



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**



Facultad de Enfermería

**NIVEL DE SOBRECARGA QUE PRESENTA EL CUIDADOR DEL ADULTO
MAYOR DEPENDIENTE
TESIS**

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE.

LICENCIADA EN ENFERMERA

Presenta: PLE. Luz Esther Zúñiga Talavera

**Asesora: ME. Ana Celia Anguiano Morán
Maestra de Enfermería.**

**Coasesores: Dra. María Jazmín Valencia Guzmán
Dra. Educación**

**M.E. Bárbara Mónica Lemus Loeza
Maestra en enfermería.**

Morelia, Mich., Diciembre 2015

DIRECTIVOS

ME. Ana Celia Anguiano Morán

Directora de la Facultad de Enfermería

MSP. Julio Cesar González Cabrera

Secretaría Académica de la Facultad de Enfermería

M.E. Bárbara Mónica Lemus Loeza.

Secretario Administrativo de la Facultad de Enfermería

MESA SINODAL

M.E. Ana Celia Anguiano Morán

Presidenta

Dra. Ma. Carmen Montoya Díaz.

Primer Vocal

Mtro. Francisco Ferreyra López.

Segundo Vocal

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. Por la paciencia y serenidad que me distes en todos esos momentos de estrés que viví al realizar el trabajo de tesis. Para continuar y no morir en el intento, porque cuando más cansancio sentía, me levantabas y me daba nuevas fuerzas. Por entender a tu lado a caminar en paz, perdonar y aceptar, he experimentado la sensación de llorar y he vuelto a sonreír, porque segura estoy que donde termina mi fuerza comienza la de Dios. Gracias por que en este momento tengo mucho lo cual agradecerte.

A MIS PADRES: LÁZARO Y ELVIA

No encuentro forma de cómo agradecer todo lo que han hecho por mí, gracias por darme la vida. Por enseñarme a amar a Dios por su apoyo incondicional, por los regaños por sus sí, por sus no, por enseñarme a luchar con razón, por su ejemplo amor y confianza. Ustedes son testigos del camino andado, para llegar hasta aquí porque sé que mi sueño era el suyo también. Sepan que su unión fue la fuerza que me impulsó y su amor el estímulo que me ayudó a lograrlo. El logro hoy alcanzado es también de ustedes resultado de sus esfuerzos, sacrificios y el tiempo invertido en mí.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD Y FACULTAD.

Agradezco a la U.M.S.N.H - Facultad de enfermería por haber tenido la dicha de cursar mi licenciatura, donde adquirí conocimientos profesionales los cuales son herramientas en la profesión, he logrado una meta más propuesta, que es culminar una etapa más de mi formación profesional reflejada en la elaboración de esta tesis.

A MI ASESORA:

M.E. Ana Celia Anguiano Morán

No encuentro palabras para expresar mi gratitud y afecto por su apoyo incondicional y por transmitirme sus grandes conocimientos, así como confianza gracias por dedicarme su valioso maravilloso tiempo en la elaboración de mi tesis, muchas gracias.

A MIS HERMANAS:

A mi hermana Nayeli Guadalupe por todas esas conversaciones mantenidas hasta el amanecer, por sus brillantes ideas que me estimulan para alcanzar mayores logros y su espíritu positivo.

Agradezco mi hermana Arlise Adriana por creer en mí, por comprender mis sentimientos y admirar mis palabras, por su aliento y su gran cariño.

Por la admiración el amor, incondicional y recíproco que nos une, agradezco infinitamente que me sigan apoyándome en mis tiempos difíciles, por la dicha de hacerme tía al ver sus caritas de ternura y amor me llenan de felicidad al experimentar todo eso que transmiten: Juan José, Jonathan Adahy, Kimberly, Oliver, Alison, Guadalupe y Mónica

A MIS AMIGAS Y AMIGOS.

Al hablar de amigos recuerdo esta cita `` algunos comienzan el viaje junto a tí, otros se suben a mitad del camino, muchos se baja antes de llegar, pero muy pocos son los que permanecen hasta el final''. De cada uno de mis amigos he aprendido una lección, no importando la distancia ni el orden en que entraron a mi vida, les agradezco por su apoyo sus consejos en los momentos difíciles, por motivarme en mí el deseo de superación, agradezco el aun continuar con nuestra amistad y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional: Gabriela Navarrete, Gabriela Regalado, Tere Soria, Karina Rodríguez, Francisca Liliána Ruiz, Elide Soria, Itzma Zalda, Lizabeth Zalda, Nubia Guerrero, Elia Tercero, Celía Nápoles.

Mi amiga, presidenta de EMMIAP: Gabriela Torres y a las personas que no mencione pero las llevo en el corazón.

APRENDÍ:

Que un tropezón no es una caída, que todo en la vida vuelve, que no hay mal que por bien no venga. Que con voluntad y esfuerzo todo resulta más fácil. Que lo más valioso del mundo es la familia y los amigos de verdad. Que por más tropezón, caída u obstáculo, o barrera que se interponga en mi camino el objetivo es levantar la cabeza seguir adelante.

RESUMEN

El estudio se realizó con el objetivo de conocer el nivel de sobre carga del cuidador primario del adulto mayor primario al comenzar esta la investigación de los factores que desencadena la sobrecarga del cuidador. En nuestra sociedad que gran parte de los cuidadores adquieren el papel de cuidador más por vínculo afectivo, que por la capacidad o conocimiento para hacerlo.

Carretero Gómez refiere que tanto la natalidad como la mortalidad han presentado cambios en la pirámide poblacional y como consecuencia encontramos más adultos mayores con una elevada expectativa de vida con un predominio de enfermedades crónico degenerativas, cada vez es mayor el número de personas mayores que presentan la necesidad de contar con un cuidador, que dicha actividad es asumida generalmente por familiares u otra persona con multiplicidad e role y sin preparación al tema. Como lo han reflejado diversos atores anteriormente el familiar es el principal proveedor para brindar los cuidado y son las mujeres quien asumen este rol sobre pasando la propia capacidad física, mental y emocionalmente del cuidador generándole un evento de estrés que con el tiempo se trasforma en crónico.

En el estudio verificamos las diferentes afecciones que presenta el cuidador de forma negativa asía su salud, presentándole problemas principalmente de ansiedad y depresión que también afectan su salud física también se observa que presentan aislamiento social, falta de tiempo libre presentan deterioro de calidad de vida dando lugar a lo que los autores denominaron el síndrome del cuidador.

Nos percatamos de los cuidadores con menos bienestar económico presentan mayor riesgo de depresión. En principal la mayor cantidad de mujeres tienen dificultad para acceder a un empleo o pueden llegar a perderlo debido al papel del cuidador por el hecho de cambiar el rol de su vida radicalmente para dedicar mayor tiempo al cuidado del adulto mayor mencionando que la mujeres cuidadoras en el presente estudio un porcentaje son mujeres dedicadas al hogar y alunas de ellas cuentan con profesión o empleo remunerador el cual les permite satisfacer algunas necesidades del adulto mayor dependiente.

Palabras Claves: Salud, Cuidado, Sobrecarga, Adulto, Depresión.

ABSTRACT

The study was conducted in order to determine the level of loading of the primary caregiver for the elderly at the beginning of this primary research of the factors that triggered the caregiver burden. In our society that most of caregivers take on the role of caregiver more bonding, than the ability or knowledge to do so.

Gomez Carretero refers both birth and mortality have been changes in the population pyramid and consequently are more seniors with high life expectancy with a predominance of chronic degenerative diseases, increasing number of older people who have the greater the need for a caregiver, that such activity is generally assumed by relatives or someone else with multiplicity and role and unprepared to topic. As reflected above atores various family is the main provider of care and to provide women who are assume this role on passing the physical, mental and emotional capacity of caregiver stress and may generate an event that eventually turns into chronic own .

The study verified the different conditions that the caregiver has gripped negatively health, presenting problems mainly anxiety and depression also affect your physical health also noted that present social isolation, lack of free time have impaired quality of life giving in what the authors called caregiver syndrome.

We realize caregivers with less economic welfare increased risk of depression. In principal as many women have difficulty getting a job or could lose because of the role of caregiver because changing the role of his life radically to devote more time to the care of the elderly caretakers mentioning that women in the present study a percentage are women working in the home and alunas of them have gainful occupation or employment which allows them to meet some needs of elderly dependent.

Contenido

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Planteamiento del problema	5
1.3. Pregunta de investigación.....	9
1.4. Justificación	9
1.5. Objetivos	12
CAPÍTULO 2. REFERENTES TEÓRICOS.....	26
2.1. Marco referencial	26
2.2. Marco histórico.....	29
2.3. Marco teórico	31
CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO	40
3.1. Tipo de estudio:	40
3.2. Diseño metodológico	40
3.3. Población	41
3.4. Muestra.....	41
3.5. Criterios de estudio:	41
3.6. Criterios de inclusión:.....	42
3.7. Criterios de exclusión:.....	42
3.8. Criterios de eliminación:.....	42
CAPÍTULO 4. VARIABLES	43
4.1. Definición de variables.....	43
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	44
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.....	49
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.....	52

CAPÍTULO 8. SUGERENCIAS	53
CAPÍTULO 9. ANEXOS	54
9.1. Análisis estadístico	55
9.2. Anexo 1.....	56
9.3. Anexo 2.....	57
9.4. Anexo 3: Cuadros y Gráficas.	60

INTRODUCCIÓN

Un cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Zamora Z. H., 2006).

Gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud. Así, la labor de los cuidadores informales contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones (Gil, 2009).

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que las personas que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios al adulto mayor.

La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador (Gil, 2009).

La búsqueda de mejorar el problema de la sobrecarga en los cuidadores informales de los adultos mayores, ha llevado a analizar todas aquellas variables que se asocian a esta problemática. Además de plantear la necesidad de comprobar si la intervención educativa a través de diversas estrategias de enseñanza de los cuidados de enfermería, logra disminuir la carga de los cuidadores.

De esta manera y con este planteamiento se contextualiza el trabajo en el Capítulo 1 en primera instancia se realizó una revisión teórica de los estudios realizados hasta la actualidad, en donde se plantea la problemática actual desde el ámbito internacional hasta el local; se plantearon las preguntas de investigación y a su vez los principales objetivos del estudio.

En el Capítulo 2 se describe de manera específica los aspectos políticos, económicos y sociales que conlleva el envejecimiento y la dependencia como consecuencia llevando a la necesidad de mayor número de cuidadores informales

en el hogar, así mismo se conceptualizaron las variables de estudio para su mejor clarificación.

Después de la delimitación teórica sobre la problemática de la sobrecarga del cuidador informal se presenta el planteamiento metodológico de este estudio, se define el procedimiento seguido para la selección de la muestra y los participantes, las variables y los instrumentos incluidos en la investigación, así como los aspectos estadísticos de los datos.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

En esta sección se explican los estudios más relevantes relacionados con la sobrecarga de cuidadores informales de adultos mayores dependientes.

En la primera investigación se describe un estudio realizado por Montorio (1998) sobre las dimensiones subyacentes al concepto de carga del cuidador aplicado a personas mayores dependientes, evaluado a través de la entrevista de carga del cuidador de Zarit (1983), haciendo una valoración con criterios externos asociados al cuidado, buscando por otro lado situar el concepto de carga dentro del marco teórico. El estudio lo llevó a cabo con 62 cuidadores de personas mayores dependientes y 45 personas receptoras de los cuidados. Evaluó además diversos aspectos referentes a estresores del cuidado (tiempo del cuidado, calidad de la relación del cuidador-persona cuidada, capacidad funcional, estado mental y problemas de conducta de la persona que recibe los cuidados), así como efectos del cuidado sobre el cuidador (salud percibida, utilización de los servicios de salud y bienestar subjetivo). Los resultados que muestra fueron la presencia de tres dimensiones subyacentes a la carga del cuidador (impacto de cuidado, carga interpersonal, y expectativas de auto eficacia) que se asocian a los criterios externos, por lo que la carga tiene un carácter multidimensional. Concluyendo el autor que el concepto de carga debe superar aspectos de deficiencias teóricas y metodológicas.

La investigación realizada por J Ribas (2000) exploro la prevalencia de ansiedad y depresión en cuidadores no profesionales de pacientes ancianos. Así como la carga que se puede llegar a presentar. La muestra de este estudio fue de 65 cuidadores; utilizo la Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg y la Entrevista de carga del Cuidador de Zarit. Los resultados de la investigación mostraron que los cuidadores presentaron rasgos patológicos a ansiedad y depresión.

El estudio realizado por Lara (2001) analizó los principales problemas médicos, sociales, laborales y económicos de los que presentan el síndrome del cuidador en una población determinada, ya que menciona el autor que el cuidador de ancianos se considera el paciente oculto o desconocido. Utilizó una encuesta que media la variable como frecuencia de aparición de alteraciones médicas, físicas, psíquicas y su relación con el grado de parentesco, así como los principales problemas sociales, laborales, económicos que enfrenta el cuidador en su labor cotidiana. La conclusión del estudio es el que el cuidador del anciano sufre diversas alteraciones personales, psíquicas, sociales y físicas, que repercuten en su vida personal como familiar, así como el objeto de su cuidado lo que puede en cualquier momento en llevarlo a convertirse en paciente.

La investigación realizada por Pinto (2005) exploro los tipos de seguridad social con el que cuentan los cuidadores, considerando que no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad del cuidado en casa y el reconocimiento de la labor. Permitiendo con ello al personal de enfermería indagar en aspectos básicos como la caracterización, la importancia de su labor, las necesidades, la calidad de vida y la forma de vivir. Desde la base de un programa

denominado cuidando a los cuidadores permitió formular sugerencias para el personal de enfermería que cuidan a personas con enfermedades crónicas tanto en el ámbito hospitalario como comunitario. Las principales reflexiones del estudio apuntan a la identificación de un cuidador hábil para desempeñarse en situaciones de enfermedad como de no enfermedad, aplicando medidas de prevención e intervención.

Algunas investigaciones de revisión como la realizada por López (2007) hacen referencia a los estudios de intervención con cuidadores de familiares mayores dependientes, realizó un análisis de los estudios publicados entre 1980 y 2004, que intentaban reducir el malestar emocional de los cuidadores. A lo cual reporto que la mayoría de las intervenciones se centran en cuidadores de personas con demencia y los cuidadores suelen ser mujeres. Los cuidadores son un grupo de difícil acceso. Los objetivos y contenidos de las intervenciones varían mucho y no siempre están bien definidos. Los efectos encontrados son modestos. Señalando que alcanzan resultados significativos en la reducción del malestar ante problemas conductuales, pero es difícil mejorar los niveles de depresión.

Menciona que las intervenciones psicoterapéuticas son moderadamente eficaces. En conclusión, las futuras intervenciones deberían determinar con claridad el marco teórico, así como sus objetivos y utilizar unos períodos de seguimiento más amplios.

En una investigación realizada por Flores (2012) en Chile, determino el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol, en el cuidador familiar de adulto mayor con

dependencia severa y su relación con características socios demográficos. La muestra fue de 67 cuidadores familiares adscritos a Programas de Postrados. Utilizó Escala de Zarit y Encuesta Socio demográfica. Y en sus resultados reporto lo siguientes hallazgos: Los cuidadores son mujeres, hijas, casadas, media de edad 58,6 años, condición socioeconómica baja, sin ocupación, escolaridad media incompleta, llevan 1 - 5 años cuidando, dedican 21 - 24 h diarias, sin actividad recreativa, sin ayuda de otras personas y reconocen el apoyo de Centros de Salud Comunitarios. Más de la mitad presentan sobrecarga intensa. La variable sobrecarga del cuidador sólo se asoció significativamente a instituciones que apoyan al cuidador y es factor predictivo de la sobrecarga. Conclusión: El cuidado de las personas mayores se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa. Ratifica a la enfermería comunitaria y las organizaciones sociales como factor amortiguador de sobrecarga del cuidador familiar. Se requiere de iniciativas y proyectos de desarrollo social que aumenten las redes de apoyo, además, mejorar el plan de apoyo al cuidador con dependencia severa que existe.

1.2. Planteamiento del problema

La población mundial está experimentando cambios incomparables en la historia. En la actualidad, el número de adultos mayores en los países desarrollados, va en aumento y el número de niños menores de 15 años cada vez es menor. Cambios similares son esperados en la pirámide poblacional de los países en desarrollo, en donde la proporción de niños y jóvenes descende, y la proporción de adultos en edad productiva y de adultos mayores, aumentan. Esta tendencia hacia el envejecimiento de la población, es consecuencia de diversos factores como; la baja natalidad, la disminución de la mortalidad, la elevada expectativa de vida con un predominio de las enfermedades crónicas y del grupo de personas mayores teniendo estas como las principales características actuales y futuras de nuestra sociedad dando lugar al envejecimiento de la población (Carretero Gómez S, s/f).

Según la ONU, el crecimiento de la proporción de personas mayores será especialmente rápido durante los siguientes 45 años, y tendrá importantes implicaciones. Para el año 2050, la población de personas de 60 años y más, crecerá de 200 millones a 1,2 billones en los países en desarrollo, lo que representa un aumento del 600% (Kalache, 2003)

A medida que aumenta el número de adultos mayores, los retos de los servicios de salud que el envejecimiento de la población plantea han permitido visualizar la necesidad de implementar acciones específicas para su atención.

En la actualidad el envejecimiento de la población es, sin duda, la principal característica demográfica de diversos países desarrollados, y también perspectiva mente es el efecto principal de la disminución en la tasa de fecundidad.

Desde este contexto se imponen grandes retos para la sociedad y en particular, al sector salud, en la planificación de acciones de promoción y prevención de complicaciones en la edad avanzada, para garantizar un envejecimiento exitoso, sin dejar de lado al grupo poblacional que presenta afecciones físicas y psíquicas, que dificultan el mantenimiento de una vida independiente.

Los avances científicos y tecnológicos han favorecido la mayor esperanza de vida. Desde esta perspectiva se debe considerar a la vejez como un fenómeno heterogéneo, debido a que su bienestar depende de su calidad de vida. La edad es uno de los factores que determina la dependencia e influye decisivamente en la invalidez y discapacidad.

El crecimiento del grupo de edad de 80 años y más, así como los problemas crónicos degenerativos que están presentando, está propiciando que cada vez sea mayor en el mundo el número de personas que presentan algún tipo de dependencia (VT., 2005).

Como consecuencia se incrementa la necesidad de contar con un cuidador. Esta actividad de cuidar es asumida generalmente por familiares u otras personas con multiplicidad de roles y sin preparación en el tema (Espinoza E., 2009) .

Frente a esta realidad, los adultos mayores principalmente los dependientes usualmente, requieren de un cuidador o persona que atienda sus necesidades diarias y les suministre apoyo físico y emocional; la familia es la principal proveedora de cuidados y son generalmente las mujeres quienes asumen este rol (Cardona D. María, 2013).

Carretero (s/f) comenta que el cuidado de un adulto mayor dependiente es constante e intenso para el llamado cuidador principal, sobrepasando en muchas ocasiones, la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, generando carga del cuidador.

Las repercusiones de este problema afectan de forma negativa sobre la salud de quien cuida, presentándose con más frecuencia problemas mentales (principalmente ansiedad y depresión), pero también se afecta la salud física; se ocasiona aislamiento social, falta de tiempo libre, deterioro de la calidad de vida y de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores denominan síndrome del cuidador.

Los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, sobre todo si cuidan pacientes terminales; el tipo de paciente influye en la sintomatología depresiva. Este trabajo puede ayudar a sustentar programas de intervención dirigidos a esta población pilar en el tratamiento de los pacientes (Castillo, 2008).

En nuestro país, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes. A pesar de esto, 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. Se ha confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y en la salud (Castillo, 2008).

Se han identificado alteraciones en esta población que afectan múltiples esferas emocional, social, estructural, las cuales se deben considerar síntomas que tienen igual relevancia que los que presenta el enfermo (Castillo, 2008).

Como anteriormente se plasmó, el cuidador tiene que cambiar el rol de su vida cotidiana radicalmente para dedicar tiempo al cuidado de su adulto mayor; por lo tanto, la pregunta de investigación es:

1.3. Pregunta de investigación

¿Qué nivel de sobrecarga se presenta en los cuidadores primarios de los adultos mayores dependientes, que acuden a consulta de la Clínica 80 del IMSS?

Preguntas secundarias

¿Qué se entiende por cuidador informal de un adulto mayor dependiente?

¿Cuáles son las características de los cuidadores son las mismas para las personas con diferentes grados de dependencia?

¿Qué repercusiones tiene sobre el cuidador la atención a una persona adulta mayor con dependencia?

¿Qué beneficios se obtienen con la intervención educativa con estrategias específicas de enseñanza de enfermería?

¿En qué casos es necesario realizar una intervención educativa de enfermería al cuidador?

1.4. Justificación

A nivel mundial existe una tendencia global de envejecimiento de la población. Si bien es un elemento natural de la vida, el proceso de transición demográfica ha ocurrido de forma acelerada. El grupo de edad de mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo, alcanzando el 11,4% del total de la población, de los cuales aproximadamente el 15% tiene más de 80 años. Situación que, sumada al escaso mejoramiento de los estilos de vida saludable, trae consigo el aumento de

los adultos mayores postrados (AMP) o con dependencia severa, en Chile se estima entre un 4 y 7%. Esto conlleva a una pérdida de autonomía en los Adultos Mayores (AM), surge entonces la necesidad de cuidado, de contar con ayuda de otras personas para satisfacer las demanda, potencial que se desarrolla según la situación a las que se vean enfrentadas las personas. Los sistemas sanitarios tratan de satisfacer las necesidades de cuidado de salud enfocando su atención en términos de mantenimiento de la capacidad funcional. Cuidar será siempre indispensable para la perpetuidad de la sociedad, es el pilar de la profesión de enfermería, pero también tiene un componente no profesional, el cuidado informal, que es considerado una obligación moral (Elizabeth Flores G., 2012).

Existen estudios que han encontrado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población (Castillo, 2008).

El aumento de la esperanza de vida en los países industrializados está produciendo un aumento de la población anciana en los mismos y esta población se caracteriza por sufrir un aumento de las patologías crónicas (osteoartritis, insuficiencia cardíaca.) lo que conlleva un declive físico y psíquico que condiciona su capacidad funcional, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados (López, 2009).

El envejecimiento de la población es sin duda la principal característica demográfica de Cuba en la actualidad y también perspectiva mente, dada sus implicaciones económicas y sociales. Poco más de 1,7 millones de personas

tenían 60 años y más en el 2004, 15,4 % de la población. Este comportamiento debe intensificarse y para 2025, se pronostica que casi uno de cada cuatro cubanos será un adulto mayor, para ese entonces la edad promedio será de alrededor de 44 años y Cuba tendrá todas las características de un país envejecido. Ese es el efecto principal de la transición de la fecundidad y obviamente la sociedad tendrá que adecuar sus acciones, desde el punto de vista de su funcionamiento económico, social, cultural y otros (Andrade, 2008).

Gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los denominados cuidadores informales, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud. Así, la labor de los cuidadores informales contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones (López, 2009).

Algunas aportaciones recientes apuntan ciertos efectos positivos que el cuidar produce en las personas cuidadoras; sin embargo, son más numerosos los estudios que documentan efectos adversos sobre la salud y la calidad de vida. Estas desigualdades de género en las personas que cuidan a otras podrían ser el reflejo de la tendencia observada en la población general, donde las mujeres refieren una mayor prevalencia de problemas de salud que los hombres. Además, las personas cuidadoras difieren en otros aspectos que afectan a su salud: generalmente son más ancianas, no tienen empleo remunerado y económicamente pertenecen a los grupos menos favorecidos. Estas diferencias también provocan desigualdades en salud. Así, los cuidadores y cuidadoras con

dificultades económicas presentan menos bienestar y más riesgo de depresión. El trabajo remunerado puede ser un indicador de estatus social y de mejor posición económica en muchas mujeres, y el papel de cuidador entraña un riesgo de pérdida del empleo o de dificultad de acceder a uno. Por tanto, para analizar el efecto del cuidado sobre el bienestar de quien cuida es preciso comparar la salud de hombres y mujeres cuidadores con la de no cuidadores, controlando en el análisis los determinantes socio demográficos mencionados, de modo que las diferencias resultantes puedan interpretarse como desigualdades en salud atribuibles a la responsabilidad de cuidar (Lara, 2008).

Por lo que se justifica la elaboración de la presente investigación, al ser un problema actual y que va acrecentando cada día.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar el nivel de sobrecarga que presenta el cuidador de adultos mayores dependientes que acuden a consulta de la Clínica 80 del IMSS.

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir características de los adultos mayores dependientes y sus cuidadores primarios.
- Identificar el nivel de sobrecarga por género de los cuidadores primarios

CAPÍTULO 2. REFERENTES TEÓRICOS

2.1. Marco referencial

Envejecer es un proceso natural inevitable que trae consigo la condición de fragilidad vulnerabilidad y dependencia (González A., 2007), estimulando una condición de desventaja económica y social para los adultos mayores (Montes, 2006).

La salud de mayores de 60 años y más en Latinoamérica se ve deteriorada, llegando a la limitación física para realizar las actividades de la vida diaria: bañarse, comer, vestirse, ir al baño, pasar de la cama a la silla, así como para realizar actividades instrumentales lo cual se complica aún más con el paso de los años y mayoritariamente en la mujeres (Félix, 2012).

El proceso de envejecimiento demográfico en México no es reversible, los cambios en el ámbito tecnológico y de salud han traído un cambio en la pirámide poblacional cada vez más palpable. Las generaciones que nacieron entre los años de 1960 y 1980 ingresarán al grupo de 60 años y más a partir del 2020 y con ello se incrementará el número de adultos mayores, lo que es atribuible al aumento de la esperanza de vida, contribuyendo con ello al incremento de diversas enfermedades y la dependencia de este grupo etario (Secretaría de Salud, 2008)

Las enfermedades crónicas no transmisibles aumentarán en el futuro a la par con la serie de complicaciones de las mismas por lo que los costos en la atención en salud se incrementarán, debido a que este tipo de padecimientos son de larga

duración e implican mayor atención, así como diversas y frecuentes hospitalizaciones prolongadas, esto trae consigo la consecuencia de problemas de dependencia de los adultos mayores y con ello la necesidad de un mayor cuidado en el hogar por parte del familiar o cuidador primario.

En países en desarrollo como México, este fenómeno de transición epidemiológica y demográfica genera un doble problema de salud pública, al existir un rezago en la atención de enfermedades transmisibles y al mismo tiempo el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles generando un descontrol en los cuidados brindados.

El principal problema al que se enfrentan los adultos mayores radica en la falta de sensibilización y educación de la sociedad en pro del envejecimiento. El desapego en la atención y cuidado al adulto mayor y sus necesidades favorece la disminución de la calidad de vida, es imprescindible prestar atención en la capacitación que se debe brindar a los cuidadores primarios o informales para brindar cuidado adecuado a los adultos mayores en el hogar y con esto prevenir enfermedades en el propio cuidador.

Durante el envejecimiento existen diversos factores de salud que favorecen una mayor atención:

La disminución de la funcionalidad física y mental. Aumento de enfermedades crónico degenerativas, mayor frecuencia de problemas psicológicos y sociales asociados a dependencia familiar.

Dichos problemas se deben en gran medida a los inadecuados hábitos relacionados con la alimentación y la poca actividad física.

Por otro lado, es fundamental concebir al adulto mayor como más interdependiente de su medio social y familiar que otros grupos de edad.

Para la atención a la salud de los adultos mayores se requieren de acciones integrales tomando en cuenta al familiar o cuidador que se encuentra con ellos la mayor parte del tiempo con el objetivo de prevenir, detectar enfermedades a tiempo y dar el tratamiento oportuno a la problemática encontrada.

De acuerdo a todo lo que se ha mencionado anteriormente se debe pensar en el cuidador del adulto mayor como una pieza clave en el cuidado de este grupo de población; considerando que al mantener sano al cuidador se les garantizará salud a los adultos mayores que dependen en gran medida de ellos (Secretaría de Salud, 2008).

En relación a los cuidadores informales, establecer la cifra de personas cuidadoras no es una labor fácil, diferentes estudios sociológicos mencionan que en la actualidad no existen datos oficiales en México como lo menciona Félix, 2012:

A cerca del número de cuidadores informales de adultos mayores, la Administración Pública Federal (2010); INEGI (2011)a; Consejo Nacional de Población (2011), Instituto Nacional para Adultos Mayores (2011) han determinado a partir de las cifras de discapacidad que los cuidadores familiares

son de 2´768 296 (2.46% de la población nacional). De estos 2´336,277, (84%) atienden a adultos mayores de 60 a 84 años y 431 519, (16%) atienden los de 85 y más años. Por género corresponden 2´353 051 (85%) mujeres y 415 245 hombres (Félix, 2012).

La frecuencia en la organización en cuanto al cuidado, se experimenta bajo las condiciones patriarcales en el que el hombre se dedica a funciones productivas y a la mujer la atención al hogar, correspondiéndole la educación, el vestido, la alimentación y el cuidado de la salud y enfermedad de la familia, condición por la que diversos estudios realizados reportan que son mayoritariamente mujeres las cuidadoras (Félix, 2012).

En la actualidad en México se ha buscado el diseño de políticas, estrategias y programas que favorezcan la salud física, psicológica del adulto mayor, se han promulgado programas de salud y de apoyo como el programa de 60 y más para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

2.2. Marco histórico

Los diversos estudios arrojan que el inicio de las investigaciones relacionadas con el concepto de carga estaba direccionadas a las familias de pacientes psiquiátricos, como se menciona a continuación.

Los estudios relacionados con el concepto de carga iniciaron a principios de los años 60, trabajo propuesto por los autores Brad y Sainsbury en (1963) el cual estaban enfocados a familias que atendían pacientes psiquiátricos en la comunidad; investigación que fue retomada por Hoenig y Hamilton (1965, 1967),

investigadores que intentaban medir el impacto de la asistencia psiquiátrica sobre la familia desde una amplia perspectiva, a la vez que ponían de manifiesto las dificultades conceptuales entorno al termino de carga; el principal problema que existía era la diversidad de conceptos y la falta de coincidencia en la opinión de los investigadores y de la propia familia, dando origen a la primer clasificación de carga objetiva y subjetiva la primera haciendo referencia a efectos concretos de la vida doméstica y la segunda a las actitudes hacia el hecho de la convivencia entre los familiares y pacientes psiquiátricos.

Estos trabajos tuvieron continuidad hasta los años 70, periodo en el que se inició la evaluación de la problemática a través del diseño de diversos instrumentos de medida que incluían aspectos tan diversos como conductas específicas potencialmente molestas para la familia, contenidos sobre carga objetiva y subjetiva y evaluaciones globales de la carga realizadas por el evaluador. La investigación sobre la carga familiar en el ámbito gerontológico comenzó en la década de los 80.

Siguiendo la línea de investigación del primer trabajo relacionado con carga de cuidadores Zarit y colaboradores estudiosos de la carga en cuidadores de pacientes con demencia en la comunidad estructuraron un procedimiento de evaluación, que ha sido uno de los instrumentos de medición más utilizado hasta la actualidad para medir la carga familiar gerontológica. Este estudio marco el inicio del interés por los aspectos conceptuales en torno a la noción de carga de los cuidadores de familiares mayores, su evaluación e investigación. A lo largo del tiempo transcurrido hasta el momento presente, y a pesar de una notable

producción científica sobre este tema, también en su aplicación al ámbito de la gerontología, la disparidad en cuanto a la definición de este concepto y su evaluación ha sido una constante (Montorio I, 1998).

2.3. Marco teórico

El presente apartado constituye el marco teórico-conceptual del trabajo, dónde se exponen los conceptos teóricos y características del envejecimiento, cuidador primario, carga que experimenta el cuidador así como las intervenciones y estrategias educativas que implementan los estudiantes para mejorar las condiciones de sobrecarga en los cuidadores en el hogar.

2.3.1. Definición de envejecimiento

(O.M.S.): "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales".

2.3.2. Población adulta mayor (P.A.M.)

Término que surge en nuestro país para denominar a la población de 60 y/o 65 años o más.

Teorías y enfoques sobre la personalidad en el envejecimiento y vejez.

Teoría de la selectividad socio emocional.

Esta teoría explica que los cambios en la red social no son el resultado de una pérdida, sino de un cambio motivacional en las metas sociales. El principio de esta teoría es que la gente considera el tiempo que tiene por delante y fija sus metas de acuerdo a esto. Cuando el tiempo se percibe como algo abierto son más importantes las metas relacionadas con el futuro y con la información, y cuando el tiempo se lo piensa como más limitado las metas emocionales se vuelven más importantes y las personas prefieren interactuar con quienes mantienen relaciones más estrechas.

Desde esta teoría el cambio del tamaño de la red social es interpretado como una elección de objetos más significativos que se satisfacen con las personas más relevantes. Cuando el tiempo se lo vive como limitado para hacer lo que se considera primordial no hay tiempo para perder con personas distintas a las allegadas.

Los clínicos e investigadores creen que existen mayores tasas de depresión con la edad, pero la evidencia empírica no apoya esta hipótesis. Hay mayores síntomas depresivos en la vejez pero estos parecen deberse a enfermedades relacionadas a la muerte más que al envejecimiento.

Por otro lado los adultos mayores parecen tener tasas más bajas de todo tipo de psicopatología que los demás grupos de edad.

Un estudio muestra que los mayores parecen vivir una mezcla de emociones más compleja que los más jóvenes por lo cual es probable que indiquen sensaciones positivas y negativas. Esto fue denominado “patetismo”, el cual parece señalar reacciones emocionales más diferenciadas. Así como una mejor regulación de las emociones con la edad hace que los episodios de tristeza duren menos tiempo y que tengan menos tendencia a que se desarrolle una depresión.

Teoría del apego.

El apego es el vínculo por el cual el sujeto reconoce la sensación de la propia existencia, vínculo que puede tomar las formas extremas del amor de objeto y de identificación, recorriendo modos de amor intermediarios: que comprenden tanto el amor como el odio.

Lo que caracteriza al apego es su carácter incondicional e imperativo. Bianchi sostiene que a cada edad le corresponden determinados objetos, los cuales serán sustituibles a lo largo de la vida y aquello que no se sustituye es el apego. En la vejez aparecen menos vías de apego posibles, por carencia de objetos (perdidas, duelos) entonces lo que postula la teoría es si el duelo a realizar no debería ser el objeto vida.

La exigencia de apego hace que este cálculo pueda ser racionalmente elaborable, el potencial de apego hace surgir el problema de la sublimación y de la sustitución de ideales. Hay un retorno al apego primario, que Bianchi lo denomina “retorno al apego” el cual no dejaría de ser uno de los destinos del apego.

La vía de la sublimación mantendría una carga libidinal del mundo tan amplia que dé lugar a un yo activo, es decir la posibilidad de encarnar roles o figuras sustentables de su condición presente o próxima y que encuentre en ellas una gratificación suficiente que lo haga permanecer con deseo e interés vital.

Ambas formas de apego, son las que siguen sosteniendo a un sujeto conectado a la vida, incluso en las modalidades más confusas como el delirio

2.3.3. **Cuidador**

" Cuidador" Se define como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente, incapaz de auto sustentarse, necesita". En la Encuesta Nacional de Salud de 2004 se registraron 917.939 chilenos (5,7% de la población) como discapacitados moderados/severos, necesitados de apoyo en actividades de la vida diaria. El 68,71% de ellos es cuidado por familiares directos. (Hayo Breinbauer Ka, 2009).

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados. Se define como cuidador principal informal (CPI) a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida

diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello (Gil, 2009).

El «trabajo» de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios, y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida. Las mujeres suministran con mayor frecuencia los cuidados de atención personal y los instrumentales, y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia, es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación (García-Calvente, 2004)

Cuidador: “Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Zamora Z. E., 2006).

Cuidador informal: Son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares, amigos y vecinos. Se diferencian en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos (Zamora Z. E., 2006).

Una mayor sobrecarga deteriora la salud mental, social y física del cuidador, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos, mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor

morbilidad genera e incluso mayor mortalidad, que en población comparable no sobrecargada. Además, el cuidador tiende a no buscar ayuda médica, postergándose y priorizando los problemas de su familiar dependiente, manteniendo la mayoría de sus propias patologías sin diagnosticar, tornándose casi "invisible" para el sistema de salud. Esto hace necesario evaluar esta situación en nuestro país (Hayo Breinbauer Ka, 2009).

El cuidar tiene también consecuencias para quien lo hace, el cuidador invierte una dosis en mayor o menor medida de recursos emotivos y físicos en la persona que cuidan. En la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea puede ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva o de trabajo. Garrid y Sansburi introdujeron en 1963 el término carga” para referirse al impacto que produce el cuidado de personas enfermas en sus cuidadores. Esta “carga del cuidador” fue definida como “el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados. Efectivamente, los cuidadores de estos pacientes son de manera especial, capaces de enfrentar los conflictos anteriormente definidos como carga. Con relación del carácter unidimensional o multidimensional del concepto citado, resulta importante enfatizar el trabajo realizado por Martín, Salvadó, Nadal y cols (1996) en el que detectan tres factores de carga: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de la autoeficacia (Zamora Z. E., 2006).

Maslach y Jackson (1996), en su teoría del estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con

despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros. El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo.

El cuidado de los viejos genera cuestionamientos sobre fragilidad y dependencia, autonomía, obligaciones y compromisos, y las complejas relaciones entre los adultos mayores y controversias éticas de aquellos que en la comunidad los “sostienen” y los cuidan. El desarrollo de un diálogo comprensible y estrategias coherentes se impone como desafío personal y compromiso permanente para todos los profesionales responsables del arte que significa “el cuidado de los viejos (Zamora Z. E., 2006).”

Es probable que algunas personas hayan tenido que cuidar a alguien con demencia o a personas ancianas, o bien, observar cómo es su cuidado, y percibir las diversas situaciones que recorre este proceso de atención. Un aspecto bastante olvidado es la tarea del cuidador, el resto de las personas se limitan a criticarlos, a juzgarlos, sin pensar en lo arduo de su tarea, en que muchas veces son agredidas física y verbalmente por aquellos a quienes atiende, en lo absorbente que es el trabajo de cuidar adultos mayores, la gran carga física y mental que requiere, de ahí que estos trabajadores también requieran atención (Zamora Z. E., 2006).

2.3.4. Carga

El cuidar tiene también consecuencias para quien lo hace, el cuidador invierte una dosis en mayor o menor medida de recursos emotivos y físicos en la persona que cuidan. En la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea puede ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva o de trabajo. Garrid y Sansburi introdujeron en 1963 el término “carga” para referirse al impacto que produce el cuidado de personas enfermas en sus cuidadores. Esta “carga del cuidador” fue definida como “el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados” (George y Gwiter, 1986). Efectivamente, los cuidadores de estos pacientes son de manera especial, capaces de enfrentar los conflictos anteriormente definidos como carga. Con relación del carácter unidimensional o multidimensional del concepto citado, resulta importante enfatizar el trabajo

realizado por Martín, Salvadó, Nadal y cols (1996) en el que detectan tres factores de carga: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de la autoeficacia (Zamora Z. E., 2006).

La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador (López Gil Ma., 2009).

Sobre Carga: sobrecarga

-En los últimos años ha existido un incremento de población de adultos mayores, los cuales el grado de discapacidad se han convertido en dependientes para realizar sus actividades por el grado de discapacidad, en muchos casos, el ser un enfermo crónico implica ser un sujeto dependiente para realizar y satisfacer sus propias necesidades

Aún en la actualidad los ancianos esperan que los hijos acudan en el momento que ellos lo necesitan, la familia realiza un rol muy importante dentro de los cuidados del adulto dependiente quien con mayor inclinación lo ejerce es la mujer dada la situación por sus características de cuidadora en la cual abra y

existirá repercusiones por la sobrecarga en problemas en su salud mental y física depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, etc.- así como repercusiones económicas, laborales, familiares, sobre sus relaciones sociales y su tiempo libre. Además, la sobrecarga del cuidador tendría fuertes consecuencias para los cuidadores informales el cambio de rol y actividades, limitación de su vida social, pueden convertirlos a ellos mismos en consumidores del sistema sanitario

(Carretero Gómez)

CAPÍTULO 3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio:

CUANTITATIVO: Es secuencial y probatorio. Nos ofrece la posibilidad de generar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y magnitudes de esto. Así mismo nos brinda una gran posibilidad de réplica y un fenómeno específico de tales fenómenos, además facilita la comparación entre estudios similares. (Hernandez, 2010)

El enfoque del proyecto de investigación es cuantitativo porque en él se busca explicar las razones de los diferentes comportamientos que se presentan en los resultados de las encuestas aplicadas para la investigación.

3.2. Diseño metodológico

Descriptivo: busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupo comunidades procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. **Transversal:** recolectar datos en un solo momento, en un

tiempo único su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. **NO Experimental:** Estudios que se realiza sin la manipulación deliberada de las variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Sampieri, 2010).

El diseño de la investigación es no experimental, descriptivo y transversal, por ser un estudio que tratan de observar los eventos o fenómenos que se presentan al momento de la aplicación y de la interpretación de las encuestas aplicadas cuidadores primarios de los de los adultos mayores que acuden a consulta a la Clínica 80 .del IMSS

3.3. Población

Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. (Hernández, 2010)

Cuidadores primarios que acuden a acompañar a los adultos mayores con algún grado de dependencia a consulta acuden a consulta a la clínica de Medicina Familiar 80 del IMSS.

3.4. Muestra.

3.5. Criterios de estudio:

Muestra: es un subgrupo de la población en la cual se recolecta datos y deben ser representativos de esta. (S., 2010)

La muestra de este proyecto fue no probabilística por conveniencia, constituida por 100 cuidadores de los adultos mayores con algún grado de dependencia, dichos datos fueron recolectados en del 3 al 14 de Noviembre del año 2014 con cuidadores primarios que acuden a consulta a la clínica de Medicina Familiar 80 del IMSS .

3.6. Criterios de inclusión:

Cuidadores primarios de adulto adultos mayores con dependencia que acuden a consulta a la Clínica de Medicina Familiar 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

3.7. Criterios de exclusión:

Cuidadores primarios de adultos mayores que no presenten grado de dependencia y que acuden a consulta a la Clínica de Medicina Familiar 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

3.8. Criterios de eliminación:

Cuidadores primarios de adultos mayores con dependencia que acuden a consulta a la Clínica 80 del IMSS que no quieran participar en el estudio.

CAPÍTULO 4. VARIABLES

4.1. Definición de variables

Variable independiente: Nivel de sobrecarga

Variable dependiente: Cuidadores primarios

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

En el presente estudio se entrevistaron a 100 cuidadores de adultos mayores dependientes que acuden a consulta a la Clínica 80 de medicina familiar del IMSS en Morelia, para determinar el nivel de sobrecarga del cuidador del adulto mayor dependiente. Los resultados reflejan que el 75.0% de los cuidadores pertenecen al género Femenino, mientras que el 25.0% corresponde al género masculino, y su edad oscila de los 20 a los 80 años, el 22.0% corresponde 65-60 años el 15.0% 46-50 , el 13.0% 41-45, el 12.0% de 36-40 , un 11.0% con edad de 61-65 el 4.0% 66-70, el 3.0% 76-80 y el 2.0% 20-25 % y 71-75%. De acuerdo su estado civil la muestra reflejo 68.0% son casados, el 15.0% soltero, el 14.0% divorciados y con otro estado civil un 3.0%.

El grado de estudios que predomina en los cuidadores entrevistados es de primaria con un 41.0%, secundaria 23.0%, preparatoria 20.0% licenciatura 12.0 % y con ningún estudio 4.0%.

En relación a la ocupación de los cuidadores, el 53.0 % se dedica al hogar, el 24.0 % son empleadas, el 8.0 % se dedican al comercio, un 4.0% son profesores de alguna institución, el 3.0% se encuentra jubilado, el 2.0% se dedica a las ventas y el 1.0% estudiante,

En cuanto al ingreso económico el 69.0% contesto que si cuentan con ingreso económico y solo el 31.0 % menciono que no.

En correlación al parentesco del cuidador y el adulto mayor, el 68.0% son hijos, el 17.0% refieren otro parentesco, el 10 % mencionan ser esposos, y el 5.0% hermano.

Se encontró que la edad de los adultos mayores oscila entre los 55 a 100 años de edad, el 23.0% tiene entre 76-80, el 20.0% de 81-85, 13% de 76-80, 10% de 61-65, 9.0% de 60-55, 8.0% de 86-90%, 9.0% de 55-60, 7.0% de 66-70 y 91-95 respectivamente y tan solo un 3.0% 96 -100.

De acuerdo a las relaciones familiares del cuidador se encontró que el 50.0% refirió tener conflictos familiares relacionados al cuidado que presta, y el otro 50.0% menciono que no. Así mismo el 55% de los cuidadores refieren tener conflicto en vida social y el 45.0% no.

En la segunda parte del cuestionario se utilizó la escala de sobrecarga de Zarit que evalúa el grado en que las actividades de atención al enfermo perturban la salud física y psíquica del cuidador. Los resultados fueron los siguientes:

El 28.0% casi siempre siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita, el 27.0% a veces, el 16.0% nunca y bastantes veces respectivamente y un 13.0 % casi nunca.

El 33.0% refiere casi siempre sentir que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para él, 29.0% bastantes veces, 18.0% nunca, 13.0% casi siempre, y un 7.0% casi nunca.

El 35.0% refiere casi siempre sentirse tenso al cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades, 27.0% a veces, 17.0% bastantes veces, 16.0% nunca y un 5.0% casi nunca.

El 43.0% refiere nunca sentirse avergonzado por la conducta de su familiar, 30.0% casi nunca, 20.0% a veces, 4.0% bastantes veces, 3.0% casi siempre.

El 44.0% de los cuidadores manifestaron nunca sentirse enfados cuando están cerca de su familiar, 26.0% a veces, 16.0% casi nunca, 11.0% bastantes veces, y con un 3.0% casi siempre.

El 29.0% de los cuidadores refiere nunca creer que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia, 23.0% menciono casi siempre, 22.0% a veces y con un 13.0% que casi nunca y casi siempre respectivamente.

El 28.0% contesto que casi siempre siente temor por el futuro que le espera a su familiar, 26.0% bastantes veces, 25.0% a veces, 13.0% nunca, 8.0% casi nunca.

El 34.0% de los cuidadores respondieron casi siempre sentir que su familiar depende de él, 28.0% bastantes veces, 18.0 % a veces, 13.0% nunca y el 7.0% casi nunca.

El 32.0% de los cuidadores respondió nunca sentirse agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar, 29.0% bastantes veces, 18.0% a veces, 11.0% casi nunca, 10.0% casi siempre.

El 32.0% de los cuidadores refirió a veces sentirse que su salud se ha resentido por cuidar al adulto mayor, 23.0% bastantes veces, 21.0% nunca, y con un 12.0% casi nunca y casi siempre.

El 34.0 % de los cuidadores refiere a veces sentirse que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar, 15.0 % casi siempre, 14.0 % bastantes veces, 13.0 % casi nunca y el 8.2 % nunca.

El 34.0 % de los cuidadores refiere a veces creer que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar, 15.0 % casi siempre, 14.0 % bastantes veces, 13.0 % casi nunca y el 8.2 % nunca.

El 48.0 % de los cuidadores refiere nunca sentirse incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar, el 21.0% casi siempre, el 15.0 % a veces, el 12.0% casi nunca, y el 4.0% bastantes veces.

El 28.0 % de los cuidadores respondió casi siempre creer que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar, 28.0 % a veces, 22.0 % bastantes veces, 13.0 % nunca y el 9.0 % casi nunca.

El 35.0 % de los cuidadores refiere que bastantes veces cree que no dispone de dinero suficiente para cuida a su familiar además de sus otros gastos, el 22.0 % casi siempre, el 20.0 % a veces, el 17.0 % nunca, y el 6.0 % casi nunca

El 28.0 % de los cuidadores refirió bastantes veces sentirse incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo, 25.0 % a veces, 11.0 % casi siempre, 8.5 % nunca y el 5.0% casi nunca.

El 34.0 % de los cuidadores ha sentido bastantes veces perder el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó, 17.0 % a veces, 13.0 % casi siempre, 8.2 % nunca y el 8.0% casi nunca.

El 28.0 % de los cuidadores contesto que a veces desearía poder encargarse el cuidado de su familiar a otras personas, el 28.0 % nunca, el 17.0 % casi siempre, el 16.0 % bastantes veces y el 11.0 % casi nunca.

El 42.0% de los cuidadores describió a veces sentirse inseguro acerca de que debe hacer por su familiar, 23.0 % nunca, 15.0 % bastantes veces, 12.0% casi nunca y el 8.0 % casi siempre.

El 30.0% de los cuidadores bastantes veces ha sentido que debería hacer más de lo que hace por su familiar. 27.0 % a veces, 23.0 % casi siempre, 12.0 % nunca y el 8.0 % casi nunca.

El 30.0 % de los cuidadores ha creído bastantes veces que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace, 27.0 % a veces, el 23.0 % casi siempre, el 12.0 % nunca y el 8.0 % casi nunca.

En general, el 29.0% de los cuidadores respondió a veces sentirse con sobrecarga por tener que cuidar a su familiar, el 24.0 % nunca, el 23.0 % casi siempre, el 15.0% bastantes veces y el 9.0 % casi nunca.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

Se pronostica que para el año 2025 los países latinoamericanos tendrán al menos el 10% de la población anciana, con los problemas económicos y sociales que este grupo demanda.

En base a los resultados que se obtuvieron en la Clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de la ciudad de Morelia, se observa que el cuidador del adulto mayor que presenta algún grado de dependencia, en su mayoría, es del género femenino representado en un 75.0%, en similitud con lo que reporta (Espinoza E; 2009) en su estudio realizado en el que el 79.0% de su muestra son del género femenino, al igual que (Ribas 2000) el cual encontró el 75.0%.

En relación a la edad de los cuidadores se encuentra una similitud entre los resultados del presente estudio, en el que el 22.0% de los cuidadores oscila entre 56-60 años, y los reportados (Noemí, 2006) en los que la edad de los cuidadores es entre 46-50 años. A diferencia de los reportados por (Espinoza E; 2009) en los que refiere que el 56.0% de los cuidadores tiene entre los 20-50 años.

No siendo así en los hallazgos en cuanto a la edad de los adultos mayores, ya que en esta variable si se encuentra una similitud en resultados, expresados en este estudio de la siguiente manera, el 23.0% de los adultos mayores tienen entre 76-80 años, mientras que (Espinoza E; 2009) menciona que el 84.0% de los adultos mayores están entre 70-84 años. Sin embargo cabe mencionar que la población de esta investigación tiene solo una diferencia de 4 años de edad en comparación con los adultos mayores que reporta (Espinoza E; 2009) en los que son 14 años.

De acuerdo a la **escolaridad** de los cuidadores, el 41.0% de los encuestados solo cuenta con primaria terminada, datos similares a los reportados por (Espinoza E; 2009) en los que refiere que el 49.0% de los cuidadores cuentan con escolaridad básica. (Noemí, 2006) refiere sin estudio 13.4%, primaria inconclusa 32.6%, primaria concluida 21.7%, secundaria concluida 15%, carrera técnica 8.9%.

En concordancia a relación **parental** que tiene el cuidador con el adulto mayor se encontró en estudio aplicado en la clínica IMSS No 80 de la ciudad de Morelia que

el 75.0% de los cuidadores son hijas, un 10.0% esposos del adulto mayor dependiente. Mientras que (Ribas 2000) refiere que el 33.0% son hijos y el 26.0% cónyuges.

Se puede observar que en el estudio aplicado en la clínica IMSS No 80 de la ciudad de Morelia la mayoría de los cuidadores son mujeres hijas del adulto mayor dependiente, mientras que en el estudio de (Ribas 2000) el mayor índice de cuidadores son cónyuges.

En cuanto al ingreso económico existe una similitud con los resultados reportados por (Espinoza E; 2009), ya que encontrón que el 62.0% de los cuidadores tienen un ingreso y los hallazgos en este estudio reportan un 69.0% de la población total. Observando que en ambos estudios, las poblaciones encuestadas cuentan con actividades extras a realizar para mantener el ingreso generando carga adicional para el cuidador.

En general se observan diferencias mínimas entre la población encuestada en este estudio y las investigaciones realizadas por otros. Sin embargo se puede destacar la población de la presente investigación confía más el cuidado de un adulto mayor dependiente a familiares con mayor escolaridad.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

Durante la aplicación de las encuestas a cuidadores de adultos mayores dependientes en la clínica de medicina familiar No. 80 de Morelia, se encontró que más de la mitad de la población son de género femenino que el masculino.

De acuerdo a los resultados podemos observar el nivel de sobrecarga de cuidador de 100 encuestas el 48 de ellas corresponde al rubro de sin sobrecarga, 19 con un riesgo de sobrecarga, añadiendo que los cuidadores que se encuentran en este rubro están a uno o dos puntos de estar en el de sobrecarga y 33 con sobrecarga.

El riesgo que se encontró en el estudio es un cuidador con signos de ansiedad, depresión, frustración y en mucho de los casos soledad, por el sin fin de etapas que conlleva el cuidado de un familiar.

Por el resultado que nos refiere el estudio la población con mayor predominio es el género femenino con un nivel de sobrecarga que va desde leve hasta una sobrecarga severa, por sus diferentes roles que realiza el hogar, como en la vida social o laboral. Manifestados los signos y síntomas del cuidador primario del adulto mayor podemos observar a un paciente oculto al que no se le presta la misma atención por la responsabilidad que ha adquirido.

CAPÍTULO 8. SUGERENCIAS

La participación de enfermería juega un papel importante para realizar una evaluación la cual permita implementar un programa de capacitación a cuidadores del adulto mayor dependiente como objetivo reducir la sobrecarga del cuidador en el adulto mayor dependiente se recomienda:

- Conformar grupos de cuidadores de adultos mayores con dependencia, con el objetivo de tenerlos identificados y comenzar a trabajar con ellos desde los aspectos preventivos de problemas de salud que puedan presentarse.

-
- Identificar las necesidades e inquietudes dentro del grupo de los cuidadores; para permitir las herramientas necesarias que obtengan orientación en las actividades planteadas.
 - Espacios de socialización: Que permitan al cuidador expresar sus sentimientos, comunicándolos a otras personas que comparten su situación.
 - Capacitación y orientación: En aspectos específicos relacionados con el cuidado de adulto mayor dependiente, actividades especiales tales como; ministración de medicamentos, realización de curaciones, cambios de posición, cuidados de sondas, drenajes, control de signos vitales, y algunas otras que contengan principio científico para realizarla.
 - Motivación dentro de la familia: Para el reconocimiento de la labor del cuidador y la necesidad de asumir el compromiso del cuidado dentro de diferentes personas del núcleo familiar, lo cual origina un alivio al cuidador primario.

CAPÍTULO 9. ANEXOS

Consentimiento informado (Anexo 2)

Instrumento (Anexo 3)

Instrumento de medición que consta de dos apartados el primero que mide las variables socio demográficas.

El primer apartado consta de 11 ítems en el que se miden los datos socios demográficos, sus relaciones sociales y conflictos familiares.

El segundo apartado consta de 22 ítems, en el cual se mide la sobrecarga del cuidador primario en las diferentes dimensiones físicas, psicológicas y sociales, con escalamiento tipo Likert de nunca hasta casi siempre, con un nivel de medición de razón de 0 a 4. Con una puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

9.1. Análisis estadístico

Los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial en el programa SPSS versión 20.

Ética de estudio

Se tomó en cuenta la ética profesional, manteniendo reservada la información proporcionada por cuidadores primarios de los de los adultos mayores que acuden a consulta a la Clínica 80 del IMSS

Se mantuvo el anonimato y se respetó la voluntad de los participantes, dejando la participación libre y voluntaria.

Ley general de salud

Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social (Secretaría de Salud, 2014, pág. 1)

9.2. Anexo 1

Consentimiento informado

1.1 UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

Instrumento



Usted está invitado a participar en una investigación que pretende medir el nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor dependiente.

Este proyecto es llevado a cabo por la pasante de Licenciatura en Enfermería Luz Esther Zúñiga Talavera

Quiero pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas que no lleven mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Le pido que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible los resultados de todos los participantes serán sumados e incluidas en el resultado de la investigación, pero nunca se comunicaran datos individuales.

Riesgos y beneficios:

Esta investigación NO presenta riesgos asociados. El beneficio esperado es conocer el nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor dependiente, en base a ello implementar intervenciones de enseñanza y capacitación de ser necesarias referentes a este tema.

Derechos y obligaciones:

Si se ha leído el documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es voluntaria y que usted tiene el derecho de abstenerse de participar en cualquier momento. Por otro lado, el participar no le genera a usted ningún tipo de obligación presente o futura.

¡Muchas gracias por su colaboración!

_____ fecha de aplicación: _____
Firma de autorización

9.3. Anexo 2

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Sobrecarga en el cuidador primario del adulto mayor.

OBJETIVO: Conocer el grado de sobrecarga de los cuidadores informales de los adultos mayores que acuden a consulta.

Instrucciones:

A continuación se muestran varias respuestas posibles, marque de favor con una “X” la respuesta elegida, y llene los espacios vacíos con los datos que se le piden.

GENERO: HOMBRE____ MUJER____
EDAD____
ESTADO CIVIL: SOLTERO____ CASADO____ DIVORCIADO____
OTRO____ (especifique)
ESCOLARIDAD: NINGUNA____ PRIMARIA____ SECUNDARIA____ PREPA ____
LICENCIATURA ____
OCUPACIÓN____
INGRESO ECONÓMICO: SI____ NO____
PARENTESCO CON EL PACIENTE: HIJO(a) ____HERMANO(a)
____ESPOSO(a) ____ OTRO____ (especifique).
EDAD DEL ADULTO MAYOR: ____AÑOS
CONFLICTOS FAMILIARES: SI____ NO____
RELACIONES (VIDA SOCIAL): SI____ NO____

**A CONTINUACIÓN AL FRENTE DE CADA PREGUNTA EN EL ESPACIO
SUBRAYADO COLOQUE EL NÚMERO QUE ELIJA DE RESPUESTA.**

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)		
Instrucciones: lea cuidadosamente la pregunta y escoja la respuesta que crea oportuna.		
0)NUNCA 1) CASI NUNCA 2)A VECES 3)BASTANTES VECE 4)CASI SIEMPRE		
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente	

	para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? }	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

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

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

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

GRACIAS POR SU COLABORACION.

9.4. Anexo 3: Cuadros y Gráficas.

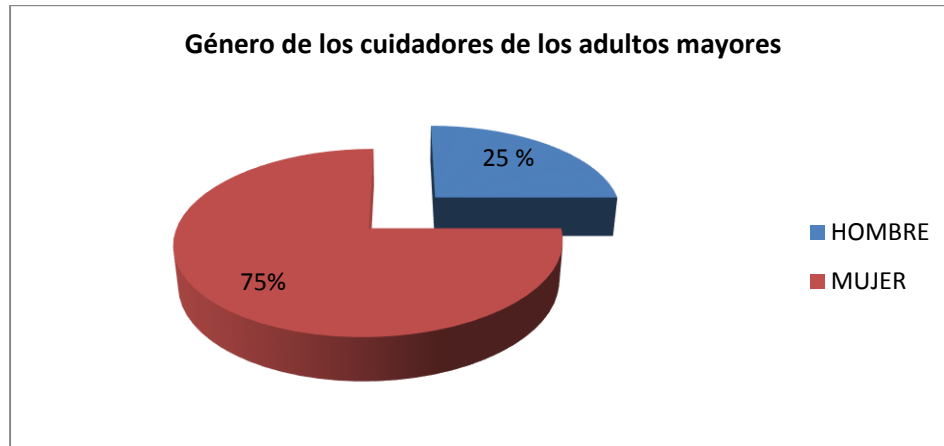
Tabla 1

Género de los cuidadores de los adultos mayores.

	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRES	25	25.0
MUJER	75	75.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 1



Interpretación: El 75.0 % de los cuidadores encuestados pertenecen al género femenino, mientras que el 25.0 % al género masculino.

Tabla 2

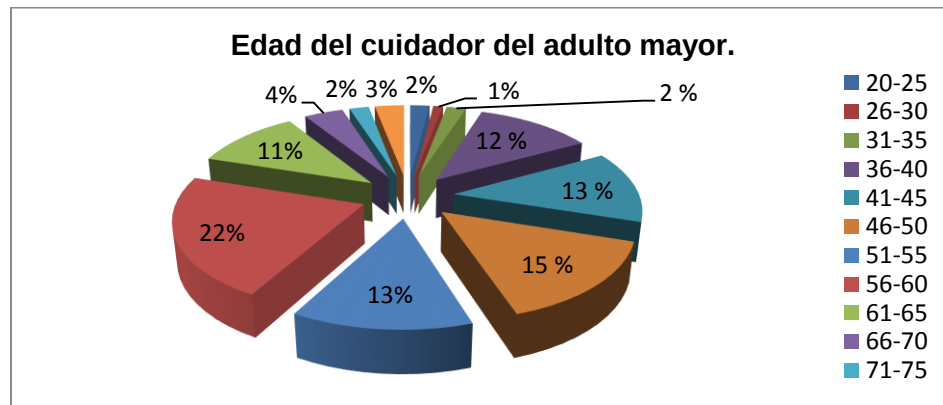
Edad del cuidador del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
20-25	2	2.0
26-30	1	1.0
31-35	2	2.0
36-40	12	12.0
41-45	13	13.0
46-50	15	15.0
51-55	13	13.0
56-60	22	22.0
61-65	11	11.0
66-70	4	4.0
71-75	2	2.0

76-80	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 2



Interpretación: El 22% de los cuidadores su edad oscila entre 56-60, el 15% corresponde de 46-50, el 13% 41-45, el 13 % 51-55, el 12% de 36-40, el 11% 61-65, el 4% 66-70, el 3 % 76-80, el 2% 71-75, el 2%31-35 y el 1% 20-25.

Tabla 3

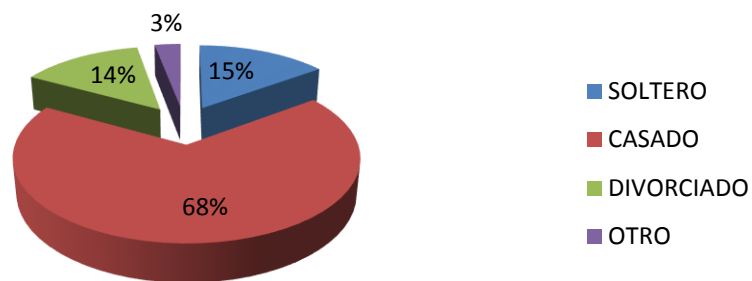
Estado civil del cuidador del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	15	15.0
CASADO	68	68.0
DIVORCIADO	14	14.0
OTRO	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfica 3

Estado civil del cuidador del adulto mayor.



Interpretación: El 68% de las personas son casados, el 14% de estado civil es divorciado, el 8.2 % soltero, el 3% con otro estado civil.

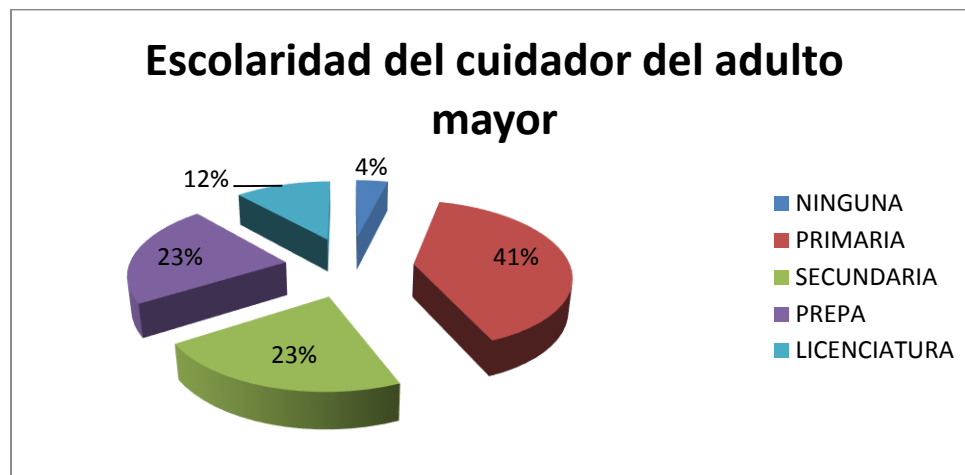
Tabla 4

Escolaridad del cuidador del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	4	4.0
PRIMARIA	41	41.0
SECUNDARIA	23	23.0
PREPA	20	20.0
LICENCIATURA	12	12.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfica 4



Interpretación: En esta grafica podemos apreciar la escolaridad del cuidador reflejándose que el 41% solo estudio la primaria, el 23 % secundaria, el 23 % la prepa, el 12% licenciatura y 4% ninguna.

Tabla 5

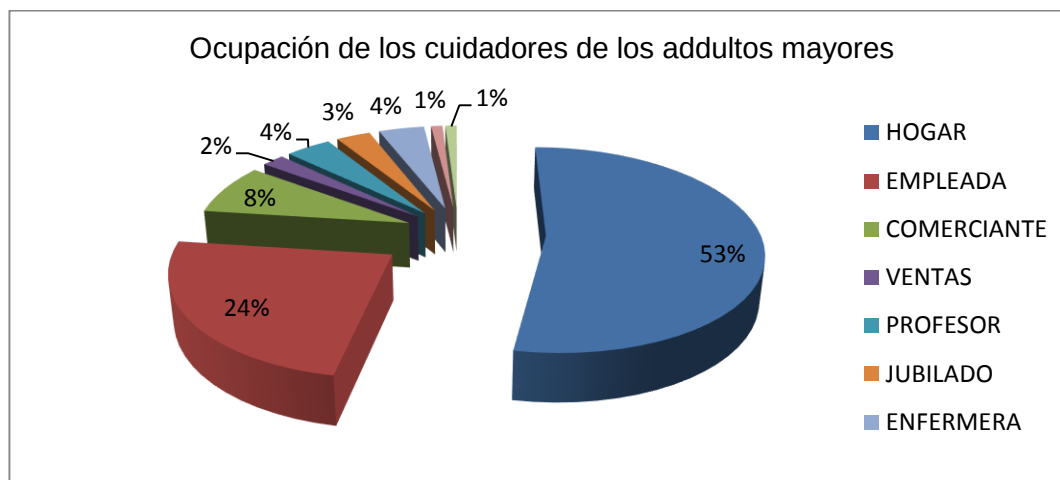
Ocupación del cuidador del adulto mayor.

	Frecuencia	Porcentaje
HOGAR	53	53.0
EMPLEADA	24	24.0
COMERCIANTE	8	8.0
VENTAS	2	2.0
PROFESOR	4	4.0
JUBILADO	3	3.0
ENFERMERA	4	4.0
ESTUDIANTE	1	1.0

MEDICO	1	1.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfica 5



Interpretación: El 53% de los cuidadores se dedica al hogar, el 24% son empleados, el 8% son comerciantes, el 4% profesor, el 4% enfermera, el 3%, el 1% estudiante, el 1% medico.

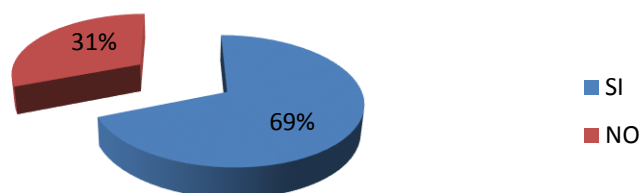
Tabla 6
Ingreso económico de los cuidadores de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje
SI	69	69.0
NO	31	31.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Grafica 6

Ingreso conómico del cuidador del adulto mayor



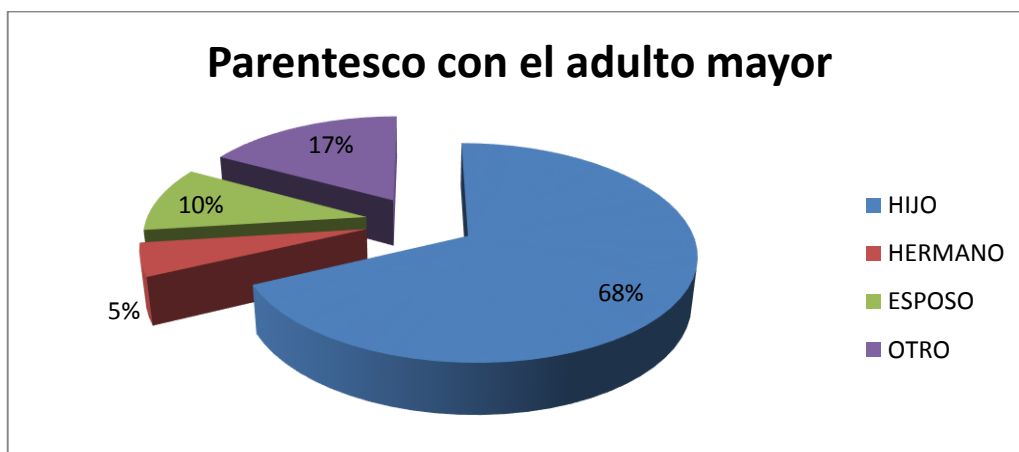
Interpretación: El 69% de los cuidadores cuentan con un ingreso económico mientras que el 31% no tiene ingreso económico.

Tabla 7
Parentesco con el adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
HIJO	68	68.0
HERMANO	5	5.0
ESPOSO	10	10.0
OTRO	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 7



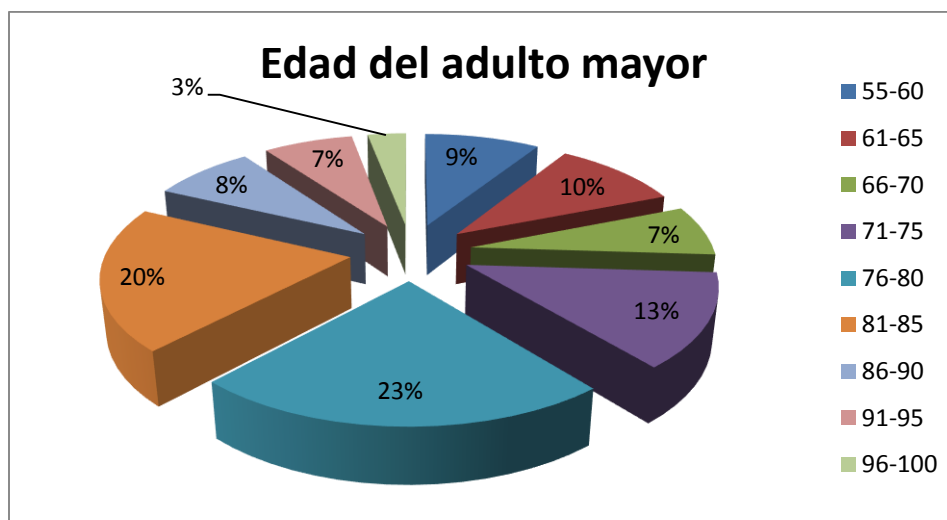
Interpretación: El 68 % de los cuidadores son hijos, el 17 % tiene otro parentesco, el 10 % son esposos y el 5 % son hermanos.

Tabla 8
Edad del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
55-60	9	9.0
61-65	10	10.0
66-70	7	7.0
71-75	13	13.0
76-80	23	23.0
81-85	20	20.0
86-90	8	8.0
91-95	7	7.0
96-100	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 8



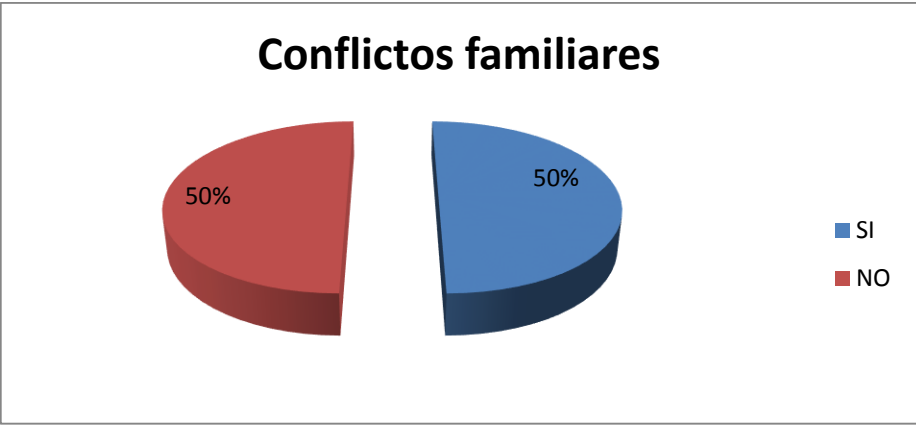
Interpretación: Se puede observar que el 23% son de una edad de 76-80, el 20% son de 81-85, el 13 % 71-75, el 10% 61-65, el 9% 55-56, el 8% 86-90, el 7 % 91-95, el 7 % 66-70 y solo el 3% 96-100.

Tabla 9
Conflictos familiares

	Frecuencia	Porcentaje
SI	50	50.0
NO	50	50.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 9



Interpretación: El 50% de los cuidadores refieren no tener conflictos familiares mientras que el otro 50% aceptan si tener conflictos.

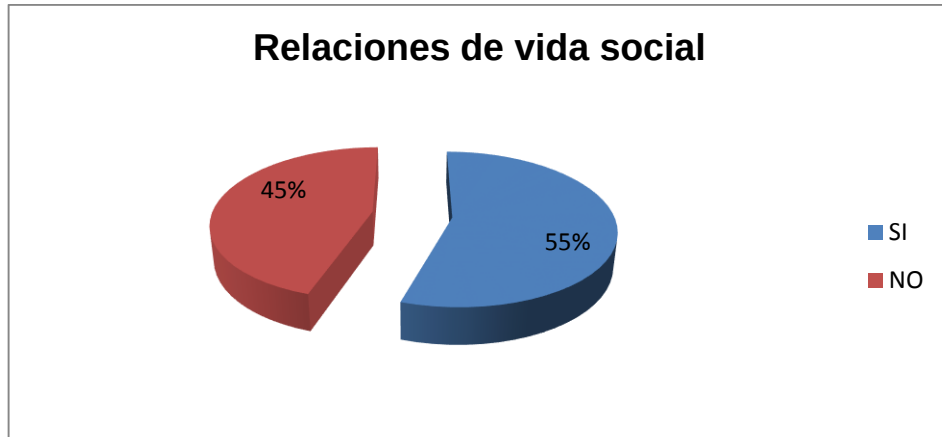
Tabla 10

Relaciones de vida social

	Frecuencia	Porcentaje
SI	55	55.0
NO	45	45.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 10



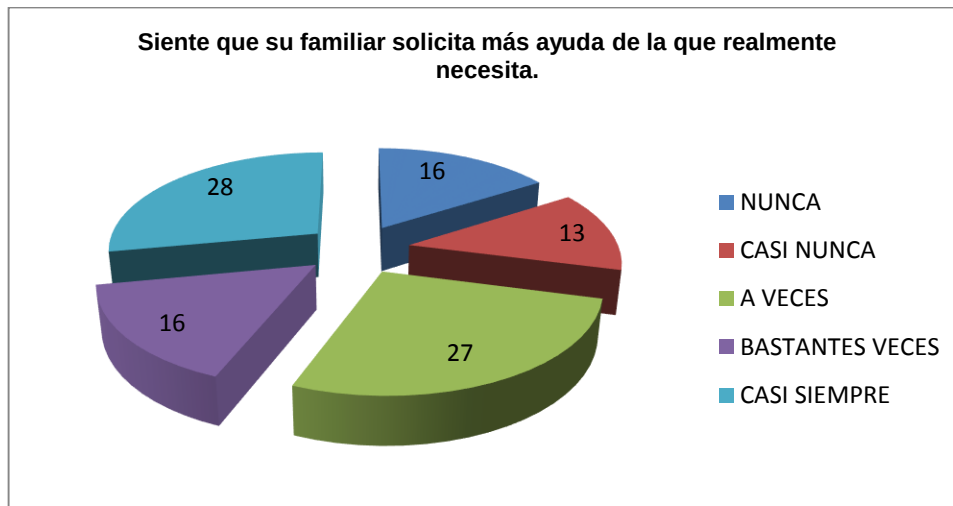
Interpretación: El 55% de los cuidadores si refiere tener conflictos de vida social, mientras que el 45 % refiere no tener conflictos

Tabla 11
Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	16	16.0
CASI NUNCA	13	13.0
AVECES	27	27.0
BASTANTES VECES	16	16.0
CASI SIEMPRE	28	28.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 11



Interpretación: El 28 % con un casi siempre, el 27 % a veces, el 16 % bastantes veces, el 13 % casi nunca y el 8.2 % nunca.

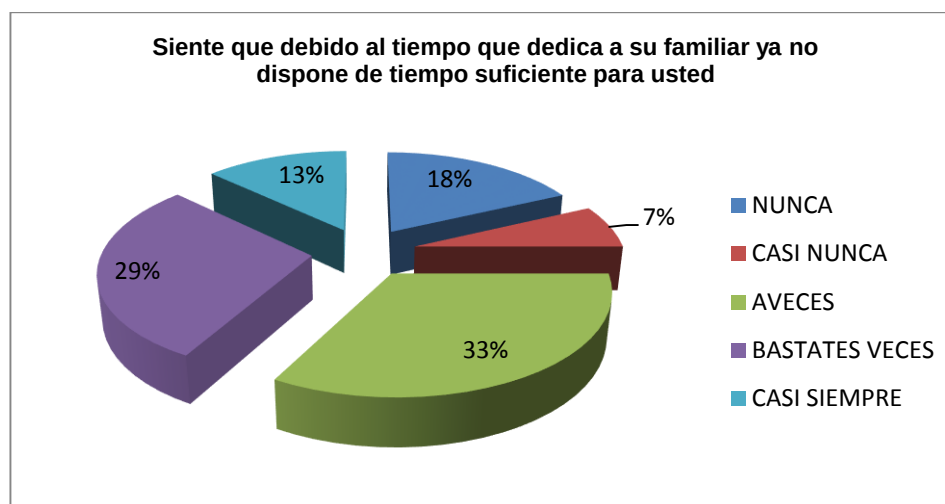
Tabla 12

Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	18	18.0
CASI NUNCA	7	7.0
A VECES	33	33.0
BASTANTES VECES	29	29.0
CASI SIEMPRE	13	13.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 12



Interpretación: El 33 % a veces, el 29 % bastantes veces, el 18 % nunca, el 13 % casi siempre y el 7 % casi nunca.

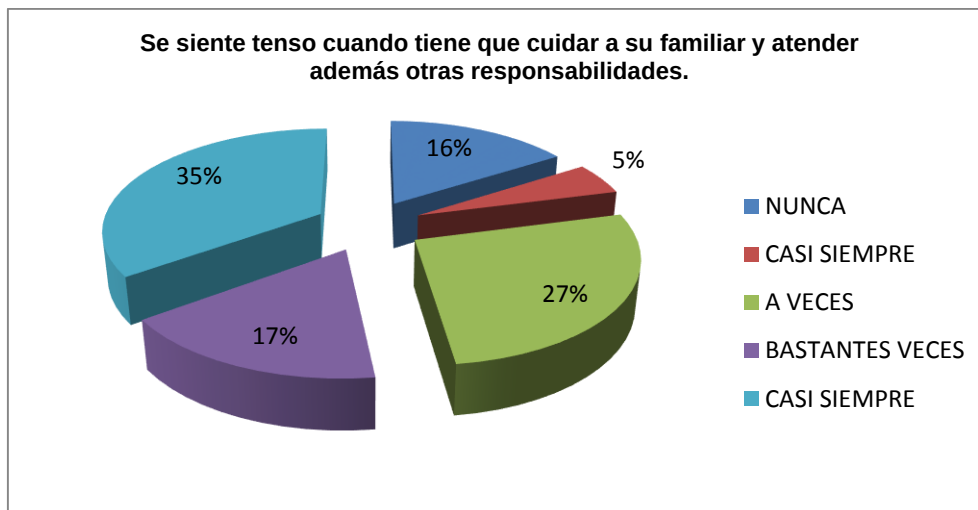
Tabla 13

Se siente tenso tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	16	16.0
CASI NUNCA	5	5.0
A VECES	27	27.0
BASTANTES VECES	17	17.0
CASI SIEMPRE	35	35.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 13



Interpretación: El 35 % casi siempre, el 27 % a veces, el 17 % bastantes veces, el 8.2 % nunca y el 5 % casi siempre.

Tabla 14

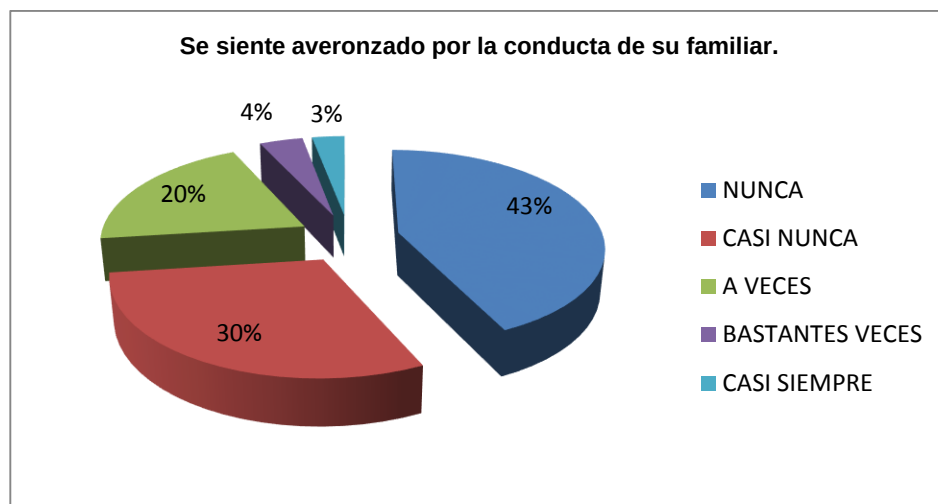
Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	43	43.0
CASI NUNCA	30	30.0
A VECES	20	20.0
BASTANTES VECES	4	4.0
CASI SIEMPRE	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Tabla 15
Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar

Gráfico 14

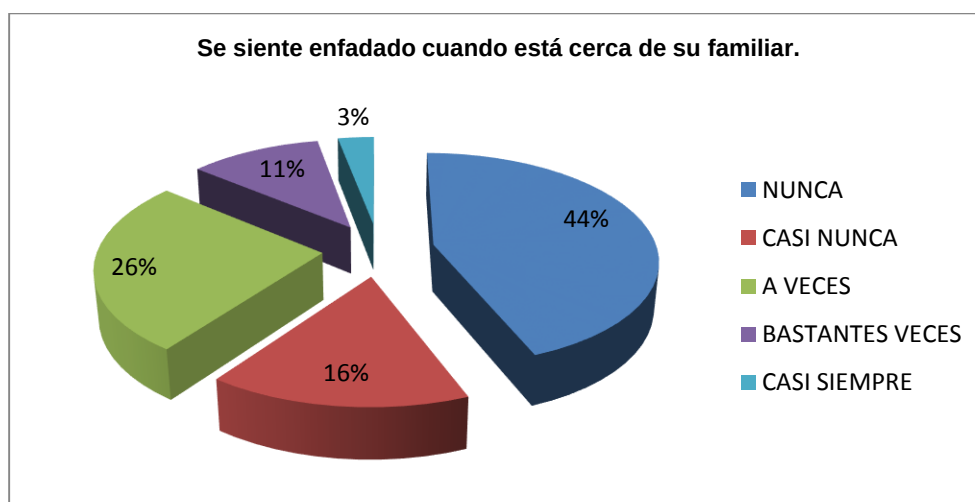


Interpretación: El 30 % corresponde a casi nunca, el 20 % a veces, 4% bastantes veces, el 3% nunca y el 3% casi siempre.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	44	44.0
CASI NUNCA	16	16.0
A VECES	26	26.0
BASTANTES VECES	11	11.0
CASI SIEMPRE	3	3.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 15



Interpretación: El 44 % respondieron que nunca, el 26 % a veces, el 16% casi nunca, el 11% bastantes veces y el 3 % casi siempre.

Tabla 16

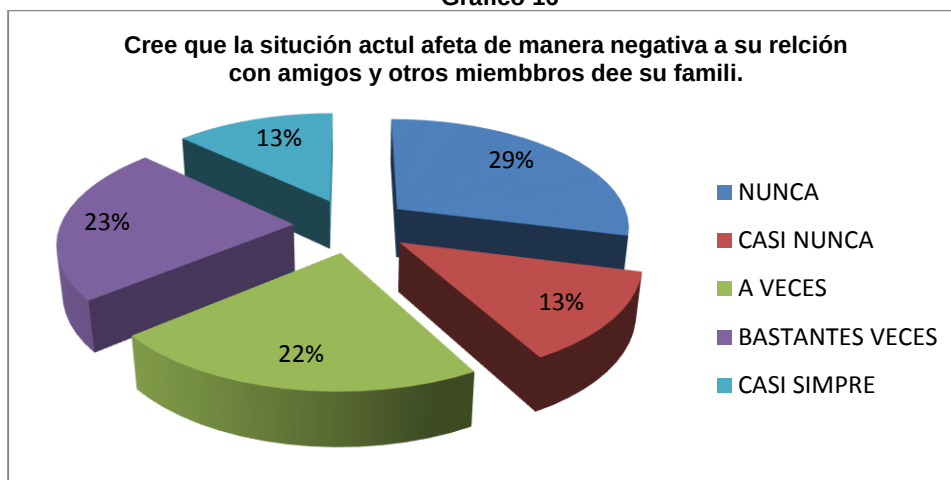
Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia.

	Frecuencia	Porcentaje

NUNCA	29	29.0
CASI NUNCA	13	13.0
A VECES	22	22.0
BASTANTES VECES	23	23.0
CASI SIEMPRE	13	13.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 16



Interpretación: El 29 % responde que nunca, el 23 % bastantes veces, el 22% a veces, el 13 % casi nunca y el 13% casi siempre

Tabla 17

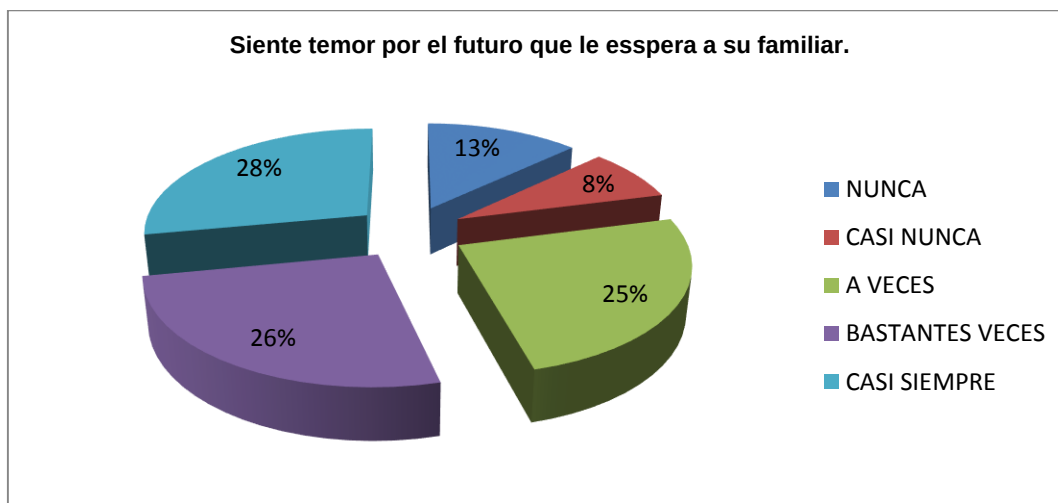
Siente temor por el futuro que le espera a su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	13	13.0
CASI NUNCA	8	8.0
A VECES	25	25.0

BASTANTES VECES	26	26.0
CASI SIEMPRE	28	28.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 17



Interpretación: El 28 % refiere que casi siempre, el 26 % bastantes veces, el 25 % a veces, el 13 % nunca, y el 8% casi nunca.

Tabla 18

Siente que su familiar depende de usted.

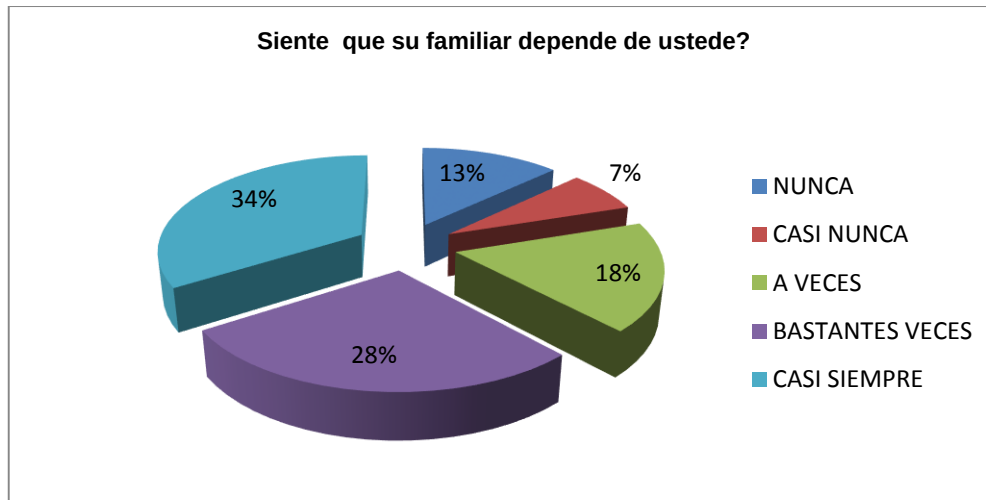
	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	13	13.0
CASI NUNCA	7	7.0
A VECES	18	18.0
BASTANTES VECES	28	28.0
CASI SIEMPRE	34	34.0

Tabla 18
Siente que su familiar depende de usted.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	13	13.0
CASI NUNCA	7	7.0
A VECES	18	18.0
BASTANTES VECES	28	28.0
CASI SIEMPRE	34	34.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Grafica 18



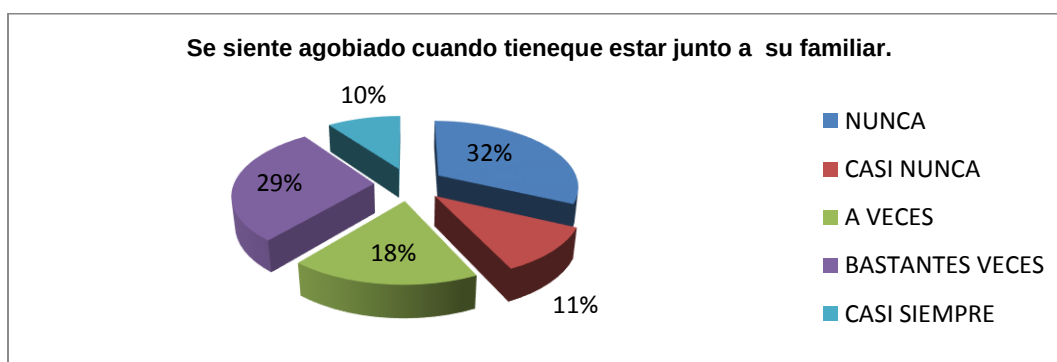
Interpretación: El 34% corresponde a casi siempre, el 28 % bastantes veces, el 18 % a veces, el 13 % nunca y el 7 % casi nunca

Tabla 19
Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	32	32.0
CASI NUNCA	11	11.0
A VECES	18	18.0
BASTANTES VECES	29	29.0
CASI SIEMPRE	10	10.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 19



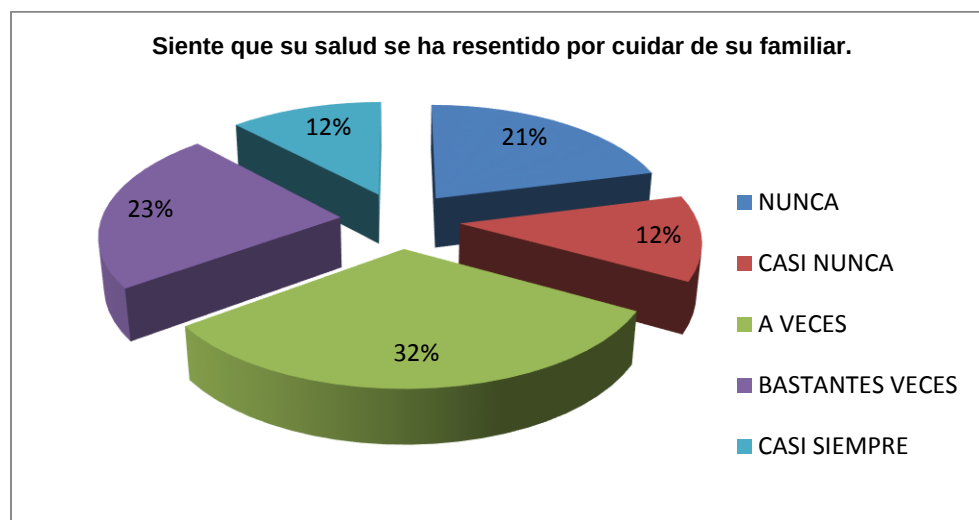
Interpretación: El 29 % corresponde a bastantes veces, el 18 % a veces, el 11 % casi nunca, el 10 % casi siempre, y el 8.2 nunca.

Tabla 20
Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	21	21.0
CASI NUNCA	12	12.0
A VECES	32	32.0
BASTANTES VECES	23	23.0
CASI SIEMPRE	12	12.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 20



Interpretación: El 32 % corresponde a veces, el 23 % bastantes veces, el 12 % casi nunca, el 12 % casi siempre, y el 8.2% nunca.

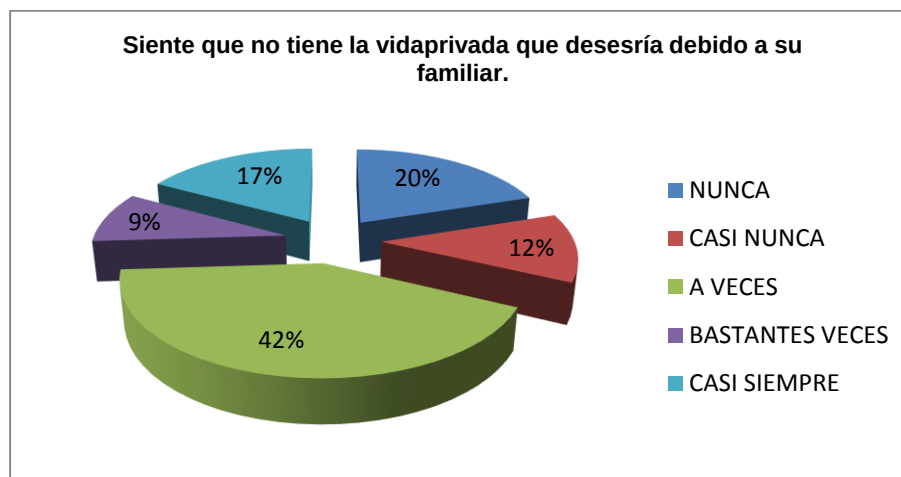
Tabla 21

Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	20	20.0
CASI NUNCA	12	12.0
A VECES	42	42.0
BASTANTES VECES	9	9.0
CASI SIEMPRE	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 21



Interpretación: El 42 % corresponde a veces, el 17 % casi siempre, el 12 % casi nunca, el 9 % bastantes veces y 8.2 % nunca.

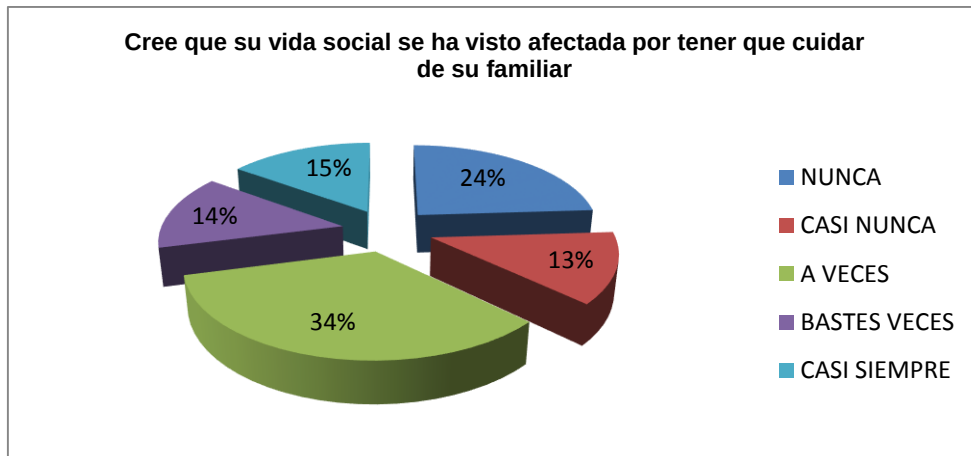
Tabla 22

Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	24	24.0
CASI NUNCA	13	13.0
A VECES	34	34.0
BASTANTES VECES	14	14.0
CASI SIEMPRE	15	15.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 22



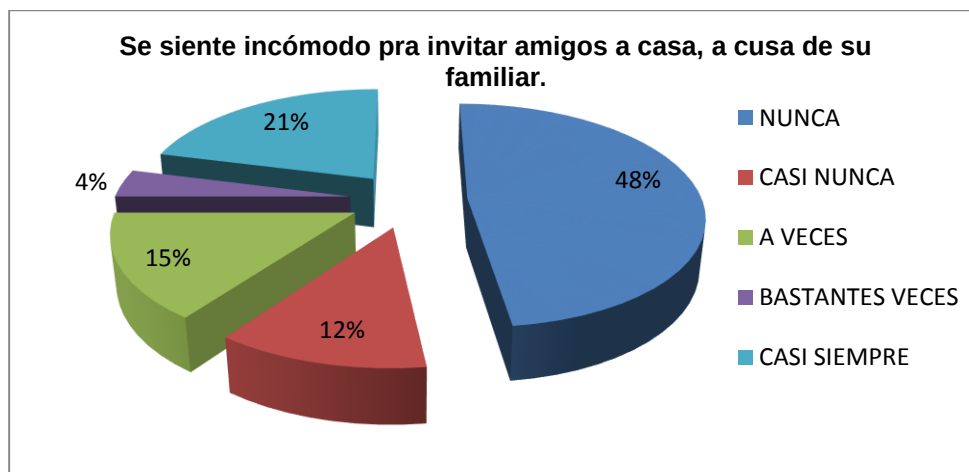
Interpretación: El 34 % refiere que a veces, el 15 % casi siempre, el 14 % bastantes veces, el 13 % casi nunca y el 8.2 % nunca.

Tabla 23
Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	48	48.0
CASI NUNCA	12	12.0
A VECES	15	15.0
BASTANTES VECES	4	4.0
CASI SIEMPRE	21	21.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 23



Interpretación: El 48 % refiere nunca, el 21% casi siempre, el 15 % a veces, el 12% casi nunca, y el 4% bastantes veces.

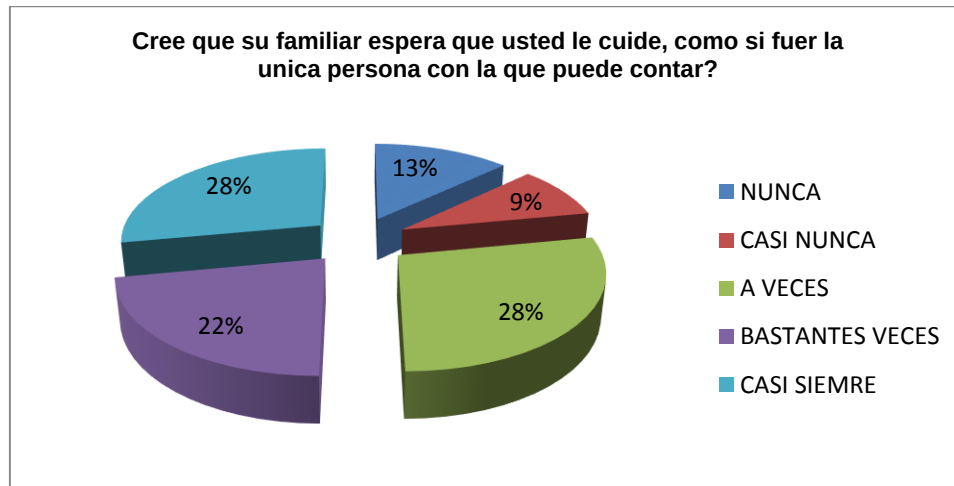
Tabla 24

Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	13	13.0
CASI NUNCA	9	9.0
A VECES	28	28.0
BASTANTES VECES	22	22.0
CASI SIEMPRE	28	28.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 24



Interpretación: El 28 % corresponde a casi siempre, el 28 % a veces, el 22 % bastantes veces, el 13 % nunca y el 9 % casi nunca.

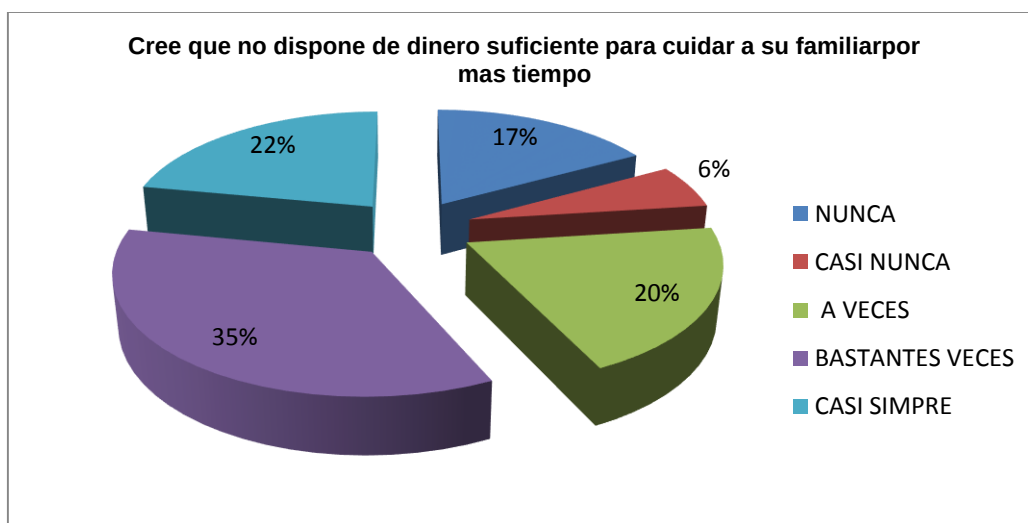
Tabla 25

Cree que no dispone de dinero suficiente para cuida a su familiar además de sus otros gastos.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	17	17.0
CASI NUNCA	6	6.0
A VECES	20	20.0
BASTANTES VECES	35	35.0
CASI SIEMPRE	22	22.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 25



Interpretación: El 35 % refiere bastantes veces, el 22 % casi siempre, el 20 % a veces, el 17 % nunca, y el 6 % casi nunca

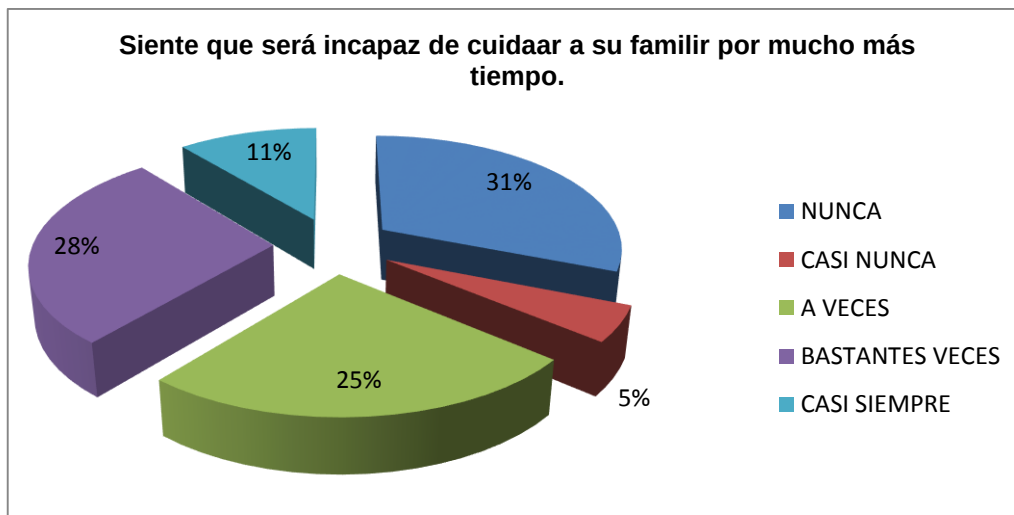
Tabla 26

Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	31	31.0
CASI NUNCA	5	5.0
A VECES	25	25.0
BASTANTES VECES	28	28.0
CASI SIEMPRE	11	11.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 26



Interpretación: El 28 % corresponde a bastantes veces, el 25 % a veces, el 11 % casi siempre, el 8.5 % nunca y el 5% casi nunca.

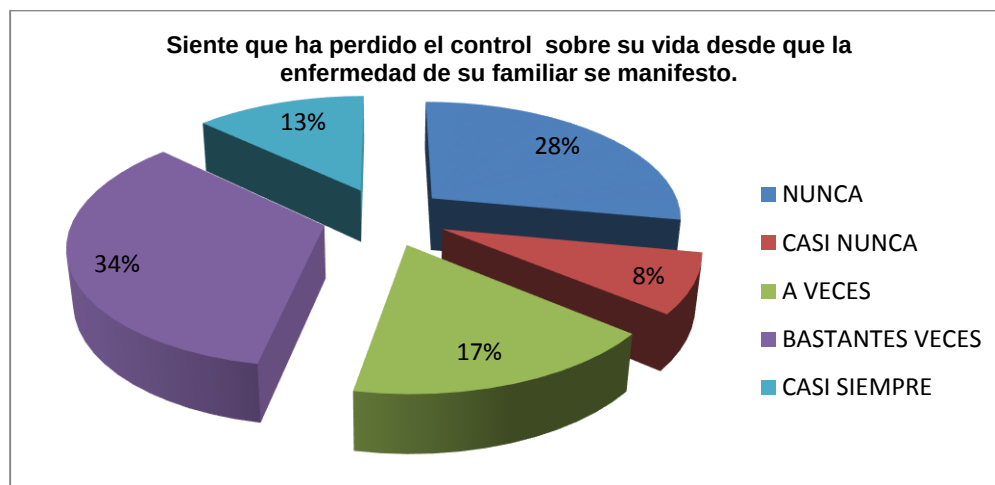
Tabla 27

Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	28	28.0
CASI NUNCA	8	8.0
A VECES	17	17.0
BASTANTES VECES	34	34.0
CASI SIEMPRE	13	13.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 27



Interpretación: El 34 % corresponde a bastantes veces, el 17 % a veces, el 13 % casi siempre, el 8.2 % nunca y el 8% casi nunca.

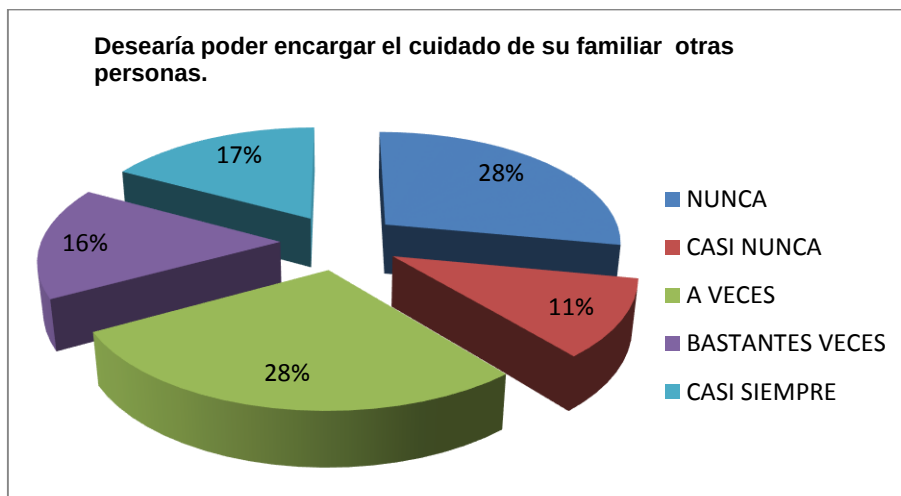
Tabla 28

Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	28	28.0
CASI NUNCA	11	11.0
A VECES	28	28.0
BASTANTES VECES	16	16.0
CASI SIEMPRE	17	17.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 28



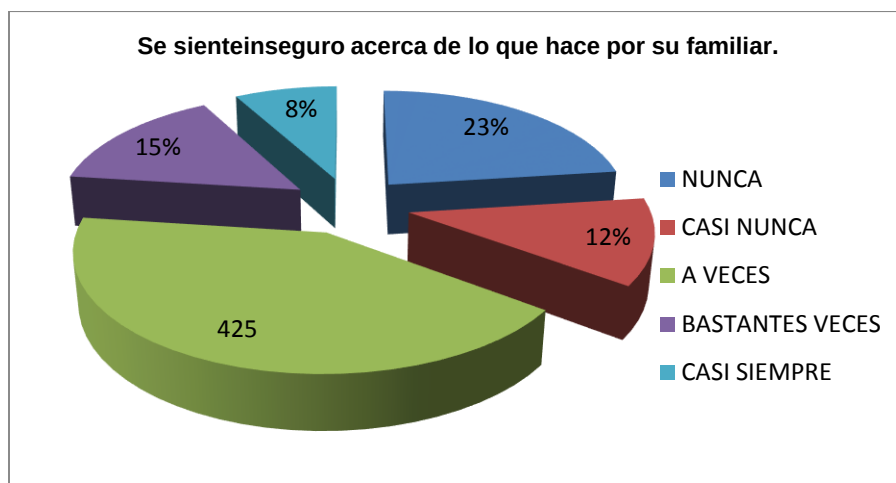
Interpretación: El 28 % corresponde a veces, el 28 % nunca, el 17 % casi siempre, el 16 % bastantes veces y el 11 % casi nunca.

Tabla 29
Se siente inseguro acerca de que debe hacer por su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	23	23.0
CASI NUNCA	12	12.0
A VECES	42	42.0
BASTANTES VECES	15	15.0
CASI SIEMPRE	8	8.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Grafico 29



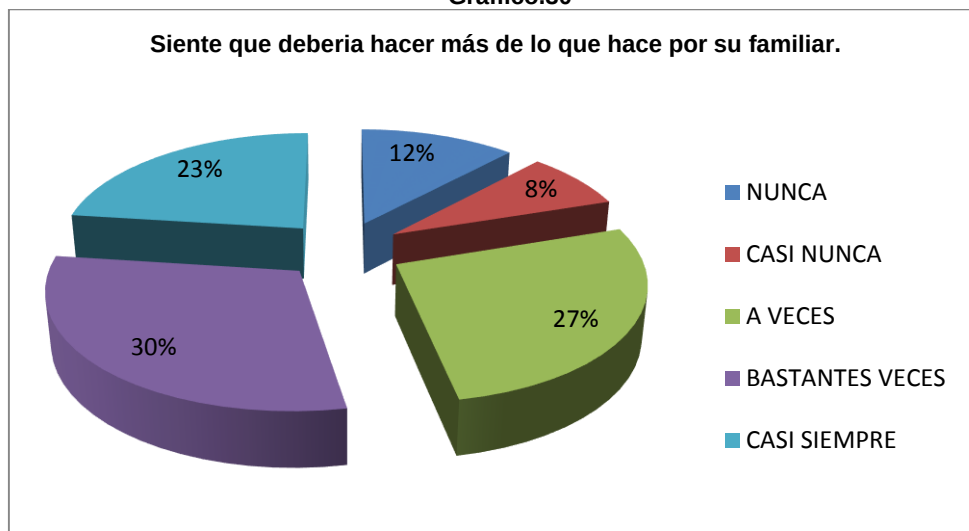
Interpretación: El 42% corresponde a veces, el 23 % nunca, el 15 % bastantes veces, el 12% casi nunca y el 8 % casi siempre.

Tabla 30

Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar.		
	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	12	12.0
CASI NUNCA	8	8.0
A VECES	27	27.0
BASTANTES VECES	30	30.0
CASI SIEMPRE	23	23.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Grafico.30



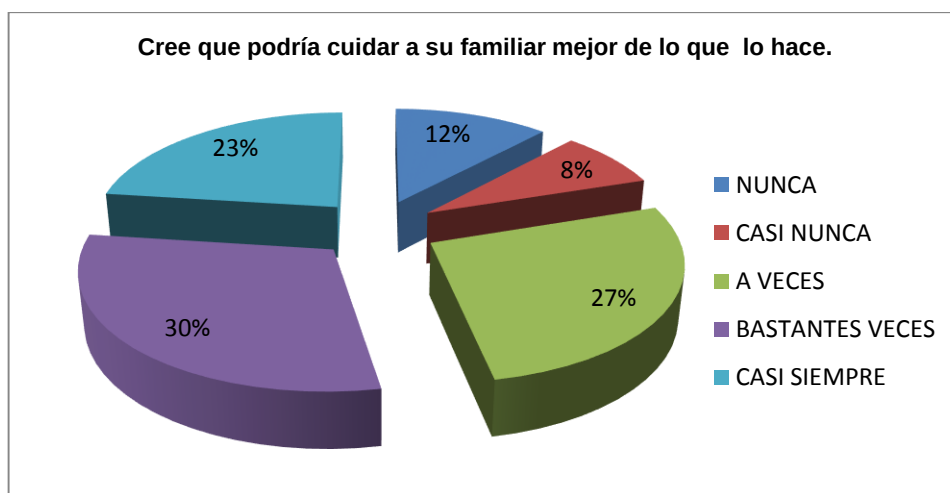
+Interpretación: El 30 % corresponde a bastantes veces, el 27 % a veces, el 23 % casi siempre, el 12 % nunca y el 8 % casi nunca.

Tabla 31
Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	12	12.0
CASI NUNCA	8	8.0
A VECES	30	30.0
BASTANTES VECES	22	22.0
CASI SIEMPRE	28	28.0
Total	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 31



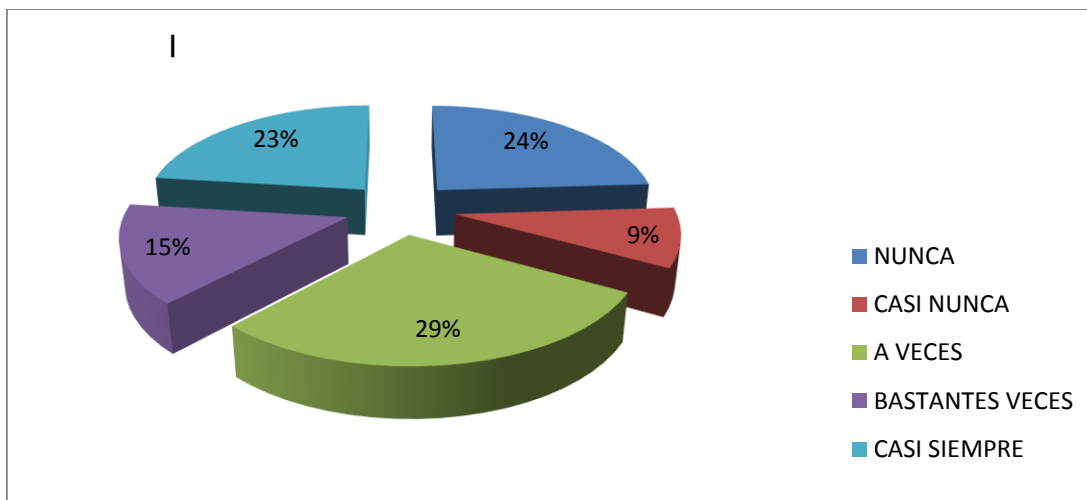
Interpretación: El 30 % corresponde a bastantes veces, el 27 % a veces, el 23 % casi siempre, el 12 % nunca y el 8 % casi nunca.

Tabla 32
En general: Se siente muy sobre cargado por tener que cuidar a su familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	24	24.0
CASI NUNCA	9	9.0
A VECES	29	29.0
BASTANTES VECES	15	15.0
CASI SIEMPRE	23	23.0
TOTAL	100	100.0

Fuente: Se encuesta a 100 cuidadores primarios del adulto mayor que acude a consulta a la clínica de Medicina Familiar N° 80 del IMSS de Morelia, Michoacán.

Gráfico 32



Interpretación: El 29 % corresponde a veces, el 24 % nunca el 23 % casi siempre, el 15 % bastantes veces y el 9 % casi nunca.

Referencias Bibliográficas

Andrade, S. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista *cubana* de salud pública.

Bustamante R., P. P. (2008). En B. R., Manual de Estrategias De Enseñanza-Aprendizaje (capítulo 2 ed., págs. 8-40). *Colombia*: pregón. Cardona d. maría, s. m. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. Facultad nacional de salud pública, 31(1), 10-17.

Carretero Gómez s, g. f. (s/f). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. España.

Castillo, o. i. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. REV MED INST MEX SEGURO SOC 2008, 485-494.

Cicerón. (45 a. c.). Cambio de Michoacán. Dueñas e. Martínez Ma, m. b. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia med*, 37(2), 1-7.

Elizabeth Flores g., e. r. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería, 29-41.

Espinoza E., M. V. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de los adultos mayores dependientes, en control en el consultorio "José Durán Trujillo. 70-71.

Félix, a. (2012). Significado de cuidar para el cuidado familiar de adultos mayores dependientes en *Matamoros Tamaulipas, México*: una perspectiva de género.

Tesis doctoral, universidad alicante España, departamento de enfermería, doctorado en enfermería y cultura de los cuidados, España.

Flores G., E. R. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 29-41.

Gabriela Aldana - González, L. G.-G. (2011). la experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. *Aquí chan*, 158-72.

García - Calvete, M. D. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta sanitaria*.

Gil, M. J. (2009). El de cuidador de personas dependientes y su repercusión sobre su calidad de vida y su salud. *Revista clínica de medicina familiar*.

González A., H.-C. R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en *México*. *Salud pública en México*, 49(4), 448-458.

Hayo Breinbauer Ka, H. V. (2009). Validación en chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de chile*, 657-665.

Hayo, H. V. (2009). Validación en chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de chile*, 657-665.

Kalache, A. (2003). Situación global del envejecimiento. En a. Kalache, consulta interregional sobre envejecimiento de la población organizada por el banco interamericano de desarrollo. *Washington*.

Lara L., D. M. (2001). Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev. Cubana enfermer*, 17(2), 107-111.

López Gil Ma., O. S. (junio de 2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista clínica de medicina familiar*, 2(7).

Martínez A, N. S. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia factores determinantes. *Anales sus san navarra*, 23(1), 101-110.

Montes, V. H. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *Papeles de la población*. redalyc.org, 12(50), 97-116.

Montorio I, F. M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de psicología*, 14(2), 229-246.

Noemí Lucero Islas Salas, B. R., & Guillén, M. D. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con epoc. *Revista del instituto nacional de enfermedades respiratorias*.

Péculo Carrasco JA. Rodríguez M, C. M. (2006). Cansancio del cuidador informal de la asistencia sanitaria urgente extra hospitalaria. *Tiempos vitales*. *Revista electrónica internacional de cuidados*, 6(1), 32-48.

Pinto N., B. L. (26 de agosto de 2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "cuidando a los cuidadores". Ribas j., c. a. (2000). Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev. Psiquiátrica fac. med. barna*, 27(3), 131-134.

Secretaría de salud, i. d. (2008). Guía técnica para la cartilla nacional de salud. Adultos mayores de 60 años y más. México, D.f. Sepúlveda F., N. R. (2001). Procesos Formativos en el aula: estrategias de enseñanza-aprendizaje. En S. F, Didáctica General para psicopedagogos (págs. 465-525). España: UNED.VT., P. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Revista *Cubana Med. Gen Integral* (21), 1-2.

Zamora, Z. E. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Índex de enfermería*.

Zamora, Z. E. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index Enferm*, 52-53.