



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina  
Especialidad de Medicina Familiar

Factores asociados al colapso del cuidador primario del adulto mayor,  
perteneciente al programa de ADEC del IMSS. Querétaro, en el 2017.

### TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la  
Especialidad en Medicina Familiar

#### Presenta:

Médico General Shantal Benítez Benítez

#### Dirigido por:

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez

### SINODALES

Med. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez

Presidente

Med. Esp. Leticia Blanco Castillo

Secretario

MCE. Luz Dalid Terrazas Rodríguez

Vocal

Med. Esp Manuel Enrique Herrera Ávalos

Suplente

Med. Esp. Ma. Azucena Bello Sánchez

Suplente

Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea  
Directora de la Facultad de Medicina

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña  
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Febrero 2019

## RESUMEN

**Introducción:** Los cambios demográficos que se viven a nivel mundial con el aumento de la esperanza de vida, han traído un aumento en la población adulta mayor, esto aunado al aumento de enfermedades incapacitantes, conlleva a la necesidad de ayuda de los adultos mayores, proporcionada por un cuidador primario, que debido a múltiples factores tiene riesgo de sufrir colapso del cuidador. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al colapso del cuidador del adulto mayor. **Material y métodos:** Estudio de casos y controles en cuidadores de adultos mayores, incorporados al Programa de Atención Domiciliaria de Enfermos Crónicos (ADEC) del IMSS, Querétaro, en el 2017. Participaron 34 cuidadores para cada grupo, el de casos (cuidadores con colapso) y el de controles (cuidadores sin colapso). Se midieron variables sociodemográficas tanto a los cuidadores como a la persona cuidada, y se aplicaron instrumentos de medición para determinar el nivel socioeconómico, funcionalidad del adulto mayor para actividades básicas de la vida diaria, sobrecarga del cuidador, funcionalidad familiar y apoyo social. Análisis descriptivo e inferencial con la prueba de  $X^2$  y la razón de momios, con un nivel de confianza del 95%. Se solicitó consentimiento informado. **Resultados:** El adulto mayor tuvo un promedio de edad de  $77.41 \pm 10$  para el grupo con colapso y  $73.91 \pm 6.8$  para el grupo sin colapso. No hubo diferencia estadística en el sexo, la escolaridad, el estado civil. Ambos grupos presentaron discapacidad severa. El promedio de edad de los cuidadores fue de  $58 \pm 14$  para el grupo con colapso y  $55 \pm 10$  para para el grupo sin colapso. En ambos grupos predominó el sexo femenino, con escolaridad primaria completa, casados, económicamente activos, no se encontraban laborando, con estatus socioeconómico bajo y con familias moderadamente funcionales. Ante la presencia de parálisis en la persona cuidada existe un riesgo de 4.9 de que el cuidador presente colapso, en los cuidadores con percepción del apoyo social afectivo reducido un riesgo de 4.8 y en el apoyo confidencial reducido un riesgo de 3.4 de presentarlo, todas con una  $p < 0.05$ . **Conclusiones:** Los cuidadores primarios presentan como factores de riesgo para colapso la presencia de parálisis en el paciente cuidado y la falta de redes de apoyo social.

**Palabras clave:** Colapso, cuidador primario, factores asociados.

## SUMMARY

**Introduction:** The demographic changes in the world and the increase of the life expectancy have increased the elderly population, and with the increase of disabling diseases, so the elderly people need the help of an adult, a primary caregiver. The primary caregiver are at risk for burnout due to many factors. **Objective:** To determine the factors that can lead to seniors' primary caregiver burnout. **Materials and methods:** Study of the Case and control in seniors' primary caregiver that are integrated of program of Domiciliary Attention of People with Chronic Illness (DACI) of IMSS, Querétaro, in 2017. 34 caregivers were participated in each group, Caregivers who are burned out and caregivers without burden caregivers (in control). The study measured socio-demographic variables in both, caregivers and patients, also we applied instruments to measure socioeconomic level, functionality of the older adult in daily activities and social support. Descriptive and inferential analysis was with  $X^2$  test and odds ratio, with confidence levels of 95%. We requested informed consent. **Results:** In the group of caregiver burnout, the overage age of elderly people is  $77.41 \pm 10$  and  $73.91 \pm 6.8$  in the group caregiver without burden (in control). The study doesn't show statistical differences in the sex, education, marital status. Both groups presented severe disability. The average age of the caregiver burnout was  $58 \pm 14$ , and  $55 \pm 10$  of the caregivers without burden. In both groups predominate females who finished primary school, are married, economically active, unemployed, low socio-economic status and moderately functional family. In patients with paralysis there is a risk 4.9 of burden in the caregiver. In caregivers with low social support, the burden risk is to 4.8; in caregivers who has low support social confidential, the burden risk is 3.4, all with  $p < 0.05$ . **Conclusions:** Primary caregivers who look after paralysis patients and have poor social support, have a risk of burden.

**Key words:** Burden, primary caregiver, associated factors.

## **DEDICATORIAS**

Dedico este trabajo primeramente a Dios, quien me ha mostrado su infinita bondad y amor, al haberme dado la vida y permitirme alcanzar una meta más en la vida.

A esa gran mujer que ha sido mi ejemplo de vida, lucha y entrega, y que siempre ha sido una fuerza impulsora de superación en mi vida, mi Madre.

A mi hermana, amiga y aliada en la vida, a quien admiro como mujer y profesionalista y que me enseñó con ejemplo a luchar por la superación personal con esfuerzos y sacrificios.

La culminación de esta etapa ha sido posible gracias a su apoyo y comprensión.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en primer lugar a Dios por la vida, mi familia y amigos, por guiar mis pasos a lo largo de mis días. Gracias por tu infinita misericordia.

Agradezco a mi madre, Celia, por su amor, disciplina y enseñanzas. Gracias por esas innumerables horas de trabajo y esfuerzo con el fin de brindarnos a mi hermana y a mí las oportunidades de superación, por siempre motivarnos y respetar nuestras decisiones. Esto es gracia a ti, te amo.

También agradezco a mi hermana Diana, por tu apoyo y motivación, por ser mi cómplice, mi amiga y también haber sido enérgica en los momentos necesarios, gracias por ser mi hermana.

A mi directora de tesis Dra. Martha Leticia Martínez Martínez, y co-directora Dra. Leticia Blanco Castillo por su guía, apoyo y paciencia, por brindarme su tiempo y enseñanzas.

Al Dr. Flores, médico encargado del programa ADEC, por la confianza y apoyo al permitirme realizar este trabajo, por permitirme compartir con ustedes la experiencia de conocer personas maravillosas.

A mis amigos Sandra y Teresa por haberme apoyado y motivar a seguir nuevos retos. A Irais, Jeny, Edna y Harumi, por permitirme ser parte de sus vidas, por ser mi familia estos años, gracias por compartir tristezas, locuras y alegrías.

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 OBJETIVO GENERAL	3
I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICO	3
I.1.2 HIPÓTESIS	4
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
II.1 El adulto mayor	7
II.1.1 Generalidades del adulto mayor	7
II.1.2 Envejecimiento	9
II.1.3 Funcionalidad del adulto mayor	12
II.1.4 Necesidades del adulto mayor	14
II.2 La familia y el adulto mayor	16
II.2.1 La familia.	16
II.2.2 La familia con un integrante adulto mayor	20
II.3 Apoyo social	22
II.3.1 Definición de apoyo social	22
II.3.2 Apoyo social en salud	23
II.3.3 Medición del apoyo social	24
II.4. Cuidador primario	24
II.4.1 Características y funciones del cuidador primario	24
II.4.2 Sobrecarga del cuidador primario	25
III. METODOLOGÍA	28
III.1 Diseño de la investigación	28

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	29
III.3 Consideraciones éticas	31
III.4 Análisis estadístico	32
IV. RESULTADOS	33
V. DISCUSIÓN	42
VI. CONCLUSIONES	45
VII. PROPUESTAS	46
VIII. LITERATURA CITADA	47
IX. ANEXOS	52
ANEXO 1 Cédula de recolección de datos	52
ANEXO 2 Consentimiento informado	54
ANEXO 3 Escala de Graffar-Méndez Castellanos	55
ANEXO 4 Índice de Katz	56
ANEXO 5 FF-SIL	57
ANEXO 6 Escala de Zarit	58
ANEXO 7 Cuestionario Duke-Unk	59

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
IV.1	Características sociodemográficas del adulto mayor en relación a la presencia de Colapso del cuidador primario	35
IV.2	Funcionalidad del adulto mayor en relación a la presencia de Colapso del cuidador primario	36
IV.3	Comorbilidades del adulto mayor en relación a la presencia de Colapso del cuidador primario	37
IV.4	Características sociodemográficas del cuidador en relación a la presencia de Colapso	38
IV.5	Funcionalidad familiar y apoyo social en relación a la presencia de Colapso del cuidador primario	39
IV.6	Características relacionadas a la actividad de cuidadores en relación a la presencia de Colapso del cuidador primario	40
IV.7	Factores asociados a colapso del cuidador	41

## I. INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida ha ocasionado numerosos cambios demográficos con inversión de la pirámide poblacional, con aumento de la población adulta mayor; según datos de la Organización de Naciones Unidas en 2014, representaban el 12% de la población y se espera que para el 2050 alcancen el 21% (Martínez, 2012), a la par ha aumentado la prevalencia de enfermedades y discapacidad, solo del 15 al 40% de adultos mayores carecen de enfermedades objetivables (Albellan, 2006).

Ante la presencia de enfermedades incapacitantes existe una mayor dependencia funcional; en México se triplicó la población adulta mayor con discapacidad del 2000 al 2010 (Mejía, 2014).

El proceso de envejecimiento saludable implica la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), calidad de vida y enfermedades preexistentes a la etapa de la vejez, la alteración en alguno de estos elementos, ocasiona dependencia del adulto mayor (Mejía, 2014).

La capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente se conoce como funcionalidad, la disminución de la funcionalidad se considera un mal predictor de la evolución clínica y mortalidad del adulto mayor. Esta pérdida de la funcionalidad ha generado la necesidad de cuidadores primarios para proveer apoyo físico, emocional o financiero, el cual es generalmente un miembro de la familiar sin capacitación previa en el cuidado de este grupo etario. Estos cuidadores deben interrumpir sus actividades diarias, limitar su vida social y compatibilizarlas con las actividades de cuidador, lo que puede repercutir de forma negativa en su salud ocasionando sobrecarga (Mejía, 2014).

Este síndrome de sobrecarga del cuidador se caracteriza por presentar una gran variedad de síntomas físicos, emocionales, sociales y económicos, puede manifestarse con cansancio, cefalea, problemas osteomusculares,

trastornos gastrointestinales, cambios de peso, descontrol de enfermedades crónicas (Mendoza, 2014). Existen algunos factores de riesgo para este síndrome como el tiempo que llevan como cuidadores, ser mujeres y la falta de apoyo social (Secretaría de salud, 2015). El apoyo informal está dado por redes sociales personales o comunitarias no estructuradas, está dado más comúnmente por familiares y extrafamiliares (Hernández, 2012).

Se le ha restado importancia a los cuidadores primarios y se conoce poco sobre las repercusiones de las actividades que realiza el cuidador; por lo que es importante la determinación de los factores de riesgo relacionados al colapso del cuidador, para darlos a conocer a los familiares y al personal de salud y tratar de incidir en ellos, para disminuir los niveles de sobrecarga y a futuro desarrollar estrategias para prevención del mismo.

## **I.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores asociados al colapso del cuidador primario del adulto mayor, perteneciente al programa de ADEC del IMSS, Querétaro, en el 2017.

### **I.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar como factores del adulto mayor asociados al colapso del cuidador primario:
  - a. Las variables sociodemográficas (edad 75 años, sexo masculino, escolaridad básica, ocupación desempleado, religión católica, estatus socioeconómico bajo y estado civil sin pareja).
  - b. La dependencia funcional para actividades básicas de la vida diaria, mediante la escala de Índice de Katz.
  - c. El tiempo de duración de la enfermedad mayor a 5 años.
  - d. La presencia y tipo de comorbilidad.
  
2. Determinar como factores del cuidador asociados al colapso.
  - a. Las variables socio demográficas (edad mayor de 60 años, sexo femenino, escolaridad básica, ocupación amas de casa, religión católica, estatus socioeconómico bajo y estado civil casadas).
  - b. La funcionalidad familiar (FF-SIL).
  - c. Antecedente de problemas en el trabajo, relacionados al tiempo que dedica como cuidador.
  - d. Antecedente de desempleo, relacionado al tiempo que dedica como cuidador.
  - e. Tiempo que tiene como cuidador mayor a 5 años.
  - f. El tiempo que tiene al cuidado del adulto mayor, mayor a 12hrs diarias
  - g. Antecedente de ausencia de tiempo de descanso.
  - h. Apoyo social deficiente (DUKE-UNK).

- i. Si el cuidador vive en la misma residencia.

## **I.2. HIPÓTESIS**

Existen factores asociados al colapso del cuidador primario del adulto mayor, perteneciente al programa de ADEC del IMSS.

### **Hipótesis específicas**

Hipótesis del adulto mayor:

1. Ho. El promedio de edad adultos mayores con colapso del cuidador es menor de 75 años; y el promedio de edad adultos mayores sin colapso del cuidador es menor de 75 años.

Ha: El promedio de edad adultos mayores con colapso del cuidador es de 75 años; y el promedio de edad adultos mayores sin colapso del cuidador es de mayor de 75 años.

2. Ho: La prevalencia del sexo masculino adultos mayores con colapso del cuidador es menor a 70%; la prevalencia del sexo masculino adultos mayores sin colapso del cuidador es menor a 50%.

Ha: La prevalencia del sexo masculino adultos mayores con colapso del cuidador es igual o mayor a 70%; la prevalencia del sexo masculino adultos mayores sin colapso del cuidador es igual o mayor a 50%.

3. Ho: La prevalencia del nivel de escolaridad básica adultos mayores con colapso del cuidador es menor de 70%; la prevalencia del nivel de escolaridad básica adultos mayores sin colapso del cuidador es menor de 50%.

Ha: La prevalencia del nivel de escolaridad básica adultos mayores con colapso del cuidador es igual o mayor a 70%; la prevalencia del nivel de

escolaridad básica adultos mayores sin colapso del cuidador es igual o mayor a 50%.

4. Ho: La prevalencia del nivel del estado civil de viudez en adultos mayores con colapso del cuidador es menor a 65%; la prevalencia del nivel del estado civil de viudez adultos mayores sin colapso del cuidador es menor a 40%.

Ha: La prevalencia del nivel del estado civil de viudez en adultos mayores con colapso del cuidador es igual o mayor a 65%; la prevalencia del nivel del estado civil de viudez adultos mayores sin colapso del cuidador es igual o mayor a 40%.

5. Ho: La prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores con colapso del cuidador es menor a 80%; la prevalencia de dependencia funcional adultos mayores sin colapso del cuidador es menor a 56%.

Ha: La prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores con colapso del cuidador es igual o mayor a 80%; la prevalencia de dependencia funcional adultos mayores sin colapso del cuidador es igual o mayor a 56%.

6. Ho: La prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores con colapso del cuidador es menor a 80%; la prevalencia de dependencia funcional adultos mayores sin colapso del cuidador es menor a 56%.

Ha: La prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores con colapso del cuidador es igual o mayor a 80%; la prevalencia de dependencia funcional adultos mayores sin colapso del cuidador es igual o mayor a 56%.

Del cuidador primario:

1. Ho: El promedio de edad de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor de 63 años; y el promedio de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es mayor de 61 años o más.

Ha: El promedio de edad de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor de 63 años; y el promedio de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor de 61 años o más.

2. Ho. La prevalencia del sexo femenino de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor a 73%; la prevalencia del sexo femenino de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es menor a 57%.

Ha: La prevalencia del sexo femenino de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor a 73%; la prevalencia del sexo femenino de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor a 57%.

3. Ho: La prevalencia de escolaridad a básica de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor a 80%; la prevalencia de escolaridad a básica de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es menor a 56%.

Ha: La prevalencia de escolaridad a básica de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor a 80%; la prevalencia de escolaridad a básica de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor a 56%.

4. Ho: La prevalencia de la ocupación amas de casa de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor a 70%; la prevalencia de la ocupación amas de casa de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es menor a 40%.

Ha: La prevalencia de la ocupación amas de casa de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor a 70%; la

prevalencia de la ocupación amas de casa de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor a 40%.

5. Ho: La prevalencia del nivel socioeconómico alto de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor a 50%; la prevalencia del nivel socioeconómico alto de casa de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es menor a 26%.

Ha: La prevalencia del nivel socioeconómico alto de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor a 50%; la prevalencia del nivel socioeconómico alto de casa de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor a 26%.

6. Ho: La prevalencia del estado civil que vive en pareja de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor a 80%; la prevalencia del estado civil que vive en pareja de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es menor a 52%.

Ha: La prevalencia del estado civil que vive en pareja de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor a 80%; la prevalencia del estado civil que vive en pareja de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor a 52%.

7. Ho: La prevalencia de ausencia de apoyo social de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor a 71%; la prevalencia de ausencia de apoyo social de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es menor a 45%.

Ha: La prevalencia de ausencia de apoyo social de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor a 71%; la prevalencia de ausencia de apoyo social de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor a 45%.

8. Ho: La prevalencia de tiempo como cuidador mayor a 5 años en de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor a 70%; la prevalencia de tiempo como cuidador mayor a 5 años de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es menor a 33%.

Ha: La prevalencia de tiempo como cuidador mayor a 5 años de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor a 70%; la prevalencia de tiempo como cuidador mayor a 5 años de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor a 33%.

9. Ho: La prevalencia de ausencia de tiempo de descanso de cuidadores primarios con colapso del cuidador es menor a 70%; la prevalencia de ausencia de tiempo de descanso de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es menor a 36%.

Ha: La prevalencia de ausencia de tiempo de descanso de cuidadores primarios con colapso del cuidador es igual o mayor a 70%; la prevalencia de ausencia de tiempo de descanso de cuidadores primarios sin colapso del cuidador es igual o mayor a 36%.

## I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### II.1. El adulto mayor

#### II.1.1 Generalidades del adulto mayor

A nivel mundial se han suscitado numerosos cambios con el fin de mejorar las condiciones de vida de la población, no siendo el crecimiento demográfico la excepción, llevando un incremento de la esperanza de vida; la pirámide poblacional continúa cambiando, actualmente presenta un ensanchamiento en la población adulta joven, y de igual manera un aumento en la población adulta mayor (Comisión de población y desarrollo, 2014).

Según datos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la proporción de las personas mayores aumento del 9% en 1994 a 12% en el 2014, y se espera que alcance el 21% para el 2050<sup>1</sup>. En la Región de las Américas en el año 2010 la población de 60 años y más alcanza el 13.1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos de 60 años y más por cada 100 niños menores de 15 años (Martínez, 2012).

En México también se observan estos cambios, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para el 2010 se recabo información de 10 695,704 adultos, representando un 9.2% de la población del país. Siendo los estados del Distrito federal, Veracruz y Oaxaca los de mayor población de más de 60 años, estados como Aguascalientes, Chiapas y Querétaro con un porcentaje entre el 5.0 y 7.0% según la Encuesta Nacional de salud 2012 (ENSANUT). La OMS considera a las personas de 60 a 74 años como de edad avanzada, 75 a 90 años como personas viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años como grandes viejos o longevos. Y toda persona mayor de 60 años debe ser llamada de la tercera edad. De igual manera en demografía se utiliza la palabra adultos mayores para determinar a la población envejecida, la ONU y otras instituciones establecen la edad de 60 años para considerar a la persona adulta mayor (INAPAM, 2015).

Solorzano y colaboradores en su libro Estudio del ser humano y su familia divide a los ancianos en tres grupos según la clasificación de Naugarten en relación a la calidad y esperanza de vida, ancianos jóvenes (65 a 75 años) que son individuos en buen estado físico y mental que les permite mantenerse activos y competentes, ancianos mayores (76 a 85 años) que enfrentan la disminución de su fuerza física lo cual los obliga a una actividad más limitada y mayor dependencia y ancianidad avanzada (más de 85 años) en este grupo pueden haber individuos muy competentes o con importante deterioro, con mayores problemas de salud (Solorzano, 2001).

En los países orientales la ancianidad corresponde a la etapa de reconocimiento y respeto por los conocimientos y sabiduría que el pasar de los años le proporciona al individuo, en países occidentales de manera diferente se relaciona con la capacidad productiva del individuo. Muchas son las vistas que se pueden encontrar para definir la ancianidad o vejez, que no es más que otra etapa más del individuo, que ciertamente presenta grandes cambios y necesidades diferentes. Motivo por el cual es preciso el conocimiento de esta etapa.

El incremento en la población adulta mayor es debido en gran medida a los avances médicos, que han traído como consecuencia un aumento en la esperanza de vida, que ha alcanzado un promedio de 78.3 años, con una estimación en el periodo 2010-2025 de un promedio de 79.1 años (Espinoza, 2012); en la población mexicana se duplicó entre 1930 y 2014, con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 años en los hombres, para el 2014 en las mujeres se incrementó a 77.5 años y en los hombres a 72.1 años, con un estimado para el 2050 de 81.6 y 79.4 años respectivamente (INAPAM, 2015).

Con el aumento de la esperanza de vida, a medida que pasan los años, también aumenta la prevalencia de enfermedades, y discapacidad, a pesar de ello un gran número de personas con edad avanzada presentan un buen estado de

salud, entre el 15 y el 40% de los adultos mayores de 70 años carecen de enfermedades objetivables (Albellan, 2006).

Lo anterior da una población muy variada, para lo cual se definen perfiles del Adulto mayor. Adulto mayor sano: Persona de una edad avanzada sin enfermedad presente, con capacidad funcional bien conservada, que es independiente para sus actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria y no presenta problema mental y social; adulto mayor enfermo: Anciano sano con una enfermedad aguda; acuden a consulta por un proceso único, no presentan otras enfermedades, ni problemas mentales ni sociales; adulto mayor frágil: es aquel que conserva su independencia de manera pobre, y se encuentra en alto riesgo de volverse dependiente, presenta una o varias enfermedades de base que están compensadas y le permiten tener su independencia básica; paciente Geriátrico: paciente con una o varias enfermedades crónicas avanzadas, con presencia de discapacidad, dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (Albellan, 2006).

El envejecimiento saludable está condicionado por la capacidad de realizar las funciones básicas de la vida diaria, la calidad de vida y enfermedades preexistentes a la etapa de la vejez, a menor calidad de vida mayor es la dependencia del adulto. Para el 2010 según la ENSANUT 2012, del total de adultos mayores más de la cuarta parte presentaba algún grado de discapacidad, el 26.9%<sup>3</sup>; requiriendo de una persona que le provea apoyo físico, emocional y económico para sus cuidados ya que por sí solos no pueden realizar sus actividades básicas, conocido como cuidador informal.

### II.1.2 Envejecimiento

El envejecimiento poblacional en la actualidad se considera un acontecimiento demográfico de gran importancia; en la actualidad a nivel mundial los adultos mayores de 60 años representan el 11% y se estima que para el 2050 serán aproximadamente el 21% (Comisión de población y desarrollo, 2014; Rodríguez, 2014). El ser humano inicia su proceso de envejecimiento desde el

momento de su nacimiento, se considera un proceso normal, dinámico, progresivo e irreversible y deletéreo que afecta de forma diferente a cada persona u órgano; comienza con un descenso gradual de las funciones y termina con el fallecimiento (Landinez, 2012). Puede entenderse desde diferentes perspectivas: Cronológico, el tiempo transcurrido desde el nacimiento y puede medirse en años, meses o días. Biológico o funcional, deterioro por los cambios anatómicos y bioquímicos que ocurren durante este proceso y está marcado por el grado de deterioro. Psicológico, que representa el funcionamiento del individuo en cuanto a competencia conductual y adaptabilidad. Social, en relación con la sociedad en la que se desenvuelve, dado por la jubilación, la superación de esta y el papel que se pierde (Rivera, 2013).

Todas las células envejecen, se hacen más grandes y pierden su capacidad para dividirse y reproducirse. El tejido conectivo se hace cada vez más rígido, las membranas celulares cambian y los tejidos tienen dificultad para recibir oxígeno y nutrientes, así como para eliminar dióxido de carbono y eliminar productos de desecho, muchos tejidos pierden masa y se atrofian, y los órganos disminuyen su capacidad funcional (Vera, 2007).

Entre los cambios que se producen durante el proceso de envejecimiento destacan:

- En la figura corporal: se pierde tejido graso en la periferia, disminución de tejido subcutáneo y tiende a acumularse en regiones periorgánicas; disminución de la estatura y pérdida de peso por reducción de tejido muscular, depósito de grasa y reducción de masa ósea.
- En los signos vitales: deterioro de la regulación de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca en reposo puede ser más lenta y retraso en aumento del pulso posterior a ejercicio; la presión sanguínea media aumenta por la pérdida de la elasticidad de los vasos y la función pulmonar se ve afectada por la capacidad pulmonar, pero la frecuencia no se altera.

- Cardiovasculares: se puede oír un soplo sistólico por la esclerosis de la válvula aórtica, pueden presentarse frecuencias cardiacas de 40 latidos/ minuto normales.

- En el aparato respiratorio: los pulmones pierden tejido y hay pérdida de alveolos y capilares; la curvatura dorsal de la columna se puede afectar por la pérdida de masa ósea y depósito de minerales en los cartílagos, lo cual ocasiona una disminución de la capacidad pulmonar y disminución de la cantidad de oxígeno que se transfiere.

- En el aparato gastrointestinal: reducción de la cantidad de saliva; disminución de la sensación del gusto por pérdida de papilas gustativas, mala dentición; disminución de la capacidad secretora por descenso en la liberación de hormonas; trastornos en la motilidad intestinal, atrofia de la mucosa; el hígado disminuye su tamaño pero no se altera el proceso de la función hepática ni la síntesis de factores de coagulación, la degradación de las proteínas puede reducirse.

- Endocrinos: disminución de aldosterona, T3, renina, estrógenos y andrógenos, aumento de noradrenalina insulina, FSH, LH; mayor respuesta a la ADH a la autorregulación y menor respuesta ortostática.

- En el sistema nervioso y órganos de los sentidos: disminución de la percepción, memoria y del pensamiento, disminución de la mucina y secreción lagrimal, puede aparecer presbicia, presbiacusia y tapones de cerumen, alteración en la movilidad y seguridad por pérdida de reflejos, aparición de los reflejos primarios, disminución de tacto, sensibilidad térmica y dolorosa.

- En el sistema nefrológico: disminución de la función renal en situaciones de sobrecarga, dificultada para la capacidad de concentración de la orina, disminución de renina y aldosterona con mayor riesgo de hiperpotasemia, tendencia a infecciones urinarias por vaciamiento incompleto de la vejiga y mayor tendencia a incontinencia.

- En el sistema músculo-esquelético: pérdida del líquido entre los discos intervertebrales y del contenido mineral de las vértebras con pérdida de la estatura, huesos más porosos con mayor incidencia de osteoporosis, movimientos

más lentos, marcha lenta e inestable, y fatiga con mayor facilidad, pérdida de fuerza por disminución de la masa muscular (Albellan, 2006).

La salud de los ancianos depende de las condiciones de vida previas y las actuales, que le ofrezca el medio donde se desenvuelve. Es difícil definir la salud del anciano, Rodríguez la considera como sinónimo de capacidad funcional para el desenvolvimiento en su medio familiar, social y realización de sus actividades diarias. Sin embargo el envejecimiento acompañado de las enfermedades crónicas cardiovasculares y estilos de vida no favorables, han ocasionado un envejecimiento asociado a discapacidad, establece la esperanza de vida saludable para la población mexicana es de 66.5 años, y la esperanza de vida con discapacidad en 9.8 años (Rodríguez, 2014). Una expectativa de vida mayor es necesariamente una ventaja, puede representar un periodo mayor de vida con enfermedad.

En la actualidad el 47.8% de los adultos mayores de la población mexicana padecen algún tipo de discapacidad y sufren las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, además de las carencias de apoyo formal, lo que ocasiona que se requiera de cuidadores informales (Secretaría de salud, 2015).

### II.1.3 Funcionalidad del adulto mayor

El envejecimiento poblacional ha colaborado con el aumento de discapacidad en adultos mayores; según el informe mundial de discapacidad de la OMS (2011), el riesgo de discapacidad aumenta con la edad, se estima una prevalencia de discapacidad grave de 10.2%, y discapacidad moderada de 46.1%. En México población adulta mayor con discapacidad se triplicó del 2000 al 2010 (26.3%), para el 2012 el 47.8% de los adultos mayores presentaban algún grado de discapacidad, solo el 5% con total dependencia (Mejía, 2014).

La capacidad de cada persona para realizar sus actividades diarias (ABVD) declina paulatinamente con la edad y su deterioro se incrementa con la

presencia de discapacidad, es más notorio a partir de los 65 años. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) encontró que la principal enfermedad asociada a discapacidad fue el reumatismo, seguido de cardiopatías; el principal motivo de limitación de actividad y restricción de la participación son las caídas, la demencia y alteraciones del estado cognitivo constituyen un riesgo para caídas (Mejía, 2014). La capacidad para realizar las ABVD de manera independiente se conoce como funcionalidad, la disminución de la funcionalidad se considera un mal predictor de la evolución clínica y mortalidad del adulto mayor.

Las actividades de la vida diaria se dividen en básicas, instrumentales y avanzadas (Albellan, 2006).

Las ABVD miden los niveles más elementales de la funcionalidad (comer, usar el retrete, control de esfínteres) y las inmediatamente superiores (asearse, vestirse y andar), indispensables para el autocuidado, se miden mediante observación directa las escalas más utilizadas son el índice de Katz, el índice de Barthel y la Escala funcional de la Cruz Roja. Las actividades instrumentales miden aquellas funciones que le permiten a una persona ser independiente en la comunidad (capacidad de hacer compras, comida, manejo de finanzas, etc.), dentro de estas se incluyen las avanzadas, que incluyen actividades de ocio, religiosas, transporte, etc., para su evaluación se utiliza la escala de Lowton y Brody (Albellan, 2006).

Índice de Katz: Creado en 1968 por S. Katz, se utiliza a nivel geriátrico y paliativo, ha demostrado utilidad para describir el nivel de funcionalidad, en pacientes y seguir su evaluación y respuesta al tratamiento, evalúa el grado de dependencia/independencia, utilizando 6 funciones básicas (baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación), cada actividad se califican en independiente y dependiente. Cada persona se clasifica en 8 niveles de dependencia, que van desde A independiente para todas las actividades, hasta G dependiente para todas las actividades. Esta escala valora las funciones en orden

jerárquico, la capacidad de realizar una función implica la capacidad de realizar las otras, y considera a una persona independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica, y dependiente a toda aquella que requiere ayuda o vigilancia para la realización de las actividades. Se agrupan de la siguiente manera: Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve, grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada, grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa. Cuenta con una validez con coeficientes de correlación  $> 0.70$  y test-retest  $> 0.90$  (altos) (Trigás, 2011; Soberanes, 2009).

#### II.1. 4 Necesidades del adulto mayor

El aumento de la población adulta, cada vez mayor, representa un gran reto para la sociedad y para el área de la salud. En la actualidad según datos de las naciones unidas para el 2015 existían 600 millones de personas mayores de 60 años, se calcula que para el 2025 se duplicará esta cifra y para el 2050 habrá igual cantidad de adultos mayores que niños menores de 15 años (Roig, 2015).

El proceso de envejecimiento es una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo, haciéndolo más susceptible a situaciones de estrés y más vulnerable a las enfermedades, es distinto para cada individuo, incluso progresa de manera diferente para cada órgano. En esta etapa existen múltiples cambios en el individuo, no solo en el aspecto fisiológico, psicológico y social, pueden o no estar relacionados con presencia de discapacidad (Roig, 2015).

Un envejecimiento saludable implica que la función fisiológica de muchos órganos declina paulatinamente, dependiendo de cada individuo, la información genética heredada y el estilo de vida previo. En esta etapa la mayoría de los adultos mayores requieren de soporte sobre todo familiar, en diferente grado. La familia representa uno de los pilares más importantes de esta etapa, ya que en su mayoría son ellos los encargados de proveer este soporte a los adultos mayores. En condiciones normales, sin discapacidad, el adulto puede requerir apoyo para algunas actividades, como la alimentación ya que por sus cambios fisiológicos

esta debe ser modificada, otros cambios relacionados con su movilidad ya que por la pérdida muscular existe también pérdida de la fuerza muscular; de igual manera para adaptarse al nuevo estilo de vida posterior a una jubilación para mantener sus relaciones sociales, un adulto mayor no solo requiere de cuidados físicos, también de afecto y mantener sus relaciones interpersonales con el resto de la sociedad, hacerlo sentir parte del núcleo familiar sin perder su dignidad respecto a las necesidades personales.

Reconocer aquellas condiciones que ubiquen al adulto mayor en estado de fragilidad y puedan ocasionar la aparición de una discapacidad, para intervenir oportunamente, conceptualizan la fragilidad como un estado asociado al envejecimiento, que se caracteriza por la disminución de la reserva fisiológica o la homeostasis. En Cuba los adultos mayores se consideran aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad. Martínez en el 2005 lo consideró como un síndrome clínico-metabólico que conduce a una situación declive progresivo y muerte; y que algunas intervenciones en factores patogénicos o actividad física lo pueden revertir o retrasar, no todos los adultos mayores se encuentran en estado de fragilidad, solo alrededor del 10%, cifra que se incrementa con la edad, alrededor del 50% de los adultos mayores de 80 años se encuentran en estado de fragilidad. La OMS considera que los muy ancianos son el grupo que se encuentra en mayor situación de riesgo (los viejos más viejos, mayores de 85 años), los que viven solos, mujeres solteras y viudas, aquellos que no tienen hijos, parejas de ancianos en donde uno está muy enfermo con una discapacidad y aquellos con escasos recursos económicos (Jiménez, 2010).

Ante estas necesidades se requiere de la presencia de un cuidador, generalmente un familiar, con el fin de dar un bienestar al adulto mayor, importante que este personaje tenga los conocimientos sobre las necesidades, los cuidados y atención de los adultos mayores. Ante esta situación muchos países han establecido programas para capacitar a estos cuidados, siendo aún insuficiente (Herrera, 2012).

## II.2. La familia y el adulto mayor

### II.2.1. La familia.

El ser humano no puede vivir aislado, la familia es su grupo natural. El ser humano es un ser social por naturaleza. Desde sus orígenes el hombre ha tendido a la agrupación, inicialmente en pequeños grupos nómadas, hasta llegar a formar lo que al día de hoy conocemos como familia, grupo básico de la sociedad (Membrillo, 2008).

Familia, palabra que proviene del latín *famulus*, que significa siervo; la cual a su vez proviene del primitivo *famul*, que se origina de la voz osca *famel*, que significa esclavo doméstico. El Diccionario de la Lengua Española señala que es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas, número de criados de uno, aunque no vivan dentro de la casa, conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje (Huerta, 2007). La OMS la define como los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por la sangre, adopción y matrimonio. Juan Pablo II la refiere como la “ecología humana”, en su seno el hombre recibe las primeras nociones de la verdad y el bien, aprende que quiere decir amar y ser amado, y por ende que quiere decir en concreto ser una persona (Placeres, 2011). Se considera que la familia como unidad básica se encarga fundamentalmente de la supervivencia física y constituye lo fundamental del hombre.

Las funciones de la familia son dinámicas y evolutivas de acuerdo a la etapa en la que se encuentres; aunque fundamentalmente consisten en el cuidado y protección, brindar afecto, reproducción, iniciar la socialización y proveer un status, es por tanto el principal grupo de apoyo del adulto mayor, integrante de la misma (Solorzano, 2001).

Tipología familiar. La composición familiar es un proceso dinámico, cambia según la etapa del ciclo familiar en que se encuentre, contexto demográfico, económico, etc. La familia se clasifica desde varios aspectos, por la

gran diversidad de condiciones de la sociedad. De igual manera podemos decir que cada persona es miembro de dos familias, la de origen y la de procreación (membrillo, 2008).

Se puede clasificar según su conformación, su grado de desarrollo, el aspecto demográfico, según las complicaciones del desarrollo familiar, la etapa del ciclo vital en que se encuentren y según su funcionalidad (Placeres, 2011).

Salvador Minuchin define al conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, como la estructura familiar. Es decir un sistema de pautas que regulan las conductas de los miembros de la familia. Está conformada por los subsistemas, roles, jerarquías, límites y las alianzas o coaliciones (Anzures, 2013). La estructuración clara en la familia permite mantener una adecuada funcionalidad y le brinda recursos para enfrentar las crisis familiares que pueden presentarse.

Ciclo vital familiar. El funcionamiento adecuado de la familia está determinado en gran medida por los cambios de la etapa en la que se encuentren. Los problemas o crisis familiares son diferentes en cada etapa y se afrontan de diferente forma según la etapa en la que se encuentren. Es decir, una familia con un integrante adulto mayor con una discapacidad no se afronta de igual manera si la familia a cargo de su cuidado se encuentra en fase de expansión que si se encontrara en fase de dispersión, ya que en esta última ya se han adquirido mayor cantidad de recursos familiares para afrontar los cambios que conllevan los cuidados a este integrante de la familia (Placeres, 2011).

El ciclo vital familiar se considera como las etapas de desarrollo de la familia y que van desde su conformación hasta su desintegración. No precisa un tiempo determinado, es progresivo ordenado, dinámico, continuo y evolutivo. Existen muchas clasificaciones del ciclo vital, sin embargo la más utilizada es la propuesta por Geyman, considera 5 etapas: etapa de matrimonio, que inicia con la unión de la pareja hasta el nacimiento del primer hijo, en esta etapa se llevara a cabo el acoplamiento de la pareja, la negociación y el desarrollo de la sexualidad;

etapa de expansión, la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último, se lleva a cabo la planeación del número de hijos, espaciado de nacimientos y la adaptación a la llegada de los hijos; etapa de dispersión, inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de la casa, se lleva a cabo el proceso de socialización y autonomía; etapa de independencia, va desde que el primer hijo abandona el hogar definitivamente hasta que lo hace el último, los padres tienen que aprender a ser independientes nuevamente; y finalmente la etapa de retiro o muerte, que va desde la salida del último hijo hasta la muerte de uno de los conyugues, en esta etapa se da el reencuentro de la pareja, también se da la aparición de enfermedades de tipo crónicas, se realiza la recopilación de la vida (Membrillo, 2008).

El análisis del ciclo vital de la familia permite considerar la variedad de intereses, necesidades, roles y conflictos de las familias multigeneracionales. Es ahí donde radica la importancia de la familia para el adulto mayor, ya que ahí se encuentran las personas que pueden brindarle ayuda y apoyo afectivo para las necesidades que conlleva el proceso de envejecimiento (Membrillo, 2008).

Funcionalidad familiar. Las situaciones estresantes ponen a prueba la organización y recursos de la familia. También conocidos como crisis, se considera un punto de cambio, Caplan la define como un estado temporal de trastorno y desorganización, con incapacidad para manejar situaciones particulares, y utilizar los recursos acostumbrados para la solución de problemas. Shires la conceptualiza como aquella que se presenta cuando el estrés tanto individual como familiar ha sobrepasado los recursos estabilizadores que se tienen (Huerta, 2007).

Erikson considera que la crisis evoca a un sinónimo de viraje decisivo o momento crucial durante el desarrollo del individuo. De igual manera Friedman refiere que estas se presentan bajo situaciones estresantes y que son resueltas por las familias según su capacidad para resolver los problemas y su capacidad de

adaptación. Erikson dividió las crisis en crisis normativas: ocurren en respuesta a las etapas normales del desarrollo, es decir las esperadas, como en nacimiento de los hijos y crisis paranormativas: originadas por eventos estresantes, únicos e inesperados, surgen de experiencias adversas, las más comunes son el abandono, embarazos no deseados, aparición de enfermedades, problemas económicos y muerte de algún integrante (Huerta, 2007).

Las crisis familiares producen cambios a dos niveles principalmente, el primero es en la funcionalidad familiar, como la pérdida de los límites, cambios de roles, inestabilidad en el cumplimiento de las normas, las metas y valores familiares pierden importancia, etc., y cambios en el funcionamiento individual, cambios a nivel cognoscitivo, afectivo, físico, y de las relaciones interpersonales y conductuales (Solorzano, 2001). De la forma en como la familia enfrenta cada una de las crisis familiares dependerá la funcionalidad familiar. Para ello utiliza de los recursos familiares, es decir realizar los ajustes que le permitan adaptarse y superar las crisis; esta es una característica, competencia o habilidad, incluso bienes, que permiten la adaptabilidad y provee los medios para resolver el problema. Una familia puede disponer de tres tipos de recursos, los individuales, familiares y sociales.

Los recursos personales son atributos que le permiten al individuo superar ciertas experiencias. Consisten en la salud física, emocional y mental; autoestima, presencia de dominio situacional, actitud positiva, capacidad para comunicar sus pensamientos, conocimientos y destrezas, etc. (Membrillo, 2008).

Recursos familiares, se consideran patrones de funcionamiento, entre ellos se encuentran la cohesión familiar, adaptabilidad familiar, organización familiar, habilidad para la negociación y resolución de problemas, afecto familiar, cultura familiar, incluyendo los financieros y de asesoría o consejo (Membrillo, 2008).

Otro tipo de recursos con los que se cuentan son los sociales o comunitarios, consisten en redes de apoyo que pueden ser de tipo natural, pueden

ser familiares, amigos, vecinos es decir personas cercanas a la familias, este tipo de apoyo generalmente es inmediato; también están las redes de apoyo organizadas, son los servicios médicos y sanitarios, servicios comunitarios, asociaciones, programas gubernamentales, tienen el inconveniente de que pueden ser retardados por los trámites burocráticos (Solorzano, 2001).

La aplicación de los recursos familiares ante la presencia de crisis, conlleva a una correcta salud familiar. Esta se considera es el equilibrio entre elementos internos y externos del grupo familiar, es decir la capacidad de adaptarse y superar la crisis. El funcionamiento familiar es la dinámica interactiva y sistémica entre los integrantes de la familia, que se da a través de la cohesión, armonía, roles, límites, afectividad, participación y aceptabilidad (Membrillo, 2008).

A lo largo de la historia se han elaborado diferentes métodos para medir la funcionalidad familiar para evaluar el impacto de estos eventos adversos, llamadas crisis. El instrumento FF-SIL prueba de percepción del funcionamiento familiar, que consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no a la familia. Evalúa aspectos como la cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad (Landinez, 2012).

Los cambios que se producen con el envejecimiento pueden representar un evento crítico para la familia, de tal manera que la manera de afrontarlo dependerá en gran medida del grado de salud familiar (Anzures, 2013).

## II.2.2 La familia con un integrante adulto mayor

Uno de los papeles más importantes que representa la familia, es la brindar cuidado a cada uno de sus miembros. Ante la dinámica poblacional, las familias son pieza fundamental en el desarrollo del adulto mayor (Anzures, 2013).

Desde años atrás, la familia se ha desempeñado como la institución proveedora de protección social, en una faceta específica en la crianza y

formación de los hijos, y una complementaria que se presenta como sustituto frente a eventos adversos que afecten a sus integrantes (Velásquez, 2012).

La familia representa la primera instancia de apoyo a los adultos mayores. La responsabilidad recae directamente sobre ella ya que muchos países carecen o cuentan con insuficientes recursos para brindar protección formal. Ante la necesidad de ayuda o incapacidad para resolver las demandas de los adultos mayores requieren el apoyo de la familia y la comunidad. Estos mecanismos de apoyo no solo radican en la demanda de albergue y comida, sino también en tiempo y servicios para garantizar la supervivencia de los adultos mayores (Velásquez, 2012).

Estas demandas exigen modificaciones de los estilos de vida, pueden dificultar las relaciones familiares, así como la presencia de desgaste económico, reorganización y cambios en la composición familiar, vivienda, en ocasiones migraciones y atención médica. Las consecuencias pueden ser positivas o negativas. Si la respuesta es positiva la familia aprende a adaptarse a la situación, mejorando sus competencias y habilidades y como consecuencia tanto la familia como el adulto mayor perciben la satisfacción y son capaces de cuidarse unos a otros; por otro lado si la respuesta es negativa puede ocasionarse abandono o abuso (Velásquez, 2012).

Muchos ancianos pueden mantenerse activos e independientes, sin embargo la prevalencia de la cronicidad y longevidad han contribuido a la limitación de las funciones en los ancianos, ocasionando una mayor dependencia de la familia. Ante esta situación existen dos tipos de respuesta familiar, es decir los cambios que se generan en las relaciones entre cada uno de los miembros, aplicables tanto en casos de adultos mayores activos como enfermos. La primera es la respuesta centrípeta, en ella existe una cohesión entre los integrantes de la familiar, es decir el centro de atención es el adulto mayor y la responsabilidad recae en cada integrante de manera equitativa. Otra tipo de respuesta es la

centrífuga, en donde el cuidado del adulto mayor es delegado a una sola persona, existe una falta de colaboración por parte de la familia (Anzures, 2013).

Cuando estos cuidados recaen sobre uno de los integrantes de la familia lo convierten en el cuidador principal, generalmente esta responsabilidad recae sobre las mujeres, esposas, hijas, nueras o nietas. Que en la actualidad con la incorporación de las mujeres al mercado laboral, además de ejercer el papel de cuidadora y sus actividades domésticas, han contribuido a la sobrecarga y comprometido su estado de salud. Ante tales circunstancias existe el riesgo de que ocurran efectos adversos a nivel individual o de organización familiar. Takase y colaboradores en su estudio realizado en 2011 nos muestra de una dinámica familiar favorable depende la calidad de vida del anciano y del cuidador.

## **II. 3. Apoyo social**

### **II.3.1. Definición de apoyo social.**

La etapa de la vejez en un periodo en el que el nivel de dependencia del adulto mayor se incrementa considerablemente ocasionándole un estado de vulnerabilidad. Características sociales como la pobreza, edad, desempleo y ocupación se asocian con estado de salud, ya que representa situaciones de estrés. Se ha demostrado que el apoyo social tiene un dominio sobre el proceso salud enfermedad, al tener un impacto sobre el estrés (Castro, 1997).

El apoyo social se considera un intercambio de relaciones interpersonales en el que un individuo obtiene ayuda emocional, afectiva, instrumental o económica de la red social. Los apoyos materiales pueden ser monetarios o no monetarios, como lo son el dinero, ropa, alimentos, etc., los emocionales incluyen el afecto, empatía y preocupación por los demás (Hernández, 2011).

El apoyo social se considera multidimensional. Castro en 1997, maneja las 3 dimensiones propuestas por Barrera: grado de integración social, apoyo percibido, la confianza de que el apoyo social está disponible, y apoyo social

provisto, acciones que otros realizan para dar asistencia a un individuo (Castellanos, 2014).

Estas fuentes de apoyo se pueden clasificar en formales e informales; la formales son organizaciones con objetivos específicos, y es realizada por profesionales o voluntarios con el propósito del alcanzar sus metas. El apoyo informal está dado por redes sociales personales o comunitarias no estructuradas, está dado más comúnmente por familiares y extrafamiliares, como amigos, vecinos y compañeros de trabajo, aportando calidad de vida, tanto en apoyo monetario como afectivo (Castro, 2016).

El papel del cuidador informal ha recaído en las familias en los casos de enfermedad, dependencia o minusvalía psíquica o física, casi exclusivamente en las mujeres del núcleo familiar, basándose división sexual del trabajo, donde los hombres han accedido a un empleo formal mientras que las mujeres han sido asignadas a una situación de dependencia con respecto a los hombres (Coira, 2016).

El apoyo familiar es trascendental en los periodos de crisis, principalmente ante procesos de enfermedad, mientras que el apoyo de amigos mantiene la integración social del adulto mayor mediante el reforzamiento de relaciones sociales (Rodríguez, 2014).

### II.3.2. Apoyo social en salud

Existen dos propuestas de modelos de asociación de apoyo social y salud. El modelo de efecto directo y el modelo amortiguador. Efecto directo: resalta la importancia del apoyo social con independencia del estrés, este aumenta el bienestar emocional y físico, favorece cambios de conductas en los individuos teniendo consecuencias positivas en la salud (Almagía, 2014). Efecto amortiguador: fuente de protección frente a los efectos negativos del estrés, les permite afrontar de mejor manera las situaciones estresantes, e inhibe procesos que pueden desencadenar ausencia de apoyo social. El apoyo social puede

propiciar la negociación de procesos psicológicos y conductuales, promoviendo conductas adecuadas de salud, como el ejercicio, dieta saludable, dejar toxicomanías y buscar atención en salud. Y su ausencia pone al individuo ante mayor estrés. Este le proporciona al adulto mayor estabilidad, predictibilidad y control lo que lo hace ver de manera más positiva su situación (Suárez, 2011).

### II.3.3. Medición del apoyo social

El apoyo social se puede determinar mediante algunas herramientas como la escala de Duke-UNC que mide el apoyo social percibido y analiza los aspectos cualitativos y funcionales. Consiste en un cuestionario de autoevaluación, sencillo, breve, validado en español, con una medida de Alfa de Cronbach de 0.92. Es un cuestionario que validado que recoge la perspectiva de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas para ofrecerle ayuda en situaciones de dificultades, así como facilidades para la interacción social y poder comunicarse empáticamente (Suárez, 2011), puede ser utilizadas fácilmente, aun en individuos con baja escolaridad. El apoyo social ante las situaciones estresantes por los problemas de salud es uno de los recursos más importantes para la adaptación ante esta crisis.

## II.4. Cuidador primario

### II.4.1 Características y funciones del cuidador primario

El número población adulta mayor, cada vez más creciente, lleva a un mayor aumento en la demanda de necesidades y cuidados a esta población altamente vulnerable (Herrera, 2012).

Con el aumento de la esperanza de vida y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas se ha incrementado el nivel de dependencia de los adultos mayores. Entendiéndose por una persona dependiente, aquella que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad presentan pérdida de su autonomía, y requieren de forma permanente ayuda para realizar sus actividades básicas de la

vida diaria (Mendoza, 2014). Lo cual ha generado la necesidad de cuidadores informales para enfrentar la demanda de salud de esta población. Esta necesidad por lo general es subsanada por la familia.

Un cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente dependiente se caracterizan por tener un vínculo afectivo con el paciente y no recibir remuneración alguna. Es un miembro de la familia que asume la responsabilidad del cuidado. Son nombrados como cuidadores primarios por el grado de responsabilidad que adquieren en el cuidado del adulto mayor, dedica la mayor parte de tiempo a atender las necesidades básicas y psicosociales del enfermo. Se caracteriza generalmente por ser mujer, con lazo de parentesco (esposa o hija), con edades entre los 40 y 59 años, con escolaridad básica y de ocupación amas de casa (Flores, 2012; Herrera, 2012, Dueñas, 2006).

El cuidador primario carece de formación en salud, cumple este rol sin someterse a normas o procedimientos, pasando la mayor parte del tiempo con la persona que cuidan. Deben interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que ocasiona una repercusión negativa en su salud ocasionándole el llamado síndrome del cuidador (Flores, 2012).

#### II.4.2 Sobrecarga del cuidador primario

La sobrecarga del cuidador, también es conocida como colapso, carga, síndrome de sobrecarga del cuidador primario, *burn out*, claudicación del cuidador. Los cuidadores pueden experimentar diferentes emociones como ira, frustración, agotamiento, ansiedad, dolor tristeza, y satisfacción por el trabajo realizado. En la carga del cuidador se presentan cambios en cambios en varios ámbitos de la vida, así como las reacciones emocionales. Esta se caracteriza por un cuadro plurisintomático, que afecta de manera persistente con repercusiones físicas, emocionales, médicas, sociales y económicas que pueden ocasionar su colapso (Mendoza, 2014). Existen factores de riesgo para el colapso del cuidador, entre los que se encuentran: ser sexo femenino y con diversos roles familiares,

desconocimiento del tipo de cuidados a realizar, estado económico, presencia de enfermedades en el cuidador, tiempo que lleva como cuidador, estudios reportan que el 66.7% de cuidadores con sobrecarga llevan más de 5 años como cuidadores, tiempo que dedica al cuidado del enfermo al día y grado de dependencia, y cuenta con apoyo social (Secretaría de salud, 2015).

Para evaluar la carga del cuidador, existen numerosos instrumentos como el índice global de carga y la entrevista de sobrecarga del cuidador, el inconveniente de estos instrumentos es que solo evalúan una dimensión, como la calidad de vida, la capacidad de autocuidado, redes de apoyo y competencia para afrontar estos problemas. La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit engloba todos estos aspectos, esta se encuentra validada en varios idiomas, incluyendo el español, consta de 22 preguntas con 5 opciones, con un puntaje que va del 22 al 110. Se clasifica como ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ) (Breinbauer, 2009).

La escala de Zarit presenta un coeficiente de correlación intraclase de 0.71, consistencia interna con una alfa de Cronbach de 0.91. la desventaja que presenta es su extensión. Por lo cual España realizó la versión abreviada de la escala de Zarit, con un total de 7 ítems con 5 opciones, sumando entre 7 y 35 puntos, cuya utilidad es solo para determinar sobrecarga intensa ( $\geq 17$ ). Con una sensibilidad de 100%, especificidad de 90.5%, valor predictivo positivo 95.5%, valor predictivo negativo 100%. Aun así se recomienda utilizar la versión original. Flores en su estudio realizado en Valdivia en el 2012, aplicando la escala de Zarit encontró que el 56.7% de los cuidadores presentaban sobrecarga intensa, el 23.9% sobrecarga ligera y el 16.4% no presentaba sobrecarga<sup>31</sup>. De igual manera Espín en el 2012 aplico la escala de Zarit para encontrar sobrecarga que el 52.1% de los cuidadores presentaban sobrecarga. Por otro lado, Benavides en el 2013, de los 51 pacientes estudiados 18 presentaban sobrecarga intensa (35%), Mendoza en el 2014, en Lima aplico la escala de Zarit detectando sobrecarga intensa en un porcentaje de 72.1% y sobrecarga leve en 19.1%.

Este síndrome de sobrecarga puede manifestarse con una variedad de síntomas como: cefalea, cansancio, trastornos del sueño, problemas osteomusculares, afecciones de la piel, lumbalgias, trastornos gastrointestinales, ansiedad, depresión y cambio de peso. De igual manera el estrés crónico puede estar asociado con enfermedades psiquiátricas, inmunológicas, inflamatorias, cardiovasculares, dislipidemia, diabetes y obesidad. Los cuidadores frecuentemente ven afectado su estado de salud y bienestar, existe una gran necesidad de prestar apoyo a estas personas que adquieren el compromiso del cuidado de un paciente, no solo por parte de la familia, sino también instituciones gubernamentales, incluyendo al sector salud, ya que en muchas ocasiones se subdiagnostican las patologías del cuidador informal (Secretaría de salud, 2015).

### III. METODOLOGÍA

#### III.1 Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio de casos y controles, en cuidadores de adultos mayores, pertenecientes al programa de ADEC, en el Hospital General regional No.1, IMSS, Delegación 23, Querétaro, en el 2017.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para dos proporciones, cuyo objetivo es comparar 2 grupos independientes o relacionados. Con un nivel de confianza del 95% y probabilidad de error 5%, poder de la prueba de 80% e hipótesis de una cola.

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{[(0.70)(0.30) + (0.41)(0.59)] (6.2)}{(0.70)(0.41)^2}$$

$$n = 34.04$$

Datos:

$p_1 = 0.70$  Proporción esperada en cuidadores con sobrecarga (ausencia de apoyo social).

$$q_1 = 1 - p_1 = 0.30$$

$p_2 = 0.41$  Proporción esperada en cuidadores sin sobrecarga (ausencia de apoyo social).

$$q_2 = 1 - p_2 = 0.67$$

$$K = 6.2 \text{ ( } Z_\alpha = 1.64, Z_\beta = 0.84 \text{)}$$

34 pacientes para cada grupo.

Se utilizó un muestreo no probabilístico, por cuota.

Se incluyeron hombre y mujeres de cualquier edad, que fueran cuidadores primarios de adultos mayores del programa ADEC, durante el 2017, que aceptaran participar en el estudio previa firma de consentimiento informado, con colapso (casos) y sin colapso (controles). No hubo criterios de exclusión. Se consideró eliminar a los participantes que no completaran al 100% los cuestionarios.

### III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición:

En los adultos mayores se estudiaron variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, escolaridad y variables de salud dependencia funcional, presencia de enfermedades como Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Nefropatías, Cardiopatías, Oncológicas y Parálisis (cuadriplejía).

En los cuidadores primarios se plasmaron variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, escolaridad y variables relacionadas al tiempo de cuidador, horas al día de actividades de cuidador, posibilidad de descanso, capacitación, y funcionalidad familiar y presencia de apoyo social.

Para medir el estrato socioeconómico se aplicó la Escala de Graffar-Méndez Castellanos que mide cinco variables: Profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento, cada variable tiene cinco ítems, cada uno con un valor que va del 1 al 5. Con una puntuación que puede fluctuar del 5 al 20, se clasifica en la siguiente escala: Estrato alto (4-6 puntos), estrato medio alto (7-9 puntos), estrato medio bajo (10-12 puntos), estrato obrero (13 a 16 puntos), estrato marginal (17-20 puntos). Para fines del estudio se agruparon en estrato alto (incluyendo estrato alto, medio alto y medio bajo) y estrato bajo (incluyendo estrato obrero y marginal).

Para medir la funcionalidad del adulto mayor se utilizó el índice de Katz, que mide seis actividades básicas de la vida diaria, consta de seis ítems que evalúan los niveles de dependencia/independencia del adulto mayor, en ocho categorías:

- A. Independiente en todas las actividades.
- B. Independiente en todas las actividades, salvo una.
- C. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional.
- F. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las 6 actividades.

Para fines del estudio se agrupó en independientes (de la A-D) y dependiente de la (de la E-G).

Para medir la funcionalidad familiar se utilizó el instrumento FF-SIL, que consta de 14 ítems, correspondiendo a 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: variables de cohesión (reactivos 1 y 8), armonía (reactivos 12 y 13), comunicación (reactivos 5 y 11), permeabilidad (reactivos 7 y 12), afectividad (reactivos 3 y 14), roles (reactivos 3 y 9) y adaptabilidad (reactivos 6 y 10). Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos), casi siempre (5 puntos). Según el puntaje global se clasifica la funcionalidad familiar.

- Funcional= 70-57 puntos
- Moderadamente funcional= 56-43 puntos
- Disfuncional= 42-28 puntos

- Severamente disfuncional= 27-14 puntos

En este estudio se clasificó en funcional (de 70 a 57 puntos) y disfuncional (de 56-14 puntos).

Para medir la sobrecarga del cuidador se aplicó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que consta de 22 ítems, que utiliza una escala de Likert de 1 a 5, con un puntaje que va del 22 al 110. Se clasifica como ausencia de sobrecarga ( $\leq 46$ ), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa ( $\geq 56$ ). Para fines del análisis se consideró sin sobrecarga de 22 a 46 y con sobrecarga de 47 a 110.

Para medir redes de apoyo se ocupó la escala de DUKE UNK Diseñada en 1982 y modificada en 1988. Consta de 11 ítems que recogen valores referentes al apoyo confidencial y al afectivo. Se mide mediante escala tipo Likert, de 1 a 5, con una puntuación mínima de 11 y máxima de 55, con una media de 33. El apoyo afectivo se mide con los ítems 2, 3, 5, 9 y 11 y el confidencial con los ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10. La escala nos da tres valores: El apoyo total percibido por el cuestionario. El afectivo y el confidencial.

Tipos de apoyo	Interpretación
Global	Normal ( $\geq 33$ puntos)
	Escaso ( $\leq 32$ puntos)
Afectivo	Normal ( $\geq 16$ puntos)
	Escaso ( $\leq 15$ puntos)
Confidencial	Normal ( $\geq 19$ puntos)
	Escaso ( $\leq 18$ puntos)

### III.3 Consideraciones éticas.

Este estudio de investigación se apegó a los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki en 1964 y su última modificación en 2013 en Corea, que establece “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y

la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.” Y de igual manera “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social”.

Siendo aprobada por el Comité de Investigación Local, antes de comenzar el estudio, conforme a lo estipulado.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados, donde se explicó el objetivo de la investigación que es determinar los factores asociados al colapso del cuidador primario del adulto mayor.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud, así como la utilización de estos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

A los cuidadores que resultaron con colapso se les informó de su resultado en los cuestionarios, se les brindó orientación y fueron derivados a la consulta de Medicina Familiar para tratamiento médico y multidisciplinario por psicología y trabajo social.

#### III.4 Análisis estadístico

De tipo descriptivo con promedios, desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas e inferencial con la prueba de  $X^2$  y la razón de momios, con un nivel de confianza del 95%.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS V.21. Los resultados se plasmaron en cuadros.

#### IV. RESULTADOS

Se estudiaron 34 cuidadores primarios con colapso (casos) y 34 cuidadores primarios sin colapso, con sus respectivos adultos mayores para cada grupo.

En las características sociodemográficas de los adultos mayores, se encontró que, el promedio de edad fue de  $77.41 \pm 10$  para el grupo con colapso (casos) y  $73.91 \pm 6.8$  para el grupo sin colapso (controles), con predominio del sexo femenino 55.9% (casos) y el masculino 55.9% (controles); escolaridad secundaria y primaria completa 29.4% (casos) y sabían leer y escribir 33.5% (controles), y casados en el 52.9% en ambos grupos (Cuadro IV.1).

En relación a la funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria se observó que la discapacidad predominante fue la severa 64.7% para ambos grupos, y la distribución del grado de funcionalidad de acuerdo a la calificación del índice de KATZ fue de 35.3% para dependiente en la 6 actividades en el grupo con colapso y de 29.4% para dependiente en la 6 actividades e independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y una función adicional en el grupo sin colapso (Cuadro IV.2).

Dentro de las presencias de comorbilidades en los adultos mayores se observó un promedio de 2.71 patologías por paciente para el grupo con colapso y 2.65 para el grupo sin colapso, la patología predominante fue la hipertensión arterial en ambos grupos, con 61.8% en el grupo con colapso (Cuadro IV.3).

En las características sociodemográficas en los cuidadores primarios se observó que el promedio de edad fue de  $58 \pm 14$  para el grupo con colapso (casos) y  $55 \pm 10$  para el grupo sin colapso (controles); el sexo femenino predominó en ambos grupos en 94.1% (casos) y 85.3% (controles), la escolaridad primaria completa en 29.4 % en ambos grupos; el estado civil casado en un 64.7% (casos) y 70.6% (control); la población económicamente activa fue del 77.9%, la cual no

encontraba laborando el 68% (casos) y el 64.3% (control) y el estatus socioeconómico bajo predominio 73.5% (casos) y 58.8% (control) (Cuadro IV.4).

Se encontró con mayor frecuencia familias moderadamente funcional en 47.1% (casos) y 55.9% (control).

El apoyo social global y el afectivo fueron escasos en el 67.6 y 55.9% respectivamente en los casos y normal en el 79.4% en el grupo control. El apoyo confidencial normal estuvo en ambos grupos en el 55.9% (casos) y 79.4% (control), siendo estas dos últimas estadísticamente significativas.

En relación con tiempo como cuidador mayor de cinco años, el promedio de tiempo dedicado al día en el cuidado, posibilidad de descanso y el antecedente de capacitación en el cuidado del paciente, no hubo diferencia estadísticamente significativa (Cuadro IV.6).

En el análisis de la probabilidad de riesgo al discriminar entre los factores del adulto mayor la escolaridad básica o menor presentó un OR 0.31 (IC 95%; 0.97-1.03), la parálisis se presentó OR 4.94 (IC 95% 1.23-19.76). En relación con los factores propios del cuidador el apoyo afectivo presentó un OR 4.886 (IC 95%; 1.67-14.27) y el apoyo confidencial un OR 3.40 (IC 95%; 1.04-8.89), fueron estadísticamente significativos (Cuadro IV.7).

**Cuadro IV.1. Características sociodemográficas del adulto mayor en relación con la presencia de Colapso del cuidador primario**

Característica	Colapso		Sin colapso		Total		Valor de p	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
n = 34 por grupo								
Mayor de 75 años								
No	14	41.2	17	50.0	31	45.6	0.313	
Si	20	58.8	17	50.0	37	54.4		
Sexo								
Femenino	19	44.1	15	55.9	34	50	0.234	
Masculino	15	55.9	19	44.1	34	50		
Escolaridad								
Analfabeta	5	14.7	5	14.7	10	14.7	0.466	
Sabe leer y escribir	7	20.6	12	33.5	19	27.9		
Primaria incompleta	4	11.8	6	17.6	10	14.7		
Primaria completa	6	17.6	6	17.6	12	17.6		
Secundaria completa	4	11.8	1	2.9	5	7.4		
Bachillerato	1	2.9	2	5.9	3	4.4		
Técnica	4	11.8	1	2.9	5	7.4		
Licenciatura	3	8.8	1	2.9	4	5.9		
Estado civil								
Soltero	3	8.8	3	8.8	6	8.8		0.755
Casado	18	52.9	18	52.9	36	52.9		
Divorciado	1	2.9	3	8.8	4	5.9		
Viudo	12	35.3	10	2.94	22	32.4		

\*Prueba de  $X^2$ , significativa <0.05

Fuente: Encuestas de cuidadores de adultos mayores del programa ADEC, HGR No. 1, IMSS, Querétaro, en el periodo del 2017-2018.

**Cuadro IV.2. Funcionalidad del adulto mayor en relación con la presencia de colapso del cuidador primario**

Característica	Colapso		Sin colapso		Total		Valor de p
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
n = 34 por grupo							
Funcionalidad ABVD*							
A. Independiente en todas las actividades.	0	0.0	2	5.9	2	2.9	
B. Independiente en todas las actividades, excepto una	4	11.8	1	2.9	5	7.4	
C. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y una función adicional.	2	5.9	0	0.0	2	2.9	
D. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y una función adicional	6	17.6	9	26.5	15	22.1	
E. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y una función adicional	5	14.7	10	29.4	15	22.1	1.46
F. Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete , movilidad y una función adicional	5	14.7	2	5.9	7	10.3	
G. Dependiente en la 6 actividades	12	35.3	10	29.4	22	32.4	
Dependencia ABVD*							
Ausencia de incapacidad	4	11.8	3	8.8	7	10.3	0.904
Incapacidad moderada	8	23.5	9	26.5	17	25.0	
Incapacidad severa	22	64.7	22	64.7	44	64.7	

\*Prueba de  $X^2$  significativa <0.05

\*\*ABVD: Actividades básicas de la vida diaria, obtenido por el índice de Katz.

Fuente: Encuestas de cuidadores de adultos mayores del programa ADEC, HGR No. 1, IMSS, Querétaro, en el 2017-2018.

**Cuadro IV. 3. Comorbilidades del adulto mayor en relación con la presencia de colapso del cuidador primario**

Características	Colapso		Sin colapso		Total		Valor de P
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
n = 34 por grupo							
Hipertensión arterial							
No	13	38.2	14	41.2	27	39.7	0.500
Si	21	61.8	20	58.8	41	60.3	
Diabetes mellitus							
No	19	55.9	16	47.1	35	51.5	0.314
Si	15	44.1	18	52.9	33	48.5	
Nefropatías							
No	30	88.2	27	79.4	57	83.8	0.256
Si	4	11.8	7	20.6	11	16.2	
Cardiopatías							
No	27	79.4	26	76.5	53	77.9	0.500
Si	7	20.6	8	23.5	15	22.1	
Oncológicas							
No	30	88.2	31	91.2	61	89.7	0.500
Si	4	11.8	3	8.8	7	10.3	
Parálisis							
No	23	67.6	31	91.2	54	79.4	<b>0.017*</b>
Si	11	32.4	3	8.8	14	20.6	

\*Prueba de  $X^2$  significativa  $<0.05$

Fuente: Encuestas de cuidadores de adultos mayores del programa ADEC, HGR No. 1, IMSS, Querétaro, en el 2017-2018.

**Cuadro IV.4. Características sociodemográficas del cuidador en relación con la presencia de colapso.**

n = 34 por grupo

Características	Colapso		Sin colapso		Total		Valor de p	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
Edad mayor de 60 años								
No	22	64.7	24	70.6	46	67.6	0.389	
Si	12	35.5	10	29.4	22	32.4		
Sexo								
Femenino	32	94.1	29	85.3	7	10.3	0.214	
Masculino	2	5.9	5	14.7	61	89.7		
Escolaridad								
Analfabeta	0	0.00	0	0.00	0	0.0	0.693	
Sabe leer y escribir	1	2.9	0	0.00	1	1.5		
Primaria incompleta	4	11.8	3	8.8	7	10.3		
Primaria completa	10	29.4	10	29.4	20	29.4		
Secundaria incompleta	2	5.9	4	11.8	6	8.8		
Secundaria completa	5	14.7	10	29.4	15	22.1		
Bachillerato incompleto	1	2.9	0	0.0	1	1.5		
Bachillerato completo	2	5.9	1	2.9	3	4.4		
Técnica	4	11.8	2	5.9	6	8.8		
Licenciatura	5	14.7	4	11.8	9	13.2		
Estado civil								
Soltero	7	20.6	5	14.7	12	17.6		0.468
Casado	22	64.7	24	70.6	46	67.6		
Divorciado	3	8.8	4	11.8	7	10.3		
Viudo	0	0.0	1	2.9	1	1.5		
Unión libre	2	5.9	0	0.0	2	2.9		
Labora actualmente***								
No	17	68.0	18	64.3	35	66.0	0.503	
Si	8	32.0	10	35.7	18	34.0		
Estatus socioeconómico								
Alto	9	26.5	14	41.2	23	33.8	0.153	
Bajo	25	73.5	20	58.8	45	66.2		

\*Prueba de  $X^2$  significativa  $<0.05$

\*\*\* Población económicamente activa (n=53)

Fuente: Encuestas de cuidadores de adultos mayores del programa ADEC, HGR No. 1, IMSS, Querétaro, en el 2017-2018.

**Cuadro IV.5. Funcionalidad familiar y apoyo social en relación con la presencia de colapso del cuidador primario.**

n = 34 por grupo

Características	Colapso		Sin colapso		Total		Valor de p
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Funcionalidad familiar							
FFSIL							
Funcional	10	29.4	14	41.2	24	35.3	
Moderadamente funcional	16	47.1	19	55.9	35	51.5	<b>0.041*</b>
Disfuncional	8	23.5	1	2.9	13.2	13.2	
Severamente disfuncional	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Apoyo social DUKE-UNK							
Global							
Normal	14	41.2	8	23.5	22	32.4	0.097
Escaso	20	58.8	26	76.5	46	67.6	
Afectivo							
Normal	15	44.1	27	79.4	42	61.8	<b>0.003*</b>
Escaso	19	55.9	7	20.6	26	38.2	
Confidencial							
Normal	19	55.9	27	79.4	46	67.6	<b>0.034*</b>
Escaso	15	44.1	7	20.6	22	32.4	

\*Prueba de  $X^2$  significativa <0.05

Fuente: Encuestas de cuidadores de adultos mayores del programa ADEC, HGR No. 1, IMSS, Querétaro, en el 2017-2018.

**Cuadro IV.6. Características relacionadas a la actividad de cuidadores en relación con la presencia de colapso del cuidador primario.**

n = 34 por grupo

Características	Colapso		Sin colapso		Total		Valor de p
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Mayor a 5 años							
Si	15	55.9	8	23.5	23	33.8	0.062
No	19	44.1	26	76.5	45	66.2	
Posibilidad de descanso							
Si	19	55.9	17	50.0	32	52.9	0.404
No	15	44.1	17	50.0	36	47.1	
Habitación en la misma casa							
Si	26	76.5	28	82.4	54	79.4	0.383
No	8	23.5	6	17.6	14	20.6	
Recibieron capacitación							
Si	2	5.9	2	5.9	4	5.9	0.693
No	32	94.1	32	94.1	64	94.1	

\*Prueba de  $X^2$  significativa <0.05

Fuente: Encuestas de cuidadores de adultos mayores del programa ADEC, HGR

No. 1, IMSS, Querétaro, en el 2017-2018

### Cuadro IV.7. Factores asociados a colapso del cuidador.

n = 34 por grupo

Características	Valor de p	RM	IC 95%	
			Min	Max
<b>Factores del adulto mayor</b>				
Edad mayor 75 años	.313	1.429	0.548	3.725
Sexo masculino	.234	.623	0.239	1.624
Escolaridad básica o menor	<b>.046*</b>	<b>.316</b>	<b>0.097</b>	<b>1.030</b>
Estado civil viudez	.398	1.309	0.472	3.628
Dependencia funcional	.500	.726	0.150	3.520
<b>Comorbilidades</b>				
Diabetes mellitus	.500	1.131	0.428	2.989
Hipertensión arterial	.314	.702	0.270	1.823
Cardiopatías	.500	.843	0.267	2.657
Nefropatías	.256	.514	0.135	1.9502
Oncológicos	.250	1.378	0.284	6.681
Parálisis	<b>.017*</b>	<b>4.942</b>	<b>1.236</b>	<b>19.760</b>
<b>Factores del cuidador</b>				
Edad mayor de 60 años	.398	1.309	0.472	3.628
Sexo femenino	.214	2.759	0.496	15.330
Escolaridad básica o menor	.403	1.275	0.484	3.357
Nivel socio económico bajo	.153	1.944	0.699	5.410
Estado civil casado	.398	.764	0.276	2.117
Funcionalidad familiar	.070	.425	0.159	1.138
<b>Apoyo social reducido</b>				
Global	.097	2.275	0.799	6.247
Afectivo	<b>.003*</b>	<b>4.886</b>	<b>1.672</b>	<b>14.273</b>
Confidencial	<b>.034*</b>	<b>3.405</b>	<b>1.042</b>	<b>8.896</b>
<b>Relacionados al cuidado</b>				
Tiempo como cuidador mayor a 5 años	.602	2.566	0.905	7.275
Sin posibilidad de descanso	.404	1.267	0.488	3.289
No habitar en la misma casa	.383	.696	0.213	2.279
No recibir capacitación	.693	1.000	0.133	7.540

\*Prueba de  $X^2$  significativa <0.05

Fuente: Encuestas de cuidadores de adultos mayores del programa ADEC, HGR No. 1, IMSS, Querétaro, en el 2017-2018.

## V. DISCUSIÓN

Los cuidadores primarios son un personaje del que poco se ha estudiado, el estudio muestra los factores de riesgo para colapso del cuidador, ya que una vez identificados se pueden elaborar estrategias que permitan incidir en ellos y disminuir el colapso del cuidador.

Se encuestaron a adultos mayores y sus cuidadores primarios. En los adultos mayores no hubo predominio de sexo, la edad predominante fue la octava década de la vida, con escolaridad básica o menor, casados; concordando con lo establecido por Dueñas (2006). Esto debido a que a partir de los 75 años los adultos mayores presentan limitación para las actividades y requieren de apoyo para realizar sus ABVD, la educación básica predomina ya que la mayoría no contaba con las posibilidades de tener acceso a la educación.

Las comorbilidades que mayor frecuencia se presentaron en los adultos mayores fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus y la parálisis, estudios previos reportan como principales afecciones las enfermedades cardiovasculares y neurológicas (Dueñas, 2006), esta concordancia principalmente se debe a que este grupo enfermedades tienen una alta prevalencia a nivel mundial y sus complicaciones son causa de importantes discapacidades y a su vez de dependencia funcional.

La funcionalidad para las ABVD, investigadas con el índice de Katz, con mayor predominio fue la dependencia para las seis actividades, con una incapacidad severa; a mayor grado de dependencia, el cuidador requiere dedicar mayor tiempo al paciente, realizar mayor número de tareas, las cuales tiene que intercalar con las actividades de los diferentes roles que represente en la familia. No se observó significancia estadística, esto posiblemente debido a que la población de estudio pertenecía al programa ADEC, que en su mayoría contempla paciente con mayor grado de dependencia funcional (Benavides, 2013).

En las características del cuidador se observó que se encontraban entre la 5ª y 6ª década en el grupo con colapso y en el grupo sin colapso en la 5ª

década de la vida, predominó el sexo femenino, con primaria completa, casados y con estrato socioeconómico alto, estudios previos mostraron características similares, como lo señala Espín en el 2012. Este hecho se debe principalmente a que la actividad de cuidador generalmente es desempeñada por un familiar, que la mayoría de las veces es una hija o nuera.

En la funcionalidad familiar, evaluada con el FF-SIL, predominaron las familias moderadamente funcionales. Una adecuada funcionalidad familiar le permite tener al cuidador redes de apoyo internas y disminución de tareas por los diferentes roles que desarrollan en la familia y así poder tener una estabilidad entre los diversos roles desempeñados, al no haber esta funcionalidad se favorece la presencia de colapso, como lo menciona Dueñas en su estudio realizado en 2006, en Colombia.

El apoyo social percibido se observó reducido en afectivo y confidencial, contar con suprasistemas es un recurso importante para superar crisis, la pérdida de la salud de uno de los miembros de la familia es considerada una crisis para normativa, y el no percibir este recurso favorece la presencia de colapso (Solorzano, 2001).

El tiempo como cuidador menor a 5 años predominó en ambos grupos, se debe tener en cuenta que, debido al tipo de patologías de base y criterios de inclusión, estos pacientes no permanecen mucho tiempo en el programa. Durante la realización del estudio se pudo apreciar que los cuidadores que presentaron colapso se encontraban a los extremos en relación al tiempo como cuidadores, al inicio de su actividad como cuidadores presentaban ansiedad principalmente por el desconocimiento y falta de organización y después de varios años de realizar esta actividad presentaban cansancio y frustración, en el punto medio donde realizaban los cambios a su estilo de vida llegaban a una estabilidad ya que han aprendido las tareas por ensayo y error. El 94.1% de la población no recibió capacitación para las actividades de cuidador. La falta de capacitación favorece la presencia de colapso ya que se realizan estas actividades mediante ensayo y

error y este desconocimiento ocasiona estrés y enfermedades de tipo osteomuscular en los cuidadores y ocasiona el colapso (Flores, 2012).

Se encontraron que en aquellos adultos mayores con presencia de parálisis existe un riesgo de 4.9 de que el cuidador presente colapso, en los cuidadores con percepción del apoyo social afectivo reducido un riesgo de 4.8 y en el apoyo confidencial reducido un riesgo de 3.4 de presentarlo. Observándose que la necesidad de mayor número de tareas y ausencia de redes de apoyo contribuyen de manera significativa en la aparición del colapso del cuidador.

## **VI. CONCLUSIONES**

El colapso del cuidador primario tiene como factores de riesgo el antecedente de parálisis en el adulto mayor y las redes de apoyo deficientes, (por lo que se rechazan las hipótesis nulas y se aceptan las alternas correspondientes).

En los adultos mayores las variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, escolaridad y variables de salud dependencia funcional, presencia de enfermedades como Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Nefropatías, Cardiopatías y Oncológicas no fueron significativas.

En los cuidadores primarios las variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, escolaridad y variables relacionadas al tiempo de cuidador, horas al día de actividades de cuidador, posibilidad de descanso, capacitación, y funcionalidad familiar tampoco fueron significativas.

## **VII. PROPUESTAS**

Brindar atención médica periódica a los cuidadores primarios desde el inicio de su actividad como cuidador por parte del médico familiar, con el fin de prevenir enfermedades objetivables a las actividades del cuidador.

Realizar visitas domiciliarias por parte del médico familiar a los pacientes con dependencia funcional, con el fin de acercar los servicios de salud a estos pacientes y sus cuidadores, así como disminuir la carga de actividades del cuidador.

Crear grupos para capacitación a los cuidadores primarios en las unidades de medicina familiar, con el fin de que realicen sus actividades de manera correcta y así evitar el colapso y preservar la salud del cuidador y bienestar de los pacientes cuidados.

Crear grupos de autoayuda con personal capacitado en las unidades de medicina familiar, con el fin de que los cuidadores puedan compartir sus experiencias, éxitos y temores para favorecer el apoyo confidencial y emocional.

## IX. LITERATURA CITADA

- Albellan G, Abizanda P, Alastruey C, Albó A, Alfaro A, Alonso M, Et al. 2006. Tratado de geriatría para residentes. Sociedad española de geriatría y gerontología. Madrid, España.
- Almagiá EB. 2014. Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud* [Internet]. 14(2):237–43. Available from: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Anzures R, Chávez V, García M, Pons O. 2013. Medicina familiar. CORINTER. México D.F.
- Benavides O, Albuquerque D, Chaná P. 2013. Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. *Rev. Med. Chile.* 141(3):320–326.
- Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millan T. 2009. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. Med. Chile.* 137: 657–665.
- Castro R, Campero L, Hernández B. 1997. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Salúde Pública.* 31(314):425–37.
- Coira G, Bailon E. 2016. La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. *Atención Primaria mujeres.* 46(6):271–272.
- Comisión de Población y Desarrollo. 2014. Tendencias demográficas en el mundo. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. 14-21102:1–31. Publicada en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/48/N1513810Spanish.pdf>

- Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. 2006. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*. 37(1):31–3.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Et al. 2012. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Espín MA. 2012. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 38(3):393–402.
- Espinoza K, Jofre V. 2012. Sobrecarga, Apoyo Social Y Autocuidado En Cuidadores Informales. *Ciencia y Enfermería*.; 18(2):23–30.
- Flores E, Rivas E, Seguel F. 2012. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería [Internet]*. 18(1):29–41. Publicado en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004)
- Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. 2012. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en Tabasco*. 18(1):14-24.
- Herrera DM, Rodríguez A, García R, Pérez D, Echemedia B, Chang M, Pérez D. 2012. Caracterización del cuidado informal de pacientes dependientes en el policlínico “Héroes de Girón” en el 2009. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 28(2):28–44.
- Huerta GJ. 2007. *Medicina familiar: la familia en el proceso salud-enfermedad*. Alfil. México.

- INAPAM. 2015. Situación de las personas adultas mayores en México. México, D.F. Gobierno de la república. 1–40.
- Jiménez E, Betancourt LI. 2010. Adulto mayor en estado de fragilidad. MEDISAN. 14(3):396–401.
- Landínez N, Cervantes K, Castro A. 2012. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Bogotá, Colombia. Revista Cubana de Salud Pública.; 38(4):562–580.
- Luisa C, Fuentes C. 2014. Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. Revista Española de Geriatria y Gerontología. [Internet]. 49(3):108-114. Publicado en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.001>
- Martínez R, Ranero VM, Vega E. 2012. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. Pan American Health Organization/ World Health Organization. [Internet]. [Citado el: 27 de Agosto de 2016.] Publicado en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2796:2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796:2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=en)
- Mejía MA, Rivera PM, Alger J, Madariaga E, Flores S, Rápalo S, Zuñiga S, Martínez C, Sierra L. 2014. Discapacidad en el adulto mayor: características y factores relevantes. Rev. Fac. Cienc. Méd. 27–33.
- Membrillo A, Fernández M, Quiroz J, Rodríguez I. 2008. La familia: introducción al estudio de elementos. Editores de textos mexicanos. México D.F.
- Mendoza G. 2014. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna.; 27(1):12–8.

- Placeres JF, De León L. 2011. La familia y el adulto mayor. Revista médica electrónica [internet]. 33(4):472-483  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema10.htm>.
- Rivera R, García C, Sánchez S, Juárez T, García J, Espinel M. 2013. La familia y el adulto mayor. En: Chávez V, García M, Pons O, Anzurez R. Medicina familiar. COINTER. 2da. edición. México D.F. 457-458
- Rodríguez-Ábrego G, Ramírez-Sánchez TJ, Torres-Cosme JL. 2014. Esperanza de vida en adultos mayores con seguridad social. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 52(6):610-617.
- Rodríguez JR, Zas V, Silva E, Shanchoyerto R, Cervantes MC. 2014. Evaluación geriatría integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud. 9(1):35–41.
- Roig C, Ávila E, Mac Donal D, Ávila B, Dania L. 2015. La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. Revista cubana de medicina general integral. 31(3):346–352.
- Sánchez RT, Molina EM, Gómez OR. 2016. Intervenciones de enfermería para disminuir la carga en cuidadores: estudio piloto. Revista CUIDARTE [internet]. 7(1):1171–1184. Publicada en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
- Secretaría de salud. 2015. Detección y manejo del colapso del cuidador. CENETEC. México, D.F.  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Soberanes S, González A, Moren YC. 2009. Funcionalidad en Adultos Mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 14(4):161–72.

- Solorzano ML, Brandt C, Flores O. 2001. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas, Venezuela. Gráficos la Bodoniana.
- Suarez M. 2011. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev Med La Paz.; 17(1):60–67.
- Takase LH, Mendes MA, Martins MM, Zunino R. 2011. La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. Revista Latino-Americana Enfermegamen.; 19(3):458-466. Publicada en: <http://rlae.eerp.usp.br/>
- Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Miguez H. 2011. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin. 71(1):11-16.
- Velásquez V, Amaya MPC. 2012. Riesgo familiar total en familias con personas mayores, municipio de Funza (Cundinamarca, Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla. 28(2):308–321.
- Vera M. 2007. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina de Lima. 68(3):284–290.

## X. ANEXOS

Anexo 1



**DELEGACIÓN QUERÉTARO  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 16**

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
PROYECTO DE INVESTIGACION

**Factores asociados al colapso del cuidador primario del adulto mayor,  
perteneciente al programa de ADEC”**

Fecha: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

<b>Adulto mayor</b>					
<b>Nombre:</b> _____			<b>NSS:</b> _____		
<b>Características sociodemográficas</b>					
<b>1. Edad</b> _____ años	<b>2. Sexo</b> (1) Masculino  (2) Femenino	<b>3. Escolaridad</b> (1) Analfabeta (2) Sabe leer y escribir (3) Primaria incompleta (4) Primaria completa (5) Secundaria incompleta (6) Secundaria completa (7) Bachillerato incompleto (8) Bachillerato completo (9) Técnica (10) Licenciatura	<b>4. Estado civil</b> (1) Soltero(a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (4) Viudo (a) (5) Unión libre	<b>5. Religión</b> (1) Ninguna (2) Católica (3) Cristiana (4) Testigo de Jehova (5) Presbiteriana (6) Adventista (7) Ortodoxa (8) Judaísmo (9) Mormona (10) Judía	<b>6. Estrato socioeconómico (Grafar)</b>  (1) Estrato alto  (2) Estrato Medio alto  (3) Estrato medio bajo  (4) Estrato obrero  (5) Estrato Marginal
<b>Características de salud</b>					
<b>7. Funcionalidad ABVD (Índice de Katz)</b> (A) Independiente en todas las actividades. (B) Independiente en todas las actividades, salvo una. (C) Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional. (D) Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional. (E) Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete y otra función adicional. (F) Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad y otra función adicional. (G) Dependiente en las 6 actividades			<b>8. Duración de la enfermedad</b> _____ años		
			<b>9. Comorbilidades</b> (1) Hipertensión arteria (2) Diabetes (3) Nefropatías (4) Cardiopatías (5) Oncológicas (6) Parálisis (7) Otras		

<b>Cuidador</b>					
<b>Nombre:</b> _____			<b>NSS:</b> _____		
<b>Características sociodemográficas</b>					
<b>10. Edad</b> _____ años	<b>11. Sexo</b> (1) Masculino (2) Femenino	<b>12. Escolaridad</b> (1) Analfabeta (2) Sabe leer y escribir (3) Primaria incompleta (4) Primaria completa (5) Secundaria incompleta (6) Secundaria completa (7) Bachillerato incompleto (8) Bachillerato completo (9) Técnica (10) Licenciatura	<b>13. Estado civil</b> (1) Soltero(a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (4) Viudo (a) (5) Unión libre	<b>14. Religión</b> (1) Ninguna (2) Católica (3) Cristiana (4) Testigo de Jehova (5) Presviteriana (6) Adventista (7) Ortodoxa (8) Judaísmo (9) Mormona (10) Judía	<b>15. Ocupación</b> (1) Desempleado (2) Labora actualmente
<b>Características de salud, funcionalidad familiar y laborales</b>					
<b>16. Colapso del cuidador (Escala de Zarit)</b> (1) Sin sobrecarga (<46 pts) (2) Sobrecarga leve (47-55 pts) (3) Sobrecarga severa (>56 pts)		<b>8. Funcionalidad familiar (FF-SIL):</b> (1) Funcional (70-57 pts) (2) Moderadamente funcional (56-43 pts) (3) Disfuncional (42-28 pts) (4) Severamente disfuncional (27-14 pts)		<b>9. Problemas laborales:</b> (0) No (1) Si	
<b>9. Tiempo que tiene de cuidador</b> _____ años		<b>10. Horas diarias dedicadas al cuidado del adulto mayor:</b> _____ Hrs.		<b>11. Tiempo de descanso al día:</b> _____ Hrs.	
<b>Apoyo social</b>					
<b>12. Apoyo social</b> Apoyo total: (1) Normal ( ≥33 pts) (2) Escaso ( ≤32 pts) Apoyo afectivo: (1) Normal ( ≥16 pts) (2) Escaso ( ≤15 pts) Apoyo confidencial: (1) Normal ( ≥19 pts) (2) Escaso ( ≤18 pts)		<b>13. Habitan en la misma casa:</b> (0) No (1) Si		<b>15. Acceso a los servicios de salud:</b> (1) IMSS (2) ISSSTE (3) PEMEX (4) PRIVADO (5) SEGURO POPULAR (6) OTROS	
		<b>14. Capacitación en cuidado</b> (0) No (1) Si			

Anexo 2

 <p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b>            COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p style="text-align: center;"><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN</b>  <b>PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b></p>	
Nombre del estudio:	Factores asociados al colapso del cuidador del adulto mayor, perteneciente al programa de ADEC del IMSS, Querétaro, en el 2017.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, a ____ de _____ del 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar los factores asociados al colapso del cuidador del adulto mayor, perteneciente al programa de ADEC del IMSS, Querétaro, en el 2017
Procedimientos:	
Posibles riesgos y molestias:	De acuerdo a la característica del estudio es inocuo a provocar daño a la salud. Solo considerar la pérdida de tiempo al contestar la encuesta y al estar esperando en laboratorio
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si tienen factores de riesgo para colapso del cuidador, y de ser así canalizarlos a médico familiar para su atención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se les dará a conocer el resultado y en base a este se derivara para su atención correspondiente.
Participación o retiro:	En el momento en que así lo desee
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.
En caso de colección de material biológico (si aplica): No 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):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra Shantal Benítez Benítez residente de segundo año de Medicina Familiar	
Investigador Responsable:	Dra. Leticia Blanco Castillo
Colaboradores:	Dra. Martha Leticia Martínez Martínez/ Shantal Benítez Benítez
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
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 3

### ESCALA DE GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANOS

Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento. <b>Variables</b>	puntos	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE OBTENIDO EN LA ESCALA DE GRAFFAR:

PUNTAJE	INTERPRETACION
04-06	ESTRATO ALTO
07-09	ESTRATO MEDIO ALTO
10-12	ESTRATO MEDIO BAJO
13-16	ESTRATO OBRERO
17-20	ESTRAO MARGINAL

**INDICE DE KATZ (FUNCIONALIDAD PARA ABVD)**

<b>INDICE DE KATZ</b>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA</b>	
<b>BAÑARSE</b>	INDEPENDIENTE	Necesita ayuda para lavarse alguna parte del cuerpo, o lo hace solo.
	DEPENDIENTE	Incluye la necesidad o ayuda para entrar o salirse de la bañera.
<b>VESTIRSE</b>	INDEPENDIENTE	Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los zapatos.
	DEPENDIENTE	No se viste solo.
<b>USAR EL RETRETE</b>	INDEPENDIENTE	No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño.
	DEPENDIENTE	Incluye usar orinal o cuña.
<b>MOVILIDAD</b>	INDEPENDIENTE	No requiere ayuda para sentarse en la cama.
	DEPENDIENTE	
<b>CONTINENCIA</b>	INDEPENDIENTE	Control completo de micción y defecación.
	DEPENDIENTE	Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o empleo reglado del orinal y/o cuña.
<b>ALIMENTACIÓN</b>	INDEPENDIENTE	Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca y viceversa.
	DEPENDIENTE	Incluye no comer o la nutrición parenteral o enteral, por sonda.
<p>Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que no sea capaz de realizar.</p>		
<b>CLASIFICACIÓN</b>		
<b>A</b>	Independiente en todas las actividades.	
<b>B</b>	Independiente en todas las actividades excepto en una.	
<b>C</b>	Independiente en todas las actividades, excepto en bañarse y otra función adicional.	
<b>D</b>	Independiente en todas las actividades, excepto en bañarse, vestirse y otra función adicional.	
<b>E</b>	Independiente en todas las actividades, excepto en bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.	
<b>F</b>	Independiente en todas las actividades, excepto en bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.	
<b>G</b>	Dependiente en las seis funciones.	

Anexo 5

**FF-SIL (FUNCIONALIDAD FAMILIAR)**

FF-SIL					
	CASI NUNCA	POCAS VECES	AVECES	MUCHA VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones para cosas importantes en la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de manera clara y directa.					
6. podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. se distribuyen las tareas de manera que ninguno este sobrecargado.					
10. Las costumbres de la familia pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados y por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
La puntuación final de la prueba se obtiene sumando los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar.					

Diagnóstico de la funcionalidad familiar en base a la puntuación total de FF-SIL.

Funcional	70-57 pts
Moderadamente funcional	53-46 pts
Disfuncional	42-28 pts
Severamente disfuncional.	27-14 pts

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Anexo 6

**ESCALA DE ZARIT**

<b>ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT</b>					
	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Bastantes veces</b>	<b>Casi siempre</b>
<b>Puntuaciones por cada respuesta</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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 tiempo para usted?					
3. Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras actividades (trabajo, familia).					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con los otros miembros de la familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8. ¿Piensa que su familia depende de usted?					
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Siente que su vida social ha sido afectada debido a tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incomodo por tener que distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar lo considera a usted la única persona que lo puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzo la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearia poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familia?					
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?					
<b>Puntaje total</b>					

**CALIFICACIÓN**

Ausencia de sobrecarga	≤ 46 pts	
Sobrecarga ligera	47-55 pts	
Sobrecarga intensa	≥ 56 pts	

Anexo 7

<b>CUESTIONARIO DE DUKE-UNK (APOYO SOCIAL)</b>					
Elija cada una de las respuestas que refleje su situación, según los siguientes criterios.	MUCHO MENOS DE LO QUE DESEO	MENOS DE LO QUE DESEO	NI MUCHO NI POCO	CASI COMO DESEO	TANTO COMO DESEO
<b>Puntuaciones por cada respuesta</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos utiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en la vida					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>PUNTUACION TOTAL</b>					

El apoyo afectivo se mide con los ítems 2, 3, 5, 9 y 11, y el confidencial con los ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10

INTERPRETACION DE LA ESCALA DE DUKE-UNK

Tipos de apoyo	Puntaje	Interpretación
Global		Normal ( $\geq 33$ pts.)
		Escaso ( $\leq 32$ pts.)
Afectivo		Normal ( $\geq 16$ pts.)
		Escaso ( $\leq 15$ pts.)
Confidencial		Normal ( $\geq 19$ pts.)
		Escaso ( $\leq 18$ pts.)

