencia total, de los cuales ninguno presentó sobrecarga intensa y eso tiene que ver con las redes de apoyo familiar. Refirieron los cuidadores de estos pacientes con dependencia total que el apoyo familiar se compartía con otros familiares, desde relevar cuidados de tipo personal, alimentación, medicación y consultas médicas.

A los cuidadores se les otorgaba en cada entrevista un tríptico (anexo 4) que mencionaba la importancia del saber sobre los cuidados para su paciente, como reconocer si están en riesgo de colapso del cuidador, identificar los síntomas asociados a este síndrome y un manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes de la Sociedad Española de Geriatría,<sup>41</sup> la cual menciona los síndromes geriátricos y como cuidador, cuáles son las maneras de ayudar a sus pacientes.

Cabe destacar que en México no existe un manual de este tipo, sin embargo, se cuenta con la Guía de Práctica Clínica que se basa en evidencias y recomendaciones, como en las intervenciones de los cuidadores con trastornos de ansiedad, depresión o psicosis, donde se pueden dar tratamientos farmacológicos e intervenciones psicológicas desde la psicoeducación y psicosociales.

## CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos revelan que la sobrecarga del cuidador en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE tiene una frecuencia baja a pesar de ser una muestra por conveniencia, siendo la cuidadora principal la mujer, ya sea con parentesco de hija o esposa, ama de casa, con 24 horas al día del cuidado del paciente.

Dato importante es que la dependencia a las actividades de la vida diaria no son el único factor de riesgo para presentar colapso del cuidador. Existen otros como las horas de cuidado, el apoyo familiar, edad y sexo del cuidador, etc.

Se debe de mencionar que, aunque no es un síndrome con prevalencia alta, puede llegar a ocasionar todo de tipo de problemas desde salud física, mental hasta de tipo legal, puesto que uno de estos cuidadores de los 100 entrevistados, menciona que esta en proceso de demanda hacia la familia para llegar a un acuerdo para el cuidado de su paciente.

Algo muy importante de mencionar es que se dice que el nivel de educación es importante en los cuidadores primarios como lo demuestra este estudio que un porcentaje alto son de nivel licenciatura y es probable que eso sea un factor de no colapso del cuidador.<sup>42</sup> Además del apoyo familiar, puesto que, a pesar de tener dependencia total, los dos cuidadores mencionaron que tenían apoyo familiar.

Una estrategia que se planteo es que en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” ISSSTE se lleva a cabo una sesión académica por año sobre este síndrome y que el personal médico y de enfermería detecten a los cuidadores primarios, dar a conocer la Escala de Zarit y que se aplica que en menos de 5 minutos con la versión abreviada de 7 items.<sup>2</sup>

Este manejo debe de ser multidisciplinario, desde proporcionar ayuda de tipo psicológica, la cual existe en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” y que trabajo social al realizar visitas domiciliarias a los pacientes con dependencia total detecte a los cuidadores primarios con riesgo de colapso del cuidador. Además de que se proporcione a la población en general el tríptico “Cuidese...para poder cuidar”.

Considero que es importante que la institución dé a conocer de manera general las actividades que se llevan a cabo en la Casa de día del adulto mayor ISSSTE, del cual sus objetivos son permanecer en promedio 8 horas diarias, realizar actividades que fortalezcan mente, cuerpo y autoestima del paciente. Al mismo tiempo de ofrecer una amplia gama de opciones de esparcimiento y aprendizaje, busca ser un apoyo para las familias que no pueden contratar a un cuidador o no cuentan con algún miembro de la familia que atienda al adulto mayor.<sup>43</sup>

Existen 21 casas de día, 2 en la Ciudad de México, una en el Estado de México y el resto al interior de la República Mexicana.

Se sugiere que en las siguientes investigaciones se busque la relación de la sobrecarga del cuidador con el riesgo de presentar trastornos de ansiedad y depresión, una muestra más grande de pacientes dependientes severos y totales, experiencias previas en el cuidado de otra persona con dependencia funcional, el estado funcional de la familia con escalas como el Apgar familiar<sup>44</sup>, encuestar a los cuidadores secundarios e informales.

Por último estudios cualitativos que permitan identificar el significado del cuidado del paciente dependiente, al ser una sobrecarga subjetiva y susceptible sobre todo a la subjetividad del encuestado.<sup>37</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bush VP. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de Población [Internet]. 2005;11(45):9–27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=11204502>
2. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. Evidencias y Recomendaciones Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica [Internet]. 2015; IMSS-781-15: 2-59. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-781-15-Colapso\\_cuidador/781GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-781-15-Colapso_cuidador/781GER.pdf)
3. Organización Mundial de la Salud. Who.int. Envejecimiento y salud (Internet) [última actualización 5 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda. México 2010. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2010/Principales2010.aspx>
5. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis concepto envejecimiento. Gerokomos. 2014;25(6):57–62.
6. Rowe J. Human aging: Usual and successful. Science 1987; 273 (4811): 143-9.
7. Matías L. Cepal. Org. La vejez en las Américas. (Internet). (Acceso 12 de septiembre de 2012). Disponible en: <http://www.eclac.org/celade/noticias/noticias/4/19454/La%20vejez%20en%20las%20Americas.pdf>.
8. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? Br Med J. 2005;331(7531):1548–51.
9. Walker A. Understanding quality of life in old age. Grow older. 2005;209
10. Reyes I, Castillo J. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cuba Investig Biomed. 2011;30(3):354–9.

11. Domingo Castillo M. Envejecimiento exitoso. Rev Médica Clínica CONDES. 2009; 20:167–74.
12. Montaña-Álvarez M. Fragilidad y otros síndromes geriátricos. Medigraphic.org. 2010;5(2):66–78.
13. Urina-triana M. La importancia de la evaluación de la fragilidad en el adulto mayor con enfermedad cardiovascular. 2018;(Cvd).
14. GPC. Diagnóstico y Tratamiento del SÍNDROME DE FRAGILIDAD En el Adulto Mayor. Actualización. 2014: 2-49.
15. Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Gálvez Cano M, Méndez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Medica Hered. 2017;16(3):165.
16. Ó Donnchadha S. Stress in caregivers of individuals with intellectual or developmental disabilities: A systematic review of mindfulness-based interventions. J Appl Res Intellect Disabil. 2018;31(2):181–92.
17. Venegas Bustos BC. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. Aquichan 2006; 6(1): 137-47
18. Morales-Cariño EM, Jiménez-Herrera BL, Serrano-Miranda TA. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. Rev Investig Clin. 2012;64(3):240–6.
19. Zambrano D, et als. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. 2012 vol. 12 (3) Chía, Colombia: 241-251
20. López Gil M, et als. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2009;2(7):332–9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000200004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000200004&script=sci_arttext&tlng=en)
21. Saina M, Trevisiol M, Maso E, Onor ML, Aguglia E, Negro C. Stress in the caregivers of Alzheimer's patients: An experimental investigation in Italy. Am J Alzheimer's Dis Other Dementiasr. 2006;19(4):248–52.

22. Crespo M, Teresa Rivas M. La evaluación del cuidador: una revisión más allá de la escala Zarit. *Clysa* [Internet]. 2014;1(1):9–15. Available from: [www.elsevier.es/clysaDoi:http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002](http://www.elsevier.es/clysaDoi:http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002)
23. Montero XP et al. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*. Vol. 11, Núm. 1, 2014: 71-85.
24. Gutiérrez R, Díaz K, Román R. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Univ Psychol Pontif Univ Javeriana Noviembre* [Internet]. 2017;16(16):31–2017. Available from: <https://dx.doi.org/10.11144/0Ahttp://www.redalyc.org/>.
25. Universidad Nacional Autónoma de México. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Arch Med Fam* [Internet]. 2005; 7-6. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789003>.
26. Zapata López BI, Delgado Villamizar NL, Cardona Arango D. Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2016;17(6):848–60. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/34739Serrano>
27. Serrano J. El Papel De La Familia En El Envejecimiento Activo. *Fam Watch*. 2013;2(1):1–23.
28. Morales E, Enríquez M, Jiménez B, Miranda A. Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartrosis. *Rev Mex Med Física y Rehabil* [Internet]. 2010;22(3):96–100. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf103e.pdf>
29. Gob. Mx. Estadística ISSSTE. Anuario 2017. [última actualización: 13 de julio de 2018] Disponible en: <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2017.html>
30. Yaren D, Santos O, María D, Miranda M. Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Veracruz Norte Unidad Médico Familiar no 66 Xalapa, Ver. 2014;(66):1–46. Disponible en: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Yaren.pdf>

31. Muñoz Campos NM, Lozano Nuevo JJ, Huerta Ramírez S, Escobedo de la Cruz RC, Torres Reyes P, Loaiza Feliz J. Asociación entre colapso del cuidador y pronóstico de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna Association between caregiver burden collapse and prognosis of elderly patients hospitalized in the Internal Medicine service. 2015;528–35.
32. Avalos Vega YG. Nivel de sobrecarga del cuidador principal en relación a grado de dependencia del paciente geriátrico, en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” del ISSSTE.
33. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cirugía Plástica [Internet]. 2012; 27:15–24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>.
34. Montero Pardo X y et als. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 11, Núm. 1, 2014: 71-85.
35. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly. Gerontologist. 1980;20(6):649–55.
36. Solís CLB, Arrijoa SG, Manzo AO. Plasticidad y Restauración Neurológica MG Plasticidad y Restauración Neurológica Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast Rest Neurol. 2005;4(2):81–5.
37. Diniz MAA, Melo BR de S, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCL de O, et al. Estudio comparativo entre cuidadores formales e informales de idosos. Cien Saude Colet [Internet]. 2018;23(11):3789–98. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018001103789&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103789&lng=pt&tlng=pt)
38. Rodríguez R., Landeros M. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. Enfermería Univ [Internet]. 2014;11(3):87–93. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706314726715>
39. Menéndez Tuárez GL y Caicedo Gualé LC.: El estrés como factor principal del síndrome del cuidador en los representantes de las personas con

- discapacidad de la fundación FADINNAF. Revista Caribeña de Ciencias Sociales. 2019. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/01/estres-sindrome-cuidador.html>  
[//hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1901estres-sindrome-cuidador](https://hdl.handle.net/20.500.11763/caribe1901estres-sindrome-cuidador).
40. Nolasco Monterroso C, Navas Santos L, Morales Medina P, Carmona Moriel CE, Caballero Romero J. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica*. 2015;18(3):180–8.
41. Campos Don Pedro JR y et als. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: 5-45.
42. Achury D, Castaño HM, Gómez LA, Guevara N. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Inv. en Enfermería [internet]* 2011 [citado el 23 de abril del 2019]; 13(1): [27-46]. 2011; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf>
43. Gob. Mx. Directorio de Casas de día. ISSSTE [publicación 14 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/directorio-de-casas-de-dia?idiom=es>
44. Suarez M AM. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. *Rev. Médica La Paz [Revista en Internet]* 2014 acceso 10 octubre de 2018]; 20(1):53–57. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf) 18. *Rev med La paz*. 2014;20(1):53–7.

## ANEXOS

### Anexo 1: Entrevista estructurada.

Las preguntas son dirigidas al cuidador primario:

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Qué vínculo familiar tiene con él o la paciente?
3. ¿Cuál es su estado civil?
4. ¿A qué se dedica?
5. ¿Cuál es su escolaridad?
6. ¿Cuenta con alguna enfermedad crónico regenerativa?
7. ¿Cuántas horas aproximadamente al día le dedica a su familiar?
8. ¿Cómo considera su estado de salud?
9. ¿Quiénes habitan en casa y cuántos son en total?
10. ¿Cómo considera que es su familia: tradicional o moderna?
11. ¿Edad y sexo de su paciente?
12. ¿Su paciente cuenta con enfermedades crónico degenerativas y cuales son éstas?
13. ¿Existe apoyo familiar en cuánto al cuidado de su paciente?

## ANEXO 2. Escala de Zarit.

Fecha:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Edad y sexo del cuidador:

Ocupación:

Escolaridad:

APP del cuidador:

Estado de salud:

No habitantes en casa:

horas de cuidado al día:

Edo civil:

Edad y sexo del paciente:

APP del paciente:

Apoyo familiar:

Familia (tradicional o moderna)No de

Escala de Barthel:

<i>Cuadro III. Índice de Barthel, modificación de Shah et al, con 10 actividades y 5 niveles de puntuación<sup>(5)</sup></i>					
	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

MANTÉNGASE AL BATA ANTE LAS SIGUIENTES SEÑALES:

- **SEÑALES FÍSICAS:**  
cansancio, falta de  
apetito, dolores,  
insomnio,  
preocupaciones.
- **SEÑALES EMOCIONALES:**  
irritación, sentimientos de  
culpa, abrumación del  
cuidado, cambios de  
humor, irritabilidad,  
pérdida de memoria.
- **SEÑALES SOCIALES:**  
ruptura de relaciones con  
familiares y amigos.
- **Dejelele y por actividades:**  
que anteriormente  
realizaba, provocando  
sensación de soledad y  
caída en la



**CONSEJOS PARA PREVENIR LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR:**

**FÍSICOS:** cuide su salud y acuda con regularidad a su médico, vigile su descanso, respete horarios de comida, diseñe un plan de cuidados, sea consciente de sus límites, aprenda a decir NO ante solicitudes no urgentes.

**EMOCIONALES:** mantenga actitud optimista y motivadora, dedique tiempo para usted mismo, aprenda a relajarse, fomente su autoestima.

**SOCIALES:** busque información y asesoramiento profesional sobre recursos y ayuda social, contéctese realizando actividades o actividades que le ayuden a relajarse, utilice el teléfono para seguir comunicándose con sus amigos y/o familiares.

**PARA CONOCER MÁS INFORMACIÓN EN EL SIGUIENTE LINK ENCONTRARÁ UN MANUAL DE HABILIDADES PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES:**

[https://www.seg.gub.es/download.aspx?file=media/descargas/MANUAL\\_HABILIDADES\\_SEG.pdf](https://www.seg.gub.es/download.aspx?file=media/descargas/MANUAL_HABILIDADES_SEG.pdf)



¿Qué puede hacer para cuidarse?

El cuidador desconoce en cuánto tiempo tendrá que serlo, por ello debe formarse, planificarse y prepararse para poder desarrollar su función en las mejores condiciones.

ANEXO 4. Tríptico para los cuidadores primarios.



### CUÍDESE... PARA PODER CUIDAR:

Cuidar a una persona mayor dependiente significa ayudarle, respondiendo a sus necesidades básicas e intentando mantener su bienestar con la mayor calidad y calidez.

El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad de cuidar y la supervisión de las necesidades de los adultos mayores.

### SER CUIDADOR IMPLICA

- Responsabilizarse de todos los aspectos de la vida del enfermo: higiene, alimentación, vestido, medicación, seguridad, etc...
- Decidir dónde y cuándo deben de invertirse los asuntos personales y económicos...
- Tener que afrontar la sobrecarga física y emocional que se supone la dedicación permanente al cuidado.
- Entender la pérdida paulatina de su autonomía, teniendo que compaginar los cuidados con el mantenimiento de sus relaciones en el entorno familiar, laboral y social, etc.



### ¿QUÉ PUEDE HACER PARA CUIDARSE?

- Atienda su propio salud y bienestar.
- Evite el aislamiento y la pérdida de contactos con su entorno familiar y social.
- Pida ayuda a los personas de su entorno.
- Comparta y delegue tareas y responsabilidades.
- Exprese sus sentimientos abiertamente.
- Valore y reconozca el esfuerzo que se está realizando.
- Establezca límites ante la demanda de cuidados de la persona mayor.
- Utilice los recursos profesionales y sociales disponibles.
- Procure que no se produzca un desequilibrio entre la necesidad de cuidados y los recursos y ayuda que tenga.

ANEXO 5:



### **Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional”.**

#### **Consentimiento informado para participación en trabajo de investigación.**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Dra. López Carrillo Metzli Yolotzin médico residente de Medicina Familiar de segundo año, de la Universidad UNAM. La meta de este estudio es conocer la “PREVALENCIA DE COLAPSO DEL CUIDADOR EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA LEVE, MODERADA Y SEVERA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente de 10 a 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_.