



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
CENTRO DE ESTUDIOS BIOMÉDICOS

**CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON  
PLURIPATOLOGÍAS COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD  
PSÍQUICA, EN EL PROGRAMA ATHODO DEL HGZ-1, IMSS  
AGUASCALIENTES.**

Tesis

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

**DRA. SARAHI ESTRELLA MALDONADO PAREDES**

Asesores:

DR. CARLOS PRADO AGUILAR  
DR. JUAN ANTONIO VIDALES OLIVO



UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE AGUASCALIENTES

SARAHÍ ESTRELLA MALDONADO PAREDES  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis Titulado:

**“CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON PLURIPATOLOGIAS COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD PSÍQUICA EN EL PROGRAMA ATHODO DEL HGZ-1, IMSS AGUASCALIENTES.”**

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:  
**Especialista en Medicina Familiar**

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**“SE LUMEN PROFERRE”**  
Aguascalientes, Ags., 14 de Febrero de 2012.

**DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar  
c.c.p. Archivo





APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACIÓN

P R E S E N T E

Por medio de a presente le informo que la residente de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes.

**Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes**

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado

**CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON PLURIPATOLOGIAS  
COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD PSÍQUICA, EN EL PROGRAMA  
ATHODO DEL HGZ-1, IMSS AGUASCALIENTES.**

Número de registro: **R-2011-101-18** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: T E S I S

La residente Sarahi Estrella Maldonado Paredes asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular, agradezco la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de usted.

A T E N T A M E N T E  
DIRECTORES DE TESIS

*Carlos Prado Aguilar*  
Dr. Carlos Prado Aguilar.

Dr. Juan Antonio Vidales olivo

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Vidales', enclosed within a circular scribble.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Aguascalientes. Ags a 17 Febrero de 2012

**DR. CARLOS PRADO AGUILAR**  
**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN**  
**AGUASCALIENTES**

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del HGZ-No.1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes.

**Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes**

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON PLURIPATOLOGIAS  
COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD PSÍQUICA, EN EL PROGRAMA  
ATHODO DEL HGZ-1, IMSS AGUASCALIENTES.**

Número de registro: **R-2011-101-18** del Comité Local de Investigación No. 101.

Elaborado de acuerdo a a opción de titulación: **TESIS**

El Residente Sarahi Estrella Maldonado Paredes asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas a plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité de usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación, Sin otro particular agradezco a usted la atención que dé a la presente y quedo a la disposición de usted.

ATENTAMENTE  
DIRECTORES DE TESIS

*Carlos Prado*  
Dr. Carlos Prado Aguilar  
Dr. Juan Antonio Vidales Olivo



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

**CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON PLURIPATOLOGIAS  
COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD PSÍQUICA, EN EL PROGRAMA  
ATHODO DEL HGZ-1, IMSS AGUASCALIENTES.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. SARAHI ESTRELLA MALDONADO PAREDES**

DIRIGIDO POR:

DR. CARLOS PRADO AGUILAR

SINODALES

- PRESIDENTE: \_\_\_\_\_
- SECRETARIO: \_\_\_\_\_
- VOCAL 1: \_\_\_\_\_
- VOCAL 2: \_\_\_\_\_
- VOCAL 3: \_\_\_\_\_

*Carlos Prado A*

DR. CARLOS PRADO AGUILAR  
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN  
AGUASCALIENTES

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN  
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

## **AGRADECIMIENTOS:**

Se menciona que todos somos ángeles de una sola ala, el cual se necesita de otra persona para volar juntos; por ello doy gracias a todos aquellos que hicieron posible un logro más en mi vida, los que estuvieron físicamente y los que solo hay un recuerdo que hacen que me impulse día a día, que en cada tropiezo presentado en mi camino sea un aliciente para levantarme y salir victoriosa.

Dios, gracias por hacer que crea en ti, que no me sienta sola en los momentos difíciles y me des fuerza y confianza, me sienta abrazada, cobijada, y sin miedos al enfrentarme a los retos de la vida.

Mamá; sabes que mis logros son un esfuerzo y ejemplo de tu persona, que no hay un ser más importante en mi vida, que me haya llenado de orgullo, de admiración, de respeto, de gratitud, de cariño, de amor, eres mi motor para que yo haya escalado peldaños y ser mejor persona, con ganas de salir adelante, de ayudar al prójimo. Gracias por estar incondicionalmente y aún más gracias por ser mi Madre.

A mis Hermanas; Evelyn; quien ha sido ejemplo en mi formación académica, un gran apoyo por su fortaleza, dedicación, perseverancia, Teresa; quien siempre sigue sus ideales, no descansa hasta conseguir lo que quiere, a pesar de su carácter fuerte es la persona más noble que conozco, son algunas enseñanzas que me han ayudado a ser un poco de lo que soy ahora, Paulina; quien cada día que pasa me doy cuenta que es una gran persona, la admiro por la forma de enfrentar sus problemas, de no dejar que sus sueños y metas decaigan, de sonreírle a la vida, gracias por estar y escucharme cuando lo he necesitado.

Gracias al Dr. Carlos Prado Aguilar y al Dr. Juan Antonio Vidales Olivo por su confianza, asesoría y orientación para la realización de este trabajo. Así mismo a la Dra. Ana Hortensia coordinadora de esta gran especialidad, por su apoyo brindado durante esta etapa de estudio.

Agradezco a mis compañeros; Erick, Juan Pablo, Evelyn, ahora amigos de esta gran especialidad por el apoyo brindado durante estos tres años, por permitirme compartir experiencias de vida. Al Dr. Miguel Ángel por su apoyo, ayuda a la realización de este

trabajo, a Elsa Ávila quien ha formado una parte muy importante en mi vida, por estar a mi lado en los momentos más difíciles y por permitirme compartir grandes experiencias.

Agradezco a todos los pacientes incluidos en el estudio, al personal del programa ATHODO-IMSS, así como a sus cuidadores, por su colaboración en la fase de recolección de datos.



## CONTENIDO

INDICE GENERAL.....	1-2
ÍNDICE DE TABLAS.....	3
ÍNDICE DE GRAFICAS.....	3
RESUMEN.....	4-5
RESUMEN INGLES.....	6-7
I. INTRODUCCIÓN.....	8-9
II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	9-12
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1. Breve descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.....	13
2. Panorama del estado de salud.....	13-15
3. Panorama del sistema de atención en salud.....	15-17
4. Descripción de la naturaleza del problema.....	17-18
5. Descripción de la distribución del problema.....	18
6. Descripción de la gravedad del problema.....	18-19
7. Análisis de los factores más importantes.....	19-21
8. Argumento convincente.....	21
9. Estudios relacionados con el problema de estudio.....	22-23
10. Información que se espera obtener.....	23
11. lista de conceptos indispensables.....	24-24
12. Pregunta de investigación.....	25
IV. MARCO TEORICO.....	26-40
V. JUSTIFICACION.....	41
VI. OBJETIVOS.....	42
1. Objetivo general.....	42
2. Objetivos específicos.....	42
VII. HIPOTESIS.....	43
VIII. MATERIAL Y METODOS.....	44
VIII.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
1. Diseño de estudio.....	44
2. Población.....	44
3. Unidad de observación.....	44
4. Unidad de análisis.....	44
VIII.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	44
1. Criterios de inclusión.....	44

2. Criterios de no inclusión.....	44
3. Criterios de eliminación.....	44
VIII.3 TIPO DE ESTUDIO.....	45
1. Tipo de muestreo.....	45
VIII.4 UNIVERSO Y MUESTRA.....	45
IX. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS “TIPO DE INSTRUMENTO”.....	45
1. Descripción de los instrumentos.....	46-49
X. LOGISTICA.....	49-50
1. Definición de variables.....	50
XI. TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
XII. PLAN DE TABULACION Y ANALISIS ESTADISTICO.....	50-51
XIII. PRUEBA PILOTO.....	51
XIV. CONSIDERACIONES ETICAS.....	52
XV. RESULTADOS.....	53-60
XVI. DISCUSIÓN.....	61
XVII. CONCLUSIÓN.....	61
XVIII. BIBLIOGRAFÍA.....	62-63
XIX. ANEXOS	
A. Carta de consentimiento informado	
B. Cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-28	
C. Escala de Lawton-Brody de actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)	
D. Índice de Katz para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	
E. Perfil sociodemográfico	
F. Operacionalización de variables	
G. Cronograma de actividades de investigación	
H. Plan presupuestal	

**ÍNDICE DE TABLAS**

**Tabla 1.** Características Sociodemográficas de los cuidadores informales del adulto mayor con pluripatologías del HGZ No.1.....53-54

**Tabla 2.** Trastornos psíquicos asociados al tipo de cuidador del adulto mayor con pluripatologías en el HGZ No. 1.....58

**Tabla 3.** Frecuencia de dependencia del adulto mayor con pluripatologías del HGZ No.1, al cuidador primario en la actividad instrumentada de la vida diaria (AIVD).....59

**Tabla 4.** Frecuencia de dependencia del adulto mayor con pluripatologías del HGZ No.1, al cuidador primario la realización de actividades básicas de la vida diaria.....60

**ÍNDICE DE GRAFICAS**

**Grafica 1:** Porcentaje de os cuidadores informales de los adultos mayores con pluripatologías del HGZ No.1.....55

**Grafica 2:** Estado civil de los cuidadores informales de los adultos mayores con pluripatologías del HGZ No.1.....55

**Grafica 3:** Nivel educativo de los cuidadores informales de los adultos mayores con pluripatologías del HGZ No.1.....55

**Grafica 4:** Tiempo que llevan cuidando a los adultos mayores con pluripatologías del HGZ-No.1.....56

**Grafica 5.:** Actividad laboral que ejercen los cuidadores del adulto mayor con pluripatologias del HGZ-1.....56

**Grafica 6:** Horas a la semana de cuidado del adulto mayor con pluripatologías del HGZ No.1 .....57

**Grafica 7:** Días de descanso a la semana del cuidador informal.....57

**Grafica 8:** Grupo de edad del adulto mayor con pluripatologías de acuerdo al tipo de cuidador.....57

**Grafica 9:** cuidadores primarios.....58

**Grafica 10.** Cuidadores secundarios.....58

**Grafica11:** Actividad instrumentadas de la vida diaria del adulto mayor con pluripatologías del HGZ No.1.....59

**Grafica12:** Histograma; nivel de dependencia en las actividades instrumentadas de la vida diaria.....59

**Grafica13:** Dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria..... 60

**Grafica14:** Histograma; nivel de dependencia de las actividades básicas de la vida diaria.....60

## RESUMEN

### **CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON PLURIPATOLOGÍAS COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD PSÍQUICA, EN EL PROGRAMA ATHODO DEL HGZ-1 IMSS, AGUASCALIENTES.**

**INTRODUCCIÓN:** El aumento de la esperanza de vida experimentado en los últimos años ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población, <sup>(1)</sup> caracterizada por sufrir pluripatologías, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados para el desempeño de las actividades de la vida diaria e instrumentada (ABVD – AIVD). Por lo que se ha obligado a la creación de alternativas asistenciales a la hospitalización clásica <sup>(2)</sup>, entre las que se encuentra la atención hospitalaria a domicilio (ATHODO-IMSS), esta tarea es llevada a cabo por el cuidador primario informal, lo cual conlleva un grado elevado de responsabilidad y exigencia; lo que a su vez supone, una fuente de estrés y malestar emocional. Si se logra identificar la asociación existente entre ser cuidador y la morbilidad psíquica en forma oportuna ayudara a mejorar la calidad de vida del cuidador y por consiguiente la del paciente y su núcleo familiar. **OBJETIVO:** Identificar la asociación entre la exposición de ser cuidador primario informal del adulto mayor con pluripatologías, usuarios del programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Ags. con la morbilidad psíquica.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio Trasversal, comparativo. El grupo de estudio está formado por cuidadores primarios informales y secundarios de adultos mayores con pluripatologías dentro del programa ATHODO-IMSS, de los cuales se tomaran por muestreo aleatorio simple. Con el programa EPI INFO-2000 se calculo el tamaño de cuidadores primarios y secundarios siendo de 63 para cada grupo. **Criterios de selección:** Se incluyen a cuidadores primarios informales y secundarios, ambos sexos, adscritos al programa ATHODO-IMSS, con ayuda de al menos 6 meses en las ABVD Y AIVD de adultos mayores de más de 60 años con dos o más patologías. No se incluirán a adultos mayores que no cuenten con cuidador y se eliminaran en el caso de que los cuidadores o adulto mayores mueran o no acepten participar. **Logística:** mediante visitas domiciliarias con el personal del programa ATHODO-IMSS; se aplicara el cuestionario de goldberg-28 en sus 4 subescalas para valorar el malestar psíquico y perfil sociodemográfico elaborado por el investigador; tanto al cuidador primario y al secundario, para las actividades instrumentadas de la vida diaria el cuestionario de Lawton Brody y para las actividades básicas el índice de Katz <sup>(3)</sup> los dos últimos dirigidos

al adulto mayor, se aplicaran al cuidador primario. En los meses de julio-agosto del 2011.

**Plan de análisis:** Se describirán frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar, para variables en escalas continuas. La asociación se valorara con OR crudos y ajustados a través de una regresión logística binaria.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El perfil de los cuidadores primarios corresponde al género femenino en un 78%. Ambos grupos con estado civil casado. Escolaridad primaria en cuidadores primarios a diferencia de los secundarios que tienen bachillerato o equivalente. El rol del cuidador primario se incide en ser hijo o hija del adulto mayor con un 65%, seguido del esposo o esposa con un 24%. El 77% del cuidador primario no tuvo una actividad laboral retributiva, solo el 23% de los cuales la principal actividad laboral fue el comercio, teniendo menos de 10 horas laborales con un 43.47 % de estos el 45% padecía alguna enfermedad, de las cuales la principal fue Hipertensión Arterial seguida de Diabetes Mellitus tipo 2 e Insuficiencia Cardíaca Congestiva. El grupo de edad del adulto mayor en ambos grupos fue de 71 a 80 años. La mayoría de los cuidadores primarios tienen más de 5 años cuidando al adulto mayor con pluripatologías en un 41%, con un rango de 0-1 día de descanso en la semana. en comparación del cuidador secundario que tiene mayor frecuencia de 6 meses a 1 año descansando 2-3 días. La probabilidad de que el cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías, presente síntomas somáticos es de 8.14 veces, 8 veces más de presentar disfunción social y 4.3 veces más depresión grave, en comparación con el cuidador secundario. El 61% de los adultos mayores tiene una dependencia máxima a su cuidador primario informal en las actividades instrumentadas de la vida diaria mientras que el 75% de los adultos mayores tienen una incapacidad severa al momento de realizar actividades de la vida diaria. En conclusión el perfil del cuidador no difiere de otros estudios. Los resultados obtenidos nos permiten conocerlas características demográficas y psicológicas que comparte esta población, y así poder brindar un servicio institucional integral para el paciente y su familia.

**PALABRAS CLAVES:** Cuidador primario informal, Adulto mayor, Pluripatologías, Programa ATHODO-IMSS.

## SUMMARY

### **PRIMARY CAREGIVER FOR OLDER WITH INFORMAL PLURIPATHOLOGIES AS A RISK FACTOR OF DISEASE PSYCHIC IN THE PROGRAM ATHODO HGZ-1 IMSS, AGUASCALIENTES.**

**INTRODUCTION:** The increase in life expectancy experienced in recent years has led to a progressive aging of the population, (1) characterized by suffering multiple pathologies, there is an increasing number of people needing care in the performance of activities of daily living and implemented (ADL-IADL). As has forced the creation of care alternatives to hospitalization classic (2), including hospital care is at home (ATHODO-IMSS), this task is carried out by the informal primary caregiver, which with a high degree of responsibility and demand, which in turn implies a source of stress and emotional distress. If we can identify the association between caregiving and psychological distress in a timely manner will help improve the quality of life of caregivers and therefore the patient and family. To identify the association between exposure of primary informal caregiving for the elderly with multiple pathologies, program users ATHODO of HGZ-1, IMSS Ags. with psychological morbidity.

**MATERIALS AND METHODS:** Transversal study, comparative study. The study group consists of secondary and informal primary caregivers of older adults with multiple pathologies in ATHODO-IMSS program, which will be taken by simple random sampling. Using the EPI INFO-2000 will calculate the size of primary and secondary caregivers being 63 for each group. **Selection criteria:** include primary caregivers are informal and secondary, both sexes, attached to ATHODO-IMSS program, with the help of at least 6 months in the ADL and IADL of elderly over 60 years with two or more pathologies. Do not include older adults who have no caregiver and were eliminated in the case that older adult caregivers or die or refuse to enter. **Logistics:** home visits by program staff ATHODO-IMSS questionnaire applied goldberg-28 in 4 subscales to assess psychological distress and sociodemographic profile prepared by the researcher, both primary and secondary caregiver for activities implemented daily living questionnaire Lawton and Brody core activities the Katz index (3) the last two targeted the elderly, were applied to the primary caregiver. In the months of July-August 2011. **Analysis Plan:** Describe absolute and relative frequencies for categorical variables scales, mean and standard deviation for

continuous variables scales. The partnership is valued with crude and adjusted OR by binary logistic regression.

**RESULTS AND CONCLUSIONS:** The profile of primary caregivers is for the female gender by 78%. Both groups with married status. Primary school primary caregivers unlike side with BA or equivalent. The role of primary caregiver affects the son or daughter of the elderly with 65%, followed by the husband or wife with 24%. 77% of the primary caregiver had no restorative work activity, only 23% of which the main activity was trade, taking less than 10 working hours with 43.47% of these 45% suffered from some illness, which Hypertension was the main followed by type 2 diabetes and congestive heart failure. The age group of older adults in both groups was 71 to 80 years. Most primary caregivers are more than 5 years caring for the elderly with multiple pathologies in 41%, with a range of 0-1 days of rest in the week. compared the secondary caregiver has the highest frequency of 6 months to 1 year 2-3 days. The resting probability of informal primary caregiver of an older adult with multiple pathologies, present somatic symptoms is of 8.14 times, 8 times the present dysfunction social and 4.3 times the major depression as compared to the secondary caregiver. 61% of older adults have a high dependence on informal primary caregiver in instrumented activities of daily living while 75% of older adults have a severe disability when performing activities of daily living. In conclusion, the caregiver profile does not differ from other studies. The results obtained allow us to know demographic and psychological characteristics shared this population, so we can provide a comprehensive institutional service for the patient and his family.

KEYWORDS: informal primary caretaker, Senior Adult, pluripathologies, ATHODO-IMSS program.

## I. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida experimentado en los últimos años debido al desarrollo socioeconómico y a una mejora de las condiciones sanitarias ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población, <sup>(1,24)</sup> esto trae como consecuencia la disminución de la capacidad de la persona para el desempeño de las actividades de la vida diaria e instrumentadas (ABVD –AIVD), con lo cual requiere de la ayuda de otra persona para el cuidado con el correspondiente impacto en la vida del cuidador. <sup>(19)</sup>

Los procesos crónicos relacionados con la enfermedad que han derivado de la pérdida parcial o total de la capacidad del autocuidado por parte del propio individuo, generalmente requiere del apoyo para suplir dichos cuidados, por lo que se ha creado alternativas asistenciales como es la atención hospitalaria a domicilio (ATHODO-IMSS), esta tarea es llevada a cabo por el cuidador primario informal, lo cual supone un grado elevado de responsabilidad y exigencia; lo que a su vez, conlleva en sí misma, una fuente de estrés y malestar emocional; siendo las consecuencias más graves en la salud psíquica, como la depresión y ansiedad. <sup>(20)</sup>

El cuidador primario informal sigue siendo el pilar fundamental en los cuidados principales de la salud en el ámbito nacional, este modelo está en crisis debido al incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia motivado por el envejecimiento de la población, por el incremento de la morbilidad y por el alargamiento de la esperanza de vida.

Otro de los factores que hacen más grave el problema son los cambios importantes en el modelo de familia, con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo. Dicha situación está provocando la disminución progresiva de la capacidad de respuesta en la prestación de cuidados, haciendo que el modelo de apoyo informal, que ya ha empezado a hacer crisis, sea insostenible a mediano plazo. <sup>(21)</sup>

Por otra parte, cuando el adulto mayor se enfrenta a la enfermedad, se afecta su entorno inmediato, dicho impacto va a depender de los factores de protección y de vulnerabilidad presentes en el cuidador; de sus actitudes y las respuestas instrumentales o emocionales que se desplieguen hacia el miembro enfermo, las cuales son importantes para establecer el equilibrio de interacción y de soporte. <sup>(22)</sup>

Además del paciente, es en el cuidador primario informal en quien generalmente recae el mayor impacto, que será modulado por el tipo de enfermedad, por el curso y gravedad de la misma, por el apoyo socio familiar existente, por los recursos y estrategias de afrontamiento del cuidado y de las características del paciente. <sup>(25)</sup>

Si se identifica de manera oportuna la asociación que existe entre la exposición de ser cuidador con la morbilidad psíquica, mejorara la calidad de vida del cuidador y por consiguiente la del paciente y su núcleo familiar.

## **II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS**

La búsqueda de información nos permite referir los siguientes trabajos de investigación relacionados con el problema de estudio.

1. López Maderos y cols (2000) Estudia la presencia de morbilidad física y psíquica en cuidadores principales de pacientes en programa de atención domiciliaria. En un estudio descriptivo transversal con un grupo control. El grupo de estudio lo constituyen 79 cuidadores principales de pacientes en programa de atención domiciliaria. El grupo control se constituyó con un grupo de 82 individuos, apareados por edad y sexo, y seleccionado al azar. De los cuidadores, un 84,8% son mujeres, con media de edad de  $58,7 \pm 11,6$  años, el 45,1% hijas del discapacitado y  $7,6 \pm 7,9$  años de media como cuidador. Un 78,5% tiene alguna enfermedad crónica relacionada con el esfuerzo, frente a un 59,8% en el grupo control ( $p=0,01$ ). El 69,6% presenta malestar psíquico relacionado con ansiedad y un 43% relacionado con depresión, frente a un 45,1% ( $p=0,002$ ) y un 25,6% ( $p=0,02$ ) en el grupo control, respectivamente. No hubo diferencias significativas en la frecuentación media en los últimos 6 meses entre cuidadores y controles ( $3,7 \pm 3,8$  frente a  $3 \pm 4,6$  veces). Concluyendo que existe una importante proporción de malestar psíquico relacionado con ansiedad y depresión entre los cuidadores, significativamente mayor que en el grupo control. Muchos de ellos pueden estar sin tratar. Los cuidadores presentan significativamente mayor proporción de enfermedades crónicas, con posible relación con el esfuerzo, que el grupo control y reciben poca ayuda para su labor; sin embargo, no producen mayor demanda de atención médica que el grupo control.
2. Eliana Dueñas, cols. (2006). Describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores discapacitados. Se

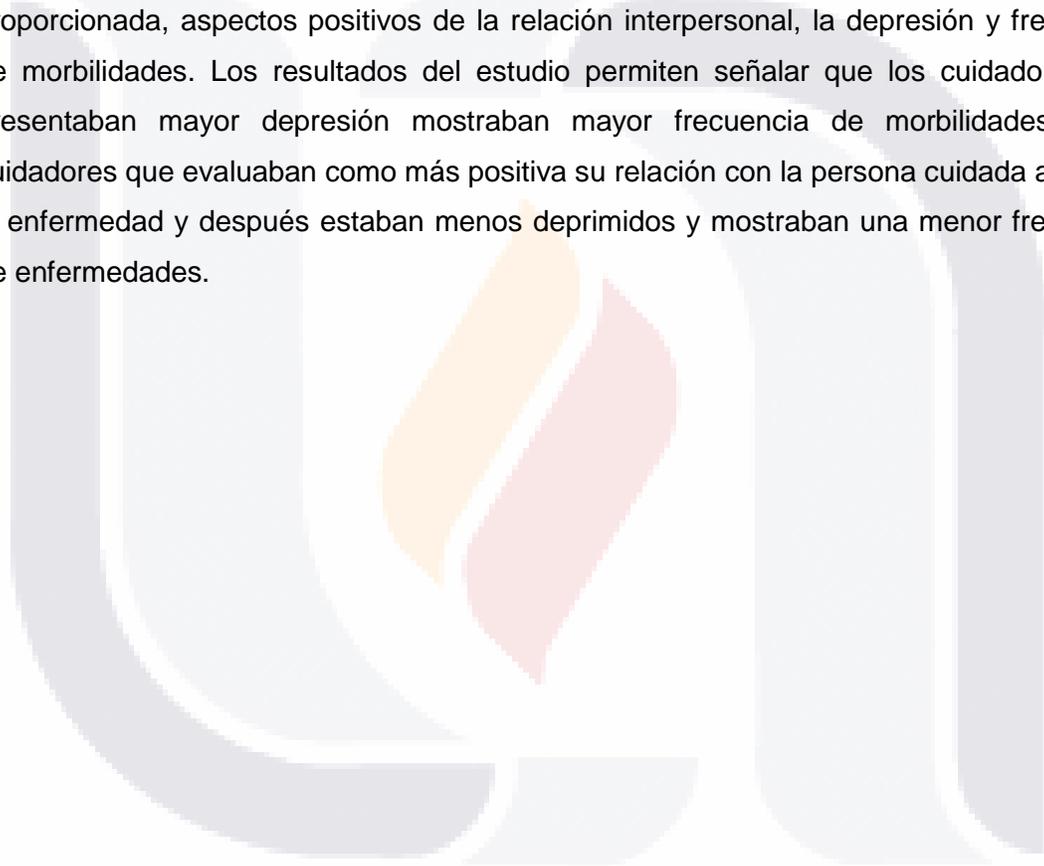
realizó un estudio piloto de casos y controles en el Valle del Cauca durante el 2003-2004 para evaluar la funcionalidad familiar (APGAR familiar), la ansiedad y depresión (escala de Goldberg), la presencia de enfermedades (cuidadores y no cuidadores), y la prevalencia del síndrome del cuidador (escala de Zarit). Se estudiaron 102 familias en su mayoría de nivel socioeconómico bajo (75.3%) con una discapacidad media de 4 años (rango 1-60 años). Se observó una mayor proporción de depresión (81.3% vs. 53.9%,  $p < 0.01$ ), una mayor proporción de ansiedad (85.2% vs. 45%,  $p < 0.001$ ), y una mayor proporción de disfunción familiar severa (26.5% vs. 10.8%) ( $p = 0.004$ ) en los cuidadores en relación con los no cuidadores. De los cuidadores principales 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%,  $p = 0.01$ ) y con depresión (100%,  $p < 0.0001$ ); 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores ( $p = 0.0004$ ). Concluyendo que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad.

3. M<sup>a</sup> Jesús López Gil, cols (2009). Realizó un estudio observacional y analítico de casos y controles para conocer la sobrecarga sentida por los cuidadores y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, su salud en las esferas física, psíquica y social y su necesidad de utilización de los recursos sanitarios. El grupo de estudio fue formado por 156 cuidadores principales y el grupo control por 156 personas adscritas al centro de salud que no realizaban funciones de cuidador principal, emparejadas por edad, sexo y número de patologías crónicas padecidas, se utilizó características para la sobrecarga del cuidador (escala de Zarit), calidad de vida subjetiva (cuestionario de salud de Nottingham), presencia de sintomatología, ansiedad y depresión (EADG-18), función familiar (APGAR familiar y apoyo social percibido (cuestionario de Duke-UNC). Resulto que el 66,4% de los cuidadores presentaba sobrecarga, el 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31,4% del grupo control (OR = 2,02; IC 95%: 1,27 - 3,21). La frecuentación media en el último año fue de 8,37 visitas/año en el grupo de cuidadores y de 7,12 visitas/año en el grupo control ( $p < 0,01$ ). concluyendo una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente, en los cuidadores que el grupo control.

4. Lourdes Moreno cols. (2008). Investigo el perfil del cuidador principal (CP) y los factores relacionados con la sobrecarga sentida, en una cohorte multicéntrica de pacientes pluripatológicos (PP). Se generó prospectivamente mediante el censo de todos los pacientes que cumplían los criterios de PP de la Consejería de Salud (2002): aquellos que tienen enfermedades crónicas de dos o más de las 7 categorías clínicas definidas. Accedieron a la entrevista 461 (69% de los 662 elegibles) PP; 293 (63,6%) pacientes tenían CP, que en el 88% eran familiares de primer grado (146 [49,7%] de ellos, el cónyuge), de  $62 \pm 15$  años de edad, y el 80%, mujeres. El IEC fue  $> 7$  puntos en el 41,5% y en general fue  $5,35 \pm 3,5$ , mayor en los que cuidaban de PP con enfermedades neurológicas ( $7 \pm 3,2$  frente a  $4,5 \pm 3,3$ ;  $p < 0,0001$ ). El IEC se correlacionó directamente con la vulnerabilidad clínica del PP ( $R = 0,37$ ;  $p < 0,001$ ), con el deterioro cognitivo por escala de Pfeiffer ( $R = 0,4$ ;  $p < 0,0001$ ), e inversamente con la situación funcional por índice de Barthel ( $R = -0,67$ ;  $p < 0,0001$ ) Se concluyó que el perfil del CP de los PP se correspondió con mujeres familiares en primer grado de unos 60 años. Más de la tercera parte estaban sobrecargadas; los factores predictores fueron la edad, la vulnerabilidad clínica y el deterioro funcional y cognitivo del PP.
5. Espinoza Lavoz, Méndez Villarroel (2008). Realizaron una investigación en donde tuvo por objetivo determinar el nivel de sobrecarga del cuidador informal y relacionarla con características del cuidador y del adulto mayor. Es un estudio analítico de corte transversal, cuya muestra estuvo compuesta por 80 cuidadores informales de adultos mayores dependientes. Los datos se obtuvieron de la aplicación de la Escala de sobrecarga de Zarit y de una encuesta de caracterización sociodemográficas. La información fue procesada en el programa EPIINFO 2000, se usó estadística descriptiva, prueba  $\chi^2$  y Coeficiente Gamma. Los resultados relacionados con los cuidadores mostraron que 79% eran mujeres, 56% tenían entre 20 y 50 años, 49% presentaba escolaridad básica, 55% tenía pareja y 75% hijos. El 85% realizaba cuidados día y noche, 90% percibió su estado de salud buena o regular, 20% tiene sobrecarga leve y 38% sobrecarga intensa. Respecto a los adultos mayores, 62% eran mujeres, 82% tenían entre 70 y 84 años, 54% sin escolaridad y 44% escolaridad básica, 87% controlaba esfínteres, 24% presentaba patologías cardiovasculares. Resultó significativa la relación entre sobrecarga y presencia de hijos y entre sobrecarga y existencia de otra actividad laboral

del cuidador. Se concluye que tener hijos y desarrollar otra actividad laboral influyen negativamente en el nivel de sobrecarga del cuidador informal.

6. Williamson, G.M., Shaffer, D.R. (2001) Se centra en analizar la relación entre la calidad del cuidador y la persona cuidada. Así mismo la presencia de morbilidad por parte de los cuidadores. En el estudio entrevistaron a 142 cuidadores de familiares mayores de 60 años o más. Evaluaron el nivel educativo, la edad y el sexo del cuidador, la relación entre el cuidador y la persona mayor antes del inicio de la enfermedad, la cantidad de ayuda proporcionada, aspectos positivos de la relación interpersonal, la depresión y frecuencia de morbilidades. Los resultados del estudio permiten señalar que los cuidadores que presentaban mayor depresión mostraban mayor frecuencia de morbilidades y los cuidadores que evaluaban como más positiva su relación con la persona cuidada antes de la enfermedad y después estaban menos deprimidos y mostraban una menor frecuencia de enfermedades.



### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### TITULO:

Cuidador primario informal del adulto mayor con pluripatologías como factor de riesgo de morbilidad psíquica, en el programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Ags.

**SUJETO DE ESTUDIO:** Cuidador primario Informal del adulto mayor con pluripatologías

**OBJETO DE ESTUDIO:** morbilidad psíquica

**CONTEXTO:** Programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes

#### III.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales en la población en estudio.

En México, la población de 60 años y mas alcanza actualmente los 9.4 millones, es decir, 8.7 por ciento del total de la población mexicana. En el estado de Aguascalientes hay una población de 1.065,416 habitantes de estos 72,771 son adultos mayores (7%)<sup>(1)</sup>. En el programa de atención hospitalaria a domicilio (ATHODO) IMSS del HGZ-1 Aguascalientes, antes del 2010 era conocido como ADEC, atención domiciliaria al enfermo crónico, cuenta con alrededor de 355 enfermos en sus hogares, que convalecen de padecimientos crónicos. Se estima que por cada enfermo hay un personal de ayuda informal. El perfil socio demográfico dado por otras investigaciones<sup>(4, 5, 6,8)</sup>, corresponde a mujeres de mediana edad, familiares de primer grado del paciente, casadas y con estudios primarios.

#### III.2 Panorama del estado de salud

Es fácil entender que ninguna persona tiene, en principio, la adecuada preparación para cuidar a adultos mayores con enfermedades crónicas, cada día los familiares se enfrentan a la realidad de que el paciente está cambiando gravemente y que, en vez de mejorar con el cuidado que se le proporciona, se vuelve más dependiente, hasta llegar a necesitar cuidados y supervisión las 24 horas del día. Esto significa cambios inesperados en las relaciones entre ambos; paciente y cuidador, surgiendo un sin número de sentimientos y pensamientos diversos que pueden crear conflictos, dudas, temores, tensiones, angustia y tristeza. El estrés que se genera es capaz de originar algún tipo de disfunción o de psicopatología especialmente –neurosis, depresión, agresividad, astenia psicofísica, etc. – en las personas cuidadoras.

El brindar cuidado puede afectar negativamente la salud psicológica del cuidador, debido a la carga, estrés, depresión y ansiedad. Sin embargo, los efectos no son iguales en todos los cuidadores. Estudios han sugerido que la presencia de depresión y ansiedad en cuidadores está asociada con diferentes variables sociodemográficas, características psicológicas propias del cuidador y cuestiones ambientales, como las relaciones familiares. Se ha reportado que ciertos factores como la edad avanzada, condición laboral desfavorable e inadecuado apoyo social aumentan el riesgo de presentar problemas en la salud del cuidador. <sup>(12)</sup>

Las variables con más frecuencia reportadas que están asociadas con depresión y ansiedad en el cuidador son género, edad, situación laboral, parentesco, tiempo de proveer cuidado, salud del cuidador, cambios en el comportamiento y personalidad del paciente. <sup>(12)</sup>

En los años 60 y 70, se realizan los primeros estudios demostrando que la carga del cuidador existe y comienza a explorar la relación entre carga familiar, actitudes sociales e intervenciones terapéuticas. Y se da la diferencia entre carga subjetiva de la objetiva.

Más tarde, en los años 80 se desarrollan instrumentos para valorar la carga y comenzaron a publicarse en países anglosajones y europeos estudios y reflexiones acerca de la atención informal de la salud; en la década de los 90 se exploran las relaciones entre ésta y características del cuidador, y se enfatiza la importancia de la educación de la familia y del apoyo social para aliviarla. Y comienzan hacer estrategias que realizan los cuidadores para hacer frente a la situación.

En Cuba en sus múltiples Investigaciones concluyen que los factores más significativos que generan una carga del cuidador, son las perturbaciones del sueño, la incontinencia fecal, inmovilidad general y las alteraciones del comportamiento (vagabundeo, tendencias suicidas, agresividad, agitación). Al hablar de "carga" para los cuidadores se hace referencia a la magnitud con que el cuidador percibe su situación emocional o física, la vida social y el estado financiero como consecuencia del cuidado que presta a su familiar. Dicha carga se reduce cuando otros familiares brindan ayudas, visitan al paciente y al cuidador y facilitan breves períodos de descanso. <sup>(19)</sup>

En Colombia, la mayor probabilidad de desempeñar el cargo de cuidador, es para los hijos, luego están el cónyuge y los hermanos del paciente. Principalmente es una mujer (87,3%) la encargada de proporcionarle el cuidado, en su mayoría son personas de 50 años. <sup>(13)</sup>

En México se ha publicado en los últimos 20 años con respecto al papel que tienen las mujeres en el ámbito familiar y describe los retos psicosociales y de salud que cotidianamente enfrentan. Reconociendo que la familia es considerada como el valor más importante en la cultura mexicana, y que la mujer es el elemento esencial de la unificación de la familia. La conformación de las familias lleva generaciones juntas, transmite la identidad a sus miembros y articula las relaciones familiares a través de un complejo *neto* de las interacciones sociales. Las familias dan un sentido unificador al mundo, nutriendo la vida y acciones de sus integrantes. Dentro de la familia, las mujeres desempeñan la mayor parte del rol, como agente de socialización y el cuidado. <sup>(20)</sup>

Rosenberg *et al.* (2005) exponen cómo la depresión y la carga de cuidador llegan a afectar al humor del paciente, lo que pone de manifiesto que se establece un *feed-back* de indudables efectos negativos en el binomio cuidador-receptor de cuidados.

Rubio (1995) establece que, debido a la alta vulnerabilidad de los cuidadores, se impone que los profesionales sanitarios encaminen sus esfuerzos a la detección precoz de cualquier situación de riesgo, aportando consejos y recursos que alivien la situación; de ello se deduce la conocida frase “cuidar al cuidador”, en la que se resume un gran compendio de acciones que sobrepasan en mucho lo meramente sanitario.

### **III.3 Descripción del sistema de atención de la salud**

El sistema estatal de salud y por consiguiente en el IMSS Aguascalientes cuenta con los siguientes elementos para la atención del adulto mayor con pluripatologías:

La Norma Oficial Mexicana NOM-167-Ssa1-1997. Para la presentación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

En la clasificación internacional de enfermedades, los siguientes rubros son los que con mayor frecuencia se reportan; F41.2 Del CIE-10 Y DSM-IV. Trastorno mixto Ansioso-Depresivo y F43.22 DEL CIE-10, Reacción mixta de ansiedad y depresión.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en Aguascalientes, existen 2 Hospitales Generales (HGZ-1, HGZ-2) con 10 unidades de Medicina Familiar para atención del adulto mayor de esta infraestructura existen diferentes programas:

La elaboración del programa de acción de atención al envejecimiento el cual, se publicó en el 2001, La finalidad es alcanzar un “ENVEJECIMIENTO ACTIVO”, refiriéndose con ello, al mantenimiento de la funcionalidad del adulto mayor en el contexto de la salud. Se establecieron cuatro estrategias relevantes:

1. Promoción de la salud y comunicación social
2. Detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas
3. Tratamiento y control de enfermedades
4. Modelo integrado de atención a la salud

Guía del cuidado de la salud del Adulto Mayor, educación para la salud (PREVENIMSS) que incluyen:

1. Educación para la Salud
2. Nutrición
3. Prevención y control de enfermedades
4. Identificación oportuna de enfermedades
5. Esquema básico de vacunación

Guías de la práctica clínica en:

1. Evaluación y control nutricional del adulto mayor en primer nivel de atención
2. Demencia en el Adulto Mayor en el primer nivel de atención
3. Depresión en el Adulto Mayor
4. Maltrato en el Adulto Mayor
5. Utilización adecuada de los analgésicos/antiinflamatorios no esteroideos para el manejo de dolor.

En el estado de Aguascalientes existe la ley para la protección especial de los adultos mayores, promulgada y aprobada en el 2010 en donde el estado garantiza las condiciones óptimas de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores, estableciendo programas para asegurar a todos los trabajadores una preparación adecuada para su retiro.

El DIF estatal Aguascalientes, promueve, impulsa e implementa programas y acciones en materia de asistencia social a favor de la población más desprotegida y vulnerable del estado, tendientes a modificar y mejorar las condiciones que garanticen al individuo y su familia, su desarrollo social y humano. En Aguascalientes sigue promoviendo el programa

ACTÍVATE, a través del cual se contemplan medidas preventivas para evitar o retrasar el deterioro cognitivo, la inmovilidad, la depresión, el aislamiento y abandono, con el propósito de mantenerlos productivos y dinámicos.

El programa de atención hospitalaria a domicilio (ATHODO) del HGZ-1 IMSS Aguascalientes; antes conocido como atención domiciliaria al enfermo crónico (ADEC), cuenta actualmente con personal médico, paramédico, trabajadoras sociales, personal de enfermería del IMSS y atiende aproximadamente a 355 enfermos en sus hogares, que convalecen de padecimientos crónicos, estos distribuidos en 2 turnos.

En México no se cuenta con manuales o programas dirigidos a cuidadores como en otros países por lo que se debería de implementar.

#### **III.4 Descripción de la naturaleza del problema**

La atención provista desde el ámbito familiar apoya los servicios de cuidados primarios informales, en opinión de algunos autores de manera deficitaria. Los cuidadores constituyen una pieza clave en la tríada terapéutica “equipo de salud-paciente- cuidador”,<sup>(6)</sup> ya que a pesar de haberse demostrado la morbilidad de trastornos psíquicos, las acciones no han sido encaminadas a la atención del cuidador.

Dentro de la literatura <sup>(3,5,6,24)</sup> se ha observado intervalos muy amplios de morbilidad psíquica en cuidadores principales informales, dentro de los que destaca la ansiedad que va desde el 32% al 80%, y la depresión, que varía entre el 22.35 % al 60%, sin embargo en la última década no contamos con datos exactos de esta morbilidad. <sup>(24)</sup>

En México se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores, quienes comprometen sus vidas privadas y están sobrecargados por su papel. La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados. <sup>(37)</sup>

En Aguascalientes a pesar de varias instituciones y programas relacionados a los cuidados del adulto mayor no hacen énfasis a los cuidados del personal de apoyo informal donde se evidencia una pobre percepción de su salud, así como los factores de riesgo que generan o incrementan morbilidades psíquicas y desenlaces fatales. <sup>(7,8)</sup>

Ante la evidencia de la patología asociada al cuidador, se decide realizar este estudio en nuestra zona de salud ya que sí se logra identificar la asociación existente entre ser cuidador y la morbilidad psíquica en forma oportuna ayudará a mejorar la calidad de vida del cuidador y por consiguiente la del paciente y su núcleo familiar.

### **III.5 Descripción de la distribución del problema**

A partir de estudios con muestras representativas <sup>(4,5,6)</sup>, se ha observado que en el 5.1% de los hogares viven personas que prestan ayuda a personas mayores de 60 años. En el 88.2% de los casos esta ayuda es prestada por cuidadores informales, esto es por familiares que no reciben ningún tipo de remuneración económica por los servicios que prestan. Un 6% de la población es mayor de 18 años, y principalmente es una mujer (87,3%) la encargada de proporcionarle el cuidado.

Los cuidadores informales proporcionan en un 83% de los casos la ayuda principal que reciben las personas mayores dependientes y en un 50% son las únicas que proporcionan la ayuda. De las personas que reciben ayuda, un 90% recibe ayuda en tareas domesticas, un 92% en actividades cotidianas y un 76% en cuidados personales diarios. <sup>(24)</sup>

La mediana en el tiempo del papel de cuidador fue 3.5 años. La media de horas atendiendo a una persona mayor dependiente es de aproximadamente 16.4 horas y en los casos de cuidados a personas con algún tipo de deterioro cognoscitivo es de 72 horas a la semana. <sup>(24)</sup>

Los cuidados tienen consecuencias negativas sobre el tiempo no laboral de los cuidadores en un 80.2% de los casos sobre sus actividades profesionales en un 61.1% y sobre la salud en un 55.6%.

### **III.6 Descripción de la gravedad del problema**

La experiencia de ser cuidador acarrea sensaciones positivas: satisfacción por el cuidado del ser querido, búsqueda de su bienestar; pero desafortunadamente suelen ser más intensos los sentimientos negativos de sobrecarga, depresión, impotencia, tristeza y también de culpabilidad, sobre todo cuando se requiere una toma de decisiones.

Se ha observado que los cuidadores no se dan tiempo para su atención médica y no frecuentan nuestras consultas y la mayor parte de sus enfermedades no son

diagnosticadas. <sup>(5)</sup> Los cuidadores en promedio acude a cuatro visitas al médico al año frente a siete de los no cuidadores. <sup>(11)</sup>

Los cuidadores sufren de los síntomas de depresión en más del doble de la tasa de la población en general <sup>(10)</sup> sin embargo, la mayoría de los casos graves no reconocen los síntomas en sí mismos, creyendo en cambio, que la fatiga o pérdida de energía, irritabilidad o agitación, y dificultad para dormir o concentrarse son sólo parte de ser cuidadores. Por lo tanto, no buscan ayuda. Los síntomas depresivos son debilitantes, y la depresión por sí misma es un factor de riesgo para las enfermedades crónicas. <sup>(7,8)</sup>

El 50% de los cónyuges de pacientes ancianos diagnosticados de demencia o de depresión podían ser considerados "casos psiquiátricos", datos similares a los obtenidos en el estudio EURO CARE, en el que el 66 % de los cuidadores podían ser así estimados. Mientras que el 33% de los cuidadores informales en forma general, presentan morbilidad psiquiátrica apreciable, pero a niveles subclínicos.

Se considera a la población cuidadora como un prototipo de estrés crónico, que padece significativamente más problemas psicológicos, psíquicos y físicos que el resto de la población y que tienen un 63% más de probabilidades de morir en un plazo de 4 años. <sup>(7)</sup>

### **III.7 Análisis de los factores más importantes que influyen en el problema**

Son frecuentes y pueden ser debidos a causas puramente físicas o a consecuencias de las alteraciones psíquicas de las que ninguno de los cuidadores está exento.

En primer lugar, ha de tenerse en cuenta el cansancio físico. La jornada laboral de cualquier trabajador en nuestro país es de 40 horas semanales, mientras que cualquier cuidador se ve obligado a trabajar 168 horas semanales, incluyendo no sólo el día sino también la noche, dado que estos enfermos necesitan atenciones a lo largo y ancho de toda la jornada. Estos cuidados suelen ser no sólo físicos, sino que a menudo el paciente debe estar sometido a vigilancia de posibles acciones lesivas para él o para el/los cuidador/es, lo que supone un componente de agobio añadido a la fatiga secundaria a su falta de descanso.

Por otra parte, las imprevisibles respuestas ante estímulos por parte del enfermo pueden suponer lesiones físicas para el cuidador –contusiones, heridas, etc.

A todo ello hemos de añadir los daños físicos que pueden aparecer como consecuencia de los esfuerzos en sus tareas de cuidados –cervicalgias, lumbalgias, hernias discales en los distintos niveles de la columna vertebral, mialgias y tendinitis en miembros superiores e inferiores etc.

Las consecuencias de estas lesiones físicas suelen ser más graves cuando el cuidador es una persona mayor –que es lo más usual– en las que a estas lesiones por sobreesfuerzos se añaden las degeneraciones fisiológicas propias de la edad. También pueden aparecer como consecuencia de la depresión y/o de la fatiga.

Asimismo, existe el riesgo de que el cuidador presente una infección cruzada por contaminación de humores procedentes del paciente, en aquellos casos en los que pudiera presentar alguna infección concomitante, debido a la exagerada proximidad que suele haber entre el cuidador y el enfermo –panadizos y otras por contacto con heces u orina infectada, catarros, gripe, etc.

Del mismo modo, aunque el estrés es un efecto psicológico de las tareas de cuidado, suele producir fatiga física, traducida a veces por problemas estomacales, dolores de cabeza y dificultades en el sueño, lo que, en definitiva, ocasiona cansancio físico.

Como podemos apreciar, los trastornos físicos están íntimamente relacionados con los psíquicos, pues unos influyen en los otros y viceversa, lo que impone que cualquier acción llevada a cabo para mejorar la situación del cuidador deberá tener en cuenta el concepto tridimensional de persona, lo que, a su vez, condiciona la formación y actuación del equipo transdisciplinar.

El estrés que sufre el cuidador –sentimientos de ansiedad y angustia, no sólo suponen un efecto de la vida que lleva en casa, de su relación directa con el enfermo, sino que a estos factores, se añaden otros que incrementan la tensión de la situación.

A medida que transcurre la enfermedad, familiares, amigos y vecinos van creando un clima de aislamiento en su derredor, derivado de la falta de solidaridad del mundo en que vivimos (Muñoz-Cruzado, 1993).

Por otro lado, Furtmayr-Schuh (1995) considera que hay cuidadores que, además de cuidar al enfermo, continúan ejerciendo una profesión o han de atender a una familia. En

el primer caso, la calidad profesional del cuidador puede verse deteriorada debido a la excesiva demanda del enfermo, siendo frecuente el absentismo laboral, mientras que en el segundo, las atenciones del cuidador al resto de familiares suelen deteriorarse como consecuencia de las atenciones al paciente.

Además, las continuas demandas de cuidados condicionan en el familiar cuidador una más o menos grave alteración del patrón de suficiencia económica, en función de la mayor o menor estabilidad financiera familiar. Este hecho reviste especial significación en el caso de los pensionistas, en los que este problema se ve incrementado.

El cuidador ve alterado su patrón de ocio personal, pues no toma tiempo libre para sí mismo, abandonando sus aficiones y amistades, sumiéndose en el terrible campo de la soledad.

Según Mace (1991), el cuidador se desatiende a sí mismo, olvidando por algún tiempo sus proyectos de vida, pues todos estos factores desencadenan un estado de estrés emocional que sólo servirá para empeorar la situación.

### **III.8 Argumento conveniente de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente**

Se considera que el apoyo al cuidador debe tomarse como una actividad central y definitiva. Las necesidades de los cuidadores primarios son multidimensionales e incluyen apoyo económico, psicológico, informativo y para manejar la fatiga. En nuestros días, las necesidades de la familia son mayores que las del paciente.<sup>(37)</sup>

Sin embargo con la literatura estudiada<sup>(3,6,7,8,19,24)</sup>, se evidencia que aun las patologías de los cuidadores primarios informales no son atendidas a tiempo y en forma; ya que no es suficiente el grado de conocimiento existente, puesto que no se han hecho medidas específicas para disminuir esta problemática.

Si se reconoce el malestar psíquico, es factible que se pueda proporcionar ayuda al propio cuidador y al paciente que tendrá mejores atenciones a su cuidado; a la aplicación de los tratamientos en forma correcta, se evitaría maltratos verbales, físicos, e ingresos hospitalarios innecesarios, gastos a la institución, de tal forma que en las políticas públicas en salud de cuidados a atención del adulto mayor se dé lugar también a la atención de los cuidadores primarios informales.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

No existen programas de capacitación institucionales para cuidadores primarios informales, es necesario entonces capacitar a los cuidadores, para atención de sus problemas, fortalecimiento de sus capacidades, hacer grupos de apoyo dirigidos a restablecer la salud, ofrecerle conocimientos suficientes sobre las enfermedades, su cuidado, así como autocuidado, insistiendo en la importancia de un debido entrenamiento que en nuestro medio aun no existe.

En los programas de promoción y educación para la salud hace falta fomentar una relación entre el equipo médico y la familia, y enfatizar la necesidad de educar a los cuidadores en mecanismos saludables, flexibles y dinámicos que favorezcan la relación paciente-cuidador-familia. <sup>(4)</sup>

### **III.9 Breve descripción de algunos otros proyectos relacionados con el mismo problema.**

Morris *et al.* (1988), revisaron nueve estudios que investigaban la salud mental de cuidadores; en siete de ellos se informaba de altos niveles de depresión y ansiedad. En un estudio de 109 cuidadores de dementes, encontraron que el 28% tenían depresión y el 3% ansiedad, mientras que el 33% de los cuidadores presentaban morbilidad psiquiátrica apreciable, pero a niveles subclínicos.

Pinquart y Sörensen, (2003) realiza un meta-análisis sobre 84 estudios en los que se compara a cuidadores y no cuidadores en diferentes variables relacionadas con la salud física y psicológica. El estudio refleja que los cuidadores están más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y autoeficacia que los no cuidadores, siendo mayor cuando el cuidador es esposo que cuando es hijo.

Armstrong, et al (2005) señala algunas de las características demográficas de los cuidadores informales: en su gran mayoría lo constituyen mujeres (83.6%); destacando las amas de casa (44.25%), que van de los 45 a los 65 años de edad, un importante sector los constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada. Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%).

López Mederos, cols (2000). Realizo un estudio en cuidadores del programa de atención domiciliaria y un grupo control, observando malestar psíquico (ansiedad-depresión) en cuidadores presentando mayor enfermedades crónicas, con relación al esfuerzo, que el

grupo control sin embargo, no producen mayor demanda de atención médica que el grupo control.

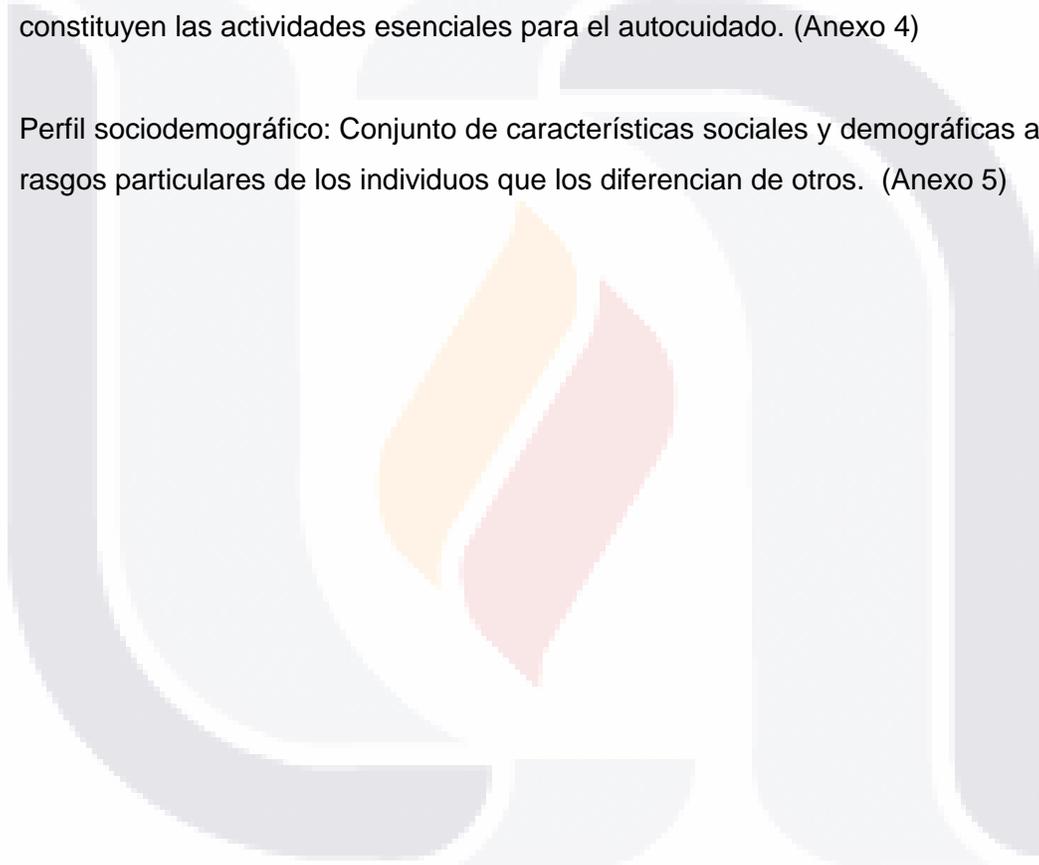
### **III.10 Descripción del tipo de información que se espera obtener**

Con este estudio se pretende Identificar la asociación entre el cuidador primario informal con la morbilidad psíquica, así mismo sus características sociodemográficas, para obtener el conocimiento de este fenómeno y así facilitar posteriormente investigaciones y actuaciones que de forma conjunta permitan ofrecer a los cuidadores recursos para atender a sus familiares en sus domicilios, sin que estos supongan para su salud (y para sus familiares) una situación de riesgo evidente asociada incluso a la muerte prematura del cuidador <sup>(7,8)</sup> De encontrarse casos probables, se canalizaran a los servicios correspondientes.

### **III.11. Lista de los conceptos utilizados.**

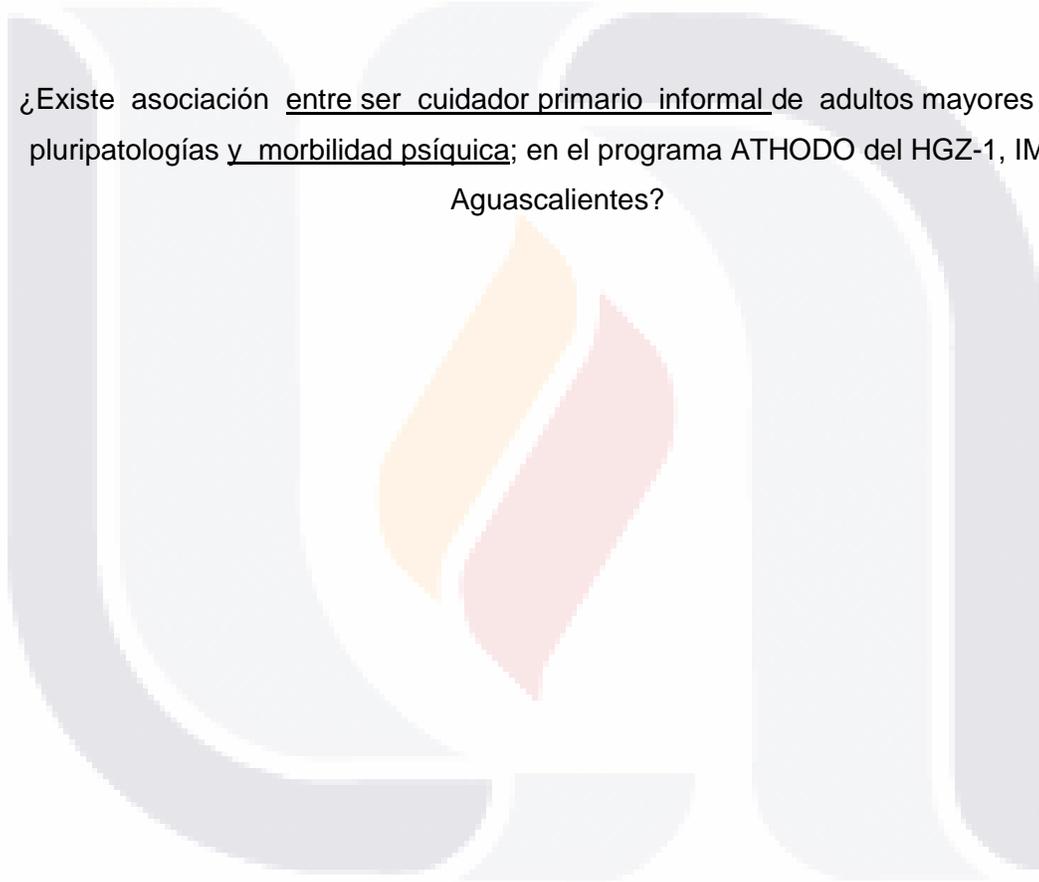
- Cuidador primario informal (CPI) es la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello. (OMS 2001)
- Cuidador secundario o “cuidadores auxiliares”: son aquellas personas que asisten al cuidador principal, habitual o esporádicamente, en la asistencia al paciente.
- Morbilidad Psíquica: Alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. (OMS, 2002) (Anexo-2)
- Pluripatología: se define por la existencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que agrava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención y diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales); demanda. Además, que en la mayoría de las ocasiones sería imposible programar. <sup>(29)</sup>

- Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD): Es una escala de valoración funcional que miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad es decir actividades que permiten la relación con el entorno. (Anexo-3)
- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Escala de valoración funcional, que miden los niveles funcionales más elementales y los inmediatamente superiores que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. (Anexo 4)
- Perfil sociodemográfico: Conjunto de características sociales y demográficas así como rasgos particulares de los individuos que los diferencian de otros. (Anexo 5)



### III.12 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre ser cuidador primario informal de adultos mayores con pluripatologías y morbilidad psíquica; en el programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes?



## IV. MARCO TEORICO

### ADULTO MAYOR CON PLURIPATOLOGÍAS

La transición demográfica en la actualidad es un fenómeno poblacional caracterizado por la disminución sostenida de las tasas de fecundidad y mortalidad, así como el aumento en la esperanza de vida y se obtiene como resultado el envejecimiento gradual de la pirámide poblacional. Los cambios de la mortalidad a nivel mundial reflejan una mayor sobrevivencia, la cual aumentará en la primera mitad de este siglo, que pasará de los 65 años en 2000-2005 a 74 años en 2045-2050. Actualmente, la esperanza de vida de las mujeres (67.6) es superior en alrededor de cinco años en comparación a los varones (63.3).<sup>(15)</sup>

En México no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Se verá reflejado en el aumento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas. En 2000 la proporción fue del 7.0 por ciento en adultos mayores y se estima que incremente a 12.5 por ciento en 2020 y a 28.0 en 2050. Es decir, a mediados del siglo tendremos que uno de cada cuatro mexicanos será un adulto mayor.<sup>(15)</sup>

En el estado de Aguascalientes hay una población de 1.065,416 habitantes de estos 72,771 son adultos mayores (7%).

Esto hace que aumente de manera importante el consumo de recursos socio-sanitarios. Este segmento de población presenta más de dos enfermedades crónicas (pluripatologías)<sup>(16)</sup> e invalidantes que confinan a este tipo de paciente en su domicilio demandando respuestas eficientes por parte del equipo de atención primaria, convirtiéndose esta atención en una de las funciones básicas del equipo<sup>(31)</sup>.

La atención de salud en el domicilio es un concepto amplio y global que sobrepasa la asistencia de base y que contempla aspectos sociales y de salud necesarios para mantener la autonomía de las personas que permanecen en su domicilio<sup>(31)</sup>. El programa de atención a pacientes inmovilizados y terminales ha sido considerado prioritario en Europa y Norteamérica siguiendo las directrices de la gerencia de atención primaria.

En 2002 se editó el proceso de atención al paciente pluripatológico, por la consejería de salud donde definen que es la presencia de 2 o más enfermedades crónicas que conllevan al deterioro progresivo, disminución gradual de su autonomía y capacidad

funcional generando una frecuente demanda de atención, y las dividieron en 7 categorías:<sup>(29)</sup>

- Categoría A; Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica.
- Categoría B; enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional, vasculitis y conectivopatías, insuficiencia renal crónica.
- Categoría C; Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional, cor pulmonale crónico.
- Categoría D; enfermedad inflamatoria crónica intestinal, hepatopatía crónica sintomática o en actividad.
- Categoría E; enfermedad neurológica con déficit motor o congénito que genere discapacidad.
- Categoría F; arteriopatía periférica sintomática, diabetes Mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica.
- Categoría G; enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado, enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo.

### **CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL**

Las naturales y progresivas alteraciones cognitivas del adulto mayor van requiriendo la atención de las personas más allegadas en su entorno, de manera que le ayuden en aquellas necesidades de la vida diaria que poco a poco va siéndole difícil de realizar, e incluso le suplan en las que ya le son imposibles. Es por ello que surge la figura del “cuidador”, persona que asume la mayor responsabilidad en la atención al anciano, con una importancia fundamental, tanto para el anciano como para la sociedad, ya que sus desvelos ahorran una enorme carga económica en servicios asistenciales.

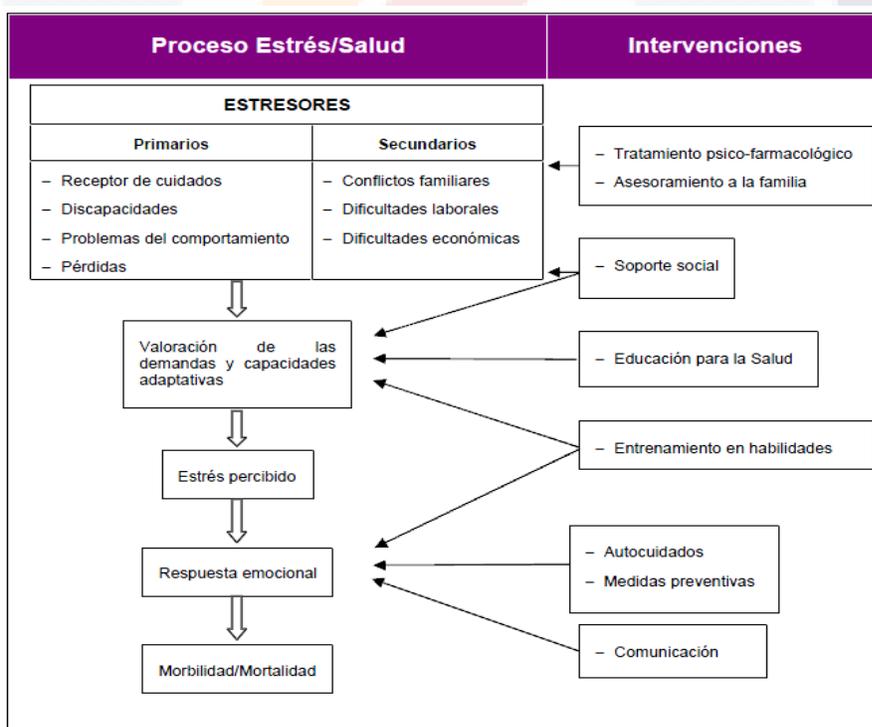
En los domicilios, las familias son el principal proveedor de ayuda personal de los adultos mayores con discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD). Los cuidadores informales siguen siendo las mujeres, bien sean las esposas o las hijas. Además, en la mayoría de los casos la familia lleva a cabo estos cuidados sin ningún tipo de apoyo externo.<sup>(26)</sup>

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas

a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, control de esfínteres, ir al baño vestido, movilidad personal. <sup>(32, 33, 34)</sup>

las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias. <sup>(33,34)</sup>

El modelo conceptual dominante de cuidados asume que el inicio y la progresión de la enfermedad crónica y de la declinación funcional del receptor de cuidados resultan agotadores, tanto para el paciente como para el cuidador y, como tal, se puede estudiar en el marco de modelos tradicionales de estrés/salud.



Modelo básico del proceso Estrés/Salud.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Dentro de este marco, el estudio de los estresores objetivos incluye medidas de la discapacidad física del paciente, de su déficit cognoscitivo y de su comportamiento, así como el tipo y la intensidad de los cuidados proporcionados. Los efectos de los cuidados se miden típicamente en términos de señal de alerta, de carga psicológica y de morbilidad psiquiátrica y física, así como en impactos económicos, tales como trabajar con reducción horaria o abandonar un trabajo por tener que proporcionar cuidados (Biegel *et al.*, 1991; Schulz, 2000)

El estrés es causado por un deficiente ajuste persona-entorno, objetiva o subjetivamente al momento de ofrecer los cuidados y en interacción con factores genéticos. Los principales factores situacionales que dan lugar a desajustes pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Sobrecarga cuantitativa: demasiado que hacer, presión de tiempo y flujo de trabajo repetitivo.
- Insuficiente carga cualitativa: contenido demasiado limitado y monótono, falta de variación en el estímulo, falta de demandas a la creatividad o a la solución de problemas y escasas oportunidades de interacción social.
- Conflictos de roles: todo mundo tiene asignado varios roles a la vez. Somos los superiores de unos y los subordinados de otros.
- Falta de control sobre la situación actual: es otra persona la que decide que es lo que hay que hacer, cuando y como.
- Falta de apoyo social en casa y por parte del jefe o de los compañeros de trabajo.
- Estresores físicos: influyendo en el cuidador tanto física como químicamente.

Con el fin de relacionar los factores objetivos y subjetivos que intervienen en la carga, como algo multicausal y no congruente específicamente con un factor unitario, es necesario referirse a los estresores que predisponen la aparición de la carga. Tanto Pearlin y cols. Como Haley plantean modelos en que los explican, dividiéndolos en dos grupos: estresores primarios y estresores secundarios. <sup>(17)</sup>

Los primarios son aquellos derivados directamente del enfermo y de sus cuidados, entre ellos están la gravedad del daño cognitivo del paciente, las alteraciones conductuales y las dificultades que presenta el enfermo en su autocuidado. Los secundarios se relacionan con las evaluaciones o las percepciones que el cuidador hace de sus propios

recursos y de la relación que media entre el cuidador y el receptor de cuidados, además de la percepción de la red de apoyo social. En términos del modelo cognitivo, la interpretación que el cuidador haga de estos estresores lleva a la sensación de carga.

Las diferencias existentes entre los cuidadores dan lugar a la formulación de un modelo explicativo de la variable de carga. Lazarus y Folkman, también citados con frecuencia en estudios recientes que han tenido en cuenta los factores subjetivos de gran incidencia en la aparición de la carga, plantean un modelo explicativo del estrés experimentado, a partir de la dedicación de cuidados a un enfermo. Así, la aparición de estrés estaría dada por la forma como el cuidador evalúa esa situación, que en este caso sería percibida como una amenaza y por el tipo de afrontamiento al que recurre.<sup>(18)</sup>

En esta misma línea, Yanguas y cols. , al retomar los modelos de Pearlin y Haley, subrayan que en el proceso de estrés intervienen tres componentes: estresores, principalmente los de orden secundario; consecuencias del cuidado, como dificultades en la salud física y mental, y variables moduladoras o mediadoras, como aquellas que entran a regular el impacto de los estresores, entre ellos el apoyo social y las estrategias de afrontamiento. En este sentido, un foco terapéutico importante sería cómo los cuidadores valoran su trabajo y al receptor de sus cuidados.<sup>(18)</sup>

El modelo doble de “ABCX” de McCubbin y Patterson es frecuentemente citado por los gerontólogos; aquí “A” es el evento estresante, “B” son los recursos de la familia, “C” es la percepción familiar de la crisis, y “X” el sentido de la tensión o cantidad de crisis. “Doble” se refiere por un lado a la acumulación de problemas adicionales secundarios a la disrupción causada por la crisis inicial, y por otro al hecho de que el estrés no solo resulta del evento original sino también de la continua combinación de cambios iniciados por los enfermos crónicos. En estos modelos se incluyen cuatro elementos que se describen a continuación.<sup>(18)</sup>

1. Estresor
2. Percepciones y evaluaciones
3. Recursos y estrategias de afrontamiento
4. Resultados para el cuidador

Según el modelo descrito por Kubler-Ross, los cambios de estilo de vida del cuidador que conllevan el diagnóstico de la demencia siguen las cinco fases por las que pasan las personas que se enfrentan a una pérdida. Este modelo fue posteriormente aplicado por Curl (1992) a los cuidadores de enfermos con Deterioro cognoscitivo, considerando la pérdida como la experiencia dolorosa del momento en el que se produce el diagnóstico.

Modelo de Kubler-Ros
Rechazo/ Negación
Cólera
Negociación
Depresión
Aceptación

*El modelo de Kubler-Ros.*

Torres *et al.* (2001), Establecen que el desarrollo y la duración de las distintas etapas del citado modelo están influenciadas por otros factores, no existiendo una relación lineal, en general, entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad y la carga percibida por el cuidador, aunque se detecta que durante los primeros meses la carga sigue un aumento lineal con el tiempo hasta que éste deja de ser una variable relevante para explicarla, pasando entonces a depender de otros factores.

**MORBILIDAD PSÍQUICA**

El cuidar a un individuo mayor con enfermedades crónicas, es pesado y agotador para muchos miembros de la familia, y esto contribuye a la morbilidad psíquica, dándose un mayor predominio e incidencia de desórdenes depresivos y ansiedad para los que prestan cuidados (Schulz *et al.*, 1995 y 1997; Teri L *et al.*, 1997).

Las tareas de cuidado suelen afectar al cuidador de forma muy dispar, como favorecer cuadros depresivos, insomnio, agresividad, cambios de humor, inmunodeficiencia, aumento del gasto económico, etc.

Cuando los cuidadores son hijos del enfermo, suelen percibir la situación como un contratiempo en la vida, y tratan de adaptarse a la enfermedad, incluso procuran mantener los contactos sociales, lo que supone mayores posibilidades de encontrar

válvulas de escape que cuando el cuidador principal es el cónyuge. Sin embargo, la asunción del rol de cuidador por el hijo puede generar problemas con su pareja, con los hijos, con otros hermanos e incluso implicar riesgos laborales.

Cuando los cuidadores son los cónyuges, uno de los principales problemas con que se encuentran es la soledad, como consecuencia de haber perdido la posibilidad de compartir sus momentos de ocio con su pareja. Asimismo, la atención al enfermo les limita el tiempo libre y las relaciones sociales.

Lo que hacen más grave el problema son los cambios importantes en el modelo de familia, con la incorporación progresiva de la mujer al mercado de trabajo. Dicha situación está provocando la disminución progresiva de la capacidad de respuesta en la prestación de cuidados informales, haciendo que el modelo de apoyo informal, que ya ha empezado a hacer crisis, sea insostenible a medio plazo. <sup>(27)</sup>

Se une a los anteriores motivos la disminución del modelo de la familia extensa, que proporcionaba asistencia y proveía de recursos a todos sus miembros. Este cambio en la institución familiar está motivado por el incremento del número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios, la creciente movilidad geográfica de los distintos miembros, que aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar, la variedad de modelos familiares coexistentes, incremento de personas que viven solas, familias monoparentales, uniones de hecho, la democratización en las relaciones intergeneracionales y entre los miembros de la pareja, los cambios profundos en la posición social de las mujeres. <sup>(28)</sup>

En la actualidad, las teorías tienden a ser explicaciones eclécticas y multifactoriales en lugar de estar centradas en un aspecto único. Algunas sugieren la existencia de un estilo emocional negativo, definido por el predominio de un complejo de variables emocionales, como la ansiedad, la depresión o la ira-hostilidad, que podría estar implicado en el desarrollo de múltiples trastornos físicos. Ello sugiere la posibilidad de que exista un tipo general de persona predispuesta a la enfermedad, caracterizado por la preponderancia de un estado emocional.

La tensión intrapsíquica consiste esencialmente en la sensación de ser un cautivo, dado que la persona quiere ser y hacer algo diferente a lo que se siente obligado a hacer. Debido a que la identidad y vida del cuidador ha estado ligada a la del paciente, el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cuidador puede experimentar una pérdida de su propia identidad a medida que la persona del paciente se fragmenta. Esta pérdida puede ser exacerbada cuando el dar cuidados excluye otras actividades y roles.

Dos medidas adicionales de la tensión intrapsíquica, formuladas de manera positiva son la “competencia” y el “beneficio”. Competencia se basa en valorar la adecuación de su actuación como cuidador. Enriquecimiento personal o beneficio es porque muchas personas encuentran crecimiento personal a medida que afrontan los retos de dar cuidados. Pearlin, *et al.* entienden el estrés no como derivado de un acontecimiento o problema, sino de la manera en que el cuidador vive, se organiza, y los efectos que produce esta organización en los juicios sobre sí mismo.

Para Furtmayr-Schuh (1995), los principales sentimientos y emociones del cuidador a lo largo de los años varían ante determinadas circunstancias; así, tenemos:

- Ante la sospecha de que la persona a su cargo padezca alguna enfermedad: Incertidumbre, desconcierto, hostilidad, cólera, incredulidad y desasosiego.
- Ante el diagnóstico: Aturdimiento, bloqueo, incomprensión, impotencia, indefensión, bloqueo mental, negación de la evidencia, temores racionales e irracionales, culpabilidad, miedo al futuro y sentimientos de soledad.
- Durante la primera fase: Descontrol emocional, vergüenza, estrés, ineficacia en la toma de decisiones, inseguridad en las medidas adoptadas para el cuidado del enfermo, sensación de aislamiento social, manifestaciones psicósomáticas de ansiedad y/o depresión.
- En fases sucesivas: Se puede agudizar el cansancio psicofísico, apareciendo al mismo tiempo miedo a la pérdida del ser querido.

A estos sentimientos, podemos añadir otros, como la ambivalencia – tener deseos contradictorios con respecto al paciente– o el enojo. En definitiva, lo que evidencian todos ellos es el enorme sufrimiento espiritual que padece el cuidador, sufrimiento que se ve incrementado cuanto más cercano esté el anciano al afecto del cuidador.

Profundizando en algunos de los sentimientos citados, con el fin de determinar las causas que los generan, se citan:

– Sentimiento de culpa: Este sentimiento puede estar causado por muchas razones, como el llegar a sentir en ciertos momentos un determinado odio al enfermo o a sus reacciones; plantearse internar al enfermo en una residencia (Fish, 1990); desear que el pariente a su cargo muera para que deje de sufrir; descuidar sus responsabilidades – fregar el suelo, pagar las facturas .-; obligaciones y necesidades familiares sin atender (Elorriaga del Hierro et al., 1994); los sentimientos de vergüenza y los enojos con el enfermo.

La culpabilidad incapacita física y emocionalmente, amenazando con obligar al cuidador a la auto-condenación y a la depresión (Muñoz, 1998; Lago y Deben, 2001; Romera, 2002).

– Sentimiento de vergüenza: El cuidador manifiesta este sentimiento hacia el enfermo ante las situaciones sociales a las que asiste éste, debido a la impertinencia de algunas de sus reacciones (Muñoz-Cruzado, 1993).

– Temores y ansiedades: El temor fundamental que aparece en los cuidadores, y que puede ser causa en gran medida de la ansiedad que manifiestan, es el desconocimiento de la enfermedad (Fish, 1990). Por otro lado hay que señalar que una de las principales causas de ansiedad es la enorme demanda de atenciones por parte del paciente.

- Enojo/ira: Estos sentimientos aparecen en el cuidador como consecuencia de la sensación de que el enfermo puede hacer más de lo que hace, y que esta actitud es sólo debida a su deseo de molestar debido a la acumulación de acciones irritantes y por la incomprensión de las reacciones adversas del enfermo ante cualquier estímulo.

Por otro lado, nos encontramos con las reacciones emocionales que se experimentan tras la muerte del paciente, es este sentido, aunque cada persona puede reaccionar de modos diferentes, existen algunos sentimientos que son típicos:

- Sensación de vacío espiritual, pues el cuidador pierde el motivo que durante años ha constituido el eje de su vida.
- Tristeza y depresión.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- En cierta medida, felicidad o alivio, pues ha terminado con una función que limitaba su vida personal.
  - Confusión generalizada.
  - Sentimiento de culpa, por pensar que ha podido hacer algo más por el enfermo.
  - Periodo de postración y enfermedades –aquellas enfermedades que ya tenía, pero nunca tuvo tiempo de atender, se ven acentuadas–.

Para Elorriaga del Hierro *et al.* (1994), de este modo la vida del cuidador cambia, comenzando de nuevo. Los años pasados deberán servir de experiencia para potenciar la confianza en sí mismo, aunque la realidad es que, tras el fallecimiento del paciente, el cuidador suele entrar en una reacción de duelo de muy larga duración.

Las funciones de cuidar, causa sobrecarga con ello morbilidades psíquicas, principalmente Depresión y Ansiedad condicionada por situaciones ambientales o externas. Algunos autores <sup>(17)</sup>, plantean como factores predictores los siguientes:

- Indefensión aprendida. Se plantea como el escaso o nulo control sobre la situación adversa en repetidas ocasiones.
- Interés social. Interés activo del fomento del bienestar humano. La aparición del interés social, unido a la incapacidad de realizar reuniones y actividades de esparcimiento social debido a la demanda de su tarea.
- Personalidad resistente. Es un patrón de personalidad caracterizado por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por la percepción de control del ambiente y por la tendencia a acercarse a los cambios en la vida con una actitud de desafío y no de amenaza. Esto resume los tres factores que componen este patrón de personalidad (compromiso, control y desafío).
- Género. Es una variable que se debe tener en cuenta, puesto que está relacionada con una serie de características relacionadas con el trabajo, que predisponen especialmente al género femenino.
- Demandas emocionales. Existe una relación directamente proporcional; por lo que a mayores demandas emocionales, mayor probabilidad de padecer Sobrecarga y morbilidad

psíquica. El cuidador en este caso considera que las demandas son abrumadoras, mientras que para la persona receptora de cuidado son normales.

- Estrategias de afrontamiento inadecuadas. Las estrategias de tipo escapista aumentan la probabilidad de sufrir Sobrecarga; mientras que las de control la disminuyen.
- Autoeficacia. Es la propia percepción de eficacia en las tareas que se deben realizar. Está relacionada con el factor de la indefensión aprendida.
- Patrón de personalidad tipo A. Este patrón caracteriza a individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiperresponsabilidad, etc. Debido a que es un factor altamente relacionado con el aspecto laboral, se encuentra mucho en cuidadores.

Según Mace (1991), el cuidador se desatiende a sí mismo, olvidando por algún tiempo sus proyectos de vida, pues todos estos factores desencadenan un estado de estrés emocional que sólo servirá para empeorar la situación.

El impacto de las tareas de cuidado produce estrés en el cuidador, siendo diversas sus manifestaciones. El impacto de las actividades de cuidado sobre la salud psicofísica y sobre la situación socioeconómica del cuidador depende de esos factores.

- Síntomas que van presentando el enfermo
- La información-formación que recibe el cuidador
- El apoyo informal-formal que este perciba en su medio
- La calidad de las relaciones previas con el enfermo

Las respuestas de estrés desencadenadas por los diversos impactos pueden manifestarse de distintas maneras:

- Agresividad constante contra los demás, porque si pueden llevar su vida adelante y ser felices a pesar del problema que hay en casa.
- Gran tensión sobre los cuidadores auxiliares por que “todo lo hacen mal”: no administran los medicamentos a la hora adecuada, no lo saben mover, etc.
- Aislamiento progresivo y tendencia a encerrarse en sí mismo.

En la psicopatología descriptiva se encuentran varios trastornos que correlacionan con la carga del cuidador: neurastenia, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastornos de adaptación y algunos de sus subtipos y reacción mixta de ansiedad y depresión.

#### **Neurastenia (F48.0 del CIE-10)**

Para diagnosticar neurastenia se necesita que se cumplan tres criterios:

- Que haya quejas continuas de cansancio progresivo después de un esfuerzo mental o quejas de debilidad física y agotamiento después de esfuerzos mínimos.
- Que existan mínimo dos de los siguientes síntomas: sensación de dolor y molestias musculares, mareos, cefaleas tensionales, trastornos del sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad y dispepsia.
- Que los síntomas depresivos, si se presentan, no sean lo suficientemente persistentes como para diagnosticar algún trastorno del espectro depresivo.

#### **Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2 del CIE-10 y DSM-IV)**

Se usa esta categoría (según la CIE-10) cuando existen síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno es lo suficientemente intenso como para justificar un diagnóstico por separado. Según el DSM-IV, en su apéndice de criterios y ejes para estudios posteriores, debe cumplir con cinco criterios:

- Estado de ánimo disfórico recurrente durante al menos un mes.
- Que estén presentes mínimo cuatro de los siguientes síntomas: dificultades para concentrarse, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza y baja autoestima.
- Que provoque deterioro social o laboral o en otras áreas significativas.
- Que los síntomas no se deban a efectos de sustancias o a una enfermedad crónica.
- Que se cumplan las tres condiciones siguientes: nunca haber cumplido criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada; que no se cumplan actualmente criterios para algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, y que los síntomas no se expliquen mejor por algún otro trastorno mental.

#### **Trastornos de adaptación (F43.2 del CIE-10) y algunos de sus subtipos**

Los trastornos de adaptación son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen después

de un cambio significativo o de un acontecimiento vital estresante. El cuadro rara vez se prolonga más allá de los seis meses, y cuando esto sucede, debe reformularse el diagnóstico de acuerdo con el cuadro clínico presente; además, cualquier estrés mantenido debe ser codificado por alguno de los códigos Z de la misma CIE-10. Cuando el estado depresivo se prolonga más allá de los seis meses, pero menos de dos años, se diagnostica reacción depresiva prolongada (F43.21). En estos trastornos de adaptación se incluyen las reacciones de duelo.

### **Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22 del CIE-10)**

La reacción mixta es un subtipo de los trastornos de adaptación en el que se encuentran las mismas características del trastorno mixto ansioso-depresivo; sin embargo, se diferencia de éste en cuanto la característica principal es la presencia de un acontecimiento vital estresante o un cambio biográfico significativo como generador de este estado. Tenemos diferentes trastornos que podrían ser compatibles con la carga del Cuidador; pero el que más se le asemeja es el trastorno de adaptación de reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22), donde se pondría hablar de sobrecarga como una variante de este trastorno.

Todos, en algún momento de nuestra vida. Experimentamos infelicidad, a menudo como resultado de un cambio, ya se trate de un contratiempo o de una pérdida, o simplemente, como dijo Freud, de “miseria cotidiana”. Los sentimientos tristes que acompañan estos acontecimientos son normalmente apropiados, necesarios y transitorios y pueden incluso significar una oportunidad de crecimiento personal. Sin embargo cuando la Tristeza persiste y perjudica la vida diaria, puede llegar a ser una manifestación de trastorno depresivo.

La OMS define la depresión como un trastorno mental que genera culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o el apetito, disminución de la energía y pobre concentración, estos problemas pueden convertirse en crónicos, ó recurrentes, que afectara la capacidad del individuo para afrontarse a vida cotidiana y que en su forma grave la depresión puede conducir al suicidio.

La ansiedad es la más común y universal de las emociones, se define como una respuesta subjetiva al estrés, como una sensación de aprensión, incertidumbre o temor, a

consecuencia de una amenaza real o percibida cuyo origen real se desconoce o no es reconocido. La ansiedad también afecta las capacidades de enfrentarse al estrés, de aprender y de centrarse en un campo perceptivo. El concepto de ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, en la manera como las personas responden a situaciones como amenazantes.

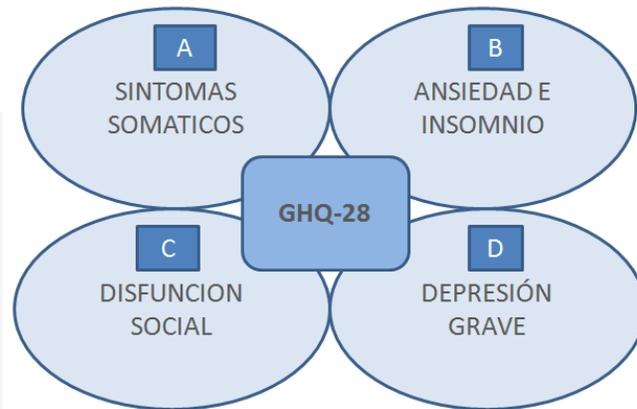
Las Enfermedades mentales son de etiología multifactorial. Los factores causales pueden dividirse en factores genéticos, somáticos y ambientales. Esta división es totalmente artificial ya que los tres interactúan entre sí: tanto los factores genéticos como los ambientales pueden determinar cambios neurobiológicos; incluso los factores ambientales pueden afectar a la expresión genética; por otra parte los factores genéticos y las condiciones neurobiológicas influyen en la respuesta de una persona ante factores psicosociales. (Figura-4)

En ciertas ocasiones se hace necesaria la detección de individuos sospechosos de padecer un trastorno mental en la población general o en ciertos ámbitos sanitarios, por lo que es útil disponer de diferentes tipos de instrumentos que nos ayuden a tal fin. En el campo de salud mental nos encontramos con las escalas de síntomas generales, enfocadas al diagnóstico precoz de cualquier tipo de problema mental, y escalas específicas, orientadas a la detección de individuos con problemas mentales concretos.

Desde los años 50 se vienen utilizando varios cuestionarios para detectar casos psiquiátricos menores, en términos generales, con fines epidemiológicos o como una primera aproximación psicológica al objeto de evidenciar trastornos enmascarados. Con el tiempo se han ido seleccionando los que, siendo más sencillos y rápidos, mantienen su eficacia; entre ellos destaca el cuestionario de salud general (GHQ) de Goldberg, que es el de mayor difusión en la actualidad (Lobo y Campos 1994).

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado. Una puntuación superior a 5/6 (siendo el máximo de 7) en cualquiera de las categorías es indicativa de *caso probable*.

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel “normal” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico



Escala de Salud General de Goldberg

## V. JUSTIFICACION

Existe al menos tres elementos para la justificación del siguiente estudio, que son: Laguna del conocimiento, Magnitud del problema y Trascendencia del mismo.

Laguna del conocimiento: En el ámbito de la investigación existen gran variedad de estudios que abordan los problemas de la salud del cuidador. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han focalizado en áreas circunscritas a situaciones como sobrecarga, síndrome del cuidador, calidad de vida, etc. de los cuidadores de pacientes con determinadas patologías, sin embargo no existe gran evidencia en pacientes que se encuentran dentro del programa de atención hospitalaria a domicilio (ATHODO) IMSS y es necesario definirlo, describirlo, analizarlo, para que posteriormente en otros estudios tengan las bases para evaluar su impacto y realizara incluso programas para la ayuda de esos cuidadores primarios informales.

Magnitud: Como hemos mencionado en la introducción, planteamiento del problema y marco teórico, la población de adultos mayores con patologías cronicodegenerativas es muy importante, se va incrementando y actualmente integra las prioridades de salud en los sistemas de salud, tanto en al ámbito nacional como en Aguascalientes este problema es actual y muy importante, en el programa ATHODO se encuentran en media 300 pacientes mensuales de los cuales no conocemos el estado de salud de sus cuidadores.  
(12)

Trascendencia- En estos cuidadores , por revisión de la literatura, se evidencia una pobre percepción de su salud así como los factores de riesgo de ser cuidador primario, que generen o incrementen morbilidades psíquica, que incluso puede llegar a desenlaces fatales<sup>(7,8)</sup>, con disturbio en la vida social de estos cuidadores, afecciones laborales y en su economía; pero más aun, estos daños colaterales de los enfermos crónicos con pluripatologías causan daño a los sistemas de salud por la carga de enfermedad que generan en los cuidadores primarios informales.

## VI. OBJETIVOS

### ✓ OBJETIVO GENERAL.

- Identificar la asociación entre la exposición de ser cuidador primario informal del adulto mayor con pluripatologías, usuarios del programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes con la morbilidad psíquica.

### ✓ OBJETIVO ESPECIFICO.

- Identificar a los cuidadores primarios informales, dentro del programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes.
- Identificar a los cuidadores secundarios, dentro del programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes.
- Identificar los síntomas somáticos en los cuidadores primarios informales y en los cuidadores secundarios.
- Identificar la ansiedad e insomnio en los cuidadores primarios informales y en los cuidadores secundarios.
- Identificar la disfunción social en los cuidadores primarios informales y en los cuidadores secundarios.
- Identificar la depresión grave en los cuidadores primarios informales y en los cuidadores secundarios.
- Describir las características sociodemográficas en los cuidadores primarios Informales y secundarios.
- Identificar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que proporcionan los cuidadores primarios informales a los adultos mayores dentro del programa ATHODO.
- Identificar las actividades instrumentada de la vida diaria (AIVD), que proporcionan los cuidadores primarios informales a los adultos mayores dentro del programa ATHODO.
- Valorar la asociación entre el tipo de cuidador primario informal y la morbilidad psíquica.

## VII. HIPOTESIS

Ha. Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO, IMSS Aguascalientes aumenta la probabilidad de presentar síntomas somáticos.

Ho. Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO, IMSS Aguascalientes no aumenta la probabilidad de presentar síntomas somáticos.

Ha. Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO, IMSS Aguascalientes aumenta la probabilidad de presentar ansiedad e insomnio.

Ho. Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO, IMSS Aguascalientes no aumenta la probabilidad de presentar ansiedad e insomnio.

Ha. Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO, IMSS Aguascalientes aumenta la probabilidad de presentar disfunción social.

Ho. Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO, IMSS Aguascalientes no aumenta la probabilidad de presentar disfunción social.

Ha. Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO, IMSS Aguascalientes aumenta la probabilidad de presentar depresión grave.

Ho. Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO, IMSS Aguascalientes no aumenta la probabilidad de presentar depresión grave.

## VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

### VIII.1 Diseño metodológico.

#### DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal, comparativo

#### POBLACIÓN

Cuidador primario informal del adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes.

#### UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Cuidador primario informal del adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes.

#### UNIDAD DE ANÁLISIS

Cuidador primario informal del adulto mayor con pluripatologías en el programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes.

### VIII.2 Criterios de selección

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadores primarios informales de pacientes adscritos al programa ATHODO del HGZ-1, IMSS Aguascalientes en el periodo de julio-agosto 2011.
- Cuidadores primarios informales de pacientes con más de dos patologías dentro de las 7 categorías de acuerdo a la consejería de salud 2002.
- Cuidadores primarios informales de ambos sexos.
- Cuidadores de pacientes mayores de 60 años.
- Cuidadores con al menos 6 meses de apoyo.
- Cuidador secundario o auxiliar.
- Cuidador que ayuda a las ABVD Y AIVD, sin retribución económica.

#### CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Adultos mayores que no cuenten con cuidador

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuidador que muera.
- Adulto mayor que muera.
- Cuidador no acepte participar.

### **VIII.3 Tipo de estudio**

#### **TIPO DE MUESTREO**

Aleatorio simple. Tomando como base del muestreo la lista de adultos mayores con pluripatologías del programa ATHODO.

### **VIII.4 Universo y Muestra**

El universo de estudio está constituido por 355 adultos mayores, de los cuales se estima al menos un cuidador en el programa ATHODO.

Para este estudio transversal, comparativo se utilizara el programa EPI INFO-2000, calculándose el tamaño de la muestra con los siguientes parámetros:

De acuerdo a la literatura <sup>(4)</sup>; se obtuvo la prevalencia de ansiedad en personas que no son cuidadores primarios de 45.0% y se espera un OR de 3.0 con una razón de expuesto/no expuesto 2:1, un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%. Para darnos un total de pacientes de 138; 92 para cuidadores primarios informales y 46 para cuidadores secundarios.

La prevalencia de depresión en personas que no son cuidadores primarios es de 53.9% y se espera un OR de 3.0 con una razón de expuesto/no expuesto 2:1, un nivel de confianza de 95% y una potencia de 80%. Para darnos un total de pacientes de 150; 100 para cuidadores primarios informales y 50 para cuidadores secundarios. Utilizaremos este último tamaño de muestra para el estudio ya que abarca una totalidad de la morbilidad psíquica.

## **IX. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS “TIPO DE INSTRUMENTO”**

En el presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos a saber:

1. Cuestionario de salud mental percibida de Goldberg (GHQ-28)
2. Cuestionario de Lawton Brody para las actividades instrumentadas de la vida diaria
3. Cuestionario de Katz para las actividades básicas de la vida diaria
4. Cuestionario del perfil sociodemográfico del cuidador primario

## DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

### 1. LA ESCALA DE GOLDBERG (GHQ-28)

Basándose en el Cornell Medical Index, el trabajo de Abrahamson et al.2 y el de Veroff et al.3, David Goldberg desarrolló, en 1972, el cuestionario GHQ (General Health Questionnaire), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría.<sup>(35)</sup>

En su formato original constaba de 93 ítems. A partir de él, se han ido generando versiones más cortas —GHQ-60, GHQ-30, GHQ-20, GHQ-12—. En 1979, Goldberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo “escalado” de 28 ítems —GHQ-28— compuesto de cuatro subescalas. En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos psiquiátricos, de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 36 idiomas y utilizadas en más de 50 estudios de validación.<sup>(36)</sup>

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas. El paciente debe subrayar la respuesta elegida y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas no en el pasado. Una puntuación superior a 5/6 (siendo el máximo de 7) en cualquiera de las categorías es indicativa *de caso probable*.

La Puntuación GHQ; divide los ítems en dos apartados: los positivos —hacen referencia a la salud— (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) y los negativos —hacen referencia a la enfermedad— (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0, 1, 1, 1.

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel “normal” y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

Se trata de un cuestionario breve y de fácil ejecución. Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas. Es un buen instrumento para ser utilizado en Atención Primaria. <sup>(30)</sup> (ver anexo 2).

Los estudios internacionales de validación del GHQ-28 son numerosos y están hechos sobre diferentes grupos de pacientes. <sup>(30)</sup> En conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest del GHQ-28 ( $r = 0.90$ ).

## **2. LA ESCALA DE LAWTON BRODY.**

Es uno de los instrumentos de medición de la actividad instrumentada de la vida diaria (AIVD) más utilizado internacionalmente y la más utilizada, publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La dependencia se considera moderada cuando la puntuación se sitúa entre 4 y 7 y severa cuando la puntuación es inferior a 4. La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. (Ver anexo 3)

Su validez es de relevancia para su uso en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud y para evaluar los mismos. Se han establecido medidas de confiabilidad con los componentes básicos de la escala y se consideran aceptables. <sup>(32)</sup> Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94), No se han reportado datos de fiabilidad. <sup>(33)</sup>

### 3. EL ÍNDICE DE KATZ

Es una escala sencilla, se utiliza para detectar problemas en la realización de actividades de la vida diaria y para planificar adecuadamente el cuidado, evalúa de forma dicotómica (dependencia o independencia) seis funciones socio-biológicas: bañarse, vestirse, ir al servicio, movilidad, continencia y alimentación. Se considera independiente a una persona capaz de realizar una función sin ayuda humana. Se clasifican en 8 grupos de la A a la G, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia. <sup>(32)</sup>

- A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.
  - B. Independiente: todas estas funciones excepto una.
  - C. Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.
  - D. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.
  - E. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.
  - F. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.
  - G. Dependiente para las seis funciones básicas.
- Otros.- Dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc., de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente. (Anexo 4)

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- 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.

En los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante. <sup>(33)</sup>

Posee una buena reproducibilidad intraobservador, encontrándose en todos los estudios coeficientes de correlación ( $r$ ) entre 0.73 y 0.98. <sup>(33)</sup> La consistencia interna del índice y la jerarquía de los ítems han sido corroboradas en múltiples estudios. <sup>(34)</sup>

#### **4. EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

Se determinara mediante el cuestionario diseñado por el investigador principal, consiste en un cuestionario dirigido a obtener información en dos apartados: El primero dirigido a obtener información sobre las variables sociodemográficas de interés (estado civil, profesión, sexo, nivel educativo, etc.). El segundo apartado está dirigido a obtener información sobre las características de la actividad de cuidar y la enfermedad del paciente. (Ver anexo 5).

#### **X. LOGÍSTICA**

Para la recolección de los datos del presente trabajo se solicitará la anuencia de las autoridades del comité local de investigación, posteriormente se acudirá al HGZ-1 de Aguascalientes para hablar con el director de la unidad y solicitar su autorización para realizar esta investigación, en el que se le entregará una carta de consentimiento informado así como el instrumento impreso (GQH-28) que abarca 28 preguntas el cual se aplicará a los cuidadores primarios Informales y cuidadores secundarios de adultos mayores con pluripatologías del programa ATHODO-IMSS para comparar la morbilidad psíquica.

En un segundo momento se aplicará el cuestionario que valora el estado funcional del paciente con respecto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con el índice de Katz, seguido de la valoración de las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) con el índice de Lawton y Brody.

Y finalmente se aplica un cuestionario de características sociodemográficas tanto a los cuidadores primarios informales y secundarios, elaborado por el investigador principal.

Se realizarán estas encuestas a los cuidadores que estén inscritos al programa ATHODO-IMSS a los cuales se le invitará a participar en el estudio, de manera anónima y confidencial, se explicará el propósito de la investigación y en caso de aceptación se solicitará la firma de la carta de consentimiento informado.

La colecta de la información se realizará en los meses de julio-agosto de 2011; por la investigadora del presente trabajo en forma alternada en los dos turnos (matutino, vespertino).

1 - Definición de Variables:

Variable independiente: En cuidador primario informal (CPI) y cuidador secundario las variables fueron sexo, edad, estado civil y nivel educativo.

Variable dependiente: Morbilidad psíquica con sus cuatro dimensiones; síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión grave.

Variable confusora: Actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentadas de la vida diaria.

## **XI. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS**

La técnica que utilizaremos será la aplicación de encuesta, con cuestionarios ya valorados y estandarizados. La estrategia de abordaje a los pacientes que se encuestaran; será mediante visitas domiciliarias con el personal del programa ATHODO-IMSS, en forma proporcional al tamaño de visitas en cada una de sus rutas del programa, en sus dos diferentes turnos (matutino-vespertino); se aplicara el cuestionario de goldberg-28 y el perfil sociodemográfico tanto al cuidador primario y al cuidador secundario, el resto solo al cuidador primario informal, seleccionados al azar con una duración de 5 min aproximadamente por encuesta, en un horario de 8-15 hrs y de 15-20 hrs.

## **XII. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Una vez que se recolecte la información en forma electrónica, se procederá a la tabulación de la misma por medio de la utilización de una hoja electrónica en el programa Excel, realizando tablas de los indicadores correspondientes a cada objetivo específico y posteriormente se ordenará para su análisis e interpretación mediante la utilización de este programa.

Posteriormente se procederá al análisis estadístico con el programa SPSS versión 15 para la captura, procesamiento y análisis de los datos.

Se realizará primeramente tablas de frecuencias univariado para la descripción del perfil sociodemográfico, para la morbilidad psíquica se establecen 4 subescalas las cuales serán construidas conforme lo indica el cuestionario GHQ-28 estableciendo tablas de

frecuencia para cada una de estas subescalas, en forma comparativa entre los cuidadores primarios informales y cuidadores secundarios; las AIVD se agrupan en una escala de 8 ítems, cada uno de los cuales se subdividen en tareas específicas clasificadas conforme a una escala ordinal tipo Guttman, las ABVD la cual consta de 6 elementos ordenados en una escala tipo Guttman de acuerdo con la cual existiría una progresión natural, tanto en la pérdida como en la recuperación de las habilidades para la vida diaria, cada elemento tiene 2 posibles respuestas, según la puntuación total los pacientes quedan clasificados en 8 grupos para establecer por medio de frecuencias absolutas y relativas para las variables en escala categórica, media y desviación estándar para las variables de escala continua. Las asociaciones se valoraran con OR crudos y ajustados a través de una regresión logística binaria.

### **XIII. PRUEBA PILOTO**

Para identificar problemas potenciales en el estudio, se efectuará una prueba piloto para revisar la metodología y la logística en la recolección de datos y se evaluará las posibles reacciones de los cuidadores de pacientes mayores de 60 años en los meses de julio-agosto, a los procedimientos de la investigación, evaluación de los instrumentos, recolección de datos y la habilidad del investigador para la aplicación de los instrumentos. La prueba piloto tendrá una duración aproximada de 2 días, llevándose a cabo en domicilio mediante la selección de 20 pacientes elegidos en forma aleatoria simple, a los cuales se les solicitará su participación en la contestación de las encuestas. Con esto se observará la aceptabilidad del método empleado, así como las preguntas planeadas y la disposición de los participantes que contestarán las preguntas y su colaboración en el estudio, cada pregunta del cuestionario se discutirá con el participante para asegurar que los términos y las definiciones empleadas se entienden claramente y se observará el llenado total del mismo. Se medirá el tiempo necesario para la aplicación de las encuestas. Se calcula un tiempo aproximado de la entrevista de 5 minutos, pero se registrará el tiempo en la prueba piloto para posteriormente tener un tiempo estimado más específico, al momento de la aplicación definitiva.

#### **XIV. CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente trabajo de investigación se ajusta a las normas éticas para la investigación en seres humanos, de acuerdo a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial (WMA), Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.) así como el código de Núremberg regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas que participaron en el estudio se les pidió autorización por escrito mediante la carta de consentimiento informado donde se les explica, el procedimiento a realizar en la investigación, los propósitos del estudio y se les ofreció la oportunidad de retirarse en cualquier momento de la investigación, así como la declaración de que la participación era voluntaria sin obligarlas ni condicionarlas a participar.

El estudio cumple con los parámetros establecidos en el reglamento de la LEY GENERAL DE SALUD, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, TEXTO VIGENTE, Última reforma publicada DOF 20 – 08 – 2009. TITULO QUINTO, Investigación para la Salud, CAPITULO UNICO.

## XV. RESULTADOS

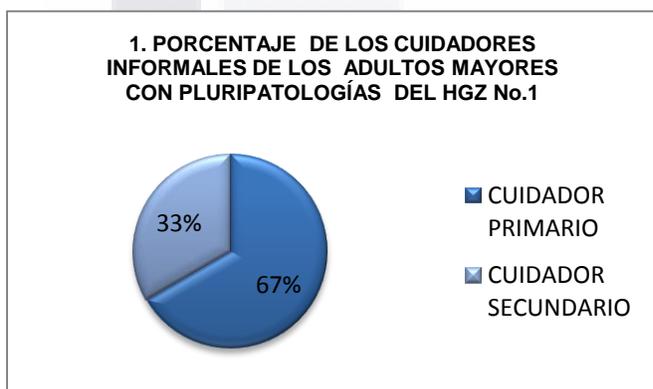
<b>TABLA 1. Características Sociodemográficas de los cuidadores informales del adulto mayor con pluripatologías del HGZ No.1</b>		
	<b>CUIDADOR PRIMARIO N=100</b>	<b>CUIDADOR SECUNDARIO N=50</b>
<b>GENERO</b>		
Masculino	22(22)	21(42)
Femenino	78(78)	29(58)
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltero	25(25)	15(30)
Casado	68(68)	25(50)
Unión Libre	4(4)	2(4)
Viudo	1(1)	4(8)
Separado/Divorciado	2(2)	4(8)
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Analfabeto	4(4)	0 (0)
Primaria incompleta	28(28)	8(16)
Primaria completa	46(46)	11(22)
Bachillerato/equivalente	13(13)	13(26)
Profesional	9(9)	18(36)
<b>PARENTESCO</b>		
Padre-Madre	0(0)	10(20)
Esposo(a)	24(24)	4(8)
Hermano(a)	3(3)	8(16)
Hijo(a)	65(65)	11(22)
Otros	8(8)	17(34)
<b>TRABAJA</b>		
Sí	23(23)	31(62)
No	77(77)	19(38)
<b>ACTIVIDAD LABORAL</b>		
Servicios	2(8.69)	11(35.48)
Comercio	13(56)	7(22.58)
Burocracia	6(26)	8(25.80)
Empresarial	1(4.34)	1(3.2)
Agricultura/Ganadería	1(4.34)	1(3.2)
Otros	0(0)	3(9.67)
<b>HORAS DE TRABAJO</b>		
Menos de 10 hrs.	10(43.47)	7(22.58)
11-20 hrs.	2(8.69)	5(16.12)
21-30 hrs.	4(17.39)	4(12.9)
Más de 31 hrs	7(30.43)	15(48.38)
<b>ENFERMEDAD</b>		
Si	45(45)	16(32)
No	55(55)	34(68)

ENFERMEDADES DE MAYOR FRECUENCIA DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL		
1°	Hipertensión arterial sistémica 26(20)	Hipertensión arterial sistémica 7(13)
2°	Diabetes Mellitus Tipo2 18(14.4)	Diabetes Mellitus Tipo 2 3(5.6)
3°	Insuficiencia Cardiaca Congestiva 4(3.2)	Gastritis 2(1.9)
TIEMPO DE CUIDADO AL PACIENTE		
6 meses- 1 año	16(16)	14(28)
1 año - 2 años	24(24)	13(26)
3 años - 5 años	19(19)	12(24)
Más de 5 años	41(41)	11(22)
TIEMPO QUE CUIDA AL PACIENTE		
1 - 3 hrs.	5(5)	21(42)
4 - 6 hrs.	6(6)	12(24)
7 - 10 hrs.	9(9)	4(8)
Más de 10 hrs	80(80)	13(26)
DIAS DE DESCANSO A LA SEMANA		
0 - 1 día	93(93)	18(36)
2 - 3 días	5(5)	18(36)
4 - 5 días	2(2)	12(24)
6 - 7 días	0(0)	2(4)
EDAD DEL ADULTO MAYOR		
60- 70 años	24(24)	15(30)
71-80 años	33(33)	21(42)
81- 90 años	31(31)	14(28)
Más de 91 años	12(12)	0(0)
ENFERMEDADES DE MAYOR FRECUENCIA EN EL ADULTO MAYOR		
1°	Diabetes Mellitus Tipo2 41(30)	Hipertensión Arterial Sistémica 55(21.2)
2°	Hipertensión Arterial Sistémica 39(28.5)	Diabetes Mellitus Tipo2 47 (18.1)
3°	Cardiopatías 8 (5.8)	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 16(6.8)

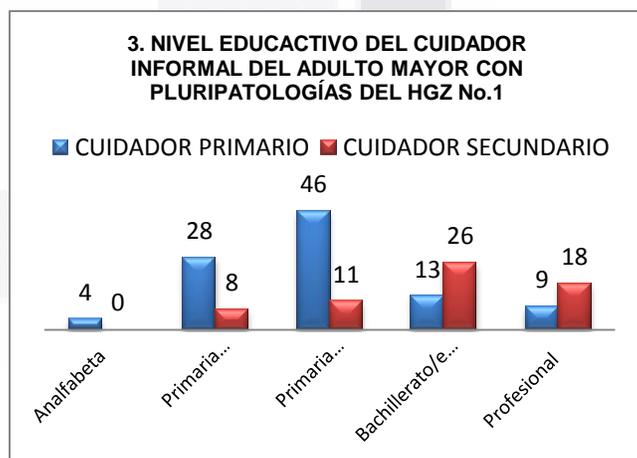
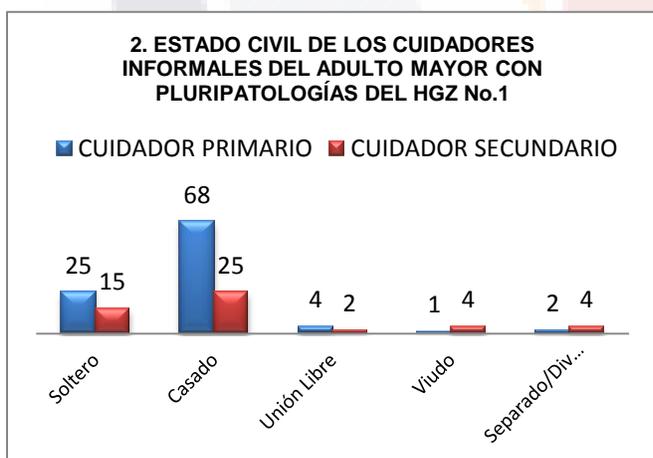
De acuerdo a la tabla 1, se puede observar el perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios que existe un predominio de género femenino con un 78%. En relación al nivel educativo se destaca la primaria completa, seguido de primaria incompleta, es importante

señalar que el 4% de estos, es analfabeta. Respecto a los lazos de unión entre la persona que asume el rol de cuidador primario se incide en ser hijo o hija del adulto mayor con un 65%, seguido del esposo o esposa con un 24%. El 77% del cuidador primario no tuvo una actividad laboral retributiva, expresándose que solo el 23% tenía una actividad laboral, de los cuales la principal actividad laboral fue la comercial, seguida de burocracia y actividades de servicios, teniendo menos de 10 horas laborales con un 43.47 %. De estos el 45% padecía alguna enfermedad, de las cuales la principal fue Hipertensión Arterial seguida de Diabetes Mellitus tipo 2 y Insuficiencia Cardíaca Congestiva. La mayoría de los cuidadores primarios tienen más de 5 años cuidando al adulto mayor con pluripatologías con 41%, con un rango de 0-1 día de descanso en la semana.

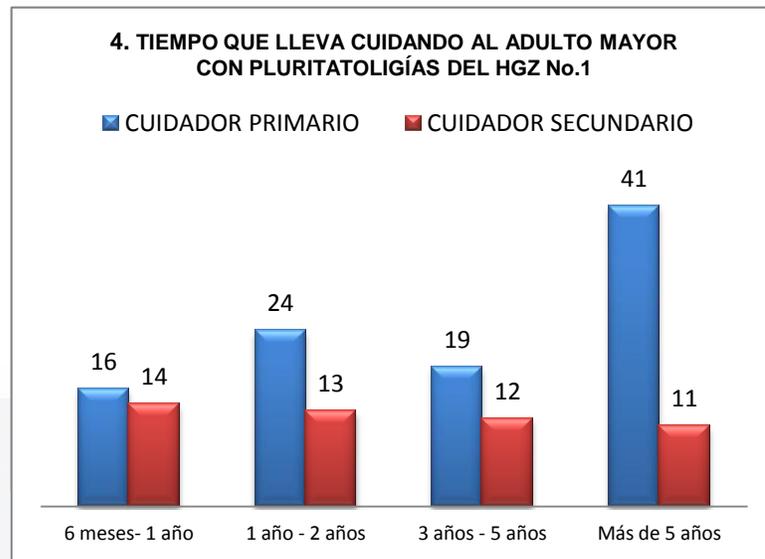
El grupo de edad del adulto mayor a cargo del cuidador primario de mayor frecuencia fue de un rango de 71 a 80 años, teniendo más de 3 patologías, siendo las principales DM2, HAS y cardiopatías.



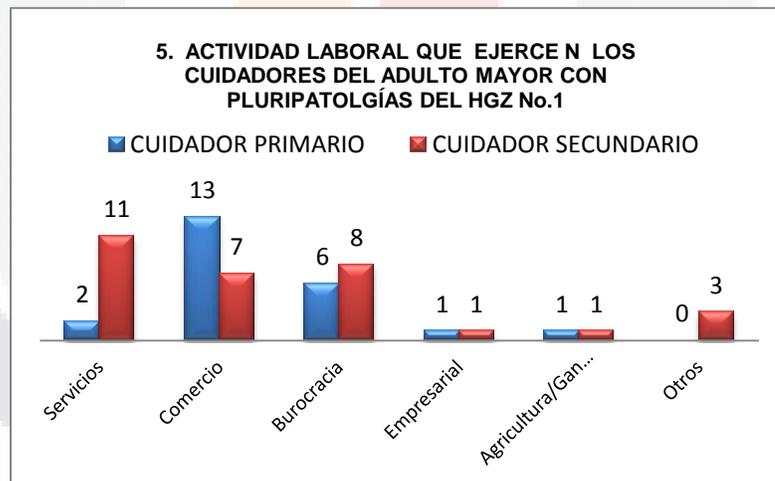
Se estudiaron 150 adultos mayores con pluripatologías en el HGZ No.1 dentro del programa ATHODO-IMSS, de los cuales el cuidador con mayor porcentaje fue el cuidador primario.



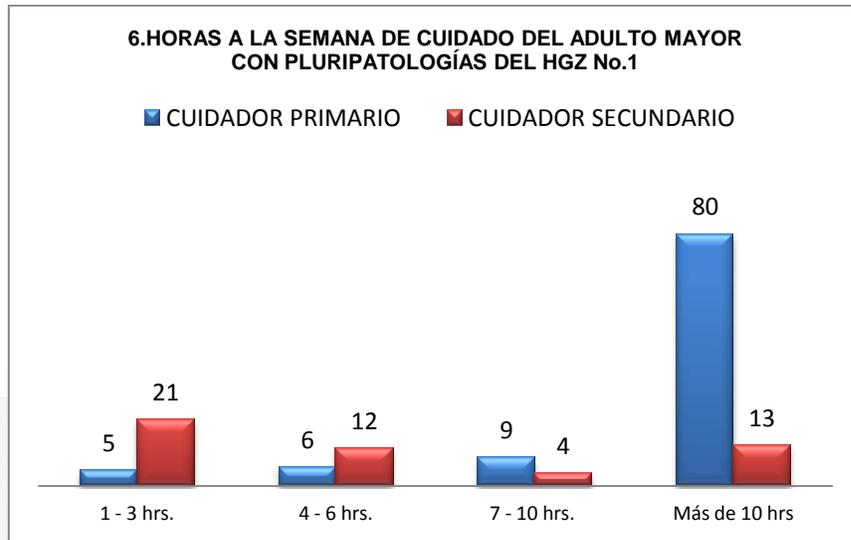
En ambos grupos el estado civil de mayor frecuencia es casado. Hay más cuidadores primarios con primaria completa a diferencia de los cuidadores secundarios que tienen bachillerato o equivalente.



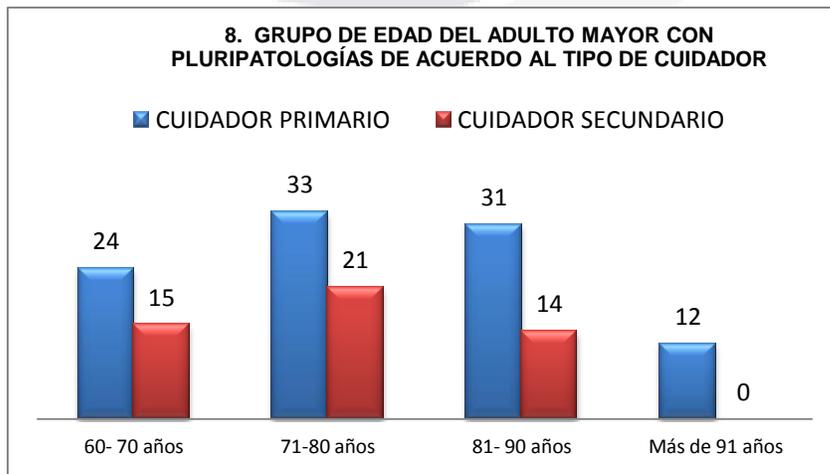
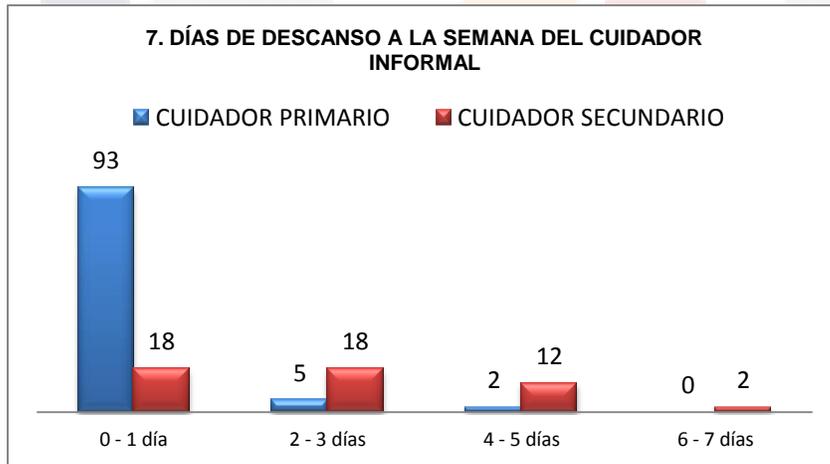
En la grafica anterior podemos observar que le cuidador primario lleva más de 5 años cuidado al adulto mayor en comparación del cuidador secundario que tiene mayor frecuencia de 6 meses a 1 año.



Respecto a la actividad laboral que ejerce cada grupo, el cuidador primario se inclina con mayor frecuencia al comercio y el cuidor secundario a los servicios.



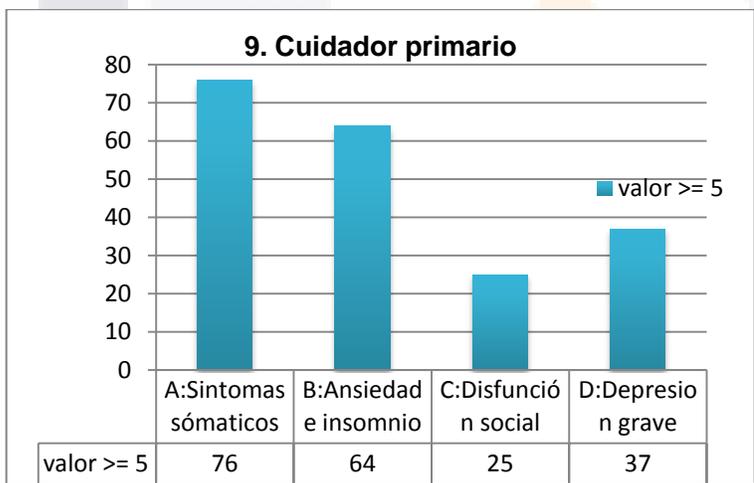
El cuidador primario cuida más de 10 horas al adulto mayor por semana y el cuidador secundario, se hace cargo del adulto mayor de 1-3hrs a la semana. Siendo notable una diferencia en los días de descanso entre ambos grupos ya que los cuidadores primario solo descansan de 0-1 día y los secundario de 2 – 3 días.



La distribución en ambos grupos es mayor, en el rango de edad de 71- 80 años del adulto mayor.

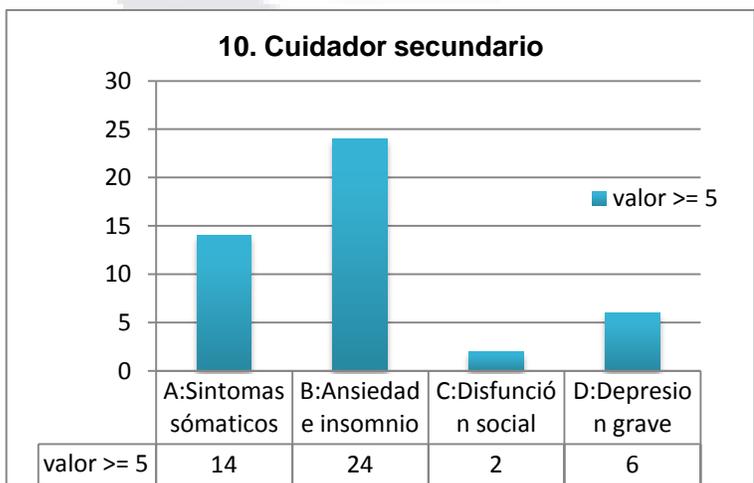
**TABLA 2. Trastornos psíquicos asociados al tipo de cuidador del adulto mayor con pluripatologías en el HGZ No. 1**

	CUIDADOR PRIMARIO N=100	CUIDADOR SECUNDARIO N=50	ORc	IC 95%
Con síntomas somáticos	76(84.4)	14(15.6)	8.14	(3.77-17.57)
Sin síntomas somáticos	24(40)	36(60)	1	
Con ansiedad e insomnio	64(72.7)	24(27.3)	1.926	(0.96-3.83)
Sin ansiedad e insomnio	36(58.1)	26(41.9)	1	
Con disfunción social	25(92.6)	2(7.4)	8	(1.81-35.32)
Sin disfunción social	75(61)	48(39)	1	
Con depresión grave	37(86)	6(14)	4.3	(1.67-11.07)
Sin depresión grave	63(58.9)	44(41.1)	1	



La probabilidad de que el cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías, presente síntomas somáticos es de 8.14 veces más, en comparación con el cuidador secundario.

Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías, no aumenta la probabilidad de presentar ansiedad e insomnio.

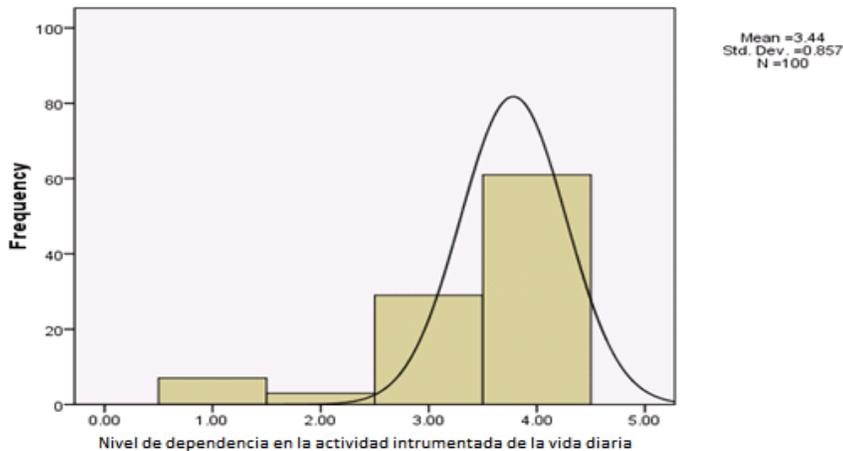
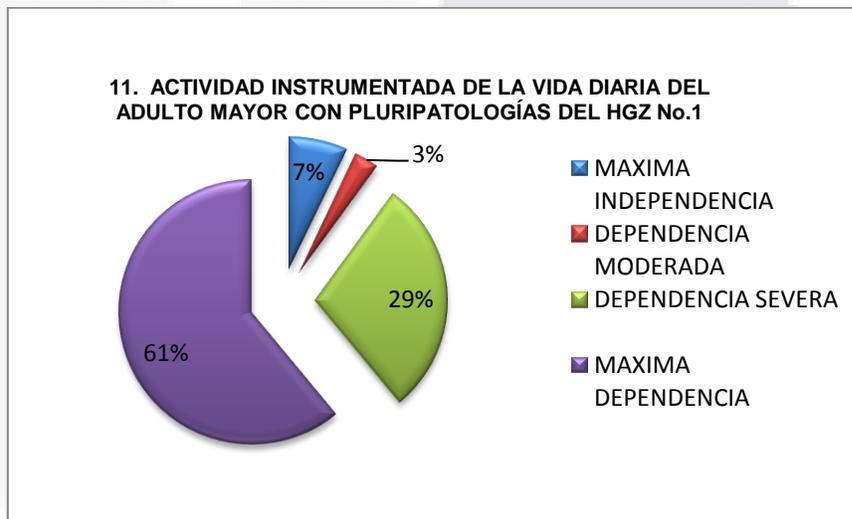


Un cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías tiene 8 veces más probabilidad de presentar algún tipo de disfunción social a diferencia de los cuidadores secundarios.

La probabilidad de que el cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías, presente depresión grave es 4.3 veces más, en comparación con el cuidador secundario.

MAXIMA INDEPENDENCIA	7(7%)
DEPENDENCIA MODERADA	3(3%)
DEPENDENCIA SEVERA	29(29%)
MAXIMA DEPENDENCIA	61(61%)

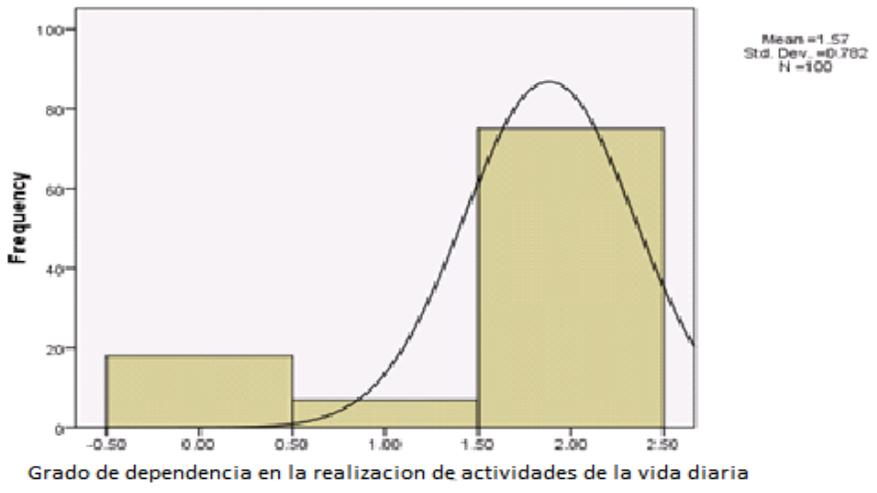
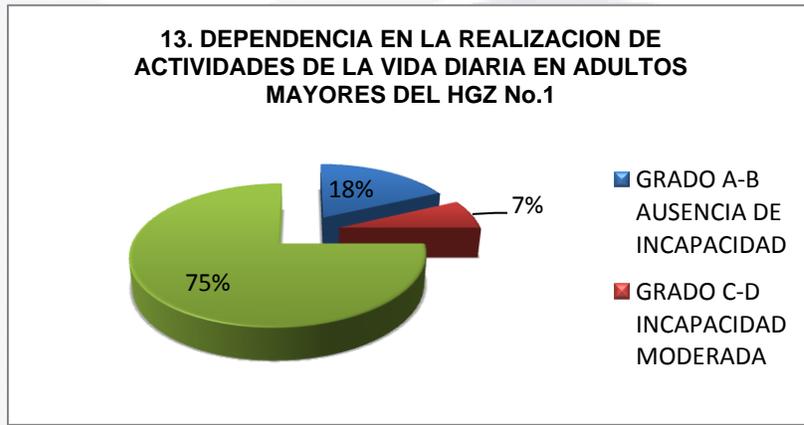
De acuerdo con la tabla 3, se puede observar que el 61% de los adultos mayores tiene una dependencia máxima a su cuidador primario informal al realizar la actividad instrumentadas de la vida diaria.



De acuerdo al histograma anterior podemos observar como las puntuaciones en la curva de Gaus están desplazadas a la derecha, traduciéndose en una máxima dependencia del adulto mayor con pluripatologías a su cuidador primario informal.

Tabla 4. Frecuencia de dependencia del adulto mayor con pluripatologías del HGZ No.1, al cuidador primario la realización de actividades básicas de la vida diaria	
GRADO A-B AUSENCIA DE INCAPACIDAD	18(18%)
GRADO C-D INCAPACIDAD MODERADA	7(7%)
GRADO E-G INCAPACIDAD SEVERA	75(75%)

En la tabla 4 podemos observar que el 75% de los adultos mayores con pluripatologías tienen una incapacidad severa al momento de realizar actividades de la vida diaria.



De acuerdo al histograma del grado de dependencia en la realización de actividades de la vida diaria, podemos observar como las puntuaciones en la curva de Gaus están desplazados a la derecha, traduciéndose en una máxima dependencia del adulto mayor con pluripatologías a su cuidador primario informal de acuerdo a su grado de incapacidad para realizar funciones socio biológicas.

## **XVI. DISCUSIÓN.**

En el perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios informales, existe un predominio de género femenino con un 78% en ambos grupos, el estado civil de mayor frecuencia es casado. Hay más cuidadores primarios con primaria completa a diferencia de los cuidadores secundarios que tienen bachillerato o equivalente. Respecto a los lazos de unión entre la persona que asume el rol de cuidador primario se incide en ser hijo o hija del adulto mayor con un 65%, seguido del esposo o esposa con un 24%. El 77% del cuidador primario no tuvo una actividad laboral retributiva, expresándose que solo el 23% tenía una actividad laboral, de los cuales la principal actividad laboral fue la comercial, seguida de burocracia y actividades de servicios, teniendo menos de 10 horas laborales con un 43.47 % de estos el 45% padecía alguna enfermedad, de las cuales la principal fue Hipertensión Arterial seguida de Diabetes Mellitus tipo 2 e Insuficiencia Cardíaca Congestiva. El grupo de edad del adulto mayor en ambos grupos de mayor frecuencia fue de un rango de 71 a 80 años. La mayoría de los cuidadores primarios tienen más de 5 años cuidando al adulto mayor con pluripatologías con 41%, con un rango de 0-1 día de descanso en la semana. en comparación del cuidador secundario que tiene mayor frecuencia de 6 meses a 1 año descansando 2-3 días.

La probabilidad de que el cuidador primario informal de un adulto mayor con pluripatologías, presente síntomas somáticos es de 8.14 veces más, no aumenta la probabilidad de presentar ansiedad e insomnio, tiene 8 veces más probabilidad de presentar disfunción social y 4.3 veces más de depresión severa, en comparación con el cuidador secundario. Con ello aceptamos la hipótesis alternativa y rechazamos la nula.

El 61% de los adultos mayores tiene una dependencia máxima a su cuidador primario informal en las actividades instrumentadas de la vida diaria mientras que el 75% de los adultos mayores tienen una incapacidad severa al momento de realizar actividades de la vida diaria.

## **XVII. CONCLUSIÓN**

Queremos resaltar que el perfil del cuidador no difiere de otros estudios. Los resultados obtenidos nos permiten conocer las características demográficas y psicológicas que comparte esta población, y así poder brindar un servicio institucional integral para el paciente y su familia.

## XVIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. CONAPO. Consejo Nacional de Población. 2010.
2. Jones DA, Peters TJ. Caring for elderly dependants: effects on carer's quality of life. *Age Aging* 1992; 21:421-8.
3. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999; 24:404-10.
4. Eliana dueñas, m.d.<sup>1</sup>, maría Anggeline Martínez, m.d.<sup>2</sup>, Benjamín Morales, m.d.<sup>3</sup> Claudia Muñoz, M.D.<sup>1</sup>, Ana Sofía Viáfara, M.D.<sup>2</sup>, Julián a. Herrera, MDd.<sup>4</sup> Síndrome del Cuidador de Adultos Mayores Discapacitados y sus Implicaciones Psicosociales. *Colombia Médica* Vol. 37 N° 2 (Supl 1), 2006 (Abril-Junio)
5. A. Alonso Babarroa, A. Garrido Barrala, A. Díaz Ponceb, R. Casquero Ruizc y M. Riera Pastorc. Perfil y Sobrecarga de los Cuidadores de Pacientes con Demencia Incluidos en el Programa ALOIS. *Aten Primaria* 2004; 33(2):61-8. Madrid. España
6. Noemí Lucero Islas Salas, Bertha Ramos del Río, Ma. Guadalupe Aguilar Estrada, Ma. de Lourdes García Guillén. Perfil Psicosocial del Cuidador Primario Informal del Paciente con EPOC. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex.* Número 4 octubre-diciembre 2006 páginas: 266-271. Vol. 19 No4.
7. Schulz R, Beach SR. Caregiving as risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *Journal Medical Association*; December 15, 1999;282: 2215-9.
8. Fredman L . Mortality associated with caregiving, general stress, and caregiving-related stress in elderly women: results of caregiver-study of osteoporotic fractures. *J Am Geriatric Soc* - 01-MAY-2010; 58(5): 937-43.
9. Virginia Janeth Alpuche Ramirez, Bertha Ramos del Río, Mario Enrique Rojas Russell, Carlos Gonzalo Figueroa López. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de Cuidadores Primarios Informales. *Psicología y salud*, julio-diciembre, 2008, vol 18, num 002. México.
10. US, Department of Health and Human Services, Family Caregivers: Our Heroes on the Frontlines of Long-Term Care. December 16, 2003.
11. Alice Ho, Sara R. Collins, Karen Davis, and Michelle M. Doty. A Look at Working-Age Caregivers' Roles, Health Concerns, and Need for Support. The Commonwealth Fund, August 2005.
12. Rodríguez-Agudelo Y, Mondragón-Maya A, Paz-Rodríguez F, Chávez-Oliveros M, Solís-Vivanco R. Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. *Arch Neurocién (Mex)* Vol. 15, No. 1: 25-30; 2010.
13. Chartrand Vázquez, Ángel Arias Sánchez. Deterioro psicosomático del cuidador crucial ante la enfermedad discapacitante del adulto mayor.
14. Calero RM, Fernández C, Roa JM. Cuidador informal de personas mayores dependientes y estrés percibido: intervención psicoeducativa. *Scientia*, 2009, 14(1), 9-19.
15. Secretaría de Salud. Programa de Atención al Envejecimiento. La salud responsabilidad de todos. SSA. 2007-2012
16. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisado M, Ramírez-Duque N, González de la Puente M, et al. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005; 125:5-9.
17. Renato Zambrano Cruz<sup>1</sup>, Patricia Cebaos Cardona<sup>2</sup>. Síndrome de carga del cuidador. *Rev Comba Psiquiatra.* Vol. XXXVI, Suplemento No 1/2007

18. Josep Deví<sup>1</sup> Isabel Ruiz Almazán<sup>2</sup>. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. Barcelona. Rev Multa Gerente 2002;12(1):31-37
19. Segura JM, Bastida N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria 1998; 21:431-6.
20. Thompson LW, Gallagher-Thompson D. Practical issues related to maintenance of Mental Health and Positive Well-Being in family caregivers. En: Carteret L. Edelstein BA, Dornbrand L. Handbook of Practical Gerontology. New York: SAGE, 1996.
21. Ministerio De Trabajo Y Asuntos Sociales (IMSERSO): Indicadores Sociales de las personas Mayores en España 2002. IMSERSO; 2002.
22. Rolland JS. Familia, Enfermedad y Discapacidad: una propuesta desde la Terapia Sistémica. Barcelona: Editorial Gedisa; 2000.
23. Navarro Góngora J. Enfermedad y Familia: Manual de Intervención. Barcelona: Editorial Paidós; 2004.
24. Diez Redondo ML, Arroniz C, Giacchi A, Zabal Ch, Salaberri A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. Medicina familiar 1995; 5:124-30.
25. Morales JA, Muñoz T, Bravo F, Iniesta C, Montero FA, Olmos MC. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados. Centro de Salud 2000; 8:714-8.
26. Ma Jesús López Gil, Ramón Orueta Sánchez, Samuel Gómez-Caro, Arancha Sánchez Oropesa, Javier Carmona de la Morena, Francisco Javier Alonso Moreno, El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam 2009;2 (7):332-334
27. Ministerio De Trabajo Y Asuntos Sociales (IMSERSO): Indicadores Sociales de las personas Mayores en España 2002. IMSERSO; 2002.
28. Casado Marín D, López Casasnovas G. Vejez, Dependencia y cuidados de larga duración, situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales Nº 6, Barcelona: Fundación la Caixa; 2001.
29. Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón y cols, Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes Pluripatológicos, 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007
30. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986; 16:135-140.
31. Espinosa JM, Burgos ML, Muñoz F, Salazar JA. Programa de atención a pacientes incapacitados en un centro de salud. Aten Primaria 1992; 10:761-765.
32. Cruz Jentolt AJ «El índice de Katz». Rev. Española de Geriatria y Gerontología, 1991. 26, (5), 338-348.
33. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escala de valoración funcional en el anciano, Galicia Clin 2011; 72 (1): 11-16
34. Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1.997; 32(5): 297-306.
35. Goldberg D, Williams P. Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona. Masson 1996
36. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychological Medicine 1986; 16:135-140.
37. Olga Isabel Alfaro-Ramírez del Castillo y cols, Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2008; 46 (5): 485-494.

**XIX. ANEXOS**

**ANEXO A.**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Aguascalientes. Ags.

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

**“CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DEL ADULTO MAYOR CON PLURIPATOLOGIAS  
COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBILIDAD PSÍQUICA, EN EL PROGRAMA  
ATHODO DEL HGZ-1, IMSS AGUASCALIENTES”**

Se me ha informado que mi participación en el estudio consiste en responder a las preguntas del cuestionario.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios de mi participación en el proyecto de investigación.

El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario así como a responder cualquier duda sobre procedimientos que se llevaran a cabo riesgo, beneficio o aclaración relacionada con el proyecto de investigación.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma del investigador.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

Testigo

**ANEXO B.**

**CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG GHQ-28**

<b>A. SÍNTOMAS SOMÁTICOS</b>	<b>B. ANSIEDAD E INSOMINIO</b>
<p><b>A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Peor que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual</p>	<p><b>B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>	<p><b>B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>	<p><b>B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>
<p><b>A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>
<p><b>A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>	<p><b>B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>

C. DISFUNCIÓN SOCIAL	D. DEPRESIÓN GRAVE
<p><b>C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual</li> </ul>	<p><b>D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, en absoluto</li> <li><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</li> </ul>
<p><b>C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual</li> </ul>	<p><b>D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, en absoluto</li> <li><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</li> </ul>
<p><b>C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Peor que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual</li> </ul>	<p><b>D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, en absoluto</li> <li><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</li> </ul>
<p><b>C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho más satisfecho que lo habitual</li> </ul>	<p><b>D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, en absoluto</li> <li><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</li> </ul>
<p><b>C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual</li> </ul>	<p><b>D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, en absoluto</li> <li><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</li> </ul>
<p><b>C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual</li> </ul>	<p><b>D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, en absoluto</li> <li><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</li> </ul>
<p><b>C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Más que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual</li> <li><input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual</li> </ul>	<p><b>D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Claramente, no</li> <li><input type="checkbox"/> Me parece que no</li> <li><input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente</li> <li><input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado</li> </ul>

**ANEXO C.**

**ESCALA DE LAWTON BRODY DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

<b>ITEM</b>	<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>PUNTOS</b>
1	Capacidad para usar el teléfono:	1
	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	0
	- No es capaz de usar el teléfono	
2	Hacer compras:	1
	- Realiza todas las compras necesarias independientemente	0
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	- Totalmente incapaz de comprar	
3	Preparación de la comida:	1
	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	0
	- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	
4	Cuidado de la casa:	1
	- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
5	Lavado de la ropa:	1
	- Lava por sí solo toda su ropa	1
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	0
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	
6	Uso de medios de transporte:	1
	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	0
	- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
7	- No viaja	
	Responsabilidad respecto a su medicación:	1
	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	0
	- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	
8	Manejo de sus asuntos económicos:	1
	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras etc.	0
	- Incapaz de manejar dinero	
<b>TOTAL</b>		

**ANEXO D.**

**INDICE DE KATZ PARA LAS ACTIVIDADES BASICAS DE A VIDA DIARIA**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>INDEPENDIENTE</b>	<b>DEPENDIENTE</b>
<b>Bañarse</b>	<b>No recibe ayuda,</b> Entra sale solo de la bañera (cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse). Recibe ayuda para sólo una parte del cuerpo (espalda, piernas).	<b>Recibe ayuda para más de una parte de su cuerpo</b> (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salida del baño.
<b>Vestirse</b>	Coge la ropa y se viste del todo <b>sin ayuda.</b> Sólo necesita que le aten los zapatos.	<b>Recibe ayuda</b> para coger la ropa o ponérsela o permanece sin vestirse del todo.
<b>Ir al Retrete</b>	Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa <b>solo</b> (aunque use bastón, andador o sillas de rueda. Si usa orinal de noche lo vacía por la mañana).	<b>Necesita ayuda</b> para ir al retrete o para limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche. No va al retrete.
<b>Movilizarse</b>	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta <b>sin ayuda</b> (aunque use bastón o andador). Se sienta y se levanta de una silla solo.	<b>Necesita ayuda</b> para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse. No se levanta de la cama.
<b>Continencia</b>	<b>Controla</b> completamente ambos esfínteres (micción y defecación).	<b>Incontinencia</b> total o parcial. Necesita supervisión, sonda vesical, enemas o es incontinente.
<b>Alimentarse</b>	Come <b>sin ayuda.</b> Sólo necesita ayuda para cortar o untar el pan.	<b>Recibe ayuda</b> para comer o es alimentado parcial o totalmente por SNG o EV.
<p>A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.                      B. Independiente: todas estas funciones excepto una.                      C. Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.                      D. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.                      E. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.                      F. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.                      G. Dependiente para las seis funciones básicas.  <b>Otros.-</b> Dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F</p>		

**ANEXO E.  
PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO		
Edad (años) del cuidador	1. 20-40 2. 41-60 3. 60 y más	
Sexo	1. Masculino	2. Femenino
Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre	4. Viudo 5. Separado/divorciado
Nivel Educativo	1. Analfabeta	
	2. primaria incompleta	
	3. secundaria	
	4. bachillerato/equivalente	
	5. profesionales	
Parentesco	1. Primer grado	1.1 Padre-madre
		1.2 Esposo-esposa
		1.3 Hermano-hermana
		1.4 Hijo-hija
	2. Segundo grado	2.1 otros
Trabaja	SI	NO
Actividad laboral	1. Servicios 2. Comercio 3. Burocracia	4. Empresarial 5. Agricultura y ganadería 6. Otros
Cuántas horas a la semana trabaja	1. Menos de 10 2. 11-20	3. 21-30 4. 31 y mas
Padece alguna enfermedad	SI	NO
¿Cual enfermedad?	Especificar	
Cuanto tiempo lleva cuidando al paciente	1. 6 meses-1 año 2. 1 año-2 años	3. 3 años-5 años 4. 5 años y mas
Tiempo en horas que cuida al paciente a la semana	1. 1-3 horas 2. 4-6 horas	3. 7-10 horas 4. 10 horas y mas
Días de descanso a la semana	1. 0-1 días 2. 2-3 días	3. 4-5 días 4. 6-7 días
Edad del adulto mayor	1. 60-70 2. 71-80	3. 81- 90 4. 91 o mas
¿Qué enfermedad padece su familiar?		

# TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

CONCEPTO	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
<b>1. Perfil socio-demográfico</b>	Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza al grupo social al que pertenece cada individuo.	Características demográficas.  Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Edad  Tiempo de existencia desde el nacimiento medido en años.	Número de años cumplidos	1. ¿Cuántos años tiene?	Cuantitativa discreta  1. 20-40 2. 41-60 3. 60 y más	Variable Interviniente
			Genero Hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres.	fenotipo		Cualitativa nominal dicotómica  1. masculino 2. femenino	Variable Independiente
		Características sociales.  Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen.	Nivel educativo  Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente.	Años cumplidos de educación formal	1. ¿Hasta qué grado educativo curso?	Cualitativa nominal  1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Bachillerato/equivalente 5. profesionales	Variable Independiente
			Parentesco  Relación que existe entre las personas unidas por un vínculo de sangre.	Grados.	1. ¿Qué tipo de parentesco tiene con su familia?	Cualitativa nominal  1. primer grado 1.1 padre-madre 1.2 esposo-esposa 1.3 hermano-hermana 1.4 hijo-hija 2. segundo grado 2.1 otros	Variable Interviniente
			Estado civil  Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.		1. ¿Cuál es su estado civil?	Cualitativa nominal  6. Soltero 7. Casado 8. Unión libre 9. Viudo 10. Separado/divorciado	Variable Independiente
		Características económicas  Estudia el comportamiento humano en relación con sus necesidades	Trabaja	Rol social establecido	1. ¿Usted trabaja?	Cualitativa nominal dicotómica  1. Si 2. no	Variable Interviniente
			Actividad laboral  Es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.	Tipo de ocupación según sectores	1. ¿Cuál es su actividad laboral?	Cualitativa nominal  7. Servicios 8. Comercio 9. Burocracia 10. Empresarial 11. Agricultura y ganadería 12. Otros	Variable Interviniente

# TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

CONCEPTO	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INDICE	
<b>2. Morbilidad psíquica</b>	Alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.	A. Síntomas somáticos	Afección en el bienestar físico	A.1 ¿Se ha sentido bien? (positivo)	Cualitativa nominal 1. Mejor, que lo habitual=0 2. igual, que lo habitual=0 3. peor, que lo habitual=1 4. mucho peor, que lo habitual=1	Variable Dependiente	A=A1+A2+A3+A4+A5+A6+A7 A ≤ 5 = CON síntomas somáticos A ≥ 5= SIN síntomas somáticos	
				A.2 ¿ha tenido sensación de necesitar reconstituyentes? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en absoluto=0 2. no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual =1			Variable Dependiente
				A.3 ¿se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? (negativo)	Cualitativa nominal 1 no, en absoluto=0 2. no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1			Variable Dependiente
				A.4 ¿ha tenido sensación de que ha estado enfermo? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en absoluto=0 2. no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1			Variable Dependiente
				A.5 ¿ha padecido dolores de cabeza? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en absoluto=0 2. no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1			Variable Dependiente
				A.6 ¿ha tenido sensación de opresión en la cabeza o que le va a estañar? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en absoluto=0 2. no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1			Variable Dependiente
				A.7 ha tenido oleados de calor o escalofríos (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en absoluto 2. no, más que lo habitual 3. bastante más que lo habitual 4. mucho más que lo habitual			Variable Dependiente
		B. Ansiedad e Insomnio	Alteraciones del estado de ánimo.	B.1 ¿sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en absoluto=0 2. no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	variable Dependiente	B=B+1B+2B+3B+4B+5B+6B+7 B ≤ 5 = CON Ansiedad / Insomnio B ≥ 5= SIN Ansiedad / Insomnio	
				B.2 ¿ha tenido dificultades para dormir de un tirón toda la noche? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en absoluto=0 2. no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1			Variable Dependiente

				B.3 ¿se ha notado constantemente agobiado y en tensión? (negativo)	Cualitativa nominal 1.no, en absoluto=0 2.no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				B.4 ¿se ha sentido con los nervios de a flor de piel y mal humorado? (negativo)	Cualitativa nominal 1.no, en absoluto=0 2.no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				B.5 ¿se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? (negativo)	Cualitativa nominal 1.no, en absoluto=0 2.no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				B.6 ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? (negativo)	Cualitativa nominal 1.no, en absoluto=0 2.no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				B.7 ¿se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente? (negativo)	Cualitativa nominal 1.no, en absoluto=0 2.no, más que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
		C. Disfunción social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social	C.1 ¿se las ha a reglado para mantenerse ocupado y activo? (positivo)	Cualitativa nominal 1. más activo que lo habitual =0 2. igual que lo habitual=0 3. bastante menos que lo habitual=1 4. mucho menos que lo habitual =1	Variable Dependiente	
				C.2 ¿le cuesta más tiempo hacer las cosas? (negativo)	Cualitativa nominal 1. menos tiempo que lo habitual =0 2. igual que lo habitual=1 3. mas tiempo que lo habitual =1 4. mucho más tiempo que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				C.3 ¿ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? (positivo)	Cualitativa nominal 1. mejor que lo habitual=0 2. igual que lo habitual=0 3. pero que lo habitual=1 4. mucho peor que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				C.4 ¿se ha sentido satisfecho por la manera de hacer las cosas? (positivo)	Cualitativa nominal 1. mas satisfecho que lo habitual=0 2. igual que o habitual=0 3. menos satisfecho que lo habitual=1 4. mucho más satisfecho que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				C.5 ¿ha sentido que ha desempeñado un papel útil en la vida? (positivo)	Cualitativa nominal 1. más útil que lo habitual =0 2.igua de útil que o habitual =0 3. menos útil de lo habitual=1 4. mucho menos útil de lo habitual =1	Variable Dependiente	

C=C1+C2+C3+C4+C5+C6+C7  
 C ≤ 5 = CON Disfunción social  
 C ≥ 5= SIN Disfunción social

				C.6 ¿se ha sentido capaz de tomar decisiones? (positivo)	Cualitativa nominal 1. más que lo habitual=0 2. igual que lo habitual =0 3. menos que lo habitual=1 4. mucho menos que lo habitual=1	Variable Dependiente	D=D1+D2+D3+D4+D5+D6+D7 D ≤ 5 = CON Depresión Grave D ≥ 5= SIN Depresión Grave
				C.7 ¿ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? (positivo)	Cualitativa nominal 1. mas que lo habitual=0 2. igual que lo habitual=0 3. menos que lo habitual =1 4. mucho menos que lo habitual=1	Variable Dependiente	
		D. Depresión Grave	Síndrome en el que predominan los síntomas emocionales	D.1 ¿ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en lo absoluto=0 2.no mas que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				D.2 ¿ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en lo absoluto=0 2.no mas que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en lo absoluto=0 2.no mas que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				D4. ¿Ha pensado la posibilidades quitarse de en medio? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en lo absoluto=0 2.no mas que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en lo absoluto=0 2.no mas que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				D.6 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo? (negativo)	Cualitativa nominal 1. no, en lo absoluto=0 2.no mas que lo habitual=1 3. bastante más que lo habitual=1 4. mucho más que lo habitual=1	Variable Dependiente	
				D.7 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza? (negativo)	Cualitativa nominal 1. claramente, no=0 2. me parece que no=1 3. se me ha cruzado por la mente=1 4 Claramente lo he pensado=1	Variable Dependiente	

CONCEPTO	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	INDICE
3. Actividades Instrumentadas de la vida diaria (AIVD)	Mantenimiento personal en términos de la supervivencia, cultura y trabajo	Actividades en el Hogar	1. Capacidad para usar el teléfono.	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	0-dependencia 1-independencia	Variable dependiente	(1 punto)(item)  8 = máxima Independencia 4-7= dependencia moderada ≤ 4=dependencia severa 0= máxima dependencia
			2. Hacer compras.	- Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	0-dependencia 1-independencia	Variable dependiente	
			3. preparación de comida.	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0-dependencia 1-independencia	Variable dependiente	
			4. cuidado de la casa.	- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	0-dependencia 1-independencia	Variable dependiente	
			5. lavado de la ropa.	- Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0-dependencia 1-independencia	Variable dependiente	
			6. uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja	0-dependencia 1-independencia	Variable dependiente	
			7. responsabilidad respecto a su medicación.	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación	0-dependencia 1-independencia	Variable dependiente	
			8. manejo de sus asuntos económicos.	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras etc. - Incapaz de manejar dinero	0-dependencia 1-independencia	Variable dependiente	

CONCEPTO	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA	TIPO DE VARIABLE	ÍNDICE
4. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Mantenimiento personal en términos de supervivencia física	Actividades de Higiene	1. Bañarse	<p><b>INDEPENDIENTE:</b> No recibe ayuda, Entra sale solo de la bañera (cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse). Recibe ayuda para sólo una parte del cuerpo (espalda, piernas).</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> Recibe ayuda para más de una parte de su cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salir del baño.</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>0-Independiente</p> <p>1-Dependiente</p>	Variable Dependiente	<p>A cada ítem contestado como "dependiente" se le asigna un punto.</p> <p>NIVELES</p> <p>A. Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.</p> <p>B. Independiente: todas estas funciones excepto una.</p> <p>C. Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.</p> <p>D. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.</p> <p>E. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.</p> <p>F. Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.</p> <p>G. Dependiente para las seis funciones básicas.</p> <p>GRADOS:</p> <p>A-B ó 0-1=independiente/incapacidad leve</p> <p>C-D ó 2-3=incapacidad moderada</p> <p>E-G ó 4-6=incapacidad severa</p>
			Meter el cuerpo en agua con la finalidad de asearse	<p><b>INDEPENDIENTE:</b> Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda. Sólo necesita que le aten los zapatos.</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela o permanece sin vestirse del todo.</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>0-Independiente</p> <p>1-Dependiente</p>		
		2. Vestirse	<p><b>INDEPENDIENTE:</b> Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón, andador o sillas de rueda. Si usa orinal de noche lo vacía por la mañana).</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> Necesita ayuda para ir al retrete o para limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche. No va al retrete.</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>0-Independiente</p> <p>1-Dependiente</p>	Variable Dependiente		
		3. Ir al retrete	<p><b>INDEPENDIENTE:</b> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón o andador). Se sienta y se levanta de una silla solo</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> Necesita ayuda para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse. No se levanta de la cama.</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>0-Independiente</p> <p>1-Dependiente</p>		Variable Dependiente	
		4. movilizarse	<p><b>INDEPENDIENTE:</b> Controla completamente ambos esfínteres (micción y defecación).</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> Incontinencia total o parcial. Necesita supervisión, sonda vesical, enemas o es incontinente.</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>0-Independiente</p> <p>1-Dependiente</p>	Variable Dependiente		
		5. continencia	<p><b>INDEPENDIENTE:</b> Come <b>sin ayuda</b>. Sólo necesita ayuda para cortar o untar el pan.</p> <p><b>DEPENDIENTE:</b> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente por SNG o EV.</p>	<p>Cualitativa nominal</p> <p>0-Independiente</p> <p>1-Dependiente</p>		Variable Dependiente	
		6. alimentación	<p>Capacidad para separar la defecación u orina para su desecho adecuado</p>	<p>Capacidad para desplazarse</p>	<p>Capacidad para retener las heces y la orina</p>		

**ANEXO G.**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mayo</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>	<b>Ago.</b>	<b>Sep.</b>	<b>Oct.</b>	<b>Nov.</b>
Acopio de Bibliografía.	X	X							
Revisión de literatura.		X	X						
Hacer Planteamiento.			X						
Revisión de Planteamiento			X						
Hacer Marco Teórico y Conceptual			X	X					
Revisión de Marco Teórico y Conceptual				X					
Diseño y Revisión Protocolo				X					
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.					X				
Aprobación de Protocolo					X	X			
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.					X	X			
Acopio y Captura de Datos.						X	X		
Análisis e Interpretación de Resultados							X		
Hacer Discusiones y Conclusiones.							X		
Revisión de la investigación							X		
Autorización.							X	X	
Elaboración de tesis.									X
Difusión de resultados.									X

**ANEXO H.**

**PLAN PRESUPUESTAL**

**HOJA DE GASTOS**

En el plan de trabajo de este estudio, participa 1 médico residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encarga de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes.

El mismo se encarga de realizar las encuestas a los cuidadores, mediante los instrumentos previamente realizados.

<b>CATEGORIA</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Lapiceros	\$ 10 pesos	5	\$ 50.00 pesos
Gomas	\$ 10 pesos	3	\$ 30.00 pesos
Hojas tamaño carta	\$ 80 pesos (paquete)	1	\$ 80.00 pesos
Cartucho de tinta	\$340 pesos	1	\$340.00 pesos
Memoria USB 4GB	\$400 pesos	1	\$400.00pesos
Engrapadoras	\$80 pesos	2	\$160.00 pesos
Grapas	\$20 pesos (caja)	2	\$40.00 pesos
Fotocopias	\$0.50 centavos	1000	\$500.00 pesos
Tabla recolectora	\$50 pesos	3	\$150.00 pesos
Laptop Hp pavilion	\$10.000 pesos	1	\$10.000 peso
Alimentos y bebidas	\$40.pesos	15	\$600.00 pesos
		<b>TOTAL</b>	<b>12,350.00 pesos</b>