

192 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO I.S.S.S.T.E.

UMF DR. IGNACIO CHAVEZ

EFFECTOS DEL TALLER DE SALUD INTEGRAL EN LAS MANIFESTACIONES FISICAS Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. JUANA TRUJILLO QUIÑONES



ISSSTE

MEXCO, D. F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

**AUTORIZACIONES**

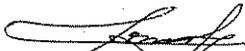
**"EFECTOS DEL TALLER DE SALUD INTEGRAL EN LAS MANIFIESTACIONES  
FISICAS Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE"**

**TESIS**

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

**PRESENTA**

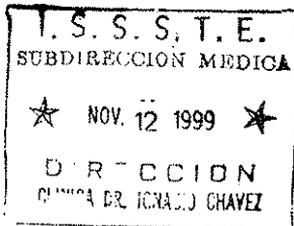
**DRA. JUANA TRUJILLO QUIÑONES**



-----  
**DRA. CATALINA MONROY CABALLERO  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR  
EN LA CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ"  
I.S.S.S.T.E.**



-----  
**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.  
ASESOR DE TESIS**



México, D.F.

2002

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**AUTORIZACIONES**

**“EFECTOS DEL TALLER DE SALUD INTEGRAL EN LAS MANIFIESTACIONES  
FISICAS Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE”**

**TESIS**

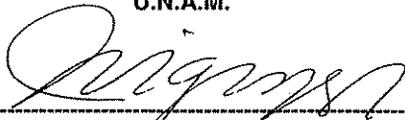
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

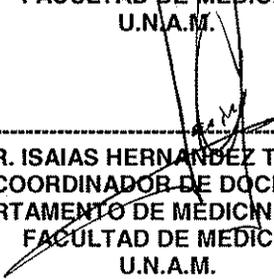
**DRA. JUANA TRUJILLO QUIÑONES**



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

México, D.F.

2000

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Mil Gracias.....**

**A la vida por existir.**

**A mis padres, por darme la vida y  
el estímulo para el éxito de mis ideales.**

**Con Especial agradecimiento, a mi asesor**

**DR- ISAIAS HERNANDEZ TORRES**

**Por el apoyo que me brindo para la realización de esta tesis.**

**Agradezco en especial a la Geriatra**

**DRA. ANA MARIA OLIVARES LUNA**

**Por transmitirme sus conocimientos y experiencia  
durante la elaboración de la presente tesis.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Aprecio en lo que vale la enseñanza de mis maestros**

**Dr. Eduardo de la Cruz**

**Dra. Catalina Monroy Caballero**

**Psic. Bertha Boschetti F.**

**Y a todas las demás personas que han influido en  
mi formación profesional en el pasado,  
en el presente y en el futuro.**

**Meritoria....**

**A los acertadamente llamados cuidadores principales.....**

**Con la esperanza que la aportación de este estudio pueda ayudarlos  
en su ingente y trascendente labor. Para que continúen con  
ilusión y encuentren un estímulo, en ocasiones tan difícil, pero siempre  
tan necesario.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi reconocimiento y sincera gratitud  
por su colaboración de hacer posible la realización del  
"Taller de Salud Integral" a

*Dra. Catalina Monroy Caballero*  
Terapeuta Familiar

Psic. Bertha Boschetti Fentanes.  
Terapeuta Familiar

T.S. Carmen Sánchez de Quevedo

Con Especial Agradecimiento

A la Familia Mauleón Ventura

Y a la Familia Zavala Cervantes

Por su cariño.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Y a todas aquellas personas que a lo largo de mi vida  
han contribuido de alguna manera a mi crecimiento personal.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INDICE GENERAL**

	Pág.
MARCO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
HIPOTESIS DE INVESTIGACION	24
JUSTIFICACION	25
OBJETIVOS	28
METODOLOGIA	30
CONSIDERACIONES ETICAS	41
RESULTADOS	42
DISCUSION	65
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	78

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## RESUMEN

### EFFECTOS DEL TALLER DE SALUD INTEGRAL EN LAS MANIFESTACIONES FISICAS Y EMOCIONALES DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.

Las tendencias demográficas actuales en numerosos países han aumentado la heterogeneidad en la estructura familiar, afectando sus roles sociales y responsabilidades. El incremento en la longevidad y disminución en los índices de fertilidad, junto con diversos factores demográficos han modificado la forma en que la familia proporciona cuidados a los adultos mayores. El objetivo del estudio es demostrar beneficios de la aplicación del taller "Salud Integral" sobre la morbilidad física y psíquica del cuidador del adulto mayor dependiente. Material y métodos: Es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y comparativo con muestreo no probabilístico, por cuotas, completando un total de 30 pacientes. Los criterios de inclusión fueron sujetos de cualquier edad, ambos sexos, cuidador familiar (No remunerado), que brinde cuidado a un adulto mayor dependiente de 65 ó más años de edad, que haya desempeñado esta actividad por un periodo mayor de seis meses, brinde asistencia a un adulto mayor con dependencia para las actividades de la vida diaria mayor al 50% (Escala de Katz). Criterios de exclusión: estar bajo tratamiento psicológico ó psiquiátrico tener diagnóstico de enfermedad psico-afectiva, estar bajo tratamiento con cualquier tipo de fármacos, antecedente de padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa, que no acepte participar en el estudio, las variables medidas fueron del cuidador, sexo, edad, estado civil, parentesco, escolaridad, trabajo fuera de casa, nivel socioeconómico, tiempo de permanencia, tiempo de evolución de cuidados, variables de la familia, tipología, responsabilidad directa, red de apoyo, toma de fármacos y motivo, test de Zarit, test de Zung, escala de Hamilton. Del adulto mayor dependiente se midió sexo, edad, estado civil, problema principal y grado de dependencia (escala de Katz) Los resultados que se obtuvieron en El presente estudio se demuestra una importante frecuencia de síntomas de angustia, depresión, y sintomatología somática, siendo similar en ambos grupos durante la primera ronda de evaluaciones. Se evidenció disminución estadísticamente significativas, en la proporción de síntomas derivados del estado de angustia que se reflejo de manera concurrente en la evaluación de Hamilton para la ansiedad en el grupo que participo en el taller. No se logro incidir en la sobrecarga ni en la depresión probablemente por lo breve del taller.

## SUMMARY.

### EFFECTS OF THE INTEGRAL SHOP OF HEALTH IN THE SYMPTOMATOLOGY PHYSICAL AND EMOTIONAL OF THE CAREGIVER OF THE DEPENDENT ELDERLY.

The tendencies present in numerous countries have enlarged the heterogeneity in the family structure, affecting their social roles and responsibilities. The increment in the longevity and decrease in the indices of fertility, together with diverse factors demographics have modified forms it in which the family provides cares to the elderly. The objective of the study is to show benefits of the application of the shop "Integral Health" upon the physical and psíquical morbidity of the caregiver to the dependent elderly. Material and methods: Is a study prospective, transversal, descriptive and comparative with not probabilistic randomized study, by quotas, completing a total of 30 patient. The criteria of inclusion were subjects of any age, both sexes, caregiver, that offer care to an older adult clerk of 65 or more years of age, that has performed this activity by a periodo over six months, offer aid to an elderly with dependence for the activities of the greater daily life to the 50% (Scale of Katz). Criteria of exclusion: to be under psychological or psychiatric processing, diagnosis of psico-afective illness, to be under treatment with any type of drugs, preceding of suffering some chronic-degeneratives illness, that does not accept to participate in the study, the variables measured went of the caregiver sex, age, civil stage, relationship, grade of study, job out of house, socioeconomic Level, assistant time, cares evolution time, variables of the family, tipology, direct responsibility, network of support, takes of drugs and cause, test of Zarit, test of Zung, scale of Hamilton. Of the olderage dependiente clerk itself sex, age, civil state, problem main and degree of dependence (scale of Katz) The results that were obtained in The present study an important anguish symptoms frequency is shown, depression, and somatics symptoms, being similar in both groups during the first one patrols of evaluations. Statistically significant decrease in the proportion of symptoms was shown derived from the state of anguish that itself reflected a concurrent way in the evaluation of Hamilton for the anxiety in the group assisted the shop. Not itself achievement incidir in the burden neither in the depression probably by the brief thing of the shop.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MARCO TEORICO

### TENDENCIAS DEMOGRAFICAS.

Una de las transformaciones demográficas más importantes de este siglo radica en una mayor sobrevivencia de la población y una disminución en el número de hijos. Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica, desde el inicio del presente siglo, la esperanza de vida ha aumentado 27 años en promedio, mientras el número de hijos por pareja ha disminuido de 3.7 a 1.8

Esta tendencia origina la pérdida de la estructura familiar multigeneracional en "pirámide".

El efecto más notorio de una estructura familiar vertical consiste en una disminución de miembros familiares que pueden proporcionar asistencia al adulto mayor dependiente.

Otro factor importante que afecta la estructura familiar es el estado civil. A pesar de los elevados índices de divorcio a escala mundial, la estabilidad marital muestra una distribución en forma de "U", con mayores niveles de estabilidad y satisfacción en adultos jóvenes y adultos mayores.

El estado civil en adultos mayores presenta diferencias sustanciales con relación al sexo (género), lo que repercute en los roles sociales.

Los varones adultos mayores usualmente son casados, a diferencia de las mujeres adultas mayores, debido a que los primeros tienden a contraer matrimonio con mujeres más jóvenes; de igual forma tienden más a casarse por segunda ocasión. Como resultado, es más frecuente que los adultos mayores varones reciban cuidados y apoyo

de sus esposas. Por el contrario, las mujeres adultos mayores, dependen principalmente del apoyo de sus hijos y otros parientes.

Otro factor demográfico que afecta a las familias y sus cuidadores representa el arreglo de vida de sus miembros. A pesar de la creencia en contra, la mayoría de adultos mayores viven de manera independiente en sus casas, así, aproximadamente el 80% adultos mayores viven solos o con su pareja.

En resumen, las tendencias demográficas actuales en numerosos países han aumentado la heterogeneidad en la estructura familiar, afectando sus roles sociales y responsabilidades.

El incremento en la longevidad y disminución en los índices de fertilidad, junto con diversos factores demográficos han modificado la forma en que la familia proporciona cuidados a los adultos mayores (1,2).

#### **NATURALEZA DE LA ASISTENCIA EN EL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.**

Cuando un adulto mayor se vuelve dependiente debido al deterioro en sus capacidades físicas o mentales, usualmente la familia interviene para proporcionar asistencia.

Se define como cuidado informal a la asistencia que proporciona una persona no remunerada. Corresponde a la forma más común de asistencia para adultos mayores dependientes.

Se define como cuidado formal, al que proporciona una persona ajena a la familia y cuyos servicios son remunerados.



La familia usualmente proporciona la mayoría de los cuidados para el adulto mayor dependiente, correspondiendo al 80% de adultos mayores no internados.

Se estima que en los Estados Unidos de Norteamérica existen entre 5 y 8 millones de cuidadores informales (no remunerados), que proporcionan asistencia a más de cinco millones de adultos mayores con incapacidades funcionales y, dos a tres millones adicionales para sujetos con trastornos cognitivos leves y moderados. Sólo un 3% de los adultos mayores que moran en la comunidad, reciben exclusivamente cuidado formal.

En relación con el cuidado informal, aproximadamente 70% de los cuidadores son mujeres, generalmente esposas e hijas, cuya edad promedio es alrededor de 55 años. Aproximadamente la mitad de los cuidadores cohabita con la persona que cuida.

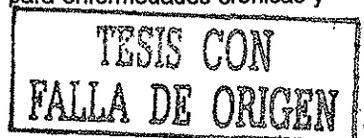
Un tercio de los cuidadores están empleados fuera de sus casas y entre el 10 y el 20 % han abandonado sus trabajos a consecuencia de sus responsabilidades como cuidadores.

La selección de un cuidador no es aleatoria y, siempre existe una tendencia (de origen histórico) por designar a la esposa y a la hija.

Los cuidados también se ven influidos por demandas culturales, étnicas, de apoyo social, etc.

Estudios referentes a la naturaleza del cuidador informal revelaron que más del 80% dedican en promedio 4 a 8 horas al día de cuidados.

La duración del periodo de cuidados varía considerablemente de unas semanas a meses para algún padecimiento agudo, hasta una década o más para enfermedades crónicas y



debilitantes.

El tipo de cuidado más usual consiste en brindar apoyo emocional, seguido por ayuda para ir de compras, ayuda para poder transportarse, ayuda en las actividades del hogar y cuidado personal. Sin embargo, el tipo de cuidado presenta variaciones de acuerdo a las características e incapacidades del adulto mayor que puede requerir apoyo también en el manejo de sus medicamentos y problemas de incontinencia.

Solamente del 25 al 35% de los adultos mayores dependientes recurren al cuidado formal, debido a los elevados costos que implica (1,2,3).

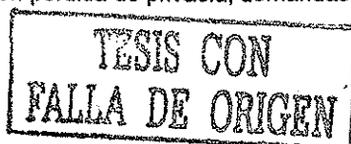
#### **IMPACTO DE LA ASISTENCIA.**

Debido a que gran parte de los cuidados que reciben los adultos mayores provienen de un sistema denominado "cuidado informal", existen numerosos estudios encaminados a evaluar el impacto, principalmente el negativo, derivado de esta actividad.

Dichos estudios demuestran diversos grados de asociación entre las demandas de la actividad de proporcionar cuidados a un adulto mayor y un incremento del estrés psicológico, particularmente mayor depresión y ansiedad.

Problemas que puede presentar el adulto mayor a los que se enfrenta el cuidador tales como incontinencia, severa incapacidad funcional, alucinaciones, delirium, agitación, insomnio, conducta agresiva, junto con la necesidad de requerir una constante supervisión, se asocian con elevados niveles de estrés en el cuidador.

Conforme aumentan las demandas por parte del adulto mayor, se adiciona la necesidad por parte del cuidador de restringir su actividad social, con pérdida de privacidad, demandas



tanto laborales como en el hogar, carga económica, sentimientos de culpa, angustia, frustración, desesperanza y agotamiento físico.

Así la morbilidad psíquica en cuidadores se asocia de manera consistente con los problemas conductuales del paciente, bajos ingresos y disminución en la satisfacción por la vida.

Diversos estudios muestran además que la morbilidad psíquica (de manera especial, la depresión), pueden continuar aún durante años después de la muerte del paciente.

La asociación con problemas de salud física es menos evidente (3,4,5,6).

Kiecolt-Glaser y cols., demostraron que el estrés en cuidadores de adultos dependientes se asocia a una mayor depresión, y además comunicaron una alteración persistente de la función inmunológica (1).

Resulta útil distinguir la "carga" derivada del cuidado de un adulto mayor en "carga objetiva" que corresponde a las demandas reales de la actividad y "carga subjetiva" que corresponde a la percepción que el cuidador tiene. Esta separación permite describir y evaluar en forma más completa la experiencia del cuidador.

Algunos estudios señalan que ciertas actividades de afrontamiento, tales como regulación del estado de ánimo y técnicas de autoayuda pueden proteger al cuidador del impacto negativo de su función (7).

Por último, se sabe que el factor racial también influye en el impacto de la actividad del



cuidador. Los cuidadores de raza blanca usualmente son los esposos (as), mientras los cuidadores de raza negra con mayor frecuencia son niños grandes, amistades u otros miembros de la familia.

Cabe señalar que los cuidadores de raza negra, refieren mayor autosatisfacción con la acción de proporcionar cuidados y apoyo. De igual forma también existe diferencia entre la manera de afrontamiento. Así los sujetos de raza blanca tienden a buscar apoyo en la integración de grupos, mientras que los cuidadores de raza negra se sustentan en la religión, la fe y la oración (1,8).

#### **APOYO SOCIAL Y NEXOS SOCIALES.**

El apoyo social generalmente consiste en un intercambio entre dos o más personas donde una asiste a la otra para satisfacer sus necesidades.

Se distinguen tres tipos de apoyo social:

**Apoyo instrumental o tangible.-**

Se refiere a servicios conductuales concretos o bien, ayuda en distintas labores, como asistir en actividades de la vida diaria (Ej: bañarse, vestirse, alimentarse, higiene personal).

**Apoyo emocional.-**

Consiste en acciones encaminadas a aliviar el estrés emocional, tal como ofrecer palabras de estímulo y consuelo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Apoyo de información.-

Consiste en proporcionar información a una persona para ayudarle a tomar decisiones.

Cada tipo de apoyo puede percibirse por parte del sujeto que recibe el cuidado como útil o bien sin utilidad alguna (1,9,10).

### **IMPÁCTO DEL APOYO SOCIAL Y LA INTEGRACION SOCIAL.**

Existe evidencia de una relación entre los nexos sociales y la morbilidad y mortalidad.

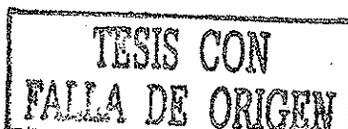
Una escasa interacción social se asocia con mayor mortalidad, independientemente de su etiología.

En un estudio prospectivo, Howse y cols., demostraron un riesgo relativo mayor en diversos padecimientos en sujetos con un bajo apoyo social, en comparación de aquellos individuos con adecuada integración social, motivo por el que concluyeron que los nexos sociales proporcionan un efecto protector.

Diversos estudios de la fundación MacArthur demostraron también una importante asociación entre el apoyo emocional y las actividades de esparcimiento con el mantenimiento de las funciones físicas, así como una mejor función neuroendócrina.

Esta evidencia se incrementa en adultos mayores, donde se acentúa la relación entre la mortalidad con una pequeña integración social, especialmente al alcanzar los 60 años de edad.

Los nexos sociales influyen también sobre la utilización de los servicios de salud. Se señala que los individuos solteros con poca integridad social acuden con mayor



frecuencia a consulta médica. De manera similar, la morbilidad psíquica también se ve influida por los nexos sociales.

Newson y Schultz recientemente demostraron que la percepción de una baja integridad social disminuye la sensación de satisfacción por la vida e incrementa la incidencia de trastornos depresivos, particularmente en adultos (11).

### **INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA CARGA EN EL CUIDADOR.**

Existen algunos servicios para auxiliar a las familias que proporcionan apoyo a un adulto dependiente, entre ellos se encuentran servicios de psicoterapia individual y de grupo, así como diversos grupos de apoyo donde las familias reciben información y entrenamiento en habilidades que harán más fácil su labor.

Al parecer los grupos de apoyo tienen ciertas características de las cuales sus miembros se expresan como muy útiles.

Usualmente los cuidadores desarrollan un sentimiento de desesperanza, en particular cuando se enfrentan a adultos dependientes con enfermedades crónicas y progresivas. Dicha sensación puede reducirse al compartir experiencias similares con integrantes de un grupo de apoyo (5,11,12).

De igual forma disminuyen sentimientos de soledad al conocer y escuchar personas que se enfrentan a una problemática similar.

En los grupos de apoyo también se proporciona información respecto a fármacos, técnicas conductuales y recursos comunitarios.



A pesar de sus ventajas, existe un número relativamente pequeño de cuidadores que acuden a grupos de apoyo, tal vez debido a la escasez de tiempo, que en su mayoría *invierte en actividades laborales y en las actividades de su función como cuidador.*

En un estudio reciente, Gallagher-Thompson y cols., impartieron 20 sesiones de psicoterapia cognitivo-conductual y terapia breve a cuidadores, obteniendo al término del tratamiento una reducción significativa de la depresión (13).

La terapia cognitivo-conductual se enfoca principalmente en fomentar medidas adaptativas para enfrentar problemas y enseñar estrategias conductuales para mejorar el estado de ánimo.

La terapia breve favorece la identificación de problemas o conflictos internos que ocurrieron en el pasado y que se reactivan con la actividad del cuidador, además favorece un crecimiento interno, con mayor autoestima y reestructuración del concepto de independencia (9).

#### **EVALUACION PRACTICA DE LA FAMILIA.**

Una evaluación práctica de la familia revela información útil acerca de su estructura y su función social como unidad que se relaciona con problemas de salud del paciente.

Los componentes básicos de la evaluación incluyen:

¿Quiénes son las personas que integran la red de apoyo?

El primer paso consiste en identificar quien o quienes proporcionan cuidado al adulto

dependiente. Lo anterior incluye identificar al cuidador primario, que asume la mayor responsabilidad y, a los cuidadores secundarios, su relación con el paciente y la proximidad geográfica a la residencia del paciente y si existe una combinación tanto de cuidado formal como informal.

Algunas familias se apoyan en la ayuda de vecinos o miembros de la religión que profesan.

¿Qué función desempeña cada persona en la red de apoyo?

Lo anterior es útil para conocer como funciona la red de apoyo. Es relativamente frecuente que exista una desproporción en la cantidad de apoyo y, esta mala distribución conlleva al desarrollo de estrés.

Es importante señalar que la fuente más obvia de estrés proviene de las demandas del adulto dependiente que se tienen que satisfacer. Sin embargo, el estrés también se puede originar del cumplimiento de los diversos roles, como filial, parental, conyugal, laboral, etc.

¿Qué tipo de apoyo social utiliza?

Como anteriormente se señaló, el apoyo social puede ser emocional, instrumental, de información, financiero, etc. Resulta importante evaluar si la familia utiliza óptimamente toda esta clase de apoyos o si son subutilizados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

¿Qué tipo de recursos de afrontamiento utiliza?

En ocasiones las estrategias de afrontamiento utilizadas no son adecuadas y agravan la situación, de manera que resulta muy útil identificar dichas estrategias (1,14).

### **INTERVENCIONES FAMILIARES.**

La intervención breve está enfocada a la resolución de problemas de los integrantes, mediante la red de apoyo (Recursos familiares y extrafamiliares), que tiene por objeto mejorar las habilidades de estas personas para responder a las diarias demandas del adulto mayor dependiente, y cuya misión principal radica en disminuir el estrés, educar, organizar y apoyar a los miembros del sistema.

Las intervenciones breves con los integrantes de la red de apoyo, necesitan distinguirse de la terapia familiar, cuyos objetivos específicos son tratar patologías severas y crónicas en las relaciones familiares.

Las intervenciones breves hacia la red de apoyo, tienen por objeto principal el cuidado del enfermo y la familia que lo cuida.

Estas intervenciones son de más corta duración, a menudo consisten en una sola sesión. En el cuidado geriátrico, los objetivos de estas intervenciones breves con la red de apoyo, pueden ser ayudar a la familia a entender el diagnóstico de su enfermedad, a aprender cómo y en donde encontrar información práctica sobre el padecimiento y discutir con

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Personal médico cual deber ser el cuidado que deben brindar a su familiar y cómo mejorar el cuidado y apoyo que los miembros de la familia se dan entre sí.

## **EL APOYO DE LA FAMILIA**

### **CONCEPTO DE FAMILIA:**

Definida como el conjunto de miembros del hogar emparentados ente sí hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio (27).

El término sea definido de distintas formas, pero el grupo formado sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente. Conservando a un la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo físico y emocional dentro de sus funciones básicas.

La familia como institución básica de las sociedades humanas, es la unidad de apoyo más importante cuando es necesario el cuidado de alguno de sus miembros. Pues el cuidado y la preocupación surgen del compromiso sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus integrantes.

Dice Intrieri y Raph (1) que el papel de la familia de una persona mayor se intensifica cuando se presenta una invalidez u enfermedad crónica.



No obstante, la creencia tradicional de que la familia debe ser cuidadora de sus ancianos esta empezando a cuestionarse. Actitudes y valores que han cambiado con el proceso del tiempo, al imponerse nuevos estilos de vida. La estructura familiar, sobre todo en la extensa donde se da el intercambio de servicios con roles de cuidado y atención, que disminuyen la carga de trabajo en uno de sus miembros, no sucediendo así en las familias más pequeñas o de un solo miembro.

El proceso de emigración al medio urbano, también constituye una problemática en el medio rural se conserva más los valores y tradiciones sólidos de amor, solidaridad, convivencia y tolerancia así sus congéneres mayores.

Las condiciones de vivienda pequeña, en cuanto a sus espacios, sólo permiten, generalmente, cabida para una sola generación, como lo constituye la familia nuclear.

Las condiciones económicas, por otra parte, repercuten sobre todo en la clase obrera, la cual cuenta con menores recursos, a diferencia de la profesional, que puede pagar los servicios formales que proporcionan los organismos públicos y privados.

La incorporación de la mujer al mercado del trabajo para mejorar el ingreso familiar, en donde las condiciones se transforman y exigen su participación total. La desintegración familiar, constituye otro punto, sobre todo cuando la mujer representa ser el jefe de familia. Todo lo anterior repercute ampliamente, pues



constituye la mujer la figura dominante en el cuidado de los ancianos por lo general, de sus propios padres o esposos.

Constituyendo de tal forma factores de abandono y de descuido de la responsabilidad del cuidado directo de sus adultos mayores. (28 y 30).

Aunque el cuidado no es una enfermedad en sí, es un problema de la vida, el impacto de la enfermedad en la familia altera su estructura dinámica, repercutiendo física y emocionalmente en sus integrantes. Pues como evento de la vida requiere adaptación, los cambios en su estructura permitirán sobrevivir y mantener un mínimo que permitiría las modificaciones y ajuste necesarios a las circunstancias dadas. Sin embargo, la capacidad de respuesta para afrontar los grandes cambios de la vida, varía de una familia a otra.

Ante esta perspectiva será de vital importancia la identificación de su estructura o composición de cada familia, para conocimiento de sus recursos y manera de optimizarlos de tal manera que eleve la calidad de vida. (12,29 y 34).

#### TIPOLOGIA FAMILIAR

DE ACUERDO A LA CALIFICACION DE GEYMAN (27)

LA TIPOLOGIA FAMILIAR SE CLASIFICA:



**CON BASE EN SU ESTRUCTURA:** De acuerdo a los elementos que constituyen a la familia se clasifica en:

**NUCLEAR:** Modelo de familia formando por madre, padre e hijos.

**EXTENSA:** Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos Consanguíneos.

**EXTENSA COMPUESTA:** Además de los que incluye la familia extensa, se Adicionan otros miembros sin ningún nexo legal.

#### **CON BASE EN SU DESARROLLO**

**MODERNA:** Característica esencial que consiste en la incorporación de la mujer al trabajo en iguales condiciones que el hombre.

**TRADICIONAL:** El subsistema proveedor, lo constituye principalmente el hombre y Excepcionalmente la mujer.

**PRIMITIVA:** Se refiere a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que elaboran.

#### **EN BASE A SU INTEGRACION**

**INTEGRADA:** En la cual sus cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

**SEMI-INTEGRADA:** Los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones de manera satisfactoria.



**DESINTEGRADA:** Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

**EN BASE A SU TIPOLOGIA. Ocupación y nivel de estudios.**

**PROFESIONAL:** Nivel de estudios profesionales.

**OBRERA:** Nivel de estudios técnico o de capacitación laboral.

**CAMPESINA:** Labores en el trabajo de campo.

## **ESCALAS QUE SE UTILIZAN EN EL PRESENTE TRABAJO:**

### **Descripción de la Escala de Kats:**

La restricción de la capacidad de autonomía y autosuficiencia es resultado de muchas enfermedades en personas de edad avanzada, apareciendo problemas funcionales en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de mayor complejidad.

El índice de Kats es uno de los instrumentos estructurados útiles de la valoración geriátrica integral. Comprende funciones básicas como higiene personal, vestido, uso del WC, movilización, continencia y alimentación, parámetros útiles para definir el tipo de asistencia necesaria. Su medición se centra en las habilidades requeridas para cubrir las necesidades personales habituales arriba descritas, mismas que debe de realizar sin ayuda.

Esta escala considera siete grupos que van clasificados en orden creciente de dependencia.

- A. Independencia en todas las funciones
- B. Independencia en todas las funciones, salvo en una.
- C. Independencia en todas las funciones, salvo en A y otra más.

- D. Independencia en todas las funciones, salvo en B y otra más.
- E. Independencia en todas las funciones, salvo en A, B, C y otra más.
- F. Independencia en todas las funciones, salvo en A, B, C, D y otra más.
- G. Dependencia en las seis funciones básicas.

#### **Descripción de la Escala sobre "Carga" del Cuidador de Zarit:**

La entrevista sobre la "Carga" del Cuidador de Zarit, se aplica a adultos que brindan cuidados a otro adulto con dependencia en las actividades básicas de la vida diaria.

Esta es una escala que el paciente responde personalmente o por el entrevistador, de acuerdo a una breve instrucción al comienzo de la misma. Mide el impacto en el área física, psicológica y social experimentado por el cuidador.

Una vez concluida, el examinador asigna los valores numéricos correspondientes a cada categoría y que van del 1 al 4. La máxima calificación en cada, corresponde a un indicador de una sobrecarga intensa. La suma total se transforma en un índice que señala la severidad de la "Carga".

Evalúa el grado de agotamiento del cuidador, cuando sobrepasa sus capacidades físicas y psicológicas de demanda, de tal forma que afecten el estado general de salud. Esta integrada por 22 preguntas que marcan una puntuación de < 47 puntos = a no sobrecarga; de 47 a 55 puntos = sobrecarga leve; > 55 puntos = sobrecarga intensa.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Escala de Zung:**

El diagnóstico de la depresión generalmente es clínico, basado en síntomas y signos recopilados en el examen médico psicológico. Para efectuar un diagnóstico confiable y determinar su intensidad, se utilizan instrumentos de autoinformación dentro de la práctica clínica.

La escala de Auto-Evaluación de Zung, es una escala que el paciente responde personalmente de acuerdo también con una breve instrucción al comienzo de la misma. Comprende 20 rubros que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognoscitivos, conductuales y psicofisiológicos mas comunes de la depresión. Generalmente es aplicable a personas adultas.

Una vez que el paciente concluye de responder la escala, el examinador asigna los valores numéricos, previamente determinados, a cada categoría y que van del 1 al 4. La obtención de la máxima calificación en cada una, es indicador de un síntoma grave. La suma total se transforma a un índice que señala la intensidad del trastorno depresivo.

La escala de Depresión Auto-Clasificatoria de Zung, es un instrumento de autoinformación para el paciente que consiste de 20 ítems y utiliza una escala de Likert de cuatro niveles para evaluar la presencia y severidad de los síntomas depresivos durante la semana anterior.

La escala se clasifica utilizando una clave para obtener el resultado crudo de cada ítem y luego se suman los puntajes de los 20 ítems.

El puntaje posible va de 20 a 80. Se considera que un puntaje de 50 o más representa una depresión clínicamente importante.

Este test cubre cinco de las nueve categorías de síntomas de los criterios de DSM-III-R para trastornos depresivos severos y parcialmente los otros cuatro.

Falla en descartar la aflicción, trastornos orgánicos y psicosis.

La confiabilidad y validez de la Escala de Zung son aceptables y se correlacionan en forma apropiada con otros instrumentos para evaluar depresión y muestra cambios en los niveles de depresión como resultado del tratamiento.

La calificación final se obtiene al transformar la puntuación total en el índice SDS de acuerdo con unas tablas de conversión específicas. La intensidad del cuadro depresivo queda así determinada:

50 a 59 puntos= Depresión leve.

60 a 69 puntos= Depresión moderada.

70 o > puntos= Depresión severa.

Se considera que una disminución de 12 puntos en el puntaje constituye una mejora importante.

#### **Escala de Hamilton Para la Ansiedad:**

Similar en su formato a la escala anterior. Esta escala especifica la intensidad de los síntomas ansiosos, para algunos de los trastornos de ansiedad.



En su diseño, la escala es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador. Comprende 14 rubros que incluyen aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales. Asigna valores numéricos, previamente determinados a cada categoría en las que se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber:

Ausente= 0

Leve= 1

Moderado= 2

Severo =3

Grave o totalmente incapacitado= 4

La calificación final se obtiene mediante la suma total de la puntuación. La intensidad del cuadro de ansiedad queda así determinado en: Leve 1 a 13 puntos, Moderado 14 a 27 puntos, Grave de 28 a 42 puntos y Muy Grave de 42 a 56 puntos.

Constituye una escala específica para los síntomas ansiosos sugestivos de alguno de los trastornos de ansiedad. La dimensión de la ansiedad tiene dos componentes a saber, la presencia de manifestaciones o sensaciones somáticas como mareos, sudoración, palpitaciones, etc., y la presencia de síntomas cognitivo-conductuales y afectivos como inquietud, nerviosismo, miedos irracionales, etc.

Según la intensidad de los síntomas, se clasifican en ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, incapacitante = 4.

(15,16,17).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El progresivo incremento de la esperanza de vida en los países desarrollados conlleva un aumento del grupo de personas mayores de 65 años. En este grupo etéreo se eleva la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas. Algunas condiciones, especialmente en aquellos mayores de 75 años resultan incapacitantes con la consiguiente demanda de ayuda médica, familiar y social (2).

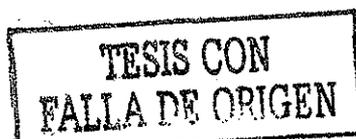
Si bien es cierto, que la institucionalización constituye una opción, contrario a la creencia de que la mayoría de las personas mayores de edad están internadas, el 95% de las personas mayores de 65 años viven en su hogar y reciben cuidados en mayor o menor grado, usualmente de un familiar (7), gran parte de lo anterior, obedece a los elevados costos que se derivan de ello (6).

El satisfacer las necesidades del adulto dependiente repercute sobre la dinámica familiar y las relaciones interpersonales.

Diversos estudios demuestran un aumento del estrés y mayor morbilidad en la persona que constituye el encargado principal o cuidador crucial (9,10).

En medicina familiar, esta demostrado que una de cada cinco personas mayores de 45 años proporcionan ayuda a un familiar adulto dependiente (9).

En la actividad del cuidador de un adulto mayor dependiente existe predominio del sexo femenino en la actividad del cuidador principal, ya que la mayoría son esposas, hijas y nueras (10).



En un estudio efectuado en 236 cuidadores, el 36% refirió malestar físico como dorsalgias y lumbalgias (2).

Por otra parte, alteraciones importantes del grado de autonomía y del estado mental de los adultos dependientes domiciliarios repercuten en un mayor malestar psíquico del cuidador, especialmente si se trata de un familiar (2).

El médico familiar ante esta importante problemática tiene el deber de brindar el apoyo emocional necesario a la familia de un adulto dependiente, en particular a su cuidador principal, asimismo, proporcionar la información necesaria tanto del cómo se debe cuidar a un adulto mayor dependiente, así como señalar posibles fuentes de asistencia. De igual forma, el médico debe proporcionar consejos o intervenir activamente con el cuidador para disminuir el estrés derivado de esta responsabilidad, evitando con ello una menor repercusión en la salud física y mental de la familia, favoreciendo el bienestar de la misma, que se enfrenta a situaciones y ajustes derivados del apoyar a un adulto mayor dependiente (9).

Ante esta problemática, es posible plantearse la siguiente interrogante:

**¿Cuál será el efecto del taller de “Salud Integral” en la salud del cuidador del adulto mayor dependiente?**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## HIPOTESIS

### HIPOTESIS DE INVESTIGACION

La morbilidad física y psicológica (ansiedad y depresión) experimentada por el cuidador principal de un adulto mayor dependiente disminuye mediante su participación en un taller de orientación grupal impartido por el médico familiar que brinde orientación y educación de la actividad del cuidado y manejo de los sentimientos que surgen de la misma atención.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## JUSTIFICACION

En términos generales, la literatura de atención médica primaria, contiene relativamente pocos reportes en relación con el estrés de los cuidadores de adultos dependientes.

Es un hecho que el aumento de las expectativas de vida que se ha experimentado en los últimos años, en virtud de la mejoría en las condiciones higiénico-sanitarias, medioambientales, así como el progreso científico y tecnológico ha derivado en un envejecimiento progresivo de la población general. Es decir, se generó un cambio del perfil epidemiológico de la población (13).

Así, en los Estados Unidos de Norteamérica, el 75% de personas mayores de 65 años viven en su casa, cifra que se incrementa al 80% en aquellos mayores de 85 años (7).

Un estudio reciente reveló que en Barcelona, España, un 20% de los sujetos mayores de 65 años de edad presentan algún tipo de limitación en las actividades de la vida diaria (2).

En nuestro país, a pesar de que no se dispone de cifras oficiales al respecto, diversas estimaciones sugieren que las proporciones y tendencias demográficas son similares a las señaladas.

Se sabe que la presencia de un adulto mayor dependiente en el ambiente familiar altera su dinámica y repercute sobre las relaciones interpersonales de sus miembros.

Además, está demostrado una mayor morbilidad tanto física como psíquica en personas que se constituyen como cuidador principal del adulto mayor dependiente.



El incremento del estrés en el cuidador no solamente repercute en su salud, sino que también, cuando se torna intenso conduce a descuido del mismo adulto dependiente e incluso se reportan situaciones de abuso, que representan un signo indicador de desequilibrio psíquico del cuidador.

Los médicos familiares desempeñan un papel o función sumamente importante al identificar el estrés en los cuidadores, evaluar su intensidad e implementar medidas para aliviarlo y transformar esta responsabilidad en una actividad de la que se obtengan satisfacciones personales.

Los resultados que se obtienen de los estudios como el presente, proporcionan una información valiosa que sirve para racionalizar y mejorar la calidad de la atención que brindamos los médicos de familia en la atención primaria a este grupo de personas y que proporcionan las distintas Instituciones de Salud. Eventualmente, también se deberá reflejar en una reducción de costos derivados tanto de la disminución de la morbilidad en los cuidadores, como de una mejor atención extra Institucional del adulto mayor dependiente.

Del presente trabajo, se derivará información importante al evaluar la intervención del médico familiar con objeto de atenuar la morbilidad física y emocional en los cuidadores de adultos dependientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Un aspecto de gran relevancia que sustenta la realización del presente trabajo, es que en nuestro medio no existen trabajos publicados en relación con la intervención del médico familiar para atenuar la morbilidad del cuidador del adulto dependiente, a través de la

implementación de un taller que proporcione información y orientación; incluso, son pocos a nivel internacional, lo anterior se verifica al consultar fuentes de información tan importantes como Artemisa, así como los Sistemas de Internet y Medline.

## OBJETIVOS

### Objetivo General.

Demostrar beneficios de la aplicación del taller "Salud Integral" sobre la morbilidad física y psíquica del cuidador del adulto mayor dependiente.

### Objetivos Específicos.

- Determinar el grado de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor dependiente por medio de la Escala de Katz.
- Evaluar la morbilidad física y psíquica experimentada por el cuidador mediante las evaluaciones psicoafectivas de la Escala de "Carga del cuidador de Zarit", El Test de Zung y la Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Identificar la relación de dependencia del adulto mayor con el grado de morbilidad física y psíquica del cuidador.
- Identificar la relación del grado de morbilidad física y psíquica con las redes de apoyo familiar y extrafamiliar.
- Implementar un taller de "Salud Integral" para el cuidador del adulto mayor dependiente.

- Evaluar los efectos del taller de "Salud Integral" sobre el desequilibrio de la salud física y mental del cuidador.
- Resaltar la poca o nula modificación de las manifestaciones físicas y psíquicas en cuidadores a quienes no recibieron los beneficios del taller de "Salud Integral".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## METODOLOGIA

### Tipo de Estudio.

Experimental

Prospectivo

Comparativo

Longitudinal

### Población (Universo del Problema).

Personas de cualquier edad. Ambos sexos. Que tienen a su cuidado un adulto mayor dependiente que sea derechohabiente del I.S.S.S.T.E., identificados en Consulta Geriátrica de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. I. Chávez", durante el periodo comprendido de julio a octubre de 1999.



### Muestreo y Tamaño de la Muestra.

Muestreo no probabilístico, por cuotas, completando un total de 30 pacientes.

**Criterios de Inclusión.**

- Sujetos de cualquier edad.
- Ambos sexos.
- Cuidador familiar (No remunerado).
- Que brinde cuidado a un adulto mayor dependiente de 65 ó más años de edad.
- Que haya desempeñado esta actividad por un periodo mayor de seis meses.
- Brinde asistencia a un adulto mayor con dependencia para las actividades de la vida diaria mayor al 50% (Escala de Katz).

**Criterios de Exclusión.**

- Estar bajo tratamiento psicológico ó psiquiátrico.
- Tener diagnóstico de enfermedad psico-afectiva.
- Estar bajo tratamiento con cualquier tipo de fármacos.
- Antecedente de padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa.
- Que no acepte participar en el estudio.

**Criterios de Eliminación.**

- Aquellos sujetos que no respondan a sus escalas evaluatorias, o bien que los respondan de manera incompleta.
- Aquellos sujetos que abandonen el taller de salud integral para el cuidador del adulto mayor dependiente.
- Aquellos sujetos que tengan asistencia menor al 50% al taller de salud integral para el cuidador del adulto mayor dependiente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Variables a medir.**

Las variables que se recolectarán son:

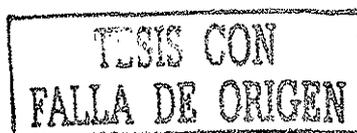
**Variables del cuidador.-**

Durante la entrevista y mediante cuestionario específico se obtiene el nombre, derechohabencia, filiación, sexo, estado civil, parentesco con la persona dependiente, escolaridad, trabajo fuera de la casa, nivel socioeconómico, responsabilidad directa, tiempo de permanencia (hrs), tiempo de evolución de los cuidados, red de apoyo familiar y extrafamiliar, tipología de la familia, consumo de fármacos, malestar físico y psíquico medido mediante las escalas "Carga del Cuidador" de Zarit, que consta de 22 ítems (Con una puntuación máxima de 55 puntos para la sobrecarga intensa). Asimismo, se aplicará el Test de Zung para la depresión, que consta de 20 ítems con un máximo de 70 puntos o más para la depresión severa y la Escala de Ansiedad de Hamilton que consta de 14 ítems con una puntuación máxima de 56 puntos o más para ansiedad muy grave e incapacitante.

**Variables de la familia.-**

Se evaluará la tipología familiar de acuerdo con la clasificación de Geyman ( Ref).

**Con base en su estructura.-** De acuerdo a los elementos que constituyen la familia, se clasifica en:



**Nuclear:** Modelo de familia formado por padre, madre e hijos.

**Extensa:** Formado por padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos o bien de adopción.

**Extensa Compuesta:** Además de los que incluye la familia extensa, se adicionan miembros sin ningún nexo legal.

#### **Con base a su desarrollo.-**

**Familia moderna:** Característica esencial que consiste en que la mujer trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre.

**Familia tradicional:** El subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el hombre y excepcionalmente colabora la mujer o uno de los hijos.

**Familia primitiva:** Se refiere a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran.

#### **Con base a su integración se clasifica en:**

**Familia integrada:** En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen con sus funciones.

**Familia semi-integrada:** En la cual los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

**Familia desintegrada:** Es aquella en la cual falta alguno de los conyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

#### **Con base a las características según la ocupación:**

**Profesional:** De acuerdo a la escolaridad profesional.

Obrera: De acuerdo a la escolaridad técnica o manual.

Campesina: De acuerdo a su labor en el trabajo del campo.

### **Con base a su demografía.**

Urbana. En cuanto a su ubicación en la ciudad.

Rural: En cuanto a su ubicación en el campo.

### **Variables de la red de apoyo.-**

Consiste en las acciones de solidaridad familiar y extrafamiliar que facilitan el cuidado y compensan las deficiencias, tales como ausencia, limitaciones físicas, económicas; alivio de las situaciones de agotamiento físico y/o psicológico que conllevan al desequilibrio en la salud del cuidador. Su carencia de este tipo de apoyo promueve el surgimiento de descuido y maltrato al anciano con disminución de la calidad de vida del mismo.

### **Variables de la persona cuidada.-**

Se obtienen datos de nombre, derechohabiente, problema principal, tiempo de evolución del padecimiento y nivel de dependencia que valora la capacidad física, realizada mediante el índice de Katz, escala que a partir de seis actividades básicas de la vida diaria (baño, vestirse, uso WC, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) clasifica el grado de autonomía desde independencia para todas las funciones hasta dependencia para todas ellas.

**Procedimiento.**

Se invitarán a participar al presente estudio a los cuidadores de pacientes adultos mayores dependientes, a resolver una serie de cuestionarios sobre el impacto que tiene sobre su salud la responsabilidad de cuidar un adulto mayor dependiente; que acudan a la Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del I.S.S.S.T.E, en forma consecutiva. Posteriormente se les hará una invitación a participar de manera voluntaria en un taller informativo sobre las actividades relacionadas con la asistencia al adulto mayor dependiente, hasta integrar el tamaño de la muestra. De cada cuidador se registrarán las variables señaladas en la cédula de recolección de datos, diseñada para este estudio.

A cada participante se le explicará en forma detallada en que consiste el estudio y los objetivos que se pretenden. Al inicio del taller, se aplicarán a cada participante la Escala de Zarit, la Evaluación de Zung y la de Hamilton. De igual forma, se pedirá que contesten la Escala de Dependencia de Katz.

A continuación, se les impartirá, un "Taller denominado "La Salud integral en el Cuidador del Adulto Dependiente", en donde el Médico Familiar impartirá información, orientación y educación, mediante una serie de actividades relacionadas con la asistencia al adulto mayor dependiente cuya temática es la siguiente:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**"LA SALUD INTEGRAL EN EL CUIDADOR DEL ADULTO DEPENDIENTE"**

SESION	TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES
1	PRESETACION DEL ESTUDIO	QUE LOS INVITADOS SE ENTEREN DE LA IMPORTANCIA DEL ESTUDIO Y SUS ETAPAS. QUE LOS INVITADOS SE ENTEREN DE LA IMPORTANCIA DEL TALLER Y LOS EFECTOS DE BENEFICIO.	EXPOSICIÓN DRA. TRUJILLO.
	PLANTEAMIENTO DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA.	PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA EMERGENCIA DE LA FAMILIA EN LA ENFERMEDAD.	EXPOSICIÓN DRA. TRUJILLO.
		PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL IMPACTO FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL DEL CUIDADOR.	EXPOSICIÓN DRA. TRUJILLO.
2	IDENTIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES PSICOAFECTIVAS Y MANIFESTACIONES FÍSICAS.	IDENTIFICAR EL ESTRÉS, MORBILIDAD Y FÍSICA Y MALESTAR PSÍQUICA SENTIDO POR EL CUIDADOR.	EXOSICION DRA. TRUJILLO, DRA. MONROY.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

		IDENTIFICAR EL AGOBIO CUANDO LA CARGA SOBREPASA LAS CAPACIDADES DEL CUIDADOR.	EXPOSICIÓN DRA. TRUJILLO.
	INFORMACIÓN DE LAS COMPLICACIONES MEDICAS DEL FENÓMENO.	INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL RIESGO Y DAÑO DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL GENERADO POR EL ESTRÉS.	EXPOSICION DRA. TRUJILLO.
3	AUTOCUIDADO	CONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO PARA MANTENER LA SALUD FÍSICA Y EMOCIONAL.	T.S. CARMEN SANCEZ DE QUEVEDO.
	NUTRICION	CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA.	LIC. NUTRICION. VERENICE RIVAS SILVA.
	EJERCICIO	ENFATIZAR LA IMPORTANCIA DEL EJERCICIO PARA MANTENER LA SALUD.	T.S. CARMEN SÁNCHEZ DE QUEVEDO.
	DESCANSO	ENFATIZAR LA IMPORTANCIA DEL DESCANSO PARA MANTENER LA SALUD.	T.S. CARMEN SÁNCHEZ DE QUEVEDO.
	RECREACIÓN	ENFATIZAR LA IMPORTANCIA DE LA RECREACIÓN PARA MANTENER LA SALUD.	T.S. CARMEN S. DE QUEVEDO.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## SEGUNDA PARTE: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.

4	EL DUELO Y SUS ETAPAS.	QUE ASISTENTES CONOZCAN RESPUESTAS EMOCIONALES A CUALQUIER PERDIDA Y ELABORACIÓN DEL DUELO.	LOS LAS A Y DEL	PSIC. BERTA BOSCHETTI FONTANES.
	AUTOESTIMA	DESPERTAR INTERES EN MISMO Y FORTALECIMIENTO.	EL SI SU	PSIC. BERTA BOSCHETTI FONTANES.
5	RED DE APOYO	ASESORES REDES AUTOAYUDA Y APOYO FAMILIARES Y DE RECURSOS COMUNITARIOS QUE FACILITEN EL CUIDADO.	LAS DE Y EL	DRA. ANA MA. OLIVARES LUNA. GERIATRA.
	ALTERNATIVAS ANTI-ESTRÉS. RELAJACIÓN FISIOLÓGICA, VISUALIZACIÓN, AUDIOTERAPIA.	TRANSMITIR TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PARA DISMINUIR LAS TENSIONES. QUE ASISTENTES CONOZCAN Y APLIQUEN DICHAS TÉCNICAS.	DE LAS LOS Y	DRA. CATALINA MONROY CABALLERO. MEDICO FAMILIAR. TERAPEUTA FAMILIAR.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TERCERA PARTE: ACLARACIÓN DE DUDAS Y EVALUACIÓN.**

6	ACLARACIÓN DE DUDAS.	NO DEJAR NINGUNA DUDA.  CONOCER EXPECTATIVAS DEL GRUPO.	MESA REDONDA.
	NUEVA APLICACIÓN DE ESCALAS EVALUATORIAS PSICOAFECTIVAS.	EVALUAR RESULTADOS.	APLICACIÓN DE TEST.
	CIERRE DEL TALLER.	DAR LAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.	DRA. TRUJILLO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De manera que se integrarán dos grupos de pacientes:

Grupo I.- Aquellos que asistan y concluyan el Taller de Salud Integral.

Grupo II.- Aquellos que no desean asistir al taller de Salud Integral.

Al finalizar el taller, se repetirá la aplicación de las mismas evaluaciones a todos los integrantes de la muestra , y se procederá a conformar una base de datos en el programa Microsoft Access 97 con los resultados y variables de cada cuidador.

El análisis estadístico de la información se efectuará mediante el programa SPSS Versión 8.0 para Windows.

### **Análisis Estadístico de la Información.**

Para el análisis estadístico de la información, se utilizarán procedimientos de estadística descriptiva, tales como frecuencias, porcentajes, intervalos, media y desviación estándar.

La comparación de las variables de tipo nominal se efectuará mediante la prueba de chi cuadrada o bien, mediante la prueba exacta de Fisher.

La comparación entre las variables de tipo numérico se realizará mediante la prueba de t de Student para muestras independientes.

Las Escalas de Zarit, de Zung y el test de Hamilton, se compararán mediante la prueba de U de Mann-Whithney, al estar integradas cada una con variables de tipo ordinal (18,19).

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente trabajo, por sus características que consisten en la aplicación de escalas psicológicas mundialmente conocidas y validadas, así como en la aplicación de un taller meramente de índole informativo, aún siendo experimental, no conlleva riesgo alguno de la integridad física y mental, de la vida privada o familiar de los sujetos que participarán.

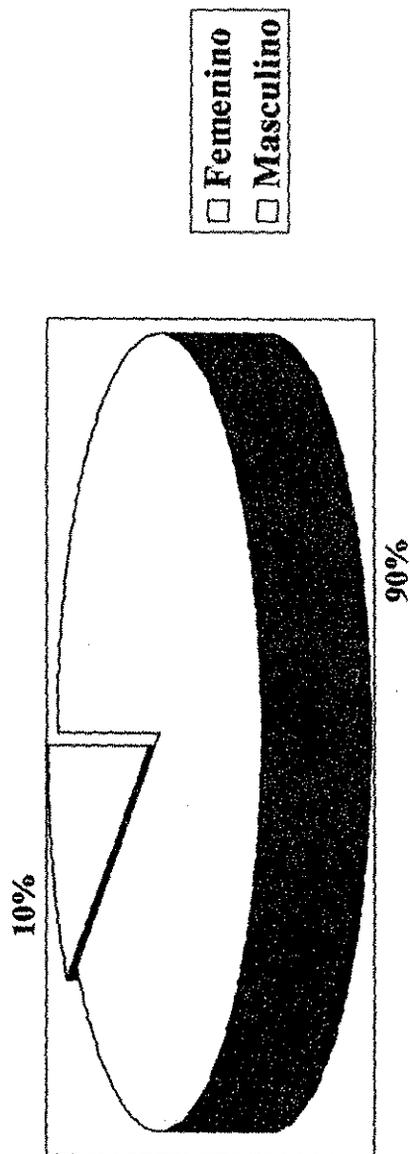
Además todos los participantes llenaron una hoja de participación voluntaria, con información previa sobre las características del estudio.

Se solicitó autorización previa a las autoridades de la Unidad Médica citada para su participación.

Por otra parte, las escalas evaluatorias se aplicarán mediante el consentimiento informado de los participantes.

Cualquiera de los participantes podrá retirarse del estudio cuando así lo desee.

# Fig.1. Distribución de los Cuidadores por Sexo



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# Fig.2. Distribución del Cuidador por Grupos Etáreos.

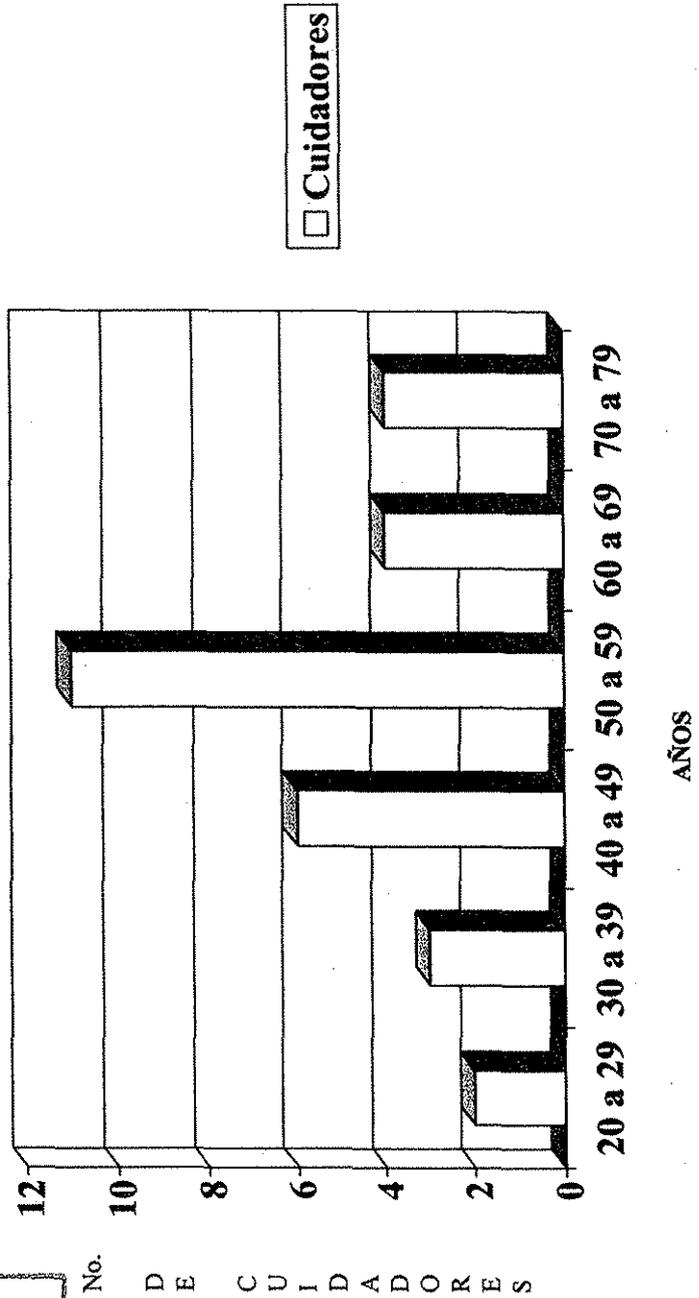
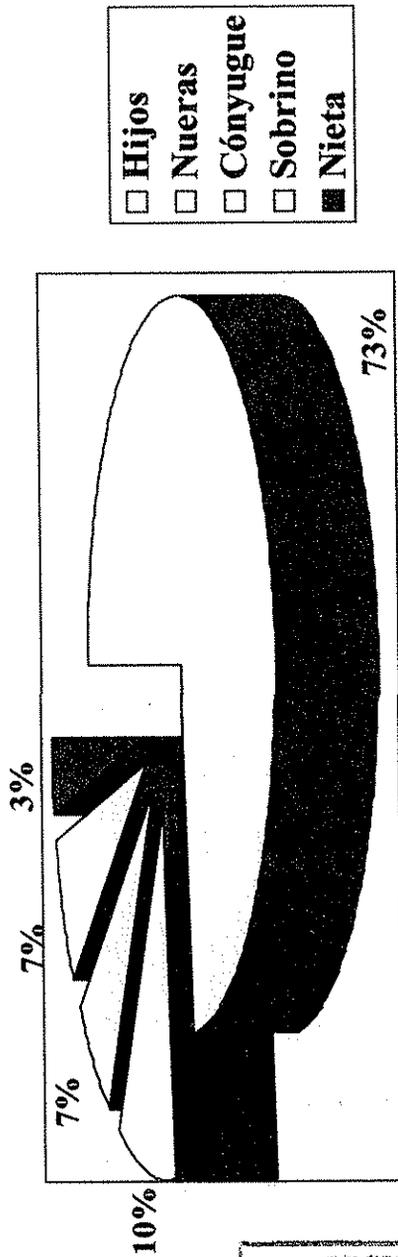
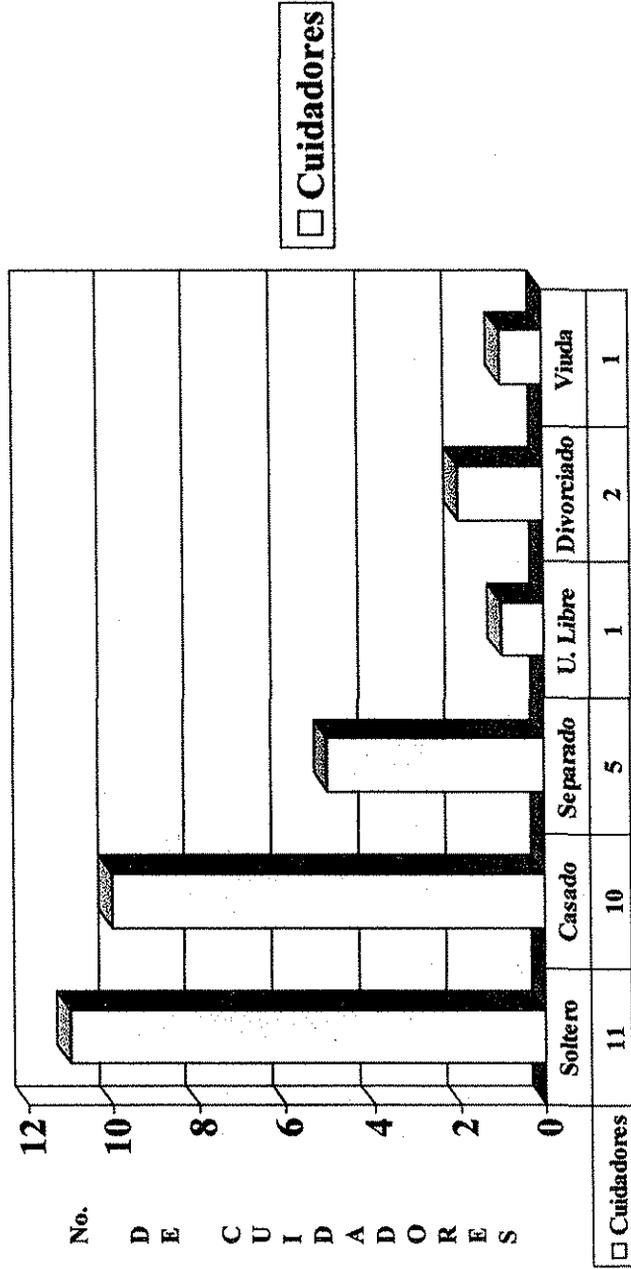


Fig.3. Parentesco Cuidadores-  
Adulto Mayor Dependiente.



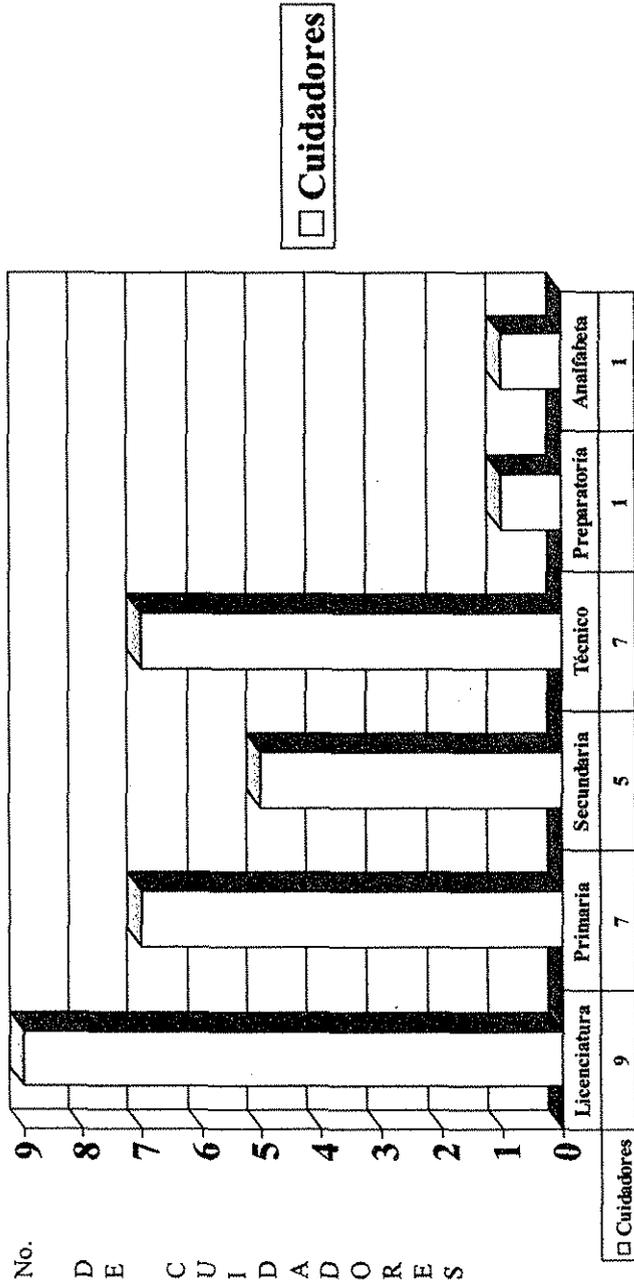
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Fig.4. Distribución de los Cuidadores según Estado Civil.



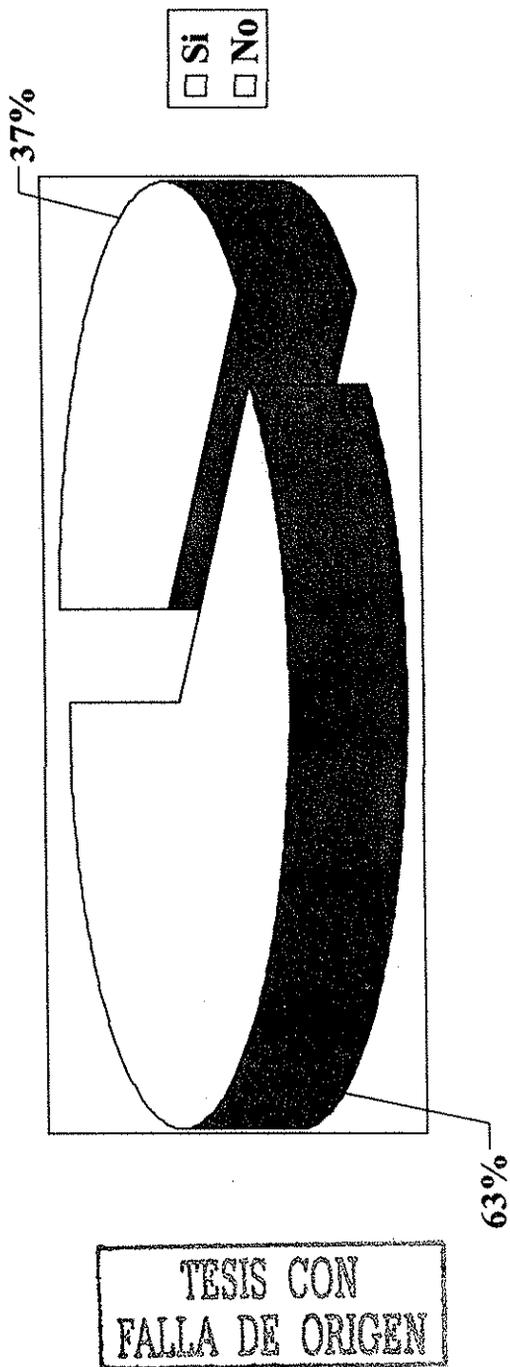
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# Fig.5. Distribución de los Cuidadores según Escolaridad.

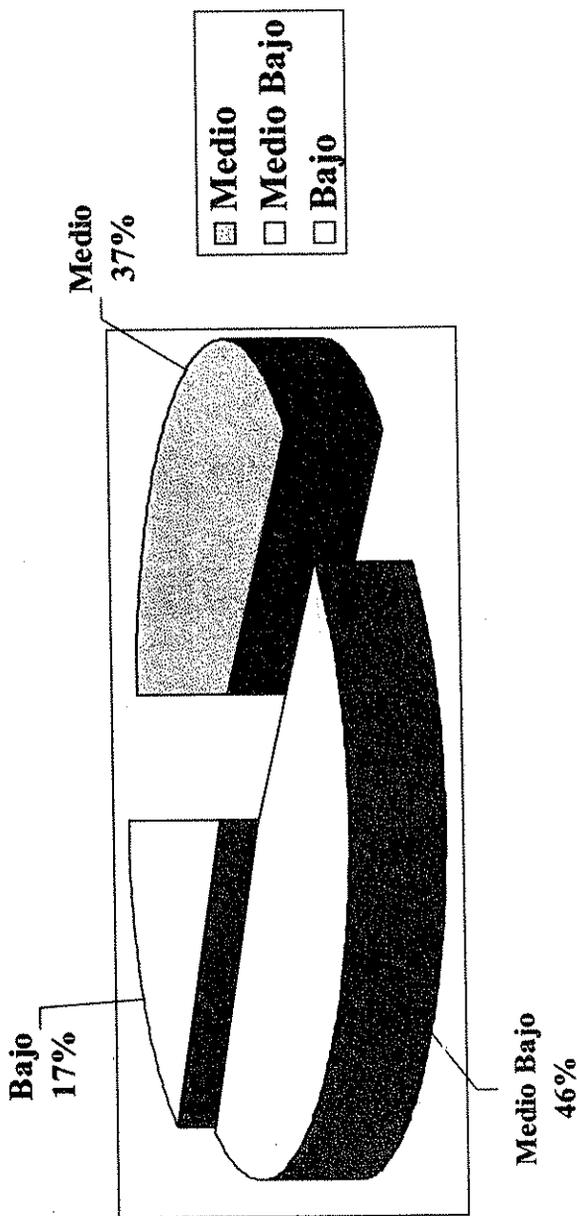


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fig.6. Actividad Laboral Fuera  
Casa.

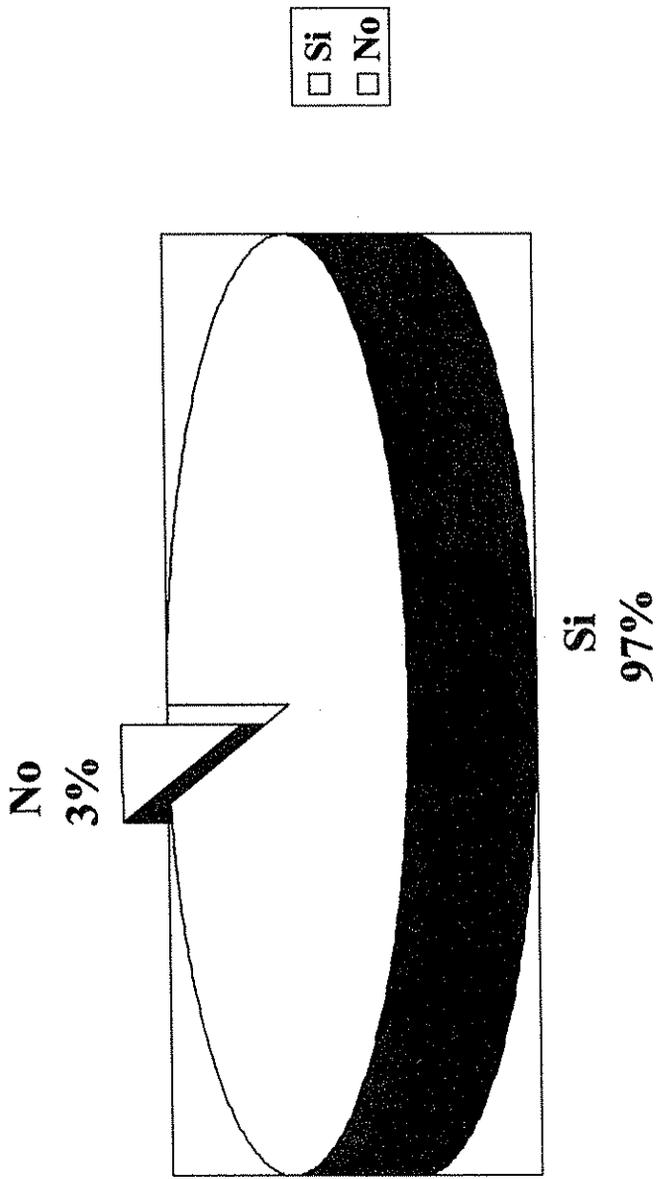


# Fig.7. Nivel Socioeconómico del Cuidador.



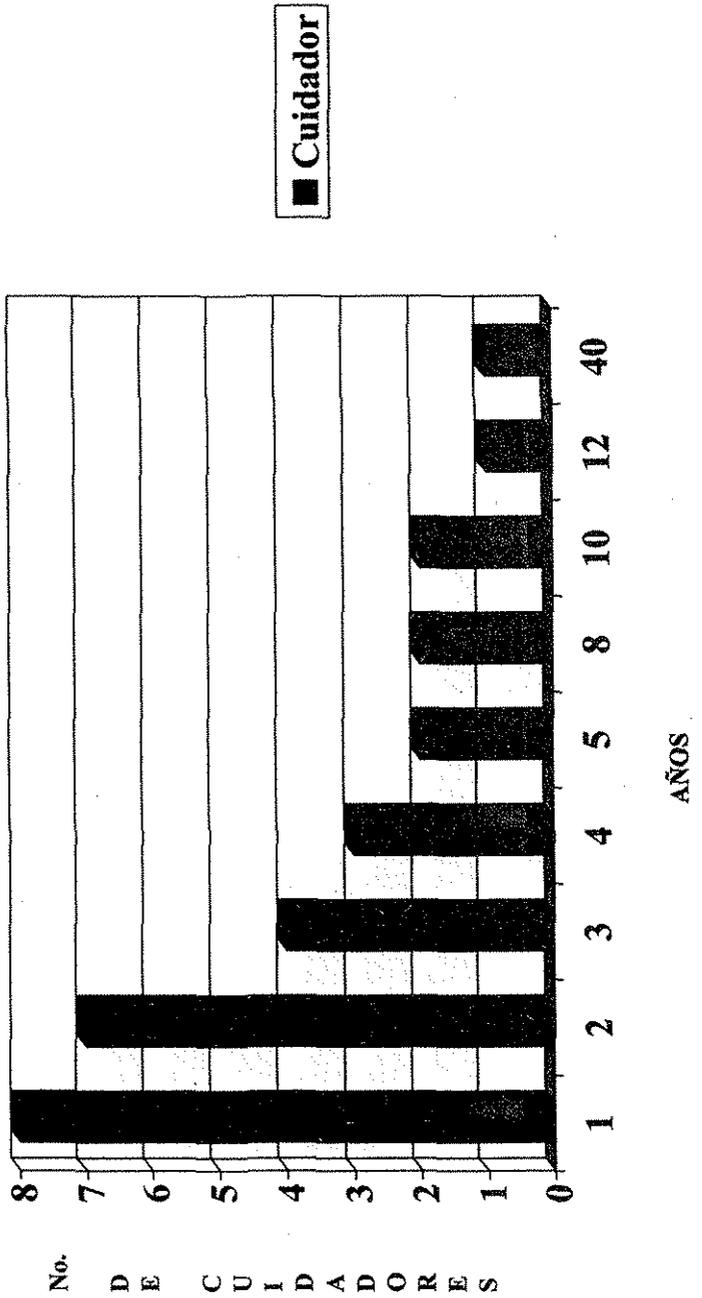
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# Fig.8.Responsabilidad Directa del Cuidador.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# Fig.9. Tiempo de Evolución de Cuidados.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Fig. 10.Red de apoyo.

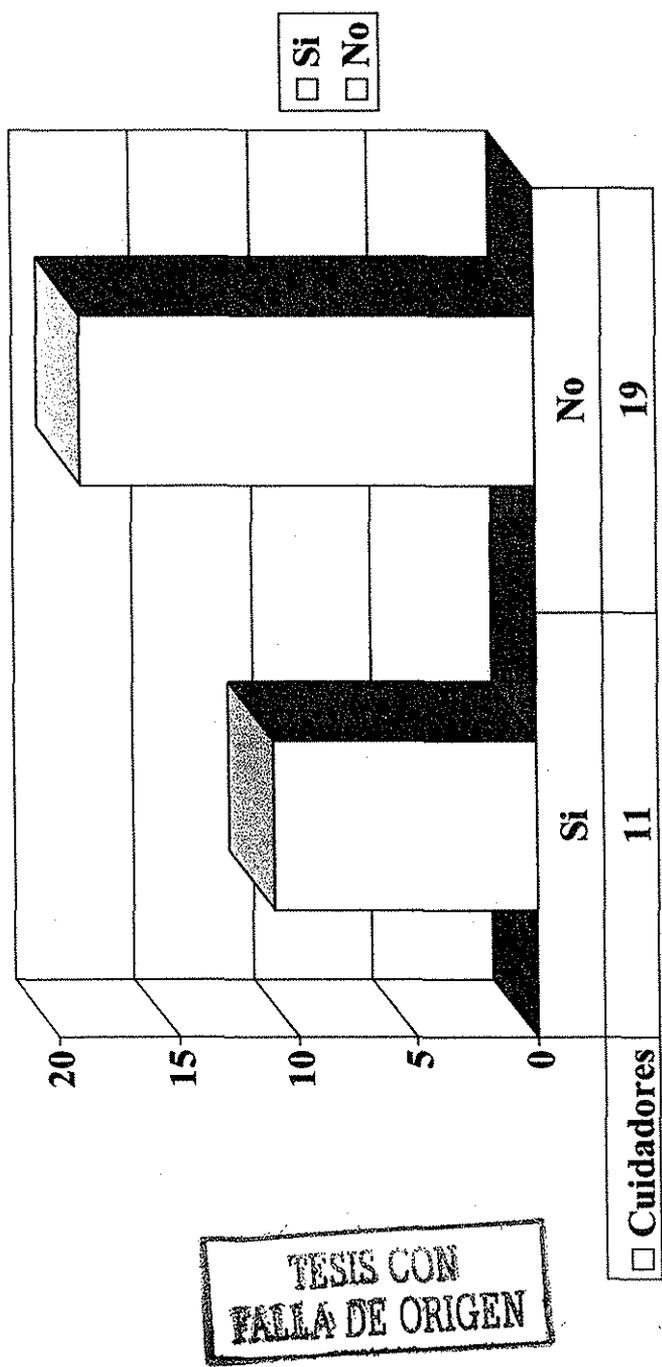


Fig.11. Distribución por Sexo de los Adultos Mayores Dependientes.

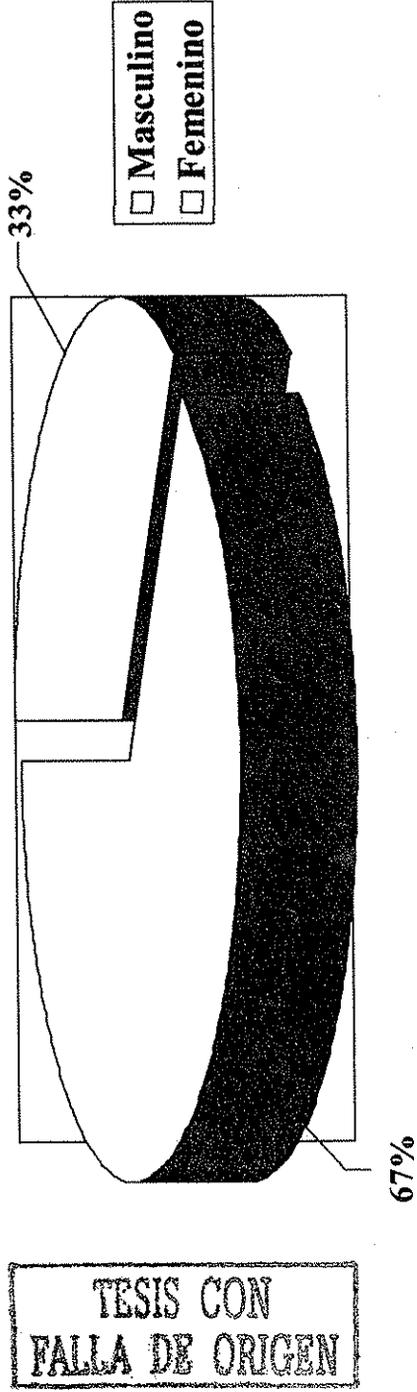


TABLA I. TIPOLOGIA FAMILIAR.

CARACTERÍSTICA	No.	PORCENTAJE
ESTRUCTURA		
NUCLEAR	11	36.66
EXTENSA	19	63.34
INTEGRACIÓN		
INTEGRADA	11	36.66
DESINTEGRADA	19	53.34
DESARROLLO		
MODERNA	15	50
TRADICIONAL	15	50
OCUPACIÓN		
PROFESIONAL	8	26.67
OBRERA	22	73.33
DEMOGRAFÍA		
URBANA	30	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA II. DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS PRINCIPALES DE SALUD EN EL  
ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.**

	NUMERO	PORCENTAJE
DEMENCIA SENIL	5	16.66
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA	4	13.33
SECUELAS DE AVC	4	13.33
SÍNDROME DE FRAGILIDAD	3	10
ARTRITIS REUMATOIDE	2	6.66
SECUELAS FRACTURA DE CADERA	2	6.66
CEGUERA POR DIABETES MELLITUS	2	6.66
CARDIOPATIA MIXTA	2	6.66
CEGUERA TOTAL POR CATARATAS	1	3.33
CEGUERA PARCIAL	1	3.33
SÍNDROME DE INMOVILIDAD	1	3.33
DIABETES MELLITUS	1	3.33
CIRROSIS HEPÁTICA	1	3.33
	30	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA III. COMPARACION DE ESCALAS DE EVALUACION EN EL GRUPO I.

ESCALA	1ª EVALUACIÓN	2ª EVALUACIÓN	Z	P
<b>ZARIT</b>				
SIN SOBRECARGA	5	8	1.45	0.14
LEVE	5	6		
MODERADA	4	2		
INTENSA	2			
<b>ZUNG</b>				
SIN DEPRESION	4	4	0.26	0.79
LEVE	8	9		
MODERADA	3	3		
SEVERA	1			
<b>HAMILTON</b>				
SIN ANSIEDAD	1	6	2.054	0.040
LEVE	8	9		
MODERADA	6	1		
GRAVE	1			

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TABLA IV. COMPARACIÓN DE ESCALAS DE EVALUACIÓN EN EL GRUPO II.

ESCALA	1ª EVALUACIÓN	2ª EVALUACIÓN	Z	P
<b>ZARIT</b>				
SIN SOBRECARGA	1	1	2.29	0.98
LEVE	6	6		
MODERADA	6	6		
INTENSA	1	1		
<b>ZUNG</b>				
SIN DEPRESION	3	2	0.18	0.85
LEVE	4	5		
MODERADA	7	7		
SEVERA				
<b>HAMILTON</b>				
SIN ANSIEDAD	1		0.85	0.39
LEVE	9	8		
MODERADA	4	6		
GRAVE				

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA. V. COMPARACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA EN EL GRUPO I.

SÍNTOMA	1ª EVALUACIÓN	2ª EVALUACIÓN	CHI CUADRADA	VALOR P
Fobias	Si 8, No 8	Si 1, No 15	5.57	0.0183
Alteración sueño	Si 15, No 1	Si 11, No 5	1.85	0.1742 ns
Alteración función intelectual	Si 11, No 5	Si 4, No 12	4.52	0.033
Algias	Si 10, No 6	Si 12, No 4	0.15	0.702 ns
Parestesias	Si 1, No 15	Si 1, No 15	0.53	0.462 ns
Trastornos vasomotores	Si 6, No 10	Si 2, No 14	1.50	0.220 ns
Palpitaciones	Si 11, No 5	Si 4, No 12	4.52	0.033 ns
Dolor u opresión torácica	Si 5, No 11	Si 1, No 15	1.85	0.174 ns
Estreñimiento	Si 1, No 15	Si 1, No 15	0.533	0.456 ns
Lipotimias	Si 3, No 13	Si 1, No 15	0.29	0.592 ns
Vértigo	Si 7, No 9	Si 1, No 15	4.17	0.041 ns
Disnea	Si 4, No 12	Si 1, No 15	0.9	0.330 ns
Trastornos gastrointestinales	Si 15, No 1	Si 12, No 4	0.95	0.330 ns
Alteraciones menstruales	Si 2, No 14	Si 1, No 15	0.36	0.550 ns
Disminución libido	Si 2, No 14	Si 2, No 14	0.29	0.592 ns
Boca seca	Si 5, No 11	Si 1, No 5	1.85	0.174 ns
Diaforesis	Si 6, No 10	Si 1, No 15	2.93	0.0871 ns
Pérdida peso	Si 1, No 15	Si 1, No 15	0.53	0.465 ns
Polifagia	Si 1, No 15	Si 1, No 15	0.53	0.465 ns
Cansancio	Si 10, No 6	Si 14, No 2	1.50	0.220 ns
Cefalea	Si 14, No 4	Si 2, No 14	10.29	0.001
Visión Borrosa	Si 7, No 9	Si 1, No 15	4.17	0.041
Acúfenos	Si 5, No 11	Si 1, No 15	1.85	0.174 ns

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA VI. COMPARACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA EN EL GRUPO II.

SÍNTOMA	1ª EVALUACIÓN	2ª EVALUACIÓN	CHI CUADRADA	VALOR P
Fobias	Si 3, No 11	Si 2, No 12	0.23	0.628 ns
Alteración sueño	Si 12, No 2	Si 13, No 1	0.36	0.54 ns
Alteración función intelectual	Si 6, No 8	Si 3, No 11	0.65	0.418 ns
Algias	Si 11, No 3	Si 11, No 3	0.21	0.645 ns
Parestesias	Si 3, No 11	Si 4, No 14	0.01	0.909 ns
Trastornos vasomotores	Si 6, No 8	Si 2, No 12	1.58	0.209 ns
Palpitaciones	Si 6, No 8	Si 9, No 5	0.57	0.448 ns
Dolor u opresión torácica	Si 4, No 10	Si 1, No 13	0.97	0.323 ns
Estreñimiento	Si 1, No 13	Si 1, No 13	0.54	0.463 ns
Lipotimias	Si 5, No 9	Si 4, No 10	0.16	0.691 ns
Vértigo	Si 6, No 8	Si 1, No 13	3.05	0.080 ns
Disnea	Si 2, No 12	Si 1, No 13	0.36	0.548 ns
Trastornos gastrointestinales	Si 7, No 7	Si 9, No 5	0.15	0.702 ns
Alteraciones menstruales	Si 1, No 13	Si 1, No 13	0.54	0.463 ns
Disminución libido	Si 6, No 8	Si 4, No 10	0.16	0.693 ns
Boca seca	Si 2, No 11	Si 1, No 3	0.45	0.504 ns
Diaforesis	Si 3, No 11	Si 1, No 13	0.29	0.589 ns
Pérdida peso	Si 2, No 12	Si 2, No 12	0.29	0.589 ns
Polifagia	Si 1, No 13	Si 1, No 13	0.54	0.463 ns
Cansancio	Si 12, No 2	Si 12, No 2	0.29	0.589 ns
Cefalea	Si 9, No 5	Si 10, No 4	0.16	0.691 ns
Visión Borrosa	Si 2, No 12	Si 1, No 13	0.36	0.548 ns
Acúfenos	Si 3, No 11	Si 1, No 13	0.29	0.589 ns

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA VII. COMPARACION DE ESCALAS DE EVALUACION CON VARIABLES MEDIDAS.  
GRUPO DE 30 PACIENTES

VARIABLES	ZARIT	ZUNG	HAMILTON
<b>SEXO</b> CHI CUADRADA	P=0.5160	P=0.2352	P=0.8296
<b>EDAD</b> CHI CUADRADA	P=0.0860	P=0.0923	P=0.1036
<b>ESTADO CIVIL</b> CHI CUADRADA	P=0.5795	P=0.4404	P=0.0742
<b>PARENTESCO</b> CHI CUADRADA	P=0.2231	P=0.6972	P=0.0265
<b>NIVEL SOCIO ECONOMICO</b> CHI CUADRADA	P=0.6730	P=0.6110	P=0.4077
<b>TIEMPO PERMANENCIA</b> H.KRUZ-WALLIS	P=0.1221	P=0.5838	P=0.4323
<b>TIEMPO EVOLUCION</b> H.KRUZ-WALLIS	P=0.4781	P=0.6762	P=0.8727
<b>RESPONSABILIDAD DIRECTA</b> CHI CUADRADA	P=0.0178	P=0.6178	P=0.8516
<b>RED DE APOYO</b> CHI CUADRADA	P=0.6411	P=0.6911	P=0.5970
<b>GRADO DE DEPENDENCIA</b> H.KRUSKALL-WALLIS	P=0.3738	P=0.4270	P=0.1954

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

### Características del cuidador.

Durante el periodo de estudio se integró una muestra de 30 sujetos encargados de los cuidados de un adulto mayor dependiente ( $n=30$ ), de los cuales 27 correspondieron al sexo femenino (90%) y tres al masculino (10%), según se ilustra en la figura 1, cuyas edades oscilaron entre los 20 a los 72 años (edad media, 52.36 ( $\pm$  12.96 DE). La distribución por grupos etáreos se muestra en la figura 2.

El 73.3 % de los cuidadores (22 sujetos) refirieron ser hijos del adulto mayor dependiente a su cuidado; 10% eran nueras (3 sujetos), dos eran cónyuges (6.6%), dos sobrinos (6.6%) y una nieta (3.3%) (Figura 3).

En relación con el estado civil de los cuidadores, predominaron el de soltero (36.6%) y casado (33.3%), cuya distribución se ilustra en la figura 4.

Nueve cuidadores refirieron tener grado de licenciatura (30%); siete, refirieron haber cursado primaria (23.3%); siete, tuvieron grado técnico (23.3%); cinco tenían la secundaria (16.6%); uno concluyó preparatoria (3.3%) y uno era analfabeta (3.3%) (Véase figura 5).

De los treinta cuidadores, el 36.6% cumplían con actividad laboral remunerada fuera de su casa, mientras el 63.3% (19 cuidadores) refirió no trabajar fuera de su casa (4 eran jubilados) (Fig. 6),

Catorce cuidadores (46.6%), eran de nivel socioeconómico medio bajo, once (36.6%) de nivel medio y cinco (16.6%), de nivel socioeconómico bajo (Fig. 7).

El tiempo promedio de permanencia del cuidador con el adulto dependiente por día fue de 19.8 horas  $\pm$  5.5 DE (Intervalo, 8 a 24 horas) y el 96.6% (29 cuidadores) refirieron tener responsabilidad directa de la atención del adulto mayor dependiente (Fig.8).

La distribución de los cuidadores según el tiempo de evolución de los cuidados se ilustra en la figura 9, con un tiempo promedio de 4.8 años ( $\pm$  7.3 DE).

Acorde con los criterios de inclusión, ningún cuidador refirió consumo de fármacos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **Características de la familia.**

En relación con la tipología familiar, 19 cuidadores refirieron tener una estructura familiar extensa (63.3%), mientras el 36.6% (11 cuidadores) refirieron una estructura nuclear de su familia.

Asimismo, el 63.3% refirieron una familia desintegrada y el 36.6% señalaron tener una familia integrada.

Quince cuidadores señalaron que su familia era tradicional (50%) y el otro 50% se refirió a su familia como moderna.

Se encontró predominio (73.3%) por la familia de tipo obrera y solo un 26.7% fue de tipo profesional.

El 100% de los cuidadores mencionaron que su familia era de tipo urbano (Tabla I).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El 36.6% de los cuidadores no contaban con red de apoyo (11 cuidadores). Por otra parte, el 63.4% (19 cuidadores) si contaban con red de apoyo, básicamente constituida por familiares cercanos, cuya distribución se muestra en la figura 10.

### **Características del adulto mayor dependiente.**

Del total de adultos mayores dependientes (n=30), veinte (66.6%) correspondieron al sexo femenino y diez (33.3%), al sexo masculino, tal como se muestra en la figura 11.

La edad promedio del adulto mayor dependiente, fue de 81.16 años ( 8.8 DE (Intervalo, 65 a 97).

En relación con el estado civil de los adultos mayores dependientes, el 56.6% eran viudos (25 sujetos), cuatro estaban casados (13.3%) y uno (3.3%) era soltero,

La distribución por frecuencia según los problemas principales de salud que afectaban al adulto mayor dependiente se resumen en la tabla II.

Se encontró que diez adultos mayores (33.3%) tenían un grado de dependencia del 50%, siete (23.3%) manifestaron un grado de dependencia del 100%, cuatro sujetos (13.3%) tenían una dependencia del 66%, tres adultos mayores (10%) con un grado de dependencia del 83%, dos (6.6%) con un grado del 70%, dos (6.6%) con un grado del 80%, un adulto mayor (3.3%) tenía un grado de dependencia del 60% y uno (3.3%) del 67%.

El tiempo promedio de evolución del padecimiento principal correspondió a 8.93 años ( $\pm 10.94$  DE).

### **Escalas de Evaluación.**

A todos los cuidadores se les aplicó la Escala de Zarit, encontrándose seis cuidadores sin sobrecarga (20%), once cuidadores con sobrecarga leve (36.6%), diez con sobrecarga moderada (33.3%) y, en tres cuidadores (10%) se encontró sobrecarga intensa.

La presencia e intensidad de la depresión se determinó mediante la Evaluación de Zung, en la cual se evidenció que ocho cuidadores (26.6%), no tenían depresión, en el 36.6% (10 sujetos) se determinó la presencia de depresión moderada y en un cuidador se encontró depresión severa (3.3%).

Por otra parte, mediante la Escala de Hamilton se determinó que dos cuidadores (6.6%) *no experimentaban ansiedad*. En 17 cuidadores (56.6%), se detectó una ansiedad leve, en el 33.3% (10 cuidadores), la ansiedad era de intensidad moderada y, solamente en un cuidador (3.3%) se determinó la presencia de ansiedad severa.

Al correlacionar cada una de estas escalas en comparación con las variables medibles que se resumen en la tabla VII. Sólo se encontró relación estadísticamente significativa ( $p= 0.0265$ ), se encontró de la escala de Hamilton con el parentesco que corresponde al grupo de hija (o). De los cuales doce (57.1%), presentaron ansiedad leve y nueve (42.9%) moderada. En el resto no se observó significancia estadística.

De los grupos formados, uno experimental, Grupo I (16 cuidadores) que asistieron voluntariamente al "Taller de Salud Integral" y otro de Control, Grupo II (14 cuidadores) que no asistieron al Taller. Al efectuar la comparación en el primer Grupo,

de la primera ronda evaluatoria con la segunda, se encontró, que en este Grupo, al concluir el Taller, existió una mejoría estadísticas mente significativa en la intensidad de la angustia, reflejada en la Escala de Evaluación de Hamilton ( tabla III ). Mientras en la segunda ronda de evaluación en el grupo II, no se encontró modificación alguna en relación con las puntuaciones obtenidas de manera inicial en las escalas de Zarit, Zung y Hamilton, tal como se resume en la tabla IV.

Por otra parte, la frecuencia de síntomas de angustias, depresión y sintomatología somática , para el Grupo I, se resume en la Tabla IV, en donde es posible observar que de manera posterior al taller existió una disminución significativa en la presencia de Fobias, Alteraciones en el sueño, Palpitaciones, Vértigo , Cefalea y Visión borrosa. Mientras en el grupo II, se encontró una disminución significativa en la presencia del Vértigo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSION

No resulta extraño que la mujer sea mayoritariamente la responsable de los cuidados de un adulto mayor dependiente, recluido en su domicilio, tal como se reporta en diversos estudios. El papel femenino incluye histórica y culturalmente este tipo de responsabilidades. La sociedad lo tolera en la confianza de la aceptación por parte de la mujer, el egoísmo de sumisión y de los recursos económicos (20,21).

En cuanto al estado civil predominó la mujer tanto soltera como casada, hecho concordante con otros estudios que refieren influencia cultural de la mujer de quedar restringida al cuidado de la familia y sobre todo, cuando esta dinámica se altera por la enfermedad de alguno de sus miembros (22).

En relación con el grado de escolaridad, van aunados las barreras económicas, que disminuyen las oportunidades para aliviar la sobrecarga física y psíquica del cuidador familiar (23).

Por otra parte, las mujeres trabajadoras y con mayor nivel de escolaridad, que continúan con su trabajo fuera de casa, mantienen un mejor nivel de salud mental en comparación a las que abandonan o las que no lo realizan.

Además las familias, de bajos recursos socioeconómicos no pueden acceder al apoyo de un cuidador remunerado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El promedio de horas que pasa un cuidador con el familiar en su asistencia, señala una permanencia casi de 20 horas en promedio, similar a lo señalado en estudios previos (24).

Dentro de las características de la familia, se observa un predominio por la familia extensa, desintegrada, obrera y urbana. En la cual es evidente la presencia de familiares primarios como padres o cónyuges, dentro del núcleo familiar, y en donde el principal apoyo es recibido de sus propios integrantes. También es importante conocer la estructura familiar debido a la reestructuración que experimenta cuando uno de sus integrantes enferma.

El predominio del sexo femenino en adultos dependientes, diferentes estudios señalan que puede obedecer a una mayor expectativa de vida en el sexo femenino. Asimismo, existe una gran frecuencia de que la mujer quede viuda y al cuidado de los hijos (25,26).

En el presente estudio se hacen evidentes las repercusiones físicas y psicológicas en las familias con adultos enfermos dependientes, tal como en múltiples estudios.

Estas repercusiones parecen guardar una relación inversa con la existencia de redes de apoyo familiares y extrafamiliares, así como también con los recursos comunitarios.

El cuidador principal conlleva un mayor riesgo para el desarrollo de morbilidad física y psíquica. Lo anterior se refiere en diversos estudios como "El Paciente Oculto"

Según los resultados que se obtuvieron en el presente estudio, se demuestra una importante frecuencia de síntomas de angustia, depresión y sintomatología somática, que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

siendo similar tanto en el Grupo I como en el Grupo II durante la primera ronda de evaluaciones, se evidencian disminuciones estadísticamente significativas en la proporción de síntomas en el Grupo I, es decir, en los cuidadores que aceptaron voluntariamente asistir a un taller informativo sobre los cuidados del adulto mayor dependiente al que se denominó "Taller de Salud Integral"

Un aspecto de gran importancia consiste en que es posible la reducción de síntomas que presentan los cuidadores de adultos dependientes, derivados de la responsabilidad que enfrentan, únicamente con orientación e información pertinente, sin pretender implementar ninguna forma de terapia psicológica grupal

Al parecer, el taller que se implementó, con objetivos meramente informativos y de orientación, logró incidir de manera benéfica, en mayor proporción sobre síntomas derivados de un estado de angustia, los cuales disminuyeron significativamente en los cuidadores que aceptaron participar en el taller y que se reflejó de manera concurrente en la Evaluación de Hamilton.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

Desgraciadamente en nuestra población existe gran desinformación y desconocimiento sobre el proceso de envejecimiento y sobre las enfermedades en esta etapa de la vida, este problema incrementa fuertemente la carga de los cuidadores a las crecientes demandas del enfermo, mismas que producen un cansancio ascendente y gran estrés, generando alteraciones en su salud, tanto física como mental.

Ante las repercusiones detectadas, surge como una necesidad existente, el poner directrices al alcance de quien más habrá de valerse de ellas en el primer nivel de atención, el médico general y familiar.

Observándose que los efectos de la orientación grupal implementada en el taller de *salud integral*, en el cuidador del adulto mayor dependiente logro incidir de manera benéfica sobre síntomas derivados de un estado de angustia derivados de la responsabilidad que enfrentan, únicamente con la orientación y educación pertinente del padecimiento de su familiar y manejo de los sentimientos que surgen del mismo cuidado, reflejada se vio de manera concurrente en la evaluación de Hamilton para la ansiedad sin modificaciones significativas sobre sobrecarga y depresión probablemente a lo breve del Taller.

Sin embargo se alcanza el objetivo general de demostrar los beneficios de la orientación grupal implementada en el Taller, sobre la morbilidad física y psíquica del cuidador del adulto mayor dependiente.

Se logró evaluar la morbilidad física y psíquica experimentada por el cuidador mediante las evaluaciones psicoafectivas "Carga" el test de Zung para la depresión y la escala de ansiedad de Hamilton en sus diferentes grados.

Se determinó también el grado de dependencia en las actividades de la vida diaria del adulto mayor dependiente mediante la escala de Kats, y grado de morbilidad física y psíquica del cuidador, mediante las escalas evaluatorias ya mencionadas. Aunque su relación no fue significativamente estadística.

Se identificó el grado de morbilidad física y psíquica con las redes de apoyo familiar y extrafamiliar. Su relación, no fue estadísticamente significativa.

La única relación estadísticamente significativa al correlacionar cada una de las Escalas Evaluatorias, en comparación con las Variables Medibles, fue relacionada con la sintomatología física y psicológica de ansiedad o angustia con el parentesco del Grupo correspondiente al de hija (o).

Se pudo comprobar los efectos benéficos sobre las manifestaciones físicas y psíquicas (Ansiedad) de los cuidadores que acudieron al Taller de "Salud Integral" tanto como las pocas o nulas modificaciones en quienes no participaron.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**PROPUESTAS: Para este trabajo se sugiere:****A los familiares:**

Hacerse oír con su voz de lo que significa cuidar sin apoyos, como simple obligación.

Hacer conciencia en el cuidador primario del adulto mayor dependiente de su salud integral para el éxito en la calidad de vida de ambos.

Continuar salvaguardando su salud y bienestar físico y emocional dentro de los grupos de autoayuda y apoyo, que sin ser propiamente terapéuticos, proporcionan un gran consuelo a las familias a partir del intercambio de experiencias, información compartida, discusión de problemas específicos, ventilación de emociones y sentimiento etc., la proporción descanso y alivio del estrés de cuidar a alguien.

**Al equipo Profesional de Salud:**

Desarrollar y difundir una cultura del envejecimiento sensibilizando a toda la población sobre nuestra responsabilidad y participación con el adulto mayor y la familia.

Que identifique situaciones de riesgo a través del diagnóstico de salud familiar en este grupo etario.

Que identifique y canalice respectivamente a las situaciones de mayor riesgo a través de la psicoterapia individual y/o familiar.



Que identifique y de alivio a las acciones de maltrato y violencia a través de las mismas medidas, en prevención de nuevos eventos.

Que la atención integral del adulto mayor se extienda al núcleo familiar.

Que la atención integral al adulto mayor, se le realice un protocolo de estudio para cada una de sus patologías y sea canalizado con oportunidad a las diversas especializaciones para su manejo.

Continuar la línea de investigación en las alteraciones psicoafectivas de depresión y sobrecarga, mediante la aplicación de los niveles de intervención por el Médico Familiar.

**A las Autoridades de la institución:**

Que reconozcan la importancia del trabajo "invisible" del cuidador primario, pues la eficacia de los servicios brindados a esta población derechohabiente en el primer nivel de atención permitirá optimizar los recursos económicos del segundo y tercer nivel de atención a la razón costo beneficio.

Que proporcione servicios que simplifique la vida del adulto mayor con enfermedad invalidante y a sus familiares que se les brinde; atención domiciliaria, programación de consulta y orientación vía telefónica, cambios en la estructura física de la Unidad Médica que faciliten su acceso y uso de los servicios. Evitando accidentes secundarios entre otros.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Que incluya dentro del modelo asistencial para esta población derechohabiente el grupo de autoayuda y apoyo orientando a las familias que brindan cuidados a un adulto mayor.

Brindar atención médica integral y continua a este binomio, basada en el modelo de medicina familiar para el nuevo milenio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## REFERENCIAS

1. Rapp, S.R., Reynolds, D.L.: Families, Social Support, and Caregiving. En, Hazzard, W.R.: Principles of Medicine and Gerontology. New York. Mc Graw Hill. 1999. Pág. 303-342.
2. Jones, S-L., Jones, P.K.: Caregiver burden: Who the caregivers are, how they give care, and what bothers them. J Health Soc. Pol, 1994; 6: 71-89.
3. Kriegsman, D.M., Penninx, B.: Chronic disease in the elderly and its impact on the family: A review of the literature. Fam Syst Med, 1994; 12: 249-67.
4. Cortés Blanco, M: Consideraciones sobre el Demente y su Cuidador en la Enfermedad de Alzheimer Gerontología 1995; 11: 53-56.
5. Schmall, V.C.: Family Caregiver, Education and Training: Enhancing Self-Efficacy. Journal of Case Management 1995; 4: 156-62.
6. Newson, J.T., Schulz, R.: Caregiving from the recipients perspective: Negative reactions to being helped. Health Psychol, 1998; 17: 172-81.
7. Hernández, N.E., Kolb, B.: Effects of relaxation on anxiety in primary caregivers of chronically ill children. Pediatr Nurs, 1998; 24:51-6



8. Puig, C., Hernández-Monsalve, L.M., Gervas, J.J.: Los Enfermos Crónicos Recluidos en el Domicilio y su Repercusión en la Familia: Una investigación Cualitativa. *Atención Primaria* 1992; 10: 550-52.
9. Huston, P.G.: Family Care of the Elderly and Caregiver Stress. *AFP* 1990; 42: 671-76.
10. García Lozano, L., González de Quevedo, C.: Factores Asociados a Ansiedad y toma de Psicofármacos en Cuidadores de Pacientes Incapacitados. *Atención primaria* 1996; 18: 395-98.
11. Newson, J.T., Schulz, R.: Social Support as a Mediator in the Relation Between Functional Status and Quality of Life in Older Adults. *Psychol Aging* 1996; 11: 34-8.
12. Larsen, L.S.: Effectiveness of a Counseling Intervention to Assist Family Caregivers of Chronically Ill Relatives. *Journal of Psychosocial Nursing* 1998; 36: 26-32.
13. Picot, S.J.: Rewards, Costs, and Coping of African, American Caregivers. *Nursing Res* 1995; 44: 147-52.
14. Mausner, S.: Families helping families: An innovative approach to the provision of respite care for families of children with complex medical needs. *Social Work Health Care*, 1995; 21: 95-106.
15. Lieberman, M.A., Fisher, L.: The impact of chronic illness on the health and well-being of family members. *Gerontologist*, 1995: 35: 94-102.

16. Bouquet, H.: Measuring the burden for caress of dependent elderly with the Zarit Inventory. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 1996; 44: 57-65.
17. De la Fuente R.- *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica. 2ª ed. México.1992.
18. Smilkstein, G.: Ayudar al paciente a manejar el estrés beneficia su salud. *Rev Intern Med Fam*, 1989; 2: 27-31.
19. Feinstein, A.R.: *Clinical Epidemiology*. E.B. Saunders Co., Philadelphia, 1985. Pág. 25, 174.
20. Méndez, R. I. Nahimira, G.D., Moreno, A.L., Sosa de Martínez, C.: *El protocolo de Investigación*
21. Mittelman, M.S.: A comprehensive Support Program: Effect on Depression in Spouse-Caregivers of AD patients. *Gerontologist*, 1995; 35: 792-95.
22. Bilbao, I.: Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de la salud. *Atención Primaria*, 1994; 13: 188-90
23. Kane R.L.: *Geriatría clínica*. Mc Graw-Hill Interamericana Editores. 3ª ed. México. 1997
24. Muñoz, C: Detección de factores predisponentes de abandono de pacientes incapacitados de una zona básica de salud. *Atención Primaria*, 1995; 15: 21-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

25. Segura Noguera, J.M., et al.: Los Enfermos Crónicos Domiciliarios y su Repercusión en los Cuidadores Principales. *Atención primaria* 1998; 7: 431-36.
26. Ruppert, R.A.: Psychological Aspects of Lay Caregiving. *Rehabilitation Nursing* 1996; 21: 315-20.
- 27.- Irigoyan Coria, A. et al. Fundamentos de medicina familiar editorial Med. Fam. Mex. 3era. Ed.
28. Gazca Elizondo, T.: El anciano y su medio familiar. *Rev. Internacional de Med. Fam.*, 1989. 8.-9: 61.6 México, 1995.
29. Tailor Robert B: *Med. Fam. Principios y Práctica*. Edit. Doyma. Barcelona 1991.31.37
30. Ruipérez Cantera, I.: *Guía para auxiliares y cuidadores del anciano* Mc-Graw-Hill 1ª. Ed. España. 1996.
31. Ruipérez Cantera, I.; *El paciente anciano*. Mc-Graw-Hill. 1ª. Ed. España 1998.
32. Saucedo García J.M.: *Psicología de la vida en familia: una visión estructurada*. *Rev. Med. IMSS*. México 1991; 29 (1): 61.67.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

33. Saucedo García J.M.: Lineamientos para evaluar la vida en familia. Rev. Med. IMSS. México 1995; 33 (3) 243-256.
34. Jarabo Crespo, Y.: Orientación familiar en atención primaria de salud un enfoque sistémico. Atención primaria. 1995; 16 (9): 557-562.
35. Zarit, S.H. et al.: Gerontology Center Stress Reduction for Family Caregiver: effect of adult by care use. J. Gerontology. Psychological Sciences & Social Sciences: 1998; 53 (5): 267-77
36. Rubio Montañez. et al.: Perfil médico social del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto?. Atención primaria 1995; 16 (4): 181-186.

**ANEXOS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

VARIABLES DE MEDICIONCUIDADOR DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL FAMILIA ENFERMO \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ TRABAJO FUERA DE CASA: SI ( ) NO ( )

NIVEL SOCIOECONOMICO: ALTO ( ) MEDIO ( ) BAJO ( )

TIEMPO DE PERMANENCIA: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE EVOLUCION DE CUIDADOS: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA FAMILIAR: \_\_\_\_\_

RESPONSABILIDAD DIRECTA: SI ( ) NO ( )

RED DE APOYO (FAMILIAR O EXTRAFAMILIAR) SI ( ) NO ( )

TOMA DE FARMACOS: \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

RESULTADO DE LOS TEST:

"CARGA" DEL CUIDADOR DE ZARIT: \_\_\_\_\_

TEST DE ZUNG PARA LA DEPRESION: \_\_\_\_\_

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD: \_\_\_\_\_

VARIABLES DE MEDICION DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE AFILIACION: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROBLEMA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

GRADO DE DEPENDENCIA (ESCALA KATS): \_\_\_\_\_

# ESCALA DE KATZ

VALORACION FUNCIONAL...

(73) 199

ANEXO II ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (KATZ)			
Independiente		Dependiente	
<p><b>1. Lavarse</b></p> <input type="checkbox"/> <p>No recibe ayuda. Entra y sale solo de la bañera cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse.</p>	<input type="checkbox"/> <p>No recibe ayuda para sólo una parte del cuerpo (cabello, piernas).</p>	<input type="checkbox"/> <p>Recibe ayuda para sólo una parte del cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salir del baño.</p>	
<p><b>2. Vestirse</b></p> <input type="checkbox"/> <p>Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda.</p>	<input type="checkbox"/> <p>Sólo necesita que le den los zapatos.</p>	<input type="checkbox"/> <p>Recibe ayuda para coger la ropa o ponerse o pararse sin vestirse del todo.</p>	
<p><b>3. Ir al retrete</b></p> <input type="checkbox"/> <p>Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón andador o silla de ruedas). Si usa orinal de noche, lo vacía por su cuenta.</p>	<input type="checkbox"/> <p>Necesita ayuda para ir al retrete, o para limpiarse, o para colocarse la ropa, o para orinar por la noche.</p>	<input type="checkbox"/> <p>No va al retrete.</p>	
<p><b>4. Movilizarse</b></p> <input type="checkbox"/> <p>Entra, sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón u andador).</p>	<input type="checkbox"/> <p>Necesita ayuda para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse.</p>	<input type="checkbox"/> <p>No se levanta de la cama.</p>	
<p><b>5. Continencia</b></p> <input type="checkbox"/> <p>Controla completamente ambos esfínteres.</p>	<input type="checkbox"/> <p>Incontinencia ocasional.</p>	<input type="checkbox"/> <p>Necesita supervisión, sonda vesical o es incontinente.</p>	
<p><b>6. Alimentarse</b></p> <input type="checkbox"/> <p>Come sin ayuda.</p>	<input type="checkbox"/> <p>Sólo necesita ayuda para cortar carne o arar el pan.</p>	<input type="checkbox"/> <p>Recibe ayuda para comer, o es alimentado parcial, o completamente por SNU, o vía I.V.</p>	

Valoración

A. Independiente en todas las actividades. B. Independiente en todas menos una de ellas. C. Independiente en todas menos -1a y otra cualquiera. D. Independiente en todas menos -1a, -2a y otra cualquiera. E. Independiente en todas menos -1a, -2a, -3a y otra cualquiera. F. Independiente en todas menos -1a, -2a, -3a, -4a y otra cualquiera. G. Dependiente en todas las actividades. H. Dependiente en dos o más funciones, pero no clasificable.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ENTREVISTA SOBRE LA "CARGA" DEL CUIDADOR ZARIT**

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de preguntas en las cuales se refleja cómo se sienten a veces las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada pregunta debe indicar con qué frecuencia se siente usted así. Recuerde y piense a la hora de responder que no existen respuestas correctas o incorrectas, sino tan sólo su experiencia.

0 = NUNCA 1 = RARA VEZ 2 = A VECES 3 = CON FRECUENCIA  
4 = CASI SIEMPRE.

1. ¿Siente usted que su familia solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente usted que a causa del tiempo que gasta con su familiar ya no tiene tiempo para usted mismo?
3. ¿Se siente estresada / o al tener que cuidar a su familiar y tener además que atender otras responsabilidades? (por ejemplo, con su familia o en el trabajo).
4. ¿Se siente avergonzada / o por el comportamiento de su familiar?
5. ¿Se siente irritada / o cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de forma negativa?
7. ¿Siente temor por el futuro que espera a su familiar?
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?.
9. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar?
12. ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?
13. (sólo si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómoda/o por invitar a amigos a casa a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar?
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus gastos?
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que está haciendo por su familiar?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que está haciendo por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar usted a su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar a su familiar?

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TEST DE ZUNG**

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DE LA TIEMPO	CONTIUA-MENTE.
1.- Me siento abatido y triste				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- Tengo accesos de llanto y deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5.- Como igual que antes solía hacerlo				
6.- Disfruto al mirar y conversar con mujeres u hombres atractivos				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo molestias de costipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo el ambiente tan clara como antes				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.- Tengo esperanzas en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.- Todavía disfruto de las mismas cosas				

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

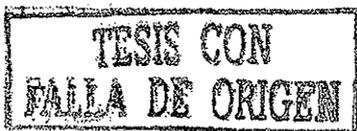
Total calificación básica \_\_\_\_\_  
Total índice AMD \_\_\_\_\_

## ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Similar en su formato a la escala análoga para Depresión, esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes diagnosticados con algunos de los trastornos de ansiedad.

En su diseño, la escala (tabla 1.4) es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador, en las que se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber: ausente=0; leve=1; moderado=2; severo=3; y grave o totalmente incapacitado =4.

1. HUMOR ANSIOSOS	Inquietud espera de lo peor aprehensión, (anticipación 0 temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. TENSION	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar, incapacidad de relajarse.	0	1	2	3	4
3. MIEDOS	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud	0	1	2	3	4
4. INSOMNIO	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, temores nocturnos.	0	1	2	3	4
5. FUNCIONES INTELECTUALES	Dificultad en la concentración, mala memoria	0	1	2	3	4
6. HUMOR DEPRESIVO	Falta de interés, no disfruta ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. SINTOMAS SOMATICOS	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirridos de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	0	1	2	3	4
8. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES	Zumbido de oídos, visión borrosa, sufocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4



- 9. SINTOMAS  
CARDIOVASCULARES

Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles 0 1 2 3 4
- 10. SINTOMAS  
RESPIRATORIOS

Peso o presión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea. 0 1 2 3 4
- 11. SINTOMAS  
GASTROINTESTINALES

Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náuseas, vómitos, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento. 0 1 2 3 4
- 12. SINTOMAS  
GENITOURINARIOS

Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción erectil 0 1 2 3 4
- 13. SINTOMAS DEL SISTEMA  
NERVIOSO VEGETATIVO

Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefálea por tensión, erectismo piloso 0 1 2 3 4
- 14. COMPORTAMIENTO  
DURANTE LA ENTREVISTA

Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facie tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, movimientos rápidos de los tendones, midriasis, exoftalmos. 0 1 2 3 4

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN