

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“CARGA DE CUIDADO Y DISFUNCION FAMILIAR DEL CUIDADOR
PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES EN LA UMF No
75.NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75 NEZAHUALCOYOTL**

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

**PRESENTA
M.C. BOJORGES MOJICA CAROLINA**

**DIRECTOR DE TESIS
E.M. F. EDGAR RUBEN GARCIA TORRES**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ
PH. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN
E.M.F. BLANCA ESTELA ARIZMENDI MENDOZA
M . en I.C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

TOLUCA, MÉXICO

2013

**“CARGA DE CUIDADO Y DISFUNCION FAMILIAR DEL CUIDADOR
PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES EN LA UMF No
75.NEZHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO”**

ÍNDICE

I.-MARCO TEÓRICO.....	5
I.1.- Carga del cuidador.....	5
I.2.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR	5
I.2.1.- Eventos críticos familiares	7
I.3.- GEROCULTURA.....	8
I.3.1 Envejecimiento:.....	9
I.3.1.1. ANTECEDENTES.....	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
II.1 Argumentación.....	13
II.2 Pregunta de Investigación.	13
III. JUSTIFICACIONES.....	14
III.1 Familiar	14
III.2 Económica.	15
III.3 Académica.....	15
IV. HIPÓTESIS	16
IV.1 Elementos de la hipótesis.	16
IV.1.1 Unidades de Observación.....	16
Cuidador primario de adultos mayores de la UMF No. 75 del IMSS,.....	16
IV.1.2 Variables.	16
IV.1.2.1 Dependiente.....	16
IV.1.2.2 Independientes.....	16
IV.1.3 Elementos lógicos de relación	16
V. OBJETIVOS.....	17
V.1 OBJETIVO GENERAL.	17
V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
VI. MÉTODO.....	18
VI.1 Tipo de Estudio: Transversal, descriptivo, prospectivo y observacional...18	
VI.2.Diseño del Estudio:.....	18

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	19
VI.4 Universo de Trabajo y tamaño de muestra:	27
VI.4.1 Criterios de inclusión.....	27
VI.4.2 Criterios de exclusión.....	27
VI.4.3 Criterios de eliminación.....	27
VI.5. Instrumento de Investigación.	28
VI.5.1 Descripción.	28
VI.5.2 Validación.....	28
VI.5.3 Aplicación.....	28
VI.5.4 Descripción.	29
VI.5.5 Validación.....	30
VI.5.6 Aplicación.....	30
VI.6 Desarrollo del proyecto.....	30
VI.7 Límite de espacio.	31
VI.8 Límite de tiempo.	31
VI.9 Diseño de análisis.....	31
VII IMPLICACIONES ÉTICAS.	32
III. ORGANIZACIÓN	32
XI.-CONCLUSIONES	63
XIII.-BIBLIOGRAFÍA	65

I.-MARCO TEÓRICO.

I.1.- Carga del cuidador.

El cuidador principal soporta cada día retos imprevistos, y sufre pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional. El síndrome del cuidador no es sólo un síndrome clínico ya que también están implicadas repercusiones no médicas en aspectos sociales y/o económicos. Este síndrome se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona .los síntomas psiquiátricos que aparecen los cuidadores son estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia. Temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente y las alteraciones afectivas que pueden motivar la aparición de ideas suicidas ^(1,2)

La diferencia, en términos reales, entre el cuidado de una persona mayor dependiente y el cuidado en general está en que conlleva un aumento importante de la cantidad y diversidad de actividades que hay que desarrollar. En el primer caso, proporcionar cuidados implica dedicación importante de tiempo y energía, y conlleva tareas que pueden no ser cómodas ni agradables, suele darse más de lo que se recibe y a menudo, es algo que no se ha previsto y que modifica frecuentemente el curso de la vida de los cuidadores. Por ello, el cuidado suele ser una actividad solitaria y agotadora, aunque simultáneamente también puede experimentarse sensaciones de satisfacción al encontrar un sentido a la labor prestada. Además, ha sido tradicionalmente una actividad invisible, desarrollada en el ámbito de la privacidad doméstica y con un escaso valor social.

En la actualidad, el cuidado está presente en nuestra sociedad con la particularidad de que debía desarrollarse en un mundo cuyas estructuras sociales sean acordes a valores predominantes, como bienestar y la satisfacción individual en detrimento de otros valores más orientados a la colectividad ⁽³⁾

I.2.- FUNCIONALIDAD FAMILIAR

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa

La funcionalidad familiar cursa por cuatro etapas secuenciales: procesos de identificación, disposición al cambio, procesos de la información y estructuración de roles ⁽³⁾

Funcionalidad Familiar: Es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo al ciclo vital por el que esté atravesando dicha

familia. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de éste sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le son encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante; no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto al otro.

Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de 36 sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.⁽⁴⁾

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar, por ello, explora como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia, permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.⁽⁴⁾

La funcionalidad familiar es dinámica, ya que las familias no son estáticas y por lapsos o circunstancias pueden caer en crisis, y en ese momento ser disfuncionales en mayor o menor grado, y recuperarse posteriormente. Sin embargo algunas familias ante un problema no consiguen su homeostasis y la disfunción se vuelve irreparable o llegan a la desintegración, no obstante el mayor porcentaje de familias recuperan su funcionalidad sin ayuda técnica específica.

Los incidentes afectan a los miembros de una familia en forma distinta en diferentes momentos, por eso, la homeostasis familiar puede funcionar adecuadamente para ellos durante algunos periodos de la vida familiar y no durante otros. El mantenimiento de éste equilibrio es un requisito indispensable para que la familia cumpla con sus funciones eficazmente. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez.⁽⁴⁾

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Satir emplea los siguientes criterios:

1) Comunicación: En una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente; características opuestas en una disfuncional.

2) Individualidad: La autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no sólo se toleran, sino que se estimula para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.

3) Toma de decisiones: La búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por su poder. En las familias disfuncionales importa más quien va a “salirse con la suya” y consecuentemente los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.

4) Reacción a los eventos críticos: Una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.

I.2.1.- Eventos críticos familiares

El médico que brinda atención a sus pacientes en el contexto de la familia, debe comprender el impacto de que las crisis ocasionan en el estado funcional de la misma. Este conocimiento facilitará el diagnóstico y manejo de la disfunción familiar.

Como sistema sociocultural abierto, la familia enfrenta constantemente situaciones críticas inducidas por cambios biopsicosociales en uno o varios de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en que está incluida.

Una crisis; es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de una familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

Los eventos críticos incrementan la tensión dentro del grupo familiar y cuando no son manejadas adecuadamente pueden conducir al deterioro de la salud familiar

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismos y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etc. ^(.5)

El sano funcionamiento de la familia requiere que estas crisis sean reconocidas y validadas por ella misma como problemas potenciales, a fin de poder ser resueltas favorablemente.

Ante la presencia de eventos críticos, al estudiar una familia se debe explorar cuidadosamente la forma en que el grupo los identifica y aborda, así como el nivel de conflicto alcanzado, los cambios posteriores ante tales situaciones, y el grado de compromiso, solidaridad y apoyo entre la pareja y/o el resto de la familia.

Tanto la vulnerabilidad familiar como la capacidad regenerativa del sistema, que se expresa como la disponibilidad de recursos que éste puede poner en juego, se ven afectadas por la concurrencia de éstos factores tensionaste.

La familia funcional no difiere de la disfuncional por la ausencia de problemas, lo que las hace diferentes es el manejo que hacen de sus conflictos, no la ausencia o presencia de ellos. ^(6,7)

I.3.- GEROCULTURA

La gerocultura es el cuidado del adulto mayor. Este término, comprende toda clase de atenciones o cuidados que pueden ofrecer y deben recibir un adulto mayor en cualquier situación en que se halle, sea en su domicilio, hogar de ancianos, u hospital, en la comunidad o colectivamente en centros sociales.

El cuidador primario es la persona que proporciona la mayor parte e la asistencia y el apoyo diario a quién padece una enfermedad, pero, el cuidador no es solo el que cuida al paciente, sino que es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa que incluye el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes facilitando la integración en su entorno y en la realidad.

Todos los profesionales, sabemos lo importante que es la figura del cuidador. Se debe reconocer que la importancia del cuidador primario va en aumento a medida que progresa la incapacidad y dependencia del enfermo. Su papel es fundamental, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para la atención de los enfermos. es el informante clave, puesto que es un observador permanente de la situación del paciente, es quien supervisa y, en muchos casos, provee los cuidados básicos al paciente y administra los tratamientos que prescribimos; es quien organiza las actividades, busca soluciones y toma las decisiones más importantes en cuanto a cómo, quién y donde se cuidará al familiar enfermo.

De acuerdo al glosario especializado en gerontología y geriatría los cuidadores se clasifican de la siguiente manera:

Cuidadores formales: Profesionales o semiprofesionales, tales como trabajadores sociales, médicos, abogados, personal de ayuda a domicilio y enfermeras, que cuidan de personas mayores en una amplia variedad de ámbitos ^(.8, 9)

Cuidadores informales: familiares o personas cercanas a la familia que cuidan de la persona mayor, realizando la tarea del cuidado bien en la casa de la propia persona mayor o en la casa del cuidador.

Los cuidadores han existido desde hace siglos, así es como podemos escuchar de diferentes culturas una antiguas, otras aún presentes. Podemos nombrar a

los koryaques, los chuches, los esquimales, los ojibwas del norte, los yaganes, los aleutianos, los jíbaros, los tics de Nigeria, los kikuyos de Kenia; que de alguna manera cuidaban según sus usos y costumbres a los adultos mayores. También existen libros como la biblia donde se narran los cuidados del anciano. En las leyes de Solón, vigentes en la Grecia antigua, se establece que si alguno no alimenta a sus padres, sería privado del derecho de ciudadanía. Esparta era una de las ciudades que más cuidaba a sus viejos; la gerusia era un consejo de 30 ancianos (gerontos) que dirigían y controlaban la política de la república. Existieron movimientos socio religiosos, las beguinas, mujeres dedicadas a trabajos sociales y de enfermería, preferentemente a domicilio llevaban ropa, alimentos u otros objetos de la vida diaria a los necesitados que generalmente eran adultos

mayores^(.10)

I.3.1 Envejecimiento:

Existen varias definiciones que pueden encontrarse en la bibliografía que demuestran la dificultad para definir con claridad al envejecimiento. Este debe considerarse como parte del proceso normal que ocurre a lo largo de un ciclo de vida. Durante el mismo, los cambios anatómicos y fisiológicos reducen la reserva fisiológica y la capacidad funcional, de ahí que la disminución de la reserva homeostática sea una de las mayores características del envejecimiento.

Así podemos encontrar diferentes y variadas definiciones del envejecimiento: Marcel Archard⁽¹¹⁾, un viejo es alguien que tiene diez años más que uno mismo. Para Frolkis¹ se trataría de un proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes que la vejez, y que evoluciona de forma continua siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas.

Los continuadores de la escuela Verzar⁽¹¹⁾ lo define como un fenómeno de desaparición paulatina del individuo, regulado por un desplazamiento del colágeno y unido a un descenso global del metabolismo. Para Brocklehurst⁽¹¹⁾ el envejecimiento es un proceso progresivo de desadaptación del individuo al medio que le rodea, que termina con la muerte. La definición clásica de Binet y Bourlière⁽¹¹⁾. Todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

Por tratarse de un proceso dinámico, único y heterogéneo en cada individuo, el envejecimiento suele seguir una trayectoria ascendente seguida de otra descendente. Sin embargo, esto, que puede considerarse ideal, puede modificarse hacia otra trayectoria senil o declinación acelerada por la influencia de diversos factores externos (ambientales, nutricionales, enfermedades, etc.) e internos (hormonales, metabólicos y genéticos entre otros^(12.)

En los últimos treinta años del siglo veinte, la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia también la estructura de las edades de la población. El mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio

poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del presente siglo ⁽¹³⁾

La organización mundial de la Salud informó en 1999 que la esperanza de vida está determinada en forma notable según el grado de desarrollo económico de cada país, siendo de 75 años para los más desarrollados a 49 años para los menos favorecidos (África subsahariana y Haití en América Latina). No obstante, en países con mayor grado de desarrollo tecnológico e industrial, como Estado Unidos, algunos de Europa y Japón esta cifra excede los 80 años .Este siglo estará marcado por el envejecimiento poblacional. En casi todos los países se proyecta que de 2000 a 2030 el número de personas de 65 años pasará de 550 millones a 973 millones, es decir que el incremento será de 6.9 a 12 % a nivel mundial: en Europa pasará de 15.5 a 24.3%; en Norteamérica, de 12.6 a 20.3%; en Asia, de 6 a 12 % y en América latina y el Caribe, de 5.5 a 11.6 %; en tanto que para el África subsahariana el aumento será de 2.9 a 3.7 % ⁽¹⁴⁾. En América Latina se ha incrementado la esperanza de vida. Según proyecciones del Centro latinoamericano de demografía (CELADE), la vida de la persona de 60 años puede prolongarse por más de 20 años, con diversas consecuencias tanto en el ámbito económico, social, político y desde luego de salud.

Las transiciones demográficas y epidemiológicas provocan que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada.

En el Instituto Mexicano del seguro Social (IMSS), la población mayor de 60 años adscrita a médico familiar pasó de 3.8 millones en 2000, a 5.2 en 2007, es decir de 12.4 a 14.5 % del total de la población en la institución, lo cual significa una proporción que va en aumento y que el fenómeno del envejecimiento representa un desafío para el IMSS, ya que la proporción de adultos mayores será muy superior a la atendida por el resto de las instituciones de salud ^(1.516,)

El conocer qué pasa con una población envejecida en el mundo, nos lleva a pensar que debemos revisar los programas y las estrategias realizadas para ellos, así como el llevar a cabo propuestas para crear otra línea que ayude a tratar desde un punto de vista económico, social, cultural y accesible, este personaje que es el cuidador que siempre está a su lado, sin embargo hasta hoy a sido poco conocido y estudiado.

I.3.1.1. ANTECEDENTES

De los trabajos realizados en el mundo sobre cuidadores, se describe a continuación los más importantes para el presente trabajo.

En el trabajo de “sentido del cuidado y sobrecarga” ⁽¹⁷⁾ de Fernández-Capo M estudiaron 80 cuidadores familiares de Alzheimer, donde utilizaron el instrumento Zarit, Todos fueron cuidadores principales que cumplían los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador familiar de un paciente con Alzheimer y haber tenido como mínimo en los últimos 6 meses la responsabilidad principal del cuidado. Este estudio aportó que los cuidadores tuvieron un rango de edad entre 36 y 87 años, con una media de 62 años. El

71.3% fueron mujeres y el 28.7%, varones. La relación de parentesco con el paciente fue, principalmente, de cónyuges (53.3%) e hijos (41.3%), y sólo un 5.4 % estaba representado por otros familiares. Las limitaciones de este estudio es que faltaron factores asociados, como depresión, tabaquismo, alcoholismo, estado nutricional, tiempo de cuidado, y funcionalidad familiar. No se ha demostrado relación entre el nivel de carga del cuidador con el tiempo que se utiliza para proporcionar los cuidados, o la progresión de la enfermedad del familiar quien recibe los cuidados.

En el trabajo de. "PREDICTING CAREGIVER BURDEN AND DEPRESSION IN Alzheimer's disease" ⁽¹⁸⁾ De Clyburn donde se utilizó el instrumento de depresión de Beck, indica que la mayoría de los cuidadores principales presentan sintomatología psiquiátrica del tipo de ansiedad y depresión,

(72-87 %); siendo los cuidadores principales del sexo femenino los que presentan la sintomatología psíquica de manera más significativa. Los cuidadores principales hijos políticos presentan un grado de carga significativamente más alta que otros familiares. Y son los trastornos de conducta del paciente, más que el deterioro, los que determinan una mayor sobrecarga con los cuidados. En los cuidadores de un enfermo con Alzheimer se han encontrado que estos sufren niveles de ansiedad y depresión superiores, así como una salud física más deteriorada. Dentro de los límites de este estudio está el haberse realizado en pacientes con Alzheimer, no con cuidadores que tengan a su cargo algún adulto mayor con otra patología. la alta incidencia de ansiedad se relacionó con uso de drogas psicotrópicas entre los cuidadores. Además de no buscar cómo influye la funcionalidad familiar, alcoholismo, tabaquismo y estado nutricional.

Otro estudio: "Cuidados informales en la demencia. Predicción de sobrecarga en cuidadoras de familias" ⁽¹⁹⁾ de Artaso, menciona que las cuidadoras presentan más riesgo de ansiedad, depresión e índice de esfuerzo cuanto mayor es la dependencia física y el deterioro mental del paciente, menor el apoyo social y mayor el tiempo de cuidado de este. El hecho de no tener un trabajo reenumerado se relaciona con mayor depresión y esfuerzo, padecer una enfermedad crónica se relaciona con la depresión y esfuerzo, y no disponer de ayuda en el cuidado se asocia con la presencia de ansiedad.

Los límites de este estudio es que se realizó en cuidadores informales de pacientes con demencia, no considerando a otro tipo de patología en los adultos mayores, ni la funcionalidad familiar.

En un estudio de casos y controles: "Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones sociales" ⁽²⁰⁾ realizado por Eleana Dueñas, el tamaño de la muestra fue de 102 pacientes, el promedio de habitantes en la casa de los adultos mayores discapacitados fue 4.6 + - 1.7 personas .el nivel socioeconómico fue bajo, en 73.5%; medio 17.6% y alto en 5.9 %. Los ingresos familiares fueron con menos de un salario mínimo legal vigente mensual en el 22.5 %, con 1-3 salarios en 45.1%, con más de tres salarios en 31.4%.De los adultos mayores discapacitados promedio de edad fue 79 + - 11.4 años. El 36.3% hombres y 63.7% mujeres. El tiempo de discapacidad tuvo una mediana de 4 años. Los tipos de enfermedades fueron:

43.1% cardiovasculares; 9.8% respiratorias; 2% digestiva; 37.3% osteomuscular, 2% genitourinaria; 43.1% neurológica; 12.7% metabólica, 2% de depresión y 1% otra. Ciento dos fueron cuidadores, de los cuales 12.7% hombres y 87.3% mujeres. La mediana en el tiempo del papel del cuidador fue de 3.5 años. El promedio de las horas diarias que el cuidador dedicaba al paciente fue 16.4 +- 6.3 hrs; 36.3% de los cuidadores se recreaban, 63.7%, no tuvieron actividad recreativa alguna; 23.5% de los cuidadores eran esposos de los pacientes; 52% eran hijos(as); 2-9% eran primos(as), tíos(as). O sobrinos (as), y 21.6% otro parentesco. Para 47% de los cuidadores hubo síndrome del cuidador. De estos el 96% presentaron ansiedad y depresión. Utilizaron la escala de Zarit. El estudio de Eleana Dueñas es el que más datos ha aportado a la literatura mundial en cuanto a cuidadores se trata sin embargo los límites del estudio, es que falta indagar, tabaquismo, alcoholismo y tipo de cuidado que se le proporciona al adulto mayor. Así como medir la funcionalidad familiar con un instrumento validado que no sea el APGAR.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

II.1 Argumentación.

El papel fundamental del cuidador va en aumento a medida que progresa la incapacidad y dependencia del adulto mayor, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para la atención de su enfermo: es el informante clave, puesto que es un observador permanente de la situación del paciente; es quien supervisa y, en muchos casos, provee los cuidados básicos al paciente administra los tratamientos que prescribimos; es quien organiza las actividades, busca soluciones y toma decisiones más importantes en cuanto a cómo quien y donde se cuidará el enfermo

En México, esta tarea suele ser nueva, no se ha planificado previamente, sabemos que el cuidador no está especialmente preparado para llevarla a cabo. Es un momento de cambio en la vida personal y familiar al que es necesario adaptarse.

Si no se toman las debidas precauciones, e incluso muchas veces habiéndolas tomado, puede producirse una situación de sobrecarga del cuidador que pueden expresarse tanto por la aparición de síntomas físicos (cefaleas y lumbalgias), como psíquicos (insomnio, ansiedad y depresión) o sociofamiliares (aislamiento social, alteraciones de la convivencia familiar, pérdida del empleo y problemas económicos).

Los cuidadores presentan más riesgo de ansiedad, depresión e índice de esfuerzo cuanto mayor es la dependencia física y el deterioro del paciente menor es el apoyo social y mayor tiempo de cuidado de este. El hecho de no tener un trabajo reenumerado se relaciona con mayor depresión y esfuerzo; padecer una enfermedad crónica se relaciona con la depresión y el esfuerzo, y no disponer de ayuda en el cuidado se asocia a la presencia de ansiedad.

En la literatura no se ha demostrado cómo influye la funcionalidad familiar con el tiempo que se utiliza para proporcionar los cuidados .Por lo que surge la siguiente interrogante.

II.2 Pregunta de Investigación.

¿Cuál es la frecuencia de carga de cuidado intenso y de disfunción familiar en el cuidador primario de adultos mayores que acuden a la consulta externa de la UMF # 75?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1 Familiar

En los adultos mayores y de forma particular en aquellos quienes cuentan con alguna enfermedad crónica el control y el éxito de las intervenciones médicas requieren la participación de la figura del cuidador. Este personaje debe estar en condiciones óptimas en su salud y forma integral, para cumplir de forma eficaz

Es decir, la adherencia al tratamiento farmacológico, indicaciones no médicas, higiénicas, dietéticas, recaen en la figura del cuidador.

Todo lo anterior hace pertinente estudiar la carga del cuidador así como algunas otras condiciones de éste, que esta investigación plantea. Los resultados de la investigación ubicarían a la UMF # 75 en la vanguardia en cuanto al estudio del cuidador, de lo cual existe poca información en este país. Los hallazgos pueden ser útiles para el Plan Gerontológico Institucional que se está diseñando, de forma conjunta en la Dirección de Prestaciones médicas y la Dirección de prestaciones económicas y sociales. El presente estudio tendrá los siguientes beneficios:

- ✓ A los cuidadores:
 - En forma individual se evaluará la presencia de carga de cuidado.
 - En forma global permitirá mejorar su labor en el IMSS
 - Identificación de necesidades de capacitación y salud.

- ✓ Sociedad:

Facilitará y optimizará la atención del adulto mayor.

- ✓ Institución
Contribuirá a describir las condiciones de los cuidadores de adultos mayores portadores de enfermedades crónicas para generar programas basados en el contexto institucional.
Así mismo, estos resultados deberán considerarse en los contenidos educativos de los diversos y heterogéneos cursos de formación de cuidadores que ha proliferado en el IMSS

El realizar esta investigación contribuye a evidenciar la realidad de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica, con el propósito de abonar a las futuras intervenciones que puedan hacerse para mejorar su situación; sobre todo cuando se desconoce el perfil en México de éste personaje.

III.2 Económica.

Debido a la crisis financiera internacional, la gran mayoría de la población ha pasado a formar parte de la población productiva de los países, manejando en una parte los problemas que su trabajo les condiciona y así mismo continuando con el manejo del hogar, del cuidado de un adulto mayor lo que ocasiona en algunas ocasiones ausentismo laboral y por lo tanto repercusión económica para sus familias provocando crisis familiares repercutiendo en la funcionalidad familiar

III.3 Académica.

La importancia de realizar estudios de investigación dan al tesista la oportunidad de adquirir mayor experiencia en el área médica, además de que esto nos permite obtener el diploma de especialista en medicina familiar.

IV. HIPÓTESIS

“En el cuidador primario de adultos mayores la carga de cuidado intenso se encuentra en más del 90%, presentado disfunción familiar más del 75%”

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Cuidador primario de adultos mayores de la UMF No. 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Disfunción Familiar

IV.1.2.2 Independientes.

Cuidado Intenso.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación

En él, la carga, se encuentra en más del 90%, más del 75%.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia de carga de cuidado y de disfunción familiar del cuidador primario de adultos mayores de la UMF No 75 del IMSS, Nezahualcóyotl Estado de México.

V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✓ Determinar las características socio demográficas asociadas a la existencia de carga del cuidador primario como son: la edad, sexo, estado civil y escolaridad.
- ✓ Determinar la relación familiar, tiempo de cuidado en meses, días o semanas, asignación de cuidado, remuneración económica, y si recibe ayuda para realizar dicho cuidado, tipo de derechohabencia, y cambios realizados en su estilo de vida, así como tipo de cuidado que proporciona el cuidador primario al adulto mayor.
- ✓ Determinar la relación entre la disfuncionalidad familiar y la sobrecarga en cuidadores de adultos mayores de la UMF # 75.
- ✓ Conocer el tipo de comorbilidad del cuidador de adultos mayores de la UMF # 75.
- ✓ Describir características de los adultos mayores como son: género, edad, comorbilidad, tiempo de evolución de la enfermedad

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de Estudio: Transversal, descriptivo, prospectivo y observacional.

VI.2.Diseño del Estudio:

- ✓ El presente estudio se realizó de Mayo del 2012 a Agosto del 2012 en la UMF No 75 en un horario de 08:00 a 14:00 hrs y de 14:30 a 20:00 hrs. Tres veces por semana.
- ✓ Se identificaron Hombres y Mujeres cuidadores de adultos mayores (de 60 años y más, sin distinción de género), que asistan a la consulta de la Unidad de Medicina Familiar No 75 del IMSS.
- ✓ Antes de la aplicación del instrumento se realizó una prueba piloto del instrumento de recolección de la información.
- ✓ Al identificar al cuidador primario me dirigía a él le comentaba sobre el proyecto que estaba realizando, si me decía que aceptaba, le aplicaba el test de recolección de datos (anexo 2) a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que firmaron el consentimiento informado (anexo 1) además se les aplicó el test FF-SIL (anexo 4), y la Escala Zarit (anexo 3).
- ✓ Cuando terminaban de llenarlo les agradecía por su tiempo y participación y así lo realice de manera consecutiva hasta completar el número total de mi muestra.
- ✓ Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos (Data Base) diseñada específicamente para el estudio. Y para su análisis estadístico se utilizó los programas de análisis estadístico SPSS versión 20, al término del día.
- ✓ Al terminar la captura de todos los datos se procedió al análisis estadístico para el reporte de los resultados, análisis y presentación de los mismos.
- ✓ Elaboración de discusión, conclusiones y digitalización de la tesis.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	ESCALA	VALORES O INDICADOR	ITEM
Disfunción Familiar	La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna de estas funciones por alteraciones en algunos de los subsistemas familiares.	Se medirá con la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares(FF-SIL)	Cualitativa	Ordinal	De 70 a 57 puntos. Familia Funcional. De 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional. De 42 a 28 puntos. Familia Disfuncional. De 27 a 14 puntos. Familia severamente disfuncional.	67 A LA 80

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala	Valores o Indicador	ITEM
Carga de Cuidado	Explora el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos	Se medirá con el cuestionario Zarit que mide la sobrecarga en el cuidador primario	Cualitativa	Nominal	1.- Carga 2.- No carga	45 ALA 66
Edad del Cuidador	Es la edad del individuo en función y evolución del tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Se pregunta la edad en años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa	Discreta	Número de años	2
Sexo	Características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres; tanto aspectos físicos y caracteres sexuales.	Se pregunta por interrogatorio directo	Cualitativa	Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino	3
Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones	Se interroga directamente el estado civil durante la entrevista	Cualitativa	Nominal	1.Soltero 2.Casado (a) 3. Unión Libre 4. Viudo(a) 5. Divorciado(a) Separado(a)	4

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICION OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala	Valores o Indicador	ITEM
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Se interroga directamente hasta que año curso en la escuela	Cualitativa	Ordinal	1 sin educación formal 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Prepa o carrera técnica incompleta 7. Prepa o carrera técnica completa 8. Profesional 9 Maestría 10 Doctorado	6
Parentesco del cuidador con el adulto mayor.	Relación familiar o de amistad que lo relaciona con el adulto mayor	Se preguntará que es de usted la persona que lo cuida al momento de la entrevista	Cualitativa	Nominal	1 Hijo (a) 2 Nieto (a) 3 esposo (a) 4. Yerno/ Nuera 5. amigo (a) 6. Vecino(a) 7. Ninguno 8. Padre 9. Madre 10, Hermano (a) 11 Tío (a) 12. Sobrino (a)	7

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala	Valores o Indicador	ITEM
Tiempo de cuidado en meses	Tiempo transcurrido desde la fecha en que cuida al adulto mayor hasta el momento en que se realiza la entrevista	Se pregunta directamente el tiempo en horas dedicadas al cuidado del adulto mayor	Cualitativa	Ordinal	1.-6 meses. 2. 1 año. 3. 2 a 5 años. 4. Más de 5 años.	9
Tiempo de cuidado en días a la semana	Tiempo invertido en días a la semana dedicadas al cuidado del adulto mayor	Se preguntó el tiempo en días a la semana dedicadas al cuidado del adulto mayor	Cualitativa	Ordinal	1. 1 día 2. 2 días 3. 3 días 4. 4 días 5. 5 días 6. 6 días 7. 7 días	10
Asignación de Cuidado	Decisión de cuidar para llevar a cabo la tarea de cuidado del adulto mayor	Se pregunta por qué decidió cuidar a la persona que cuida	Cualitativa	Nominal	1,Es mi esposa(o) 2. No hay otra persona que lo haga 3.Me contrataron 4.Así se decidió en la familia 5.Poramor 6. Estoy agradecido 7. Vivo con él o ella 8. Otro	13

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICION OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala	Valores o Indicador	ITEM
Remuneración económica	Percepción de pago monetario por realizar el cuidado del adulto mayor	Se preguntó si recibe algún pago o ayuda económica por la persona que cuida Ya sea por ella o algún familiar.	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	14
Ayuda al realizar el cuidado	Percibir ayuda para llevar a cabo el cuidado del adulto mayor	Se pregunta además de usted ,hay más personas que cuiden al adulto mayor o le ayuden a cuidarlo	Cualitativa	Nominal	1.Si 2. No	15

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala	Valores o Indicador	ITEM
Derechohabiencia	Condición de seguridad social del cuidador al momento de ser entrevistado	Se preguntó al momento de la entrevista mediante el cuestionario	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. SSA 5. Seg.gastos médicos 	24
Cambio forma de vida	Cambios en el estilo de vida, que se llevan por cuidar al adulto mayor	Se interrogó directamente para que usted (cuidador) se dedique al cuidado de la persona que cuida tiene que cambiar su forma de vida	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.Si 2. No 	27
Cuales cambios al estilo de vida	Modificaciones que realizamos a nuestro comportamiento diario por un evento externo que inciden en los cambios en el estilo de vida	Se interrogó directamente en que cambio que modificaciones realizó	Cualitativa	Discreta	<ol style="list-style-type: none"> 1.Dejo de trabajar 2. Se cambió de casa 3. afecto su vida familiar 4. Afecto subida social 5. Su horario para ingerir alimentos 	28

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala	Valores o Indicador	ITEM
Tipo de cuidado que se proporciona	Cuidados realizados al adulto mayor que se llevan a cabo por el cuidador.	Se interrogó directamente que tipo de cuidados se proporcionan al adulto mayor	Cualitativa	Nominal	1. Administración de medicamentos 2. Lo baña 3. Lo cambia de ropa 4. Le realiza la comida 5. Le da de comer 6. Otro	26
Enfermedades del cuidador	Enfermedades diagnosticadas por el cuidador	Se interrogó directamente al cuidador, por las enfermedades que padece al momento de la entrevista	Cualitativa	Nominal	1. Enfermedad Cardíaca 2. Artropatía degenerativa 3. Hipertensión 4. Diabetes Mellitus 5. Sobrepeso / obesidad 6. Enfermedad Psiquiátrica 7. No sabe 8. Otra	38
Edad del adulto mayor (al que se cuida)	Tiempo transcurrido en años desde la fecha del nacimiento	Se preguntó la edad en años cumplidos hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa	Ordinal	Número de años	41

VARIABLE	DEFINICIÓN TEPORICA	DEFINICION OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala	Valores o Indicador	ITEM
Enfermedades del adulto mayor (al que se cuida)	Enfermedades diagnosticadas en el adulto mayor al momento de la entrevista	Se preguntó por interrogatorio directo al cuidador	Cualitativas	Nominal	1. Artropatía degenerativa 2. Pérdida de autonomía 3. Insuficiencia Arterial (amputación) 4. Otras enfermedades 5. Enfermedad vascular cerebral 6. Demencia 7. EPOC 8. Enf neurológica 9. Ninguna 10. Complicaciones de la Diabetes Mellitus (amputación, retinopatía, nefropatía) 11. Edad extrema con inmovilidad	44
Tiempo de la enfermedad del adulto mayor	Tiempo transcurrido en años al cuidador que tiene el adulto mayor con la enfermedad	Se preguntó el tiempo en años que tiene el adulto mayor con la enfermedad.	Cualitativa	Ordinal	1. 1 a 5 años 2. 6 a 10 años 3. 11 a 15 años 4. 16 a 20 años 5. Más de 20 años	43

VI.4 Universo de Trabajo y tamaño de muestra:

El universo de trabajo fueron los hombres y mujeres de 18 a 70 años de edad que están al cuidado de adultos mayores (sin distinción de género) que acudieron a la consulta externa ambos turnos de la UMF No 75 de Ciudad Nezahualcóyotl

El tipo de muestra es no probabilística por conveniencia representativa de la Unidad de Medicina Familiar No 75 del IMSS, en donde se tiene una población adscrita de adultos mayores de ambos sexos, de 32,764 derechohabientes. El tamaño muestral se determinó mediante la fórmula para poblaciones finitas dando como resultado 86 por lo cual se seleccionaron 100 cuidadores primarios de adultos mayores.

VI.4.1 Criterios de inclusión.

- 1.- Hombres y mujeres con edades comprendidas entre 18 a 70 años que tenga a su cargo el cuidado de un paciente adulto mayor, y que acepten participar en el estudio.
- 2.- Qué tengan más de seis meses de tener a su cargo al adulto mayor.
- 3.- que cooperen para el llenado del cuestionario
- 4.- Condiciones médicas adecuadas para su participación en el estudio.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

- 1.- Menores de edad
- 2.- Que llene de manera incompleta el cuestionario.
- 3.- manipulación a la hora de llenar el instrumentó.
- 4.- Deterioro cognitivo importante.
- 5.- Tenga menos de seis meses al cuidado del adulto mayor.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

- 1.- Aquellos que cuenten con un cuestionario contestado de forma parcial o incompleta

VI.5. Instrumento de Investigación.

VI.5.1 Descripción.

ESCALA DE ZARIT

Muchos cuestionarios se han desarrollado para cuantificar el agotamiento del cuidador. A través de preguntas se exploran las siguientes áreas: salud mental, apoyo socio-familiar, recurso, manejo de problemas de conducta del paciente y capacidad para hacer frente, y manejo a problemas. A principios de los años 60 surge el concepto de sobrecarga, que se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados, es en la década de los 80 cuando comienza su estudio en gerontología, elaborándose por Zarit y colaboradores un procedimiento para su evaluación, conocida como test de sobrecarga o escala Zarit.

VI.5.2 Validación.

Este instrumento fue revisado en 1987 y evolucionó de 29 reactivos a 22 que actualmente se utilizan para dimensionar la presencia del síndrome del cuidador que evalúa los efectos emocionales adversos vividos por el cuidador al incluir en su rutina diaria el cuidado del paciente, con el riesgo de deterioro de subida social, laboral y familiar, la mayor responsabilidad económica y el sentimiento de sobrecarga por su papel. La escala de Zarit nos ayuda a explorar el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos.

VI.5.3 Aplicación.

Es un instrumento auto administrado, consta de 22 ítems, los cuales se encuentran organizados en las subescalas de integración social, ocupación y orientación, independencia física y movilidad. Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 22, y la máxima, de 110. se han establecido los siguientes puntos de corte: entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve, y de 56 a 110, sobrecarga intensa. Según el estudio de Martín et al. (1996), con un punto de corte de 46/47, que diferenciaba entre no sobrecarga y sobrecarga leve, se obtuvo una especificidad de 84.4% y una sensibilidad: 85.1%. Con un punto de corte de 55/56, que diferenciaba entre sobrecarga leve y sobrecarga intensa, se obtuvo una especificidad de 93.3% y una sensibilidad 93.3% La fiabilidad test-retest es de 0.86 y la escala arroja una consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91.

VI.5.4 Descripción.

El test FF-SIL es un instrumento para evaluar cualitativamente la funcionalidad familiar. Este cuestionario permite evaluar la *cohesión* (unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas), la *armonía* (correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo), la *comunicación* (los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias en forma clara y directa), la *permeabilidad* (capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones), la *afectividad* (capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros), los *roles* (cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar) y la *adaptabilidad* (habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera).

El Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

No. de Situaciones Variables que mide

- 1 y 8 Cohesión
- 2 y 13 Armonía
- 5 y 11 Comunicación
- 7 y 12 Permeabilidad
- 4 y 14 Afectividad
- 3 y 9 Roles
- 6 y 10 Adaptabilidad

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa

Escala Cuantitativa

- Casi nunca..... 1 punto.
- Pocas veces.....2 puntos.
- A veces.....3 puntos.
- Muchas veces.....4 puntos.
- Casi siempre..... 5 puntos.

Cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera:

De 70 a 57 puntos..... Familias funcionales

De 56 a 43 puntos..... Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos..... Familia disfuncional

De 27 a 14 puntos..... Familia severamente disfuncional

VI.5.5 Validación.

El FF-SIL es un instrumento validado en la década de los 90 para evaluar cualitativamente la función familiar.

Test de funcionamiento familiar (FFSIL) es un instrumento construido por Máster en Psicología de Salud para evaluar cuanti--cualitativamente la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

El cuestionario FF-SIL para estimar el funcionamiento familiar, que previamente se validó con α de Cronbach ($\alpha=0,779$) y prueba de mitades de Spearman Brown ($r=.825$)

VI.5.6 Aplicación.

Fue aplicado por el tesista en los diferentes consultorios de la consulta externa de medicina familiar de la UMF 75 del IMSS Nezahualcóyotl Estado de México.

VI.6 Desarrollo del proyecto.

MÉTODO DE ENTREVISTA.

La realización del presente estudio descriptivo, transversal se llevará a cabo mediante la aplicación de cuestionarios (cuestionario Zarit para medir sobrecarga del cuidador, y el *Test de funcionamiento familiar (FFSIL)* es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo. Además de una ficha de identificación al cuidador primario de adultos mayores derechohabientes de la UMF No 75, que cumplan con las características de inclusión en el estudio, durante el periodo comprendido entre Mayo del 2012 a Agosto del 2012.

La primera fase del programa de trabajo consistió en la realización del protocolo y previa autorización del comité asesor se procederá a la aplicación

del instrumento dirigido al cuidador primario informal de adultos mayores de 60 años y más. Se aplicaran cuestionarios a cuidadores primarios, realizándolos durante el turno matutino, y vespertino previa explicación del propósito de cada cuestionario, su carácter de confidencialidad y características del llenado de cada uno, además de obtener su conocimiento informado.

VI.7 Límite de espacio.

La realización del estudio se hará en la Unidad de Medicina Familiar No 75 de Ciudad Netzahualcóyotl, durante el periodo de Julio 2011 a Diciembre del 2012.

VI.8 Límite de tiempo.

La realización del estudio se hará en la Unidad de Medicina Familiar No 75 de Ciudad Netzahualcóyotl, durante el periodo de Julio 2011 a Diciembre del 2012.

VI.9 Diseño de análisis.

En este caso se utilizó el programa SPSS versión 20. Y Microsoft Office Excel 2007. Para ello, se realizó previa revisión y corrección de la base de datos y se procedió a realizar análisis estadístico en base a:

a).Análisis Univariado: Se emplearon frecuencias simples para describir las variables cualitativas o categóricas, medidas de tendencia central para describir las variables de escala o cuantitativas, así como cálculo de proporciones y medidas de dispersión.

b).Análisis multivariado mediante cálculo de Razón de Momios (Razón de prevalencias).Con un intervalo de confianza del 95%, así como mediante cálculo de regresión logística binomial y multinomial con una significancia menor a 0.05 para las variables categóricas. El ordenamiento de los datos se realizó en tablas de frecuencia, ver tablas.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS.

Basándonos en el reglamento actual y vigente de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud en nuestro país, este trabajo se apega al título segundo , capítulo 1, artículo 13 y 17 categoría 1, Investigación sin riesgo debido a que los individuos a participar en este estudio solo aportaran datos por medio de una entrevista, lo cual no provoca daños físico ni mentales, no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para la guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participaran seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial , enmendada en la 52ª Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo , Escocia , en Octubre 2000.

Apegada a la declaración Helsinki de la Asociación médica mundial que establece los principios para la investigación en seres humanos, adoptada en la 18ª Asamblea General de la WMA, Filandria, Helsinki, Tokio, Japón, Octubre de 1975; 35ª Asamblea General de la WMA, Venecia, Italia, Octubre 1983; 41ª Asamblea General de WMA Somerset West, República de Sudáfrica, octubre de 2000; 53ª Asamblea General de WMA, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. 53ª Asamblea General Washington 2002 apegada al párrafo 29: 55ª Asamblea General de WMA, Tokio 2004 párrafo 30: 59ª Asamblea General de WMA, Seúl, Octubre de 2008. Así mismo se solicitó permiso a los pacientes y su autorización para su participación y elaboración de un cuestionario por medio de una carta de consentimiento informado donde se les explicaba en que constaba dicho estudio y la confiabilidad y discreción a los cuales me apegaría, lo incluyo en anexos.

III. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Carolina Bojorges Mojica

Director de tesis: M.S.P .Edgar Rubén García Torres.

IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente estudio se conformó por un grupo de cuidadores primarios de pacientes de adultos mayores. Se eligió una muestra no probabilística por conveniencia por cuotas de 100 cuidadores de adultos mayores adscritos a la unidad de medicina familiar No 75 que cuenta con un cuidador primario, con la finalidad de evaluar la carga de cuidado y la disfunción familiar del cuidador. Del periodo de Abril a Junio del 2012 encontrándose De los resultados obtenidos en el cuestionario Zarit que mide la sobrecarga del cuidador encontramos que el 47%no presenta sobrecarga, el 22%presenta sobrecarga intensa, y el 31% presenta sobrecarga leve. (Ver cuadro y gráfico 1)

Los resultados obtenidos al aplicarles el cuestionario FF-SIL que valora las relaciones intrafamiliares a los cuidadores obtuvimos que el 49% tiene una familia moderadamente funcional, que el 34% tiene familias funcionales, y que17% tiene familias disfuncionales. (Ver cuadro y gráfico 2).

En cuanto a la edad del cuidador se encontró una media 50.75 +/- 13.89 años de edad como se muestra en el (cuadro y gráfico 3).

En cuanto al género, en el cuidador primario de adultos mayores, se encontró que predomina el sexo femenino con el 82% y un 20% para el sexo masculino de los 100 cuidadores primarios encuestados. (Ver cuadro y gráfico 4)

En cuanto al estado civil de los cuidadores el 45% son casados, 21% son solteros, 19% están en unión libre 6% son divorciados, 5% son divorciados, y el 4% son separados. (Cuadro y gráfico 5).

En el apartado de educación un 31% tiene educación básica completa, el 19% no completo su educación básica, el 13% tiene secundaria completa, y el 7% no completo la secundaria, el 10% completo su educación media superior, y el 7% quedo con educación media superior trunca y el 7% tiene estudios de nivel superior. (Ver cuadro y gráfico 6).

Del parentesco que tenía el cuidador con respecto al adulto mayor al momento de la entrevista se obtuvo: que 28% eran esposos, 36% era la madre del adulto mayor y 16% era su progenitor, 4% era hermano del adulto mayor, 8% era nieto, 2% era tío 1% del adulto mayor, el 5% no tenía parentesco directo con el adulto mayor (Ver cuadro 7 y gráfico)

El tiempo en años que tiene cuidando al adulto mayor el 47% tiene más de 5 años cuidándolo, el 21% tiene de 2 a 5 años con el adulto mayor a su cuidado el 15% tiene un año y el 17% tiene 6 meses con el adulto mayor a su cargo (Ver cuadro y gráfico 8).

De los días dedicado al cuidado del adulto mayor, el 59% lo cuidan los siete días de la semana, mientras el 13% lo cuida 5 días a la semana, 7% lo cuidan dos días a la semana, el 8% lo cuidan seis días a la semana, el 5% lo cuida 1 día a la semana y 4% lo cuida 3 días a la semana así como otro 4% lo cuida cuatro días a la semana. (Ver cuadro y gráfico 9)

De los 100 cuidadores el 45% lo cuida porque es su familiar el195 porque vive con el adulto mayor, el 12% lo cuida porque no hay nadie más que lo haga, el 12% porque así se decidió en la familia, el 12% lo cuida por amor. (Ver cuadro y gráfico 10).

De los 100 cuidadores entrevistados el 95% no reciben algún pago o remuneración económica por cuidar al adulto mayor y sólo el 5% recibe alguna ayuda económica. (Ver cuadro y gráfico 11).

En lo referente a cuantas personas cuidan al adulto mayor el resultado fue que el 52% tiene de 1 a 2 cuidadores más, el 31% no cuenta con más cuidadores, el 9% tiene de 3 a 4 cuidadores más, y el sólo el 8% cuenta con más de 5 personas para cuidar al adulto mayor. (Ver cuadro y gráfico 12).

El 45% de los cuidadores comento que ayuda al adulto mayor a tomarse sus medicamentos , el 40% de los cuidadores ayuda al adulto mayor a tomarse sus medicamentos, a bañarlo , le hace de comer le da de comer, el 7% sólo le da de comer, el 8% lo baña ,el 2% le da de comer. (Ver tabla y gráfico 13)

Se interrogó si el cuidador había hecho cambios en su estilo de vida el 58% no realizó ningún cambio en su estilo de vida y el 42% si cambio su estilo de vida. (Ver cuadro y gráfico 14)

De los cambios realizados el 46% de los cuidadores no realizó ningún cambio a su estilo de vida, el 18% afecto su vida social, el 19% dejo de trabajar, el 6% cambio su horario para ingerir alimentos, el 5% tuvo que cambiar de domicilio, el 3% afecto subida familiar, el 3% presentó problemas con sus hijos. (Ver tabla y gráfico 15)

En lo referente a que enfermedad padece el cuidador primario, el 29% padece diabetes mellitus, el 19% no padece enfermedades, el 19% es hipertenso, el 11% presenta obesidad y sobre peso, el 5% presenta enfermedades cardiacas, el 5% padece de asma, el 2% presenta alguna enfermedad psiquiátrica, el 1% presenta enfermedad pulmonar obstructiva crónica, otro 1% padece alguna enfermedad renal, el 1% tiene cáncer y finalmente un 1% padece alguna enfermedad hepática.(Ver cuadro y gráfico 16).

El 60% de los cuidadores respondió que el IMSS le brinda atención médica el 21% cuenta con Seguro Popular, el 3% no tiene seguridad social, el 2% cuenta con otro servicio, y el 1% le brinda seguridad social Sedena. (Ver cuadro y gráfico 17).

En cuanto a sexo del adulto mayor se encontró que el 52% eran del sexo femenino, y el 48% del sexo masculino. (Ver cuadro y gráfico 18)

La edad del adulto mayor en el 39% va de 60 a 70 años, el 37% está entre 71 a 80 años, y el 18% va de 81 a 90 años y el 7% tiene entre 91 años y más. (Ver cuadro y gráfico 19).

Se interrogó a los cuidadores si conocía que enfermedad padecía el adulto mayor encontrando que el 99% si tenía conocimiento y sólo el 1% desconocía el dato.

Se interrogó al cuidador que tiempo tenía cuidando al adulto mayor encontrando que el 42% tenía entre 1 a 5 años, al cuidado del adulto mayor, el 31% tenía entre 6 y 10 años, él 11% tenía entre 11 y 15 años, el 10 % tenía

más de 20 años cuidándolo y 6% tenía entre 16 y 20 años cuidando al adulto mayor.

(Ver tabla y gráfico 20).

Se interrogó acerca de que enfermedades padece el adulto mayor encontrando los siguientes resultados el 25% presenta complicaciones de la diabetes como retinopatía, Insuficiencia Renal, o presentado alguna amputación. Mellitus, el 20% tiene Diabetes Mellitus, el 11% padece otra enfermedad como es prótesis de cadera, lumbalgias, crónicas, o remplazo de rodilla secundaria a gonartrosis el 9% presenta secuelas de enfermedad vascular cerebral, el 6% tiene EPOC, el 5% presenta demencia mixta, el 3% epilepsia, el 1% demencia vascular, 1% edad extrema con inmovilidad, el 7% padece hipertensión arterial, el 2% ha presentado amputación arterial, 1% presenta enfermedad psiquiátrica. (Ver tabla y gráfico 21)

DISCUSIÓN

Con los datos presentados en esta investigación podemos argumentar que en estudios previos respecto a “cuidadores primarios y sobrecarga en adultos mayores” (19, 20, Artaso y Clybury), se mantienen ciertas asociaciones significativas, con nuestra investigación; La edad de los cuidadores primarios es 51 años de edad, el sexo de mayor frecuencia fue el femenino, con esto se confirman estas variables como igualitarias de los estudios previos.

Aunado lo anterior existen diferencias respecto al parentesco en nuestra investigación demostró que las personas que demandan cuidados son principalmente los padres de los cuidadores, en especial la madre, por ende nuestra investigación se encontró que a pesar de tener a su cuidado al adulto mayor por más de 5 años, además tienen otras responsabilidades familiares y laborales que en ocasiones no son remuneradas y si son remuneradas no sobrepasan el rango del salario mínimo, el instrumento de sobrecarga Zarit demostró que no existe sobrecarga intensa como lo reporta la literatura, esto podría deberse a otros factores sociales principalmente la cultura, donde el ser familiar consanguíneo directo, conlleva a determinadas conductas, prácticas y significados dentro del seno familiar.

Respecto a la disfuncionalidad familiar en relación con los cuidadores primarios medida con el instrumento SS-FIL, nuestra investigación demostró que el 49% de los cuidadores tienen familias moderadamente funcionales, el 34% familias funcionales y el 17% disfuncionales, esto demuestra que el cuidador primario presenta en su gran mayoría familias moderadamente funcionales, respecto a la literatura no existe comparativo alguno puesto que no existe información similar a este dato, pero si se confirma similitudes con otras investigaciones en las cuales han utilizado el instrumento APGAR.

Por otro lado la escolaridad de los cuidadores primarios fue de primaria completa en un 83% tienen vivienda propia pero algo muy característico es que viven en hacinamiento, con más de 5 personas; respecto a los padecimientos comorbidos de los cuidadores primarios destacan que el 49% padecen diabetes y el 19% padecen hipertensión, estos datos son novedosos puesto que en ninguna otra investigación se han presentado

Implicaciones de este estudio:

- ❖ Fincar precedente en el estudio de los cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas en nuestra unidad.
- ❖ Considerar estos resultados para el diseño de algunas intervenciones.
- ❖ Considerar estos resultados para la atención de la población de los cuidadores de nuestra unidad.

Todo esto implica una revisión exhaustiva y estricta de todo lo relacionado con los cuidadores, en nuestro país. Capacitación, atención médica, recordando que muchos de los cuidadores son también adultos mayores que padecen enfermedades crónicas degenerativas y que tenemos adultos mayores cuidando adultos mayores y que esta transición epidemiológica de nuestra pirámide poblacional no está alcanzando y se deberán tomar decisiones basadas en la evidencia generada.

Esto abre la posibilidad de continuar una línea de investigación para dar seguimiento a esta problemática dado que no existe información suficiente en este tema.

X. CUADROS Y GRÁFICOS.

CUADRO 1

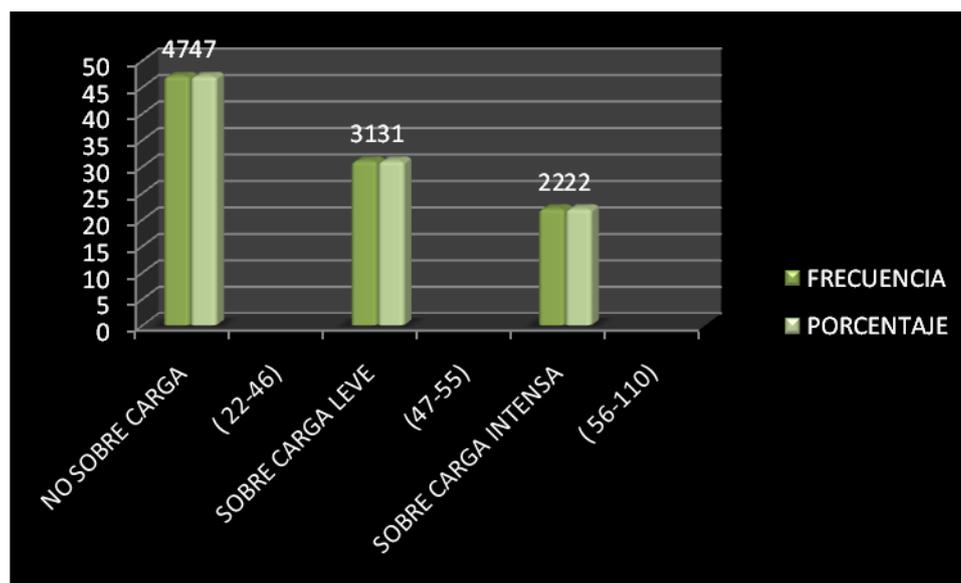
GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75

ESCALA DE SOBRE CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SOBRE CARGA (22-46)	47	47.0
SOBRE CARGA LEVE (47-55)	31	31.0
SOBRE CARGA INTENSA (56-110)	22	22.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION.

GRÁFICO I

GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75



FUENTE: CUADRO 1

CUADRO 2

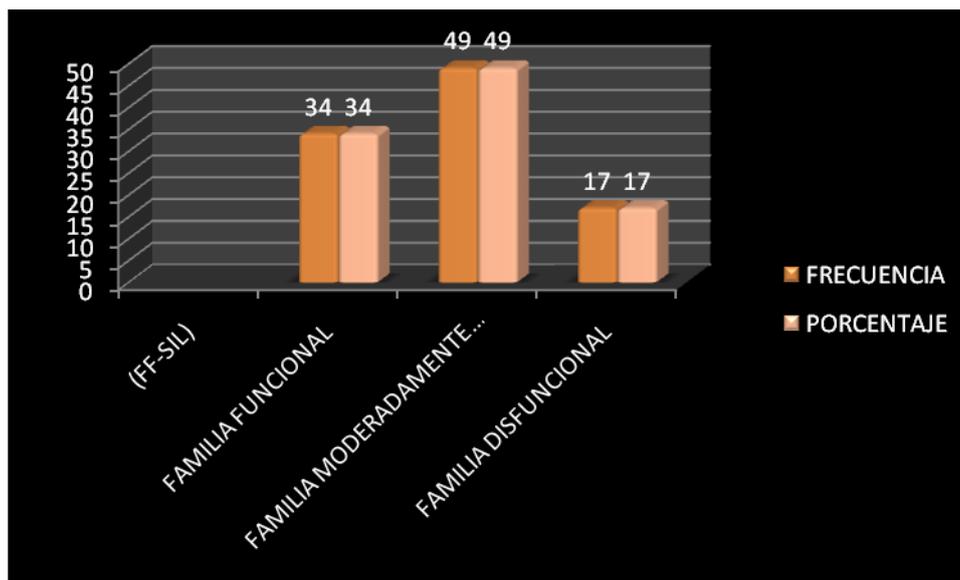
FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75.

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (FF-SIL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIA FUNCIONAL	34	34.0
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	49	49.0
FAMILIA DISFUNCIONAL	17	17.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO II

FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75.



FUENTE: CUADRO 2

CUADRO 3

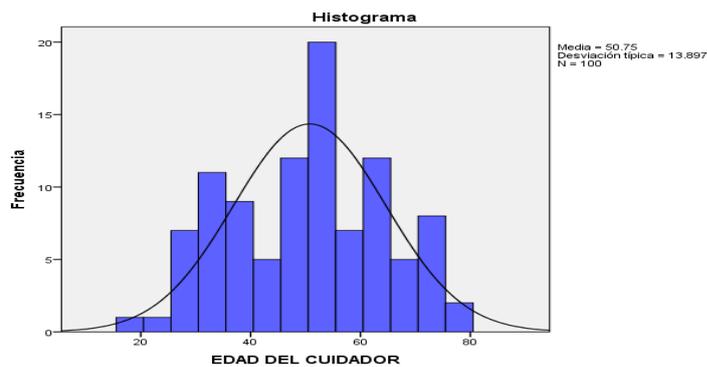
EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75. (MEDIDAS DE DESVIACION ESTANDAR)

POBLACION TOTAL	100
POBLACION PERDIDA	0
MEDIA	50.75
MEDIANA	51.50
MODA	35
DESVIACION	13.897

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO III.

EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75. (MEDIDAS DE DESVIACION ESTANDAR)



FUENTE: CUADRO 3.

CUADRO 4.

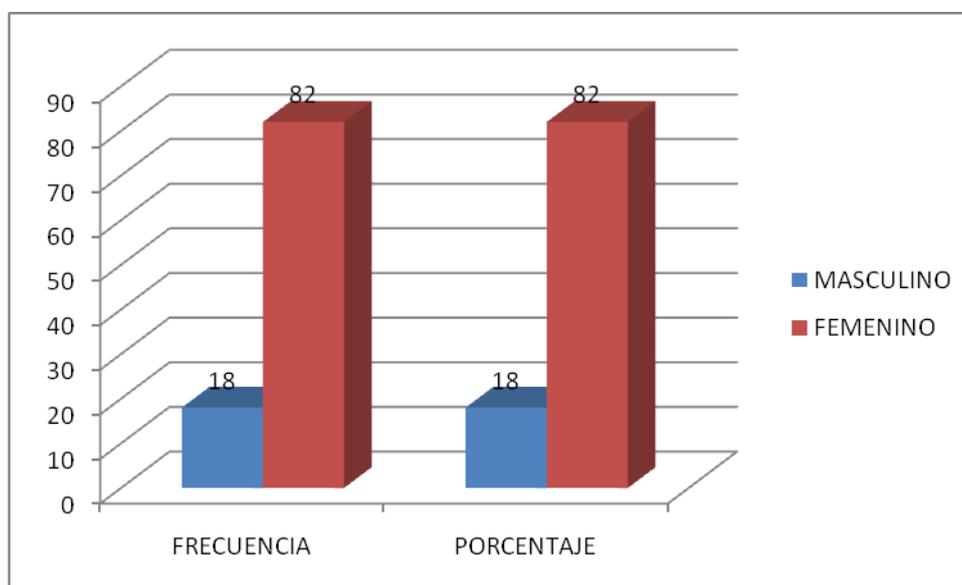
SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75.

SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	18	18.0
FEMENINO	82	82.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO IV

SEXO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 75.



FUENTE CUADRO 4

CUADRO 5

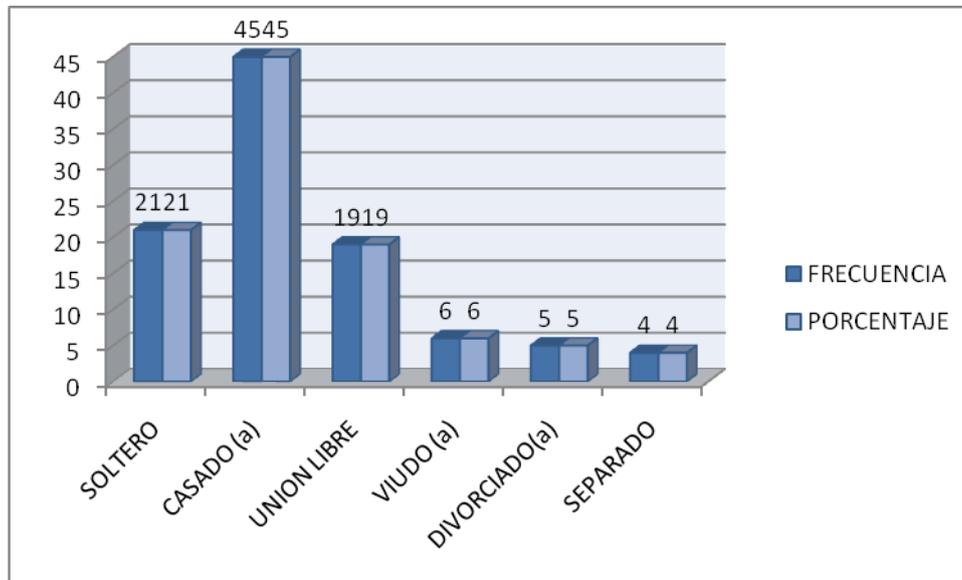
ESTADO CIVIL DE CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN ALA UMF No 75.

ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	21	21.0
CASADO (a)	45	45.0
UNION LIBRE	19	19.0
VIUDO (a)	6	6.0
DIVORCIADO(a)	5	5.0
SEPARADO	4	4.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO V

ESTADO CIVIL DE CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN ALA UMF No 75.



FUENTE: CUADRO 5.

CUADRO 6

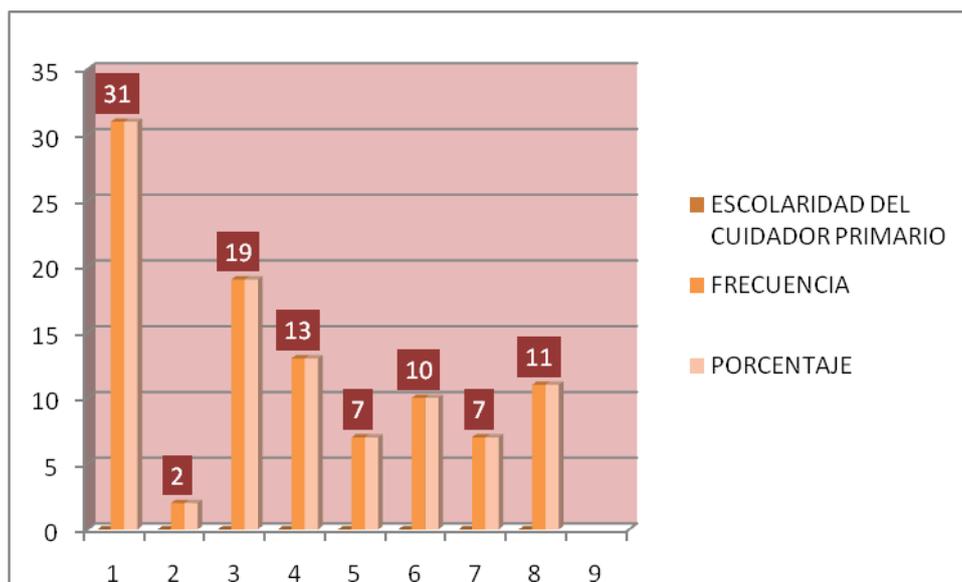
ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.

ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA COMPLETA	31	31.0
CARRERA TECNICA O COMERCIAL	2	2.0
PRIMARIA INCOMPLETA	19	19.0
SECUNDARIA COMPLETA	13	13.0
SECUNADARIA INCOMPLETA	7	7.0
PREPARATORIA COMPLETA	10	10.0
PREPARATORIA INCOMPLETA	7	7.0
LICENCIATURA	11	11.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DERECCOLECCION

GRÁFICO VI

ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.



FUENTE CUADRO 6

CUADRO 7

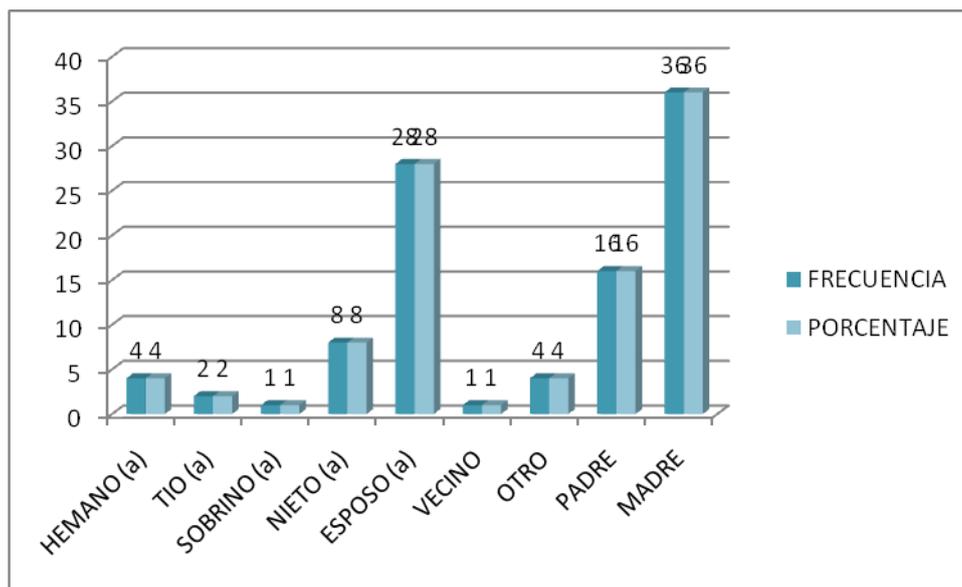
PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO CON EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75.

PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO CON EL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMANO (a)	4	4.0
TIO (a)	2	2.0
SOBRINO (a)	1	1.0
NIETO (a)	8	8.0
ESPOSO (a)	28	28.0
VECINO	1	1.0
OTRO	4	4.0
PADRE	16	16.0
MADRE	36	36.0
TOTAL	100	100

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO VII

PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO CON EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75.



FUENTE: CUADRO

CUADRO 8

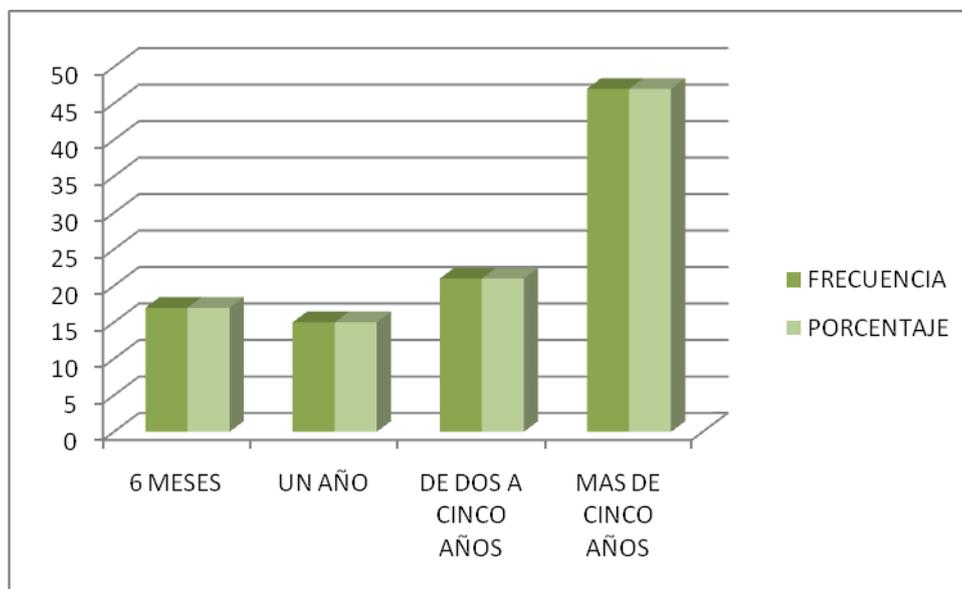
CUANTO TIEMPO TIENE CUIDANDO AL ADULTO MAYOR EL CUIDADOR PRIMARIO.

CUANTO TIEMPO TIENE CUIDANDO AL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 MESES	17	17.0
UN AÑO	15	15.0
DE DOS A CINCO AÑOS	21	21.0
MAS DE CINCO AÑOS	47	47.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO VIII

CUANTO TIEMPO TIENE CUIDANDO AL ADULTO MAYOR EL CUIDADOR PRIMARIO.



FUENTE: CUADRO 8

CUADRO 9

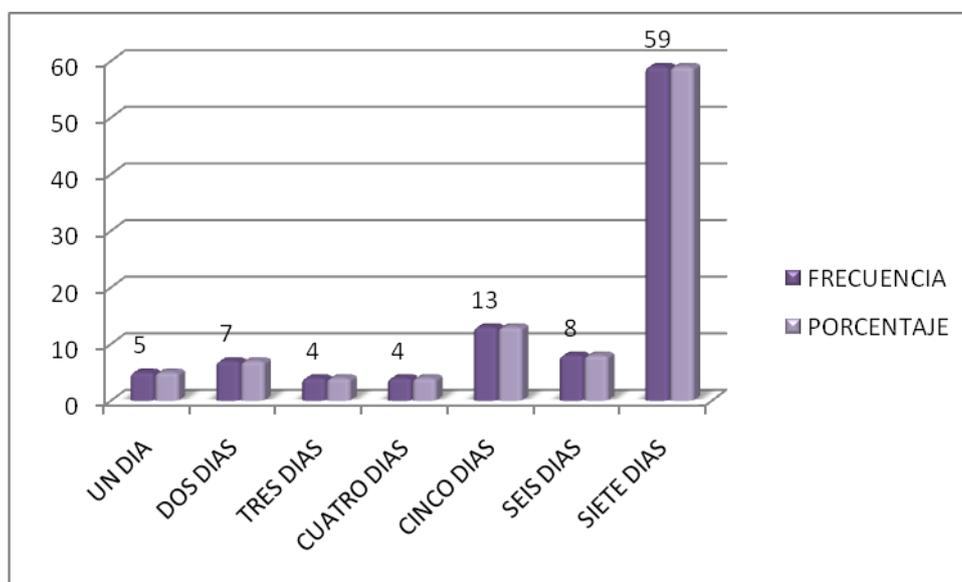
CUANTOS DIAS DEDICA A LA SEMANA EL CUIDADOR PRIMARIO A CUIDAR AL ADULTOS MAYOR.QUE ACUDE A LA UMF No 75

CUANTOS DIAS A LA SEMANA CUIDA AL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UN DIA	5	5.0
DOS DIAS	7	7.0
TRES DIAS	4	4.0
CUATRO DIAS	4	4.0
CINCO DIAS	13	13.0
SEIS DIAS	8	8.0
SIETE DIAS	59	59.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO IX

CUANTOS DIAS DEDICA A LA SEMANA EL CUIDADOR PRIMARIO A CUIDAR AL ADULTOS MAYORQUE ACUDE A LA UMF No 75.



FUENTE: CUADRO 9

CUADRO 10

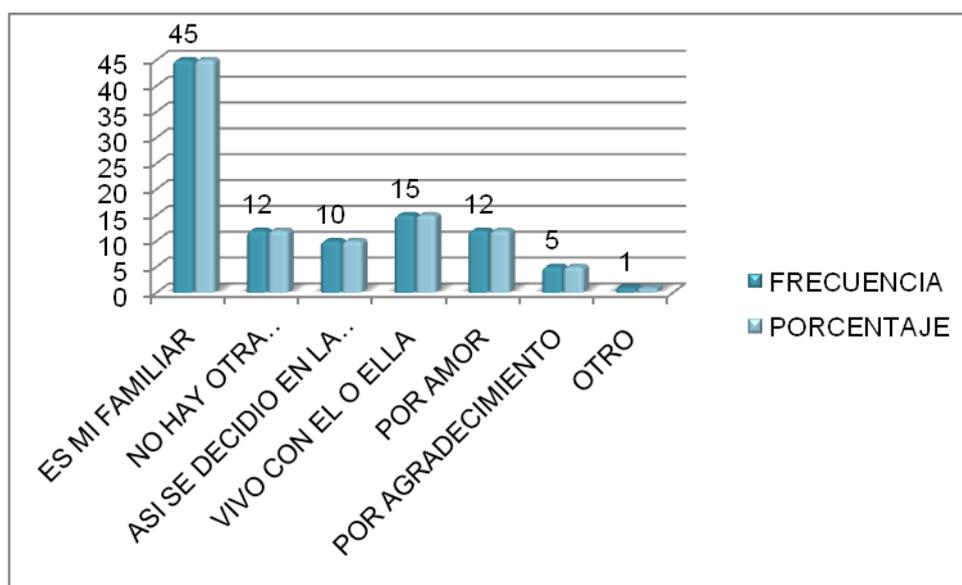
PORQUE RAZON EL CUIDADOR PRIMARIO CUIDA AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE ALA UMF No 75.

RAZON POR LA CUAL CUIDA AL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ES MI FAMILIAR	45	45.0
NO HAY OTRA PERSONA QUE LO HAGA	12	12.0
ASI SE DECIDIO EN LA FAMILIA	10	10.0
VIVO CON EL O ELLA	15	15.0
POR AMOR	12	12.0
POR AGRADECIMIENTO	5	5.0
OTRO	1	1.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO X

PORQUE RAZON EL CUIDADOR PRIMARIO CUIDA AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE ALA UMF No 75.



FUENTE: CUADRO 10

CUADRO 11

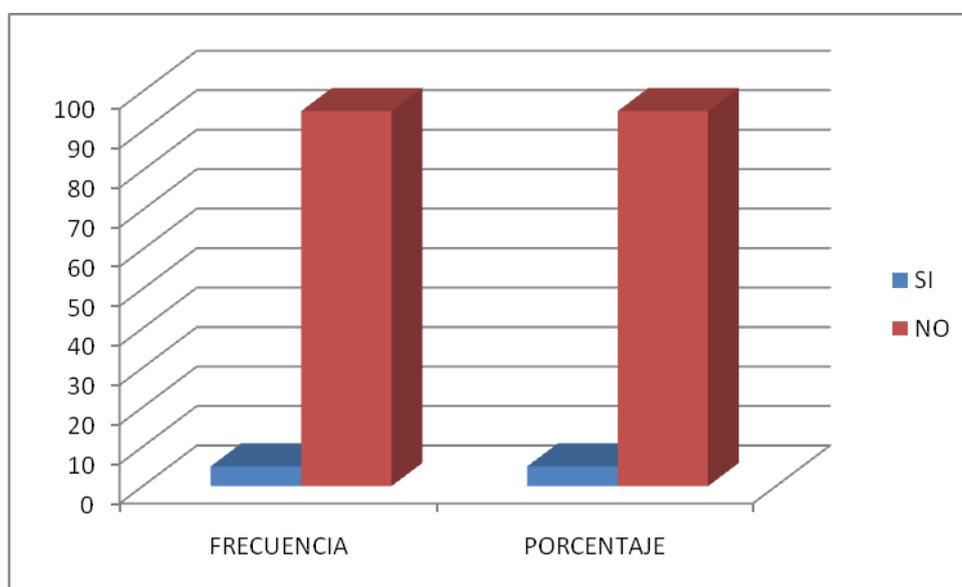
.RECIBE ALGUNA RENUMERACION ECONOMICA EL CUIDADOR PRIMARIO POR CUIDAR AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75

RECIBE ALGUNA RENUMERACION ECONOMICA POR CUIDAR AL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	5.0
NO	95	95.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO XI

RECIBE ALGUNA RENUMERACION ECONOMICA EL CUIDADOR PRIMARIO POR CUIDAR AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75



FUENTE CUADRO 11

CUADRO 12

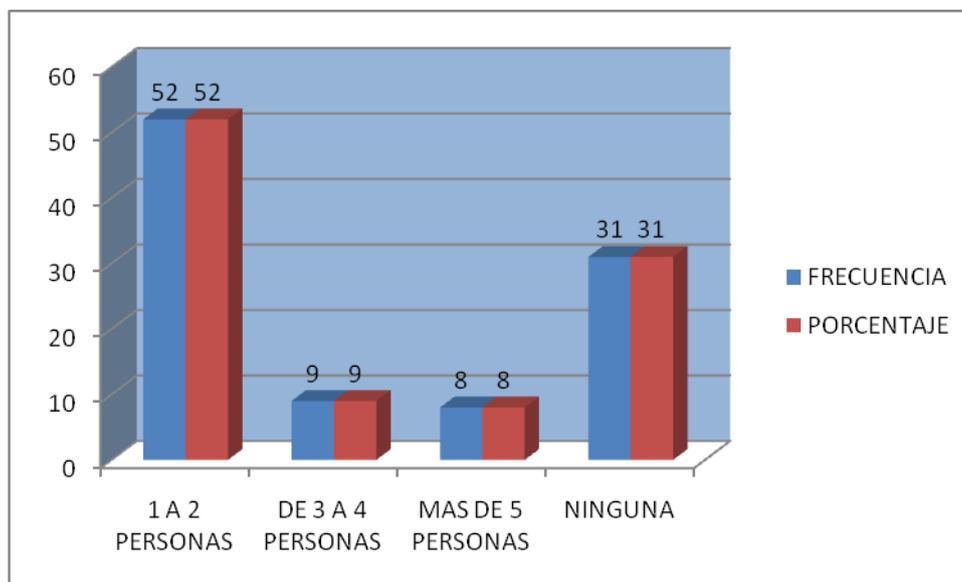
HAY MAS PERSONAS QUE CUIDAN AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF N0 75

HAY MAS PERSONAS QUE CUIDAN AL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 A 2 PERSONAS	52	52.0
DE 3 A 4 PERSONAS	9	9.0
MAS DE 5 PERSONAS	8	8.0
NINGUNA	31	31.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO XII

HAY MAS PERSONAS QUE CUIDAN AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF N0 75



FUENTE: CUADRO 12

CUADRO 13

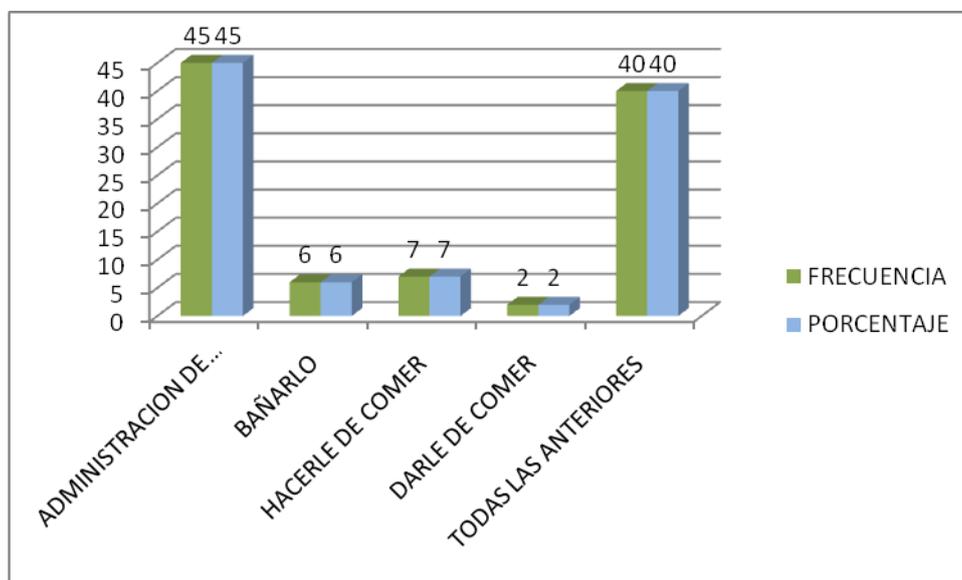
QUE TIPOS DE CUIDADO PROPORCIONA EL CUIDADOR PRIMARIO AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE ALA UMF No 75

TIPO DE CUIDADOS QUE PROPORCIONA AL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	45	45.0
BAÑARLO	6	6.0
HACERLE DE COMER	7	7.0
DARLE DE COMER	2	2.0
TODAS LAS ANTERIORES	40	40.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO XIII

QUE TIPOS DE CUIDADO PROPORCIONA EL CUIDADOR PRIMARIO AL ADULTO MAYOR QUE ACUDE ALA UMF No 75



FUENTE CUADRO 13

CUADRO 14

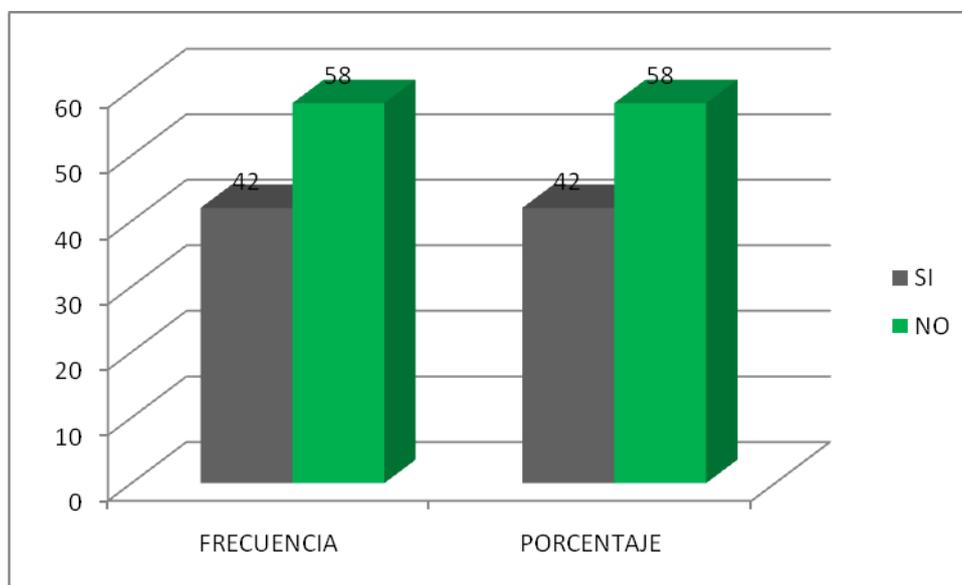
HA CAMBIADO SU ESTILO DE VIDA EL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN ALA UMF No 75.

HA CAMBIADO SU ESTILO DE VIDA EL CUIDADOR PRIMARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	42	42.0
NO	58	58.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION.

GRÁFICO XIV

HA CAMBIADO SU ESTILO DE VIDA EL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN ALA UMF No 75.



FUENTE: CUADRO 14

CUADRO 15

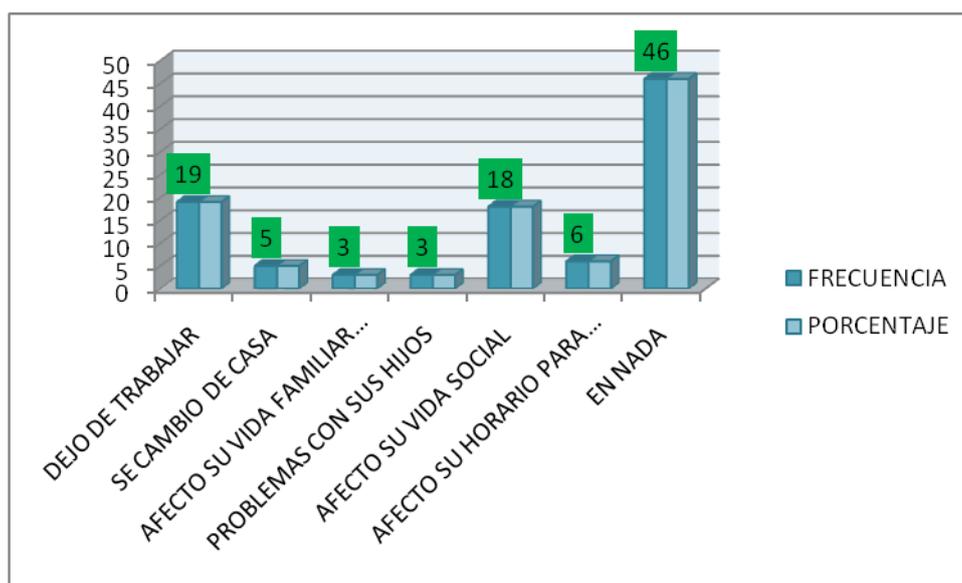
QUE CAMBIOS REALIZO EL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES ENSU ESTILO DE VIDA.

CAMBIOS QUE REALIZO EL CUIDADOR PRIMARIO HA SU ESTILO DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEJO DE TRABAJAR	19	19.0
SE CAMBIO DE CASA	5	5.0
AFECTO SU VIDA FAMILIAR (DIVORCIO,SEPARACION)	3	3.0
PROBLEMAS CON SUS HIJOS	3	3.0
AFECTO SU VIDA SOCIAL	18	18.0
AFECTO SU HORARIO PARA INGERIR ALIMENTOS	6	6.0
EN NADA	46	46.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO XV

QUE CAMBIOS REALIZO EL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES ENSU ESTILO DE VIDA.



FUENTE: CUADRO 15

CUADRO 16

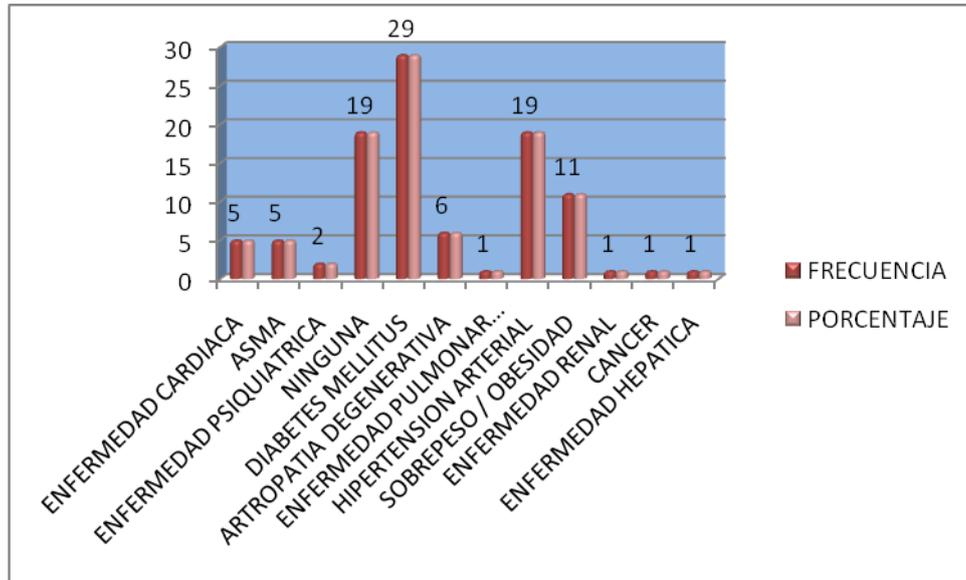
QUE ENFERMEDADES PADECE EL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.

QUE ENFERMEDADES PADECE EL CUIDADOR PRIMARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENFERMEDAD CARDIACA	5	5.0
ASMA	5	5.0
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	2	2.0
NINGUNA	19	19.0
DIABETES MELLITUS	29	29.0
ARTROPATIA DEGENERATIVA	6	6.0
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	1	1.0
HIPERTENSION ARTERIAL	19	19.0
SOBREPESO / OBESIDAD	11	11.0
ENFERMEDAD RENAL	1	1.0
CANCER	1	1.0
ENFERMEDAD HEPATICA	1	1.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO XVI

QUE ENFERMEDADES PADECE EL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.



FUENTE: CUADRO 16

CUADRO 17

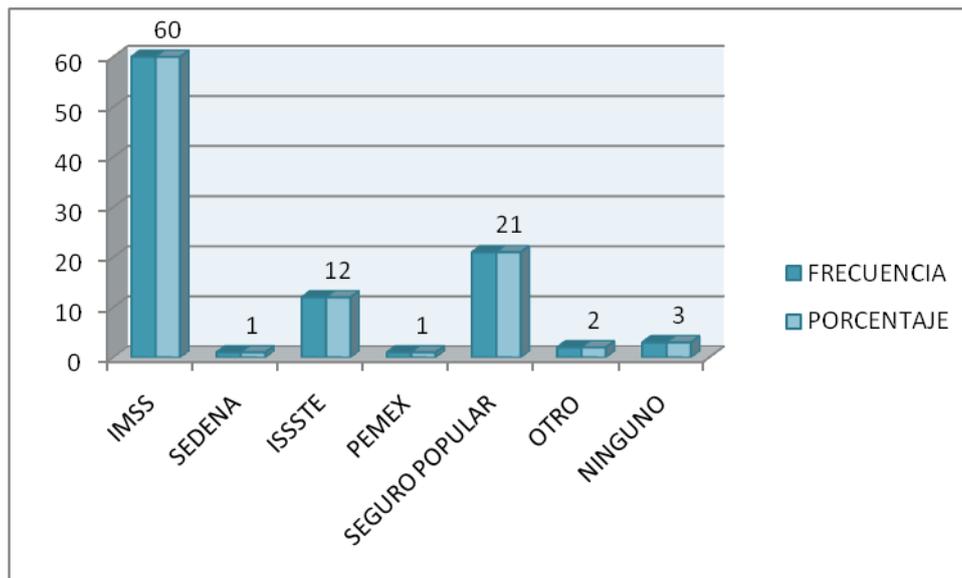
QUE INSTITUCION DE SALUD LE BRINDA ATENCION AL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.

INSTITUCION QUE LE BRINDA SERVICIO MEDICO AL CUIDADOR PRIMARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IMSS	60	60.0
SEDENA	1	1.0
ISSSTE	12	12.0
PEMEX	1	1.0
SEGURO POPULAR	21	21.0
OTRO	2	2.0
NINGUNO	3	3.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO XVII

QUE INSTITUCION DE SALUD LE BRINDA ATENCION AL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.



FUENTE: CUADRO 17

CUADRO 18

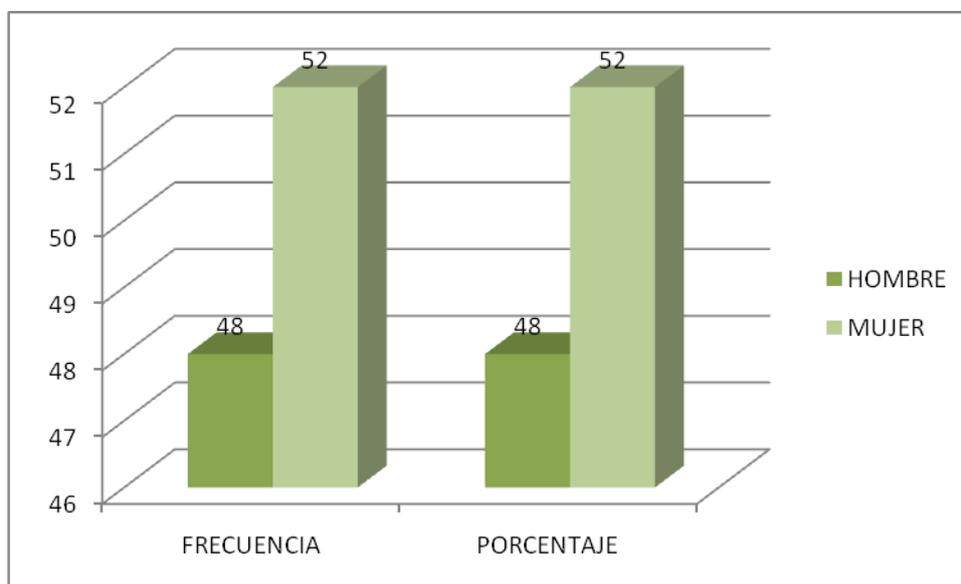
SEXO DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75.

SEXO DEL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	48	48.0
MUJER	52	52.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE. INSTRUMENTO SE RECOLECCION

GRÁFICO XVIII

SEXO DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75.



FUENTE: CUADRO 18

CUADRO19

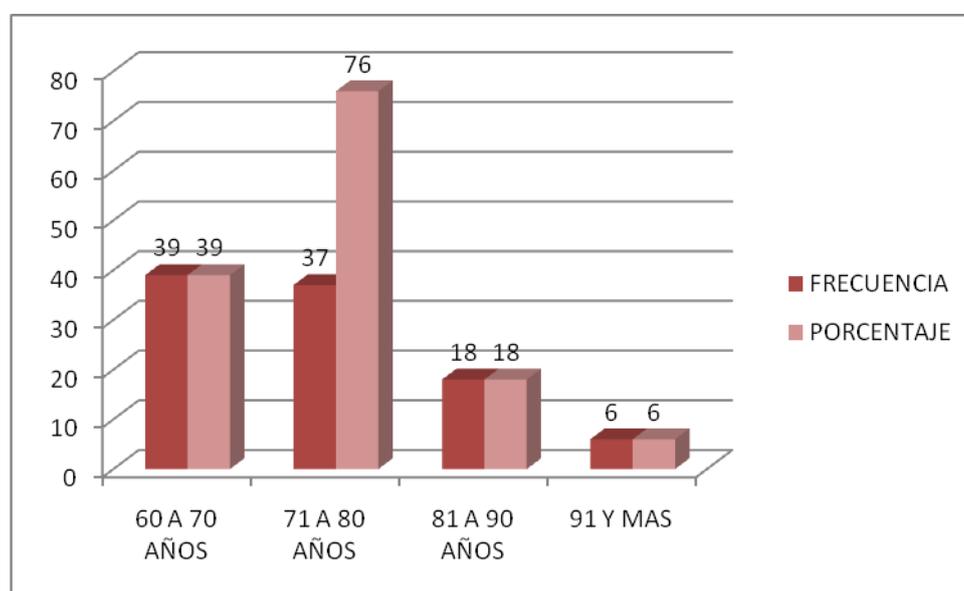
EDAD DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL AUMF No 75.

EDAD DEL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60 A 70 AÑOS	39	39.0
71 A 80 AÑOS	37	76.0
81 A 90 AÑOS	18	18.0
91 Y MAS	6	6.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTODE RECOLECCION

GRÁFICO XIX

EDAD DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL AUMF No 75.



FUENTE: CUADRO 19

CUADRO 20

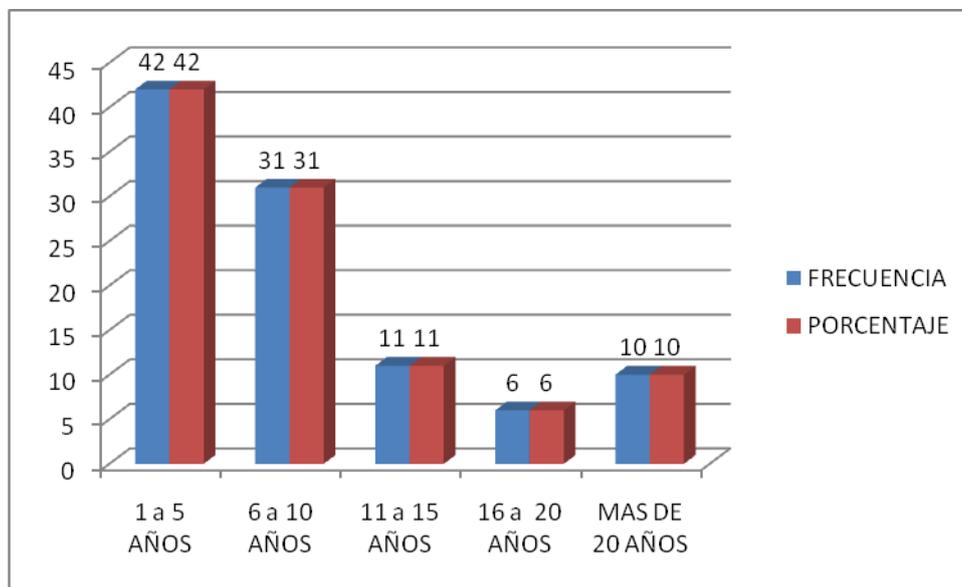
CUANTOS AÑOS TIENE ENFERMO EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75

CUANTOS AÑOS TIENE ENFERMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 5 AÑOS	42	42.0
6 a 10 AÑOS	31	31.0
11 a 15 AÑOS	11	11.0
16 a 20 AÑOS	6	6.0
MAS DE 20 AÑOS	10	10.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION.

GRÁFICO XX

CUANTOS AÑOS TIENE ENFERMO EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75



FUENTE: CUADRO 20

CUADRO 21

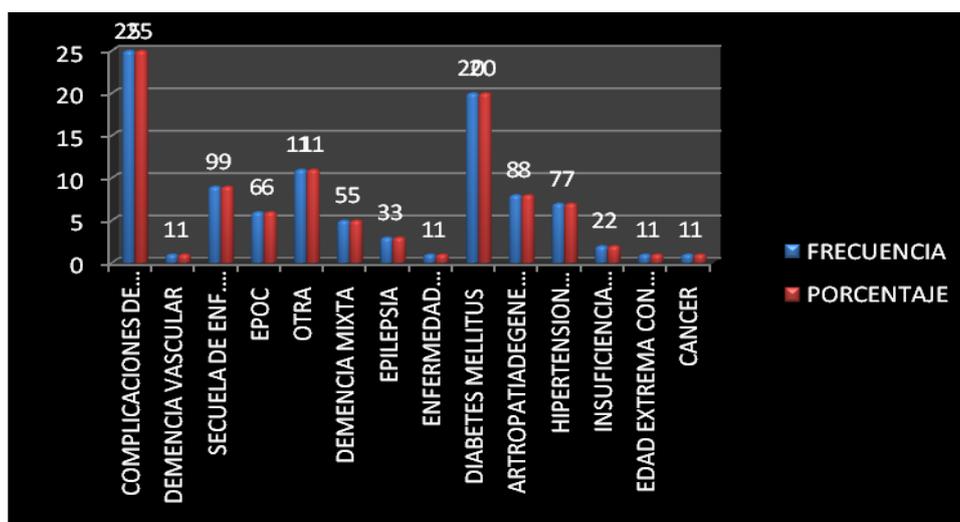
QUE ENFERMEDADES PADECE EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75

QUE ENFERMEDADES PADECE EL ADULTO MAYOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLICACIONES DE DIABETES(RETINOPATIA,IRC,AMPUTACION)	25	25.0
DEMENCIA VASCULAR	1	1.0
SECUELA DE ENF. VASCULAR CEREBRAL	9	9.0
EPOC	6	6.0
OTRA	11	11.0
DEMENCIA MIXTA	5	5.0
EPILEPSIA	3	3.0
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	1	1.0
DIABETES MELLITUS	20	20.0
ARTROPATIADEGENERATIVA	8	8.0
HIPERTENSION ARTERIAL	7	7.0
INSUFICIENCIA ARTERIAL	2	2.0
EDAD EXTREMA CON INMOVILIDAD	1	1.0
CANCER	1	1.0
TOTAL	100	100.0

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

GRÁFICO XXI

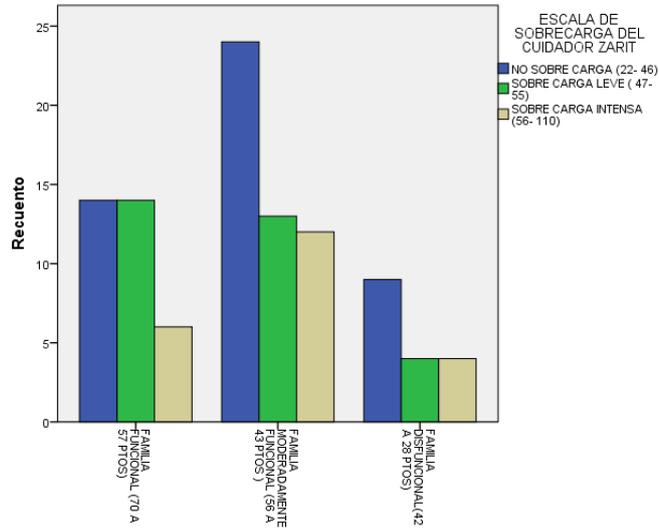
QUE ENFERMEDADES PADECEEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE A LA UMF No 75



FUENTE CUADRO 21

GRÁFICA XXII

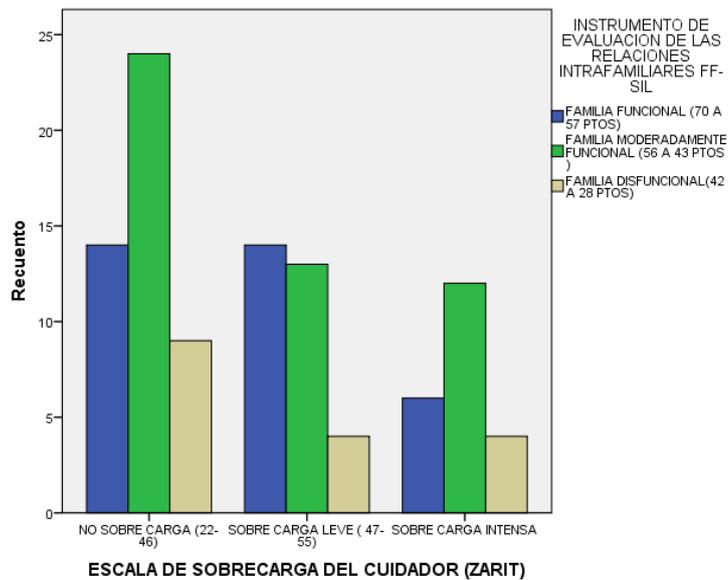
COMPARACION DE LA ESCALA DE SOBRE CARGA DEL CUIDADOR CON LA ESCALA DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES SS-FIL.



FUENTE: INSTRUMENTO SS-FIL

GRÁFICA XXIII

COMPARACION DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES FF-SIL.CON LA ESCALA DE SOBRE CARGA DEL CUIDADOR.



FUENTE: ESCALA DE ZARIT

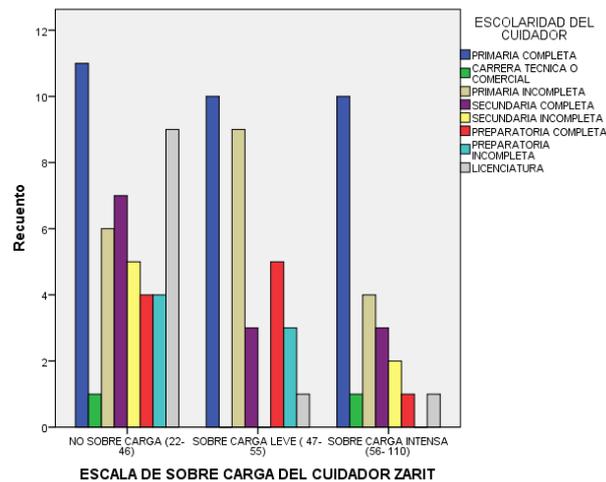
Se realizó análisis multivariado con razón de momios obteniendo resultados significativos con un $p \leq$ de 0.05 con un intervalo de confianza del 95%. Se encontró asociación entre la sobrecarga y escolaridad del cuidador, parentesco del cuidador, y cambios realizados en su estilo de vida del cuidador, como se muestra en las tablas A, B, y C.

TABLA A
ASOCIACION DE SOBRECARGA VS ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR
PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75

	Valor	Significación de Monte Carlo		
		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
ESCOLARIDAD Y SOBRECARGA	-.234 100	.005 ^c	.004	.006

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

GRÁFICA A
ASOCIACION DE SOBRECARGA VS ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR
PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.



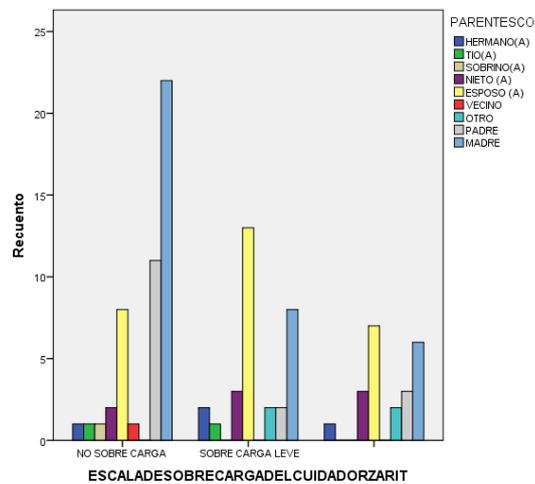
FUENTE: TABLA A.

TABLA B
ASOCIACION DE SOBRECARGA VS PARENTESCO DEL CUIDADOR
PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.

	Valor	Significación de Monte Carlo		
		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
PARENTESCO Y SOBRECARGA	-.203 100	.021^c	.018	.023

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

GRÁFICA B.
ASOCIACION DE SOBRECARGA VS PARENTESCO DEL CUIDADOR
PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA UMF No 75.



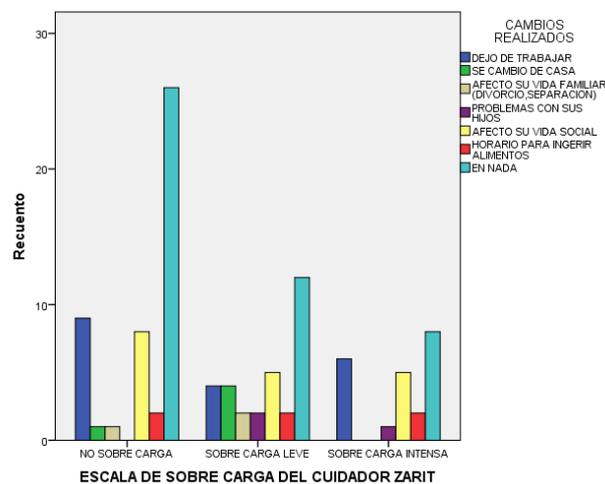
FUENTE: TABLA B.

**TABLA C.
ASOCIACION DE SOBRECARGA VS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA
DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA
UMF No 75.**

	Valor	Significación de Monte Carlo		
		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA Y SOBRECARGA	-.233 100	.014^c	.011	.016

FUENTE: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

**GRÁFICA C.
ASOCIACION DE SOBRECARGA VS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA
DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA
UMF No 75.**



FUENTE: TABLA C.

XI.-CONCLUSIONES

La familia como base formadora de la sociedad, conforma el núcleo donde se da el crecimiento y desarrollo del individuo, tan importante es la formación de redes de apoyo para afrontar las crisis para-normativas y normativas que se van generando de acuerdo al ciclo vital de la familia. Sin embargo esto se ve mermado al presentar crisis para-normativas, como lo es de tipo enfermedad, cuando un miembro de la familia es afectado por una enfermedad crónica con secuelas importantes que afectan la función física, mental o psicológica crea un ambiente que solicita tal vez la reestructuración de los papeles o roles que tiene cada miembro dependiendo de quién sea el miembro afectado por la enfermedad. La presencia de un adulto mayor y que además presente una patología, implica la afectación de su desempeño en las actividades de la vida diaria, en diferente grado dependiendo el tipo y presentación, siendo necesario que alguien adopte el rol del cuidador cuando no es posible pagar a una persona que se encargue de esto. En el presente estudio se encontró que el perfil de las personas cuidadoras es muy similar a la encontrada en los estudios previos. (Fernández-Capo M, Clyburn, y Artaso).

Se encontró una relación estadística obteniendo resultados significativos con una $p < 0.05$ con un intervalo de confianza del 95%. Se encontró asociación entre la sobrecarga y escolaridad del cuidador, parentesco del cuidador, y cambios realizados en su estilo de vida del cuidador.

Quizá lo ideal en una familia sería que cada uno de los miembros adquiriera una responsabilidad compartida, sin embargo esto no sucede. A pesar de la introducción de la mujer al ámbito laboral sigue siendo el personaje que predomina como "cuidador primario" cuando algún miembro de la familia se encuentra enfermo, esto se ve favorecido probablemente por la ideología que caracteriza a la población mexicana, y que se ve reflejada en el grado de sobrecarga ya que las cuidadoras no manifiestan sobrecarga intensa, y presentan familias moderadamente funcionales.

XII.-RECOMENDACIONES

Con la realización del estudio, se muestra que existen muchos aspectos que faltan indagar en el cuidador, quien es un personaje crucial como responsable del cuidado de un adulto mayor, ya que es quién sabe todo de nuestro paciente, antecedentes y patologías, y que ocasionalmente se acuse del descuido del mismo. Quizás nunca nos hemos cuestionado que hay detrás de un descuido o desatención hacia el adulto mayor a cuidar, porque el médico dirige su interrogatorio hacia la simple enfermedad física, pero no a indagar rápidamente sobre aspectos importantes en el ambiente familiar, no solo del adulto mayor sino de la persona que dedica su tiempo a su cuidado.

La realización de este estudio me permitió inmiscuirme un poco en la relación cuidador-adulto mayor, dándome cuenta que no solo investigar la sobrecarga del cuidador es importante sino también determinar sus redes de apoyo, indagar si hay depresión como consecuencia del descuido de su persona y dedicación para sí mismo de su tiempo libre, aspectos importantes como factores liberadores de sobrecarga. Por lo que considero que la realización de este trabajo es el comienzo, ya que hace falta estudiar otros aspectos importantes, tipología familiar donde se desarrolla el cuidador primario y el adulto mayor a su cuidado.

Es importante que el médico este consciente que tiene igual importancia no solo ver al adulto mayor afectado por una enfermedad crónica sino también identificar al cuidador primario informal y hacer un escaneo rápido sobre datos de sobrecarga, su funcionalidad familiar, sus redes de apoyo, tanto del cuidador como del adulto mayor que pudieran mermar la calidad de atención prestada al adulto mayor a su cargo, pero sobretodo porque el cuidador representa a un personaje primordial en el ambiente familiar y con alto riesgo de desarrollar enfermedades del estado psicológico, físico y social.

Cabe mencionar que es necesario mejorar los servicios ofrecidos al adulto mayor, con la finalidad de lograr su estabilidad de su salud disminuyendo al máximo la dependencia física hacia su cuidador, pues esto sería un factor que favorecería el preservar una mejor calidad de vida no solo para el cuidador sino del mismo adulto mayor.

Así también, es importante crear grupos de ayuda en las unidades de medicina familiar, para poder orientar a las personas que desempeñaran el rol de cuidador primario, sobre el tipo de enfermedad que afecta a sus familiares, las consecuencias y que responsabilidades implica la realización de esta función, además de que se debe orientar sobre la importancia de su tiempo libre a sí mismo, para aminorar el riesgo de afectación de su funcionalidad familiar, de su calidad de presentar sobrecarga.

XIII.-BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido A. et al .Cuidando al cuidador Rev. Esp Geriatr Gerontol 2003; 38:189-191.
2. En la página:(www.imsersomayores.csic.es (fue consultada agosto 2011)).
3. Inmaculada de la Serna Pedro. La vejez desconocida. Una mirada desde la Biología a la cultura. , 2003.Ediciones Díaz de Santos.
4. Ribas J. et al Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna 2000; 27; 131-134.
5. Moral S. et al. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresado. En su domicilio. Aten primaria 2003; 32; 77 87.
6. Gómez Clavelina, Francisco J: Ponce Rosas, Efrén Raúl. Una nueva propuesta para Interpretación de familia (APGAR).Aten. Fam 2010; 17 (4).
7. Mendoza Solís LA, Soler Huerta, Sainz. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar Archivos en Medicina Familiar. Enero- Abril 2006 vol. 8 (1) 27-32.
8. Rivera J, Gil P. Prevención en Geriatría: ¿Es posible? Editores Médicos, S. A.2003; 181.
9. En la página: www.dties.gob.mx (fue consultada en junio del 2011).
10. Durán Muñoz C, García Peña MC, Gallegos Carrillo K, Pérez Cuevas R, Gómez Dantés H Durán Arenas L. Envejecimiento en México; perspectivas del Instituto Mexicano del Seguro Social. En Muñoz O, García- Peña C, Durán – Arenas L, ed. La salud del adulto mayor. Instituto Nacional de Salud Pública, 2004; 87-102.
11. Vujosevich JA, Trujillo Z, Becerra M, Rivas MS. Socio demografía en Latinoamérica y futuros escenarios: Latinoamérica envejece Visión Gerontológica / Geriátrica. Argentina: Editorial Mc Graw Hill Interamericana 2007 p. 5 – 12.
12. Gutiérrez- Robledo LM. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. La situación demográfica en México. Sal Pub Méx 2004; 41: 189-202.
13. Onofre- Muñoz, García – Peña, Duran L. La salud del adulto mayor. Temas y debates. México. IMSS 2204 p. 46- 62.
14. Salgado A, Guillén F, Díaz J: tratado de geriatría y asistencia geriátrica. Salvat Editores. 1986. ISBN 84- 345-2506-2
15. Trujillo Z, Becerra M, Rivas M. Latinoamérica envejece visión gerontológica/geriátrica-Mc Graw Hill. 1ª.Edición.2007.

16. Novelo H, Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la última Década. Respyn2003, (5). Edición Especial.
17. Reyes Guadalupe. Garrido Adriana. Torres Evelia. Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 1: 111-117, enero-junio de 2010.
18. González Ortiz MA, Terán Trillo M, Ponce Rosas ER. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. Archivos de Medicina familiar 2003.
19. Fernández Capo, Pilar Gual García P. Sentido del cuidado y sobrecarga Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2005; 40 (suple 3):24-9
20. Dueñas Eleana, Martínez María, Morales Benjamín, Muñoz Claudia, Viáfara Sofía. Síndrome Del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones sociales .Colombia Médica, 2006; 37 (2):31-38.
21. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares dependientes En el hogar: desarrollo del programa “como mantener su bienestar “.Primera edición 2007. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
22. López Barahona, Ana, La importancia de un buen cuidador Gobierno de la Rioja. 2ª Edición, Logroño 2005.
23. Zambrano, Cruz. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Colombia Psiquiatría Vol. 36 Suppl.1 Bogotá oct. 2007.
24. Galarza Dolores, Guerreira, Javier, Fatas Martha. Cuidados al Enfermo de Huntington. Asociación Corea de Hungtinton Española, mayo 2006.
25. Paleo, Díaz Nancy, Falcon, Rodríguez Nieves, Rodríguez, Paleo Lester. Sobrecarga de los cuidadores de pacientes con Demencia de Alzheimer. Universidad de Maimónides, febrero 11, 2005.
26. Cuando las personas mayores necesitan ayuda, Guía para cuidadores y familiares. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSTITUTO DE MIGRACIONESYSERVICIOS SOCIALES, IMSERSO, Madrid, 1997.
27. Derechos de los cuidadores. <http://www.Uam/centros/psicología/páginas/cuidadores/derechos. Html>.
28. MATIA fundazioa. Guía para cuidadores.www.Matiafundazioa.Com.
29. Carreto Gómez, Stephanie, Garcés Ferrer, Jorge, La Sobrecarga de las cuidadores de personas Dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Génova, World Hearth Organization.2003.
30. Rocca Sacarrás, Armando Carlos, Blanco, Torres Kleydis .Carga de familiares de cuidadores de ancianos dementes .Servicio de geriatría Hospital Provincial Docente V. I Lennin. Correo científico Médico de Holguin, 2007.

31. Rojas Martínez, María Victoria. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. Av. Enf ,XXV(1): 33-45,2007.

32. Irigoyen-Coria, A. (2002). Nuevos fundamentos de medicina familiar. (1ª ed.). México: Medicina Familiar Mexicana. (Pp.65-88).

33. Huerta, J. (1999). Estudio de salud familiar en Programa de actualización continua en medicina familia 1 (1ª Ed.). México: Intersistemas 4 (pp.5-39).

34. MS Teresa Ortega, MS Dolores De La Cuesta, Lic. Caridad Días.
Propuesta de un Instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ORIENTE ESTADO DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTOCOLO DE INVESTIGACION CLINICA EN EL CUIDADOR PRIMARIO.

LUGAR Y FECHA: NEZAHUALCOYOTL, A ___ DE ___ DEL 20__

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

“CARGA DE CUIDADO Y GRADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DE ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF # 75.”

Cuyo objetivo es estimar la prevalencia de la carga de cuidado en cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF #75 y medir el grado de funcionalidad familiar de adultos mayores de la UMF # 75.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un par de encuestas, que han sido previamente validadas para este tipo de estudio.

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

1. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de las encuestas que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
2. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi estancia en el plantel.
3. El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente.

Investigador: Dra.: Carolina Bojorges Mojica. Residente de Medicina Familiar.

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.



“INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL“ UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FOLIO:

Unidad de Medicina Familiar No. 75

El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar la sobrecarga y grado de funcionalidad familiar de los cuidadores primarios de adultos mayores de la consulta externa de la UMF No 75 DEL IMSS para así poder contribuir a crear estrategias de intervención ante este problema de Salud Pública.

Tiene una duración aproximada de 20 minutos.

INSTRUCCIONES

Este cuestionario tiene tres secciones: la primera, del cuidador y las repercusiones de la carga de cuidado así como los factores asociados a esta, la segunda las características del adulto mayor al que se cuida, y la última de la funcionalidad familiar.

INSTRUCCIONES: Este cuestionario que a continuación voy a realizarle es para conocer características de las personas como usted que cuidan a otras, el cuestionario consta de preguntas cortas y precisas. Después de leer cuidadosamente, elija marcando con una cruz (“X”), el cuadro que contenga la opción que usted considere adecuada. El llenado de este cuestionario no afectará su atención médica, ni su integridad física o moral.

PRIMERA SECCION

1.- FICHA DE IDENTIFICACION

1.- Nombre del entrevistado(a):

2.- ¿Cuántos años cumplidos tiene?

3.- Sexo: M F

4.- En cuanto a su estado civil usted está: Soltero(a) Casado(a) Unión Libre Viudo(a) Divorciado(a)
Separado(a)

5.- Sabe leer y escribir: 1. SI 2. No

6.- ¿Cuál es su escolaridad? 1. Primaria Completa 2. Primaria Incompleta 3. Secundaria Completa 4. Secundaria Incompleta

6. Preparatoria Completa 7. Preparatoria Incompleta 8. Licenciatura 9. Maestría 10. Doctorado

11. Carrera Técnica o Comercial.

7.- ¿Qué parentesco tiene con la persona que cuida? 1. Hijo(a) 2. Nieto(a) 3. Esposa(o) 4. Amigo(a) 5. Vecino(a)
6. Ninguno 8. Otro

9. Padre 10. Madre 11. Hermano(a) 12. Tío(a) 13. Sobrino(a) 14. Comunidad religiosa 8.- ¿Es usted cuidador profesional? 1. Si 2. No

9.- ¿Cuánto tiempo tiene cuidando a la persona que cuida?

10.- ¿Cuántos días de la semana cuida a la persona que cuida?

- 11.- ¿Cuánto tiempo dedica al día a la persona que cuida?
- 12.- ¿Cuánto tiempo tiene cuidado a la persona que cuida?
- 13.- ¿Por qué decidió usted cuidar a la persona que cuida? 1. Porque es mi familiar 2. No hay otra persona que lo haga
3. Me contrataron 4. Se decidió así en la familia
5. Vivo con el ó ella 6. Por amor 7. Estoy agradecido(a)
8. Otro
- 14.- ¿Recibe algún pago o ayuda económica por la persona que cuida? Sí No
- 15.- ¿Además de usted ¿ hay otra persona o personas que cuidan a la persona que usted cuida? Sí No
- 16.- ¿Cuántas?
- 17.- ¿Vive usted con la persona que cuida? Sí No
- 18.- ¿Ha recibido información para cuidar adultos mayores? Sí No
- 19.- ¿En dónde recibió la información?
1. Unidad médica de alta especialidad
2. Hospital General Regional
3. Unidad De Medicina Familiar
4. Otro especifique cuál
- 20.- ¿Quién le proporcionó la información que recibió?
1. Enfermero(a)
2. Gericultista
3. Médico
4. Otro especifique cuál
- 21.- ¿Tiene usted alguna constancia o título del curso donde recibió la información para realizar el cuidado? 1. Si 2. No
- 22.- Además de cuidar a la persona que cuida, tiene algún otro trabajo donde reciba un ingreso asalario? Si ¿Cuál? 2. No
- 23.- ¿Tiene usted derecho a algún servicio médico? 1. Si 2. No
- 24.- ¿A qué institución tiene derecho? IMSS SEDENA ISSSTE PEMEX
- 25.- ¿Señale qué otra responsabilidad tiene usted aparte de cuidar al adulto mayor?
- 1.- Trabajo, remunerado fuera de la casa
- 2.- Esposo
- 3.- Hijos
- 4.- Preparación de alimentos para el resto de la familia
- 5.- Aseo de la casa
- 6.- Nietos
- 26.- ¿Cuál es el tipo de cuidado que proporciona al adulto mayor?
1. Administración de medicamentos
2. Bañarlo

3. Cambiarlo de ropa
4. Hacerle de comer
5. Darle de comer
6. Todas las anteriores

27.- Para que usted se dedique al cuidado de la persona que cuida ¿ha tenido que cambiar su forma de vida?

1. Si
2. No

28.- ¿En qué cambió? 1. Dejó de trabajar

2. Se cambió de casa

3. Afecto su vida familiar (divorcio, separación)

4. Problemas con sus hijos

5. Afecto su vida social

6. Horario para ingerir sus alimentos

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS: Ahora continuaremos con preguntas sobre donde vive actualmente y como es su vivienda.

29.- ¿Qué tipo de vivienda tiene? 1. Casa 2. Departamento 3. Cuarto compartido

30.- La vivienda donde usted habita es: 1. Propia 2. Rentada 3. Prestada 4. La esta pagado

31.- ¿Cuántos cuartos tiene su vivienda sin contar baños, pasillos y cocina?

32.- ¿Cuántas personas habita en la vivienda donde vive?

33.- ¿Cuál es el material predominante del techo de su vivienda? 1. Lámina de cartón

2. Concreto

3. Lámina de asbesto

4. Madera

34.- ¿Con que servicios cuenta su vivienda?

1. Agua 2. Teléfono

3. Luz 4. Pavimentación

5. Drenaje

35.- ¿Cuántas personas contribuyen al ingreso familiar?

36.- Recibe algún ingreso mensual? 1. Si 2. No

37.- ¿Por qué recibe ingresos mensuales?

1. Trabajo 2. Ser el cuidador

3. Pensión

4. Otro

ANTECEDENTES PERSONALES

38.- ¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades? (puede señalar más de una)

1. Enfermedad Cardíaca 2. Diabetes Mellitus 3. Artropatía Degenerativa

4. Enfermedad Obstructiva Crónica 5. Hipertensión Arterial 6. Sobrepeso/obesidad 7. Enfermedad Renal

8. Cáncer 9. Enfermedad Hepática 10. Asma 11. Enfermedad Psiquiátrica 12. Ninguna

SEGUNDA SECCION

IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR

39.- Nombre del adulto mayor

40.- Sexo: 1. Hombre

2. Mujer

41.- ¿Qué edad tiene la persona que cuida?

42.- ¿Sabe usted que enfermedad tiene la persona que cuida? 1. SI 2. NO

43.- ¿Qué tiempo tiene con la enfermedad o condición el adulto mayor que usted cuida?

44.- ¿Cuáles enfermedades o condiciones del siguiente listado que voy a nombrar tiene el paciente que usted cuida?

1. Complicaciones de Diabetes Mellitus Degenerativa

2. Diabetes Mellitus

3. Artropatía

(Retinopatía, amputación, IRC) (amputación)

4. Hipertensión Arterial

5. Ins .Arterial

6. Edad extrema con inmovilidad

7. Enfermedad Cerebral Vascular

8. Pérdida de Autonomía

9. Cáncer

10. Demencia vascular

11. Secuela de Enf. Vascul ar Cerebral

12. EPOC

13. Alzheimer

14. Otra Neurológica

15. Demencia Mixta

16. Otra Enf.

17. Parkinson

18. Epilepsia

ANEXO 3. TERCERA SECCION

Escala de Zarit

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

La puntuación mínima es de 22, y la máxima, de 110. se han establecido los siguientes puntos de corte: entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve, y de 56 a 110, sobrecarga intensa

ANEXO 4. Instrumento de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF- SIL).

A continuación le presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

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

De 70 a 57 pts -----Familias Funcional

De 56 a 43 pts-----Familia Moderadamente Funcional.

De 42 a 28 pts-----Familia Disfuncional.

De 27 a 14 pts----- Familia Severamente Disfuncional