

**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**



**“RELACIONES INTRAFAMILIARES Y LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO  
DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64  
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; 2011-2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 TEQUESQUINAHUAC**

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

**PRESENTA  
M. C. ENRIQUE ORTEGA CONTRERAS**

**DIRECTORA DE TESIS:  
E. EN M. F. NANCY NOLASCO ALONSO**

**REVISORES DE TESIS:  
DRA. EN HUM. MARÍA LUISA PIMENTEL RAMÍREZ  
Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMÁN  
E. EN M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ  
M. EN I. C. LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi madre Sofía, quién toda la vida me ha apoyado, con su amor y cariño me enseñó el sendero a seguir, me mostró que ante todo debe haber equilibrio y estabilidad en todo ser humano, que para entender al mundo primero me debo entender a mí mismo, que la autosuperación y el orgullo son importantes para enfrentar los obstáculos que se presentan, que un tropiezo o una caída no es el final, sino solo un error que debe corregirse y no volver a cometerse, que el esfuerzo y la perseverancia son para obtener las cosas que uno en realidad anhela en la vida, sean materiales o no.

A mi padre Enrique, le agradezco la educación y los valores humanísticos, sobre todo morales que inculco en mí, y a pesar de su carácter insoslayable me enseñó que la razón y el conocimiento son valiosas herramientas para conseguir las metas que me imponga, que se debe ser firme en las decisiones, aunque estas duelan, que el pasado es valioso, pero el futuro lo es más y se debe enfrentar con las bases del presente, que la mente debe estar abierta a las nuevas experiencias y sobre todo que aun de las cosas malas se debe aprender.

A mis hermanos Sofía, Jorge y Juan, quienes han estado conmigo en todo momento, en épocas de esplendor y de decadencia, por comprenderme y ayudarme, por quererme con sinceridad sin pedir nada a cambio, demostrándome que los problemas, los temores, las preocupaciones se resuelven y desvanecen al enfrentarlos juntos, que la individualidad es parte de nuestra colectividad, que el hoy cuenta solo si el mañana existe.

A mis compañeros de generación de residencia (Manuel, Jesús, Ariel, Agustín, Haydee, Toño, Carolina, Gabriela, Daniel, Irma, Kici, Cristina) por ser parte de esta travesía; así como a mis profesores por sus enseñanzas.

**“RELACIONES INTRAFAMILIARES Y LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR  
PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR No. 64 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL;  
2011-2012”**

## ÍNDICE

Capítulo	Página
<b>I.MARCO TEÓRICO</b> .....	1
<b>I.1.Adulto mayor</b> .....	1
I.1.1.Antecedentes.....	1
I.1.2.Definición de adulto mayor.....	1
I.1.3.Epidemiología del adulto mayor.....	2
I.1.4.Morbilidad en México en el adulto mayor.....	2
I.1.5.Dependencia del adulto mayor.....	3
I.1.6.Adulto mayor y familia.....	4
I.1.7.Modelo de salud del grupo familiar.....	5
<b>I.2.Cuidador primario y sobrecarga</b> .....	6
I.2.1.Definición y clasificación del cuidador primario.....	6
I.2.2.Definición y clasificación de sobrecarga del cuidador primario.....	7
I.2.3.Aspectos generales del cuidador primario.....	8
I.2.4.Escala de Zarit.....	9
I.2.5.Modelos de carga del cuidador primario.....	10
I.2.5.1.Modelo doble de ABCX de McCubin y Paterson.....	10
I.2.5.2.Teoría del estrés de Maslach y Jackson.....	11
I.2.5.3.Teoría de trascender en un “Vínculo especial” de cuidado.....	11
<b>I.3.Relación intrafamiliar</b> .....	13
I.3.1.Dimensión e importancia.....	13
I.3.2.Resiliencia.....	14
I.3.3.Caracterización de las relaciones familiares del anciano.....	15
I.3.4.Escala de Evaluación de Relaciones Intrafamiliares.....	15
<b>II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	16
II.1.Argumentación.....	16
II.2.Pregunta de investigación.....	17
<b>III.JUSTIFICACIONES</b> .....	18
III.1.Académica.....	18
III.2.Científica.....	18
III.3.Social.....	18
III.4.Económica.....	18
<b>IV.HIPÓTESIS</b> .....	19
IV.1.Elementos de la hipótesis.....	19
IV.1.1.Unidades de observación.....	19
IV.1.2.Variables.....	19
IV.1.2.1.Dependiente.....	19
IV.1.2.2.Independiente.....	19
IV.1.3.Elementos lógicos de relación.....	19
<b>V.OBJETIVO</b> .....	20
V.1.General.....	20
V.2.Específicos.....	20
<b>VI.MÉTODO</b> .....	21
VI.1.Tipo de estudio.....	21

<b>VI.2.Diseño del estudio.....</b>	<b>21</b>
<b>VI.3.Operacionalización de variables.....</b>	<b>21</b>
<b>VI.4.Universo de trabajo.....</b>	<b>23</b>
<b>VI. 4.1Muestra.....</b>	<b>23</b>
<b>VI.4.2.Criterios de inclusión.....</b>	<b>24</b>
<b>VI.4.3.Criterios de exclusión.....</b>	<b>24</b>
<b>VI.4.4.Criterios de eliminación.....</b>	<b>24</b>
<b>VI.5.Instrumento de investigación.....</b>	<b>24</b>
<b>VI.5.1.Escala de Zarit.....</b>	<b>24</b>
<b>VI.5.1.1.Descripción.....</b>	<b>24</b>
<b>VI.5.1.2.Validación.....</b>	<b>24</b>
<b>VI.5.1.3.Aplicación.....</b>	<b>24</b>
<b>VI.5.2.Escala de relaciones intrafamiliares.....</b>	<b>25</b>
<b>VI.5.1.Descripción.....</b>	<b>25</b>
<b>VI.5.2.Validación.....</b>	<b>25</b>
<b>VI.5.3.Aplicación.....</b>	<b>26</b>
<b>VI.6.Desarrollo del proyecto.....</b>	<b>26</b>
<b>VI.7.Límite de espacio.....</b>	<b>27</b>
<b>VI.8.Límite de tiempo.....</b>	<b>27</b>
<b>VI.10.Diseño de análisis.....</b>	<b>27</b>
<b>VII.IMPLICACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>28</b>
<b>VIII.ORGANIZACIÓN.....</b>	<b>29</b>
<b>IX.RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>30</b>
<b>X.CUADROS Y GRÁFICOS.....</b>	<b>34</b>
<b>XI.CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>XII.RECOMENDACIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>XIII.BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>49</b>
<b>XIV.ANEXOS.....</b>	<b>52</b>

## **I.MARCO TEÓRICO**

### **I.1. ADULTO MAYOR**

#### **I.1.1. Antecedentes.**

A comienzos del siglo XX la población mundial, en promedio, podía esperar vivir alrededor de 40 años, mientras que al inicio del siglo XXI esa cifra se ha incrementado a 70 años. Datos recientes indican que para el año 2050 la población mayor de 60 años de edad se incrementará, de los 600 millones actuales a 2000 millones. En algunos países desarrollados las pirámides poblacionales ya presentan cambios sustanciales en la base y en la cúspide y, en el caso de México, las proyecciones poblacionales indican que, para el año 2050, uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años de edad, pasando de los 7 millones de adultos mayores en la actualidad a incrementar entre 27 a 32 millones. El envejecimiento es un proceso natural e inevitable; sin embargo, la forma como se envejece y el significado de este proceso son características que se construyen socialmente y varían de una cultura a otra. De forma similar, este proceso implica una serie de experiencias que son necesariamente diferenciadas, entre otros factores, por la condición de género, entendida como los roles y comportamientos culturalmente asumidos para hombres y mujeres.<sup>(1)</sup>

El envejecimiento de la población está directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, y marca rumbos distintos dependiendo de circunstancias diferentes; pero en general se pasa de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad, junto con la disminución de las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte, para ceder preponderancia a las enfermedades crónico degenerativas. Se conciben el envejecimiento y la transición epidemiológica como un proceso en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica. Dicha perspectiva requiere comprender características, determinantes y consecuencias de estos cambios a través del tiempo.<sup>(2)</sup>

#### **I.1.2. Definición de adulto mayor.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años; se estima que para el 2025 existirán más de 100 millones de PAM en América Latina y el Caribe. En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ajustó la edad de 65 años y más para considerarlo adulto mayor. Actualmente adulto mayor se considera al grupo de personas de 60 años o más para los que viven en los países en vías de desarrollo y a mayores de 65 años a los que viven en países desarrollados. La mayoría de los países desarrollados del mundo han aceptado la edad cronológica de 65 años como una definición de persona "adulto mayor". Por el momento no hay ningún criterio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la ONU no ha adoptado un criterio estándar, pero en general usa 60 años para referirse a la población de mayor edad. En 1875, en Gran Bretaña, la Ley de sociedades de Socorros Mutuos, promulgó la definición de la

vejez como “cualquier edad después de los 50 años”, sin embargo, los planes de pensiones utiliza sobre todo mayores de 60 o 65 años.<sup>(3,4,5)</sup>

La Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, estableció cinco Programas Integrados de Salud por grupos etarios, esta conformación obedece a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa, tal cual se señala en las guías técnicas de cada programa y es como sigue: salud del niño (menores de 10 años), Salud del adolescente (10-19 años), Salud de la mujer (20-59 años), salud del hombre (20-59 años), y Salud del adulto mayor (mayores de 59 años). Los programas Integrados de Salud se basan tanto en experiencias nacionales como de otros países.<sup>(6)</sup>

### **I.1.3. Epidemiología del Adulto Mayor en México.**

En el 2010, la población a nivel mundial que cuenta con 60 años o más asciende a 759 millones de personas. En México se registra una tasa de incremento de la población total de 0.77%. La esperanza de vida ha aumentado alrededor de 15 años en un período de cuatro décadas (en 1970 era de 60.6 años, y en 2010 es de 75.4 años). El segmento de personas con 60 años y más alcanza los 9.4 millones, es decir, 8.7% del total de la población mexicana. Los Estados Unidos Mexicanos muestra una población total de acuerdo a el Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2010, de 112,336,538 habitantes; de los cuales 57,481,307 son mujeres y 54,855,231 son hombres; con un porcentaje de población de 60 y más años de 9.1%.<sup>(7)</sup>

La población total del Estado de México es de 15,175 862 y de estos 1,137 647 adultos mayores que representan un 7.5% de la población total de los mexiquenses. Según proyecciones de la CONAPO estiman que para el 2015 el número de adultos mayores en el Estado de México crecerá a 1.5 millones y para 2030 será de 3.34 millones, la mayor cantidad entre las entidades federativas del país, ya que abarcará el 15% de la población total de personas mayores.<sup>(8,9)</sup>

El municipio de Tlalnepantla de Baz cuenta con una esperanza de vida al nacer de 77 años según el sistema municipal de información estadística y geográfica (SMIEG) 2005, cuentan con una población total de 683,808, de los cuales 352,665 son mujeres y 331,143 son hombres; con una población de 60 y más de 63,577, de los cuales 28,767 son hombres y 34,810 son mujeres.<sup>(10)</sup>

### **I.1.4. Morbilidad en México en el adulto mayor.**

El envejecimiento de la población es un proceso gradual que implica una disminución de las reservas en la mayoría de los sistemas fisiológicos y un exponencial incremento de la vulnerabilidad a presentar enfermedades y acercar al individuo a la muerte. En consecuencia, el aumento de morbilidad frecuentemente conlleva una disminución de su independencia como resultado de las restricciones o limitaciones en su facultad física y mental. Las características del envejecimiento son determinadas por los hábitos de vida y los factores de riesgo de tipo biológico, social y económico del individuo

condicionando así parte de la aparición de las enfermedades. El cambio en el envejecimiento poblacional muestra un aumento paulatino en el tamaño de la población mundial acompañado con tendencia al envejecimiento. <sup>(11)</sup>

La Encuesta Nacional de Salud 1987 reporta que las causas más frecuentes de morbilidad crónica son hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por cardiopatías, neumopatías y enfermedades neoplásicas. La desnutrición alcanza su más elevada prevalencia en este grupo de edad igual que las deficiencias sensoriales. La misma fuente señala cómo la prevalencia lápsica de accidentes y violencias por grupos de edad y sexo alcanza su mayor prevalencia entre los mayores de 55 años, luego del pico observado en el sexo masculino alrededor de los 25 años. <sup>(12)</sup>

De la población mexicana estudiada en cuanto a movilidad, es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional. El 90% de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años puede salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33% de los que tienen más de 90 años puede hacerlo. Asimismo, si sólo 0.41% de los más jóvenes (60-64 años) está paralizado en cama, esto es diez veces más frecuente (4.65%) entre los nonagenarios. <sup>(12)</sup>

Las necesidades prioritarias de salud de las personas de edad en México, parecen encontrarse ubicadas en particular en dos grupos de patologías: <sup>(12)</sup>

- a) Las que tradicionalmente ocurren con elevada frecuencia en estas edades como la diabetes, cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares.
- b) Las enfermedades más discapacitantes como las demencias, las artropatías y las consecuencias de las caídas.

La mezcla de ambas obliga a prestar especial atención a los padecimientos que no conducen a la muerte de una manera inmediata pero que son generadores de incapacidad y de un elevado consumo de recursos asistenciales. <sup>(12)</sup>

### **I.1.5. Dependencia del adulto mayor.**

La valoración funcional del adulto mayor es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del mismo para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas, instrumentales y avanzadas. <sup>(13)</sup>

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) valora lo que debe realizar diariamente para su autocuidado el adulto mayor ayudando a identificar el deterioro de la capacidad funcional, utilizando más frecuentemente el Índice de Katz y el Índice de Barthel; las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia, por lo tanto evalúa la relación con el entorno que implica mayor complejidad y puede reflejar integridad física, cognoscitiva y psicoafectiva, se utiliza la escala de Lawton-Brody; y las



Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso. <sup>(13,14)</sup>

En Latinoamérica, la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) hacen análisis de las condiciones de salud de los adultos mayores, así como evaluación de las limitaciones funcionales, por lo cual se puede observar la relación que existe entre la capacidad funcional y la edad. <sup>(15)</sup>

En 1998, el Consejo de Europa definió el concepto de dependencia como la necesidad de ayuda o asistencia importante para realizar las actividades de la vida cotidiana, entendido como la falta o pérdida de su autonomía física, psíquica o intelectual que lleva a la necesidad de asistencia o ayuda para realizar su autocuidado y las actividades de la vida diaria. Puntualizando, los tres puntos de la dependencia son: presencia de limitación, incapacidad para realizar actividades y necesidad de ayuda. En la Clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud se define dependencia como resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal o de una función fisiológica o mental como consecuencia de una enfermedad o un accidente, mostrando una limitación en la actividad y cuando esta no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación originando la dependencia hacia otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. <sup>(15)</sup>

Algunos trabajos realizados en México a partir de los datos de la encuesta SABE indican que a medida que aumenta la edad se incrementa la proporción de las personas que tienen dificultades para desempeñar las ABVD. <sup>(16)</sup>

#### **I.1.6. El adulto mayor y la familia.**

Para la persona anciana lo más importantes es su familia, dejando de tener tanta importancia el resto de entramado social, lo que crea una serie de interrelaciones entre ambos (familia y anciano) que van a marcar en gran medida su evolución posterior. La familia funciona como un sistema, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas, con características como la globalidad, la homeostasis; siendo un sistema abierto, con una estructura y dinámica propia, con reglas y roles establecidos, formado por subsistemas, con una adaptabilidad y comunicación propia, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad. <sup>(17)</sup>

Entre los tipos de familia más frecuentes que existe es la familia nuclear formada por el padre madre e hijos y la familia extensa donde conviven en el mismo domicilio varias generaciones de la misma familia. Al igual que el humano, la familia, nace, crece, se desarrolla, se reproduce y muere, con el paso del tiempo, los problemas, responsabilidades funciones varían, siendo así un proceso dinámico, lo cual es considerado como ciclo vital. <sup>(17)</sup>

Para Geyman el ciclo vital lo clasifica en (1980): matrimonio, expansión, dispersión, independencia y, retiro y muerte. La familia con ancianos es una auténtica escuela de relaciones intergeneracionales, que a la vez, actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones, sin embargo cuando hay dependencia de este hay inestabilidad en la familia. <sup>(17)</sup>

En México, la familia es la unidad básica de convivencia, puede constituir una fuente de apoyo y cariño o ejercer una influencia destructora y opresora para la salud del adulto mayor; y además es fundamental para la obtención de buenos resultados en los tratamientos. Investigaciones muestran que atender a un miembro discapacitado en la familia demanda apoyo físico, emocional y financiero por parte de los cuidadores. <sup>(18)</sup>

El apoyo familiar es importante en el proceso del envejecimiento ya que los ayuda a lidiar con su declinación funcional y enfermedades. El envejecimiento, proceso ineludible y gradual, manifiesto a través de cambios morfofisiológicos derivados de la acción del tiempo sobre los organismos, se manifiesta como aumento de morbilidad, disminución de independencia y adaptabilidad, deterioro de modelos socio-familiares, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica y restricción de la facultad física y mental. <sup>(19)</sup>

En México en el año 2000, 6.8% de la población eran ancianos y en el año 2050 la proporción aumentara a 28%. Los varones adultos mayores requieren más del apoyo familiar que las mujeres mayores de 60 años, debido a que la red social que construyen a lo largo de la vida suele basarse en relaciones del ámbito laboral. El cuidado de la vejez recae en la familia, por lo que la composición del hogar en el que residen los ancianos incide en su bienestar psíquico, físico y social. Es importante que el adulto mayor cuente con redes sociales y de soporte familiar, ya que sin estos tienen una tendencia mayor a condiciones de mortalidad, así como también depresión, alteraciones cognitivas y una autopercepción de un peor estado de salud que aquellas que si lo tienen. <sup>(19)</sup>

### **I.1.7. Modelo de salud del grupo familiar**

En 1976 un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud del conjunto de la familia como un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de esta, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada. Desde esa fecha el concepto colocó la noción de la dimensión grupal, que depende de las relaciones interfamiliares y de las condiciones que favorezcan el funcionamiento efectivo. Para poder entender la concepción teórica de la salud familiar tenemos que comprender la relación salud-familia: donde la familia cumple una función reguladora en la salud. <sup>(20)</sup>

El carácter de grupo especial de intermediación social que tiene la familia fundamenta este principio, al incidir la familia directamente en la dinámica de la población, cumplir funciones claves en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, influir en el desencadenamiento de la enfermedad de salud, al tiempo

que se constituye en la más efectiva fuente de apoyo ante los eventos de salud, enfermedad y muerte. <sup>(20)</sup>

Las relaciones familiares constituyen el vehículo mediante el cual se produce la acción reguladora de la familia en la salud, las cuales modulan las condiciones de adversidad y otras crisis que vive la familia. Los problemas de funcionamiento familiar pueden influir tanto en la aparición, como en la descompensación de las enfermedades crónicas, en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud. <sup>(20)</sup>

El modelo teórico de salud del grupo familiar concibe la familia como grupo de personas que comparten vínculos de consanguinidad, parentesco, afecto y convivencia. El modelo se ha estructurado para fines didácticos en seis dimensiones: contexto socioeconómico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social. Las nociones de la realidad que estas dimensiones representan se interrelacionan en forma sistémica. <sup>(20)</sup>

## **I.2. CUIDADOR PRIMARIO Y SOBRECARGA**

### **I.2.1. Definición y clasificación del cuidador primario.**

Cuando una persona tiene dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria, se presentan cuatro posibilidades. <sup>(21)</sup>

- 1) Que reciba cuidado informal.
- 2) Que reciba cuidado formal.
- 3) Que reciba cuidado formal e informal.
- 4) Que no reciba ningún tipo de cuidado.

Cuidador se define como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente, incapaz de auto sustentarse, necesita. <sup>(22)</sup>

En 1999, la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta. <sup>(23)</sup>

Armstrong plantea, el cuidador primario asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que este por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata y que por lo general no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo. <sup>(24)</sup>

Existen dos grupos de cuidadores: primarios que son familiares o personas cercanas al paciente; y secundarios, las personas que cumplen esta función y que son profesionales (enfermería) que asume el cuidado del paciente. <sup>(25)</sup>

El término cuidador principal, Dwyer, Lee y Jankowski (1994) definen a este como: aquel individuo que dedica la mayor parte tiempo –medido en número de horas al día- al cuidado de dicho enfermo. <sup>(26)</sup>

Según Wilson (1989), se define al cuidador principal como aquel individuo procedente del sistema de apoyo informal del enfermo, bien sea familiar o amigo, y que comprende de las siguientes características. <sup>(26)</sup>

1. Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea.
2. El cuidador principal es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
3. No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.
4. Antes de seleccionar como cuidador a cualquier persona, ésta debe haber realizado un mínimo de 6 semanas a 3 meses en tareas de cuidado.

El cuidado formal se ha definido como aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás. Existen dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas, y el que se contrata a través de las familias. <sup>(27)</sup>

El cuidado informal se puede definir como aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen. Numerosos estudios demuestran que son los miembros de la familia los que con mayor frecuencia prestan este tipo de cuidado. Aunque son miembros de la familia los que ejercen la función de cuidar, suele ser una sola persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad y por lo tanto soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente. A esta persona, que generalmente es una mujer, se le denomina “cuidador principal o primario”. <sup>(28)</sup>

Se define como cuidador principal informal a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello. <sup>(29)</sup>

### **1.2.2. Definición y clasificación de sobrecarga.**

Zarit define a la sobrecarga como el grado en que los que proporcionan el cuidado perciben que su salud, vida social y personal, y situación económica cambian por este hecho. Pearlin la señala con relación al conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien. La definición de Zarit es la más aceptada en nuestros días. Al referirse al impacto de cuidar a una persona deben distinguirse componentes objetivos y subjetivos. <sup>(30)</sup>

- La sobrecarga objetiva se relaciona con la dedicación y desempeño de función del cuidador (tiempo de dedicación, carga física, actividades objetivas que desempeña el cuidador y exposición a situaciones). <sup>(30)</sup>
- Los estresantes en relación con los cuidados son ejemplos de indicadores de sobrecarga objetiva utilizados frecuentemente. <sup>(30)</sup>

- La sobrecarga subjetiva se relaciona con la forma en que se percibe la situación y, en concreto, la respuesta emocional de cuidador ante la experiencia de cuidar. La sobrecarga subjetiva es el sentimiento psicológico que se asocia con el hecho de cuidar.<sup>(30)</sup>

### **I.2.3. Aspectos generales del Cuidador primario.**

Los cuidadores informales no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea pero tienen un elevado grado de compromiso, caracterizado por el afecto en el trato y una atención sin límites. Es brindado principalmente por familiares, a diferencia de los cuidadores formales, quienes reciben un pago por sus servicios, cuentan con formación profesional y en el menor de los casos capacitación para proporcionar los cuidados.<sup>(31)</sup>

Con frecuencia, son los miembros de la familia los que llevan a cabo las tareas de cuidado del enfermo, pero entre ellos se destaca la tarea de uno en particular, quien asume la mayor responsabilidad y es llamado cuidador primario o principal; este suele ser de sexo femenino y mayor de 50 años de edad; A diferencia de los cuidadores primarios, los secundarios no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos. De hecho, su aparición está relacionada con diversos factores externos (edad, nivel de formación, sexo, situación laboral y estado civil), factores de dependencia forzada (necesidades primarias, suficiencia económica y labores domésticas), y factores de personalidad (relación dominancia-sumisión, atribuciones y expectativas).<sup>(32-33)</sup>

De hecho, Kubler-Röss (1993), afirmó que los cuidadores pasan por las mismas etapas de duelo que el paciente (negación, cólera, negociación, depresión y aceptación), lo que está estrechamente relacionado con una serie de factores que de manera usual preocupan a las familias: la incertidumbre; su capacidad para afrontar la realidad; los cambios de roles dentro de la familia; el proceso de adaptación a la nueva situación; la escasa comunicación con los profesionales de la salud implicados en el tratamiento y atención del familiar afectado; la dependencia del paciente y de la familia, y el aumento del gasto económico.<sup>(32-33)</sup>

Según Rodríguez del Álamo (2002), existen diversos factores de riesgo para la sobrecarga psicológica y física en el cuidador, algunos de ellos están relacionados con el enfermo y otros con el cuidador. Entre los primeros se encuentran:<sup>(32-33)</sup>

- 1) Tiempo prolongado desde el diagnóstico de la enfermedad.
- 2) Alucinaciones.
- 3) Delirios o confusión (psicosis y delirium).
- 4) Agresividad.
- 5) Negación y negativismo.
- 6) Incontinencia.
- 7) Vómitos y escaras
- 8) Insomnio (voceo, pasos).
- 9) Otras dolencias médicas.

Entre los segundos:

- 1) mala salud física previa.
- 2) Historia de depresión o de trastornos de personalidad.
- 3) No tener pareja o amigos íntimos.
- 4) Ser de la tercera edad.
- 5) No tener actividades diferentes a cuidar.
- 6) No tener otros parientes que convivan en el domicilio.
- 7) Bajo nivel económico.
- 8) Ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos (en especial médico de cabecera poco accesible y centros de día no disponibles).
- 9) Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico.

Según Goode, Haley y Roth (1998), la sobrecarga del cuidador primario es el resultado del estrés crónico producido por la lucha diaria contra la enfermedad, la monotonía de las tareas y la sensación de falta de control, entre otros. De acuerdo con Rodríguez del Álamo (2002), se caracteriza por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicósomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales; agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación, lo cual finalmente se traduce en alto niveles de estrés.<sup>(32-33)</sup>

Estudios en Brasil, España y Estados Unidos de América sobre el cuidador familiar informan que con mucha frecuencia los parentescos de las personas cuidadoras con el enfermo son: cónyuge, hija, hermana(o), nieta, vecina, entre otros, se ubican en la mediana edad, comparten su responsabilidad con otras personas de la familia y dedican muchas horas al cuidado lo que las lleva a renunciar a otras actividades sociales. Un estudio realizado en Tabasco 2010 reportar una prevalencia de 15% de sobrecarga en el cuidador primario, cifra que se encuentra por debajo de las reportadas por otros autores nacionales y extranjeros, quienes han informado cifras desde 49.5 hasta 76.7%.<sup>(34-35)</sup>

#### **I.2.4. Escala de Zarit.**

En el marco de la teoría del estrés se han diseñado instrumentos como la Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit, para cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, la validación en México de la versión española resultó ser un instrumento confiable. El instrumento original de Zarit y cols. (1980) consistía en un cuestionario de 29 ítems. Evaluaba los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del cuidado. En una revisión del instrumento Zarit, Orr y Zarit (1985) redujeron el número de reactivos a 22.<sup>(36)</sup>

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, siendo la más utilizada internacionalmente, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español. Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado

clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” ( $\leq 46$ ), sobrecarga ligera (47-55) o sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ). Sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa. Esta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.<sup>(37)</sup>

## **I.2.5. Modelos de carga del cuidador primario.**

### **I.2.5.1. Modelo doble de ABCX de McCubbin y Paterson.**

El modelo doble de “ABCX” de McCubbin y Patterson, citado por gerontólogos. Donde “A” es el evento estresante, “B” son los recursos de la familia, “C” es la percepción familiar de la crisis y “X” es el sentido de la tensión o cantidad de crisis. Doble se refiere por un lado a la acumulación de problemas adicionales secundarios a la disrupción causada por la crisis inicial, y por otro al hecho de que el estrés no solo resulta del evento original, sino también de la continua combinación de cambios iniciados por los enfermos crónicos.<sup>(38)</sup>

El primer elemento del modelo es el estresor. La idea del doble ABCX puede ser un recordatorio útil de que hay dos crisis o estresores: el problema de salud y el problema de dar cuidado. Los cambios en la vida del cuidador han sido llamadas “tensiones asociadas al rol” por Pearlin, et al para indicar su contribución separada al estrés.

El segundo elemento, percepciones y evaluaciones, también tiene dos vertientes: la percepción de los síntomas o conductas; y el sentimiento subjetivo del cuidador referido a si son aceptables los cambios producidos en su vida a causa de dar cuidados.

El tercer elemento del modelo, involucra recursos y estrategias de afrontamiento, entendidos también como mediadores de la situación del estrés. Aquí los recursos incluyen contribuciones financieras, educacionales, soporte social y asistencia formal. Y finalmente el cuarto elemento, resultados para el cuidador, es generalmente referido en términos de estrés o carga. Aquí los indicadores de estrés incluyen distrés emocional, enfermedad física en el cuidador, reducción de la participación social, relaciones alteradas con la persona mayor que recibe el cuidado y demandas financieras.

Componentes conceptuales del estrés: El estrés del cuidador se entiende como consecuencia de un proceso que comprende un número de condiciones interrelacionadas, incluyendo características socioeconómicas, recursos de los cuidadores y estresores primarios y secundarios a los que están expuestos.<sup>(38)</sup>

Estresores primarios: Se entienden como conductores de las necesidades del paciente, y la naturaleza y magnitud del cuidado demandado por estas necesidades. Los indicadores de estresor primario son:<sup>(38)</sup>

- El estado cognitivo del paciente.
- La conducta problemática del paciente y la vigilancia.
- Número de actividades por las que la persona deteriorada depende del cuidador y el nivel de dependencia para cada actividad de la vida diaria.

Estresores secundarios: Se conciben las demandas de dar cuidados como facilitadoras de los estresores primarios que pueden derivar en otros problemas y privaciones. La familia es un área central para las tensiones de rol, porque tener un familiar cercano que necesita ayuda puede desencadenar antiguos conflictos familiares y crear nuevos. Hay tres dimensiones de conflicto entre los cuidadores y otros miembros de la familia:<sup>(38)</sup>

- A. Centrado en el tema, aquí el conflicto surge alrededor de diferentes temas del deterioro, creencias sobre la enfermedad del paciente, su seriedad y estrategias para hacer frente.
- B. Centrado en el paciente, en la cual se ve desacuerdos sobre el tipo y calidad de atención dada al paciente por otros miembros de la familia.
- C. Centrado en el cuidador, donde se ve la atención y reconocimiento acordado del cuidador para cuidar del paciente.

### **I.2.5.2. Teoría del estrés de Maslach y Jackson.**

Maslach y Jackson (1996), propusieron su teoría del estrés en cuidadores primarios, caracterizándolo como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con persona con necesidades de suma atención.<sup>(39)</sup>

De acuerdo con esta teoría, la descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como combinación de ellos.<sup>(39)</sup>

El aspecto de la despersonalización, se refiere a un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en inestabilidad hacia otros.<sup>(39)</sup>

Y el tercer componente que es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicos de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.<sup>(39)</sup>

### **I.2.5.3. Teoría de trascender en un “Vínculo especial” de cuidado**

El proceso de cuidado gira alrededor del vínculo cuidador-persona cuidada, que no existe en toda relación de cuidado, sino que se construye a partir de la conformación de la diada cuidador–persona cuidada. Cuando está presente, marca la diferencia con otros tipos de relación y otras formas de cuidar. En la diada, debe existir mutualidad y reciprocidad a lo largo de la experiencia que viven juntos. Y el vínculo especial se caracteriza por afecto, respeto, entrega mutua, acompañamiento, compartir sentimientos todo el tiempo y reflexión constante.<sup>(40)</sup>



Este vínculo especial surge de la introspección, de la reflexión y de encontrar significados en la vivencia de cada uno de los integrantes de la diada de cuidado. La necesidad de enfrentar una experiencia difícil que modifica el curso de la vida parece abrir en cada uno de sus integrantes un margen de vulnerabilidad, un vacío, una necesidad de apoyo que permita superar las necesidades evidentes que plantea el cambio de la rutina. Frente al desorden inicial, cada integrante de la diada siente malestar, preocupación y temor, acompañadas de una búsqueda intensa por contar con algo de estabilidad. Poco a poco se aprende a superar las dificultades en medio del camino y se reconoce en el otro a un aliado, alguien que en medio de la situación siempre está allí, conviviendo y acompañando a su compañero en esta experiencia de vivir o cuidar en la enfermedad.<sup>(40)</sup>

En la diada, cada integrante comienza a percibir al otro como eso con quien todo es familiar, con quien se sufre y por quien se sufre; ese que comienza a llenar la vida y a darle sentido; ese con quien se construye y fortalece un vínculo especial. Antes de que aparezca, la diada hace tareas, asume responsabilidades, pero con el tiempo, cuando el vínculo se identifica, la diada vive el cuidado, aprende de manera progresiva y se fortalece de modo que se torna complejo comprender quien cuida a quien en la diada. El vínculo especial da fuerza y posibilita que cada cual se sienta importante para el otro, permite aprender y comprender que lo que parecía un caos en una situación de enfermedad pase a tener significado.<sup>(40)</sup>

El proceso de formación de diadas fue descrito por Wilson et al, quienes reconocieron la creación de un vínculo, el cual se da por un compromiso absoluto que requiere de habilidades como la aceptación de responsabilidades, la esperanza, la toma de decisiones, la enseñanza, el aprendizaje, el manejo y la coordinación, al igual que estrategias, etc.<sup>(41)</sup>

Una diada, según Thompsom et al, representa tener permanencia en el tiempo, es decir, ser duradero, tener presencia de acciones mutuas y un contrato de elemento personales de los dos participantes; la principal característica de la diada es la interdependencia personal, es decir, la mutualidad y reciprocidad a través de la relación interpersonal. Es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, conjugando diversas variables:<sup>(41)</sup>

- 1 Desatención de la salud propia, proyecto vital y vida social.
- 2 Deterioro familiar, relacionadas a las dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras.
- 3 Ansiedad y frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependiente.

## **I.3. RELACIÓN INTRAFAMILIAR**

### **I.3.1. Dimensiones e importancia.**

La familia siempre desarrolla ciertas pautas o maneras relativamente estables de relacionarse entre sí. El conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares también llamado funcionamiento familiar va a estar en la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros, todo esto construyendo un clima propicio para el equilibrio psíquico y un referente de conductas éticas, morales y relacionales para sus integrantes.<sup>(42)</sup>

El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, grupal y sistémico que condiciona el ajuste de la familia al medio social y al bienestar subjetivo de sus integrantes. Se refiere a la forma de relacionarse el grupo internamente, al conjunto de relaciones interpersonales intersubjetivas que se dan en el interior de cada familia que le dan identidad propia. Constituye un comportamiento grupal habitual y relativamente estable de la familia produciendo una atmósfera o clima psicológico que caracteriza el hogar. El modelo de salud del grupo familiar se organizó en una estructura de seis dimensiones que se interrelacionan en forma dinámica y se denominan: contexto socioeconómico y cultural, composición familiar, vivencia de procesos críticos normativos, paranormativos y de salud en la familia, afrontamiento familiar, relaciones intrafamiliares y apoyo social. Expertos y usuarios evaluaron positivamente la pertinencia, utilidad y factibilidad de aplicación del modelo de salud familiar en la atención primaria de salud (APS).<sup>(42)</sup>

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraterna (hermanos), toda la familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la composición (nuclear, extensa o compuesta), el desarrollo (tradicional o moderna), la demografía (urbana, suburbana o rural), la ocupación (campesino, empleado o profesionista), la integración (integrada, semiintegrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada.<sup>(43)</sup>

La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar. Esta se define como la forma que tiene la familia de

organizar la manera de interactuar de sus miembros de acuerdo con las demandas funcionales que tenga y a las pautas repetitivas de interacción. Ante los cambios de ciclo vital, o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida, las familias se modifican y los enfrenan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar. <sup>(44)</sup>

Se ha observado la relación entre los patrones de interacción familiar y algunas enfermedades o diversos dolores; además, las personas que utilizan habilidades positivas de comunicación y que mantiene relaciones familiares de armonía son más saludables que aquellas con relaciones problemáticas. Los miembros de las familias que con mayor frecuencia manifiestan enfermedades somáticas, provienen de familias con interacciones en las que predomina una comunicación evitativa y negativa. Las variables del funcionamiento familiar en el modelo circunflejo se encuentran agrupadas en tres dimensiones centrales: cohesión, adaptabilidad y comunicación. <sup>(45)</sup>

### **I.3.2. Resiliencia**

La resiliencia es un constructo teórico que se ha venido desarrollando en las últimas décadas para tratar de entender cuáles son los factores que generan una persona que se enfrenta a una situación adversa salga airoso de ésta, mientras que hay otras personas que enfrentándose a la misma situación, no logran tener los recursos para hacerlo. <sup>(46)</sup>

Por otro lado, McCubbin y McCubbin (1988) definieron la resiliencia familiar como cualidades y propiedades de las familias que les ayudan a ser resistentes frente a los cambios; facilitan la adaptación en situaciones donde se vive una crisis, mediante procesos que promuevan la sobrevivencia, salir adelante y resistir. <sup>(46)</sup>

Una postura proactiva, de respuesta inmediata y las estrategias a largo plazo de la sobrevivencia, calidad del cuidado, cariño y compromiso en las relaciones intrafamiliares son ejemplos de estrategias de apoyo familiar y fomento de las habilidades resilientes (Walsh, 2002). <sup>(46)</sup>

Para estos autores, una familia resiliente posee fortalezas que protege y ayuda a sus miembros a recuperarse de las experiencias negativas; se benefician y contribuyen a una red de relaciones en sus comunidades; buscan extraer un aprendizaje significativo y desarrollar entendimientos compartidos de las experiencias negativas y, enfrentan crisis sin perder el orden y equilibrio en sus vidas. <sup>(46)</sup>

Para McCubbin y Patterson (1983) una familia resiliente también es aquella que cuenta con cierta flexibilidad y moldeamiento capaces de cambiar su aproximación de la crisis haciéndola más comprensible, manejable y significativa; intercambian recursos familiares, soporte social, percepción de su situación y habilidades para resolver problemas al mediar el nivel de adaptación a la crisis. <sup>(46)</sup>

### **I.3.3. Caracterización de las relaciones familiares del anciano**

La familia constituye la institución base de la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal; para el anciano representa además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido. Es conveniente en este sentido propiciar que se manifiesten relaciones familiares armoniosas, lo que contribuirá al establecimiento de un confort emocional en las personas de edad avanzada.<sup>(47)</sup>

### **I.3.4. Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI)**

El origen de la Escala es consecuencia del resultado de una investigación realizada por Rivera-Heredia y Padilla-Barraza (1992) quienes en su tesis de licenciatura encontraron que el instrumento que habían utilizado para medir el ambiente familiar tenía niveles de confiabilidad en extremo bajos en algunas de sus dimensiones, de ahí surge el interés y el reto de desarrollar un instrumento confiable y válido para conocer qué ocurre dentro de un sistema familiar, de manera tal que permitiera identificar diferentes elementos de las relaciones familiares que pudieran relacionarse con el bienestar psicológico de sus integrantes, o por el contrario que fueran factor de riesgo ante diferentes conductas problemáticas. Siendo realizado dentro de la maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM bajo la asesoría de la Dra. Patricia Andrade Palos.<sup>(48)</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

### II.1 Argumentación.

En la actualidad se ha incrementado la esperanza de vida, por lo que es importante enfocarnos en los cuidados del adulto mayor y en sus redes de apoyo; los adultos mayores debido a su estado funcional en decremento debido a cambios morfo-fisiológicos correspondientes a su edad y en algunos casos a las complicaciones de las enfermedades crónico-degenerativas con las que cuenta, muestran necesidad de apoyo de un cuidador, el cual puede ser de tipo familiar o institucional. Siendo necesario valorar las relaciones intrafamiliares entre el cuidador primario del adulto mayor con respecto al resto de la familia para así evitar la sobrecarga del cuidador primario.

Las relaciones intrafamiliares son las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del estilo de la familia para afrontar problemas para expresar emociones, manejar las reglas de convivencia y adaptarse a las situaciones de cambio. Las relaciones intrafamiliares, crean y mantienen las relaciones de parentesco, con los miembros del núcleo familiar.

El cuidador primario se define por la OMS como: la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta, que puede ser de tipo informal o formal.

A su vez, Zarit define a la sobrecarga como el grado en que los que proporcionan el cuidado perciben que su salud, vida social y personal, y situación económica cambian por este hecho.

En México no ha sido muy estudiado las relaciones intrafamiliares y la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor por lo que considero que es importante estudiarlo ya que en la actualidad no encontramos con un aumento en la población de adultos mayores lo cual condiciona a estos de ayuda de cuidadores y redes de apoyo; sin embargo es importante enfocarnos en el cuidador primario ya que este al exceder su labor, llega a presentar alteraciones en el estado anímico principalmente y así condicionar una mala relación intrafamiliar. Por lo tanto sería importante evaluar la calidad de vida tanto del adulto mayor como de su cuidador primario, puntualizando en atención preventiva para evitar la sobrecarga, y fortalecer las relaciones intrafamiliares.

Así bien, se describe en la literatura que la mayor prevalencia de sobrecarga de cuidador primario se encuentra en las mujeres, debido a que ellas juegan el papel de cuidadoras, porque así fueron educadas; considerando esto como un estereotipo típico de la mujer. Debido a la escasa literatura que existe al respecto y la falta de información en el sistema de salud en México de este tema decidí plantear la siguiente pregunta:

## **II.2 Pregunta de Investigación.**

¿Cómo son las relaciones intrafamiliares y la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano de Seguro Social; 2011-2012?

### **III. JUSTIFICACIONES.**

#### **III.1 Académica.**

La obtención del Diploma de Especialista en Medicina Familiar con base en el Reglamento General de Escuelas y Facultades de la Universidad Autónoma del Estado de México que forma parte de la educación continua.

#### **III.2 Científica.**

México ha mostrado una tendencia al aumento en el grupo de adultos mayores en la pirámide poblacional; la transición epidemiológica de los países en vías de desarrollo contempla un incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, aunado al envejecimiento de la población y la mejora en los procesos de atención médica. Condicionando esto a la aparición de un mayor número de complicaciones asociadas, mayor morbilidad, dependencia e incapacidad relacionada.

Debido a lo antes expuesto es importante que presenten redes de apoyo principalmente la de tipo familiar; así necesitando el apoyo de un cuidador primario en adultos mayores discapacitados y comprender la importancia de la comunicación intrafamiliar entre estas redes de apoyo. Debido a la disminución en su funcionalidad y a las enfermedades que presenta el adulto mayor, lo que ocasiona disminución de la capacidad de autocuidado del paciente e inclusive ocasionándole dependencia de otro familiar u otra persona, este último a su vez también es afectado por esta carga de manera emocional, económica e inclusive en el ámbito de su salud, por lo cual es importante identificar de manera temprana el estado de colapso del cuidador primario y ofrecer estrategias encaminadas a disminuir este proceso, con la finalidad de preservar la salud y el cuidado, no solo del adulto mayor sino además del propio cuidador primario o cuidadores.

#### **III.3 Social.**

Las relaciones intrafamiliares y la sobrecarga del cuidador primario son temas poco estudiados y es un problema en las redes de apoyo del adulto mayor con dependencia. Por lo que es de interés mostrar atención en la prevención, detección y atención de los cuidadores primarios que muestran sobrecarga y su apoyo por medio de relaciones intrafamiliares estrechas.

#### **III.4 Económica.**

En la actualidad en México podemos encontrar una mayor asistencia a la consulta externa por adultos mayores, los cuales en ocasiones son acompañados por cuidadores primarios informales; y si no se les da la importancia a estos cuidadores puede repercutir en su salud y así acudiendo los cuidadores en múltiples ocasiones a la consulta por padecimientos psicosomáticos, repercutiendo en el aumento de la demanda de servicios e insumos.

## **IV. HIPÓTESIS**

Las relaciones intrafamiliares son bajas en la dimensión de expresión, unión y dificultad y la sobrecarga es intensa en el cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **IV.1 Elementos de la hipótesis.**

#### **IV.1.1 Unidades de Observación.**

Cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano de Seguro Social.

#### **IV.1.2 Variables.**

##### **IV.1.2.1 Dependientes.**

- Relaciones intrafamiliares.

##### **IV.1.2.2 Independientes.**

- Sobrecarga del cuidador primario.

#### **IV.1.3 Elementos lógicos de relación.**

Las, tienen la dimensión de expresión, unión y dificultad bajo, y la, es intensa, en el, del, adscrito a la.



## V. OBJETIVOS

### V.1 General.

- Identificar las relaciones intrafamiliares y la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011-2012.

### V.2 Específicos.

- Describir la edad del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir el género del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir el parentesco del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir el estado civil del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir la escolaridad del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir la ocupación del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir la dimensión de expresión de la relación intrafamiliar del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir la dimensión de unión y apoyo de la relación intrafamiliar del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir la dimensión de dificultad de la relación intrafamiliar del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano de Seguro Social.
- Describir el grado de carga del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano de Seguro Social.
- Describir la dimensión de expresión de la relación intrafamiliar y el grado de carga del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir la dimensión de unión de la relación intrafamiliar y el grado de carga del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Describir la dimensión de dificultad de la relación intrafamiliar y el grado de carga del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## VI. MÉTODO.

### VI.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo.

### VI.2. Diseño del estudio.

Se realizó un muestreo por conveniencia, mediante la aplicación de 3 cuestionarios que incluyeron preguntas relacionadas con las variables sociodemográficas, la carga del cuidador primario y las relaciones intrafamiliares de acuerdo a los objetivos propuestos.

### VI.3 Operacionalización de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	1) 18-31 2) 32-45 3) 46-59 4) 60-73	Cuestionario socio-demográfica  2
Género	Diferencias biológicas entre las personas, diferenciados en masculino y femenino.	Condiciones físicas que determinan el ser humano como hombre o mujer.	Cualitativa Dicotómica	1) Masculino 2) Femenino	Cuestionario socio-demográfico  3
Parentesco	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.	Relación de afectividad que tenga con el adulto mayor al momento de la investigación.	Cualitativa nominal	1) Esposa/o 2) Hijo/a 3) Hermano/a 4) Nuera/o 5) Nieto/a 6) Otro	Cuestionario socio-demográfico  4

Estado civil	Situación determinada por las relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y obligaciones.	Estado parental del paciente al momento de la encuesta.	Cualitativa nominal	1) Soltero 2) Casado 3) Divorciado 4) Unión libre 5) Viudo	Cuestionario socio-demográfico  5
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en la escuela	Grado de estudios del paciente al momento de la investigación	Cualitativa Ordinal	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria o Carrera técnica 5) Universidad	Cuestionario socio-demográfico  6
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo; trabajo, oficio, empleo.	Actividad que realice al momento de la investigación.	Cualitativa nominal	1) Hogar 2) Estudiante 3) Obrero 4) Empleado o profesionalista 5) Jubilado o pensionado 6) Desempleado 7) Otros	Cuestionario socio-demográfico  7
Relaciones intrafamiliares	Son las interconexiones que se dan entre los integrantes de la familia. Incluye la percepción que se tiene del grado de unión familiar, del	Interpretación del puntaje que obtenga al momento de la encuesta.	Cualitativa nominal	Propuesta para interpretar los puntajes obtenidos en ERI, adaptado por Morales y Díaz (2008). Puntaje por dimensión:  <u>Unión y apoyo.</u>  1) Alto: 57- 47 2) Medio alto: 46-38 3) Medio: 37-29 4) Medio bajo: 28-20 5) Bajo 19-11.	Instrumento de ERI  5, 10, 15, 20, 25, 30, 40, 45, 50, 55.

	estilo de la familia para afrontar problemas, para expresar emociones, manejar reglas de convivencia y adaptación a las situaciones de cambio.			<u>Expresión.</u> 1) Alto: 110-94 2) Medio alto: 93-77 3) Medio: 76- 56 4) Medio bajo: 55-39 5) Bajo: 38-22.	Instrumento de ERI  1, 3, 6, 11, 13, 16, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 46, 48, 51, 53.
				<u>Dificultad.</u> 1) Alto: 115-98 2) Medio alto: 97-80 3) Medio: 79-59 4) Medio bajo: 58-41 5) Bajo: 40-23	Instrumento de ERI  2, 4, 7, 9, 12, 14, 17, 19, 22, 24, 27, 29, 32, 34, 37, 39, 42, 44, 47, 49, 52, 54, 56.
Sobrecarga	El grado en que proporcionan el cuidado y perciben su salud, vida social, personal, y económica cambian por la sobrecarga	Puntaje que obtenga al momento de la encuesta.	Cualitativa nominal	Grado de carga de acuerdo a Zarit:  1) Ausencia de sobrecarga 22-46. 2) Sobrecarga ligera 47-55. 3) Sobrecarga intensa: 56-110.	Instrumento de Zarit  1- 22

#### VI.4 Universo de Trabajo.

Cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

##### VI.4.1 Muestra.

Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia de 66 cuidadores primarios de adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social con un porcentaje máximo

aceptable del 13%, con un estimado del 50% y un nivel deseado de confianza del 95%.

#### **VI.4.2 Criterios de inclusión.**

- Cuidador primario del adulto mayor.
- Que hayan acudido con el adulto mayor a la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

#### **VI.4.3 Criterios de exclusión.**

- Que no hayan aceptado participar en el estudio.
- Que sean menores de 60 años las personas cuidadas
- Cuidadores primarios menores de 18 años.
- Cuidadores mayores de 73 años.
- Que no se hayan contestado completamente los cuestionarios.

#### **VI.4.4 Criterios de eliminación.**

- Que hayan sido cuidadores formales.

### **VI.5. Instrumento de Investigación.**

#### **VI.5.1 Escala de Zarit.**

##### **VI.5.1.1 Descripción.**

En el marco de la teoría del estrés se han diseñado instrumentos como la Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit, para cuidadores primarios de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Además el instrumento fue aplicado a 29 cuidadores primarios de personas adultas con demencia senil. <sup>(32)</sup>

##### **VI.5.1.2 Validación.**

Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informando una buena consistencia interna, que oscila entre .83 y .91 en alfa de cronbach; sin embargo en una revisión del instrumento, Zarit, Orr y Zarit (1985) redujeron el número de reactivos a 22, los que han mostrado una consistencia interna con valores alfa de cronbach de entre .79 y .92. En este estudio se utilizó la adaptación y validación al castellano de Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Traussing (1996). <sup>(32)</sup>

##### **VI.5.1.3 Aplicación.**

Este instrumento valora la vivencia subjetiva de carga sentida por el cuidador, en distintas áreas de su vida (física, psíquica, social y económica).

El instrumento de Zarit es auto aplicable, a través de 22 ítems en una escala tipo Likert de 5 valores de frecuencia (1= nunca; 2= rara vez; 3= algunas veces; 4= bastantes veces; 5= casi siempre), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia

de sobrecarga” ( $\leq 46$ ), sobrecarga ligera (47-55) o sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ). Sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa. Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. <sup>(32)</sup>

## **VI.5.2 Escala de relación intrafamiliar.**

### **VI.5.2.1 Descripción**

Surgió el interés y el reto de desarrollar un instrumento confiable y válido para conocer qué ocurre dentro de un sistema familiar, de manera tal que permitiera identificar diferentes elementos de las relaciones familiares que pudieran relacionarse con el bienestar psicológico de sus integrantes, o por el contrario que fueran factor de riesgo ante diferentes conductas problemáticas. Siendo realizado dentro de la maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM bajo la asesoría de la Dra. Patricia Andrade Palos. La Escala de las Relaciones Intrafamiliares, está integrado por 56 reactivos, el cual ha sido utilizado en diferentes familias con problemáticas (familias con embarazo de adolescentes, familias con adolescentes con adicciones, etc.). En esta escala se valora tres dimensiones de la relación intrafamiliar que son: <sup>(48)</sup>

1. La dimensión de Unión y Apoyo mide la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente, se asocia con el sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar.
2. La dimensión de Dificultades se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo, o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles, de ahí que también pueda identificar el grado de percepción de conflicto dentro de una familia.
3. La dimensión Expresión midió la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

### **VI.5.2.2 Validación.**

Validez estadística: mediante el análisis factorial realizado cuando se elaboró este instrumento. Participaron 671 estudiantes de nivel medio superior de instituciones del sector público de la Ciudad de México. <sup>(48)</sup>

Validez Clínica: al comparar el ambiente familiar y encontrar diferencias estadísticamente significativas entre personas que han y que no han intentado suicidarse; cuando hay o no violencia en la familia; entre diferentes grados del consumo de drogas, entre mujeres con y sin cáncer de mama y con mujeres adolescentes con conductas alimentarias de riesgo y sin conductas alimentarias de riesgo. <sup>(48)</sup>

Validez concurrente: se han realizado análisis de correlación entre los puntajes de diferentes dimensiones del E.R.I. con otras escalas de ambiente emocional o de apoyo familiar que evalúan dimensiones semejantes. <sup>(48)</sup>

En la tesis de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares: construcción y validación de una escala realizada por la Maestra en Psicología María Elene Rivera Heredia, se reportó un alfa de cronbach para el instrumento en la dimensión de expresión de .9529, en la de dificultades de .9393 y en la de unión de .9204.<sup>(49)</sup>

### VI.5.2.3 Aplicación.

La Escala de Relación Intrafamiliar, se trata de una escala auto aplicable con cinco opciones de respuesta que varían de: Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo, además de la versión original de 56 reactivos, se desarrollaron dos versiones más, una de 37 reactivos y otra de 12 reactivos, contando con niveles altos de confiabilidad en cada una de ellas; se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico, dividiendo a los participantes entre quienes se ubican dentro del grupo con puntajes altos (25% más alto) y quienes se ubican en el grupo con puntajes bajos (25% más bajo). En el departamento de orientación Educativa de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo la Maestra Marisol Morales y la Maestra Damaris Díaz desarrollaron la siguiente propuesta para clasificar los puntajes de las personas que respondieran a esta escala, los cuales desarrollaron a partir de la versión de 56 reactivos; en lugar de sacar puntajes promedios, están trabajando con la sumatoria de los puntajes totales lo cual es otra posibilidad para la interpretación de los datos.<sup>(48)</sup>

Escalas	Alto	Medio-alto	Medio	Medio-bajo	Bajo
Expresión	110-94	93-77	76-56	55-39	38-22
Dificultades	115-98	97-80	79-59	58-41	40-23
Unión	55-47	46-38	37-29	28-20	19-11
Total	180-156	155-131	130-106	105-81	80-56

### VI.6 Desarrollo del proyecto.

El proyecto se inició con la previa autorización del comité local de investigación, continuando con la selección de cuidadores primarios de adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social mediante la utilización de los criterios de inclusión, exclusión.

A los cuidadores primarios seleccionados se les explicó el objetivo del estudio de manera clara y concisa; con la posterior lectura y firma de autorización del consentimiento informado.

Ya con el consentimiento informado autorizado se aplicó el método encuesta con preguntas cerradas para la recolección de datos con base al tema de interés, para su posterior procesamiento en el programa SPSS 21.

Al final se analizó la relación intrafamiliar y sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor de la Unidad de Medicina familiar mediante cuadros y gráficas para apreciar los resultados, así como se llegó a una conclusión.

### **VI.7 Límite de espacio.**

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar # 64.

### **VI.8 Límite de tiempo.**

El límite de tiempo para la realización del estudio de investigación en la Unidad de Medicina Familiar número 64 fue de un año durante el período del primero de septiembre del 2011 al 29 de septiembre del 2012.

### **VI.10 Diseño de análisis.**

Posterior a la recolección de datos mediante encuestas, se realizó:

Revisión de la información obtenida.

Clasificación y procesamiento de datos en el programa SPSS 21.

Tabulación de los datos.

Elaboración de cuadros.

Diseño de gráficos.

Redacción de resultados, conclusiones y recomendaciones.



## VII IMPLICACIONES ÉTICAS

Este estudio cumplió con las consideraciones éticas formuladas en la declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989 y Escocia en 2000 para los trabajos de investigación biomédica en sujetos humanos. Además se apegó a las consideraciones formuladas en la investigación para la salud de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y al instructivo para la operación de la comisión de investigación científica y de los comités locales de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo a la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987. Ya que se consideró un estudio de investigación sin riesgo, debido a que solo se obtuvo los datos mediante cuestionarios en los cuales no se manipuló la conducta del sujeto y no se realizó ninguna prueba física ni de exámenes clínicos.

Este estudio cumplió con los siguientes principios en materia de investigación :

Respeto: se cumplió ya que toda persona, en este caso el cuidador primario, tuvo la autonomía de decidir si participa o no en el estudio, la información recabada de cada uno de los participantes fue confidencial y los datos solo se utilizaron para los resultados del estudio.

Justicia: se cumplió ya que se dio igualdad de beneficio y participación en el estudio para todos aquellos que aceptaron por decisión propia a participar. Esto quiere decir que todos los cuidadores primarios tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio.

Se proporcionó información acerca del estudio a los cuidadores primarios; los sujetos que aceptaron participar en el estudio se les solicitó firmar la hoja de consentimiento informado. El cual se dio previo a la ejecución de la investigación, se contó con el consentimiento informado de los pacientes con vista a garantizar los derechos de las personas objeto de estudio, este consentimiento fue verbal, escrito, comprendido y competente desde el punto de vista legal y voluntario.

## **VIII. ORGANIZACIÓN**

Este trabajo de investigación se realizó por:

Tesista:

M.C. Enrique Ortega Contreras.

Directora de Tesis:

E.M.F. Nancy Nolasco Alonso.

Asesora de tesis:

E.M.F. Nancy Nolasco Alonso.

## IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Cuadro y gráfica 1.

En la investigación se observa que hay una mayor frecuencia en el rango de edad de entre 46 a 59 años con 24 pacientes, secundado por el rango de edad de 32 a 45 años con 22 pacientes; lo cual es similar al estudio de Espinosa en donde la mayor frecuencia de cuidadores primarios se encuentra entre el rango de edad de 20 y 50 años de edad, además el estudio de Rojas evidencia también predominio en el rango de 36 a 59 años.<sup>(50)</sup>

### Cuadro y gráfica 2.

De acuerdo a este cuadro y gráfica, hay un predominio en el género femenino ante el cuidado del adulto mayor con un porcentaje de 66.7; lo cual es similar ante la responsabilidad género femenino en los estudios de Rojas y Espinoza, varía con un mayor porcentaje de predominio porcentual con un 84% y un 79%.<sup>(50,51)</sup>

### Cuadro y gráfica 3

Con respecto a este cuadro y gráfica que se refiere al parentesco, se encuentra los siguientes resultados: conyugue 60.6%, hijo(a) 19.7%, hermano(a) 6.1%, Nuero(a) 4.5%, Nieto(a) 6.1% y otro(a) 3%. Con respecto a estos resultados se observa que hay un predominio en la responsabilidad del cuidado del adulto mayor por parte del conyugue, lo cual difiere con lo reportado con los estudios realizados por Espinoza, Rojas y Seira, donde ellos observan que los hijos asumen la responsabilidad con un 52%, 43.13% y 50% respectivamente.<sup>(35,50,51)</sup>

### Cuadro y gráfica 4

De acuerdo a este cuadro y gráfica que se refiere al estado civil, se encuentra los siguientes resultados: soltero 60.6%, casado 24.2%, divorciado 9.1% y unión libre 4%. Con respecto a estos resultados obtenidos se difiere a lo encontrado en el estudio Seira en donde ahí se reporta que el estado civil predominante es el matrimonio con un 74%.<sup>(35)</sup>

### Cuadro y gráfica 5

Con respecto a este cuadro y gráfica que se refiere a la escolaridad, en se encuentra los siguientes resultados: analfabeta 7.6%, primaria 24.2%, secundaria 30.3%, preparatoria 31.8% y universidad 6.1%. Con respecto a estos resultados se observa que hay un predominio con el nivel de escolaridad preparatoria seguido por poco porcentaje por el nivel escolaridad de secundaria, lo cual es similar a lo reportado en el estudio de Espinoza, donde describe que los cuidadores tienen un nivel de escolaridad básica con el 49% seguida por la media con un 34%.<sup>(50)</sup>

#### Cuadro y gráfica 6

De acuerdo a este cuadro y gráfica que se refiere a la ocupación del cuidador primario de adulto mayor, se encuentra los siguientes resultados: Hogar 39.4%, estudiante 4.5%, obrero 12.1%, empleado 27.3%, jubilado o pensionado 9.1%, desempleado 3% y otros 4.5%. Con respecto a los resultados obtenidos se coincide con lo reportado en el estudio de Islas, donde reporta que hay un predominio en el hogar con un 52.2% como variable sociodemográfica en la ocupación del cuidador primario. <sup>(24)</sup>

#### Cuadro y gráfica 7

Con respecto a este cuadro y gráfica que se refiere a la dimensión de expresión de la relación intrafamiliar, se obtienen la siguiente relación intrafamiliar de expresión: alto 9.1%, medio alto 60.6%, medio 25.8%, medio bajo 3% y bajo 1.5%. Conforme a los resultados se observa que hay una mayor frecuencia en la relación intrafamiliar medio alto de la dimensión de expresión con un porcentaje de 60.6%, el cual no indica que el 60.6% de las familias de los cuidadores primarios de adultos mayores tiene la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

#### Cuadro y gráfica 8

De acuerdo a este cuadro y gráfica que se refiere a la dimensión de unión y apoyo de la relación intrafamiliar, se obtienen los siguientes: alto 6.1%, medio alto 53%, medio 30.3%, medio bajo 6.1% y bajo 4.5%. Conforme a los resultados se observa que hay una mayor frecuencia en la relación intrafamiliar medio alto de la dimensión de unión y apoyo con un porcentaje de 53%, el cual nos indica que el 53% de las familias de los cuidadores primarios tiene tendencia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente, asociándose a un sentido de solidaridad y de pertenencia en el sistema familiar.

#### Cuadro y gráfica 9

Con respecto a este cuadro y gráfica que se refiere a la dimensión de dificultad de la relación intrafamiliar, se obtienen los siguientes: alto 0%, medio alto 0%, medio 63.3%, medio bajo 33.3% y bajo 1.5%. Conforme a estos resultados se observa que hay una mayor frecuencia en el puntaje medio de la dimensión de dificultad con un porcentaje de 63.3%, el cual nos indica que el 63.3% tienen conocimiento sobre su percepción de conflicto familiar.

#### Cuadro y gráfica 10

De acuerdo a este cuadro y gráfica que se refiere a la carga del cuidador primario de adulto mayor, se encuentra los siguientes resultados: ausencia de sobrecarga 53%, sobrecarga ligera 25.8% y sobrecarga intensa 21.2. Con respecto a los resultados obtenidos se difiere debido a que se encuentra el

triple del porcentaje de cuidadores primarios con carga en comparación con el estudio de Domínguez en el cual reporta 15% de sobrecarga. <sup>(34)</sup>

#### Cuadro y gráfica 11

Con respecto a la frecuencia de carga del cuidador primario y la dimensión de expresión de la relación intrafamiliar se encontraron los siguientes resultados:

Frecuencia de ausencia de sobrecarga del cuidador primario y dimensión de expresión: alto (4), medio alto (25), medio (5), medio bajo (0) y bajo (1). Se observa gráficamente que hay una mayor frecuencia de ausencia de sobrecarga en las relaciones intrafamiliares más altos de la dimensión de expresión, lo cual es debido a que las familias de estos cuidadores primarios de adultos mayores tienen la posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto.

Frecuencia de sobrecarga ligera del cuidador primario y dimensión de expresión: alto (2), medio alto (11), medio (4), medio bajo (0) y bajo (0). Se observa gráficamente que la relación intrafamiliar medio alto de la dimensión de expresión tiene la mayor frecuencia de sobrecarga ligera, sin embargo esta es en menor frecuencia que la ausencia de sobrecarga.

Frecuencia de sobrecarga intensa del cuidador primario y dimensión de expresión de la relación intrafamiliar: alto (0), medio alto (4), medio (8), medio bajo (2) y bajo (0). Se observa que la relación intrafamiliar medio de expresión hay una frecuencia más alta de sobrecarga Intensa probablemente debido a que las familias de los cuidadores primarios de adultos mayores en esta relación tienen una menor posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto; y en contraste con la relación intrafamiliar más alto de la dimensión de expresión no se observa sobrecarga intensa.

#### Cuadro y gráfica 12

Con respecto a la frecuencia de carga del cuidador primario y la dimensión de unión de la relación intrafamiliar se encontraron los siguientes resultados:

Frecuencia de ausencia de sobrecarga del cuidador primario y dimensión de unión: alto (3), medio alto (23), medio (7), medio bajo (1) y bajo (0). Se observa gráficamente que hay una mayor frecuencia de ausencia de sobrecarga en la relación intrafamiliar medio alto de la dimensión de unión, lo cual es debido a que las familias de estos cuidadores primarios de adultos mayores tienen la posibilidad de realizar actividades en conjunto, de convivir, de apoyarse mutuamente, asociándose a un sentido de solidaridad y de pertenencia en el sistema familiar.

Frecuencia de sobrecarga ligera del cuidador primario y puntaje de la dimensión de unión: alto (1), medio alto (10), medio (5), medio bajo (0) y bajo (0). Se observa gráficamente que la relación intrafamiliar medio alto de la

dimensión de unión tiene la mayor frecuencia de sobrecarga ligera, sin embargo esta es en menor frecuencia que la ausencia de sobrecarga.

Frecuencia de sobrecarga intensa del cuidador primario y dimensión de unión de la relación intrafamiliar: alto (0), medio alto (2), medio (8), medio bajo (3) y bajo (1). Se observa que la relación intrafamiliar medio bajo de unión hay una frecuencia más alta de sobrecarga Intensa probablemente debido a que las familias de los cuidadores primarios de adultos mayores en esta relación intrafamiliar tienen menor posibilidad de realizar actividades en conjunto, de convivir, de apoyarse mutuamente, asociándose a un menor sentido de solidaridad y de pertenencia en el sistema familiar, en contraste las relaciones intrafamiliares más alto de la dimensión de unión en donde no se observa sobrecarga intensa.

### Cuadro y gráfica 13

Con respecto a la frecuencia de carga del cuidador primario y la dimensión de dificultad de la relación intrafamiliar se encontraron los siguientes resultados:

Frecuencia de ausencia de sobrecarga del cuidador primario y dimensión de dificultad: alto (0), medio alto (0), medio (21), medio bajo (13) y bajo (1). Se observa gráficamente que hay una mayor frecuencia de ausencia de sobrecarga en la relación intrafamiliar medio de la dimensión de dificultad, lo cual es debido a que las familias de estos cuidadores primarios de adultos mayores tienen percepción de conflicto familiar.

Frecuencia de sobrecarga ligera del cuidador primario y dimensión de dificultad: alto (0), medio alto (0), medio (10), medio bajo (7) y bajo (0). Se observa gráficamente que la relación intrafamiliar medio de la dimensión de dificultad tiene la mayor frecuencia de sobrecarga ligera, sin embargo esta es en menor frecuencia que la ausencia de sobrecarga debido a la percepción de conflicto familiar.

Frecuencia de sobrecarga intensa del cuidador primario y dimensión de dificultad de la relación intrafamiliar: alto (0), medio alto (1), medio (11), medio bajo (2) y bajo (0). Se observa que la relación intrafamiliar medio de dificultad hay una frecuencia más alta de sobrecarga Intensa probablemente debido a que las familias de los cuidadores primarios de adultos mayores en la relación intrafamiliar medio tienen menor percepción de conflicto familiar, en contraste hay ausencia de sobrecarga intensa en la relación intrafamiliar alto.

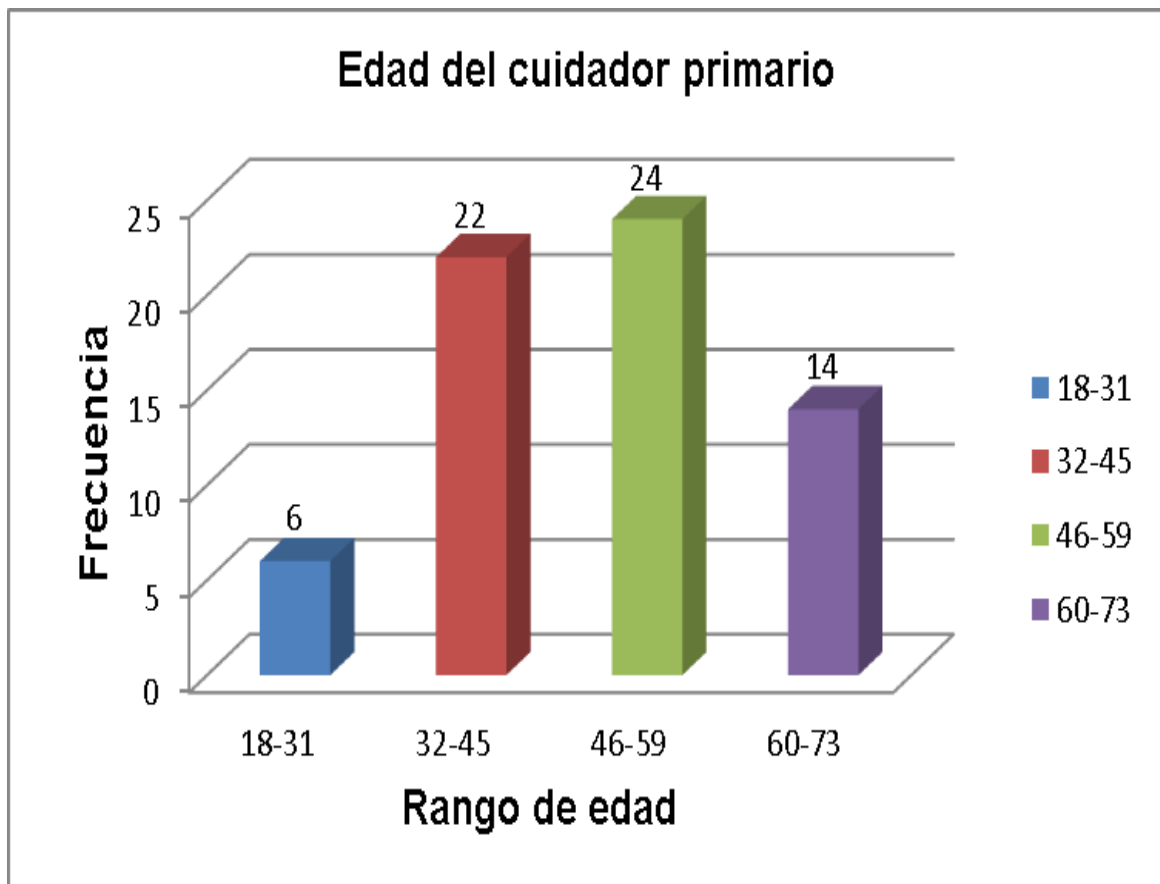
## X.- CUADROS Y GRÁFICOS

**CUADRO 1. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-31	6	9.1
32-45	22	33.3
46-59	24	36.4
60-73	14	21.2
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos sociodemográfico.

**GRAFICO 1. FRECUENCIA DE EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR QUE ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



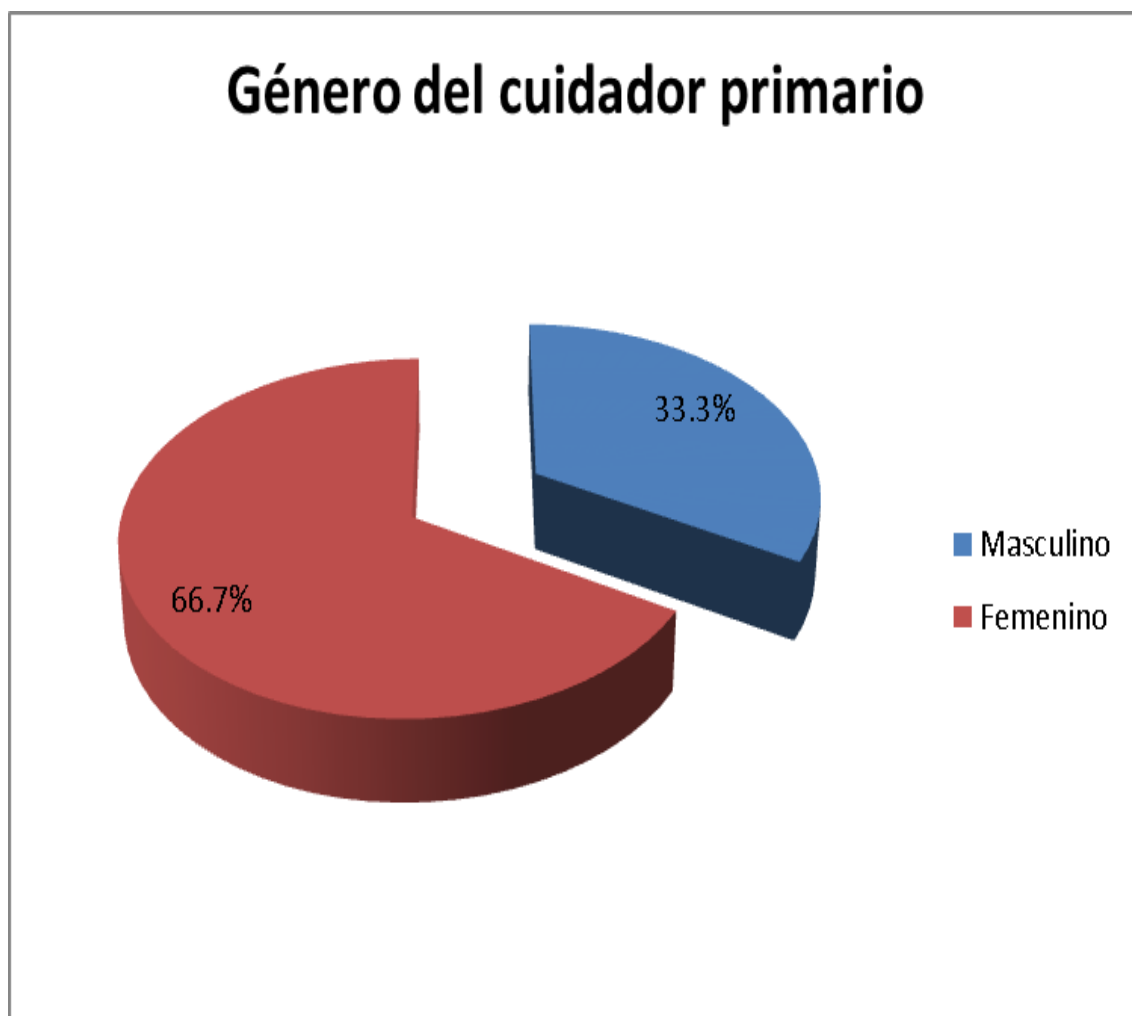
Fuente: Tabla número 1.

**CUADRO 2. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE GÉNERO DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	22	33.3
Femenino	44	66.7
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos sociodemográfico.

**GRAFICO 2. PORCENTAJE DE GÉNERO DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR QUE ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



Fuente: Tabla número 2.

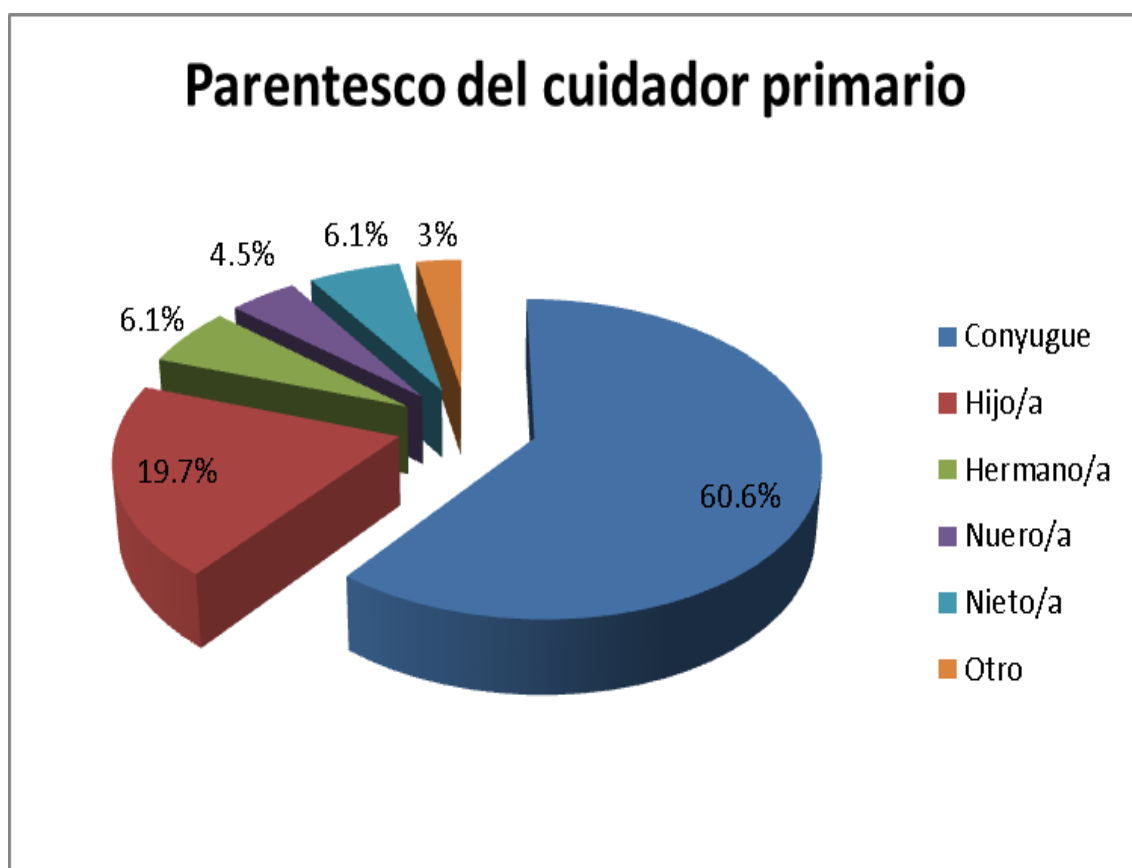


**CUADRO 3. FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN EL PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Conyugue	40	60.6
Hijo/a	13	19.7
Hermano/a	4	6.1
Nuero/a	3	4.5
Nieto/a	4	6.1
Otro	2	3.0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Concentrado de datos sociodemográfico.

**GRAFICO 3. PORCENTAJE EN EL PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



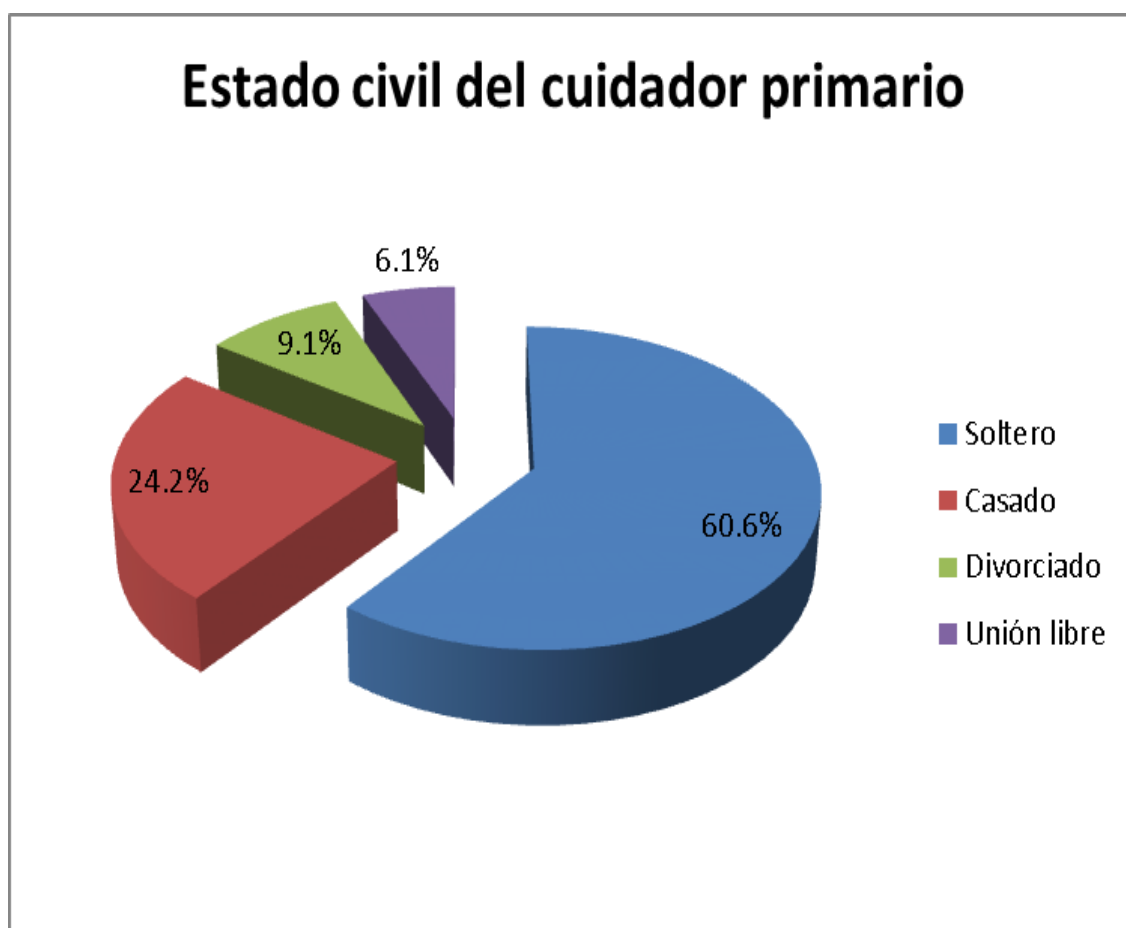
Fuente: Tabla número 3.

**CUADRO 4. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	40	60.6
Casado	16	24.2
Divorciado	6	9.1
Unión libre	4	6.1
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos sociodemográfica.

**GRAFICO 4. PORCENTAJE DEL ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



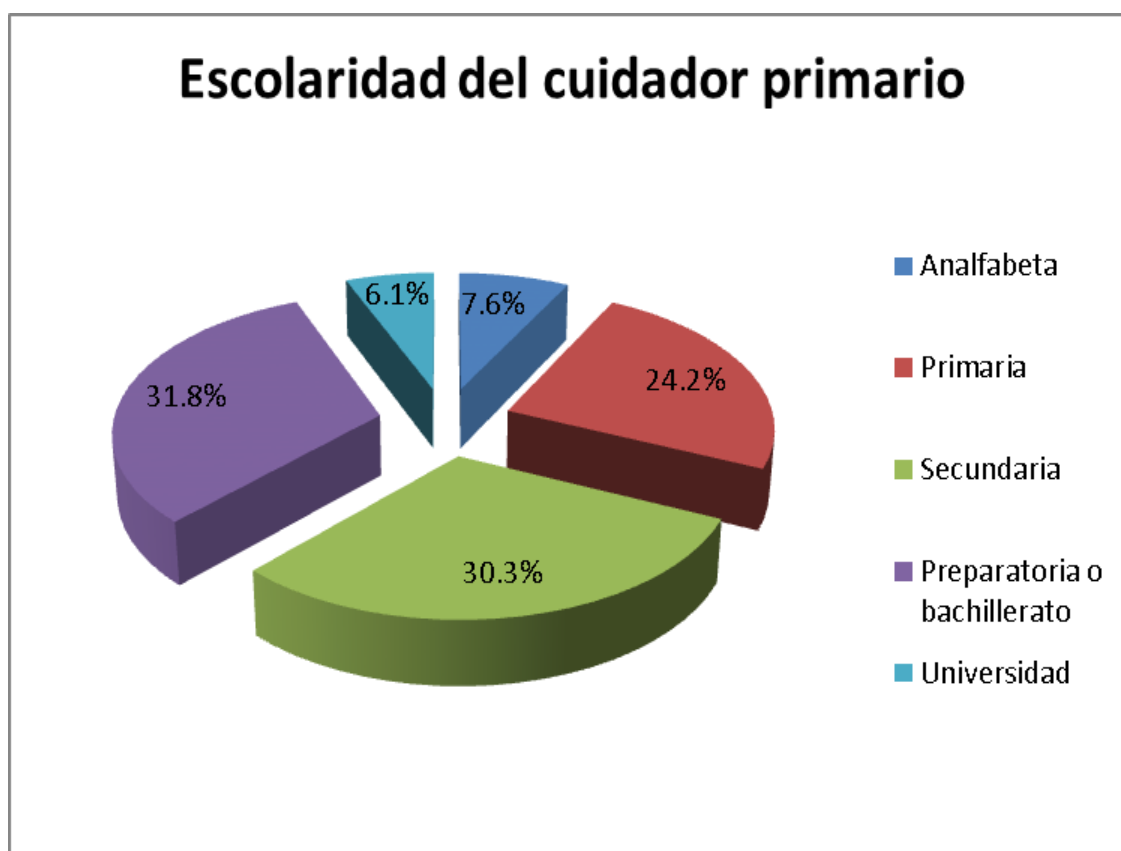
Fuente: Tabla número 4.

**CUADRO 5. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	5	7.6
Primaria	16	24.2
Secundaria	20	30.3
Preparatoria o bachillerato	21	31.8
Universidad	4	6.1
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos sociodemográfica.

**GRAFICO 5. PORCENTAJE DE LA ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



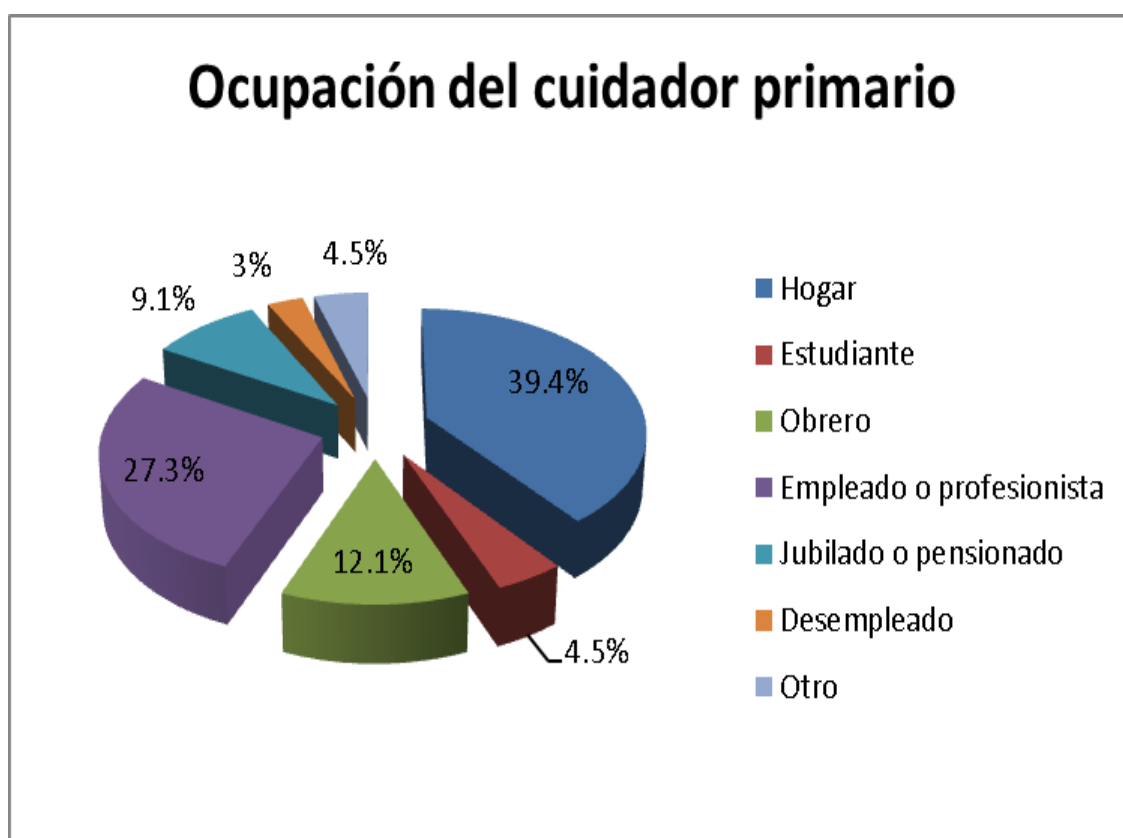
Fuente: Tabla número 5.

**CUADRO 6. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	26	39.4
Estudiante	3	4.5
Obrero	8	12.1
Empleado o profesionista	18	27.3
Jubilado o pensionado	6	9.1
Desempleado	2	3.0
Otro	3	4.5
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos sociodemográfica.

**GRAFICO 6. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



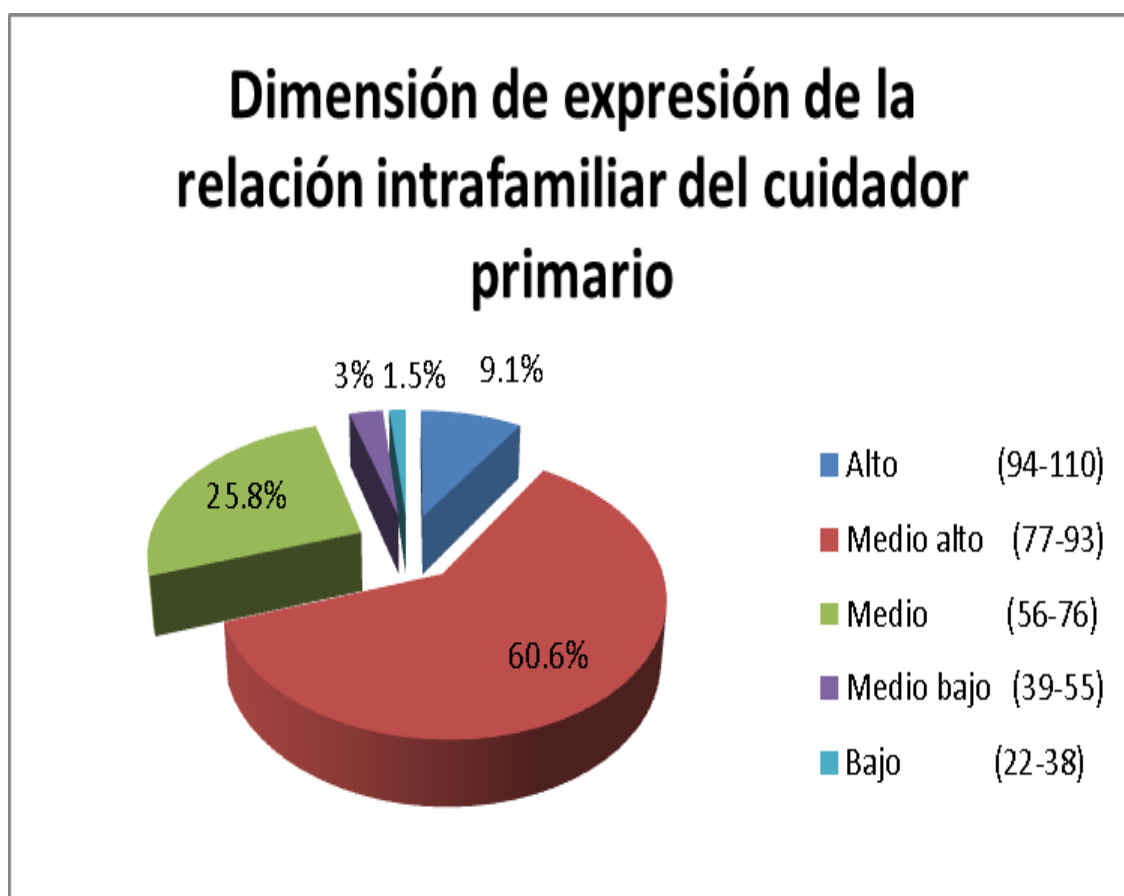
Fuente: Tabla número 6.

**CUADRO 7. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA DIMENSIÓN DE EXPRESIÓN DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Expresión	Frecuencia	Porcentaje
Alto (94-110)	6	9.1
Medio alto (77-93)	40	60.6
Medio (56-76)	17	25.8
Medio bajo (39-55)	2	3.0
Bajo (22-38)	1	1.5
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos de la dimensión de relación intrafamiliar.

**GRAFICO 7. PORCENTAJE DE LA DIMENSIÓN DE EXPRESIÓN DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



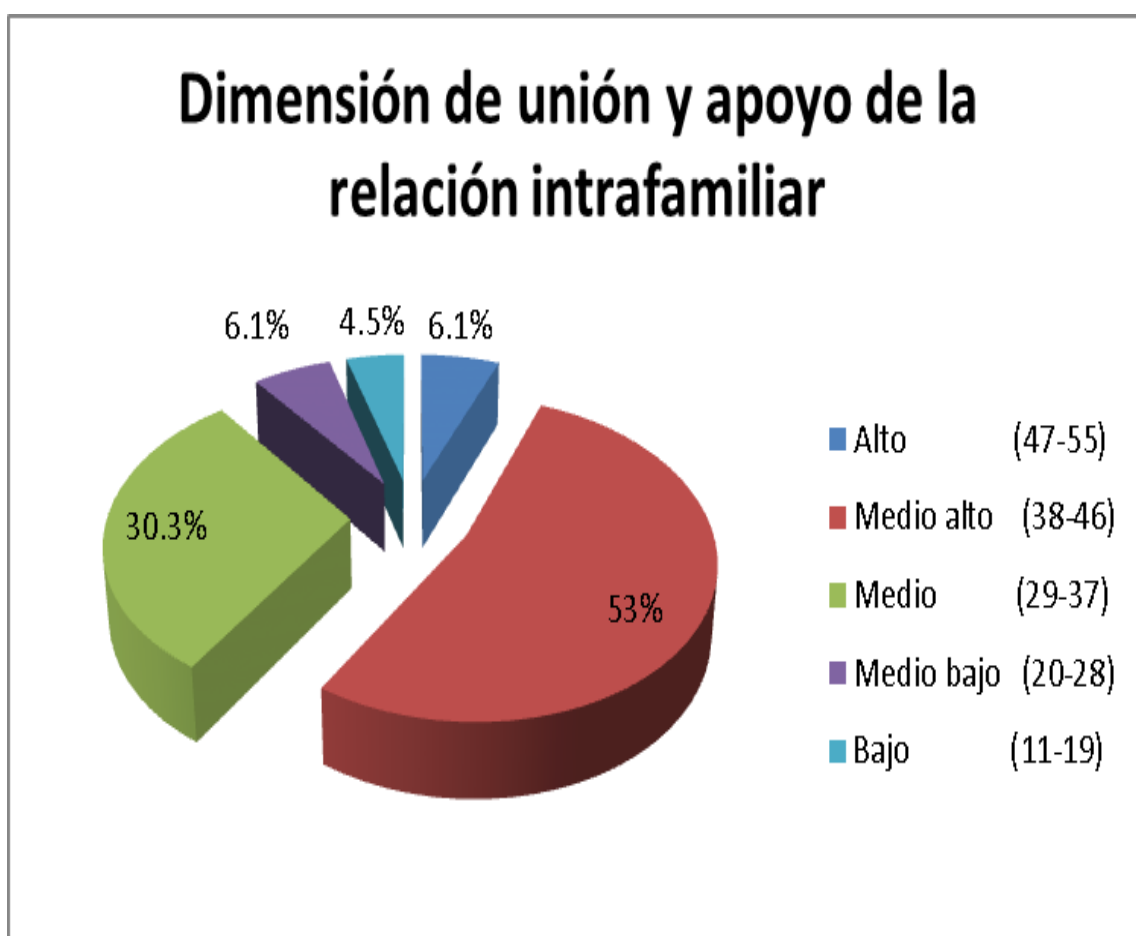
Fuente: Tabla número 7.

**CUADRO 8. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA DIMENSIÓN DE UNIÓN Y APOYO DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Unión y apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Alto (47-55)	4	6.1
Medio alto (38-46)	35	53.0
Medio (29-37)	20	30.3
Medio bajo (20-28)	4	6.1
Bajo (11-19)	3	4.5
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos de la dimensión de relación intrafamiliar.

**GRAFICO 8. PORCENTAJE DE LA DIMENSIÓN DE UNIÓN Y APOYO DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



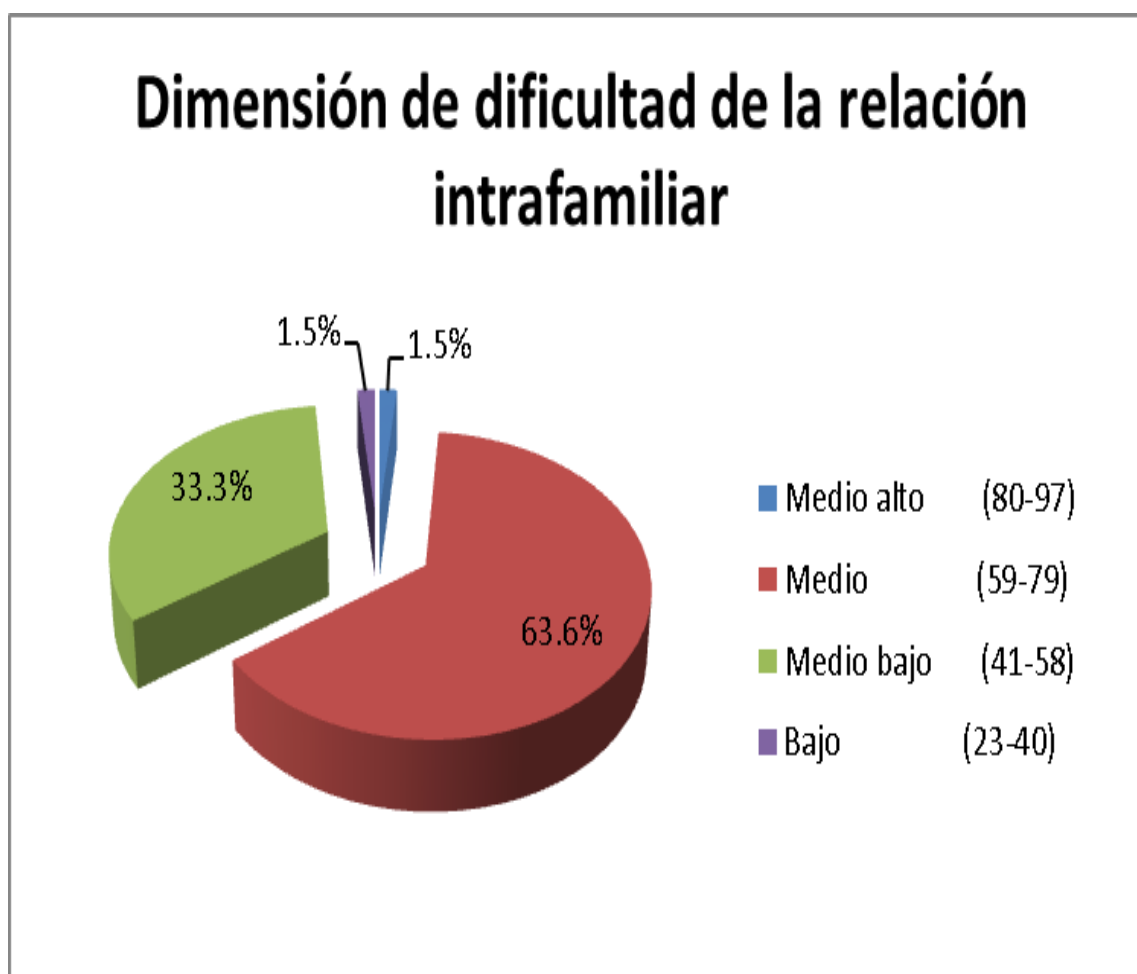
Fuente: Tabla número 8.

**CUADRO 9. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA DIMENSIÓN DE DIFICULTAD DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Dificultad	Frecuencia	Porcentaje
Medio alto (80-97)	1	1.5
Medio (59-79)	42	63.6
Medio bajo (41-58)	22	33.3
Bajo (23-40)	1	1.5
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos de la dimensión de relación intrafamiliar.

**GRAFICO 9. PORCENTAJE DE LA DIMENSIÓN DE DIFICULTAD DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



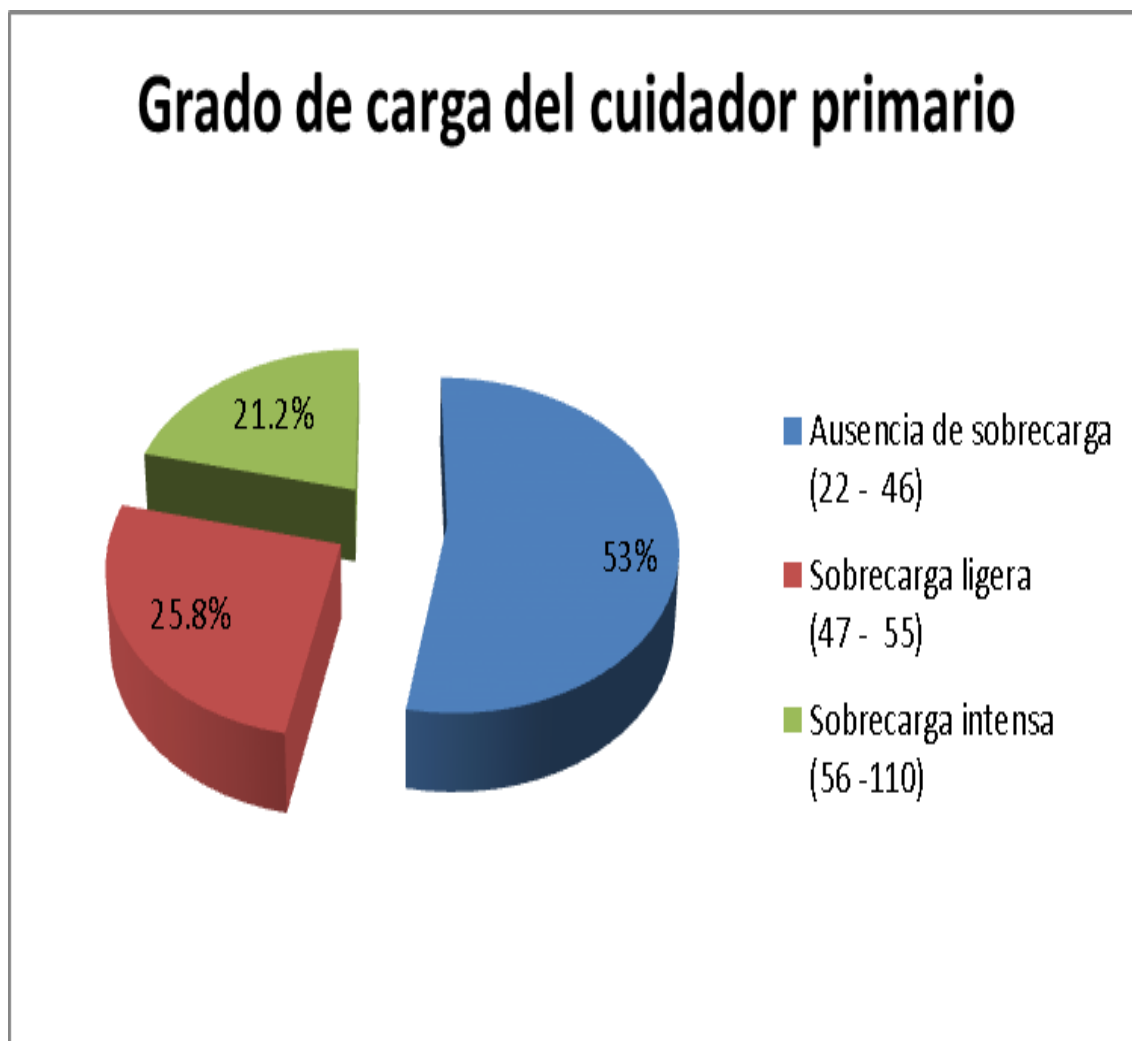
Fuente: Tabla número 9.

**CUADRO 10. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Grado de carga	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de sobrecarga	35	53.0
Sobrecarga ligera	17	25.8
Sobrecarga intensa	14	21.2
Total	66	100.0

Fuente: Concentrado de datos del grado de carga de cuidador primario.

**GRAFICO 10. PORCENTAJE DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



Fuente: Tabla número 10.

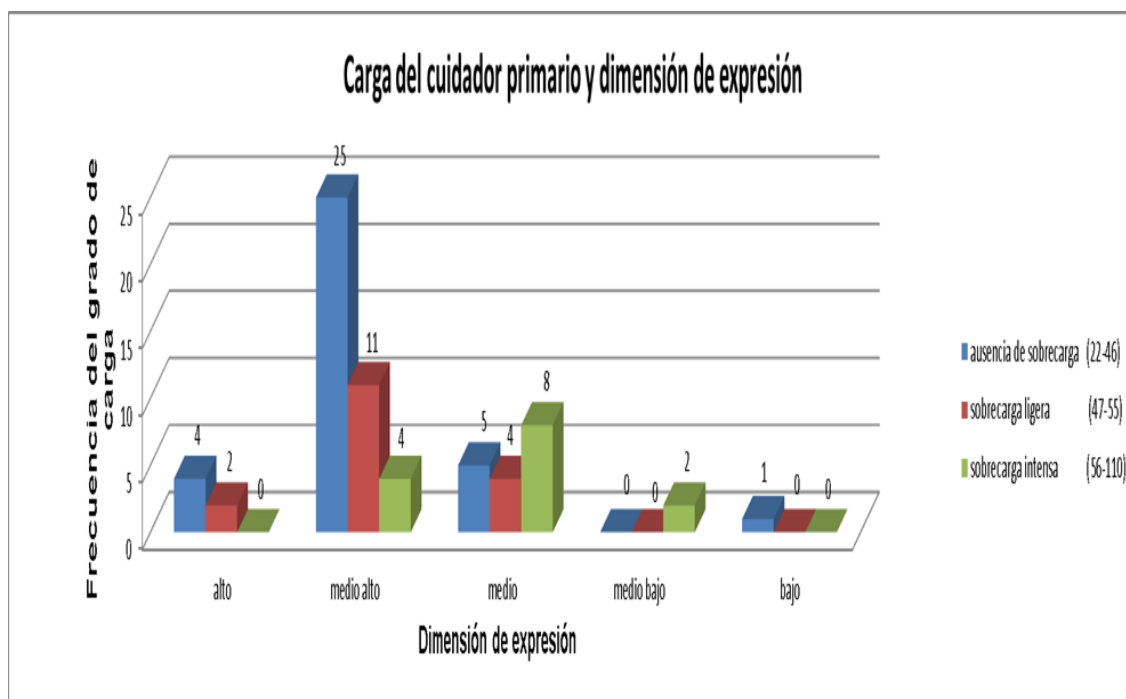


**CUADRO 11. FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DIMENSIÓN DE EXPRESIÓN DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Grado de carga \ Expresión	Expresión					Total
	Alto	Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo	
Ausencia de sobrecarga (22-46)	4	25	5	0	1	35
Sobrecarga ligera (47-55)	2	11	4	0	0	17
Sobrecarga intensa (56-110)	0	4	8	2	0	14
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>66</b>

Fuente: Concentrado de datos de la dimensión de la relación intrafamiliar y grado de carga del cuidador primario.

**GRAFICO 11. FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DIMENSIÓN DE EXPRESIÓN DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



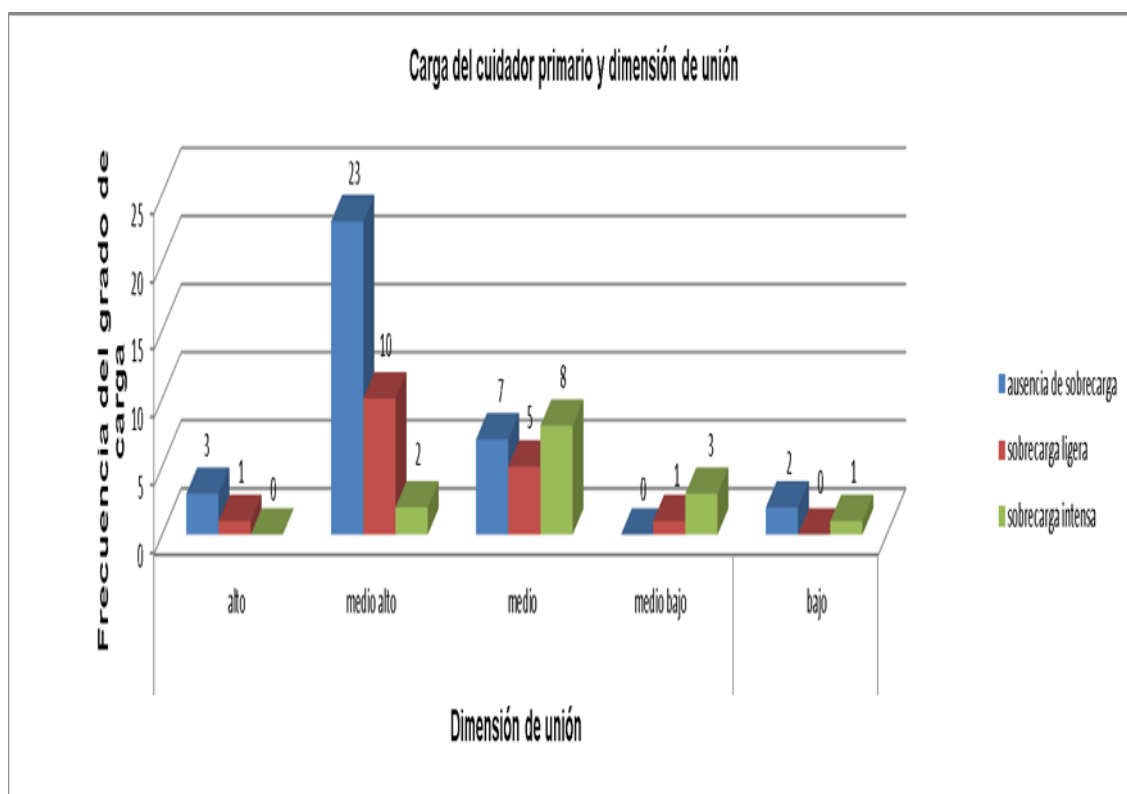
Fuente: Tabla número 11.

**CUADRO 12. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DIMENSIÓN DE UNIÓN DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**

Unión y apoyo \ Grado de carga	Alto	Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo	Total
Ausencia de sobrecarga	3	23	7	0	2	35
Sobrecarga ligera	1	10	5	1	0	17
Sobrecarga intensa	0	2	8	3	1	14
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>35</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>66</b>

Fuente: Concentrado de datos de la dimensión de la relación intrafamiliar y grado de carga del cuidador primario.

**GRAFICO 12. FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DIMENSIÓN DE UNIÓN DE LA RELACIÓN INTRAFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



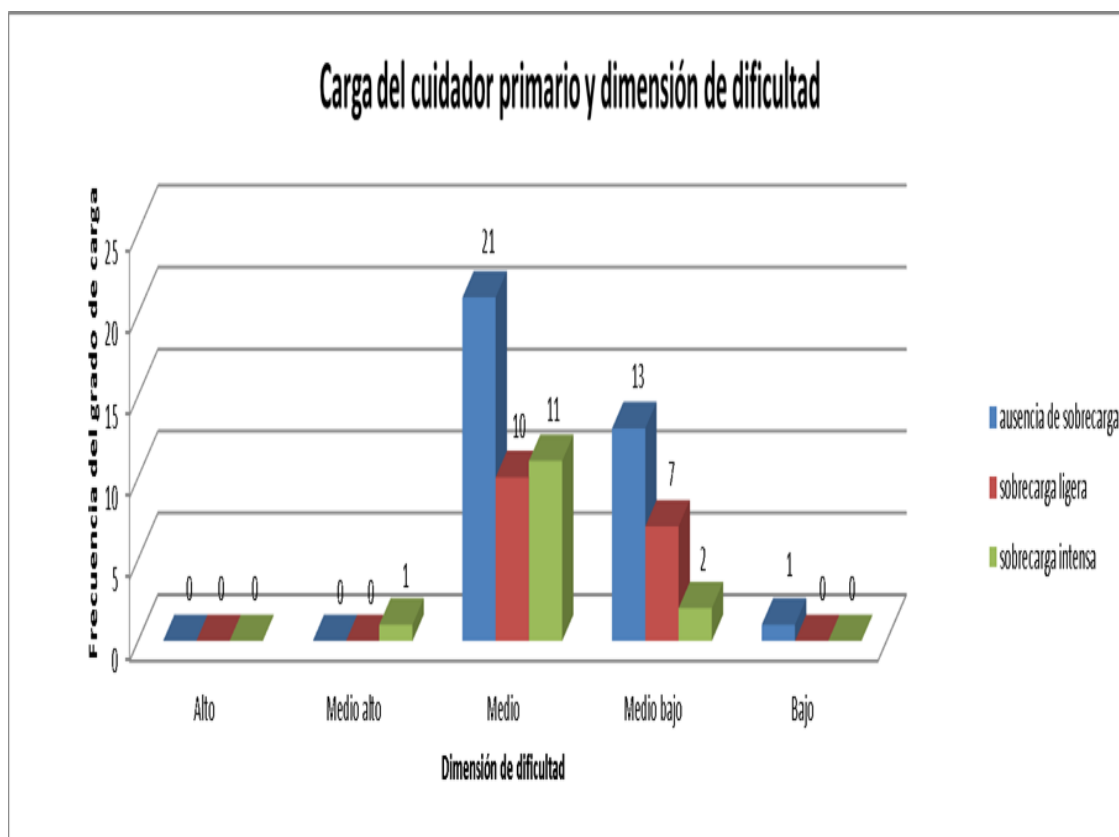
Fuente: Tabla número 12.

**CUADRO 13. FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DIMENSIÓN DE DIFICULTAD DE LA RELACION INTRAFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 64.**

Grado de carga \ Dificultad	Dificultad					Total
	Alto	Medio alto	Medio	Medio bajo	Bajo	
Ausencia de sobrecarga	0	0	21	13	1	35
Sobrecarga ligera	0	0	10	7	0	17
Sobrecarga intensa	0	1	11	2	0	14
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>66</b>

Fuente: Escala de relación intrafamiliar y sobrecarga del cuidador primario realizado en la UMF #64.

**GRAFICO 13. FRECUENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO Y DIMENSIÓN DE DIFICULTAD DE LA RELACION INTRAFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 64.**



Fuente: Tabla número 13.

## XI.- CONCLUSIONES

Concluyo que el rango de edad del cuidador primario del adulto mayor continua siendo el mismo que el reportado en la literatura Latinoamericana (entre 20 y 50 años de edad).

En lo que respecta al género concluyo que la persona que asume el rol y responsabilidad de cuidado del adulto mayor es el género femenino, esto debido posiblemente a causas culturales en donde la mujer es la encargada del cuidado de las personas, siendo un ejemplo de esto el cuidado de un recién nacido, cuidado de hijos enfermos, etc.

Además concluyo que el conyugue es la persona que principalmente asume la responsabilidad ante cuidado del adulto mayor, esto debido probablemente al vínculo unión que se forma entre la pareja durante su ciclo vital familiar.

En cuanto a lo que se refiere al estado civil, concluyo que la responsabilidad del cuidado del adulto mayor se deja principalmente a las personas solteras, debido probablemente a que no tiene otras responsabilidades a parte de las suyas.

Con respecto a la ocupación del cuidador primario del adulto mayor concluyo se dedican al hogar, esto debido a que la principal cuidador primario del adulto mayor es la conyugue con un 60.6%, además de que el género que asuma la mayor responsabilidad de cuidado es el femenino.

También concluyo que hay un alto porcentaje de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor, al cual se deberán integrar a grupos de autoayuda como medida de afrontamiento, canalizar al servicio de trabajo social e informar a su médico a cargo de su consultorio.

Concluyo que se identifica mayor frecuencia de ausencia de sobrecarga en las relaciones intrafamiliares de la dimensión de expresión, al igual que en la dimensión de unión y apoyo. Con lo que respecta a la dimensión de dificultad, concluyo que en las relaciones intrafamiliares altas se identifica mayor grado de sobrecarga.

## **XII.- RECOMENDACIONES**

Se deberá hacer más estudios durante un período más prolongado, así como investigaciones sobre las medidas de afrontamiento de sobrecarga del cuidador primario de los adultos mayores en las instituciones de salud.

También serán necesarios realizar estudios enfocados en cuanto al tiempo de cuidado que llevan a cabo los cuidadores, el grado de dependencia que tienen las personas cuidadas, las horas de cuidado, si hay algún cuidador secundario, la percepción de la persona cuidada.

Además, los estudios futuros también deberán ser enfocados al vínculo que se forma en la triada cuidador-persona cuidada-personal de salud.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Treviño S. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México* 2006; 48(1):30-38.
2. González C. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública de México* 2007;49(4):s448-s458.
3. [http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee52003/ponencias\\_precongreso/01-precongreso.htm](http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee52003/ponencias_precongreso/01-precongreso.htm). Acceso el 03 de noviembre de 2011.
4. Ruiz D. Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2008; 25(4):374-379.
5. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>. Acceso el 10 de noviembre de 2011.
6. Programas integrados de Salud. *Rev Enferm IMSS* 2005; 13(1):41-56.
7. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>. Acceso el 17 de septiembre de 2012.
8. <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/default.aspx?tema=me&e=15>. Acceso el 11 de septiembre de 2012
9. <http://portal2.edomex.gob.mx/cemybs/adultosmayores/estadisticas/index.htm>. Acceso el 11 de septiembre de 2012
10. <http://www.tlalnepantla.gob.mx/portal/tlalnepantlaes/agenda/poblacion1.pdf>. Acceso el 13 de septiembre de 2012
11. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje01.pdf>. Acceso el 27 de septiembre de 2011.
12. Gutiérrez R. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. *La situación demográfica de México* 2004. 53-70.
13. Guía de Práctica Clínica. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica.
14. Kameyama F. Valoración Geriátrica Integral. *Medigraphic* 2010; 2:55-65.
15. Oliver A. Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la Republica Dominicana. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 26(3):189-196.
16. Dorantes-Mendoza G. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22(1):1-11.
17. Buil P. Anciano y familia. Una relación en evolución. *Anales Sis San Navarra* 1999; 22(1):19-25.
18. Morales C. Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartrosis. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2010; 22(3):96-100.
19. Souza M. Vejez, Fisiopatología y consumo de sustancias. *Revista Mexicana de Neurociencia* 2008; 9(1):20-30.
20. Louro B. Modelo de salud del grupo familiar. *Rev Cubana Salud Pública* 2005; 31(4):332-337.
21. Rogero G. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83(3):393-405.

22. Martín M. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30:201-206.
23. Alfaro R. Sobrecarga, ansiedad, y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46(5):485-494.
24. Islas I. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2006; 19(4):266-271.
25. Zambrano C. Síndrome de carga del cuidador. *Rev Colomb Psiquiat* 2007; 34(1):26s-39s.
26. Roig M. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de psicología* 1998; 14(2):215-227.
27. Francisco R. Cuidados informales. *Rev Enferm* 1995; 18(202):61-65.
28. Garica C. El cuidado de la salud. *Índex de Enfermería* 1993; 6:16-19.
29. López G. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Rev Clin Med Fam* 2009; 2(7):332-334.
30. Lara P. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008; 13(4):159-66.
31. De los Reyes M. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología de Mercosur. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre 2001. Curitiba, Brasil (consultado: 11 mayo 2010). Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06Cuidad2001>
32. Palacios E. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2008; 27(2):195-210.
33. Artaso B. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(4):212-218
34. Domínguez S. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Med UIS* 2010; 32:28-37.
35. Seira L. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(6):713-721.
36. Alpuche V. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 2008;18(2):237-245.
37. Breinbauer K. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 657-665.
38. Devi J. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Mult Gerontol.* 2002; 12(1): 31-37.
39. Barrón R. Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología* 2009; 4:39-46.
40. Chaparro D. El vínculo especial de cuidado: construcción de una teoría fundamentada. *av. Enferm.* 2010; 28 (2): 123-133.

41. Chaparro L. Como se constituye el “vinculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. CHIA Colombia. 2011; 11 (1): 7-25.
42. Louro B. Atención Familiar. En Álvarez Sintés R: Temas de Medicina General Integral. Vol 1 Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 209-238.
43. Mendoza S. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Archivos en Medicina Familiar 2006; 8(1):27-32.
44. Medellín F. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Mental 2012; 35:147-154.
45. Rivero L. El papel Funcionamiento y la Comunicación familiar en los síntomas psicosomáticos. Clínica y Salud 2011; 22(2):175-186.
46. Athié D. Relación entre la Resiliencia y el Funcionamiento Familiar. Psicología Iberoamericana 2009; 17(1):5-14.
47. Domínguez G. Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(5):418-422.
48. Rivera H. Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). Revista de Psicología 2010; 14:12-29.
49. Rivera H. Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares: construcción y validación de una escala (tesis maestría). México: Universidad Nacional Autónoma de México; 1998.
50. Espinoza L. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio “José Duran Trujillo”, San Carlos, Chile. Theoria 2009; 18(1): 69-78.
51. Rojas M. Asociación entre habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. av.enferm 2007; 15(1): 33-45.



## XIV. ANEXOS

### ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	"RELACIONES INTRAFAMILIARES Y LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 64 DEL IMSS"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Tequesquahuac, a _____ de _____ de 2012.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar las relaciones intrafamiliares y la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor adscrito a la Unidad de Medicina familiar No. 64 del IMSS.
Procedimientos:	Responder encuestas.
Posibles riesgos y molestias:	Ningún riesgo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer acerca de las relaciones intrafamiliares y la sobrecarga del cuidador primario.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le explicara al paciente cualquier duda que se le presente durante la entrevista o al término.
Participación o retiro:	Conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe.
Privacidad y confidencialidad:	Se le ha explicado, que no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que sus datos serán tratados con privacidad y confidencialidad.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	<u>No aplica</u>
Beneficios al término del estudio:	<u>Información</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<u>M.C. Enrique Ortega Contreras</u>
Colaboradores:	_____
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

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

**Clave: 2810-009-013**

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 64.  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**“CUESTIONARIOS DE RELACIONES INTRAFAMILIARES Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DEL ADULTO MAYOR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 64 DEL IMSS”.**

**Motivo del cuestionario.**

La realización de los siguientes cuestionarios es para identificar la relación intrafamiliar de las personas que cuidan adultos mayores dependientes de algún integrante de la familia para su cuidado.

**Instrucciones.**

Lea con cuidado los siguientes cuestionarios y conteste por escrito los datos que se solicitan en la primer pregunta del cuestionario sociodemográfico. Así como marque con un tache la respuesta que usted considera que siente. El cuestionario no tiene tiempo limitado de aplicación y habitualmente se requieren alrededor de diez minutos para la realización completa.

<b>CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO.</b>							
1	# Afiliación del paciente			Edad del paciente.			
2	Edad del cuidador	1) 18-31		4	Parentesco	1) Hijo/a	
		2) 32-45				2) Esposo/a	
		3) 46-59				3) Hermano/a	
		4) 60-73				4) Nieto/a	
3	Sexo	1) Masculino				5) Nuero/a	
		2) Femenino				6) Otro	
5	Estado civil	1) Casado		6	Escolaridad	1) Analfabeta	
		2) Soltero				2) Primaria	
		3) Unión libre				3) Secundaria	
		4) Separado o divorciado				4) Bachillerato o técnico	
		5) Viudo				5) Universidad	
7	Ocupación.	1) Hogar.				5)Jubilado o pensionado	
		2) Estudiante				6) Desempleado	
		3) Obrero				7) Otro.	
		4) Empleado					

**Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.**

		Puntuación para cada respuesta.				
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
		1	2	3	4	5
1	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					

		Nunca.	Rara vez.	Algunas veces.	Bastantes veces.	Casi siempre
		1	2	3	4	5
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

### Evaluación de las relaciones intrafamiliares.

Nota: las siguientes abreviaturas significa: <b>TA</b> : totalmente de acuerdo; <b>A</b> : de acuerdo; <b>N</b> : neutral; <b>D</b> : Desacuerdo; <b>TD</b> : totalmente en desacuerdo		TA	A	N	D	TD
		5	4	3	2	1
1	En mi familia hablamos con franqueza.					
2	Nuestra familia no hace las cosas junta.					
3	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista.					
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.					
5	Los miembros de la familia acostumbran hacer cosas juntos.					
6	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas.					
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.					
8	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones.					
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.					
10	Somos una familia cariñosa.					
11	Mi familia me escucha.					
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.					
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.					
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.					
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.					
16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.					
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.					
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.					
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.					
20	Mi familia es cálida y nos brinda apoyo.					
21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes					
22	Encuentro difícil expresar mis opiniones en la familia.					
23	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.					
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.					
25	Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.					
26	Nosotros somos francos unos con otros.					
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.					
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.					
29	Los miembros de la familia no son muy receptivos para los puntos de vista de los demás.					
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.					
31	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga.					

	Nota: las siguientes abreviaturas significa: <b>TA</b> : totalmente de acuerdo; <b>A</b> : de acuerdo; <b>N</b> : neutral; <b>D</b> : Desacuerdo; <b>TD</b> : totalmente en desacuerdo	TA	A	N	D	TD
		5	4	3	2	1
32	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.					
33	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.					
34	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.					
35	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.					
36	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente.					
37	Muchas veces los miembros de la familia se callan sus sentimientos para ellos mismos					
38	Nos contamos nuestros problemas unos a otros.					
39	Generalmente cuando surge un problema cada miembro de la familia confía solo en sí mismo.					
40	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.					
41	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.					
42	Nuestra familia no habla de sus problemas.					
43	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.					
44	El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.					
45	Los miembros de la familia realmente se apoyan.					
46	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta.					
47	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.					
48	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.					
49	Nuestras decisiones no son propias sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.					
50	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.					
51	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.					
52	Los miembros de la familia no concordamos unos con otros al tomar decisiones.					
53	Todo funciona en nuestra familia.					
54	Pelemos mucho en nuestra familia.					
55	Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.					
56	Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.					

**Gracias por su colaboración.**