



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



**EL ESTRÉS DEL CUIDADOR PRINCIPAL POR
DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ANCIANO**

T E S I S

**Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presentan

**ROCIO GONZÁLEZ SÁNCHEZ
DULCE ESMERALDA RAYO SALINAS**

281258

México, D. F. mayo del 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**EL ESTRÉS DEL CUIDADOR PRINCIPAL POR
DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ANCIANO**

TESIS GRUPAL

**Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Presentan

**ROCIO GONZÁLEZ SÁNCHEZ
DULCE ESMERALDA RAYO SALINAS**


Aseñor

M.E. Rosa María Ostiguín Meléndez

México, D. F. mayo del 2000.



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**EL ESTRÉS DEL CUIDADOR PRINCIPAL POR
DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ANCIANO**

TESIS GRUPAL

**Que para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**Presentan
ROCIO GONZÁLEZ SÁNCHEZ
DULCE ESMERALDA RAYO SALINAS**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida
A mis padres Francisco y Martha
Por su apoyo y paciencia
A Rocio, Rosario, Zoyla, Daniel y Abraham
Mis hermanos a quienes dedico este trabajo.
Dulce Esmeralda

A mis padres Estela y Pedro, por su apoyo y comprensión
por su dedicación para que nuestra familia saliera adelante.
A mis hermanos por su apoyo y sus palabras de aliento a lo
largo de mi carrera.

Con admiración: Rocío G.S.

A la Mtra. Rosa María Ostiguín M., a la
Dra. Lucina Sánchez, a Mercedes Juárez,
a Mónica Barragán y al Dr. L.M. Gutiérrez.
por su ayuda en el cumplimiento de esta
tesis.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCION	
1.FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION	4
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.....	4
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 UBICACIÓN DEL TEMA.....	5
1.4 OBJETIVOS.....	6
1.4.1 General	
1.4.2 Específico	
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1 EL ANCIANO EN MÉXICO.....	7
2.2 ESTRÉS.....	9
2.3 CUIDADOR	13
2.4 DEPENDENCIA FUNCIONAL.....	15
3.METODOLOGIA	18
3.1. HIPOTESIS.....	18
3.2. VARIABLES E INDICADORES.....	18
3.2.1 Independiente.....	18
3.2.2 Dependiente.....	18
3.2.3 Definiciones conceptuales.....	18
3.2.4 Definiciones operacionales.....	19
3.3. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	19
3.3.1 Tipo.....	19
3.3.2 Diseño.....	19
3.3.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	20

3.4.	TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADOS.....	20
3.4.1	Fichas de trabajo.....	20
3.4.2	Instrumentos.....	21
4.	INSTRUMENTACION ESTADISTICA	21
4.1	UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA.....	21
4.2	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	21
5.	ETICA DEL ESTUDIO	22
6.	RESULTADOS	23
7.	CONCLUSIONES Y DISCUSION	49
8.	SUGERENCIAS	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
	ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos realizamos diversas actividades de manera independiente , para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria , que se consideran indispensables para la supervivencia, así como para la socialización, que son: alimentarse, bañarse, vestirse, ir al baño, controlar esfínteres y trasladarse de un lugar a otro.

El aumento de la esperanza de vida en México ha llevado al incremento de la población anciana del país, aunado a ello el hecho de padecer enfermedades crónico degenerativas como son. Diabetes mellitus, cardiovasculares (hipertensión) y cáncer, así como sus respectivas complicaciones, provoca deterioro funcional del anciano en sus actividades diarias, así como la dificultad de realizar las actividades básicas de forma independiente, lo que conlleva a la existencia de una persona encargada de llevar acabo la satisfacción de estas necesidades, a la que denominamos cuidador.

El cuidado de un anciano generalmente lo asume un familiar (esposa o hijos), que desde el momento en que toma esta función su vida privada y familiar se ve afectada.

Existen diversos factores que condicionan que el cuidador sienta que ha perdido el control de su vida debido al tiempo que dedica al cuidado de su familiar. Estos factores pueden ser sociales, psicológicos y físicos.

El propósito de esta investigación es ver como se relaciona la dependencia funcional del anciano para que exista estrés del cuidador principal.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.

La familia nuclear constituye el espacio de referencia y convivencia cotidiana más inmediata de los adultos mayores. Para los ancianos las dificultades económicas y de salud nunca pueden predecirse, más aún si se toma en cuenta la transformación en los valores culturales y tradicionales, mismos que marcan una tendencia a considerar a los familiares ancianos como una carga heredada, nunca esperada, nada deseada, con exigencias económicas y sociales que afectan y obstaculizan no solamente a la persona mayor, sino también repercuten en el bienestar de los demás miembros de la familia.

El perfil epidemiológico de la población mexicana muestra que las enfermedades cardíacas son la principal causa de muerte entre las personas de 65 años y más, seguidas de las neoplasias malignas, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares, siendo éstas generadoras de enfermedades con el mayor deterioro funcional básico debido a las diversas complicaciones, esto se exagera si coexisten 2 o más enfermedades, lo que implica la presencia de una persona al cuidado del anciano, generalmente un miembro de la familia.

Con el aumento de la esperanza de vida, existe mayor proporción de seres humanos en edades avanzadas con algunos rasgos indicativos de deterioro funcional ya sea en actividades básicas o instrumentales. Es de esperarse el aumento en la proporción de personas con deterioro funcional mismas que se concentran en la disfunción de actividades básicas de la vida diaria conforme avanza la edad. Actualmente, se observa que existe mayor propensión a la discapacidad entre las mujeres (86.8%) comparada con la de los hombres (59.7%) Esto ocurre sobre todo a partir de los 85 años.

Un hecho a resaltar es que las necesidades de atención personal en la vejez, especialmente en cuanto a los quebrantos en la salud, son socialmente asignadas a mujeres jóvenes y solteras, con las consecuentes desventajas para su desarrollo social y personal. (1)

Esta situación no sólo ha sido documentada en países desarrollados, sino también tiene lugar en naciones como México, con sus propias características culturales y económicas. (2)

En México el proceso de envejecimiento demográfico implicará una cuantiosa reasignación de recursos para atender las necesidades de la población, en particular la demanda de servicios de salud y seguridad social. Entre 1998 y 2030 la población de 65 años y más aumentará 3.6 veces, hasta llegar a 15.5 millones esperando un incremento absoluto de 11.2 millones, lo que representará para los profesionales de la salud implementar acciones más eficaces para abordar a los ancianos con su familia. (3)

Planeando el panorama, el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia ha observado que algunos ancianos han perdido paulatinamente su capacidad funcional, por lo que en alguna medida, esto influye para que haya un parcial o total nivel de dependencia, dando pie a que por este motivo surjan dificultades en la dinámica familiar. Principalmente en el que desempeña el rol de cuidador primario, que generalmente lo asume la esposa (o) o una hija(o)

Dependiendo el tipo de patología que presenta el paciente y conforme avance la enfermedad se produce un desequilibrio, por la carga familiar, social y económica que esto representa.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se relaciona la dependencia funcional básica del anciano en el estrés del cuidador principal?

1.3 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema que se estudia en la presente investigación, se ubica tanto en el campo social por tratarse de aspectos familiares, como en enfermería por ser la profesión que intervendrá directamente en la orientación al cuidador principal.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

Conocer la relación de la dependencia funcional básica del anciano, en el estrés del cuidador principal.

1.4.2 Específicos

- ❖ Identificar la relación de la dependencia funcional básica en el estrés del cuidador principal.
- ❖ Identificación de indicadores de estrés del cuidador principal.

2. MARCO TEORICO

2.1 EL ANCIANO EN MÉXICO

DEMOGRAFIA

La situación demográfica de México responde a las transformaciones: políticas, sociales, económicas y culturales del país, aunque también son importantes las acciones educativas en favor de la salud, situación que ha promovido el cambio, dando lugar a la disminución de la mortalidad, mejores oportunidades de vida y bienestar. Las acciones políticas de la población afectan el número de habitantes y la estructura por edad, llevando un gradual incremento del envejecimiento demográfico, que se ve reflejado claramente en el aumento del número de personas de edades avanzadas.

En la población de México en 1930 había 16,903 millones de habitantes, de estos 445 mil eran personas de más de 65 años, para 1980 la población se multiplico por 3.9, al pasar a 66.559 millones de habitantes, de estos 2,342 millones son personas de más de 65 años, para las proyecciones demográficas, se advierte que llegará a 130,329 millones de habitantes y las personas que integrarán el grupo de más de 65 años será de 15,231 millones. (4)

EPIDEMIOLOGIA

La vejez es vista como expresión de fragilidad ante la salud, y por tanto la mayor preocupación en el envejecimiento es la atención de esta misma. Sus manifestaciones de fragilidad son importantes por que son degenerativas e incapacitantes y sus inicios no están marcados por eventos determinados, sino por el proceso lento y difuso de deterioro en la salud física y mental que acompaña y caracteriza el envejecimiento.

"Se trata de condiciones incurables y progresivas con consecuencias a largo plazo en cuanto a sufrimiento, costos y necesidades de apoyo. En la población envejecida son más graves los estados mórbidos y sus consecuencias no letales que la muerte misma." (5)

Los estudios muestran que las principales causas de muerte en los ancianos desde 1970 a 1995, son enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedad cerebrovascular, para hombres y mujeres en orden de importancia. En estas cifras es posible observar prevalecer en forma interesante las enfermedades crónicas y degenerativas. Las estadísticas muestran

que el proceso de incremento de la población adulta mayor se encuentra en marcha y continuará por algún tiempo. (6)

CULTURA Y ANCIANO

Es conocido el lugar destacado que tenían los ancianos en las sociedades prehispánicas de América. Entre los aztecas, por ejemplo, el individuo que había logrado sobrevivir a la guerra, las enfermedades y a los médicos y que llegaba a una edad avanzada formaba parte del consejo de ancianos del *calpulli* o barrio y desempeñaba un papel muy importante en la vida familiar y política, pudiendo disfrutar durante sus últimos años de una vida apacible y llena de honores. (7)

Actualmente existen marcas o situaciones sociales y culturales de la vejez, asociadas a la vida, como son el ser abuelos o quedar en la viudez. Vista funcionalmente puede tener diferentes dimensiones. Los factores económicos y sociales determinantes del envejecimiento se refieren al abandono de responsabilidades y de roles familiares y sociales, al retiro de la actividad en general y del trabajo en particular. Pero de los elementos que marcan la vejez, los más determinantes y claros son los que provienen de las condiciones de degradación de la salud por enfermedades crónicas y degenerativas e incapacitantes. (8)

“El proceso de envejecimiento implica obligaciones para la sociedad y el gobierno. Por su creciente importancia, se hace necesario tomarlo desde ahora muy en cuenta en la planeación económica y social. Dentro de los compromisos y responsabilidades destacan la seguridad social y la atención a la salud”. (9)

LA FAMILIA

La familia acompaña al hombre en toda su historia. Su estructura y sus funciones siguen, implícita y explícitamente, los propósitos de la sociedad. Así se habla de dos tipos de familias que responden a dinámicas básicamente distintas: la familia conyugal, y la familia consanguínea. Los principios básicos que rigen a una, se convierten en secundarios y hasta accidentales para la otra. (10)

El anciano dependiente suele partir de una posición de inferioridad, en cuanto deja de desempeñar el papel de cabeza de la familia, que se deriva hacia los hijos o en el cuidador. Cuando esto sucede, aparece una fuente de fricción en la familia, porque las personas mayores difícilmente renuncian al poder de mando que han tenido durante toda su vida.

Debe tomarse en cuenta la relación previa que existe entre el enfermo y cada uno de los miembros de la familia, el número de integrantes, las edades de éstos, su sexo y situación económica; ya que todo esto repercutirá tarde o temprano en la dinámica familiar y sobre la persona que sea el cuidador primario.

“Los problemas de la vida diaria para la familia de un anciano dependiente tienen orígenes diferentes y son conformados por factores y relaciones concurrentes. Los principales cambios ocurren en el papel que se desempeña y estos cambios se acompañan de confusión y ambigüedad. Las relaciones previas entre padres e hijos, cónyuges, hermanos o amigos se modifican a causa de los cambios en la salud y las capacidades del paciente. La incapacidad real o aparente para satisfacer las necesidades del anciano, por las personas que se encargan de cuidarlo, puede originar frustración, culpa, ira y resentimiento; lo que el anciano necesita es afecto y sentimiento de pertenecer a la familia. La fatiga que se produce por cuidar y vigilar al anciano, casi siempre cumpliendo horarios estrictos, agota rápidamente los recursos físicos y emocionales para permanecer en el centro de la situación. Estos factores añaden dificultad a la vida diaria de la familia del anciano enfermo y dependiente.

Las normas culturales definen las actitudes inter e intrageneracionales respecto del papel que debe desempeñarse y también la conducta de los miembros de la familia, cualquiera que sea su edad.” (11)

Cuando la familia del anciano dependiente se siente incapaz de manejar la vida diaria con todas las responsabilidades que implica cuidarlo, comienzan a ocurrir signos y síntomas de las dificultades que enfrenta, manifestándose en la persona que ha asumido el cuidado principal del anciano.

2.2 ESTRÉS

El estrés “es un tipo de relación que se establece entre un individuo y su medio ambiente, se da cuando aquél siente que las exigencias de éste sobrepasan sus posibilidades de enfrentamiento” (12) y ha sido considerado como un factor que influye en el proceso salud – enfermedad de los individuos.

Las autoras de éste informe de investigación lo definen como “la respuesta de desadaptación del cuidador principal por el aumento de la demanda de atención del anciano debido a la dependencia funcional.

Las alteraciones fisiológicas constituyen la expresión física de las emociones y forman parte del comportamiento de la persona afectada. Los síntomas de alteración fisiológica que se producen en los estados de estrés, generalmente son: dolor abdominal, pérdida o aumento de peso, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, regurgitación y acidez. Tomando en cuenta que

éstos son síntomas que corresponden a la descripción verbal de una sensación, de un estado de ánimo, o de alteraciones del aspecto del individuo o de su capacidad funcional sin olvidar que éstos pueden cambiar tanto en el aspecto cuantitativo como en el cualitativo de un individuo a otro.

"Los síntomas de una enfermedad y las alteraciones funcionales de la misma reflejan, por lo menos en parte, respuestas frente a la alteración de la homeostasia, así como los intentos de los organismos para normalizarla. La homeostasia exige la persistencia de una situación estable dinámica y con múltiples relaciones a diversos planos de la organización del sistema, desde el molecular al psicosocial, todos los cuales pueden afectarse a diversos niveles, de forma compleja e interrelacionada".

"Una de las consecuencias de la situación estable dinámica del conducto gastrointestinal es el equilibrio de ingestión, digestión y de excreción. Además de los controles neurofisiológicos que regulan los procesos de ingestión y de excreción, existen mecanismos psicológicos que regulan dicho comportamiento.

Los procesos de neurorregulación se basan en la recepción, la valoración, el almacenamiento y la transferencia de la información. Todos los niveles de organización del sistema nervioso se hallan dispuestos para responder a los cambios que se producen en el contenido de la información de su propio ambiente en términos de los patrones existentes en el momento actual, los cuales, a su vez, pueden ser modificados por datos procedentes de otros niveles, con la finalidad de mantener la homeostasia del organismo. La regulación neural se halla organizada de forma jerárquica. En el intestino, incluso en el plexo mientérico hay un grado considerable de integración y de respuesta a los estímulos de tipo sensitivo.

A nivel de la médula espinal existen arcos reflejos para la regulación autónoma de los procesos gastrointestinales, con sistemas moduladores e integradores superiores situados en el hipotálamo, el cerebelo, el limbo y la corteza cerebral. Los niveles superiores tienen por finalidad la organización del comportamiento de ingestión y de excreción, y la expresión de los mismos a nivel psicológico. Durante la vida del individuo, el cerebro se convierte en un archivo no sólo de la información heredada y adquirida a partir de los ambientes interno y externo, sino también de la que procede de los éxitos y fracasos del propio organismo para adaptarse a los cambios que experimenta en cada uno de esos tipos de ambiente".

LOS SINTOMAS GASTROINTESTINALES COMO INDICADORES DE ESTRÉS

Como se ha mencionado anteriormente, los síntomas gastrointestinales casi siempre son indicadores de la existencia de una alteración en la dinámica biopsicosocial del individuo, y por lo general estos trastornos se perciben en forma de sensaciones desagradables, son inespecíficos y reflejan la forma en que el

sujeto responde a determinadas situaciones en su dinámica básicamente de tipo social.

Regurgitación: la tensión emocional suele aumentar la tendencia a la regurgitación a través de mecanismos todavía desconocidos.

Diarrea: ciertos sujetos responden ante situaciones de amenaza o de peligro mediante el retorno a un complejo psicodinámico fisiológico más precoz como el reflejo infantil de la defecación posprandial.

Estreñimiento: el estreñimiento que suele aparecer en los estados de depresión, o cuando el individuo cede ante los problemas de la vida, probablemente es menos específico, e indica un descenso de la sincronización de los procesos fisiológicos y psicológicos, que es característico de las actitudes de conservación mediante retraimiento. (13)

Generalmente los síntomas que se presentan en estados de estrés están estrechamente ligados con etapas anteriores del desarrollo humano; principalmente en la infancia en la cual a partir de la interacción familiar y social se reciben diversos estímulos que de alguna manera afectan psicológicamente a los individuos. Estos estímulos son ignorados o reprimidos durante las etapas posteriores del desarrollo humano, pero en el momento en que se viven situaciones que comprometen la dinámica biopsicosocial se desencadenan éstos estímulos que estuvieron guardados durante mucho tiempo y que posteriormente se reflejarán en trastornos fisiológicos que comprometen la salud del individuo.

ESTRÉS PSICOLOGICO

Los factores psicológicos pueden contribuir directa o indirectamente a la etiología de varios trastornos físicos; en otros casos los síntomas psiquiátricos pueden ser una expresión directa de una lesión que afecta órganos neurales o endocrinos. También pueden presentarse síntomas psicológicos como una reacción a la enfermedad física. El empleo del término "psicosomático" nos refiere o habla sobre trastornos emocionales y las interrelaciones psicológicas con la enfermedad y la incapacidad somática.

El hecho de que el estrés psicológico pueda desencadenar o modificar el curso de enfermedades orgánicas de envergadura se conoce desde hace tiempo, pero es difícil de aceptar. Las emociones, evidentemente, pueden afectar el sistema nervioso autónomo y, de forma secundaria, el peristaltismo intestinal, la

sudación, cefaleas vagas, dolor y cólicos abdominales difusamente localizados, dolor de espalda o de cuello, dolor en las extremidades, etc.

Los efectos indirectos de los factores psicológicos pueden tener influencia en el curso de varias enfermedades.

Durante varios años se ha reconocido que los estados emocionales, especialmente cuando persisten durante largos períodos de tiempo, pueden afectar de manera profunda a diversos órganos del cuerpo, a veces, dañándoles de modo directo y otras predisponiéndolos a la infección o a la entrega frente a las causas precipitantes. (14)

Se ha reconocido desde hace mucho tiempo que el sistema autónomo toma parte en las reacciones emocionales.

El sistema autónomo se divide en simpático y parasimpático. El primero por lo general tiene unos efectos más difusos, mientras que pueden producirse ciertos efectos parasimpáticos sin que intervengan otras partes del sistema; por el contrario, el sistema simpático tiende a expresarse como un todo.

Usualmente los dos sistemas son antagónicos; el efecto que ejercen sobre un determinado órgano es opuesto. Sin embargo, este enfoque es excesivamente esquemático porque en muchas ocasiones ambos trabajan unidos actuando de modo sucesivo o complementario. El equilibrio de actividades puede vencerse de un lado o de otro, según el sistema que prepondere; o los dos sistemas tienden a elevarse o decrecer en conjunto. Por tanto, cuando contemplamos una fuerte actividad simpática se puede ver al mismo tiempo o tras un corto intervalo de tiempo, una fuerte actividad del segundo sistema.

Las emociones son siempre reacciones de la totalidad del organismo o del cuerpo en su conjunto.

Las emociones – a las que también podemos llamar afectos o sentimientos - se pueden presentar de manera más o menos intensa en determinadas situaciones. (15)

Saïamanca, S. define a los sentimientos como un conjunto de sensaciones, desagradables o agradables, de mi (yo), con algo externo que encumbren necesidades vitales para la persona. (16)

Cabe destacar que estos sentimientos son parte del ciclo vital de la familia, donde se mezclan penas y alegrías, y las necesidades que enfrentan pueden llevarse a cabo en forma armónica o en conflicto.

La ansiedad, la depresión, la frustración, la irritabilidad, el desánimo, son afecciones comunes producidas por el estrés psíquico y social, que pueden expresarse como síntomas en cualquier sistema corporal". (17, 18)

ESTRÉS PSICOSOCIAL

“El estrés psicosocial que produce conflictos y que requiere una respuesta adaptativa puede presentarse disfrazado de forma somática, con lo que parecen ser síntomas de enfermedad orgánica. A menudo, las alteraciones emocionales pasan inadvertidas o, incluso, son negadas por el paciente.

La vida material de las personas, de los seres humanos, en concreto, es lo primero. La vida psíquica es el derivado, el reflejo de la realidad objetiva. El pensamiento, las ambiciones, las creencias, etc. Tienen su origen en las condiciones de la vida material.

Algunos individuos son más vulnerables a determinadas tensiones – por ej. financieras o maritales – en tanto otros se ven más afectados por las amenazas a su status o a su prestigio. Entre las situaciones de estrés graves pueden incluirse los accidentes, las experiencias amenazadoras, el abandono o la pérdida de seres queridos, y las situaciones mantenidas de carácter interpersonal, ya sean matrimoniales, relativas al dinero, al trabajo y a otras circunstancias parecidas, fuente de tantos conflictos y preocupaciones”. (19)

2.3 CUIDADOR PRINCIPAL

Los cuidados que presta la familia y los servicios que proporcionan los organismos públicos se distinguen entre:

“Recursos formales: son las prestaciones y servicios sociales que proporcionan los organismos públicos y privados, (atención institucionalizada)

Recursos informales: es la atención que dispensan familiares, amigos, vecinos, así como organizaciones de voluntarios. Engloban a todos aquellos que ofrecen cuidados no remunerados, siendo la familia la principal unidad de apoyo a la persona mayor”. (20)

Gran parte de las personas dependientes reciben el cuidado que precisan fuera del sistema sanitario. La familia es la que proporciona, en mayor medida, el cuidado requerido. Existe un acuerdo unánime respecto a la importancia y magnitud del cuidado informal, ya que éste completa o sustituye la ausencia o deficiencia de provisión de los servicios formales. M.A Durán afirma que la “mayor parte de los cuidados de salud tiene lugar en los extremos del ciclo de vida (niños y ancianos) y fundamentalmente en el ámbito doméstico. Los incapacitados, en muchas ocasiones, no llegan a abandonarlo nunca, y los que trabajan son cuidados en gran medida en su hogar, cuando contraen enfermedades, sufren accidentes o simplemente envejecen”. (21)

En la mayoría de los casos de personas incapacitadas se observa que es la familia la que asume los cuidados, incluyendo a veces un cambio de domicilio del paciente o de su cuidador. (22)

Dentro de la familia, la prestación de cuidados no acostumbra repartirse equitativamente entre sus miembros, sino que existe un familiar denominado "cuidador principal" ("cuidador familiar" o cuidador informal"), que es aquel sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado. Este cuidador principal ha sido definido como la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad, y también la que permite seguir viviendo en su entorno y de una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente. (23) En definitiva, el cuidador principal asume la responsabilidad principal y los otros miembros de la familia y/o amigos, vecinos, etc. cuando existen, ayudan a éste. Hasta tal punto el cuidador principal asume la responsabilidad del cuidado, que se le hace difícil delegar parte de este trabajo y se crea una fuerte dependencia de éste hacia la persona cuidada. (24)

Los distintos estudios analizados confirman que las mujeres son las principales cuidadoras informales, ya que dentro de la familia, la prestación de los cuidados acostumbra recaer sobre ellas. El papel de la mujer en el cuidado de la salud de la población es decisivo. Es la principal agente en la toma de decisiones que implican la utilización de servicios sanitarios y la cuidadora directa en el ámbito doméstico. En un estudio dirigido por M.A.Durán, se cita mayoritariamente a la madre o ama de casa como la persona que se ocupa del cuidado de la salud (garantizan el cuidado y tratamiento de las personas dependientes por edad o discapacidad, las acompañan al médico, les realizan cuidados preventivos, vigilan la higiene personal, alimentación, etc. (25)

Diferentes estudios ponen de manifiesto que los cuidadores dedican mucho tiempo al cuidado, con una elevada carga física y mental, alterándose su vida a nivel emocional, laboral, social, etc. Algunos autores denominan a este conjunto de alteraciones que repercuten en todas las esferas del cuidador el "síndrome del cuidador". (26) Un sentimiento frecuentemente expresado por muchos cuidadores es el de sentirse física y emocionalmente atrapados, de tal forma que su vida se centra básicamente en el hecho de cuidar a alguien, sintiéndose incluso culpables si alguna vez pensaban en sí mismos (27) la ansiedad del cuidador es mayor cuando no dispone de ayuda y cuando la persona dependiente es un familiar de primer grado. (28)

Es importante señalar, sin embargo, que la mayoría de los estudios realizados en este campo se refieren a cuidadores de enfermos con demencia y/o ancianos, y en pocas publicaciones se detalla el tipo de cuidados que prestan los

cuidadores informales a personas dependientes que presentan otro tipo de patología o problema de salud ni las repercusiones de este cuidado en la calidad de vida del cuidador.

Todo ello pone de manifiesto que el cuidar a lo largo de mucho tiempo a personas discapacitadas, ancianos o moribundos, supone la renuncia a una parte de la propia vida del cuidador. Por ello, para que cuidar sea soportable, hay que tener en cuenta las condiciones materiales, afectivas y sociales de los cuidadores (29). En este sentido, los cuidadores refieren disponer de poca información sobre las posibilidades de acceso a servicios de ayuda (sanitarios, sociales, de voluntariado, etc). Manifiestan poco soporte material, moral y físico y una falta de atención y coordinación del sistema sanitario y social, debiéndoselas de arreglar como pueden, con las consecuencias que esto les pueda suponer. (30)

Otros estudios describen la forma en que se asignan los servicios formales a las familias que tienen un miembro anciano dependiente; los resultados evidencian que la asignación de dichos recursos se hace en base únicamente a las necesidades de los ancianos y a su grado de dependencia, pero no se tiene en cuenta la disponibilidad del sistema informal, ni la cantidad de cuidados informales ni los problemas y/o necesidades del cuidador y de su familia. (31)

A todo ello se debe añadir la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral. El crecimiento de la población activa femenina ha sido de un 36% entre 1976 y 1990. Ello nos indica la denominada doble presencia de las mujeres, es decir, el trabajo productivo y el trabajo reproductivo, o sea aquel que permite la vida en el hogar. (32)

Si las enfermeras son las profesionales capacitadas para cuidar, sus cuidados tienen que incluir, además de la persona dependiente, a todo el grupo familiar, ya que la enfermedad de una persona afecta a todo su entorno, especialmente a aquella persona sobre la cual recae el mayor peso de los cuidados.

2.4 DEPENDENCIA FUNCIONAL

La Organización Mundial de la Salud, ha señalado que: "la salud en el adulto mayor es mejor apreciada en términos del grado de funcionalidad, más que en el número o tipo de patologías existentes, y permite estimar el grado de apoyo que el paciente demanda de la comunidad o servicio de salud". (33) Por otro lado, la funcionalidad o estado funcional puede ser definido como "la capacidad que tiene la persona de llevar a cabo las actividades cotidianas que conducen a su bienestar" (34); tal capacidad depende de la posibilidad de integrar en forma equilibrada tres diferentes tipos de funcionamiento: biológico, psicológico y social.

“La pérdida de la capacidad funcional, es el indicador más sensible para identificar cualquier enfermedad aguda en el adulto mayor; dicha pérdida se manifiesta muchas veces hasta que el adulto mayor se ve expuesto a situaciones de estrés (depresión, hospitalización, cirugía, etc.)

El anciano pierde su independencia funcional, en mayor o en menor grado, por una serie de elementos frecuentes en la edad avanzada como:

- a) Los efectos del “desgaste” propios del envejecimiento, resultantes de un deterioro de la reserva homeostática que conduce a una susceptibilidad exagerada ante los estímulos nocivos del medio ambiente.
- b) La acumulación de procesos patológicos, que favorece el déficit funcional.
- c) ~~Los efectos adversos de la administración de múltiples fármacos~~ que con infortunada frecuencia se observan en este grupo de edad.
- d) La privación del soporte social.

Es bien conocida la presencia del deterioro orgánico y funcional propio de la edad avanzada, pero existe una gran variabilidad entre los individuos, característica primordial del envejecimiento.

Muchos problemas en estos pacientes (por su frecuencia, susceptibilidad de manejo e impacto en la calidad de vida del enfermo y su entorno familiar), tienen gran importancia en la medicina geriátrica. Estos son: deterioro cognoscitivo (demencia y delirium), incontinencia, inestabilidad y caídas, inmovilidad, desnutrición, deterioro sensorial (visión y audición), aislamiento, impotencia e iatrogenia, entre otros. Estos problemas pueden presentarse en forma insidiosa o aguda, aunados a patologías crónicas”. (35)

“La medida de la capacidad funcional para realizar las funciones de la vida diaria de forma independiente es de máxima utilidad y puede realizarse fácilmente. Existen fundamentalmente dos sistemas:

1.- escalas que cuantifican las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) La más conocida es el índice de Katz, que evalúa seis funciones: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, no padecer incontinencia y alimentarse por sí mismo que se puede graduar según las funciones perdidas.

2.- la escala que describe las actividades instrumentales incluye actividades más complejas necesarias para una vida independiente, (AIVD), es la de Lawton, que incluye las funciones de preparación de una comida, comprar los elementos necesarios, manejo financiero, tareas del hogar, el uso del transporte, toma de medicamentos y lavado de ropas. (36)

Los instrumentos de evaluación para las actividades de la vida diaria surgieron ante la necesidad de tener un indicador objetivo que funcionara como un índice de predictibilidad y que también sirviera para la evaluación de los resultados de tratamiento en ancianos y en los enfermos crónicos.

El objetivo principal de la evaluación funcional es la preservación de la función y la independencia del paciente.

3. METODOLOGÍA

3.1 HIPOTESIS

H1 La dependencia funcional básica genera estrés del cuidador principal.

H0 La dependencia funcional básica no genera estrés del cuidador principal.

3.2 VARIABLES E INDICADORES

3.2.1 Independiente.

Dependencia funcional básica.

3.2.2 Dependiente.

Estrés del cuidador principal.

3.2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

DEPENDENCIA FUNCIONAL: Estado en el que las personas, que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. Según la definición del consejo de Europa, 1998 (37)

ESTRÉS DEL CUIDADOR PRINCIPAL: Es un tipo de relación que se establece entre un individuo y su medio ambiente, se da cuando aquél siente que las exigencias de éste sobrepasan sus posibilidades de enfrentamiento. (38)

CUIDADOR PRINCIPAL: Es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad, y también la que permite seguir viviendo en su entorno y de una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente. (39)

3.2.4 DEFINICIÓN OPERACIONAL

DEPENDENCIA FUNCIONAL: Es cuando la persona requiere ayuda o asistencia importante para sus actividades de la vida diaria, principalmente por pérdida de independencia física.

ESTRÉS DEL CUIDADOR PRINCIPAL: Es una respuesta de desadaptación del cuidador principal por el aumento de la demanda de atención del anciano debido a la dependencia funcional.

CUIDADOR PRINCIPAL: Es la persona encargada – con un vínculo de parentesco o no – de ayudar a la satisfacción de necesidades del anciano, provee lo necesario para la supervivencia, (alimentación, vestido, movilización y atención médica) y sirve además de compañía.

3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.

3.3.2 Tipo

El tipo de investigación que se realizó es diagnóstica, descriptiva, y transversal.

Es diagnóstica, porque se estableció un diagnóstico situacional de lo que está sucediendo con la variable estrés del cuidador principal en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), descriptiva porque se describen todos los fenómenos que ocurren en torno a la variable estrés del cuidador principal en ancianos con dependencia funcional básica y que determina en cierta medida el comportamiento del familiar con el paciente; transversal porque esta investigación se realizó en un solo tiempo, es decir, durante los meses de enero a julio de 1999.(40,41)

3.3.3 Diseño

El diseño de la investigación se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- ❖ Asistencia a seminario de tesis e investigación en las instalaciones de la ENEO, en México, D. F
- ❖ Búsqueda de un problema de investigación en enfermería a partir de la práctica diaria del Servicio Social en la Clínica de Evaluación Geriátrica del INNSZ.

- ❖ Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones a fin de consultar las referencias bibliográficas necesarias para la construcción del marco teórico de la variable estrés del cuidador.
- ❖ Elaboración de los objetivos de la investigación, justificación y ubicación del tema.
- ❖ Elaboración de los instrumentos para aplicarlos en la muestra seleccionada.
- ❖ Diseño del universo de la población y la muestra de los sujetos de estudio de la presente investigación.
- ❖ Captura, recuento, y clasificación de datos para tabularlos en cuadros y gráficas.
- ❖ Elaboración de las conclusiones y recomendaciones finales, el glosario de términos, los anexos y apéndices y las referencias bibliográficas.

3.3.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de Inclusión: Cuidadores adultos (más de 18 años) mujeres y hombres de ancianos mayores de 65 años que acudan al INNSZ en el área de hospitalización que presenten dependencia funcional básica (escala de Katz), y que tengan un solo cuidador principal identificado.

Criterios de Exclusión: Cuidadores de ancianos que asistan a la consulta externa del INNSZ , que el anciano tenga cuidador profesional o que tenga más de 2 cuidadores.

Criterios de Eliminación para aquellos ancianos que no presenten dependencia funcional básica.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADOS

3.4.1 Fichas de trabajo

A través de las fichas de trabajo fue posible la recolección de toda la información, que fundamenta el problema y la hipótesis, para la construcción del marco teórico. En otras palabras, la elaboración del marco teórico que permite presentar toda la evidencia empírica que apoya la investigación.

3.4.2 Instrumentos

Para esta investigación se consideran 2 instrumentos:

El primero denominado escala de Katz que mide el deterioro funcional básico, que consta de 6 preguntas con 3 opciones de respuesta.

El segundo denominado estrés del cuidador principal que consta de tres apartados: ficha de identificación del cuidador, ficha de identificación del anciano y estrés del cuidador, realizado por González y Rayo (mayo 1999), con 46 preguntas.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

El universo lo constituyen el 100% del fenómeno de estudio para el INNSZ esto significa todos los cuidadores principales de ancianos que acuden a este centro.

La población son exclusivamente los cuidadores principales de ancianos mayores de 65 años que se hospitalizan en el INNSZ.

La muestra se obtuvo por conveniencia, se refiere a recopilar datos sujetos de estudio más convenientes, o sea recopilar datos de los elementos muestrales de la población que convenga más. (42)

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos se procesaron mediante la captura, recuento y clasificación para su tabulación en cuadros y gráficas. Para ello se utilizó el recuento de los datos para presentarlos en tablas.

3.4.2 Instrumentos

Para esta investigación se consideran 2 instrumentos:

El primero denominado escala de Katz que mide el deterioro funcional básico, que consta de 6 preguntas con 3 opciones de respuesta.

El segundo denominado estrés del cuidador principal que consta de tres apartados: ficha de identificación del cuidador, ficha de identificación del anciano y estrés del cuidador, realizado por González y Rayo (mayo 1999), con 46 preguntas.

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

El universo lo constituyen el 100% del fenómeno de estudio para el INNSZ esto significa todos los cuidadores principales de ancianos que acuden a este centro.

La población son exclusivamente los cuidadores principales de ancianos mayores de 65 años que se hospitalizan en el INNSZ.

La muestra se obtuvo por conveniencia, se refiere a recopilar datos sujetos de estudio más convenientes, o sea recopilar datos de los elementos muestrales de la población que convenga más. (42)

4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos se procesaron mediante la captura, recuento y clasificación para su tabulación en cuadros y gráficas. Para ello se utilizó el recuento de los datos para presentarlos en tablas.

5. ETICA DEL ESTUDIO

La siguiente investigación toma en cuenta los siguientes artículos; 13,16,18y 20 del capítulo I del título segundo que dice lo siguiente:

13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación así lo manifieste.

20. Se entiende por conocimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorice su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza y riesgos a que se someterá con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. (43)

RESULTADOS

CUADRO 1
EDAD Y SEXO DE LOS ANCIANOS
MAYO – JULIO, 1999.

EDAD	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	Fc	%	Fc	%
64-68	1	3.30	1	3.33
69-73	5	16.70	3	10.00
74-78	8	26.70	1	3.33
79-83	4	13.30	3	10.00
84-88	2	6.70	0	0.00
89- +	1	3.30	1	3.33
TOTAL	21	70.00	9	30.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En este cuadro es interesante observar que un 70 por ciento de la población pertenece al sexo femenino mientras que sólo el 30 por ciento son del sexo masculino.

CUADRO 2
ESCOLARIDAD DE LOS ANCIANOS
MAYO – JULIO, 1999.

ESCOLARIDAD	Fc	%
PRIMARIA	22	73.30
SECUNDARIA	3	10.00
LICENCIATURA	2	6.70
ANALFABETA	3	10.00
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo 1999.

Descripción: En este cuadro es importante observar que el 90 por ciento de la población tiene estudios, mientras que el 10 por ciento es aun analfabeta.

CUADRO 3
ESTADO CIVIL DE LOS ANCIANOS
MAYO – JULIO, 1999.

ESTADO CIVIL	Fc	%
SOLTERO	4	13.30
CASADO	7	23.30
VIUDO	17	56.80
DIVORCIADO	1	3.30
SEPARADO	1	3.30
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que la mayoría de los ancianos son viudos 56 por ciento, seguido por un 23.3 por ciento de casados y un 13.3 por ciento de solteros.

CUADRO 4
PROCEDENCIA DE LOS ANCIANOS
MAYO – JULIO, 1999.

PROCEDENCIA	Fc	%
DISTRITO FEDERAL	20	66.70
EDO. DE MEXICO	4	13.30
PROVINCIA	6	20.00
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal, González y Rayo 1999.

Descripción: En este cuadro es importante observar que un 66.70 por ciento de los ancianos viven en el D. F., mientras que el 20 por ciento provienen de provincia.

CUADRO 5
OCUPACIÓN DE LOS ANCIANOS
MAYO -JULIO, 1999.

OCUPACIÓN	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	Fc	%	Fc	%
Ama de casa	9	30.00	0	0.00
Obrero	0	0.00	1	3.30
Jubilado	0	0.00	1	3.30
Pensionado	0	0.00	1	3.30
Profesional	2	6.70	0	0.00
Comerciante	0	0.00	1	3.30
Campesino	0	0.00	4	13.50
Sin ocupación	10	33.30	1	3.30
TOTAL	21	70.00	9	30.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En este cuadro es importante observar que un 33.3 por ciento de las mujeres refiere no tener ocupación alguna, mientras que en los varones sólo es del 3.30 por ciento. Otro aspecto a resaltar es que el 30 por ciento de las mujeres se dedica al hogar como actividad principal.

CUADRO 6
SITUACION ECONOMICA DE LOS ANCIANOS
MAYO – JULIO, 1999.

SITUACION ECONOMICA	Fc	%
Los gastos son tales que no puedo cubrirlos.	4	13.30
Le resulta difícil cubrir sus gastos.	17	56.70
No tienen problemas financieros.	9	30.00
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que al mayor porcentaje de los ancianos les resulta difícil cubrir sus gastos (56.70%), mientras que al 13.30 por ciento sus gastos son tales que no puede cubrirlos.

CUADRO 7
FUENTE ECONOMICA DEL ANCIANO
MAYO – JULIO, 1999.

FUENTE ECONOMICA	Fc	%
Pensión	4	13.00
Hijos	22	74.00
Trabajo	1	3.00
Otros (sobrinos)	3	10.00
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal, González y Rayo, 1999.

Descripción: En este cuadro se observa que la fuente principal de ingresos para el anciano son los hijos con 74 por ciento, mientras que sólo el 3 por ciento los obtiene de su propio trabajo.

CUADRO 8
ENFERMEDADES QUE PADECEN LOS ANCIANOS
MAYO – JULIO 1999.

ENFERMEDADES	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	Fc	%	Fc	%
Diabetes Mellitus	6	20.00	6	20.00
Hipertensión Arterial	7	23.00	1	3.35
Cancer	1	3.40	1	3.35
Osteorritis	1	3.40	0	0.00
Histoplasmosis	0	0.00	1	3.35
Cardiopatía	2	6.60	0	0.00
Epilepsia	1	3.40	0	0.00
Osteoporosis	1	3.40	0	0.00
Colitis Crónica	1	3.40	0	0.00
Leucemia	1	3.40	0	0.00
TOTAL	21	70.00	9	30.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal, González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que el 20 por ciento de hombres y mujeres presentan Diabetes Mellitus como enfermedad crónica de base, y para el caso de Hipertensión arterial las mujeres presentan un alto porcentaje (23 por ciento) en relación a los hombres.

CUADRO 9
 NÚMERO DE AÑOS CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL.
 MAYO – JULIO, 1999.

NUMERO DE AÑOS	Fc	%
- 11 MESES	1	3.30
1 – 10 AÑOS	5	16.70
11 – 20 AÑOS	7	23.30
21 – 30 AÑOS	8	26.70
31 – 40 AÑOS	6	20.00
41 – 50 AÑOS	2	6.70
51 – 60 AÑOS	0	0.00
61 - + AÑOS	1	3.30
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal, González y Rayo, 1999.

Descripción: Es el cuadro se observa que , aproximadamente el 27 por ciento de los ancianos tienen entre 21 y 30 años de evolución con la enfermedad principal, mientras que solo el 3 por ciento tiene menos de 11 meses.

CUADRO 10
CAUSA PRINCIPAL DE HOSPITALIZACION
MAYO – JULIO, 1999.

CAUSA PRINCIPAL	Fc	%
❖ Pérdida de peso	4	13.40
❖ Hipoglucemia	2	6.80
❖ Deshidratación	4	13.40
❖ Colecistitis	2	6.80
❖ Cáncer	3	10.00
❖ Enf. vasc. cerebral.	2	6.80
❖ Hipertensión arterial	1	3.30
❖ Descompensación	1	3.30
❖ Úlcera por decúbito en miembro pélvico	1	3.30
❖ Hiperglucemia	1	3.30
❖ Pié diabético	1	3.30
❖ Colostomía	1	3.30
❖ Infarto	1	3.30
❖ Disnea	1	3.30
❖ Oclusión intestinal	1	3.30
❖ Dolor abdominal	1	3.30
❖ Temblor	1	3.30
❖ Prótesis de rodilla	1	3.30
❖ Absceso perineal	1	3.30
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador; González y Rayo, 1999.

Descripción: Es posible observar que las principales causas de hospitalización de los ancianos fueron pérdida de peso (13.40%), deshidratación (13.40%) y cáncer (10%) , encontrándose 17 causas más con menos de un 4 por ciento, que van desde hipertensión hasta abscesos perianales..

CUADRO 11
 EDAD Y SEXO DEL CUIDADOR PRINCIPAL.
 MAYO - JULIO, 1999.

EDAD	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	Fc	%	Fc	%
25 - 29 años	1	3.30	0	0
30 - 34 años	1	3.30	0	0
35 - 39 años	3	10.00	0	0
40 - 44 años	5	16.50	2	7.00
45 - 49 años	6	20.00	0	0
50 - 54 años	4	13.30	0	0
55 - 59 años	3	10.00	0	0
60 - 64 años	1	3.30	0	0
65 - 69 años	1	3.30	0	0
70 - 74 años	2	6.70	0	0
75 - + años	1	3.30	0	0
TOTAL	28	93	2	7.0

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal, González y Rayo, 1999.

Descripción: Se observa en el cuadro que la edad del cuidador principal esta comprendida entre 40 y 54 años de ellos, él 51 por ciento son mujeres y él 7 por ciento son hombres (dos varones).

CUADRO 12
 OCUPACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL ANTES DE DEDICARSE A CUIDAR
 DEL ANCIANO
 MAYO – JULIO, 1999.

OCUPACION	Fc	%
Empleado	9	30.10
Ama de casa	15	50.00
Comerciante	1	3.30
Desempleado	1	3.30
Cuidadores con pago	4	13.30
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal, González y Rayo 1999.

Descripción: En este cuadro llama la atención que el 50 por ciento son amas de casa, 16.8 por ciento son profesionistas, 13.30 por ciento son empleados y otro 13.30 por ciento son cuidadores con pago.

CUADRO 13
ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO – JULIO, 1999.

ESTADO CIVIL	Fc	%
Soltero	9	30.00
Casado	16	53.30
Viudo	2	6.70
Divorciado	1	3.30
Separado	2	6.70
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se identifica que el estado civil de los cuidadores, son en un 53.30 por ciento casados, mientras que el 3.30 por ciento es divorciado.

CUADRO 14
 ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR PRINCIPAL.
 MAYO – JULIO, 1999.

ESCOLARIDAD	Fc	%
Primaria	8	26.70
Secundaria	8	26.70
Preparatoria	1	3.30
Licenciatura	7	23.30
Carrera comercial.	2	6.70
Analfabeta	2	6.70
Técnico	2	6.60
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que la escolaridad del cuidador principal esta en las categorías de primaria, secundaria y licenciatura con un 76.70 por ciento, y sólo el 6.70 porciento son analfabetas.

CUADRO 15
 PROCEDENCIA DEL CUIDADOR PRINCIPAL
 MAYO – JULIO, 1999.

PROCEDENCIA	Fc	%
Distrito Federal	22	73.40
Edo. De México	4	13.30
Provincia	4	13.30
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En lo que respecta a la procedencia del cuidador se observa que el 73.40 por ciento son del Distrito Federal y el resto (26.60%) son foráneos.

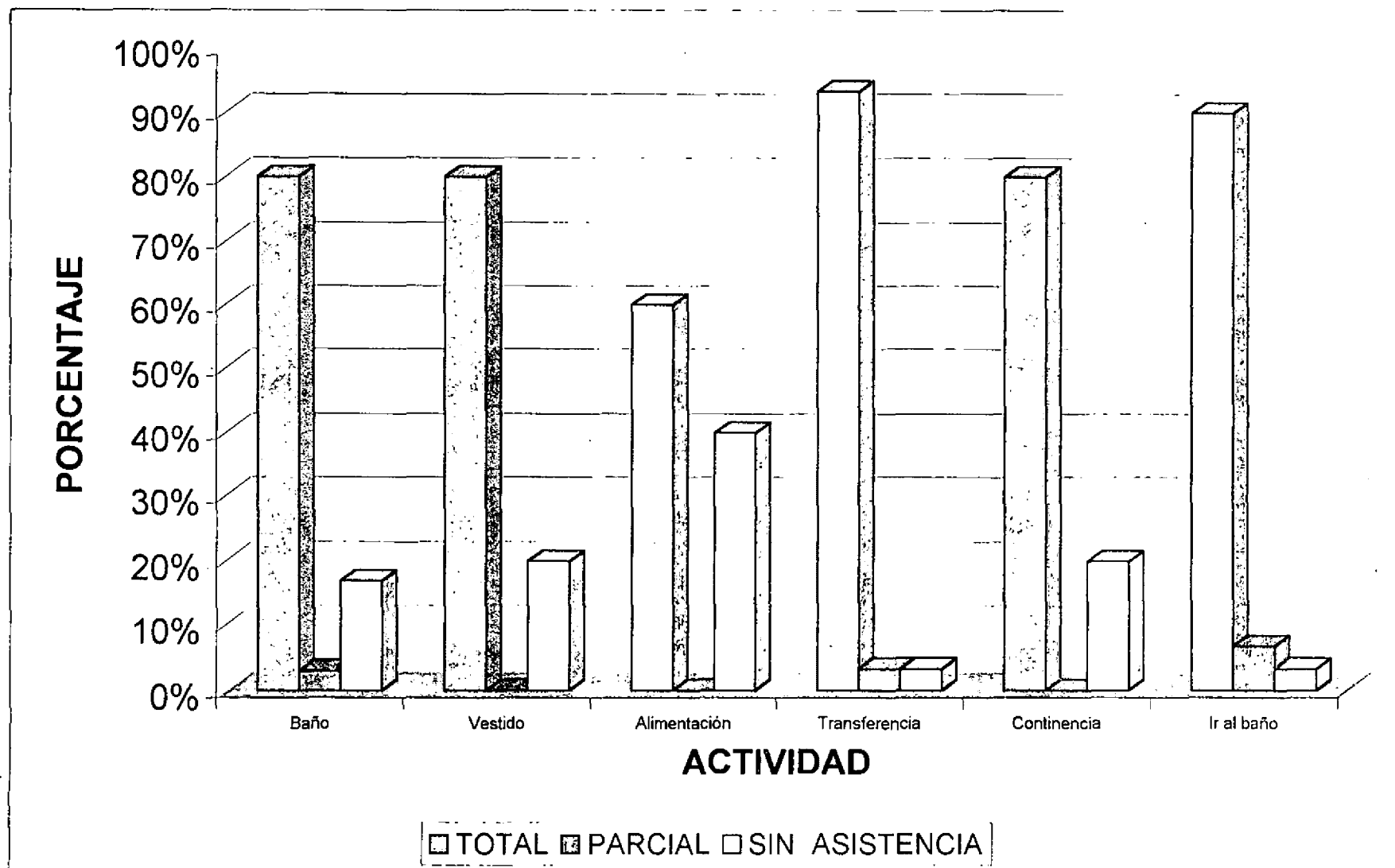
CUADRO 16
DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ANCIANO
MAYO – JULIO 1999.

ACTIVIDAD	ASISTENCIA TOTAL		ASISTENCIA PARCIAL		SIN ASISTENCIA	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Baño	24	80.00	1	3.00	5	17.00
Vestido	25	80.00	0	0.00	5	17.00
Alimentación	18	60.00	0	0.00	12	40.00
Transferencia	28	93.40	1	3.30	1	3.30
Continencia	24	80.00	0	0.00	6	20.00
Ir al baño.	27	90.00	2	6.70	1	3.30
TOTAL	31	80.00	4	3.00	146	17.00

Fuente: Escala de KATZ, S, Ford A, Moskowitz R, et al Studies of illness in the aged: The indice of ADL-a standardize measure of biological and psychosocial funcion. JAMA 1963 ; 185: 914-919. Copyright 1963, American Medical Asociation.

Descripción: En el cuadro se observa que el 80 por ciento de la población objeto de estudio es totalmente dependiente, mientras que sólo el 17 por ciento es independiente.

GRAFICA 1
DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ANCIANO
MAYO - JULIO 1999.



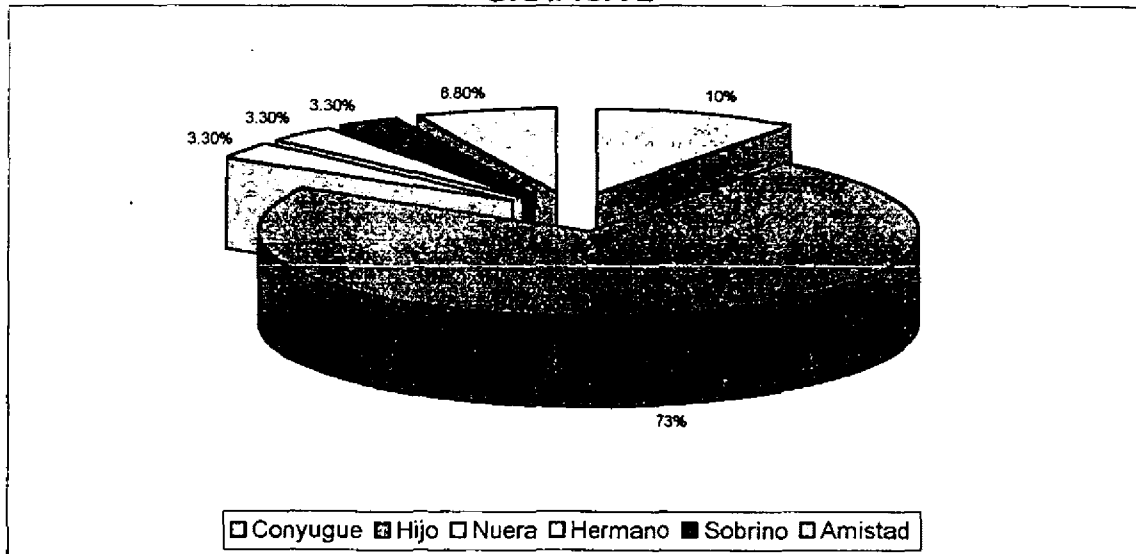
CUADRO 17
PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL ANCIANO
 MAYO – JULIO, 1999.

PARENTESCO	Fc	%
Conyugue	3	10.00
Hijo	22	73.30
Nuera	1	3.30
Hermano	1	3.30
Sobrino	1	3.30
Amistad	2	6.80
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999

Descripción: En el cuadro se observa que los cuidadores principales de los ancianos son hijos con 73.30 por ciento mientras que las amistades reportan el 6.80 por ciento.

GRAFICA 2



Fuente: Cuadro numero 17

CUADRO 18
MOTIVOS QUE INFLUYERON EN LA DECISION DEL ESTABLECIMIENTO DEL
CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO JULIO, 1999.

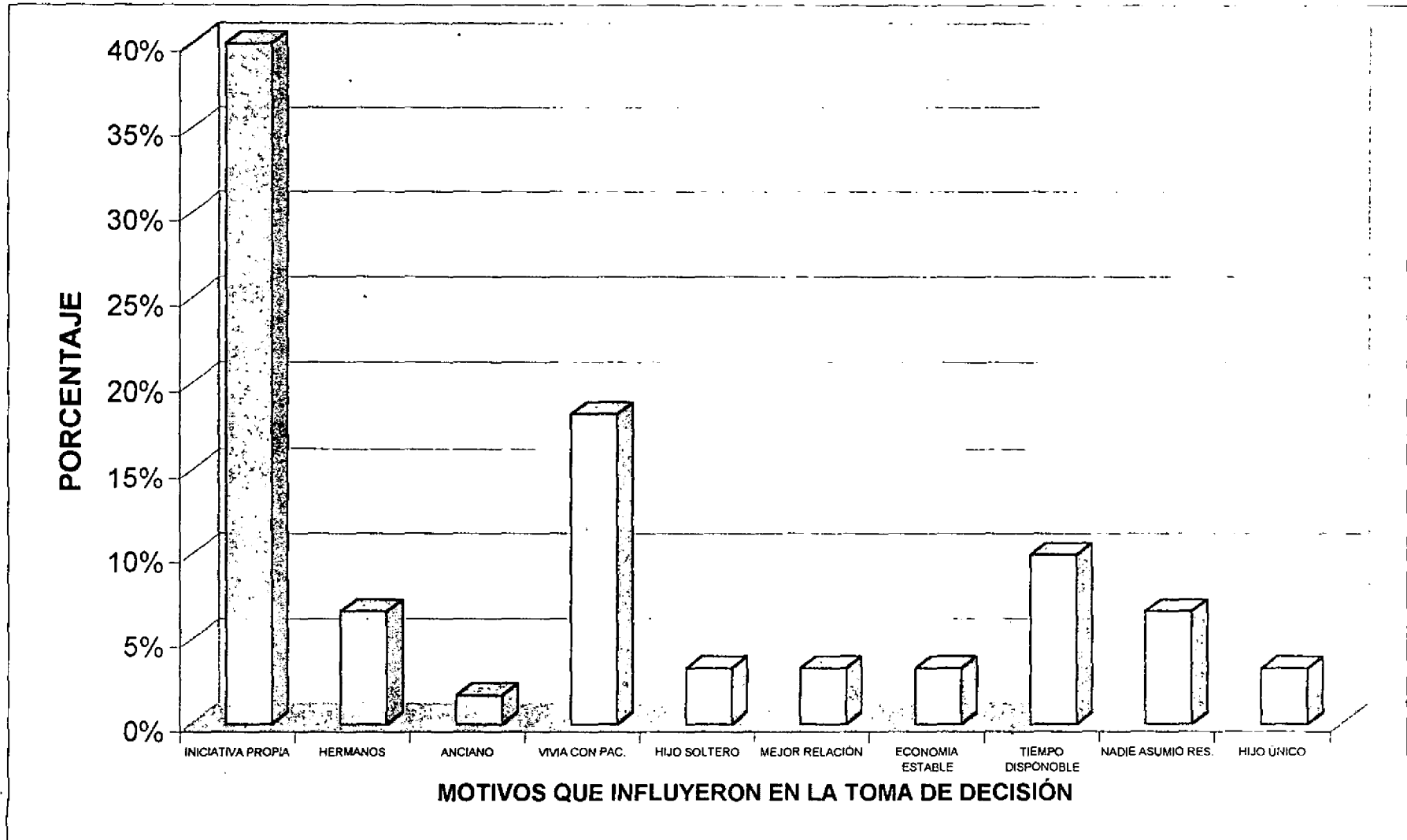
MOTIVOS	Fc	%
Iniciativa propia	24	40
Hermanos	4	6.70
Anciano	1	1.70
Vivia con el paciente	11	18.30
Hijo(a) soltero(a)	2	3.30
Establece mejor relación	4	6.70
Solvencia economica estable.	2	3.30
Tiempo disponible para atención del anciano	6	10.00
Ningún otro familiar acepto la responsabilidad	4	6.70
Hijo único	2	3.30
TOTAL	60	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro es importante observar que el 40 por ciento de los cuidadores tomó la decisión por iniciativa propia, seguido por los que vivían con el paciente (18.30%), mientras que sólo en el 1.70 por ciento fue el mismo anciano quien tomó tal decisión.

GRAFICA 3

MOTIVOS QUE INFLUYERON EN LA DECISION DEL ESTABLECIMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL.



Fuente: Cuadro número 18

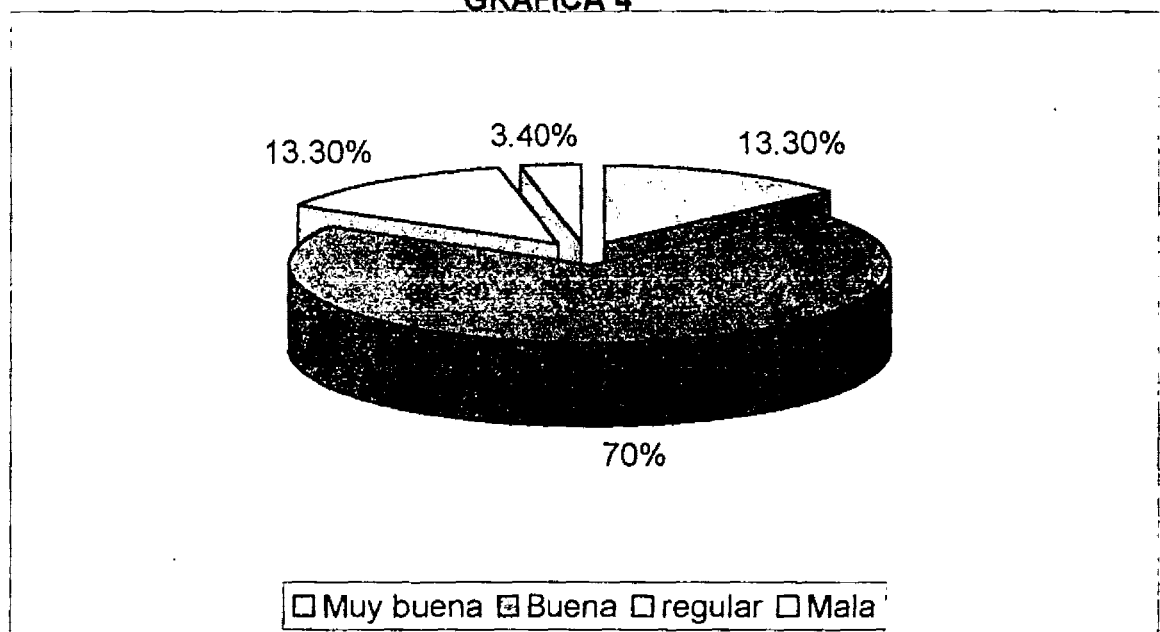
CUADRO 19
RELACION DE LA FAMILIA Y EL CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO – JULIO, 1999.

RELACIÓN	Fc	%
Muy buena	4	13.30
Buena	21	70.00
Regular	4	13.30
Mala	1	3.40
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que la relación de la familia con el cuidador principal es buena en el 70 por ciento, mientras que el 3.40 por ciento refiere una relación familiar mala.

GRAFICA 4



Fuente: Cuadro número 19

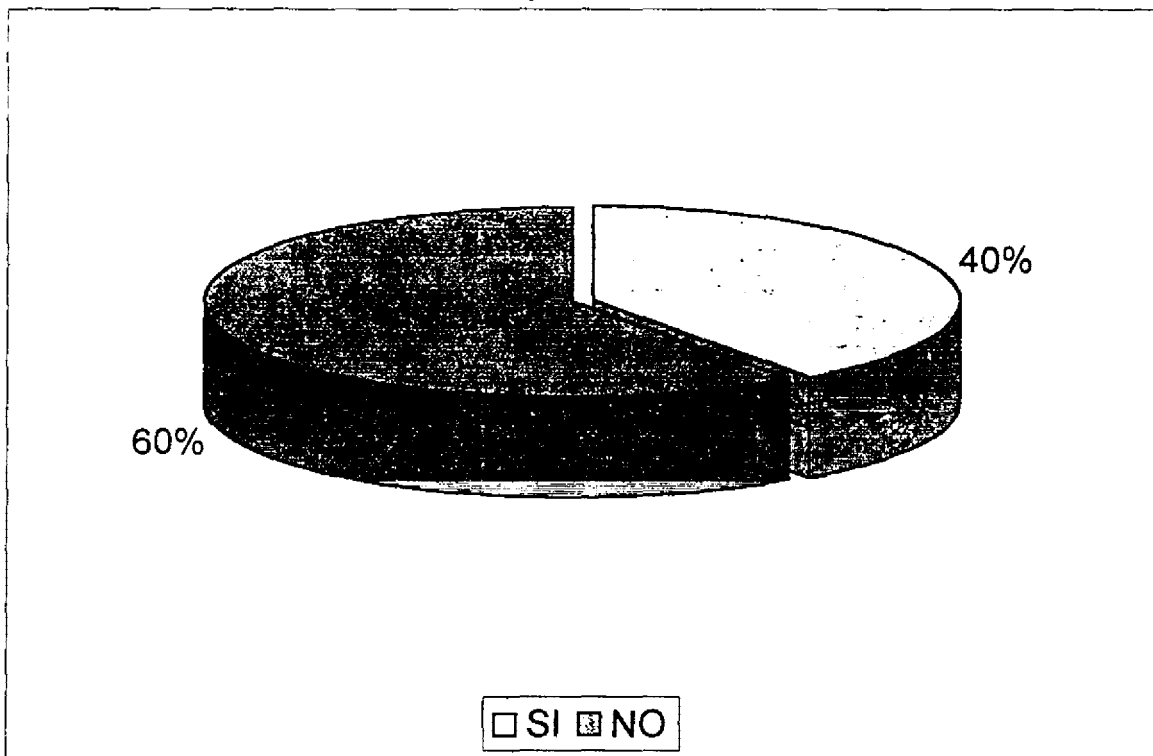
CUADRO 20
DISPONIBILIDAD DE TIEMPO DEL CUIDADOR PARA REALIZAR OTRAS
ACTIVIDADES
MAYO – JULIO, 1999.

DISPONIBILIDAD	Fc	%
SI	12	40.00
NO	18	60.00
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción. En este cuadro se observa que el 60 por ciento de los cuidadores no dispone de tiempo para realizar otras actividades.

GRAFICA 5



Fuente: Cuadro número 20

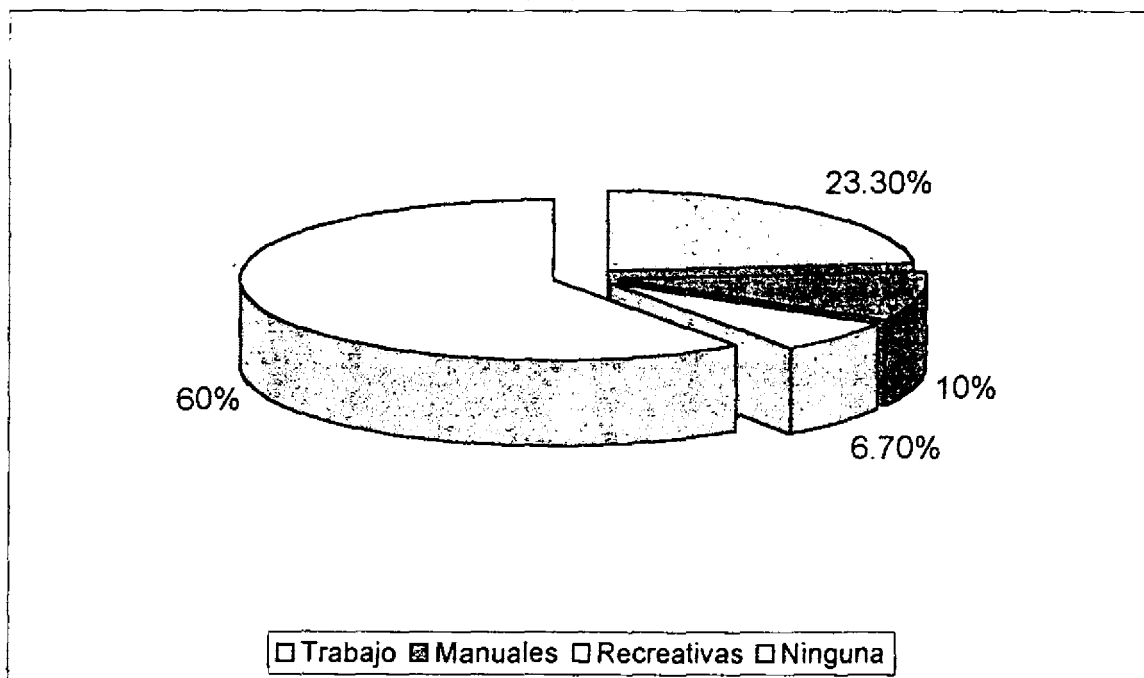
CUADRO 21
ACTIVIDADES QUE REALIZA EL CUIDADOR ADEMAS DE CUIDAR
AL ANCIANO
MAYO – JULIO, 1999.

ACTIVIDADES	Fc	%
Trabajo	7	23.30
Manuales	3	10.00
Recreativas	2	6.70
Ninguna	18	60.00
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que los cuidadores trabajan en un 23.30 por ciento además de cuidar al anciano, a pesar de que un 60 por ciento ya no puede realizar otra actividad.

GRAFICA 6



Fuente: Cuadro número 21

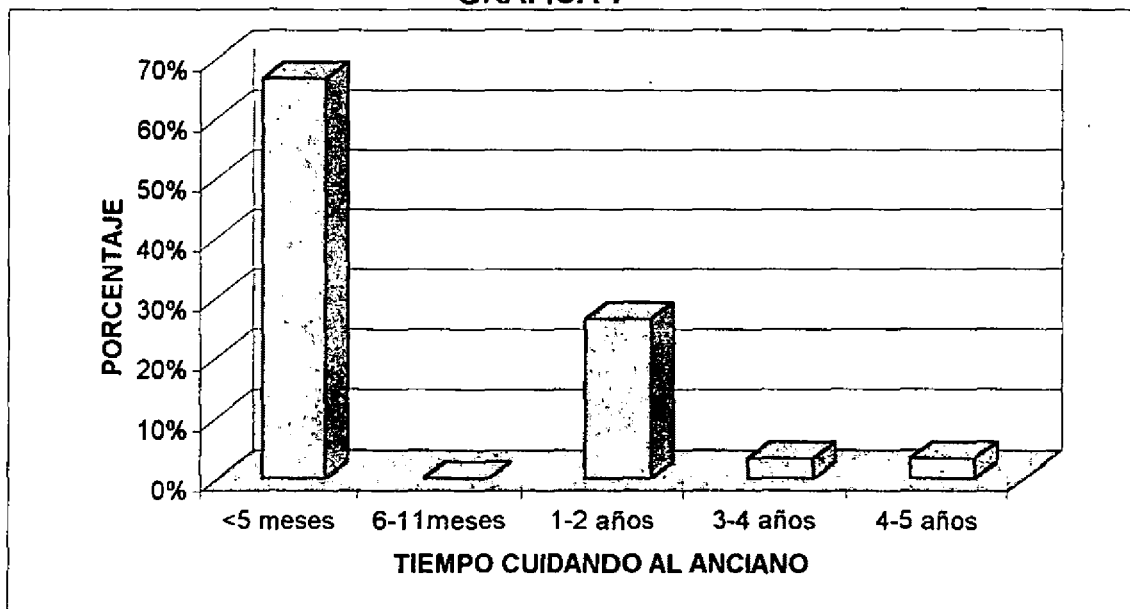
CUADRO 22
TIEMPO DESDE QUE SE INICIO EN EL CUIDADO DEL ANCIANO
MAYO – JULIO 1999.

TIEMPO	Fc	%
- De 5 meses	20	66.80
6 meses – 11 meses	0	0.00
1 año – 2 años	8	26.60
3 años – 4 años	1	3.30
4 años – 5 años	1	3.30
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro llama la atención que el 66.80 por ciento de los cuidadores tiene menos de 5 meses cuidando al anciano seguido con un 26.60 por ciento entre 1 y 2 años, mientras que el 6.60 por ciento tiene entre 3 y 5 años.

GRAFICA 7



Fuente: Cuadro número 22

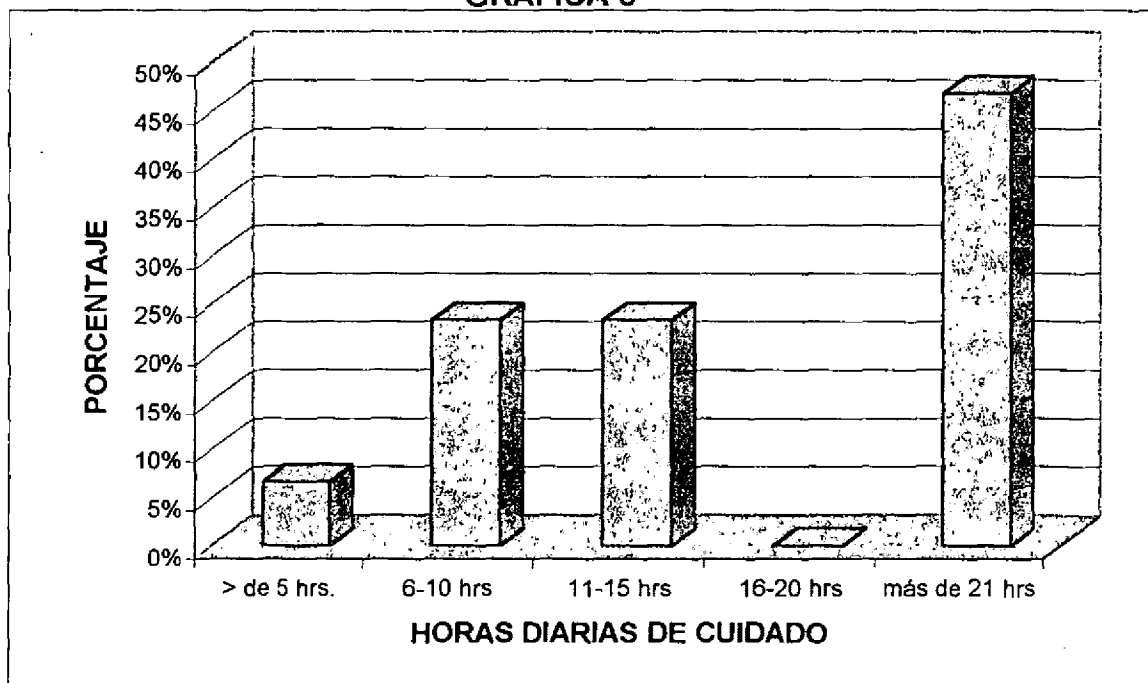
CUADRO 23
HORAS DEDICADAS AL CUIDADO DEL ANCIANO POR EL CUIDADOR
MAYO – JULIO, 1999.

NUMERO DE HORAS	Fc	%
- De 5 hrs	2	6.60
6 – 10 hrs	7	23.30
11 – 15 hrs	7	23.30
16 – 20 hrs	0	0.00
21 hrs - +	14	46.80
TOTAL	30	100.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se identifica que el 46.80 por ciento de los cuidadores dedica más de 21 hrs. diarias al cuidado del anciano, y el 6.60 por ciento dedica menos de 5 hrs.

GRAFICA 8



Fuente: Cuadro número 23

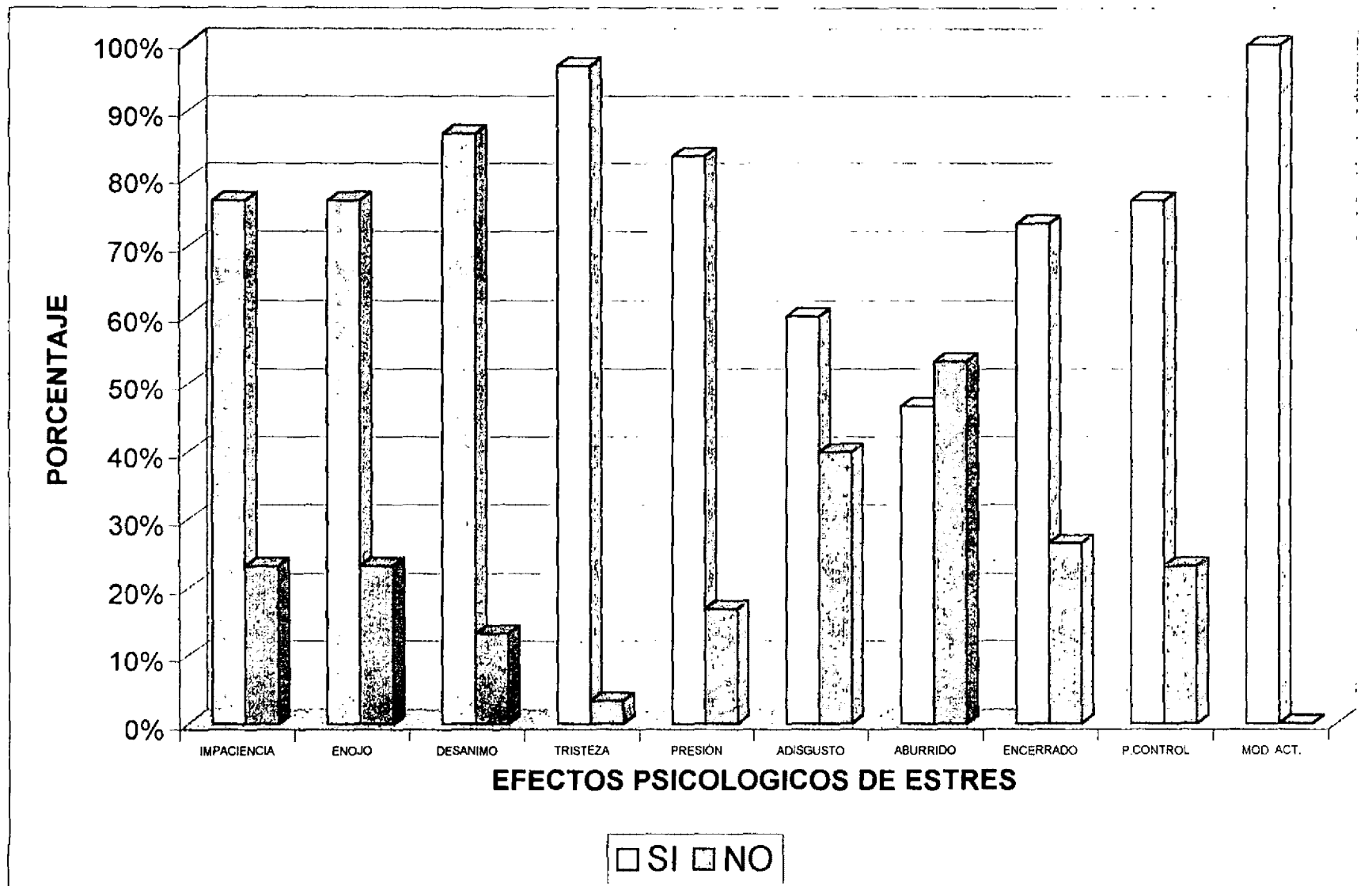
CUADRO 24
EFECTOS PSICOLOGICOS DE ESTRES EN EL CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO – JULIO, 1999.

EFECTO	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Impaciencia	23	76.70	7	23.30
Enojo	23	76.70	7	23.30
Desanimo	26	86.70	4	13.30
Tristeza	29	96.70	1	3.40
Presión	25	83.30	5	16.70
Adisgusto	18	60.00	12	40.00
Aburrido	14	46.70	16	53.30
Encerrado	22	73.40	8	26.60
Perdida del control de su vida	23	46.70	7	23.30
Modificación de actividades	30	100.00	0	0.00
TOTAL	233	77.60	67	22.40

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo , 1999.

Descripción: En este cuadro se observa que se presentan sensaciones psicológicas de estrés en los cuidadores; predominando modificación de actividades (100%), tristeza (96%), desanimo (86%) pérdida del control de su vida (80%) y presión (80%).

GRAFICA 9
EFFECTOS PSICOLOGICOS DE ESTRES EN EL CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO - JULIO 1999.



Fuente: Cuadro número 24

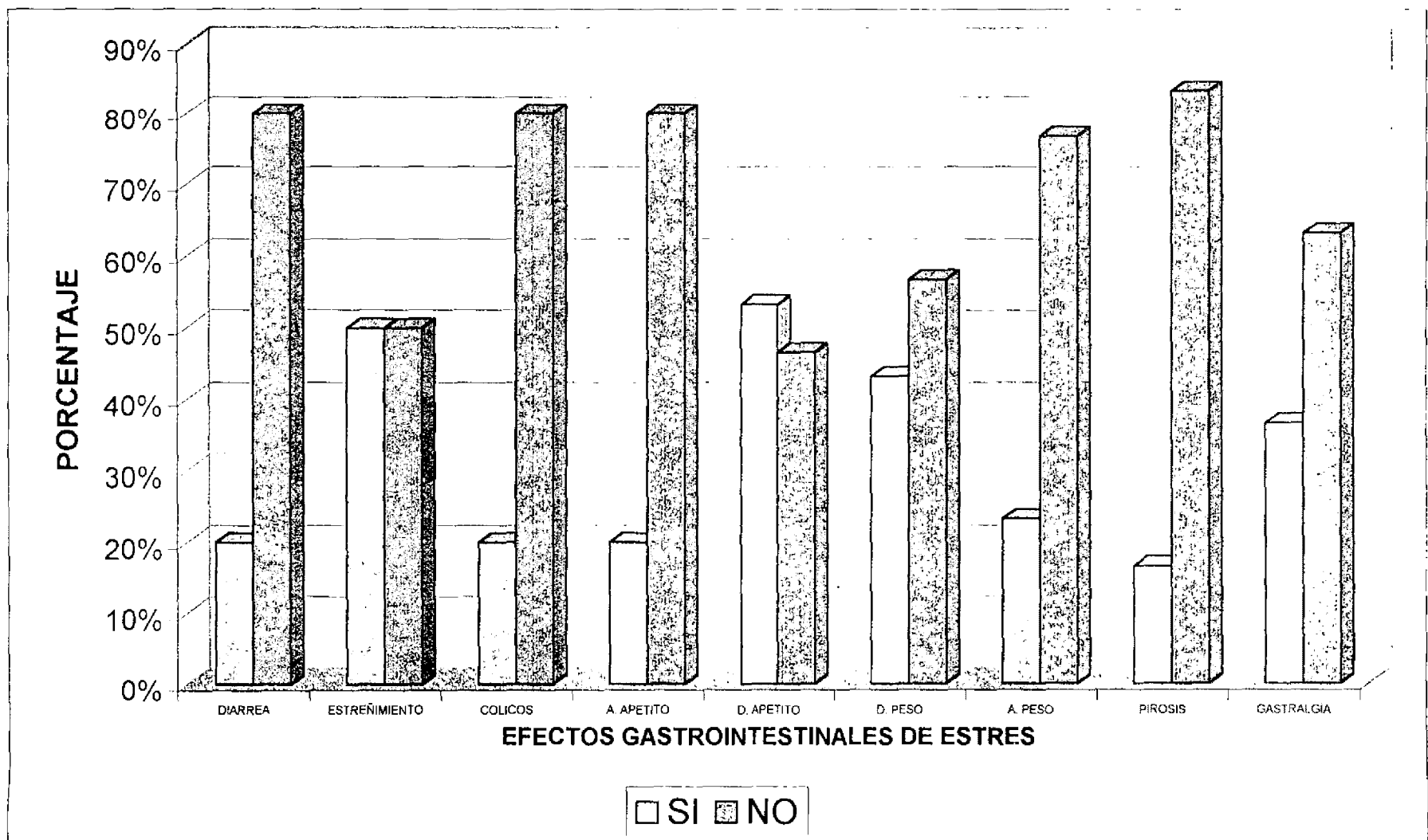
CUADRO 25
EFECTOS GASTROINTESTINALES DE ESTRÉS EN EL CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO – JULIO 1999.

SINTOMA	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Diarrea	6	20.00	24	80.00
Estreñimiento	15	50.00	15	50.00
Cólicos	6	20.00	24	80.00
Aumento de apetito	6	20.00	24	80.00
Disminución de apetito	16	53.30	14	46.70
Disminución de peso	13	43.30	17	56.70
Aumento de peso	7	23.40	23	76.70
Pirosis	5	16.70	25	83.30
Gastralgia	11	36.70	19	63.30
TOTAL	85	34.00	181	66.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo , 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que en el 66 por ciento de los cuidadores no existen datos clínicos de estrés gastrointestinal, sin embargo en el 53.30 por ciento refiere efectos de disminución de apetito, 50 por ciento estreñimiento y el 43.30 por ciento disminución de peso.

GRAFICA 10
EFFECTOS GASTROINTESTINALES DE ESTRES EN EL CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO - JULIO 1999.



Fuente: Cuadro número 25

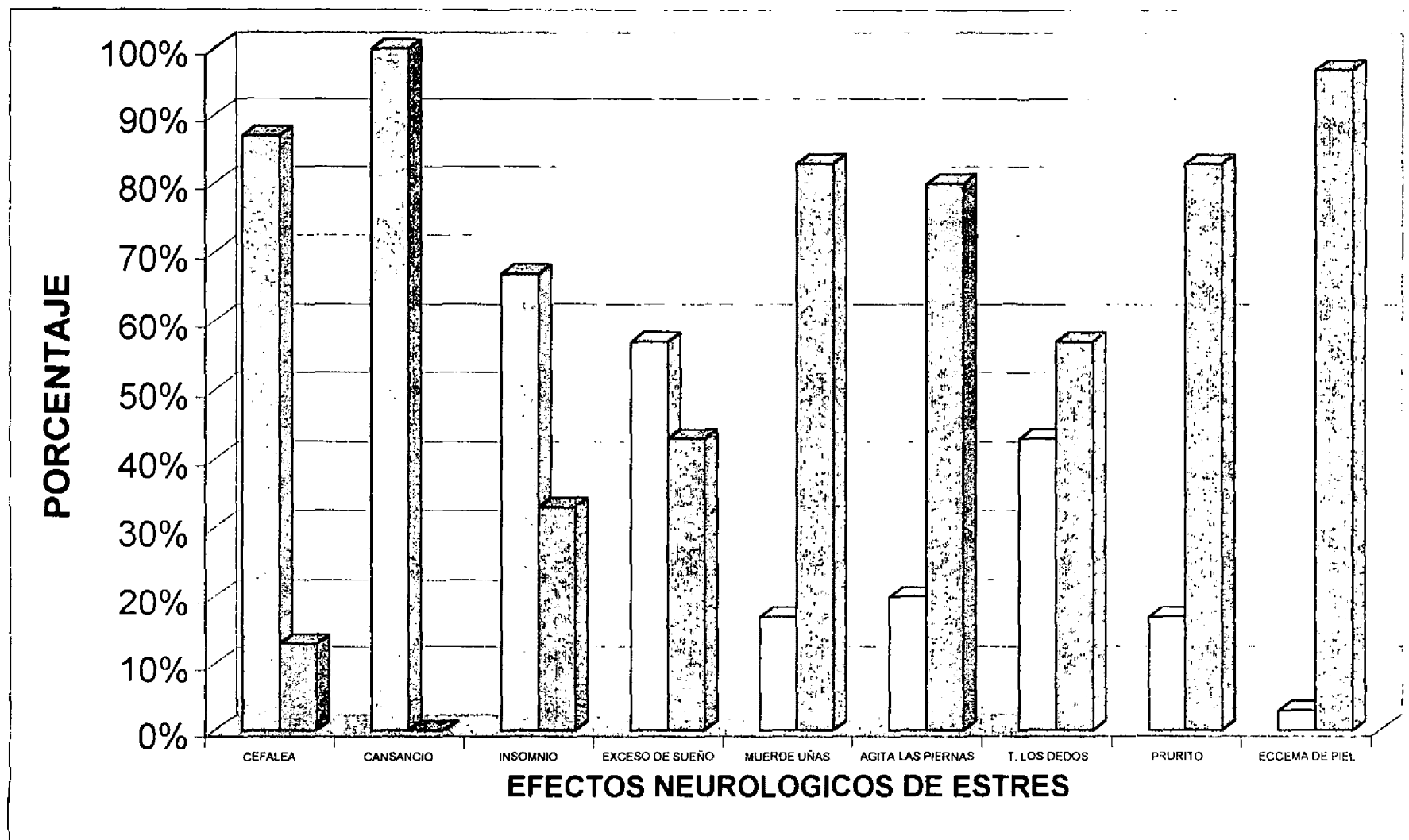
CUADRO 26
EFECTOS NEUROLOGICOS DE ESTRES FISICO EN EL
CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO – JULIO 1999.

SINTOMA	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Cefalea	26	86.7	4	13.30
Cansancio	30	100.00	0	0.00
Insomnio	10	66.70	10	33.30
Exceso de sueño	17	56.70	13	43.30
Muerde uñas	5	16.70	25	83.30
Agita piernas	6	20.00	24	80.00
Tamborilea los dedos	13	43.30	17	56.70
Prurito	5	16.70	25	83.30
Eccema de la piel	1	3.30	29	96.70
TOTAL	127	45.00	147	55.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo, 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que existen efectos de estrés neurológico principalmente en los aspectos de; cansancio (90%), cefalea (86%), insomnio (76%9).

GRAFICA 11
EFFECTOS NEUROLOGICOS DE ESTRES FISICO EN EL CUIDADOR PRINCIPAL
MAYO - JULIO 1999.



Fuente: Cuadro número 26

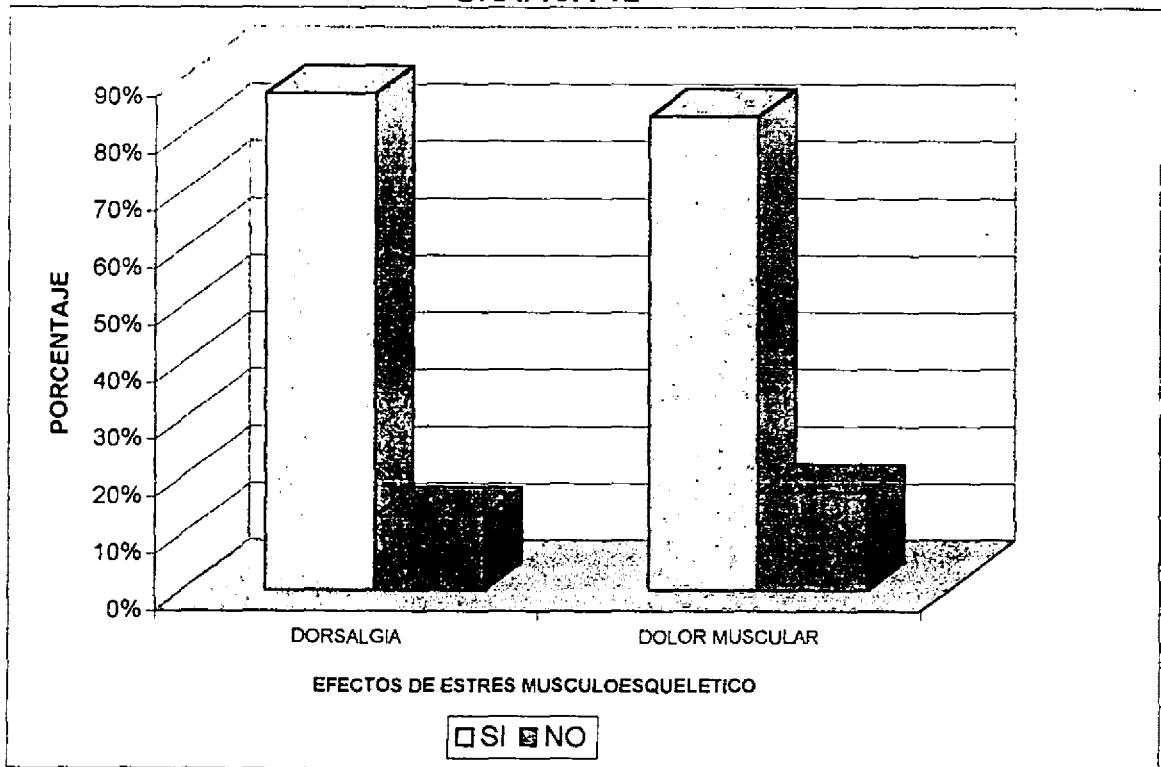
CUADRO 27
EFFECTOS DE ESTRES MUSCULO ESQUELETICO EN EL CUIDADOR
PRINCIPAL
MAYO – JULIO, 1999.

SINTOMA	SI		NO	
	Fc	%	Fc	%
Dorsalgia	26	86.70	4	13.30
Dolor muscular	25	83.40	5	16.60
TOTAL	51	85.00	9	15.00

Fuente: Cuestionario de Estrés del Cuidador Principal; González y Rayo , 1999.

Descripción: En el cuadro se observa que los cuidadores presentan dorsalgia (86.70%) y dolor muscular (83.40%) de forma importante.

GRAFICA 12



Fuente: Cuadro número 27

7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Del total de ancianos hospitalizados (30 personas) se encontró que su edad oscila de los 69 a los 83 años, el 70% son mujeres y el resto son hombres con una escolaridad de primaria (73.30%) y sólo el 10% son analfabetas, la viudez es el estado civil predominante (56.80%) que también cita Puentes, 1992. (ver cuadro 1 y 2)

En cuanto al lugar de residencia, el 66.70% de los ancianos viven en el D. F. y el 20% en provincia, el 30% de éstas mujeres se dedican al hogar y el grupo de los hombres al campo 13.50% (ver cuadro 4 y 5)

Es relevante señalar que al 70% de la población le resulta difícil cubrir sus gastos pese a que la principal fuente de ingreso económico en el 74% de los casos son los hijos (ver cuadros 6 y 7)

En lo que respecta a las enfermedades que padecen más frecuentemente se encuentran: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías y cáncer con lo que se corrobora lo que menciona el consejo nacional de población en sus proyecciones de población de México 1990 – 2030, con un promedio de evolución de éstas de 21 a 30 años que igualmente refiere Puentes, 1992, teniendo como principales causas de hospitalización pérdida de peso, deshidratación, e hipoglucemia. (ver cuadros 8, 9 y 10)

En cuanto a lo que se refiere al cuidador principal se encontró que los hijos representan éste papel en un 74% de los casos, en cuanto a la edad y sexo el 60% corresponde al período entre 35 y 59 años, siendo el 93% mujeres las que ejercen el cuidado del anciano, mismas que en un 50% son amas de casa, refiriendo el 53.30% ser casadas, con lo que se confirma lo que menciona M.A. Duran, 1985. (ver cuadros 11, 12 y 13)

El nivel de escolaridad del cuidador, se encuentra comprendido en primaria y secundaria con el 53.40% y su lugar de residencia es en el D. F. 73.40%. (ver cuadros 14 y 15)

La salud en el adulto mayor es mejor apreciada en términos de grado de funcionalidad, más que en el número o tipo de patologías existentes, y permite estimar el grado de apoyo que el paciente demanda del cuidador. La funcionalidad se entiende como la capacidad que tiene la persona de llevar acabo las actividades cotidianas de forma independiente que están sujetas o condicionadas a la posibilidad de integrarse a su medio (Fried,1991) Se puede valorar la funcionalidad del anciano fundamentalmente en dos clases; la primera

se refiere a las actividades instrumentales de la vida diaria que son las tareas necesarias para mantener una vida doméstica independiente; incluye labores como el uso del teléfono, manejo de dinero, realizar compras, preparar alimentos, realizar labores domésticas ligeras y desplazarse en la comunidad. La escala que describe éstas actividades complejas es la de Lawton. La segunda se refiere a la capacidad para llevar a cabo las actividades de cuidado personal básico. La escala más conocida que cuantifica las actividades básicas de la vida diaria es la de Katz (1963) que incluye seis funciones, las cuales se han valorado para ésta investigación que son las siguientes: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, no padecer incontinencia y alimentarse por sí mismo, éstas se valoran en tres niveles de dependencia:

1.- La capacidad para realizar la actividad sin asistencia, en donde se encontró que el 17% de los ancianos del estudio no necesita asistencia en las actividades, principalmente en cuatro que son: baño, vestido, alimentación y control de esfínteres, por lo tanto se consideran independientes funcionalmente.

2.- En la capacidad para realizar la actividad con cierta asistencia, se encontró que el 3.30% necesita asistencia parcial en ir al baño, bañarse y trasladarse.

3.- Incapacidad para llevar a cabo las actividades incluso con ayuda, el 80% del total de ancianos de la investigación requiere de asistencia total en las seis funciones básicas de la vida diaria, siendo totalmente dependientes del cuidador principal, que menciona Morales V. 1997 (ver cuadro 16)

Del cuidador podemos decir lo siguiente: el análisis de los datos de los cuadros indican que existen diferencias significativas en la población objeto de estudio en cuanto al rango de edad ya que se encontró que de los 35 hasta los 59 años en la mayoría (76.80%) son los que se dedican al cuidado del anciano, encontrándose que la población de mujeres representa el 93% de los casos, esto indica que sigue siendo la mujer la encargada de proveer de cuidados a la familia, ya que ésta asume el papel de cuidador de cabecera, aún cuando presente limitaciones en su propia condición física. Los demás miembros de la familia y la sociedad en general esperan que las esposas, hermanas o las hijas mayores (especialmente las solteras) que viven en la misma área donde reside el anciano se encarguen de cuidarlo en forma permanente, datos que se corroboran en este estudio porque el 10% son esposas cuidadoras el 73.30% son hijas cuidadoras y de éstas el 30% son hijas solteras. Del total el 40% de cuidadores tomó la decisión del cuidado del anciano por iniciativa propia, el 25% porque vivía con él y por decisión familiar. Como cita Rozenthal, 1993. (ver cuadros 17 y 18)

Las normas culturales definen las actitudes inter e intrageneracionales respecto del papel que debe desempeñarse y también la conducta de los miembros de la familia, cualquiera que sea su edad. Una vez que la familia, tiene

asumido el valor moral de cuidar a un anciano, se producen distintos modelos o situaciones de relación en la familia, cuando las relaciones previas entre el anciano y la familia han sido positivas, es más probable que las tareas de cuidar a éste se realicen de manera afectuosa, e intenta poner en práctica estrategias de adaptación para facilitar todo el apoyo necesario para que el anciano permanezca en su entorno. Surge entonces la solidaridad, que se extiende en el ámbito familiar y a otras ayudas como son: la amistad y la vecindad que en algunas ocasiones es el elemento de apoyo del anciano. En esta investigación se encontró que en el 70% de los casos existe buena relación de la familia con el cuidador principal y sólo un 3.40% refiere una relación familiar mala. Es importante mencionar que los cuidadores no disponen de tiempo suficiente par realizar alguna otra actividad además del cuidado del anciano 60%. Del 40% restante se observa que el 23.30% además de cuidar al anciano realiza una actividad laboral para tener ingresos económicos y satisfacer sus necesidades, y sólo el 6.70% tiene una actividad recreativa. Las amistades al cuidado del anciano representa el 6.80%, como señalan Domínguez 1989 y Feliu 1993. (ver cuadros 19, 20 y 21)

Para ésta investigación es relevante mencionar que en el 66.80% de los cuidadores tiene menos de 5 meses al cuidado del anciano, de un año a dos se encuentra el 26.60% de cuidadores, dedicando más de 21 horas de cuidados diarios al anciano, y el 46.60% dedica de 6 a 15 horas de cuidados diarios y sólo el 6.60% menos de 5 horas diarias. (ver cuadros 22 y 23)

Esto es importante por que se deduce que los efectos de estrés en el cuidador principal se presentan rápidamente desde el momento en que existe un desequilibrio entre la salud y la capacidad física del anciano. Encargarse de las atenciones o convertirse en la persona que va a cuidar altera toda relación previa, sea conyugal, fraternal, paternal o filial. Para el cuidador de cabecera la carga emocional y física, sumada a la responsabilidad ante los demás (parientes, personal de salud, etc), puede ser duradera alterando su vida cotidiana de manera importante produciéndole mayor o menor satisfacción de las cuales se pueden advertir 4 variables; corroborándose con lo que mencionan los autores Nolen 1984, Lipsey 1991 y García 1996.

1.- Psicológicas en las que se puede apreciar que el cuidador manifiesta haber sufrido modificación en sus actividades realizadas antes de cuidado del anciano en un 100%, tristeza 96.70%, desánimo 86.70%, presión 83.30%, impaciencia, enojo y pérdida del control de su vida en el 76.70% de los casos (ver cuadro 24). Estos factores psicológicos pueden contribuir directa o indirectamente a la etiología de varios trastornos físicos, que también cita el Manual Merck en 1994.

2.- Gastrointestinales: los síntomas de alteración fisiológica que se producen en los estados de estrés y que se encontraron principalmente son: disminución de

apetito en un 53.30%, estreñimiento en el 50% y por lo tanto disminución de peso 43.30% (ver cuadro 25), que asimismo señala Almy, 1979.

3.- Neurológicos; los efectos que se presentan en la población objeto de estudio son: cansancio en el 100%, cefalea en el 86.70% e insomnio en el 66.70%, como refieren Carnevalli 1988 y el Manual Merck 1994. (ver cuadro 26)

4.- Músculo esquelético: aquí se encontró que un 85% de los cuidadores presenta efectos de estrés en el sistema musculoesquelético, dorsalgia 86.70% y dolor muscular 83.40%, que igualmente menciona Morgan 1979. (ver cuadro 27)

Con lo anterior se aprueba la hipótesis de trabajo, en tanto que la dependencia funcional básica del anciano genera estrés en el cuidador principal en las siguientes áreas:

- a) psicológica, principalmente en modificación de actividades, tristeza, desánimo, presión y pérdida del control de su vida.
- b) Gastrointestinales, principalmente en disminución de apetito, estreñimiento y disminución de peso.
- c) Neurológicas, principalmente en cansancio, cefalea e insomnio.
- d) Musculo esqueléticas, principalmente en dorsalgia y dolor muscular.

8. SUGERENCIAS

Al comprobar que la dependencia del anciano influyen en el estrés del cuidador principal habrá que desarrollar programas sobre:

1. Manejo de las emociones de enojo, pérdida del control de la vida, tristeza, por un equipo especializado, en donde la enfermera reconozca su participación al fomentar en el cuidador principal el concepto de agente de cuidado.
2. Orientación sobre tiempos específicamente destinados para alimentación y limitar el estreñimiento.
3. Para la dimensión neurológica establecer programas de ejercicios simples y fácilmente realizables en espacios como hospital y lugares donde habita por más de 21 horas el cuidador principal.
4. Orientación mecánica corporal tanto para sentarse y / o movilizar al anciano.
5. Programa de apoyo familiar donde se evalúe las fortalezas y capacidades de los miembros para participar en el cuidado del anciano.
6. Realizar investigaciones de los sistemas de apoyo familiar y su relación con el cuidado del anciano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- ROZENTHAL, Caroline, et al., "Depressive symptoms in Family Care Givers of Long- Stay Patients The Gerontologist Society of América., 1993;33:2
- 2.- GARCIA, Gilda., Sistema de soporte a la vejez., Sociedad Mexicana de Demografía., México 1995
- 3.- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION., La situación Demográfica de México., 2da. Ed., México 1998, 187 p.p.
- 4.- INEGI, Censos generales de población y vivienda, 1930 – 1990.
- 5.- CONAPO, Proyecciones de la población de México 1990 – 2030.
- 6.- CONAPO, Proyecciones de la población de México 1990 – 2030.
- 7.- KRASSOIEVICH, Miguel., Psicoterapia Geriátrica., 1ra reimpresión, México Fondo de Cultura Económica., 1998, 269 p.p
- 8.- PUENTES Markides, Cristina y J. Castellanos, Informe final reunión de consulta sobre políticas de salud para los ancianos de América Latina y el Caribe;1992, OPS
- 9.- HAM CHANDE, Roberto, The elderly in México: Another Challenge for a middle – incomcontry.,1995, CICRED/INIA, MALTA.
- 10.- LIAÑO, C.E., GARCIA,M.M., Sociología del envejecimiento., Documento mimeografiado., 1994, 17 p.p.
- 11.- CARNEVALLI, C., Geriatria., España, Interamericana, 1988, 755 p.p.
- 12.- JIMENEZ, Alberto, Acercamiento a la representación semántica del concepto "estrés" en adolescentes mexicanos., Salud Mental, 1995; 18: 1-45
- 13.- ALMY. P, Thomas., Clínica gastroenterológica (el conducto digestivo en el estrés y trastornos psicosociales), volumen 6, No.1, España Salvat Editores, 1979, 248 p.p
- 14.- MORGAN T. Clifford., Psicología fisiológica., México, ed. Mc. Graw – Hill, 1979, 617 p.p
- 15.- REES, Linford W. L., Texto básico de psiquiatría, Argentina, El Ateneo, 1980, 329 p.p.

- 16.-SALAMANCA R. Soledad., Enfermería en salud mental y psiquiatría, Programa guía patología IV, S.U.A., Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
- 17.- MANUAL MERCK., Novena ed., España, Océano- Doyma, 1994, 3122p.p.
- 18.- KIRSTA, Alix., Superar el estrés (como relajarse y vivir positivamente). México, Ed. Arbol, 1986, 192 p.p.
- 19.- REES, Linford W. L., Texto básico de psiquiatría, Argentina, El Ateneo, 1980, 329 p.p.
- 20.- RUIPEREZ, ISIDORO; LLORENTE, Paloma., Guía para auxiliares y cuidadores del anciano., España, Ed. Interamericana, 1996, 215 p.p
- 21.- DURAN, M.A., La mediación invisible: de las utopías sociales a los programas políticos en materia de salud., Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1988
- 22.-ITURRIA, J.A. Valoración de las necesidades, demanda expresada y utilización de servicios socio sanitarios por los ancianos tras el alta hospitalaria, Gaceta Sanitaria 1995; 50:67
- 23.- PHILIP I, Young., Audit of support given to lay carers of the demented elderly by a primary care team, J. Roy Coll Gen Pract 1988; 38:153-155
- 24.- FELIU T., Relaciones intergeneracionales; la cura informal, Revista de Treball social, 1993; 131:42-54
- 25.- DURAN, M.A., El papel de la Dona en la cura de la salud, Llibre d'actes de les I jornades Catalanas de sociología, 1985, Barcelona:Institut d'Estudis Catalans
- 26.- LIPSEY R., Conceptos económicos básicos. Introducción a la economía positiva, Barcelona: Ed. Vicens – Vives, 1991
- 27.- NOLEN, M.R., Addressing the needs of informal carers; aneglected area of nursing practice, J Advant Nursing 1984; 14:950-961
- 28.- GARCIA, L. Pardo., Factores asociados a la ansiedad y toma de psicofármacos en cuidadores de pacientes incapacitados, Atención primaria, 1996; 18:103-110
- 29.- COLLIÉRE, M.F., Promover la vida, Madrid, Interamericana, 1993

- 30.- DOMINGUEZ – ALCON., La percepción del cuidar, Rev. Rol de enfermería 1989;127:25-27
- 31.- MOSCOVICE, I., Substitut of formal and informal care for the community base elderly, Medical Care, 1988; 26:971-981
- 32.- DOMINGUEZ – ALCON, La percepción del cuidar, Rev. Rol de enfermería 1989;127:25-27
- 33.- FRIED, L.P, Diagnosis of illness presentation in the elderly, J Am Geriatr. Soc. 1991;39:117-123
- 34.- SUI AL., Comprehensive Geriatric assessment in principles of geriatric medicine and gerontology, De Hazzard W.R., 1994
- 35.- MORALES, V. J.J., Gaceta Médica Mexicana, 1997;132:343-345
- 36.- SALGADO, A., Manual de Geriatria, México Salvat, México 1994
- 37.- Minusval, Publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, 1998;112:8-9
- 38.- JIMENEZ, Alberto., Acercamiento a la representación semántica del concepto "estrés en adolescentes mexicanos, Salud Mental, 1995;18:1-45
- 39.- PHILIP I, Young., Audit of support given to lay carers of the demented elderly by a primary care team, J. Roy Coll Gen Pract 1988; 38:153-155
- 40.- BALSEIRO, Almairo L., Investigación en Enfermería, México, Ed. Prado 1991, 120 p.p.
- 41.- TAMAYO y Tamayo M. El proceso de investigación científica., 6ta. Reimpresión, México, Ed. Limusa, 1986, 127 p.p.
- 42.- NAMAUFOROOSH, Mohammad, Metodología de la investigación, ,10| reimpresión, México, Ed. Limusa, 1998, 531 p.p.
- 43.- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, 1987
- 44.- KATZ S, Ford A, Moskowitz R, et al Studies of illness in the aged: The indice of ADL a standardize measure of biological and psychosocial funcion. JAMA 1963; 185: 914- 919.

ANEXOS

ANEXO 1
ESCALA O ÍNDICE DE KATZ.

EVALUACION DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

1. BAÑO: Esponja, regadera o tina.

() () ()	() () ()	() () ()
No recibe asistencia, (puede entrar y salir de la tina por sí mismo si la tina es su medio usual de baño)	Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (como espalda o pierna)	Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.

2. VESTIDO: Que pueda tomar del closet o de los cajones la ropa, incluyendo la ropa interior, vestido y que se pueda abrochar.

() () ()	() () ()	() () ()
Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.	Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrochar zapatos.	Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.

3. IR AL BAÑO: Ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa.

() () ()	() () ()	() () ()
Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo el mismo.	Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y arreglar su ropa o en el uso del pañal o cómodo.	Que no vaya al baño.

4. TRANSFERENCIAS:

() () ()

() () ()

() () ()

Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un objeto de soporte)

Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.

Que no pueda salir de la cama.

5. CONTINENCIA:

() () ()

() () ()

() () ()

Control total de esfínteres.

Que tenga accidentes ocasionales.

Necesita ayuda para la supervisión del control de esfínter, utiliza sonda o incontinente.

6. ALIMENTACION:

() () ()

() () ()

() () ()

Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna.

Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.

Que reciba asistencia en alimentación ó que se alimente parcial ó totalmente por vía enteral o parenteral.

Calificación Katz.

- 1) Independencia en alimentación, continencia, transferencias, ir al baño, vestirse, bañarse.
- 2) Independencia en todas las funciones menos una.
- 3) Independiente en todo menos bañarse y otra función adicional.
- 4) Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra función adicional.
- 5) Dependencia en el baño, vestido, ir al baño y otra función adicional.
- 6) Dependencia en el baño, vestido, ir al baño, transferencia y otra función adicional.
- 7) Dependiente total en las seis funciones.

* Este instrumento está inspirado en trabajos anteriores del mismo autor y otras publicaciones de Dyar, Ford y Steinberg. Fue realizado por el equipo del Hospital Benjamín Rose de la Universidad de Cleveland. (39)

ESTA FICHA NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 2
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
ESTRÉS DEL CUIDADOR PRINCIPAL

(E . D . C . P); González y Rayo,1999)

N° de Cuestionario / / / /

OBJETIVO: La finalidad es conocer la relación de dependencia funcional del anciano con el estrés del cuidador principal, le solicitamos conteste este cuestionario de acuerdo a su propia situación. Los datos obtenidos son confidenciales ya que este cuestionario es anónimo.

I. FICHA DE IDENTIFICACION DEL CUIDADOR.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: Empleado _____ Profesional _____
Obrero _____ Comerciante _____
Ama de casa _____ Desempleado _____
Jubilado _____ Estudiante _____
Pensionado _____
Otro(especificar) _____

Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Técnico _____
Licenciatura _____ Carrera comercial _____ Analfabeta _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____
Unión libre _____ Separado _____

Procedencia: D F _____ Edo. Méx. _____ Provincia _____

II. FICHA DE IDENTIFICACION DEL ANCIANO.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: Empleado _____ Profesional _____
Obrero _____ Comerciante _____
Ama de casa _____ Desempleado _____
Jubilado _____ Estudiante _____
Pensionado _____
Otro(especificar) _____

Escolaridad: Primaria___ Secundaria___ Preparatoria___ Técnico___
Licenciatura___ Carrera comercial___ Analfabeta___

Estado civil: Soltero___ Casado___ Viudo___ Divorciado___
Unión libre___ Separado___

Procedencia: D. F. ___ Edo. Méx. ___ Provincia ___

Enfermedad(es) que padece: _____

Nº de años con la enfermedad principal: _____

Causa principal de hospitalización: _____

Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación: Mis gastos son
tales que no puedo cubrirlos___ Me resulta difícil cubrir mis gastos___
No tengo problemas financieros___

De qué manera o de quién recibe ayuda económica: _____

III. ESTRÉS DEL CUIDADOR PRINCIPAL.

SOCIAL:

1.- ¿Cuál es el parentesco con su familiar? Cónyuge___ Hijo___ Nuera___
Hermano___ Nieto___ Sobrino___
Amistad___ Otro(especificar)___

2.- ¿Cómo es la relación con su familia?
Muy buena___ Buena___ Regular___ Mala___ Muy mala___

3.- ¿Quién decidió que usted sería el cuidador principal de su familiar?
Iniciativa propia___ Hermanos___ El mismo anciano___
Otro(especificar)___

4.- ¿Porqué lo decidieron así?
Vivía con el paciente___ Por ser hijo(a) soltero___ Es la persona con la que
establece mejor relación___ Se encuentra mejor económicamente___ Cuenta
con más tiempo para atender al anciano___ Ningún otro familiar quiso asumir la
responsabilidad___

5.-¿Desde hace cuánto tiempo cuida a su familiar? _____

6.-¿Cuántas horas al día le dedica a su familiar? _____

7.-¿Tiene tiempo de realizar otras actividades? Si___ No___

8.- ¿Cuáles? Deportivas___ Manuales___ Recreativas___
Otro(especificar)_____

FISICO Y PSICOLOGICO:

De los siguientes datos señale usted los que más experimenta al cuidar a su familiar.

Diarrea	Siempre	Algunas veces	Nunca
Estreñimiento	Siempre	Algunas veces	Nunca
Cólicos	Siempre	Algunas veces	Nunca
Aumento de apetito	Siempre	Algunas veces	Nunca
Disminución de apetito	Siempre	Algunas veces	Nunca
Pérdida de peso	Siempre	Algunas veces	Nunca
Aumento de peso	Siempre	Algunas veces	Nunca
Agruras	Siempre	Algunas veces	Nunca
Ardor en el estómago	Siempre	Algunas veces	Nunca
Dolor de cabeza	Siempre	Algunas veces	Nunca
Cansancio	Siempre	Algunas veces	Nunca
Insomnio	Siempre	Algunas veces	Nunca
Exceso de sueño	Siempre	Algunas veces	Nunca
Se muerde las uñas	Siempre	Algunas veces	Nunca
Agita las piernas	Siempre	Algunas veces	Nunca
Tamborilea con los dedos	Siempre	Algunas veces	Nunca
Comezón en la piel	Siempre	Algunas veces	Nunca
Eccema en la piel	Siempre	Algunas veces	Nunca
Dolor de espalda	Siempre	Algunas veces	Nunca
Dolor muscular	Siempre	Algunas veces	Nunca
Impaciencia	Siempre	Algunas veces	Nunca
Enojo	Siempre	Algunas veces	Nunca
Desánimo	Siempre	Algunas veces	Nunca
Tristeza	Siempre	Algunas veces	Nunca

Presionado	Siempre	Algunas veces	Nunca
A gusto	Siempre	Algunas veces	Nunca
Aburrido	Siempre	Algunas veces	Nunca
Encerrado	Siempre	Algunas veces	Nunca
Siente que ha perdido el control de su vida	Siempre	Algunas veces	Nunca
Ha modificado sus actividades	Siempre	Algunas veces	Nunca

¡GRACIAS!

Mayo, 1999.