



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**"CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES ADSCRITOS A LA
UMF No. 33 EL ROSARIO".**

P R E S E N T A

DRA. MARÍA DEL ROCÍO DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ.

MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR
U.M.F.No.33 EL ROSARIO.

ASESOR DE TESIS

DRA MÓNICA SÁNCHEZ CORONA

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD Y
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F.N°33 EL ROSARIO.

JULIO 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA.

ASESOR DE TESIS.

COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”.

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL.

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”.

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO.

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”.

DRA. DOMÍNGUEZ HERNÁNDEZ MARÍA DEL ROCÍO.

MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo mi período de estudio

De igual forma, dedico ésta tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, y que sin duda alguna me ha demostrado su amor, haciéndome ver mis errores para corregirlos y celebrando mis triunfos, con lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles. Mamá te amo.

A mi padre, porque gracias a él, sé que la responsabilidad se debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo, por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. Gracias por ser mi papá y por creer en mí, quiero que sepas que ocupas un lugar especial en mi corazón.

También les dedico este trabajo a mis hijos hermosos Ángel y Jonathan quienes han sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ellos. Gracias por iluminar mi vida, los amo.

Todo esto nunca hubiera sido posible sin el apoyo incondicional que me otorgaron y el cariño que me inspiraron mis padres y mis hijos que de forma incondicional entendieron mis ausencias y mis malos momentos.

De igual manera agradezco a la Dra. Mónica Sánchez Corona por brindarme su tiempo, apoyo y paciencia para la realización de esta tesis, Dra., gracias por sus importantes sugerencias y aportes durante el desarrollo de este proyecto.

A todos ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud, que Dios los bendiga.

INDICE.

1.	RESUMEN.....	5
2.	INTRODUCCIÓN.....	6
3.	MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	7
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
5.	OBJETIVOS.....	17
6.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
7.	RESULTADOS.....	19
8.	TABLAS Y GRÁFICAS.....	21
9.	DISCUSIÓN.....	37
10.	CONCLUSIONES.....	41
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	45
12.	ANEXOS.....	48

RESUMEN

“Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No. 33 el Rosario”.

Domínguez Hernández María del Rocío¹, Sánchez Corona Mónica².

Introducción: El cuidador primario es la principal persona en la cual recae la responsabilidad del cuidado del paciente adulto mayor dependiente, lo que ocasiona deterioro en su calidad de vida, debido a que se olvida de su propio cuidado. **Objetivo.** Determinar la calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo, observacional, prolectivo, transversal en una muestra de 302 cuidadores primarios, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia y previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario ex profeso que incluye el test de “Quality of Life Index-spanish versión”. **Resultados.** De los 302 cuidadores primarios 269 (89%) son mujeres y 33 (11%) son hombres, 234 (77.4%) tiene entre 38-67 años, 158 (52.3%) son casados, 95 (31.4%) cuida a su madre, 274 (90.7%) dedica más de 8 horas del día al cuidado de su paciente, 242 (80.1%) son amas de casa, en cuanto al adulto mayor 194 (64%) son hombres y 108 (36%) son mujeres, 131 (43.3%) tienen más de 80 años, la enfermedades crónicas con mayor prevalencia DM tipo 2 185(61.2%) e HAS 219 (72.5%), 244 (80.8%) tienen una dependencia leve, en cuanto a la calidad de vida del cuidador primario 191 (63.3%) perciben una buena calidad de vida. **Conclusiones.** La calidad de vida del cuidador primario no tiene relación directa con el grado de dependencia funcional del adulto mayor, sin embargo es necesario detectar a tiempo la sobrecarga de este para así evitar que haya afectación en la misma.

Palabras clave: Cuidador primario, Adulto mayor, Dependencia funcional.

¹MED. RESID.MED. FAM, UMF33

²CCEIS, UMF 33

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida en los países industrializados ha producido un aumento de la población de adultos mayores, misma que se caracteriza por sufrir un aumento en las enfermedades crónicas degenerativas, que ocasiona un declive físico en este grupo de pacientes, lo que les condiciona algún grado de dependencia funcional; debido a esto se ha presentado un aumento en el número de adultos mayores que precisan de cuidados o algún tipo de ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (AVD), el grado de ayuda que requiere el adulto mayor depende del grado de dependencia funcional que este tenga debido al avance de la enfermedad, de aquí surge la necesidad de aparición de los cuidadores primarios, los cuales se describen en la literatura como la persona con algún vínculo de parentesco o cercanía que asume la responsabilidad del cuidado de su ser querido y que los apoya en la realización de las actividades de la vida diaria.

La presencia de un miembro que precisa de cuidados genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar, en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus integrantes, especialmente al cuidador primario, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados.

El trabajo del cuidador es una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demanda habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades de la vida diaria con el adulto mayor dependiente. Los cuidadores primarios también se ven expuestos a alteraciones en su propio bienestar, debido a los cambios que tienen que realizar en su propio estilo de vida; estos no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea pero tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado por el afecto en el trato y una atención sin límites, el asumir nuevas actividades para sustituir las funciones que realizaba la persona y adaptarse a un nuevo estilo de vida genera estrés en el cuidador. Estos cambios ocasionan ansiedad, temor, sentimiento de culpa, irritabilidad, tristeza, alteraciones a la salud y sensación de impotencia al enfrentarse a dichas situaciones.

La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito y despierta sentimientos conflictivos. Los propios intereses y dolencias pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona, así mismo realizan cambios que afecta su vida no solo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, lo que origina una afectación en su calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

En los últimos tiempos se ha venido dando un fenómeno en la población llamado transición demográfica, el cual se caracteriza por la inversión en la pirámide poblacional, con el consecuente aumento de la esperanza de vida de la población y con ella el envejecimiento de la misma.¹

En el año 2000, las personas de 60 años o más representaban el 6.8% de la población total del país y se espera sea del 28.0% para el año 2050. El último censo de INEGI del año 2010 reportaba a nivel nacional una población de 60 años o más de 10,055,379 habitantes; en el Distrito Federal se contabilizaban alrededor de 1,003,648 habitantes mayores de 60 años, y de acuerdo a ARIMAC, la población adscrita a la UMF No 33 “ El Rosario” es de 31, 538 adultos mayores.^{2,3}

Se define al adulto mayor como la persona de 60 años o más de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 031-SSA3-2012 de Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.⁴

Desde el punto de vista cronológico, en esta población es donde se observa el proceso de envejecimiento; el cual es un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible; provocando una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a circunstancias anómalas, internas o externas, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas. Esto supone que, en las condiciones habituales o basales, el adulto mayor, con sus características físicas, psíquicas y funcionales, podrá tener un buen nivel de adaptación al medio que le rodea, pero será muy sensible a circunstancias (enfermedad, estrés de diverso tipo, etc.) que le exijan sobreesfuerzo.⁵

Será la funcionalidad física y psíquica del adulto mayor, la capacidad de ser autónomo y de vivir en forma independiente y adaptado a su entorno, lo que le llevará a vivir un envejecimiento satisfactorio.⁵

Sin embargo, en algunas ocasiones, las múltiples comorbilidades, la desnutrición y una mala red familiar y social son causa de un proceso de envejecimiento patológico en el que la disminución de la reserva funcional del adulto mayor alcanza un punto crítico que ante cualquier situación de estrés pone en evidencia su discapacidad de mantener la homeostasis de este y su entorno; aumentando la predisposición a padecer enfermedades crónicas y degenerativas que contribuyen al compromiso funcional con la consecuente dependencia del paciente adulto mayor.⁶

La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello además influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario.⁷

Las definiciones más utilizadas de dependencia se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad funcional para efectuar las actividades de la vida diaria; así por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) define a la dependencia como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad de la vida diaria ya sea básica o instrumental, en la forma o dentro de los márgenes considerados como normales”.⁸

Como se mencionó previamente las actividades de la vida diaria se dividen en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son “las actividades esenciales para el auto cuidado”, se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años) con el fin de lograr la independencia personal; dentro de estas se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso; mientras que las AIVD son actividades más complejas que son necesarias para adaptarse independientemente al medio ambiente, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, usos de medio de transporte), manejo de dinero, realización de compras, cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.^{9,10.}

La encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) del 2012 reconoce que en México el 26.9% de los adultos mayores presenta algún grado de dependencia, para realizar una ABVD. y 24.6% de para realizar al menos una de las cuatro AIVD, en ambas condiciones se observa que las prevalencias se incrementan en la medida que aumenta la edad, y es mayor en las mujeres en comparación con los hombres (29.6% frente a 23.8%, respectivamente para ABVD, y 28.4% frente a 20.3% para las AIVD).¹¹

Para valorar la funcionalidad del adulto mayor existen numerosos instrumentos uno de los más ampliamente conocidos es el Índice de Barthel (IB); este es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones, y dependiendo de esta se otorga un grado de dependencia:^{12.}

- a) 0- 20 puntos: dependencia total.
- b) 20-35 puntos: dependencia grave.
- c) 40-55 puntos: dependencia moderada.
- d) 60 o más puntos: dependencia leve.
- e) 100 puntos: independiente.(90 si va en silla de ruedas)

Este índice tiene una buena fiabilidad interobservador, índice de Kappa entre 0.47 y 1.00 y con respecto a fiabilidad interobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92. Es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, de la mejoría funcional y del riesgo de caídas. De acuerdo a este instrumento se valorará el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores^{12.}

La dependencia tiene implicaciones que ocurren a nivel individual; puede ocasionar disminución de la autoestima y del bienestar auto percibido del adulto mayor y puede generar maltrato, abandono y marginación además puede tener efectos devastadores en la calidad de vida del mismo. Otras implicaciones suceden a nivel del hogar en donde puede haber cambios relevantes en las rutinas y relaciones entre los miembros, e incluso tener alcances en la estructura y composición familiar. La familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros envejecidos presenta alguna enfermedad, sobre todo si hay una pérdida de autonomía para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria y necesita del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus

necesidades; surgiendo la necesidad de un cuidador primario, el cual se define como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades básicas o instrumentales para la vida diaria o de sus relaciones sociales”, que en la mayoría de los casos es un integrante de la familia quien asume esta responsabilidad, y que requiere adaptarse a las demandas del cuidado; tradicionalmente, el perfil típico del cuidador es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija o esposa) y que convive con la persona que cuida.^{13,14.}

La labor del cuidador tiene una gran relevancia, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento, cohesión de la familia, superación de la vulnerabilidad, de la enfermedad, entre otras. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador primario, ya que es el que lleva la mayor carga física y emocional de los cuidados. Forma parte del rol del cuidador primario, asumir el cuidado del adulto mayor en el interior del hogar, lo que conlleva a dificultades para esta persona, tales como insertarse de modo igualitario en el ámbito laboral, social y económico. Por lo general no recibe remuneración ni capacitación previa para el cuidado y está expuesto a estrés, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal y la mayoría de las veces deja por un lado el satisfacer sus propios deseos y necesidades, llegando hasta el grado de desatenderse él mismo.^{14.}

La actitud del cuidador primario centrada en la atención al adulto mayor dependiente puede dar lugar a una serie de implicaciones, entre las que se incluye el síndrome del cuidador, el cual se caracteriza por presentar problemas físicos, psicológicos y sociales; así mismo, complicaciones en el cuidado del paciente, de manera que resultan afectadas sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional, lo que ocasiona la sobrecarga en el cuidador, resultante de la combinación de trabajo físico, presión emocional, las restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar a un adulto mayor dependiente.^{15.}

En numerosas ocasiones, las personas que prestan cuidados, sienten dificultades para desempeñar sus tareas como cuidador primario, afectando esta situación tanto en su salud como en su vida personal. Esta carga de trabajo generalmente produce un gran impacto en su calidad de vida, que variará dependiendo del tipo de dependencia/enfermedad al que haya que afrontar, además de su curso o gravedad, el apoyo social existente, la disponibilidad de recursos, las características psicológicas y estrategias de afrontamiento del cuidador. Así mismo influye el tipo de sentimientos y motivos que llevan a ser cuidador principal y el tipo de organización familiar.^{15, 16.}

Debido a las modificaciones que el cuidador primario realiza en su vida, es evidente que tienen una interrupción en su cuidado que origina una disfunción en su calidad de vida, y que debe evaluarse para su propio bienestar teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del adulto mayor dependiente.^{17.}

De acuerdo a la OMS, la calidad de vida se define como la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en el que vive, en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Este es un concepto multidimensional y complejo del que forman parte elementos básicos como la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, satisfacción con la vida, las relaciones sociales de la persona y su relación con el ambiente que le rodea.^{18.}

En la actualidad existen múltiples instrumentos para evaluar la calidad de vida, los cuales se clasifican en genéricos y específicos. Los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes. Su propósito es buscar la estabilidad, para facilitar la detección de prevalencia. Los instrumentos específicos se han desarrollado para evaluar los efectos de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, el impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física.^{17.}

No existe a la fecha algún instrumento que mida la calidad de vida en los cuidadores primarios, sin embargo existen instrumentos genéricos, los cuales como ya se mencionó previamente son aplicables a cualquier población; dentro de estos se encuentra el Índice Multicultural de Calidad de Vida (QLI-Sp), el cual se utilizará para evaluar la calidad de vida del cuidador primario; este fue originalmente diseñado en cuatro idiomas: inglés, español, chino y coreano; con el cual es posible obtener una medida de calidad de vida para población clínica como no clínica y permite evaluar aspectos relacionados no solo con la enfermedad sino con la salud. Este instrumento ha sido validado en España y en Latinoamérica, y se encuentra actualmente en uso.^{19, 20.}

El índice incluye 10 dimensiones, con formato de respuesta de opción múltiple compuesto por una escala que va de 1 a 10, en la que 10 significa “muy buena” en cuanto a la percepción de la calidad de vida por parte del paciente en cada uno de los ítems y 1 significa “muy malo” en cuanto a la percepción de la calidad de vida, y 5 nos habla de una escala que resulta indiferente para el paciente, sin representar un aspecto negativo en su vida diaria pero tampoco ofrece beneficios.^{19,20.}

Al sumar los resultados de los ítems del Índice Multicultural de Calidad de Vida (QLI-Sp), nos permitirá calificar a la calidad de vida en base al puntaje obtenido, en comparación de otros instrumentos que otorgan una calificación subjetiva.

De acuerdo a la calificación obtenida, la calidad de vida se clasificará de la siguiente manera:

- a) 10-19.....muy mala.
- b) 20-39.....mala.
- c) 40-59.....regular.
- d) 60-79.....buena.
- e) 80-100.....muy buena.

Los aspectos que considera el instrumento son:

- *Bienestar psicológico*: estado de la persona, en el que se hace sensible el buen funcionamiento de su actividad psíquica, sensación del paciente en el cual su autoestima y estado psicológico se encuentran preservados.^{29, 30.}
- *Bienestar físico*: estado de la persona en el que se hace sensible el buen funcionamiento físico o de otra forma dicho es la sensación experimentada por la persona de sentirse sin dolores, ni problemas físicos, sentirse lleno de energía.^{21, 22.}
- *Auto cuidado y funcionamiento independiente*: posibilidad de ejecutar acciones y funciones que son propias de las personas y poder tomar sus propias decisiones.^{21, 22.}
- *Funcionamiento ocupacional*: capacidad de ejecutar acciones y funciones propias de un empleo sin restricciones.^{21, 22.}

- *Funcionamiento interpersonal*: capacidad de realizar acciones de comunicación sin ninguna restricción social, psicológica o física.^{21, 22.}
- *Apoyo emocional y social*: ayuda psicológica y social por familiares o no con disposición de personas en quien pueda confiar para exponer sus sentimientos y problemas.^{21, 22.}
- *Apoyo comunitario y de servicios*: protección por parte de la seguridad social y acceso a asistencias sociales.^{21, 22.}
- *Autorrealización o plenitud personal*: sensación de integridad y equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrutar plenamente de su sexualidad, artes y deportes.^{21, 22.}
- *Satisfacción espiritual*: sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia algo que va más allá de lo material y que contribuye a la paz interior de cada persona.^{21, 22.}
- *Valoración global de la calidad de vida*: visión en general del paciente de su propia calidad de vida.^{19.}

Estas dimensiones representan, según los autores 10 aspectos relevantes para la evaluación del constructo calidad de vida.^{19.}

Cada ítem es valorado por el sujeto según su perspectiva personal en el momento actual. La investigación de la estructura interior de QLI-Sp documentó la coherencia del instrumento alrededor de un concepto unificado de la calidad de vida.^{19.}

Sus autores, Mezzich, Ruipérez, Pérez, Mahmud, Yoon, y Liu, validaron al español el cuestionario Quality of Life Index (QLI-Sp), en una muestra de 60 pacientes psiquiátricos hispanos que radican en New York. Este fue hecho en el Center For Mental Health, con 20 pacientes ambulatorios, 20 hospitalizados y 20 pacientes parcialmente hospitalizados y se aplicó también a 20 profesionales de la salud, el tiempo promedio de respuesta fue de 2.4 minutos entre profesionales de la salud y 3.6 minutos en los pacientes, realizando prueba piloto para la validación lingüística. La fiabilidad de la prueba y coeficiente de correlación interna final fue de 0.89 (alpha de Cronbach).^{19.}

Schwartz (2004) validó el cuestionario Quality of Life Index (QLI-Sp), en Perú, en una muestra de 130 sujetos de población general mayores de 18 años, el tiempo promedio de contestación del cuestionario fue de 4 minutos con una consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0.88.^{20.}

Bulacio (2004) validó el cuestionario Quality of Life Index (QLI-Sp), en una muestra Argentina de 300 sujetos mayores de 18 años. Realizándose una prueba piloto con 15 sujetos en la población en general realizando ajustes para la validación lingüística. Se obtuvo una consistencia interna medida por alpha de Cronbach de 0.79, considerándose un nivel de homogeneidad entre los ítems y por lo tanto de confiabilidad adecuado.^{23.}

Hurtado Murillo (2006) realizó un estudio para valorar calidad de vida con el Quality of Life Index (QLI-Sp), en su versión al español, en 26 pacientes transexuales antes y después de un año de su intervención psicológica, hormonal y quirúrgica en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad Valenciana, el índice de calidad de vida fue analizado por diferencias de medias y con un intervalo de confianza de 95% en este estudio.^{24.}

La validación del estudio de la versión en español del Índice de Calidad de Vida (QLI-Sp) mostró que este instrumento es eficiente, y fácil de completar (toma menos de 4 minutos en completarse) habiendo sido utilizado en varios países de Latinoamérica para evaluar la calidad de vida en distintas situaciones, no así en el cuidador primario de pacientes adultos mayores dependientes.^{19.}

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

López GM y col, en el año 2009 realizaron en España un estudio para evaluar las repercusiones en la calidad de vida del cuidador primario de personas dependientes, el cual fue de características observacional y analítico de casos y controles; en el centro de salud de "Sillería" (Toledo), en un grupo formado por 156 cuidadores primarios los cuales llevaban al menos 2 meses realizando de forma ininterrumpida dicha función y con un grupo control con 156 personas de la población adscrita al centro de salud que no realizaba la función de cuidador primario y ajustado al grupo de estudio por edad, sexo y número de patologías crónicas pareadas, siendo elegido un control por cada cuidador incluido en el estudio, se utilizaron la escala de Zarit para evaluar sobrecarga del cuidador y el perfil de salud de Nottingham para evaluar la calidad de vida, El resultado fue 66.4% de los cuidadores presenta sobrecarga en el test de Zarit, siendo leve-moderada en un 23.7% y severa en un 32.7%; respecto a la calidad de vida los cuidadores primarios perciben una peor calidad de vida estadísticamente significativa en la valoración global y en las esferas de energía, sueño, relaciones sociales y en lo emocional; el estudio permitió observar que el perfil del cuidador corresponde al de mujer de edad media (40 a 60 años) ama de casa, (sin trabajo fuera del domicilio) cónyuge o descendiente en primer grado de la persona cuidada y con varios años (entre 2 y 8) en el desempeño de la función del cuidador. También este estudio pone en evidencia la vulnerabilidad del cuidador primario a padecer en mayor medida problemas físicos y psiquiátricos que determinan la aparición del denominado "síndrome del cuidador", relacionándose incluso con un aumento en la mortalidad.²⁵

Vargas EL. y col, en el año 2010 realizó en Colombia un estudio para evaluar la calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer, el cual es un estudio de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal con abordaje cuantitativo, en el cual participaron 192 cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer; utilizando como instrumentos para la recolección de información: la medición de la calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a un paciente (QOL por sus siglas en inglés) y el índice de Barthel. Los resultados fueron que la mayoría de los cuidadores eran mujeres, casadas, de 36 a 59 años, con grado universitario completo, empleadas o trabajadoras independientes, de estratos medio y alto, y se encuentran cuidando a su padre o madre entre 7 y 12 horas al día, la mayoría llevan en el cuidado del paciente entre 10 y 36 meses desde el momento del diagnóstico y manifiestan que la principal fuente de apoyo es su familia; así mismo la mayor parte de los pacientes al cuidado del cuidador se encuentran en estadio moderado de la enfermedad de Alzheimer, el grado de dependencia funcional del paciente presentó una media de 57.2, el 54% de los pacientes está en una dependencia total y severa, el 27% tiene una dependencia moderada y un 19% muestra una dependencia escasa o independencia. En cuanto a la calidad de vida del cuidador primario el bienestar psicológico y social es propenso a presentar una tendencia negativa en estas dos dimensiones, contraria al bienestar físico y espiritual donde se observa una tendencia hacia valores positivos.²⁶

Rivera MH y col, en el año 2011 realizaron un estudio en México, para determinar la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE; el cual fue de tipo transversal analítico con 100 cuidadores primario, elegidos por muestreo por conveniencia de uno y de otro sexo. Como instrumentos de medición se utilizó la escala de Zarit, para determinar la carga del cuidador; el perfil de salud de Nottingham. (PSN) Para relacionar las variables

sociodemográficas con la carga del cuidador, se usaron las pruebas de U de Mann Whitney y el análisis de variancia de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis. Para vincular el grado de carga del cuidador con las diferentes dimensiones del PSN se utilizó Kruskal-Wallis pues ninguna de las dimensiones resultó normal y no fue posible transformar los datos. Los resultados fueron de los 100 cuidadores primarios 11 fueron hombres y 89 mujeres de 21 a 82 años (media de 52.93+/- 12.9), el 50 % de ellos estaban casados o en unión libre, 52% se dedicaba al hogar y 26% había cursado estudios a nivel superior o posgrado. En cuanto a la enfermedades crónicas, el 27% tenía HAS y 18% DM, de acuerdo a la escala de Zarit, 25% de los cuidadores sufrían algún grado de sobrecarga; 14% sobrecarga leve y 11% sobrecarga intensa. El 68% recibía el apoyo de algún familiar. Respecto al parentesco, 73% eran hijos (as) del paciente, 44% tenían uno a cinco años ejerciendo como cuidadores y 9% vivían solos. Al relacionar los resultados de calidad de vida con la carga del cuidador, se determinó que en todas las dimensiones del perfil de salud de Nottingham hubo diferencias significativas ya que la calidad empeoró al aumentar la carga del cuidador; las dimensiones mayormente afectadas fueron: energía, sueño, relaciones sociales y emocionales.^{27.}

Covarrubias DL, et al, en el año 2012 en un hospital de San Luis Potosí, realizó un estudio para determinar la calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, nivel de dependencia y redes de apoyo; el cual tuvo en enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, con una muestra conformada por 106 cuidadores de pacientes seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia; para determinar el nivel de calidad de vida se utilizó el instrumento Calidad de vida del Cuidador, diseñado por Trejo Morales, el índice de Katz para medir el nivel de dependencia, los resultados fueron de los 106 cuidadores de pacientes hospitalizados, el 51% pertenecieron al servicio de medicina interna y el 49% al servicio de cirugía, el 78% fueron mujeres y el 22% hombres, entre las características sociodemográficas de los cuidadores se observa el predominio de las mujeres en edad promedio de 42 años, estado civil casadas, de escolaridad primaria y dedicadas a las labores del hogar, también se visualiza la inclusión de hombres como cuidadores, el 39.1% se encontraba en el rango de edad de 31 a 43 años y en el mismo porcentaje de 44 a 56 años con estado civil casados, y con escolaridad secundaria, de ocupación empleados; en cuanto al receptor del cuidado el 60.4% fueron hombres, el grupo de edad que predominó fue de 68 a 80 años con un 29.2% siendo el promedio de edad de 56 años. De acuerdo a los indicadores de calidad de vida del cuidador, predominó el nivel de calidad de vida alta. En el indicador tristeza, menos del 50% presentó un nivel de calidad de vida media y baja. Los indicadores que presentaron un nivel de calidad de vida medio fueron las relaciones interpersonales con familiares y amigos con 47.2% y 40.6% respectivamente. El nivel de calidad de vida alta destaca en las cuatro dimensiones, sin embargo se identifica que los cuidadores presentaron un nivel de vida media en la dimensión de estado social, mientras que el nivel de calidad de vida baja se presenta en la dimensión estado emocional. Los receptores del cuidado en su mayoría fueron totalmente dependientes (39.6%) para realizar las ABVD, seguido de la dependencia leve y moderada y en menor proporción presentaron un nivel de independencia.^{28.}

La Dra. Félix AA y col, en el año 2013 en Matamoros, Tamaulipas, realizaron un estudio descriptivo, analítico y correlacional, para investigar la autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y sus características sociodemográficas; con una muestra por conveniencia de 300 cuidadores primarios de un adulto mayor con dependencia funcional, los cuales residían en diferentes sectores del área urbana de Matamoros, Tamaulipas, mayores de 18 años con más de seis meses de manera continua en el cuidado y sin pago. Se utilizaron como instrumentos un cuestionario de datos

sociodemográficos y del cuidado, elaborado exprofeso; índice de Barthel, y para medir calidad de vida QOL; los resultados fueron que el 85% de los cuidadores eran mujeres en etapa media de la vida (42) o próximas a la etapa adulta mayor, casadas o en unión libre (65%) hijo/a (61.4%) alfabetizados (96%) baja escolaridad (7.7%), dedicadas a labores del hogar (66.3%) sin actividad productiva (49.3%) o con ingresos limitados (50.7%); los cuidadores auto percibieron alterado su bienestar físico, psicológico, social y espiritual.²⁹

En la UMF No. 33 “El Rosario” del año 2010 a la fecha se han realizado algunas tesis para medir la calidad de vida en pacientes con síndrome de colon irritable, calidad de vida en pacientes menopáusicas, calidad de vida del adulto mayor, calidad de vida en pacientes con EPOC; sin embargo en ninguno se observa el medir la calidad de vida del cuidador primario de pacientes adultos mayores dependientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la transición demográfica observada en los últimos 50 años, el patrón epidemiológico ha sufrido importantes cambios, tales como el descenso de la natalidad y el aumento en la esperanza de vida; esto ha ocasionado que la población del adulto mayor se incremente en más del 20%, y con ello una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que en la mayoría de las veces ocasiona algún grado de dependencia funcional, que limita al adulto mayor a realizar sus actividades habituales y necesarias para la vida diaria, la cual se determinará en el presente trabajo con el índice de Barthel.

Esta dependencia funcional tiene implicaciones tanto a nivel individual, como a nivel familiar; ya que ocasiona cambios en la dinámica y funcionamiento de esta última cuando alguno de sus miembros sufre algún cambio vital que afecte su buen funcionamiento y autonomía para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria necesitando el apoyo de otras personas para satisfacer sus necesidades.

En la mayoría de las veces la asunción del cuidado del adulto mayor dependiente sucede en un contexto de crisis familiar que finalmente recae en una persona con relación de parentesco, comúnmente esposa(o), o hija(o), denominado “cuidador primario”, el cual juega un papel importante en la vida del adulto mayor dependiente, ya que es quien atiende sus necesidades básicas de la vida diaria y lo apoya o supervisa en estas tareas; asume su cuidado de salud integral sobre su cuidado, esto ocasiona que dedique gran parte de su tiempo a ello, teniendo que realizar cambios no solo en el ámbito personal, sino también en lo familiar, en lo laboral y lo social; con repercusiones negativas en su salud física y psicológica, y en muchas de las veces deja por un lado el satisfacer sus propios deseos y necesidades llegando hasta el grado de desatenderse él mismo, afectando su calidad de vida, esta será determinada con el Índice Multicultural de Calidad de Vida (QLI-Sp).

Por lo anteriormente descrito se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”?

OBJETIVOS

Objetivo general:

-Determinar la calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".

Objetivos específicos

-Determinar el grado de dependencia de los pacientes adultos mayores adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario".

-Conocer las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad, parentesco, cuántas horas al día dedica sus cuidados al paciente, cuánto tiempo lleva dedicando sus cuidados al paciente, padece alguna enfermedad, ocupación) de los cuidadores primarios de pacientes adultos mayores dependientes, adscritos a la UMF No.33 "El Rosario".

-Conocer las características sociodemográficas (edad, sexo y enfermedades. crónico degenerativas que padecen) de los pacientes adultos mayores dependientes, adscritos a la UMF No.33 "El Rosario".

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “ El Rosario” IMSS; del Distrito Federal, que se encuentra en la Delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de conocer la calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a dicha UMF.

El diseño de estudio es no experimental, de tipo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a 302 cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de ambos turnos, que deseen participar y que cumplan con los criterios de inclusión, los cuales fueron: ser mayores de 18 años, ser cuidador primario de un adulto mayor dependiente. Fueron excluidos aquellos cuidadores primarios con alguna discapacidad motriz o intelectual. Se eliminaron a los cuidadores primarios que no contestaron el cuestionario de manera completa.

El tamaño de la muestra se calculó tomando en cuenta un error de estimación del 5% (0.05), con un intervalo de confianza del 95% considerando un grupo de estudio de 31,538 pacientes hipertensos, sumando un 20% más a la muestra para evitar pérdidas mayores al 10%.

Previo consentimiento informado (Anexo 1), se les aplicó un cuestionario diseñado exprofeso (Anexo 2) que consto de cuatro secciones con 32 preguntas a responder por el entrevistado. La primera sección considero las características sociodemográficas del cuidador primario, la segunda sección nos permitió conocer las características sociodemográficas del paciente dependiente, la tercera sección es el Índice de Barthel; el cual determinó el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria para así conocer el grado de dependencia funcional del paciente adulto mayor, la cuarta sección es el cuestionario QLI- Sp, con el cual se evaluó la calidad de vida del cuidador primario.

El presente estudio se realizó bajo los lineamientos éticos de investigación en salud en seres humanos.

Para realizar el análisis se concentraron en una tabla de Excel para su organización, tabulación y procesamiento en una base de datos de Excel 2012, siguiendo el orden de la codificación establecida para cada participante y, teniendo en cuenta los datos sociodemográficos y los ítems correspondientes a cada una de las dimensiones o factores que contempla el instrumento, donde se obtuvieron frecuencias y porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

RESULTADOS

Se realizó un estudio con la finalidad de conocer la calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario", entrevistando un total de 302 cuidadores primarios, obteniendo los siguientes resultados en torno al cuidado primario:

De acuerdo al sexo, se encontró que 269 (89%) corresponden al sexo femenino y 33 (11%) al sexo masculino. (Tabla y Gráfica No. 1).

Con respecto a la edad: de acuerdo al sexo femenino de 18 a 27 años 5 (1.6%), de 28 a 37 años 21 (7%), de 38 a 47 años 78 (25.8%), de 48 a 57 años 73 (24.1%), de 58 a 67 años 63 (21%), de 68 a 77 años, 26 (8.6%) y de más de 79 años 3 (0.9%); y de acuerdo al sexo masculino de 18 a 27 años 0, de 28 a 37 años 0, de 38 a 47 años 10 (3.3%), de 48 a 57 años 6 (2%), de 58 a 67 años 4 (1.5%), de 68 a 77 años 10 (3.3%), y de más de 79 años 3 (0.9%). (Tabla y Gráfica No. 2).

En cuanto al estado civil: solteros 42 (14%), casados 158 (52.3%), unión libre 66 (21.8%), viudo 17 (5.6%), divorciado 6 (2%) y separados 13 (4.3%). (Tabla y Gráfica No.3).

La escolaridad se distribuye de la siguiente manera: sabe leer y escribir 8 (2.6%), primaria 121 (40%), secundaria 91 (30.1%), carrera técnica 39 (13%), preparatoria 30 (10%), universidad 13 (4.3%). (Tabla y Gráfica No.4).

Con respecto al parentesco del cuidador con el adulto mayor se encontró lo siguiente: padre 29 (10%), madre 95 (31.4%), esposo 47 (15.5%) esposa 17 (5.6%), suegro 13 (4.3%), suegra 37 (12.2%), abuelo 15 (5%), abuela 28 (9.2%), hermano 2 (0.6%) hermana 10 (3.3%), tío 2 (0.6%), tía 7 (2.3%). (Tabla y Gráfica No.5).

En relación a las horas del día dedicadas al cuidado del adulto mayor: 274 (90.7%) cuidadores primarios dedican más de 8 horas al día sus cuidados, y 28 (9.3%) cuidadores primarios dedican menos de 8 horas al día sus cuidados. (Tabla y Gráfica No.6).

Así mismo 301 (99.7%) cuidadores primarios llevan más de 3 meses realizando esta actividad y un cuidador primario (0.3%) lleva menos de 3 meses esta actividad. (Tabla y Gráfica No. 7).

Con respecto a la ocupación del cuidador primario se encontró que 242 (80.1%) cuidadores se dedican al hogar, 1 (0.3%) cuidador es comerciante, 32 (10.6%) son empleados, 16 (5.4%) no trabaja, es decir solo se dedican al cuidado del paciente adulto mayor, 1 (0.3%) es obrero, 10 (3.3%) son profesionistas. (Tabla y Gráfica No. 8).

EL 70.5% (213) de ellos se refieren sanos, y 89 (29.5%) padecen alguna enfermedad crónica. (Tabla y Gráfica No. 9). De los 89 cuidadores primarios que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa 47% (42) cursan con Diabetes mellitus tipo 2 y 36% (32) cuentan con Hipertensión Arterial Sistémica, sólo 15 de ellos 17% (15) padecen Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica. (Tabla y Gráfica No.10).

En cuanto a las variables investigadas en el adulto mayor se encontraron los siguientes resultados:

En cuanto al sexo, se obtuvo que 194 (64%) son del sexo femenino y 108 (36%) del sexo masculino. (Tabla y Gráfica No.11).

Con respecto a la edad: de 60 a 64 años 25 (8.2%) adultos mayores, de 65 a 69 años 51 (17%) adultos mayores, de 70 a 74 años 44 (14.5%) adultos mayores, de 75 a 79 años 51 (17%) adultos mayores, de 80 años y más 131 (43.3%). (Tabla y Gráfica No. 12).

Las enfermedades crónicas que predominaron en la muestra fueron: cáncer 4 (1.3%), insuficiencia hepática 4 (1.3%), depresión 13 (4.3%), artritis reumatoide 16 (5.2%), osteoporosis 26 (8.6%), ceguera 26 (8.6%), IRC 29 (9.6%), enfermedad de Alzheimer 30 (9.9%), enfermedad de Parkinson 31 (10.2%), EVC o secuelas 39 (12.9%), EPOC 40 (13.2%), fractura de cadera 42 (13.9%) cardiopatía 87 (28.8%) DM tipo 2 185 (61.2%) e HAS 219 (72.5%). (Tabla y Gráfica No.13).

El grado de dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo al Índice de Barthel encontrada fue de leve en 244 pacientes (80.8%), moderada en 32 (10.6%), grave en 10 (3.3%), total en 16 de los mismos (5.3%). (Tabla y Gráfica No. 14).

Con respecto al grado de afectación de las actividades básicas de la vida diaria podemos observar que las actividades con mayor dependencia son el baño (34.1%) y el aseo (20.8%), las actividades que mayormente necesitan de alguna ayuda son subir y bajar escaleras (84.1 %), aseo (78.1%) y el baño (65.2%), y las actividades que el paciente adulto mayor realiza de manera independiente son uso de retrete (76.4%), micción (76.1%), deambulaci3n (71.8%) vestido (58.2%) y la alimentaci3n (52.3%).(Tabla No.14.1).

La calidad de vida del cuidador primario de acuerdo al QLI-Sp se distribuy3 de la siguiente manera: Muy buena 81 (26.8%), Buena 191 (63.3%), Regular 19 (6.3%), Mala 7 (2.3%), Muy mala 4 (1.3%). (Tabla y Gráfica No.15).

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla No.1. Sexo del cuidador primario.

SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO.	FEMENINO	269	89%
	MASCULINO	33	11%
TOTAL		302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 1. Distribución porcentual de acuerdo al sexo del cuidador primario.



FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 2. Edad del cuidador primario sexo femenino.

EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO SEXO FEMENINO.	18-27	5	1.6%
	28-37	21	7%
	38-47	78	25.8%
	48-57	73	24.1%
	58-67	63	21%
	68-77	26	8.6%
	Más de 79	3	0.9%
	TOTAL	269	89%

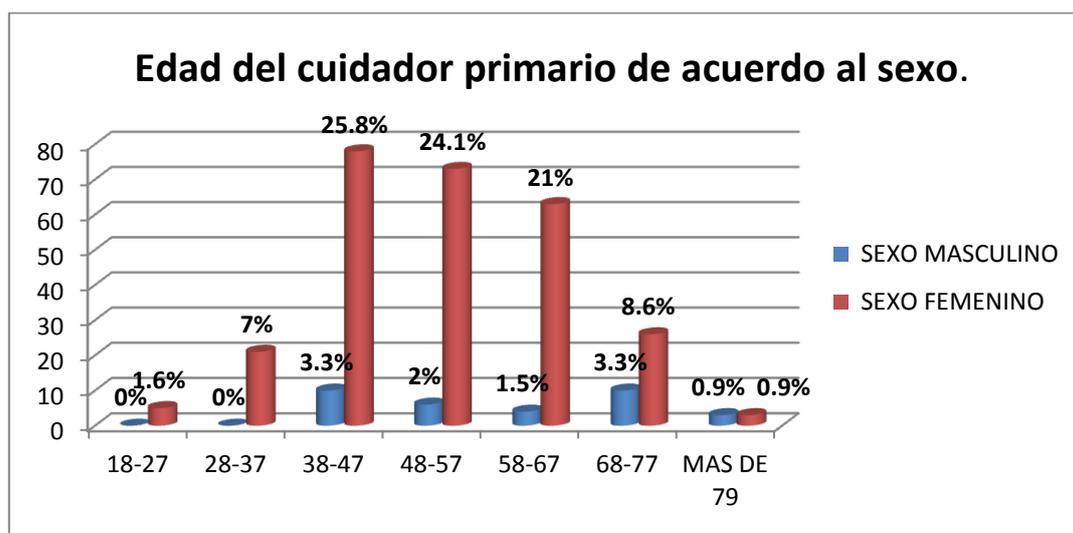
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 2.1. Edad del cuidador primario sexo masculino.

EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO SEXO MASCULINO.	18-27	0	0%
	28-37	0	0%
	38-47	10	3.3%
	48-57	6	2%
	58-67	4	1.5%
	68-77	10	3.3%
	Más de 79	3	0.9%
	TOTAL	33	11%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No.2. Distribución porcentual por grupo de edad/sexo.



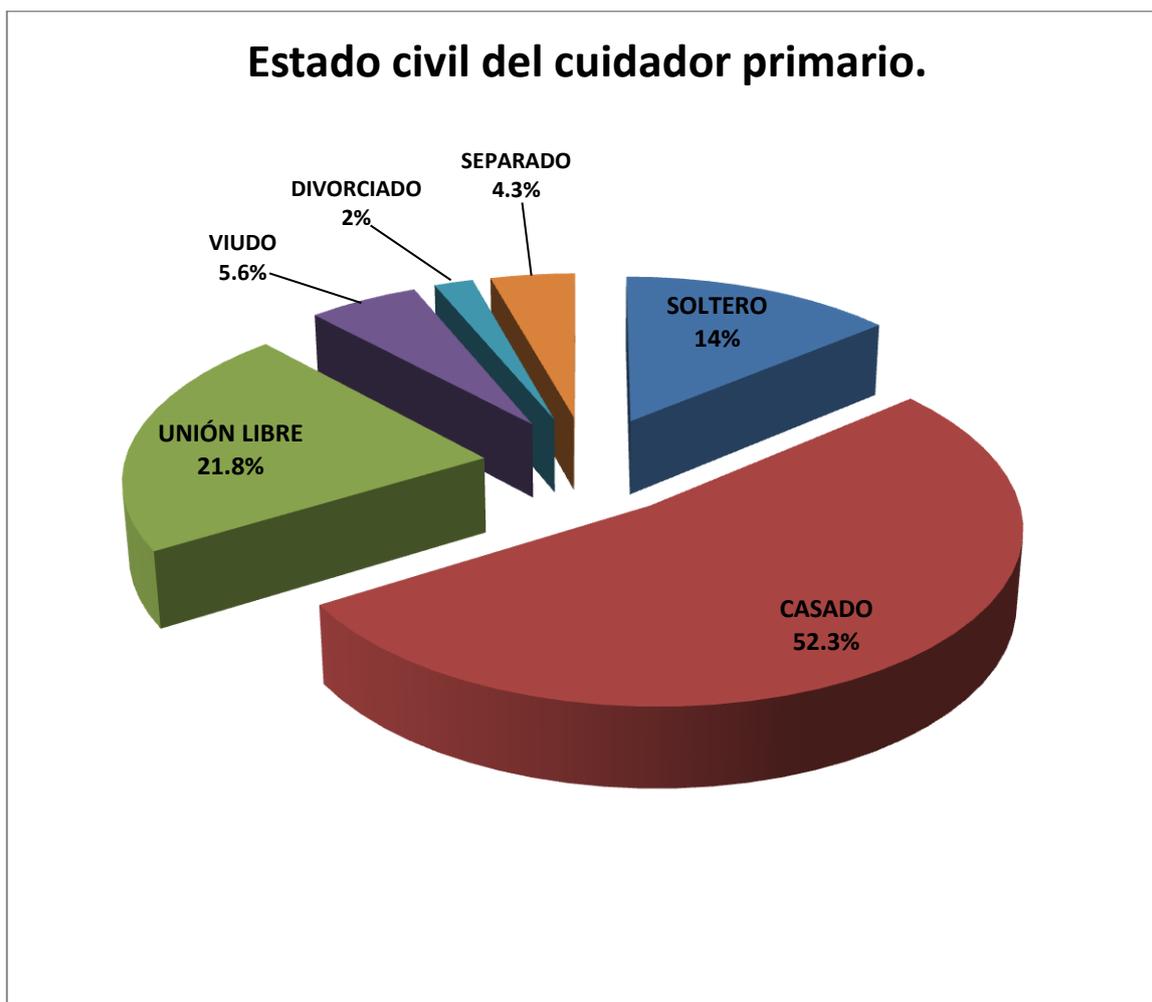
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 3. Estado civil del cuidador primario.

ESTADO CIVIL.	SOLTERO	42	14%
	CASADO	158	52.3%
	UNIÓN LIBRE	66	21.8%
	VIUDO	17	5.6%
	DIVORCIADO	6	2%
	SEPARADO	13	4.3%
	TOTAL	302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 3. Distribución porcentual de acuerdo al estado civil del cuidador primario.



FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 4. Escolaridad del cuidador primario.

ESCOLARIDAD.	SABE LEER Y ESCRIBIR	8	2.6%
	PRIMARIA	121	40%
	SECUNDARIA	91	30.1%
	CARRERA TÉCNICA	39	13%
	PREPARATORIA	30	10%
	UNIVERSIDAD	13	4.3%
	TOTAL	302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 4. Distribución porcentual de acuerdo a la escolaridad del cuidador primario.



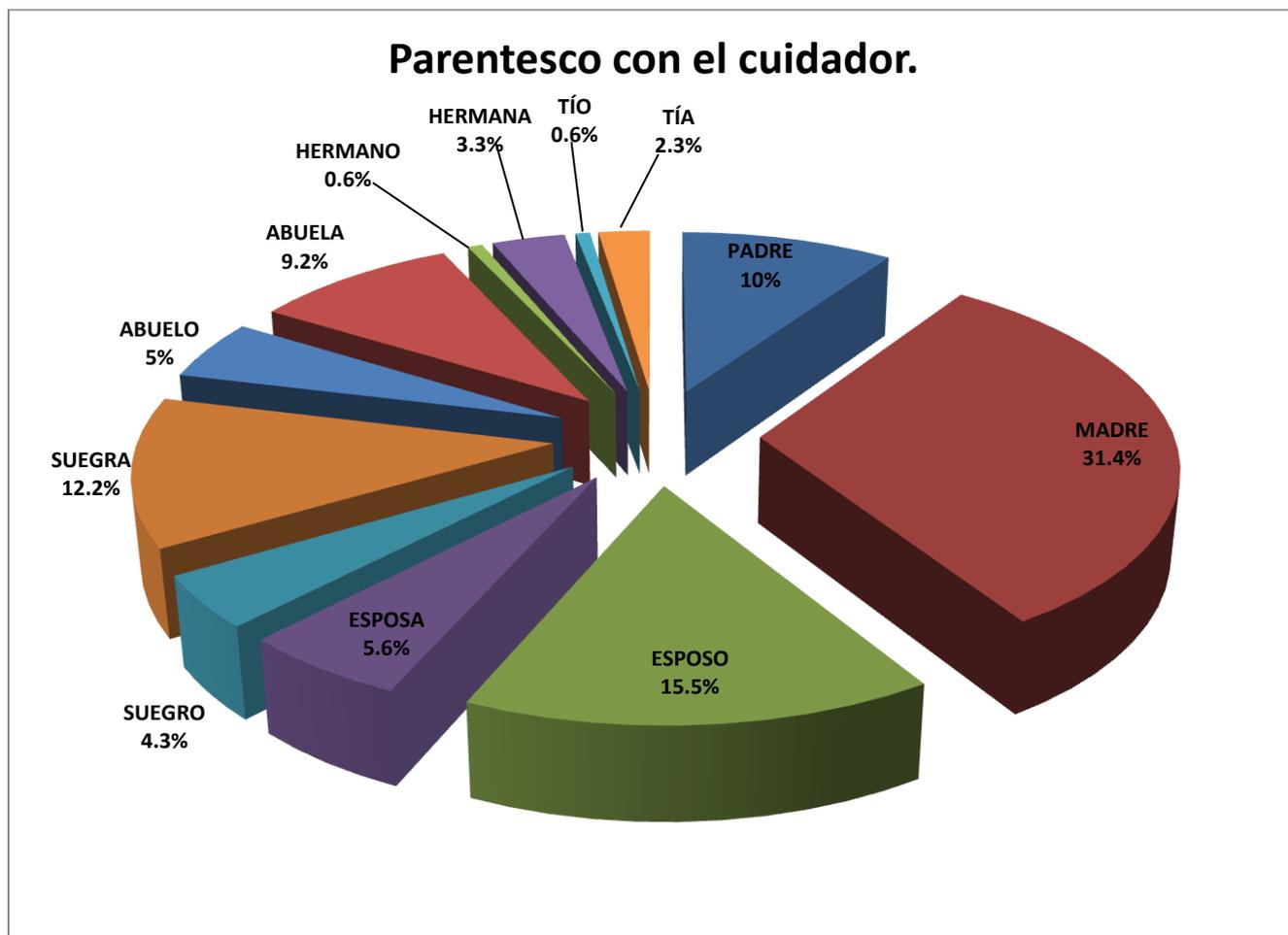
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 5. Parentesco con el cuidador.

PARENTESCO.	PADRE	29	10%
	MADRE	95	31.4%
	ESPOSO	47	15.5%
	ESPOSA	17	5.6%
	SUEGRO	13	4.3%
	SUEGRA	37	12.2%
	ABUELO	15	5%
	ABUELA	28	9.2%
	HERMANO	2	0.6%
	HERMANA	10	3.3%
	TIO	2	0.6%
	TIA	7	2.3%
	TOTAL	302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 5. Distribución porcentual por parentesco con el cuidador primario.



FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 6. Horas al día dedicadas al cuidado del adulto mayor.

HORAS AL DÍA DEDICADAS AL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR.	MÁS DE 8 HORAS	274	90.7%
	MENOS DE 8 HORAS	28	9.3%
TOTAL		302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 6. Distribución porcentual por horas al día dedicadas al cuidado del paciente adulto mayor.



FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 7. Tiempo a cargo del cuidado del paciente adulto mayor.

TIEMPO A CARGO DEL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR.	MÁS DE 3 MESES	301	99.7%
	MENOS DE 3 MESES	1	0.3%
TOTAL	302	100%	

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 7. Distribución porcentual de acuerdo al tiempo a cargo del cuidado del adulto mayor.



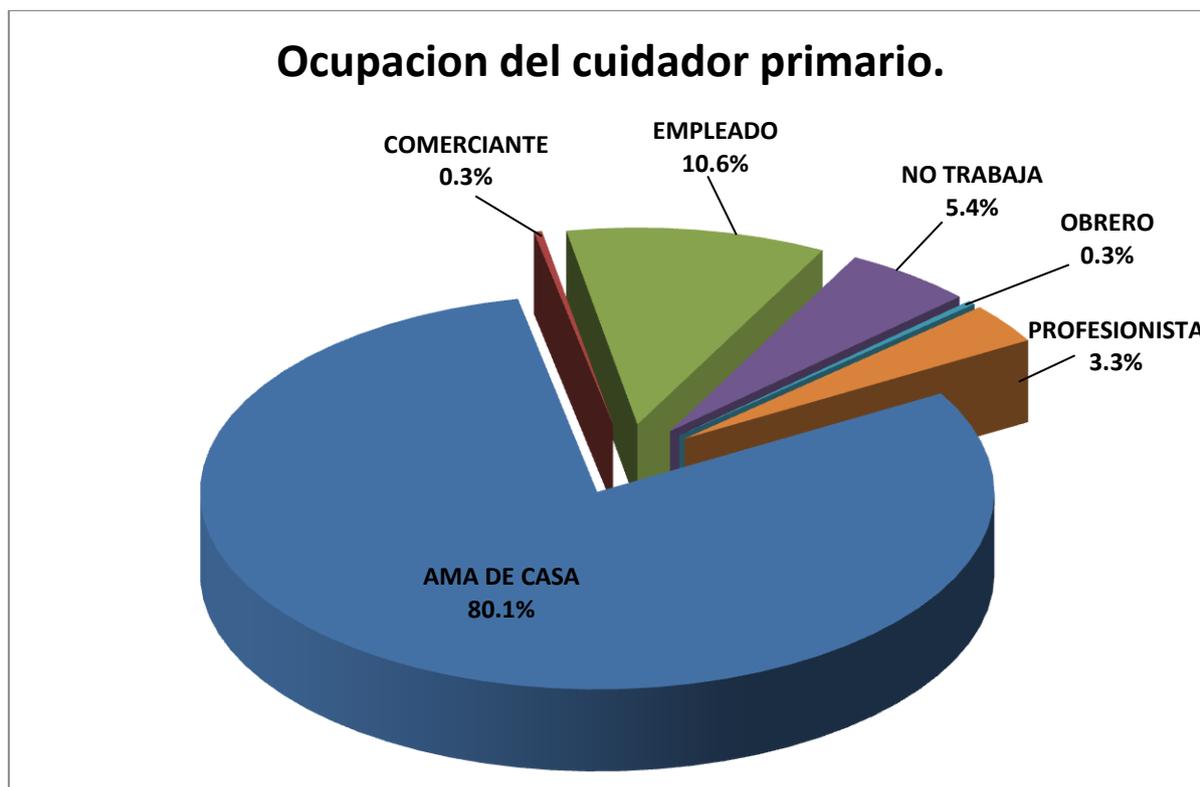
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 8. Ocupación del cuidador primario.

ESCOLARIDAD.	AMA DE CASA	242	80.1%
	COMERCIANTE	1	0.3%
	EMPLEADO	32	10.6%
	NO TRABAJA	16	5.4%
	OBRERO	1	0.3%
	PROFESIONISTA	10	3.3%
TOTAL		302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 8. Ocupación del cuidador primario.



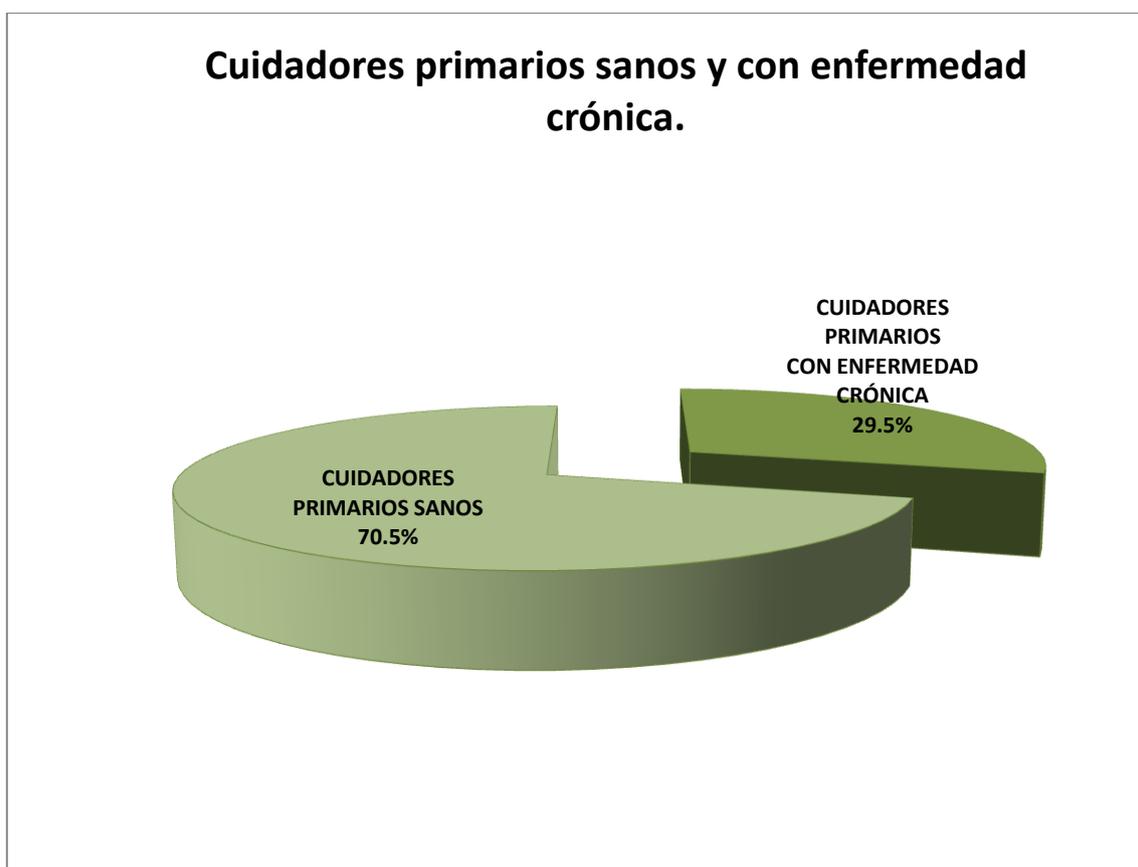
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 9. Cuidadores primarios sanos y enfermos.

CUIDADORES PRIMARIOS.	SANOS	213	70.5%
	CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	89	29.5%
	TOTAL	302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 9. Distribución porcentual de cuidadores primarios sanos y con enfermedades crónicas.



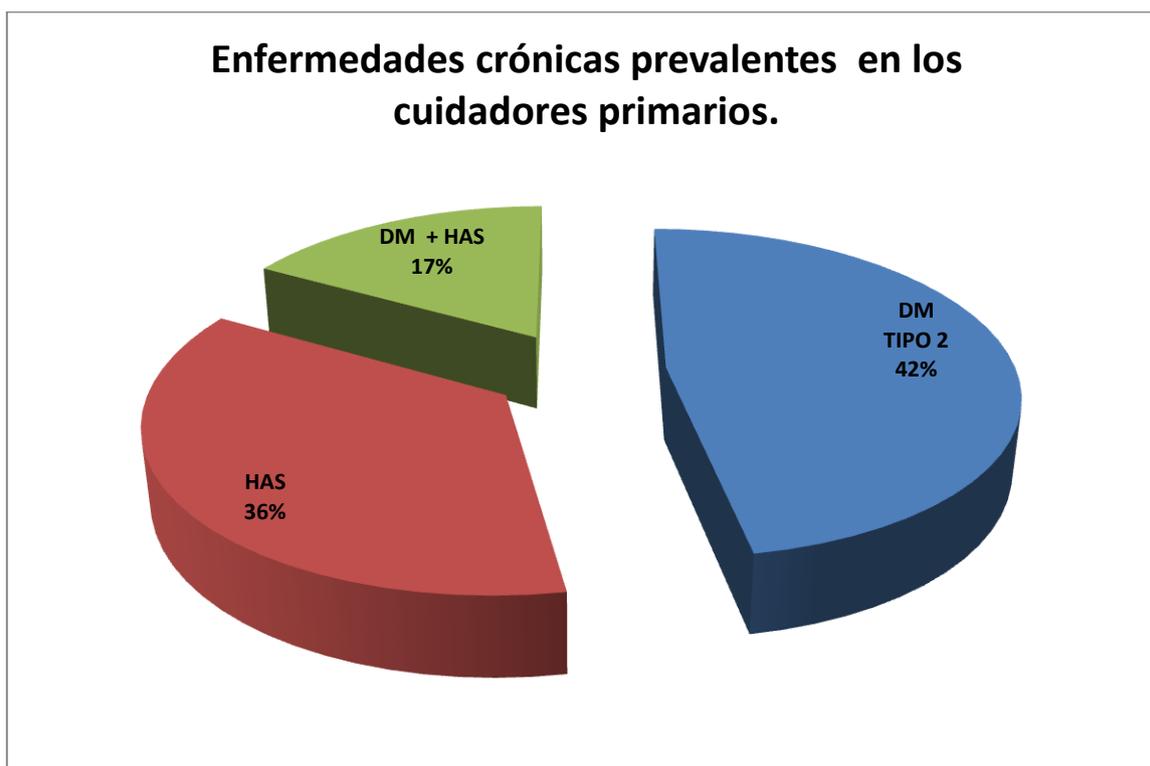
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 10. Enfermedades crónicas prevalentes en los cuidadores primarios.

ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES.	DIABETES MELLITUS TIPO 2	42	47%
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	32	36%
	DM 2 + HAS	15	17%
	TOTAL	89	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 10. Distribución porcentual por enfermedades prevalentes en los cuidadores primarios.



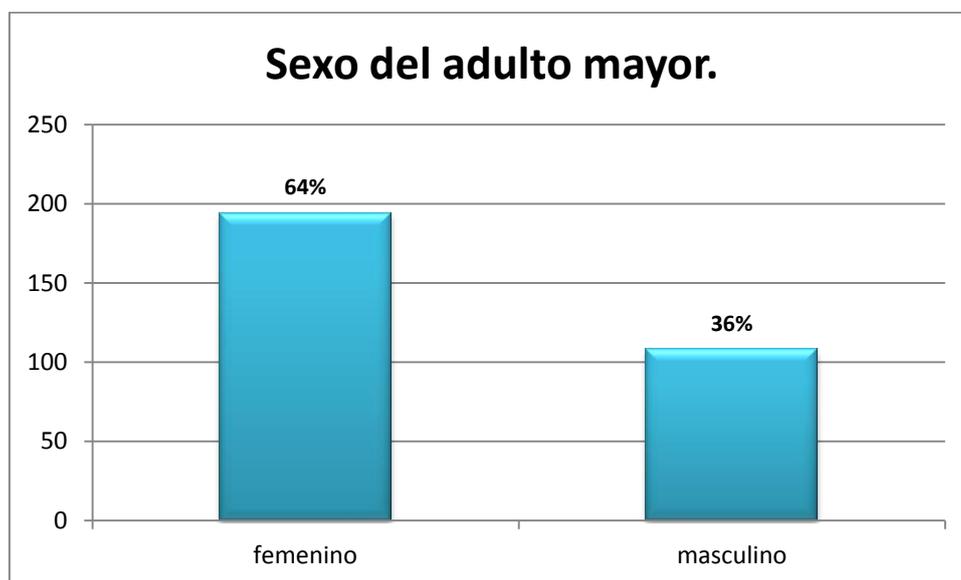
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 11. Sexo del adulto mayor.

SEXO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR.	FEMENINO	194	64%
	MASCULINO	108	36%
	TOTAL	302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 11. Distribución porcentual de acuerdo al sexo del adulto mayor dependiente.



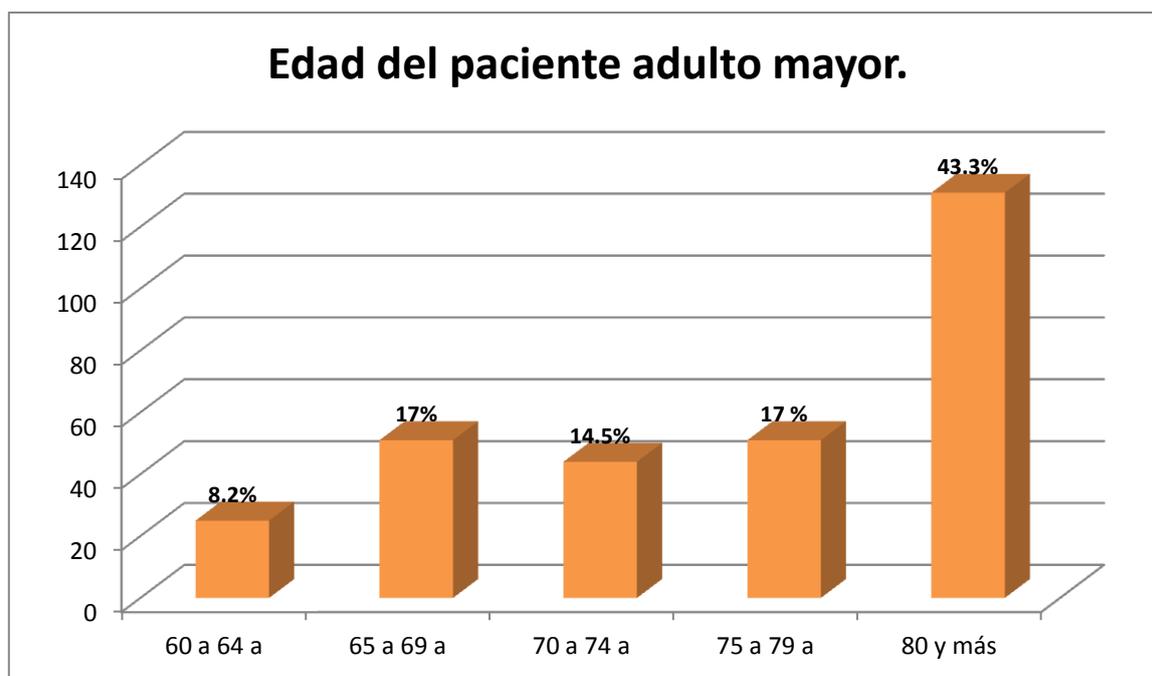
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 12. Edad del adulto mayor.

EDAD DEL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.	60-64	25	8.2%
	65-69	51	17%
	70-74	44	14.5%
	75-79	51	17%
	80 y mas	131	43.3%
	TOTAL	302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 12. Distribución porcentual por grupo de edad del adulto mayor.



FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 13. Enfermedades crónicas prevalentes en el paciente adulto mayor.

ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVALENTES EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR.	HAS	219	72.5%
	DM TIPO 2	185	61.2%
	CARDIOPATÍA	87	28.8%
	FRACTURA DE CADERA	42	13.9%
	EPOC	40	13.2%
	EVC O SECUELAS	39	12.9%
	ENFERMEDAD DE PARKINSON	31	10.2%
	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	30	9.9%
	IRC	29	9.6%
	CEGUERA	26	8.6%
	OSTEOPOROSIS	26	8.6%
	ARTRITIS REUMATOIDE	16	5.2%
	DEPRESIÓN	13	4.3%
	INSUFICIENCIA HEPÁTICA	4	1.3%
	CÁNCER	4	1.3%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 13. Distribución porcentual de enfermedades crónicas prevalentes en el paciente adulto mayor.



FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 14. Grado de dependencia funcional del paciente adulto mayor

GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL.		No.	%
	LEVE	244	80.8%
	MODERADA	32	10.6%
	GRAVE	10	3.3%
	DEPENDENCIA TOTAL	16	5.3%
TOTAL	302	100%	

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

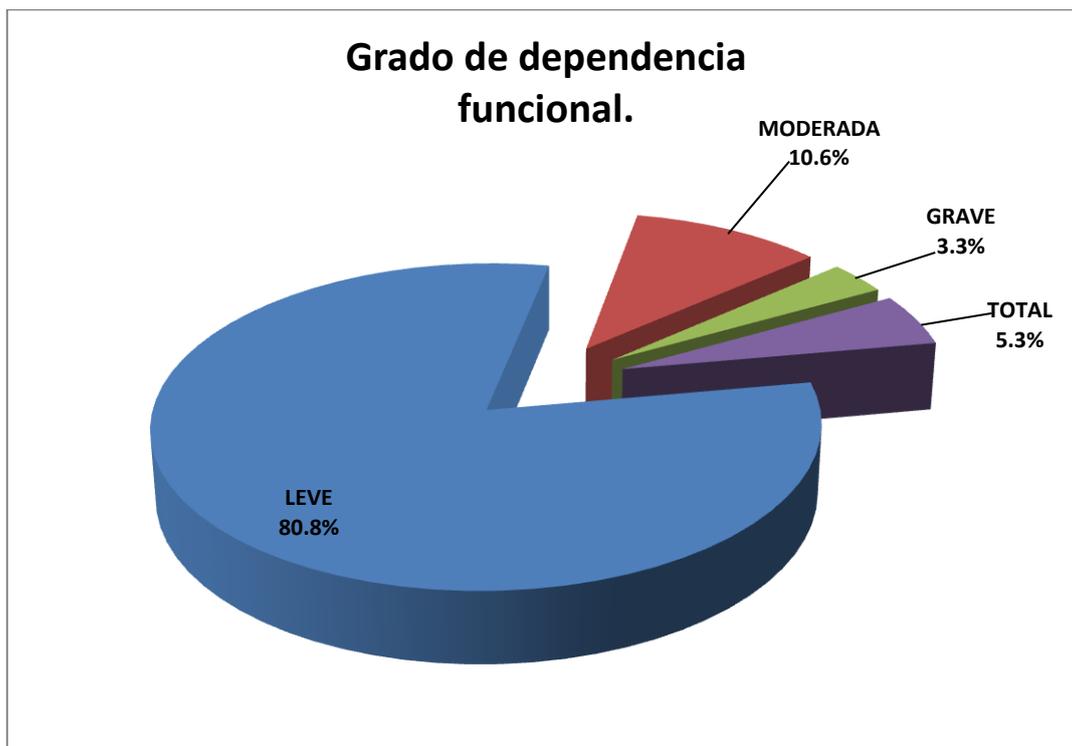
Tabla No. 14.1. Distribución de acuerdo al grado de afectación de las actividades básicas de la vida diaria incluidas en test de Barthel.

ACTIVIDAD BASICA DE LA VIDA DIARIA	Escala							
	0		5		10		15	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Alimentación	16	5.3	128	42.3	158	52.3		
Baño	103	34.1	197	65.2	2	0.6		
Vestido	22	7.2	104	34.4	176	58.2		
Aseo	63	20.8	236	78.1	3	0.9		
Uso de retrete	27	8.9	44	14.5	231	76.4		
Defecación	16	18.5	56	18.5	230	76.1		
Micción	21	6.9	202	66.8	79	26.1		
Deambulaci3n*	27	8.9	13	4.3	217	71.8	45	14.9
Subir y bajar escaleras	34	11.2	254	84.1	14	4.6		
Transferencia*	14	4.6	28	9.2	67	22.1	193	63.9

*

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 14. Distribución porcentual de acuerdo al grado de dependencia funcional en el paciente adulto mayor.



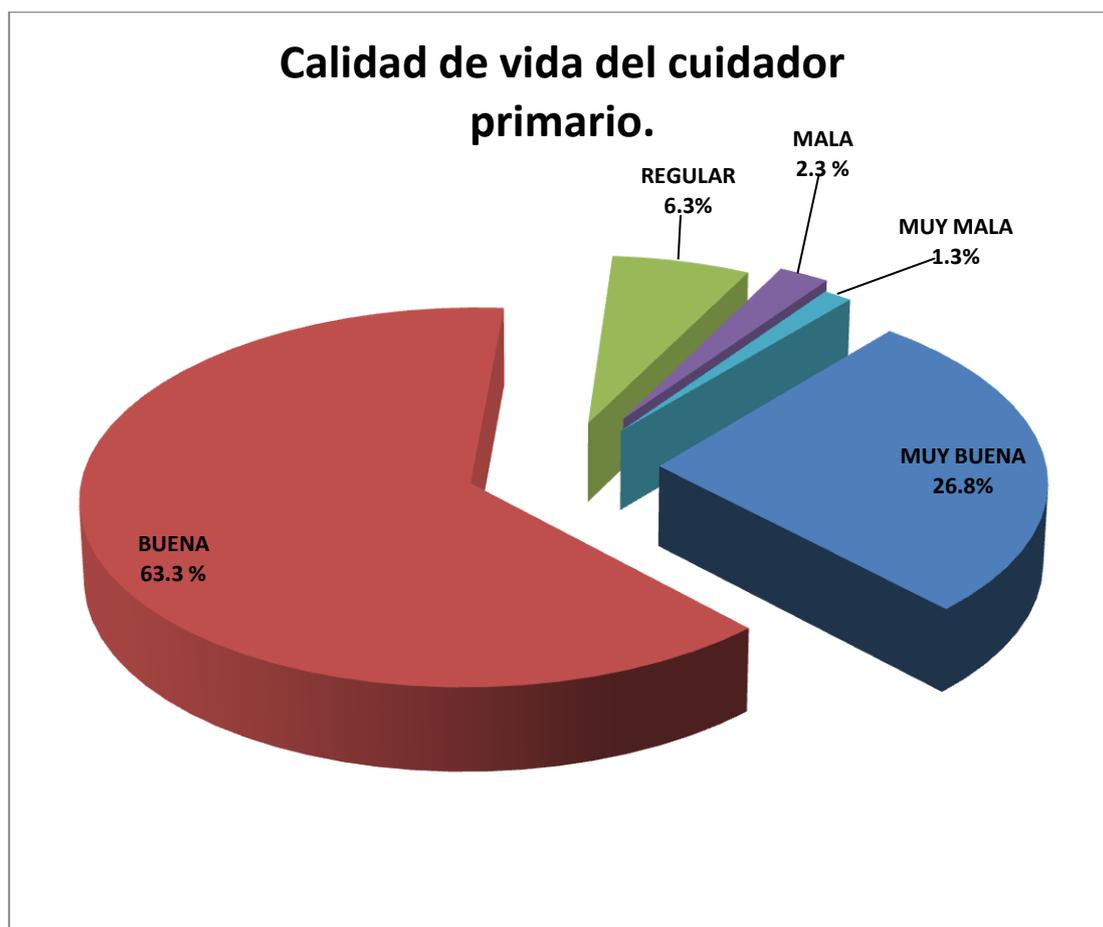
FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Tabla No. 15. Calidad de vida del cuidador primario.

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR PRIMARIO.	MUY BUENA	81	26.8%
	BUENA	191	63.3%
	REGULAR	19	6.3%
	MALA	7	2.3%
	MUY MALA	4	1.3%
	TOTAL	302	100%

FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

Gráfica No. 15. Distribución porcentual de acuerdo a la calidad de vida del cuidador primario.



FUENTE: Calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes adscritos a la UMF No.33 el Rosario, Unidad de Medicina Familiar No. 33 el Rosario 2014.

DISCUSIÓN

El presente estudio de tipo no experimental, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo en un grupo de cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de la UMF 33 “El Rosario” tuvo como objetivo conocer la calidad de vida de estos, para otorgar una orientación y poner en marcha estrategias y recursos personales que mejoren la atención y la vida cotidiana de ellos mismos y del adulto mayor dependiente.

En primer lugar se encontró que el 89 % (269) de los cuidadores son del sexo femenino, y que el 11% (33) son del sexo masculino, datos similares a los encontrados por *Félix AA, et al* en su investigación para determinar la autopercepción del bienestar del cuidador primario del adulto mayor y sus características sociodemográficas en una muestra similar en donde se reportó que el 85% de los cuidadores eran mujeres y el 15 % eran hombres.

Con lo referente a la edad se encontró que de acuerdo al sexo los rangos de edad con mayor número de cuidadores fueron en el sexo femenino de 38 a 47 años 25.8%(78), de 48 a 57 años 24.1% (73), de 58 a 67 años 21%(63), y en el sexo masculino de 38 a 47 años 3.3% (10), 68 a 77 años 3.3% (10), datos similares a lo encontrado en el estudio realizado por Rivera MH para determinar la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la clínica de Medicina Familiar Dr Ignacio Chávez del ISSSTE, sin embargo en este estudio la muestra fue de 100 cuidadores primarios en donde la edad promedio fue de 21 a 82 años, de la muestra estudiada 11 fueron hombres y 89 mujeres, aún así se observa que la mayor proporción de cuidadores primarios dentro de los rangos de edad similares al estudio, esto es debido a que la mayor parte de los cuidadores primarios se encuentran en edad reproductiva, donde se puede desempeñar mejor esa actividad ya que es de tiempo completo y requiere mucha responsabilidad.

En cuanto el estado civil predominante del cuidador primario es el de casado con un 52.3% (158) y el de unión libre con un 21.8% (66) datos similares a los encontrados por la Dra. Félix y col, en el estudio realizado en Tamaulipas para investigar la autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y sus características sociodemográficas en el que se encontró que el 65% de los cuidadores eran casados o se encontraban en unión libre, esto nos habla de que el cuidador primario está en un dilema ya que tiene que al tener una pareja debe de dividir sus actividades tanto de cuidador primario como de pareja, y esto a la larga le traerá consecuencias en su vida de pareja.

En cuanto a la escolaridad se encontró que el 40% (121) terminaron la primaria, el 30.1% (91) terminaron la secundaria, datos que contrastan con lo encontrados por Covarrubias DL, et al en el estudio realizado para determinar la calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, en el cual se reporta que el 39.1% de los cuidadores terminaron la secundaria, el grado de alfabetización del cuidador primario influye en la manera en la cual otorga sus cuidados, así mismo sobre el conocimiento de la enfermedad del adulto mayor y también como maneja el estrés al cual se encuentra expuesto.

En lo referente al parentesco se encontró que el 31.4% (95) de los cuidadores primarios cuidan a su madre, el 15.5%(47) cuida a su esposo y el 10%(29) cuida a su padre, en los estudios citados en los antecedentes esto difiere ya que en algunos de ellos se menciona que la mayoría de los cuidadores se encuentran cuidando a su padre o su madre, no se menciona en que proporción; sin embargo en la literatura se menciona que el parentesco influye enormemente en la manera en la cual el cuidador primario otorga sus cuidados ya que si este tiene un lazo de parentesco con el receptor de los cuidados, realizará sus actividades de cuidado con mucha más calidad y con amor debido a que es su pariente el que necesita de sus cuidados.

Con respecto a las horas de cuidado proporcionadas por el cuidador primario se encontró que el 90.7% (274) dedican más de 8 horas al día sus cuidados, así mismo el 99.7% (301) lleva más de tres meses realizando esta actividad, datos similares a los encontrados en el estudio realizado por Vargas EL Y col realizado en Colombia, en el cual se incluyó a 192 cuidadores primarios para evaluar la calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer en el cual se encontró que la mayoría de ellos imparten sus cuidados entre 7 y 12 horas al día así mismo que llevan realizando esta actividad entre 10 y 36 meses; el tiempo que dedica un cuidador primario a esta tarea afecta su calidad de vida ya que como observamos en el estudio realizado la gran parte de ellos dedica más de 8 horas al día esta actividad lo que hace que no disponga de tiempo para realizar otra actividad en el día, además de que en la literatura se menciona que al realizar esta actividad por más de tres meses es cuando empieza haber un declive en la calidad de vida del cuidador primario debido a el estrés que empieza a acumular, debido a las múltiples actividades que conlleva ser cuidador primario.

También se encontró que el 80.1%(242) cuidadores primarios se dedican al hogar, de igual manera en el estudio realizado por la Dra. Félix AA y col para investigar la autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y sus características sociodemográficas en 300 cuidadores primarios se observó que el 66.3% se dedican a las labores del hogar, esto refleja que debido a las múltiples actividades a las que le ayuda el cuidador primario al paciente adulto mayor le complica el poder realizar otra actividad e incluso ejercer una profesión u oficio, ya que la demanda de los cuidados es tan absorbente que la mayor parte del día dedica su tiempo a los cuidados necesarios hacia el paciente adulto mayor.

También se encontró que el 70.5%(213) de los cuidadores primarios se refieren sanos, el 29.5% (89) padecen alguna enfermedad; de este 29.5%, el 47% (42) padecen Diabetes Mellitus tipo 2, 36% (32) padecen Hipertensión Arterial Sistémica y el 17% (15%) cursan con Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica; estos resultados son similares a los encontrados por Rivera MH y col en el estudio realizado en México en la clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE para determinar la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos, en 100 cuidadores primarios el cual reveló que el 27% padecían de Hipertensión Arterial Sistémica y el 18% Diabetes Mellitus tipo 2, como podemos observar en ambos estudios las enfermedades prevalentes fueron Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, en nuestro medio estas enfermedades crónicas tiene una alta prevalencia; la cual varía de acuerdo a regiones,

localidades y nivel socioeconómico, siendo mayormente prevalentes en zonas urbanas que en las rurales, así mismo el rango de edad en la que hay mayor prevalencia es de 20 a 60 años, en el estudio realizado encontramos de igual manera que 29.5% de los cuidadores primarios padecen alguna de estas enfermedades crónicas, y que muchas de las veces no son atendidas ya que la tarea del ser cuidador no les permite acudir de manera regular a una consulta médica, esta situación merma su bienestar físico ya que no tiene un adecuado control de la misma y que en un futuro puede presentar complicaciones.

En cuanto al adulto mayor se encontró de acuerdo al sexo que 64%(194) fueron del sexo femenino y el 36% del sexo masculino; estos datos difieren de lo encontrados por Covarrubias DL, et al en el estudio realizado en San Luis Potosí para determinar la calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, en el cual se encontró que del total de los receptores del cuidado el 60.4% fueron hombres y el 39.6% fueron mujeres, cabe mencionar que en la UMF No. 33 “El Rosario” hay mayor población de mujeres, por lo tanto en nuestra muestra predomina el sexo femenino.

Con respecto a la edad del adulto mayor dependiente se encontró que el 43.4% (131) tenían 80 años y más, esto es debido al fenómeno ocurrido en la población llamado transición demográfica, el cual se caracteriza por la inversión de la pirámide poblacional, con el consecuente aumento en la esperanza de vida y con el envejecimiento de la misma; debido a este envejecimiento de la población algunas enfermedades crónicas son más prevalentes en los adultos mayores, en este estudio se encontró que el 61.2% (185) de los adultos mayores padecen Diabetes Mellitus, y el 72.5% (219) padecen Hipertensión Arterial Sistémica.

Con respecto a el grado de dependencia funcional del adulto mayor dependiente se encontró que el 80.8% (244) presentan una dependencia funcional leve, esto contrasta con lo encontrado por Vargas EL y col en el estudio realizado en Colombia para evaluar la calidad de vida del cuidador primario y la dependencia del paciente con Alzheimer, en el cual se encontró que 54% de los pacientes presentan una dependencia funcional total y severa, esto difiere del estudio ya que como sabemos la Enfermedad de Alzheimer es un enfermedad irreversible e incurable, en la cual se origina un proceso degenerativo que afecta paulatinamente el pensamiento, la memoria, la conducta, el lenguaje de la persona; y que en etapas iniciales de la enfermedad, los pacientes logran conservar su independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, sin embargo con el paso del tiempo y el progreso de la enfermedad el paciente se va haciendo cada vez más dependiente; no así en este estudio realizado en la UMF No. 33 “El Rosario”, en donde la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Sistémica, estas enfermedades no afectan rápidamente la capacidad funcional del adulto mayor debido a esto el grado de dependencia funcional no está tan deteriorada.

En cuanto a la calidad de vida del cuidador primario se encontró que el 63.3% (191) perciben una buena calidad de vida; estos resultados difieren de los encontrados por Covarrubias DL, et al en el estudio realizado en San Luis Potosí para determinar la calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, en el cual predominó el nivel de

calidad de vida alta; esto pudiera discernir de nuestro estudio ya que en el estudio realizado por Covarrubias los pacientes se encuentran hospitalizados, en esta situación el cuidado no solo depende del cuidador primario, ya que hay personal de enfermería el cual realiza ciertas actividades en lo referente al cuidado del paciente adulto mayor; no así cuando este se encuentra en el hogar, en donde todos los cuidados y las ABVD están a cargo del cuidador primario.

CONCLUSIONES.

El perfil del cuidador primario es ser mujer, dedicada al hogar, en un rango de edad de entre 38 a 67 años, con estado civil casada, escolaridad primaria, la mayoría de los cuidadores están a cargo de su madre y dedican sus cuidados más de 8 horas al día, llevan más de 3 meses proporcionando sus cuidados, la mayoría se refiere sano al momento del estudio, sin embargo las enfermedades crónicas con mayor prevalencia son Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Sistémica. El perfil del paciente adulto mayor dependiente es ser mujer, de 80 años y más, las enfermedades con mayor prevalencia en son la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Sistémica, la mayoría de los pacientes adultos mayores tiene un grado de dependencia funcional leve. En cuanto al cuidador primario la mayoría percibe una buena calidad de vida. Habiéndose cumplido los objetivos previamente establecidos en la investigación, haciendo una comparación en la literatura previamente mencionada.

Si bien en México no se cuenta con datos sobre el cuidador primario del adulto mayor, hoy en día esta ocupación tiene un auge significativo debido a la transición demográfica que vivimos, ya que debido a esta se observa un envejecimiento de la población con el consecuente aumento de las enfermedades crónicas y junto con ello el aumento de la dependencia funcional de los adultos mayores y la necesidad de un cuidador primario.

Debemos reconocer la importancia del cuidador primario, que va aumentando a medida que progresa la incapacidad y dependencia del adulto mayor. Su papel es fundamental, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para la atención de los pacientes: es el informador clave, puesto que es un observador permanente de la situación del paciente, es quien supervisa y, en muchos casos, provee los cuidados básicos del adulto mayor y administran los tratamientos que prescribimos; es quien organiza las actividades, busca soluciones y toma las decisiones más importantes en cuanto a cómo, quién y dónde se cuidará al paciente adulto mayor.

Muchas de la veces el cuidador primario no está preparado para responder a las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado; el asumir el papel de cuidador primario constituye una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos, así como importantes alteraciones emocionales, por lo que resulta esencial prestar apoyo a los cuidadores primarios; en la consulta logre identificar algunas de las manifestaciones que indican que el cuidador primario presenta sobrecarga la cual afectará la calidad de vida de éste en un futuro y que se a detecta tiempo podemos implementar estrategias para contrarrestar está misma y así no se afecta la calidad de vida del cuidador primario.

Con los resultados obtenidos se podrían realizar estrategias educacionales en el primer nivel de atención, principalmente durante la consulta en donde nuestra relación con el cuidador debe basarse en la escucha activa, en una relación empática; para así facilitar la expresión de todos los sentimientos, dudas, agobios, temores ante el futuro, incertidumbre

ante el manejo de situaciones difíciles, debemos de indagar cuál es la actitud y la aptitud para el cuidado, cómo ha repercutido en su vida personal y familiar y si está presentando síntomas de sobrecarga, es decir debemos de anticiparnos a la sobrecarga.

La mayor parte de los cuidadores primarios perciben una buena calidad de vida como ya se describió con anterioridad, esta es la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida de acuerdo a su contexto cultural y de valores en el que vive; por lo tanto se involucran múltiples dimensiones de la vida cotidiana, y dependiendo de cual o cuales se vean afectadas será el grado de importancia en la cual se afecte la misma.

Se sugiere la realización de estudios próximos donde se cuente con instrumentos específicos para medir la calidad de vida en cuidadores primarios para obtener resultados más fiables, así mismo realizar estudios que comparen la calidad de vida con un grupo control que no realicen la actividad de cuidadores primarios, en donde se pueda ejemplificar las diferencias encontradas y proponer estrategias de acción en los resultados obtenidos.

Se aconseja que el cuidador primario tenga apoyo social, el cual debe ser proporcionado por la familia o las instituciones de salud, principalmente. De igual manera, requiere planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia o en amigos, dejando de lado su papel de persona indispensable o de que nadie más podrá hacer las cosas mejor que él, y sobre todo, recordando que eso no quiere decir que ame menos al enfermo. El cuidador primario debe dejarse ayudar y procurar distribuir el trabajo en forma más equitativa y aceptar relevos para su descanso y pedir a los familiares, amigos o vecinos que le hayan manifestado alguna vez su deseo de apoyarle que le sustituyan para poder descansar o cambiar de actividad y tener tiempo para sí mismo, a fin de evitar el agotamiento emocional. Dar un paseo, distraerse, leer un libro, ir a comer con un amigo, hacerse un regalo, etcétera, son formas muy eficaces para combatir el estrés del cuidador. Tiene, sobretodo, que procurar seguir haciendo su vida normal.

Es saludable que mantenga su círculo de amigos y que pueda contar con una persona de confianza para hablar abiertamente sobre sus sentimientos y encontrar una salida a sus preocupaciones. También es una buena opción ponerse en contacto con otras personas que se encuentren en la misma situación para intercambiar impresiones. Se sugiere al cuidador primario un tiempo para sí mismo, donde pueda cambiar de actividad como alternativa de manejo para combatir la carga que se pueda estar generando. De acuerdo a la literatura, la “terapia del arte” podría ser una opción a desarrollar durante ese tiempo, a través de instrumentos artísticos, utilizando la expresión artística como recurso terapéutico, con la posibilidad de que la persona al pintar, esculpir, cantar, escribir, bailar, actuar; obtenga beneficios tales como la expresión de su problemática interna, la reducción de su tensión, el reconocimiento, manejo y control de sus emociones.

Así mismo, se proponen una serie de pasos para mejorar la salud física y emocional del cuidador primario:

1.-Tener información sobre la enfermedad de la persona que cuida y los recursos disponibles.

Cada enfermedad tiene unos síntomas, conocerlos le ayudará a comprender muchas de las conductas que presenta su familiar. También le será de utilidad conocer los recursos disponibles en su comunidad: los centros de salud, recursos sociales, centros de hospitalización.

2.- Saber pedir y aceptar ayuda.

Es necesario identificar los momentos críticos en el cuidado para implicar a los familiares que manifiesten su disposición de ayudarlo, así como poner en sobre aviso a los profesionales sanitarios y a los recursos sociales. Pedir ayuda y delegar tareas reconfortará y protegerá al cuidador primario del agotamiento. Es importante expresar de forma clara lo que necesitamos, y no esperar a que los demás nos lo ofrezcan.

3.-Cuidar su propia salud.

Cuidar de sus necesidades es lo que le va a proporcionar energía y fuerza para el manejo de la situación. Comer bien, dormir las horas necesarias y seguir manteniendo una actividad recreativa le ayudará a prevenir riesgos a su propia salud. Saber como realizar la transferencia de su familiar, sin que le suponga un gran esfuerzo físico; ya que la movilización de un familiar requiere de su destreza y habilidad, es necesario reforzar su espalda y evitar lesionarse, para ello,le puede ser de utilidad realizar diariamente ejercicios para tener flexibilidad, reforzar los músculos de la espalda y aprender a relajarla adecuadamente.

4.-Dejar un espacio diario para sí mismo.

Compaginar la actividad del cuidado al familiar con actividades de ocio le ayudará a reducir la ansiedad y el aislamiento. Vivir únicamente centrado en su familiar puede generar: aburrimiento, cansancio, aislamiento, estrés, incluso puede que haya tenido que rechazar trabajos y/o retirarse de la vida social. Es importante que a pesar de todo siga manteniendo una actividad que le ponga en contacto con otras personas de su entorno.

5.- Mejorar la relación y comunicación con el familiar cuidado.

Para evitar la frustración que genera una comunicación conflictiva y exigente con el familiar cuidado, es importante que conozca estrategias que favorezcan la relación familiar. Mostrarse paciente, tener respeto, mantener el sentido del humor y fomentar la independencia del familiar cuidado, le ayudará a sentirse bien consigo mismo y mantener un buen clima familiar.

6.-Identificar situaciones que le causan más estrés.

Es importante darse cuenta de las emociones que desencadena el estrés por la carga de trabajo que genera el cuidar: ira, impaciencia, dificultad para dormir, sensación que va a enfermar y dificultad para la toma de decisiones. Si se siente tenso y/o presionado y la ansiedad o el desánimo le invade, es importante aprender técnicas para hacer frente al estrés; tales como respiración profunda, detención del pensamiento, relajación muscular, entre otros.

7.-Enfrentar la muerte real o inminente.

La muerte de un familiar es un dolor personal que requiere acogida ya acompañamiento, ya se a través de personas cercanas o mediante la ayuda de profesionales en centros de atención primaria, asociaciones o grupos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Envejecimiento de la población mundial. [Citado el 31 oct. 2013]; 18(3): [24 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.marista.edu.mx/.../33/envejecimiento-de-la-población-mundial>
- 2.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadística a propósito del día Mundial de la Salud. Aguascalientes, 2013[citado 11 de noviembre 2013]; 3(1): [24 pantallas]. Disponible en: URL <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/salud0.pdf>
- 3.- Diagnóstico de salud 2013, Unidad de Medicina Familiar No. 33 “el Rosario”, IMSS, Delegación Norte del Distrito Federal.
- 4.- Norma Oficial Mexicana 031-SSA3-2012 de Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad [citado 15 de noviembre 2013]; 12(1): [12 pantallas]. Disponible en: URL <http://sn.dif.gob.mx/wp-content/uploads/2014/04/NOM-031-SSA3-2012.pdf>
- 5.- Marín JM. Envejecimiento. Salud Publica Educ Salud 2003; (1): 28-33.
- 6.- Montañó AM. Fragilidad y otros síndromes geriátricos. El Residente 2010; 5(5): 67-78.
- 7.- Envejecer con éxito: prevenir la dependencia 2009. [Citado el 09 Nov. 2013]; 8(3): [12 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.fundacionede.org/ca/archivos/investigacionsocial/16-Envejecer-con-exito-prevenir-Dependencia.pdf>
- 8.- González MF, Massad TC, Lavanderos CF. Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores. [Citado el 25 Nov. 2013]; 3(1): [24 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf
- 9.- Guillén TD, Herrera PB. Nivel de dependencia del adulto mayor en una comunidad rural del sur de Veracruz. [Tesis doctoral]. México. Universidad Veracruzana, 2011.
- 10.- Romero AD. Actividades de la vida diaria. Anales de Psicología 2009; 23(12) 264-271.
- 11.- Manrique B, López M, Acosta I, Salinas A, Moreno K, Sosa A, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Adultos Mayores. Funcionalidad: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. [citado 12 noviembre de 2013]; 12(1): [24 pantallas]. Disponible en: URL: <http://ensanut.insp.mx>
- 12.- Trigas FM, Ferreira GL, Meijide MH. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72(1): 11-16.

- 13.- Maza IB. Realidad del cuidador informal. "Una visión dirigida hacia el cuidador informal del enfermo en situación terminal". [Tesis de posgrado] España. Universidad de Cantabria 2013.
- 14.- Alvarado FC. Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil. Centro de atención del adulto mayor "TaytaWasi". [Tesis de posgrado] Perú Universidad Nacional de San Marcos, 2013.
- 15.- Ruiz RA, Nava GM. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *EnfNeurol* 2010; 11 (3): 163-169.
- 16.- Catalán EM, Garrote MA; Revisión de los cuidados informales. Descubriendo al cuidador principal. *NURE Inv* 2012; 57 (3): 1-12.
- 17.- Tuesca MR: La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte* 2005; 21:76-86.
- 18.-Gómez ME. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. 2009 [citado 18 Nov. 2013]: 1(1): [24 pantallas] Disponible en: URL: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
- 19.-Mezzich J, Ruipérez MG, Pérez CB, Yoon GI, Lui JJ, Mahmud S. The Spanish Version of the Quality of Life Index (QLI-Sp): Presentation and Validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 188: 305-310.
- 20.- Schwartz K, Zapata VM, Mezzich J, Mazzoti GL. Validation study of the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) in a Peruvian sample. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2006; 28: 24-28.
- 21.- Gran Diccionario enciclopédico ilustrado de selecciones del Reader'sDigest, 2002; p. 78-350.
- 22.- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 22va. ed. España 2001; p.56.
- 23.- Bulacio JH, Vieyra MA, Álvarez DC, Benatuil D, Mongiello E, Índice de Calidad de Vida: Validación en muestra Argentina. *RevArgenClinNeuropsiquiatria* 2004; 11: 10-16.
- 24.- Hurtado MF, Gómez BM, Donat CF. Transexualismo: reasignación de sexo y calidad de vida. Centro de Salud Sexual y Reproductiva de la comunidad Valenciana 2006; 3: 15-20.
- 25.- López GM, Orueta SR; Gómez CS, Sánchez OA, Carmona DF, Alonso MJ. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *RevClinMedFam* 2009; 2(7): 332-334.
- 26.- Vargas EL, Pinto AN. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Av.Enferm* 2010; 28 (1) 116-128.
- 27.- Rivera MH, Dávila MR, González PA. Calidad d vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. *ISSSTE: RevEspMedQuir* 2011; 16(1): 274-32.

- 28.- Covarrubias DL, Andrade CM. Calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. *Index Enfer* 2012; 21(3): 131-135.
- 29.- Felix AA, Aguilar HR, Martínez AM, Ávila AH, Vázquez GL, Gutiérrez SG. Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas. *Cultura de los cuidados* 2013; 36. 50-58.
- 30.- Carulla LS, Gibert K, Ochoa S. Definición de "Dependencia funcional". Implicaciones para la política sociosanitaria. *J.aprim* 2009; 06: 344,345.
- 31.- Ávila R, Aguilar G. *Diccionario de la Lengua Española*, 3ª edición. Edit. Trillas, México 2003. p. 12-46.
- 32.- Rivera MH, Dávila MR, González PA. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. *ISSSTE: RevEspMedQuir* 2011; 16(1): 274-32.

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES ADSCRITOS A LA UMF No 33 EL ROSARIO"						
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno						
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina familiar No 33 "El Rosario", Octubre 2014						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	DETERMINAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO".						
Procedimientos:	Se realizaran una serie de preguntas dirigidas a los pacientes que se encuentren en las áreas de consulta de la UMF 33 el Rosario						
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la calidad de vida de los cuidadores primarios de los pacientes adultos mayores dependientes para poner mayor énfasis en la atención integral a éste y a su familia, así como a su cuidador primario para mejorar su calidad de vida.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SI						
Participación o retiro:	SI						
Privacidad y confidencialidad:	SI						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Mejorar la calidad de vida del cuidador primario						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Mónica Sánchez Corona Mat. 99352132 Tel. 53825110 ext. 21407						
Colaboradores:	Dra. Domínguez Hernández María del Rocío Mat 98350539 Tel. 53825110 ext. 21407						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”**



CUESTIONARIO EX PROFESO

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES DEPENDIENTES ADSCRITOS A LA UMF No. 33 EL ROSARIO”.**

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas que aparecen en cada apartado, conteste marcando con un “X” la respuesta correcta.

Recuerde que este estudio es confidencial y los datos obtenidos serán para fines estadísticos de investigación. En caso de resultar útil la investigación se basa en principio de justicia y equidad. En lo referente a la publicación de resultados se apegará a las normas éticas, evitando fraudes o deshonestidad en la forma de presentar los resultados.

ANTES DE INICIAR EL CUESTIONARIO RESPONDA:

¿Alguien más le ayuda al cuidado de su paciente? Si () No ()

SECCION I CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO.

1.- Sexo.

Masculino ()

Femenino ()

2.- Edad:

18 a 27 _____

28 a 37 _____

38 a 47 _____

48 a 57 _____

58 a 67 _____

68 a 77 _____

más de 79 años _____

3.- Estado civil

soltero (a) ()

casado (a) ()

unión libre ()

viudo ()

divorciado (a) ()

separado (a) ()

4.-Escolaridad

ninguna ()

sabe leer y escribir ()

primaria ()

secundaria ()

carrera técnica ()

preparatoria ()

universidad ()

5.-Parentesco con la persona que cuida

padre () madre () abuelo () abuela () hermano ()
hermana () tío () tía () suegro () suegra ()
nuera () yerno () otro () especifique _____

6.-Cuántas horas al día dedica sus cuidados al paciente

Menos de 8 hrs al día () más de 8 hrs al día ()

7.- Cuánto tiempo lleva dedicando sus cuidados al paciente

Menos de 3 meses () más de 3 meses ()

8.- ¿Padece alguna (s) enfermedad (es)? Si () No ()

9.-En caso de contestar afirmativamente la pregunta anterior, mencione cuál (es) es (son) la (s) enfermedad (es) que usted padece. _____

10.- ¿Labora en otro lugar? Si () No ()

11.- En caso de responder afirmativamente la pregunta anterior, mencione cual es su ocupación: _____

SECCION II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.

1.-Sexo

Masculino ()

Femenino ()

2.- Edad

60-64 () 65-69 () 70-74 () 75-79 () 80 y más ()

3.- ¿Qué enfermedad (es) padece su familiar?

Ninguna		Artritis reumatoide		Ceguera	
Diabetes Mellitus		Cáncer		Enfermedad de Alzheimer	
Hipertensión Arterial		Fractura de cadera		Depresión	
Enfermedad vascular cerebral o secuelas		Epoc		Enfermedad de Parkinson	
Insuficiencia renal Crónica		Osteoporosis		Cardiopatías	
Insuficiencia hepática		Otra enfermedad			

SECCION III. TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y coloque una X en la opción que más se adecue a su paciente de acuerdo a las actividades que es capaz de hacer su paciente o en su defecto si necesita de total ayuda para realizar las actividades planteadas.

ALIMENTACIÓN	Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).	
	Necesita ayuda, para cortar carne, pan; pero es capaz de comer solo.	
	Necesita ser alimentado por OTRA PERSONA .	
BAÑO	Es capaz de lavarse entero SOLO , incluyendo entrar y salir de la bañera.	
	Necesita CUALQUIER ayuda.	
VESTIDO	Es INDEPENDIENTE : capaz de quitar y ponerse la ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...	
	NECESITA AYUDA , pero hace buena parte de las tareas habitualmente.	
	DEPENDIENTE : necesita mucha ayuda.	
ASEO	INDEPENDIENTE : se lava la cara, las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...	
	Necesita ALGUNA ayuda.	
USO DE RETRETE	Es INDEPENDIENTE : entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa.	
	NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.	
	DEPENDIENTE : incapaz de manejarse sin ayuda	
DEFECACIÓN	Es CONTINENTE E INDEPENDIENTE : ningún episodio de incontinencia.	
	Tiene ACCIDENTE OCASIONAL . Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.	
	INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.	

MICCIÓN	Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.	
	Tiene ESCAPE OCASIONAL : máximo un episodio de Incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.	
	INCONTINENTE.	
DEAMBULACIÓN	Es INDEPENDIENTE : camina solo 50 metros. Puede usar muletas o bastón excepto andador.	
	NECESITA AYUDA o SUPERVISIÓN FÍSICA O VERBAL , para caminar 50 metros, utiliza andador.	
	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS , sin ayuda 50 Metros. Capaz de girar esquinas.	
	DEPENDIENTE : incapaz de manejarse sin asistencia.	
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Es INDEPENDIENTE : sube y baja solo.	
	NECESITA AYUDA física o verbal.	
	INCAPAZ de manejarse sin asistencia.	
TRANSFERENCIA (trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	Es INDEPENDIENTE.	
	NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).	
	NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero puede permanecer sentado sin ayuda.	
	Es INCAPAZ , no se mantiene sentado.	

TOTAL: _____

SECCIÓN IV. CUESTIONARIO “QUALITY OF LIFE INDEX-SPANISH VERSION.

INSTRUCCIONES: lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y por favor indique cuál es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de mala a excelente, marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas:

1.- **BIENESTAR FÍSICO** (sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

2.-**BIENESTAR PSICOLÓGICO /EMOCIONAL** (sentirse bien consigo mismo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

3.-**AUTOCUIDADO Y FUNCIONAMIENTO INDEPENDIENTE** (desempeñar sus tareas cotidianas básicas, tomar sus propias decisiones)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

4.-**FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL** (desempeñar su trabajo, tareas escolares y tareas domésticas)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

5.-**FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL** (relacionarse bien con la familia, amigos y grupos)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

6.-**APOYO SOCIAL-EMOCIONAL** (disponer de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

7.-**APOYO COMUNITARIO Y DE SERVICIOS** (vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

8.-PLENITUD PERSONAL (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad; disfrute sexual, de las artes, etc.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

9.-PLENITUD ESPIRITUAL (sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

10.-PERCEPCIÓN GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA (sentimiento de satisfacción, felicidad con su vida en general)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MALO

EXCELENTE

TOTAL:_____