

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica Ciencias de la Salud



**SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO,
PRESENTACIÓN DEL CASO E INTERVENCIÓN FAMILIAR**

**Tesis para obtener el grado de
Especialización en Medicina Familiar**

Presenta

Nidia Arlene Mendoza Hernández

Directores de tesis

M.S.C. Rosa María Sánchez Rodríguez

D.C.E. María Luisa Castillo Orueta

DR.CS Silvia María Guadalupe Garrido Pérez

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2022



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud



Dirección

Of. No. 0868/DACS/JAEP

16 de diciembre de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Nidia Arlene Mendoza Hernández
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

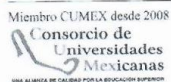
Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez, Dr. Francisco Agustín Magaña Carrada Anwar, Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz, Dra. María Isabel Avalos García, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia, impresión de la tesis titulada: **"Sobrecarga del cuidador primario, presentación del caso e intervención familiar"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directora de Tesis la Mtra. Rosa María Sánchez Rodríguez, D.C.E. María Luisa Castillo Orueta y la Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

- C.c.p.- Mtra. Rosa María Sánchez Rodríguez.- Director de Tesis
- C.c.p.- D.C.E. María Luisa Castillo Orueta.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Francisco Agustín Magaña Carrada Anwar.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz.- sinodal
- C.c.p.- Dra. María Isabel Avalos García.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia.- sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/mgcc*



Miembro CUMEX desde 2008
**Consorcio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulte de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 12:00 horas del día 17 del mes de diciembre de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Sobrecarga del cuidador primario, presentación del caso e intervención familiar"

Presentada por el alumno (a):

Mendoza Hernández Nidia Arlene
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	9	1	E	7	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez

Dra. María Luisa Castillo Orueta

Dra. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez

Directoras de Tesis

Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada

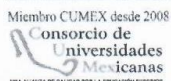
Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz

Dra. María Isabel Avalos García

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia

C.e.p. - Archivo
DC*MCML/MO*MACA/lkrd*



Miembro CUMEX desde 2008
Consorcio de
Universidades
Mexicanas
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

f DIFUSION DACS

@ DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 10 del mes de diciembre del año 2021, el que suscribe, Nidia Arlene Mendoza Hernández, alumna del programa de la especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 191E70001 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: “**Sobrecarga del cuidador primario, presentación del caso e intervención familiar**”, bajo la Dirección del M.C.S. Rosa María Sánchez Rodríguez, D.C.E. María Luisa Castillo Queta y DR.CS. Silvia María Guadalupe Garrido Pérez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: arlene.men@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Nidia Arlene Mendoza Hernández

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE
TABASCO

Sello



INDICE

	INDICE DE TABLAS Y CUADROS.....	VII
	DEDICATORIA.....	VIII
	AGRADECIMIENTOS.....	IX
	RESUMEN.....	X
	ABSTRACT.....	XI
	ABREVIATURAS.....	XII
	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	XIII
1	INTRODUCCIÓN.....	1
2	MARCO TEÓRICO.....	2
	2.1 Cuidador primario.....	2
	2.2 Diagnóstico familiar.....	7
	2.3 Intervención familiar.....	10
	2.4 Estudios relacionados.....	14
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
4	JUSTIFICACION.....	26
5	HIPOTESIS.....	29
	5.1. Hipótesis alterna.....	29
	5.2. Hipótesis nula.....	29
6	OBJETIVOS.....	30
	6.1 Objetivo General.....	30
	6.2 Objetivos Específicos.....	30
7	MATERIAL Y MÉTODOS.....	31
	7.1 Diseño del estudio.....	31
	7.2 Dinámica investigativa.....	32
	7.2 Población, muestra y muestreo.....	33
	7.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	33
	7.4 Variables.....	33
	7.6 Instrumentos para la recolección de la información.....	34



7.7	Procesamiento y análisis de la información.....	38
7.8	Consideraciones éticas.....	38
8	RESULTADOS	40
9	DISCUSIÓN	55
10	CONCLUSIONES	57
11	RECOMENDACIONES	58
12	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
13	ANEXOS	68

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS

	Pág.
Tabla 1. Líneas de intervención de acuerdo a la Escala de carga Zarit	43
Cuadro 1. Nivel de sobrecarga de cuidador primario (Pretest Zarit)	42
Cuadro 2. Comparación de dos muestras relacionadas	53
Cuadro 3. Diferencia de dos muestras relacionadas	53

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



DEDICATORIA

A Dios por acompañarme en esta etapa en mi vida. Por los logros y los momentos de mucha enseñanza que me han hecho progresar en todos los aspectos. A la Virgen de Guadalupe por arroparme en todo mi camino.

A mis padres por siempre apoyarme con sus consejos, su cariño y su entereza.

A mi esposo que su constancia y amor me hicieron sobrellevar de la mejor manera este momento importante en mi carrera.

A mis profesores del CESSA Tierra Colorada y de hospitales donde realice rotaciones, por transmitirme su sabiduría, por la confianza que me otorgaron y por su valioso tiempo.

“Considera todas las dificultades como oportunidades para crear algo nuevo, aprendiendo y creciendo a partir de la forma creativa en que respondes”.

Dra. Virginia Satir



AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme y acompañarme en cada paso

A mis padres Ada y Eleuterio por su amor y apoyo.

A mi esposo por alentarme a continuar, su amor y apoyo, por las noches de desvelos juntos.

A la Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez, por transmitirme su dedicación a las familias y su amor por la medicina familiar, y transmitirlo en cada clase y sesión familiar.

A la Dra. María luisa por su enseñanza, amistad, paciencia y dejar una huella en mi por la docencia.

Al Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada, por guiarme y fomentar conocimientos propios, siempre en busca del crecimiento como Medico Familiar

A la Dra. Silvia Garrido Pérez por enseñarme el pensamiento crítico, y Dra. C.S. María Isabel Avalos García por sus enseñanza y dedicación

A todo el equipo de salud del CESSA Tierra por el apoyo recibido.

A mis pacientes y sus familias, por ser parte fundamental en estos tres años de mi formación, permitirme crecer y aprender de ellos y con ellos.

“Si pudiéramos solo aprender a escuchar, el resto caería solo en su lugar. El escuchar es la clave en estar centrado en el paciente”

Dr. Ian Mc Whinney



RESUMEN

Introducción. Las competencias profesionales del Especialista en Medicina Familiar, incluye la atención integral del paciente, la capacidad para realizar intervenciones familiares donde se movilizan recursos y se atienden problemas complejos en situaciones críticas o de estrés en busca de la autosuficiencia familiar, la solución de problemas o la limitación del daño. En este caso, las estrategias de intervención fueron dirigidas a los integrantes de la familia con el **objetivo** de reducir la sobrecarga del cuidador primario a fin de mantener su salud física, emocional y espiritual. **Material y método.** Proyecto de intervención mixto: Cualitativo con estudio de caso, reconstrucción de los contextos reales e interpretación de las acciones familiares y la intervención familiar con diez sesiones presenciales. Cuantitativo con diseño cuasiexperimental con mediciones pre test - post test. Para el análisis de los datos cualitativos se estudiaron las expresiones de los integrantes de la familia, identificando frases significativas y lenguaje no verbal. El análisis cuantitativo se realizó con el programa SPSS versión 25.0. Se realizó estadística descriptiva y medidas de tendencia central, **Resultados.** Se encontró que la cuidadora atravesó por diversas crisis de desmoralización por duelo patológico, de estatus por problemas económicos, violencia psicológica. En cuanto a la familia sus factores de riesgo eran inadecuada distribución de las tareas del desarrollo e incumplimiento de las funciones familiares, inadecuada comunicación del subsistema conyugal. Se jerarquizo las problemáticas para disminuir la sobrecarga: relación paciente-cuidador, tiempo de cuidado y dependencia del familiar. **Conclusión.** Se demuestra en este caso la disminución de la sobrecarga del cuidador.

Palabras claves. Sobrecarga del cuidador primario, estudio de familia, intervención familiar.



ABSTRACT

Introduction. The professional competencies of the Family Medicine Specialist include comprehensive patient care, the ability to carry out family interventions where resources are mobilized and complex problems are addressed in critical or stressful situations in search of family self-sufficiency, problem solving or limitation of damage. In this case, the intervention strategies were directed to family members with the **objective** of reducing the primary caregiver overload in order to maintain their physical, emotional and spiritual health. **Material and method.** Mixed intervention project: Qualitative with case study, reconstruction of real contexts and interpretation of family actions and family intervention with ten face-to-face sessions. Quantitative with quasi-experimental design with pre-test-post-test measurements. For the analysis of the qualitative data, the expressions of the family members were studied, identifying significant phrases and non-verbal language. The quantitative analysis was performed with the SPSS version 25.0 program. Descriptive statistics and measures of central tendency were performed, **Results.** It was found that the caregiver went through various crises of demoralization due to pathological grief, status due to economic problems, psychological violence. Regarding the family, their risk factors were inadequate distribution of development tasks and non-fulfillment of family functions, inadequate communication of the conjugal subsystem. Problems were ranked in order to reduce overload: patient-caregiver relationship, time of care and dependence on the family member. **Conclusion.** In this case, the decrease in caregiver overload is demonstrated.

Keywords. Primary caregiver burden, family study, family intervention.



ABREVIATURAS

➤ APGAR	Adaptación, participación, gradiente de recurso personal o crecimiento, afecto, y recursos o capacidad resolutive
➤ CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
➤ CESSA	Centro de Salud con Servicios Ampliados
➤ COVID-19	Enfermedad del coronavirus 2019
➤ ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
➤ ELCOS	Encuesta laboral y de Corresponsabilidad en Salud
➤ INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
➤ OIT	Organización Internacional del Trabajo



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Cuidador: Persona que presta servicios de atención a una o más personas en situación de dependencia.

Sobrecarga del cuidador: es un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades del diario vivir; relaciones sociales, libertad y equilibrio mental; es el grado en el cual percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos en su vida como en la salud mental

Intervención familiar: es un proceso diseñado para mejorar y fortalecer las relaciones familiares. El proceso consiste en ayudar a los miembros de la familia a darse cuenta de cómo su conducta contribuye al problema y cómo afecta a los demás.

Comunicación: Capacidad de la familia de transmitir sus experiencias en forma, clara y directa.

Funcionalidad familiar: conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia

Roles: Responsabilidades y funciones de las integrantes negociadas por el núcleo familiar

Guías anticipadas: Conjunto de consejos, indicaciones o ideas que se entregan a un individuo, pareja o familia para comprender mejor los eventos que puedan suceder en el ciclo vital.

Tareas del desarrollo: Regulación de la relación de la nueva familia con la familia de origen y amigos. Sustitución o abandono de comportamiento sociales.

Subsistema conyugal: Está compuesto por la pareja heterosexual u homosexual. Esta unión se establece debido al vínculo afectivo que los ha llevado a decidir compartir su vida. El subsistema conyugal recoge exclusivamente los asuntos que unen a la pareja.



1. INTRODUCCIÓN

Diariamente acuden a consulta de primer nivel pacientes con presencia de síntomas somáticos, relacionados con sobrecarga del cuidado de su familiar. Esta sobrecarga puede actuar en consecuencia sobre la estructura y funcionamiento familiar. El Especialista en Medicina Familiar está capacitado para la atención integral pero también para realizar intervenciones familiares donde se movilizan recursos, se atienden problemas complejos en situaciones críticas o de estrés en busca de la autosuficiencia familiar.

En este caso, se presenta sobrecarga de un cuidador primario con estado de agotamiento emocional, físico y afectación en las relaciones sociales, economía familiar y actividades de la vida diaria, como consecuencia del cuidado.

La metodología del estudio fue de enfoque mixto: cualitativa y cuantitativa, desarrollando un estudio de caso tomando como unidad de análisis a la familia del cuidador primario.

En la intervención familiar se identificaron factores de riesgo comunes en toda la familia, posteriormente, se realizó una jerarquización y priorización de los problemas junto con los integrantes que se encontraban en la consulta, con fin de favorecer la relación familia-médico y obtener un compromiso para su abordaje.

Las estrategias realizadas tuvieron como objetivo reducir la sobrecarga del cuidador, mediante tareas de desarrollo, técnicas de afrontamiento, de comunicación, afectividad y utilización de los recursos familiares.



2. MARCO TEÓRICO

2.1 Cuidador primario

2.1.1 Generalidades

Según Flores y Fuentes en su compendio de investigación académica define al cuidador como “aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria”, Estas personas tienden a perturbar su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que con el tiempo repercute negativamente en su salud, pudiendo presentar una serie de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se hace referencia como “carga”¹.

Es importante mencionar los procesos en la adaptación de cuidador informal, donde según Peco son cuatro fases experimentadas por la mayoría de los cuidadores, dependiendo de la situación que pueda rodear al cuidado. Sin embargo, existen casos donde estas fases no se presentan, es conveniente conocerlas antes de valorar en la práctica al cuidador:

1: Negación o falta de conciencia del problema. Al inicio del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar los miedos y la ansiedad. Es común encontrarse que la persona se niega a aceptar las evidencias como que su familiar padece una enfermedad llevándolo a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. También pueden negar evitando hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo. Esta fase es temporal.

2: Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles. Conforme el cuidador va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta que la enfermedad de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar su propia vida y la de las personas que le rodean. Aquí es donde los cuidadores comienzan a buscar información para instruirse lo máximo posible acerca del trastorno que sufre su familiar y sobre sus



probables causas. Por tanto, es común en ellos los sentimientos de “malestar” por la injusticia que supone el que les toque vivir esa situación. Principalmente el enojo y la ira, son respuestas esperadas en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias. Al aumentar la intensidad de la dependencia funcional del familiar enfermo, se incrementa la pérdida de control por parte de los cuidadores, con el consiguiente incremento en frecuencia e intensidad de ira, enojo y frustración, los cuales son difíciles de manejar, debido a que los cuidadores no identifican claramente cuál es el objeto de su malestar. Las secuelas más frecuentes de esta “cólera sin objeto” son los sentimientos de culpa. Por ello el sobrellevar estos sentimientos sin tener los medios adecuados para expresarlos puede ser muy dañino para el cuidador. Es aconsejable que éste reconozca estos sentimientos y pueda hablar de ellos de manera clara y sincera con alguna persona de su confianza.

3: Reorganización. Los sentimientos de ira y enojo pueden continuar. Una relación esencial para la persona -una esposa, un padre o una madre- “se ha perdido”. La vida ha perdido el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida. Aun así, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. Este período de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida

4: Resolución. Al aumentar el control sobre su situación y el reconocimiento que como cuidador/a será capaz de manejar y resistir los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado, surge un nuevo período de adaptación. En esta fase manejan con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente la tristeza y la pena. En este estadio, los cuidadores aprenden a cuidar mejor de sí mismos,



están más dispuestos a buscar ayuda en otras personas con experiencias similares, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales y pueden buscar y encontrar otras fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos. Esta situación sería la ideal, sin embargo, no siempre el cuidador llega a alcanzar esta etapa ya que el estrés los supera, enferman física y psicológicamente y son incapaces de hacerse cargo de su familiar².

2.1.2 Panorama epidemiológico

De acuerdo a la Encuesta laboral y de Corresponsabilidad en Salud (ELCOS) publicada en septiembre del 2018, del total de hogares urbanos, el 52% tienen al menos un integrante en condición de dependencia, alguno de ellos requería cuidados de manera temporal, por enfermedad o accidente (1.1 millones de hogares); y en 5.2% residían personas con alguna limitación física o mental que les impedía valerse por sí mismas (cerca de 694 mil hogares)³.

En México, el Consejo Nacional de Población indicó que hay 42 millones de personas que requieren algún tipo de cuidado; 33 millones son menores de 15 años y 9 millones son adultos mayores de 65. El organismo proyecta que en 2030 las personas dependientes llegarán a 45.3 millones y para 2050 ascenderán hasta 51.4⁴.

De acuerdo a la encuesta nacional de ocupación y empleo del 2018 en este país 90 millones de personas mayores de 12 años realizan trabajos domésticos y de cuidados en sus hogares sin recibir remuneración. Mientras que sólo 2.2 millones de personas realizan actividades domésticas remuneradas y de éstas, el 91% son mujeres⁵.

Continuando con la estadística en relación a los cuidadores, la encuesta nacional de uso del tiempo del 2018 corrobora que las mujeres entre 20 y 39 años de edad, dedican más horas a los cuidados de los miembros del hogar en un 71%. Las



actividades que les consumen el mayor tiempo son la asistencia por enfermedad o alguna discapacidad y a menores de 5 años. El tiempo promedio semanal acumulado supera las 40 horas, en comparación con las 20 horas de los hombres⁶.

2.1.3 Clasificación

De acuerdo a la responsabilidad en la atención al enfermo, el cuidador puede ser clasificado como primario o secundario.

El cuidador primario lo define la Organización Mundial de la Salud (1999), como: “La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta”⁷.

El cuidador secundario, según Giraldo y colaboradores es aquella persona que asiste con menor grado de responsabilidad o cuida a otra persona con alguna discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el normal desarrollo de sus actividades vitales o de sus relaciones, sin afectar su vida personal, profesional o familiar⁸.

También se cataloga a los cuidadores primarios de acuerdo a su remuneración económica, en dos rubros:

1. Formales: quienes están a cargo del sistema de salud y del apoyo social, es decir, por personal remunerado
2. Informales: que son otorgados por los cuidadores familiares, el entorno social y familiar, sin una remuneración económica⁹.

2.1.4 Sobrecarga

Si consideramos que el cuidado del paciente requiere dedicación podemos entrar al rubro de la carga, al hablar de carga como específicamente una de las consecuencias negativas del cuidado, abordamos el término de sobrecarga del cuidador.



Este concepto se inició en EEUU en la década de los 80 en el ámbito gerontológico a partir del trabajo de Zarit y sus colaboradores, con relación a personas con demencia y sus cuidadores. La carga generada por estos cuidados se definió como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, que amenaza la salud física y mental del cuidador¹⁰.

Para identificar si el cuidador tiene sobrecarga, se valoran los síntomas que presentan físicos y psicosociales entre ellos: estrés, depresión, ansiedad, insomnio, dolor articular y cefaleas, sentimientos de culpa, enojo, frustración, ira, negación de la necesidad de ayuda, sentimientos de soledad, riesgo de conductas suicidas o agresividad que conducen a un abuso de ansiolíticos, ansiedad y depresión, hipnóticos o alcohol, hipocondría, ideas obsesivas, angustia, cambios en los rasgos de personalidad, irritabilidad, cambios de apetito, trastornos de memoria, vértigos, problemas gástricos y menor respuesta autoinmune, también un mayor conflicto entre familiares, disminución del ocio, de autocuidado y de las relaciones sociales, pérdida del empleo y disminución de recursos económicos¹¹

Se corrobora mediante algunos instrumentos específicos como el cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOSII), la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, el IEQ (cuidadores de pacientes con esquizofrenia), el SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule), el CCVFEII (para valorar calidad de vida de los familiares cuidadores), el CSCDP (para cuidadores de pacientes en diálisis), cuestionario Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) y la Escala del Sentido del Cuidado (ESC)¹². Para este proyecto se decidió utilizar el Zarit debido ya que proporciona datos en relación a 3 dimensiones: el impacto que se tiene al cuidar a alguien, los recursos de afrontamiento para cuidar y la relación del cuidador con el paciente ¹³(en material y métodos se especifica la descripción del test).



Las alternativas de tratamiento pueden ser de tipo psicológica, educativa, social y multidisciplinaria. En este caso, se decidió el abordaje integral descrito en la Guía de cuidados a la persona que cuida, Garza, y la Guía de práctica clínica¹⁴

Con la finalidad de prevenir la sobrecarga, Pavón, señala la importancia de realizar actividades que beneficien a la salud como hacer ejercicio, cuidar la alimentación; evitar pensamientos erróneos tales como yo debo cuidarlo, soy la que mejor lo cuida entre otros; también integrar a nuestro familiar enfermo en la medida que se pueda realizar las actividades básicas por sí mismo; pedir ayuda para el cuidado y aceptar sugerencias; tener asertiva comunicación con la persona que cuida, y mantener la calma evitando situaciones de crisis¹⁵

2.2 Diagnóstico familiar

El médico familiar efectúa el diagnóstico integral del paciente y de su familia frecuentemente en su actividad clínica diaria, este hecho lo distingue de la medicina general y otras especialidades ya que pone en juego aspectos normativos que le son exclusivos como:

- a) Otorgar una asistencia integral, fundamental y continua sin abandonar a sus pacientes, así sean derivados al segundo o tercer nivel de atención
- b) Tener como eje de su desempeño la acción anticipatoria, así que además de diagnosticar pronostica, siendo capaz de prever los eventos que vendrían a modificar la salud familiar
- c) Evalúa la dinámica familiar, aclarando que, sin ser terapeutas de familias, debe ejercer, mediante elementos de la psicología médica, actividades concretas de orientación familiar.

En síntesis, estas funciones son propias del médico familiar al realizar el diagnóstico de familia, consistente en los siguientes elementos:



1. Instrumentos de análisis previos a la elaboración del diagnóstico: familiograma, esquema de clasificación integral de la familia, ciclo vital, evaluación de la funcionalidad familiar, entre otros.
2. Análisis y síntesis de elementos
3. Redacción del diagnóstico familiar¹⁶

En tal sentido Huerta expone que la medicina familiar tiene como objeto de estudio la interacción de los patrones que influyen en el proceso salud-enfermedad, considerando a la familia como unidad de estudio ya que tiene las implicaciones básicas como es el énfasis en el diagnóstico y tratamiento, el cual se aplica a la familia como un todo. De esta forma, cualquier situación que afecte a algún miembro del grupo se tomara en cuenta el efecto sobre todo el sistema familiar. La inconveniencia para el médico familiar de centrar la atención exclusiva e indefinidamente en un solo miembro de la familia radica en la posibilidad de desviarse de uno de sus objetivos medulares, como es identificar factores de riesgo comunes en toda la familia, que pueden ser causa de enfermedad individual o colectiva o de disfunción en la familia como un todo.

Por lo anterior, el abordaje conceptual tanto para la expresión como para la organización de la información médica importante, aunque ha variado con el curso del tiempo, y no dejan de mostrarse modelos alternativos, así es como el estudio de la salud familiar. Posterior a la evaluación inicial, el médico debe ampliar su horizonte de práctica, incluyendo al grupo primario de adscripción del paciente, y comprender las implicaciones de su enfermedad sobre su familia mediante la elaboración de este estudio. La información surgida ayuda a comprender el origen de la conducta del paciente y su familia y por consiguiente su diagnóstico familiar.¹⁷

Así mismo, el médico familiar que se precie de su especialidad debe ofrecer a sus pacientes, familia o ambos, un programa de atención biopsicosocial, para lo cual requiere elaborar diagnósticos integrales. Garza comenta que la práctica clínica



del médico familiar es fundamentalmente individual, y es necesario que esta actividad la brinde como consulta individual, pero con enfoque familiar, es decir, obtener información del contexto de vida familiar del paciente y elaborar preguntas como: ¿con quién vive?, ¿Quiénes son las personas más importantes para usted?, ¿Qué opinan de los que le pasa?, ¿Qué creen que tiene o padece?, ¿Cómo lo apoyan cada uno en su enfermedad o problema? Por otro lado, es necesario obtener información del contexto del síntoma con preguntas como: ¿con quién está cuando aparece su síntoma?, ¿Cuándo el síntoma se incrementa o aumenta con quien está o que está haciendo?, ¿Cuándo el síntoma disminuye o aminora con quien se encuentra?, entre otros.

En consecuencia, es primordial que el médico realice consultas individuales con enfoque familiar o al grupo familiar, que se caracterizan por:

1. Diagnósticos individuales. Se deberá seguir la guía del modelo de atención biopsicosocial para identificar: problemas biológicos, emocionales o psicológicos o ambos, problemas de la interacción familiar y social.
2. Diagnósticos familiares. Se deberá seguir de acuerdo a la teoría sistémica estructural para identificar: problemas conyugales, del subsistema jerárquico, de padres e hijos y entre hermanos.
3. Diagnósticos sociales extrafamiliares o ambos. Igualmente, utilizando la teoría sistémica para identificar: problemas con familia paterna, con familia materna, con otros sistemas sociales como: vecinos, amigos, escuela, trabajo, grupo religioso, entre otros, problemas del sistema social (devaluaciones, sismos, entre otros)¹⁸

Por lo tanto, el enfoque familiar es la base de la medicina familiar y comunitaria, como la unidad básica, el estudio de la familia puede realizarse partiendo de distintos enfoques, tanto como criterios biomédica y sociológicos. Además, cuenta con técnicas e instrumentos para el estudio de acontecimientos estresantes en la familia. La atención con enfoque de salud familiar es flexible, dinámica,



interactiva, capaz de prever y brindar respuesta oportuna. La familia se enfoca como un sistema, en donde existe subsistemas que interrelacionan entre sí.

Para el estudio de la familia se usan genograma, APGAR familiar y otros cuestionarios como el GHQ-28 (General Health Questionnaire), el abordaje de cada familia depende de sus características.¹⁹

Posteriormente, es deseable que el Médico de Familia realice la jerarquización o priorización de los problemas junto con los integrantes que se encuentren en ese momento en la consulta, como lo señala Garza y Saavedra²⁰

2.3 Intervención familiar

A inicios de los ochentas Christie–Sealy señaló la importancia de un manejo integral o biopsicosocial por el médico familiar, el cuál llamó trabajo con familias, ya que su énfasis formativo era en el desarrollo de habilidades terapéuticas de apoyo psicológico y de habilidades para mejorar las relaciones interpersonales, ya sea en la atención para el paciente, para su familia o ambos²¹.

El Trabajo con Familias puede ayudar a los cuidadores primarios a responder el “cómo” reestablecer la salud familiar, a través de conjuntar habilidades, las cuales son: conceptuales, perceptuales y ejecutivas. Las conceptuales se basan en diferentes teorías: Teoría general de sistemas, de la comunicación humana, del desarrollo individual y familiar, de los eventos críticos, de las crisis, de grupos y tipos lógicos, de la negociación, etcétera, estas teorías apoyan al médico familiar a desarrollar un abordaje adecuado en pacientes como el cuidador primario con sobrecarga. Las habilidades perceptuales permiten identificar la estructura, subsistemas, etapa del desarrollo individual y familiar, funciones, estilos, canales y secuencias de comunicación, líneas de jerarquía, control, etcétera, en esta etapa de la intervención es donde el médico familiar podría determinar el abordaje familiar enfocado a la patología de estudio como es el caso del cuidador primario



con sobrecarga. Y para concluir las habilidades ejecutivas, las cuales se enlistan a continuación:

1. Unión.
2. Recolección de información y análisis de datos:
 - Modalidad: entrevista individual o familiar.
 - Meta: mejorar el manejo en la atención médica
 - Resultados: impresión diagnóstica (hipótesis o formulaciones sistemáticas)
3. Integración diagnóstica, negociación y contrato:
 - Otorgamiento diagnóstico: (retroalimentación de información al paciente o familia)
 - Negociación
 - Contrato terapéutico
4. Manejo:
 - Educación
 - Facilitación
 - Normalización
 - Clarificación
 - Re-etiquetamiento positivo
 - Apoyo a las fortalezas familiares
 - Guías anticipadas
 - Sugerencias específicas
 - Contención en crisis

Estas últimas ayudaran a afianzar y concretar el abordaje integral familiar del cuidador primario y su familia²².

2.3.1 Fundamentación de la Intervención

Ian McWhinney padre de la medicina familiar indica que el Médico Familiar es el único especialista que se enfrenta a la variabilidad de las enfermedades durante todo el ciclo de vida de las personas, en la singularidad vivencial de cada ser



humano, el significado que el paciente le da al síntoma es acorde con su sistema de valores y creencias; siendo esta percepción y las interacciones entre el individuo, la familia y su entorno, de las que resultan un sin número de combinaciones en la presentación de los problemas de salud ²³.

Con respecto a este significado que el paciente le otorga al síntoma, Garza Elizondo en su libro “trabajo con familias” menciona indicadores que pueden presentar estos pacientes los cuales justifican que el médico familiar programe una serie de actividades clínicas diagnóstico-terapéuticas, ampliando el foco de la atención del paciente a su familia, con lo que activa y agrega a su perfil las habilidades terapéuticas psicosociales (terapéutica, psicológica e interpersonal), lo que le permite alcanzar y poder ofrecer un verdadero nivel de atención integral, modelo de atención curativo proporcionado sólo por los médicos familiares dentro de la gama de especialidades médicas. Los indicadores mencionados son los siguientes:

1. Familias cuyos integrantes:

- Utilizan frecuentemente los servicios de salud.
- Consultan por síntomas vagos o inespecíficos.
- Tienen conflictos emocionales, de conducta o de relación.
- Tienen problemas psicosomáticos.
- Tienen problemas psicosociales (alcoholismo, embarazo no deseado o no planeado, entre otros).

2. Familias con:

- Cambios en su composición (nacimientos, muertes, huidas del hogar, adición de familiares o amigos, entre otros).
- Necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el inicio de un programa terapéutico sobre todo si es en un enfermo crónico.
- Pobre apego a las indicaciones médicas.
- Hospitalización o cirugía de cualquiera de sus integrantes.
- Enfermos terminales, discapacitados, con problemas genéticos, entre otros²⁴.



Estos mismos indicadores justifican el trabajo con familia para los cuidadores, ya que son personas con problemas psicosomáticos y sus familias tienen la necesidad de involucrar a todos sus integrantes en el cuidado y terapéutica del paciente.

También Sarmiento Medina y Díaz Prada explican que el médico de familia al fundamentarse en sus competencias profesionales, además de su capacidad de relación con los pacientes, sus familias y su desempeño en la coordinación de recursos médicos está en la posición ideal para atender y solucionar problemas complejos de los pacientes en situaciones críticas o de mucho estrés, ya que se exponen los roles específicos en áreas clínicas, psicosociales y se describen las dificultades para el afrontamiento de los desafíos en la atención de pacientes y familias con enfermedades incurables o enfermedades crónicas ²⁵.

De manera que para que se desarrolle el programa de atención que el médico familiar ofrecerá a su paciente, familia o ambos. La Dra. Virginia Satir identificó 8 procesos de atención a la salud para que esta tenga un carácter integral y completo, estos son:

1. Biológico
2. Emocional
3. Conductual
4. Educativo
5. Familiar
6. Nutricional
7. Espiritual
8. Epidemiológico o Social

En cada uno de ellos se incluirán los identificados que el médico y su equipo de trabajo decidan abordar. Se desarrollan objetivos de atención específicos para cada problema y se describen las tareas y actividades para conseguirlos.

El médico familiar también debe de trabajar los procesos de solución de problemas a través de su capacidad cognitiva, ya que dichos procesos son el



principal recurso cognitivo de las personas. Se le enseña a la persona a pensar en orden, a seguir un proceso secuencial para identificar el problema, definir opciones de solución, identificar ventajas y desventajas de cada opción, elegir la mejor y llevarla a la práctica.

En consecuencia, estos procesos ayudan a desarrollar una guía de los objetivos de atención, por ejemplo, en el caso de una paciente con antecedente de cáncer de mama.

a) Proceso de atención cognitivo o educativo:

- Información precisa sobre el riesgo de adquirir la enfermedad
- La importancia de llevar un programa de detección riguroso con actividades como autoexploración, exploración por personal especializado, toma periódica de estudios de gabinete como la mamografía, citas programadas, acordar de no asistir, se llevará a cabo visita domiciliaria por personal de salud

b) Proceso de atención emocional

- Citas para apoyarla a identificar los sentimientos asociados al antecedente familiar que sean negativos y facilitar su expresión cognitiva
- Apoyarla a identificar fuentes de culpa
- Apoyarla a identificar posibles pérdidas y de existir, apoyarla a facilitar sus procesos de duelos

c) Proceso de atención conductual

- Aprender la técnica de autoexploración mamaria
- Aprender a identificar los recursos médicos disponibles en su localidad y la manera de acceder a ellos ²⁶

2.4 Estudios relacionados

A continuación, se muestra una revisión de trabajos de investigación realizados en diversos ámbitos acerca del cuidador primario y las intervenciones para disminuir la sobrecarga.



En el año 2020 Amador y colaboradores analizaron las características psicoafectivas y los niveles de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales de Montería, Colombia mediante un estudio descriptivo, transversal con una muestra de 50 cuidadores familiares, aplicaron las encuestas sociodemográficas, para la identificación de las características psicoafectivas, y la Escala de Zarit para evaluar el nivel de sobrecarga. Obtuvieron sobrecarga intensa en 74 %, debido a la inexperiencia para realizar el cuidado, ausencia de programas de salud incluyentes y grupos de apoyo que reduzcan el impacto emocional, además de identificar una relación significativa entre el tiempo de cuidado y la sobrecarga. Concluyeron que la falta de acompañamiento de las instituciones de salud, la ineficacia de las políticas públicas que excluyen al cuidador y la soledad en la que los cuidadores familiares ejercen su trabajo afecta la salud mental y produce sobrecarga al cuidador²⁷.

En el año 2020 Puglla Sánchez y colaboradores en Ecuador valoraron la eficacia de una intervención educativa para disminuir el grado de sobrecarga en cuidadores informales a cargo de un familiar con discapacidad. Se trató de un estudio cuasi experimental, de intervención antes-después no controlado, con una muestra constituida por 33 cuidadores principales de pacientes dependientes de cuidado con una patología de tipo incapacitante, en un periodo de un año. El estudio se realizó en 2 fases: en la primera se aplicó la escala de Zarit al cuidador y al mismo tiempo se indagó sobre sus necesidades de cuidado, las cuales fueron la base para la planeación de los talleres para la intervención. En la segunda fase se realizó la intervención la cual consistió en una charla-taller acerca de la patología y medidas preventivas. Posteriormente se aplicó nuevamente el test de Zarit mediante visita domiciliaria y se obtuvieron los siguientes resultados: la relación en base a la sobrecarga se manifiesta ausente de sobrecarga el 12,12% pre-intervención y modificándose al 51,52% post-intervención, de la misma forma siendo sobrecarga media el 9,09% pre-intervención y modificándose al 30,30%, por último siendo la sobrecarga intensa el 78,79% (n=26) transformándose al



18,18% (n=6); denotando así el cambio de proporciones tras la intervención de los investigadores en la causa de la sobrecarga del cuidador. En conclusión, con la ayuda informativa acerca del síndrome del cuidador y la emocional no farmacológica, se puede lograr disminuir la intensidad de la carga que representa para una persona el cuidar a un paciente con una enfermedad incapacitante²⁸.

En el año 2020, en Colombia Salazar y colaboradores determinaron la carga del cuidado en el cuidador y el nivel de dependencia funcional o enfermedad crónica de su familiar, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La población de estudio fueron 494 personas a quienes se le aplicaron los instrumentos Zarit, Pulses y variables sociodemográficas. Encontrando que el 89,7 % de la muestra son del sexo femenino, con una edad media de 53,5 años; el 39 % está soltero; el 75,6 % estudió hasta secundaria; el 83,1 % se dedica al hogar y lleva como cuidador 8,6 años, y el 87,9 % es el cuidador principal, con problemas del sistema cardiovascular, nervioso y osteomuscular. En cuanto a la carga, el 29,4 % de los participantes la carga es severa, seguida de moderada y el nivel de dependencia de la persona que cuidan es severo, en el 71 % de los casos. Ellos concluyen que la mayoría son cuidadoras, solteras, encargadas del hogar y cuidan a un familiar (padre-hijo). La sobrecarga del cuidado es excesiva, porque cuidan a personas con dependencia severa²⁹.

En el año 2019, Ascencio-Ortiz y colaboradores en Perú establecen la relación entre el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad y la carga de trabajo del cuidador, se incluyeron a 50 cuidadores y 50 personas con discapacidad. Se empleó el Test de Zarit y Zarit, para medir y clasificar la sobrecarga de trabajo del cuidador en tres categorías: ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y sobrecarga intensa. La Escala Funcional Independence Measure (FIM) se utilizó para evaluar el nivel de funcionalidad en la persona con discapacidad, en tres categorías: dependencia completa, dependencia relativa e independencia funcional. Se concluyó que la mayoría de cuidadores de las personas con discapacidad perciben intensa carga de trabajo al cuidar a personas



con dependencia completa y menor en la atención con independencia funcional, sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa³⁰.

En el año 2019, Gómez-Ramírez y colaboradores en Colombia analizaron la carga de cuidado y su asociación con la morbilidad sentida de cuidadores de niños con discapacidad. Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal, donde participaron 56 cuidadores de niños escolarizados en una asociación de Cali, el cual duro 6 meses. Se utilizó el cuestionario Nórdico para medir la morbilidad sentida y para la carga al cuidado con la entrevista de Zarit. Ellos encontraron mediante estadística descriptiva y coeficiente de relación de Pearson que los participantes en su mayoría fueron mujeres, edad media de 48 años, más de diez años desempeñando dicho oficio y 21 horas promedio de cuidado al día. También encontraron que prevaleció el dolor dorso-lumbar (50%), seguido de dolor en el hombro (37,5%) y la sobrecarga subjetiva se ubicó entre los de mayor edad y con desempeño en otras actividades adicionales; esta asociación resultó estadísticamente significativa ($p=0,04$). Concluyeron que los cuidadores que dedican más tiempo a la realización de otras tareas, presentaron mayor sobrecarga subjetiva y morbilidad sentida osteomuscular en la región dorso-lumbar y hombros. Además, algunos manifiestan sentimientos de carga, dolor y frustración. También la falta de ingresos económicos fue relacionada por ellos con el desmejoramiento de la actividad que ejercen³¹.

En el año 2019 Salazar-Barajas y colaboradores, mediante un estudio de tipo descriptivo y correlacional en Tamaulipas, México identificaron la relación entre el funcionamiento familiar y calidad de vida del cuidador del adulto mayor, además determinaron la sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor. Con una población de 86 cuidadores de un centro comunitario utilizaron el índice de Barthel, el Test de APGAR Familiar, la prueba de Zarit y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Encontraron que el 11.6% de los adultos mayores presentó dependencia total, la percepción de disfuncionalidad familiar grave representó el 3.5%. los cuidadores con sobrecarga intensa fueron el 32.6%, el 8.1% percibió la



calidad de vida deficiente. Ellos observaron que la sobrecarga y funcionalidad familiar están relacionadas con la calidad de vida del cuidador, por lo que se convierten en un escenario disciplinar que plantea la posibilidad de diseñar estrategias de intervención, centradas en la sobrecarga y el funcionamiento de la familia para el mejoramiento de la calidad de vida del cuidador³²

En el 2018 López y colaboradores determinaron la calidad de vida relacionada a la salud del cuidador primario con Enfermedad Renal Crónica que asiste a la clínica de nefrología en Guatemala mediante un estudio descriptivo transversal con una población y muestra de 1695 y 349 cuidadores primarios, respectivamente. Utilizaron el cuestionario de Coop-Wonka (CVRS) y el test de Zarit (sobrecarga subjetiva). Resultó que la edad promedio fue de 43 años con una desviación estándar de +/- 15 años; el 76.7% (268) fueron sexo femenino, 39.5% (168) urbana; 33.2% (116) escolaridad diversa; 41.2% (144) fueron cónyuges; el 95% (333) cuidadores informales; el 58.4 (204) con buena calidad de vida y el 73.3 (256) con sobrecarga subjetiva intensa. Concluyeron que la mayoría de los cuidadores primarios son cónyuges, sexo femenino, tipo informal y urbanos. La calidad de vida relacionada a la salud, en su mayoría es buena y en cuanto a sobrecarga predomina nivel intenso³³.

En el año 2018 Marante-Pozo realizaron un estudio cuasiexperimental en Pinar del Rio, Cuba, donde evaluaron la efectividad de una intervención educativa en la sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes institucionalizados. Estudiaron a 38 cuidadores de adultos mayores dependientes institucionalizados en la Casa de Abuelos de ese municipio. Lo desarrollaron en tres fases (identificación de percepción de sobrecarga, intervención, evaluación). La información se obtuvo mediante la escala de Zarit aplicada antes y después de la intervención y para estudiar la efectividad de la intervención compararon los resultados de esta escala mediante la prueba exacta de Wilcoxon para datos apareados. Dentro de sus resultados encontraron que el 92.10 % de los cuidadores fueron mujeres, el 92.10 % eran hijos, antes de la intervención el



100.00 % de los cuidadores reportó sobrecarga de cuidado, después de intervenir, el 76.32 % no percibieron sobrecarga. Ellos concluyeron que la intervención educativa realizada a los cuidadores de los adultos mayores dependientes institucionalizados fue efectiva, al disminuir significativamente la percepción de sobrecarga del cuidador³⁴.

En el año 2018 Dzul y colaboradores estudiaron en Yucatán, México la relación entre la sobrecarga y el índice de depresión presente en los cuidadores informales de pacientes con enfermedad neuromusculoesquelética que acudieron a la Unidad Universitaria de Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la UADY. Se estudió a 18 cuidadores en un periodo comprendido entre enero a junio de 2016. Se utilizó la Escala de Carga del Cuidador de Zarit el cual brinda información de la carga percibida por el cuidador. También se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck que mide síntomas depresivos en la persona, cada ítem del cuestionario refleja la profundidad de la sintomatología depresiva, que supone una gradación cuantitativa de la intensidad de los mismos. Entre los resultados se encontró el predominio de cuidadores del sexo femenino (83%) con parentesco familiar con el paciente, estado civil casado y un nivel de estudios de licenciatura. La relación entre la sobrecarga y el índice de depresión fue elevada y significativa ($r=0.72$, $p=0.0007$). Con base en estos resultados a mayor sobrecarga producida por las labores del cuidado, mayor será el grado de afectación en el estado anímico del cuidador primario informal. Este estudio se considera como parte de una primera etapa, ya que ayudara en la elaboración de un programa de intervención para prevenir la sobrecarga en cuidadores primarios informales que acuden a esa institución³⁵.

En el 2018 Yudyth Mboundou y colaboradores en la Habana Cuba realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal en cuidadores primarios de pacientes con ictus ingresados en el Centro Nacional de Rehabilitación Hospital "Julio Díaz" en un periodo de 2 años. Se aplicó la escala de carga de Zarit para medir la sobrecarga del cuidador de los pacientes con ictus, también se utilizó el Inventario



de Ansiedad Rasgo-Estado, el cual está diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) y también se les aplicó el Inventario de Depresión Rasgo-Estado éste es un instrumento útil para la evaluación de la depresión como estado y como rasgo. Dentro de los resultados predominaron los cuidadores del sexo femenino (76,2 %), entre 40 y 59 años (57,1 %), sin vínculo laboral (73 %) y entre 1 y 3 años como cuidadores (88,9%). También se encontró que la mayoría de los cuidadores (73 %) tenían sobrecarga leve, con un nivel medio de ansiedad estado (54 %) ansiedad rasgo (49,2 %), nivel de depresión estado alto (68,3 %) y depresión rasgo bajo (54 %). La conclusión fue que los cuidadores de enfermos de ictus experimentan frecuentemente estados emocionales como la ansiedad y la depresión. Por tanto, una intervención adecuada resulta vital en el proceso de rehabilitación³⁶.

En 2018 Turro-Garriga y colaboradores en España realizaron un estudio de tipo prospectivo observacional en cuidadores de personas dependientes participantes de la Escuela de Cuidadores, programa psicoeducativo para cuidadores familiares y remunerados. Utilizaron el SOC-13 ítems y la escala Burden Interview de Zarit, con la finalidad de analizar la asociación del SOC y la carga en la adherencia al programa ($\geq 50\%$ sesiones). En este estudio participaron 96 cuidadores, de los cuales un 71,9% eran familiares durante un periodo de un año en 11 sesiones de intervención psicoeducativa en grupos de 10 cuidadores. Dentro de los resultados encontraron que la mayor carga se asoció a un menor factor de significación del SOC ($\beta = -0,388$; $p = 0,002$) y a ser familiar ($\beta = -0,300$; $p = 0,010$). Además, la adherencia global fue del 52,1%, asociándose, en el caso de los familiares, a mayor SOC (OR: 1,1; $p = 0,034$) y menor carga (OR: 0,95; $p = 0,032$). Por lo tanto, en los cuidadores remunerados, el abandono no se asoció a ninguna de las variables analizadas. La conclusión fue que el SOC, y principalmente la significación, es una característica a tener en cuenta para la adecuación de



intervenciones en cuidadores y dotarlas de mayor equidad trabajando más sobre las personas que más lo necesiten (menor SOC y mayor carga) ³⁷.

En el 2018 Giraldo-Montoya y colaboradores identificaron el grado de sobrecarga de los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio a través de un estudio cuantitativo, descriptivo transversal. Donde utilizaron una muestra de 50 cuidadores a quienes se les aplicó la escala Sobrecarga del cuidador de Zarit con el fin de explorar los efectos negativos sobre el cuidador en su salud física, mental, sus actividades sociales, recursos económicos y el tiempo. Ellos calcularon frecuencias y la puntuación final representó el grado de sobrecarga del cuidador mediante el programa Epi info v.3.5.4. Encontraron que 75% de los cuidadores eran mujeres, 36% de ellos fueron los hijos de los pacientes, 34% tuvo escolaridad primaria y 52% desempleados, la mediana fue de 46 años, 54% casados, 50% con estrato socioeconómico tres. Además, el 54% con más de 24 meses dedicado al cuidado del paciente, 70% dedicó 10 y más horas en el día y 66% tuvieron apoyo. De ellos 56% sin sobrecarga, 34% sobrecarga ligera y 10% sobrecarga intensa. En cuanto a su afectación de la salud 36% a veces, de las relaciones sociales 40% frecuentemente y 52% a veces sin dinero suficiente. Por ello concluyeron que la mayoría de cuidadores de pacientes con dependencia permanente, no presentaron sobrecarga y tenían el acompañamiento de otras personas para el cuidado, así como, fueron mujeres, desempleadas y presentaron dolencias de salud y económicas por el cuidado del paciente³⁸.

En 2017 Ramón-Arbúes llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en los centros de salud de la comunidad de Aragón en España. Se solicitó la participación en la investigación a los cuidadores principales de personas con algún grado de dependencia determinada a través de la Escala de Barthel. La captación de los participantes se realizó de forma consecutiva en las consultas de enfermería de 9 Centros de Salud pertenecientes a la Comunidad. La sobrecarga del cuidador como variable dependiente fue evaluada a través de la versión



española de la Escala de Zarit. Entre los resultados de los 392 cuidadores principales incluidos en el estudio, 336 fueron mujeres y 56 hombres, por lo que el perfil de cuidador de la muestra fue el de una mujer, de 56 años, con estudios básicos o medios e hija del dependiente. Hasta un 72,4% de los cuidadores encuestados mostraron algún nivel de sobrecarga. Se concluyó que para las mujeres la presencia de dolor, morbilidad, la relación de parentesco 1er grado y la severidad de la dependencia se asociaron de forma independiente y directa a mayores niveles de sobrecarga. Por el contrario, la edad del dependiente y el tiempo transcurrido como cuidadora se relacionaron de forma inversa. En el caso de los hombres se relacionaron de forma independiente y directa con los niveles de sobrecarga la edad del cuidador, la presencia de alguna enfermedad crónica en el cuidador y la severidad de la dependencia del receptor de cuidados. Es decir, los niveles de sobrecarga en la mujer fueron superiores que en el hombre. Por lo que se recomienda de acuerdo a los resultados la inclusión de la perspectiva género en las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de la sobrecarga del cuidador por parte de los profesionales de la salud³⁹.

En el año 2017 Pérez y colaboradores realizaron un estudio preexperimental en una provincia en Cuba, donde identificaron las principales afectaciones socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores principales de ancianos con enfermedad de Alzheimer. Con una muestra de 64 cuidadores de una población de 92. Se utilizó la escala psicosocial del cuidador que mide las variables socioeconómicas y psicológicas, con ello diseñaron acciones educativas personalizadas para orientar a los cuidadores seleccionados acerca de la demencia Alzheimer y la repercusión sobre el enfermo y la familia. Realizaron sesiones quincenales en la consulta de Geriátrica del Hospital General Provincial durante el período de estudio, con la participación multidisciplinaria de psicóloga, trabajadora social, enfermera y médico especialista en gerontología y geriatría. Posteriormente se aplicó la escala psicosocial del cuidador para constatar las diferencias antes y después de la intervención. Obtuvieron como resultados que las féminas fueron la mayoría (82,8 %) y el grupo etario de 40 a 59 años (83,7 %).



Hubo predominio del nivel escolar preuniversitario (37,5 %) y los trabajadores (68,7 %). Prevalcieron los hijos que prestaban cuidados continuos al anciano (29,0 %) y del tiempo de cuidador entre 1 y 2 años (58,1 %); existiendo un ligero predominio de aquellos que no estaban informados acerca de la enfermedad (54,7 %). La búsqueda de apoyo y la falta de tiempo libre fueron los principales problemas socioeconómicos detectados antes y después de la intervención; sin embargo, hubo descenso de sus valores después de las acciones educativas realizadas. La angustia prevaleció antes y después de la intervención multidisciplinaria; aunque las acciones realizadas disminuyeron todos los síntomas, excepto la desesperanza (20,3 %). Concluyeron que las acciones educativas permitieron reducir afectaciones socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores principales, sin desaparecer el síndrome del cuidador en los participantes⁴⁰.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México según el ELCOS alrededor del 6.7% de la población tiene una discapacidad, dicho porcentaje tiene mucha dificultad o no puede hacer alguna actividad, como caminar, ver, escuchar, hablar o comunicarse, poner atención, aprender, atender el cuidado personal y mental. Por lo consiguiente requieren de un cuidador para realizar sus actividades de la vida diaria.

En Tabasco según el INEGI el porcentaje de prevalencia de personas con alguna discapacidad nos coloca entre los primeros 3 lugares, principalmente afectando a la población entre 5 y 60 años, lo cual involucra la población económicamente activa y a su vez a sus cuidadores.

La salud es un ámbito importante para todas las personas y de mayor relevancia para los que tienen discapacidad por el cuidado que requieren, ya sea por seguimiento de algún padecimiento o rehabilitación, entre otras. De acuerdo con ENADID 2018 más del 80% debe estar afiliado a una institución de salud. Al no tenerlo requieren de un cuidador en casa, que la mayoría de las veces presenta sobrecarga de actividades, el cual a su vez acude a estos mismos servicios de salud con secuelas físicas, psicológicas y emocionales producto de la misma sobrecarga.

En el Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) de Tierra Colorada del municipio del Centro en Tabasco, acuden diariamente pacientes con presencia de síntomas somáticos, relacionados con sobrecarga del cuidado de su paciente, y también muy estrechamente ligado con el apoyo familiar. Esta sobrecarga puede actuar consecuentemente sobre la estructura y funcionamiento familiar.

Se han realizado investigaciones sobre intervenciones educativas, psicológicas, emocionales en el cuidador primario sobrecargado. Sin embargo, no hay descritas



intervenciones de forma integral efectuadas por el médico familiar que ayude a disminuir esta problemática en el primer nivel de atención.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo reducir la sobrecarga de un cuidador primario mediante la intervención familiar?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



4. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, los cuidados son el trabajo más demandado y su tendencia es creciente; en 2017 había 2,100 millones de personas necesitadas de cuidados, para el 2030, se prevé que el número de beneficiarios de cuidados en el planeta ascienda a 2,300 millones, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Debido a esta alta demanda, el INEGI señala que el Trabajo de Cuidado equivale al 23.2 % del Producto Interno Bruto (PIB), sin embargo, la oferta de servicios públicos para satisfacer estas necesidades sociales es muy baja, por ello, estas necesidades son resueltas por las familias, dentro de los hogares y realizados en casi 80 % por mujeres.

En el caso de los servicios de salud el panorama no es muy diferente del económico, ya que institucionalmente no hay un programa diseñado a la atención integral del cuidador, que en el 80% de los casos es un familiar y del sexo femenino. Lo anterior afecta directamente al cuidador ya que no recibe una remuneración económica ni tampoco asistencia psicológica ni emocional. Según las estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y en OIT los cuidadores recurren a trabajos de medio tiempo que no le permiten progresar en su vida laboral, tampoco estudiar y desarrollarse educativamente, descuidan su vida social y emocional ya que incluso pueden no participar en actividades recreativas o sociales.

Los resultados de este proyecto serán de utilidad para la secretaria de Salud y específicamente al CESSA encargado de la salud de la población de cuidadores primarios, con la finalidad de ayudar a los cuidadores a través de trabajar con los elementos del modelo de intervención familiar donde se llevan a cabo el diagnóstico del grado de sobrecarga del cuidador primario, además de un diagnóstico de salud familiar donde se identifican las estrategias de afrontamiento



del cuidador y los factores protectores y de riesgo del mismo; de esta forma se diseñaría un plan de tratamiento integral para el cuidador que lo ayude a obtener la resiliencia ante la sobrecarga.

Continuando con el plan de tratamiento integral que proporciona la intervención familiar en los cuidadores se puede decir que se lleva al cuidador a la autoeficacia, como Bárbara Resnick menciona que una persona debe demostrar autoeficacia, la cual es definida por esta autora como “el juicio de un individuo sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción necesarios para lograr determinados tipos de actuaciones”⁴¹.

En el caso del cuidador la autoeficacia puede ser comprendida como el juicio de este mismo, sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción necesarios para ejercer su rol en el cuidado de su familiar, es decir, el cuidador debe sentirse auto eficaz para brindar un cuidado y manejar de esta forma la aparición de la sobrecarga. Debido a ello, es necesario abordar la autoeficacia en el cuidador, fortaleciendo su confianza y la toma de decisiones sobre sí mismo como cuidador, lo cual le permitirá desempeñarse adecuadamente en el cuidado de su familiar, así como cuidar de sí mismo para mantener y mejorar su salud y percibir de forma resiliente la sobrecarga. Tal como sucedió en el estudio de Penagos y Vargas en 2019 donde midieron la eficacia de una intervención de enfermería dirigida a la autoeficacia en cuidadores primarios de pacientes hematoncológicos, demostrando mayor autoeficacia y disminución de la sobrecarga en el grupo experimental que en el grupo control, por lo que recomiendan su aplicación en otras poblaciones⁴².

Por consiguiente, esta intervención familiar en un cuidador primario dará un gran impacto en estudios posteriores ya que el plan diseñado podrá ser aplicado en cuidadores con sobrecarga de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, cáncer terminal, enfermedad reumática, Alzheimer, discapacidad entre otras. En un estudio publicado en 2018 Zabalegui Yárnoz y colaboradores



hicieron una revisión sistemática de la eficacia de las intervenciones dirigida a cuidadores, ellos encontraron que las intervenciones basadas en terapia cognitivo conductual fueron más eficaces que aquellas cuyo contenido se centró exclusivamente en la adquisición de conocimientos. Éstas mostraron resultados estadísticamente significativos sobre la sobrecarga (40%), la ansiedad (50%) y la depresión (90%)⁴³.

De acuerdo con la Federación española de enfermedades raras en su modelo de: la familia principal fuente de apoyo social, se demuestra que la intervención familiar impacta con mayor eficacia en el cuidador primario, dando mejores resultados y mayor repercusión positiva en la sobrecarga del mismo.⁴⁴

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



5. HIPÓTESIS

- 5.1 Hipótesis alterna: Mediante la intervención familiar se reduce la sobrecarga del cuidador primario
- 5.2 Hipótesis nula: Mediante la intervención familiar no se reduce la sobrecarga del cuidador primario

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Reducir la sobrecarga de un cuidador primario mediante un plan de intervención familiar para mejorar su salud.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar diagnóstico clínico
- Evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador primario
- Aplicar el estudio de salud familiar al cuidador primario
- Diseñar e implementar un plan de intervención en la familia del cuidador primario.
- Monitorear el resultado de la intervención familiar



7. MATERIAL Y MÉTODO

7.1 Diseño y tipo de estudio: Proyecto de intervención con enfoque mixto: cuantitativo mediante el método cuasiexperimental haciendo mediciones pre y post test. Cualitativo que describe y reconstruye los contextos reales en este caso, la comprensión e interpretación de acontecimientos, percepciones y acciones del cuidador y dos integrantes de su familia. El método cualitativo utilizado fue el estudio de caso tomando como unidad de análisis a una familia de un cuidador primario.

El estudio de caso es una manera de explorar, describir e interpretar los discursos, las prácticas y las percepciones de los sujetos de estudio. Se centra en la complejidad de un caso particular, una hoja determinada, incluso un solo palillo, tienen una complejidad única pero difícilmente nos preocuparán lo suficiente para que los convirtamos en objeto de estudio. Estudiamos un caso cuando tiene un interés muy especial en sí mismo. Buscamos el detalle de la interacción con sus contextos. El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. (Stake, 1999).

Debido a ello generalmente se estudian cuatro tipos de casos:

1. Caso “típico”. Es una persona que representa a un grupo o comunidad. Pueden estudiarse varias personas que tienen algún aspecto en común, por lo que se espera cierta homogeneidad o coherencia en sus respuestas.
2. Casos “diferentes”. Son personas que representan distintos miembros de un grupo. Pueden variar en género, raza, ser diferentes miembros de una familia o tener alguna otra característica que puede significar diferente forma de pensar, expresarse o reaccionar ante las situaciones que viven.
3. Casos “teóricos”. Estos casos se escogen porque permiten probar algún aspecto de una teoría. Pueden ser personas con características semejantes o



diferentes, pero cuyo análisis puede contribuir a esclarecer alguna hipótesis o teoría.

4. Casos “atípicos”. Son personas con alguna característica peculiar que los hace diferentes de los demás, pueden tener algún trastorno o habilidad excepcional, pueden ser personas que están o han estado expuestas a situaciones especiales. (Merriam, 1998; Stake, 1994)

En el presente trabajo se aborda el estudio de caso atípico o único, como familia de un cuidador primario.

7.2 Dinámica investigativa: La intervención familiar consistió en diez sesiones presenciales y virtuales, donde se realizó una fase diagnóstica biopsicosocial y espiritual, iniciando con la historia clínica completa y la aplicación de los siguientes instrumentos: estudio de familia (familiograma, APGAR, escala de Graffar), así como el test de Holmes y evaluación conyugal y Zarit.

Posteriormente se identificaron los factores protectores y de riesgo de la salud familiar, que propiciaron la orientación educativa y la evaluación de los recursos, así como las guías anticipadas y tareas de acuerdo al ciclo vital de la familia.

De acuerdo al diagnóstico integral, se generaron estrategias de intervención familiar basadas en las teorías de la comunicación y desarrollo, al mismo tiempo que se profundizó en el diagnóstico y evaluación familiar.

Los instrumentos que en este caso se aplicaron fue el test de Holmes y evaluación conyugal. Ante la crisis encontrada en el test de Holmes, se aplicaron estrategias de afrontamiento.

En las dos últimas sesiones se llevó a cabo la evaluación integral cuantitativa y cualitativa, con la aplicación de los mismos instrumentos y las preguntas poderosas al cuidador y la familia.

El seguimiento de la familia se llevó a cabo a los seis meses para evaluar la autosuficiencia.



7.3 Población, muestra y muestreo:

En el marco de la pandemia de COVID 19 el universo de pacientes fueron los que acudieron a consulta externa a los núcleos básicos del CESSA Tierra Colorada y que presentaron datos de sobrecarga por cuidados primarios, en total 9.

La muestra para el trabajo con familia fue no probabilística, de acuerdo a los resultados de los test aplicados de Zarit, donde se eligió a la familia del cuidador que tuvo sobrecarga severa detectada en la consulta externa y referido al consultorio de Trabajo con Familia.

7.4. Criterios de selección

7.4.1 De inclusión:

- Cuidadores primarios de pacientes
- Edad mayor a 18 años
- Paciente hiperutilizador de los servicios médicos
- Paciente con sobrecarga intensa

7.4.2 De exclusión:

- Cuidadores secundarios de pacientes
- Cuidadores con deterioro cognitivo que le impida realizar la intervención

7.4.3 Criterios de eliminación:

- Pacientes que no deseen contestar el instrumento de evaluación

7.5 Variables

Dependiente:

Intervención familiar

Independientes:

Sociodemográficas

Estructura familiar

Funcionalidad familiar



Factores protectores

Factores de riesgo

Crisis familiar

7.6 Instrumentos para la recolección de la información.

Se utilizaron los siguientes instrumentos

Historia clínica

Para conceptualizar la historia clínica se describirá como la relación escrita de la enfermedad ocurrida en un paciente, así como de sus antecedentes y su evolución en el tiempo. Es un documento médico, y es un documento legal, todos los datos pueden emplearse como testimonio del diagnóstico y terapéutica de la enfermedad, de acuerdo a las normas de práctica clínica. De la misma manera, es un documento humano, ya que debe reflejar la relación establecida entre el médico y el enfermo con el objetivo del alivio de este último.⁴⁵

Es elaborada por el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular, constan de los apartados siguientes y en ese orden:

1. Interrogatorio. – presenta como mínimo: ficha de identificación, en su caso, grupo étnico, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos (incluido uso y dependencia del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas) y no patológicos, padecimiento actual (indagar acerca de tratamientos previos de tipo convencional, alternativos y tradicionales) e interrogatorio por aparatos y sistemas
2. Exploración física. – presenta como mínimo: habitus exterior, signos vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria), peso y talla, así como, datos de la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales o específicamente la información que corresponda a la materia del odontólogo, psicólogo, nutriólogo y otros profesionales de la salud
3. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros



4. Diagnósticos o problemas clínicos
5. Pronóstico
6. Indicación terapéutica⁴⁶ (Ver anexo 1).

Familiograma

El genograma o familiograma es un instrumento que se basa en información presentada con símbolos de los miembros familiares, datos demográficos, relaciones biológicas y legales, subsistema fraternal, abortos, enfermedades y problemas del sistema de relaciones entre los componentes de la familia.

El genograma dinámico nos narra fronteras del sistema familiar (Tipos de comunicación) fronteras físicas (Visitas ritualizadas, traslados de ciudad). Eventos nodales (Que alteran la vida futura de la familia). Asuntos conflictivos (Dinero, paternidad, conspiración). Contexto ecológico (Afilaciones a organizaciones) Interpretación: reglas de interacción de la familia, patrones de transmisión multigeneracional, asuntos conflictivos, triangulaciones, lo destacado de la familia extendida, ciclo vital de la familia.

Dentro de los indicadores que nos aporta el genograma destaca:

- Tres o más generaciones, variables étnicas.
- Miembros de la familia, con sus nombres.
- Factores de riesgo
- Relaciones Biológicas y legales de la pareja.
- Fechas de matrimonios y divorcios.
- Subsistema fraternal, primogénito y secuencia de hermanos.
- Información Demográfica: Edad, sexo, año de nacimiento, muerte, fecha y causa.
- Enfermedades y problemas de los miembros familiares
- Acontecimientos vitales estresantes, desastres.
- Recursos familiares. Sistema de relaciones familiares.
- Actitudes sobre género, sus reglas y roles (Ver anexo 2)



Escala Graffar-Méndez-Castellanos

Fue creado por el profesor Marcel Graffar de Bélgica, permite la estratificación social, partiéndose de un método compuesto de variables cualitativas y cuantitativas. En Venezuela a partir de (1959) el Dr. Hernán Méndez Castellano, decide aplicar el método de estratificación social del Prof. Gafa de Bélgica, el cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDES; con algunas modificaciones introducidas por el Dr. Méndez, clasificándolo este en cuatro variables: Graffar-Méndez Castellano (1994), considera las variables: profesión del jefe o jefa de la familia; nivel de instrucción de la madre; principal fuente de ingreso de la familia y tipo de vivienda.

A cada una de estas variables, se le asigna una puntuación, de acuerdo con las diferentes alternativas de respuesta o indicadores y, luego se suman esos puntos para ubicar a la familia en un estrato, según una escala que varía entre 4 y 20, se considera estrato I: 4-6 puntos, estrato II: 7-9 puntos, estrato III: 10-12 puntos, estrato IV: 13-16 puntos, estrato V: 17-20 puntos (Ver anexo 3)

Test de APGAR Familiar

El uso del APGAR familiar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, "para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar".

Por lo que se considera como un instrumento para evaluar el grado de funcionalidad familiar. Consta de 5 ítems que evalúan: adaptación, comunicación, crecimiento, afecto y resolución. Un resultado de 7 a 10 puntos indica una familia altamente funcional; de 4 a 6, indica una familia moderadamente funcional, y menos o igual a 3 puntos, indica una familia severamente disfuncional. Un puntaje



de Apgar familiar alto sugiere que la familia puede adaptarse a la crisis de la enfermedad o a los cambios de roles de los miembros de la familia. (Ver anexo 4)

Test de eventos críticos (HOLMES)

Si bien la determinación del perfil psicológico del estrés requiere de una completa batería de test entre los cuales se incluyen determinación de tipo de personalidad, afectividad, estrategias de entrevista, etc.; se creó la “escala de eventos de críticos” elaborado por los Dres. Thomas HOLMES y Richard RAHE y permite de manera simple y rápida, incluso mediante la auto administración, realizar la determinación estadística del estrés producido por los cambios de vida y el riesgo potencial de presentar enfermedades o alteraciones de la salud dentro de los próximos 24 meses.

Es un instrumento que debe aplicarse en función de las situaciones que hayan ocurrido seis a ocho meses antes, ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas.

En cuanto a su calificación se suma el total del puntaje de los eventos críticos: si es de 0 a 149 indica que no hay problemas importantes, 150 a 199 indica crisis leve, 200 a 299 refiere a crisis moderada, y mayor de 300 crisis severa (Ver anexo 5).

Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit

Para evaluar la carga del cuidador utilizamos en atención primaria la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, validada en nuestro país y ampliamente utilizada no sólo en estudios de dependencia, sino también en otras poblaciones. Consta de 22 ítems con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 1 a 5, con un rango de 22 a 110 en la puntuación total. Se establecen los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida de la siguiente manera: ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56) (Ver anexo 6)



Evaluación del subsistema conyugal

Es un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges, un instrumento que aborda las principales funciones que dicho subsistema lleva a cabo, los parámetros y la calificación asignada a cada uno de los ítems. Las disfunciones se clasifican de la siguiente forma: 0-40 pareja gravemente disfuncional, 41-70 pareja moderadamente disfuncional, y 71-100 pareja funcional (Ver anexo 7).

7.7 Procesamiento y análisis de la información

Los datos cuantitativos se procesaron en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS 25.0). Se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial, a las que se aplicaron medidas de tendencia central y dispersión en las variables cuantitativas, en cuanto a las cualitativas se utilizaron medidas de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Los cualitativos se analizaron con datos registrados en el expediente familiar del cuidador en forma de notas tomadas durante las sesiones, con guías de observación, respuestas libres a preguntas abiertas, datos expresados por los integrantes de la familia, identificación de frases significativas y lenguaje no verbal.

7.8 Consideraciones éticas

Este proyecto se apegó a los siguientes documentos legales:

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título quinto, capítulo único, artículo 10057 fracción I, II, III y V.⁴⁷

Declaración de Helsinki en sus apartados sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica, considerada como una investigación de bajo riesgo, ya que, sus procedimientos no fueron invasivos y no



dañaron la integridad, física, mental y social de los sujetos de estudio. Además de que la investigación médica estuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales en su precepto que es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.⁴⁸

Los datos obtenidos fueron resguardados para mantener la confidencialidad de los sujetos de investigación.

Se solicitó consentimiento verbal y escrito antes de la aplicación de los instrumentos.

Se les explicó a los pacientes cada uno de los objetivos de la investigación y la importancia de su participación para implementar nuevas estrategias que contribuyan a la mejoría de su dinámica familiar y padecimientos biológicos.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este estudio no aparecen nombres reales de pacientes sino únicamente siglas ficticias.



8. RESULTADOS

Este capítulo se presenta en cuatro vertientes que incluyen: la evaluación de la sobrecarga del cuidador primario, descripción del estudio clínico y de familia, el plan de intervención familiar, y la diferencia del nivel de sobrecarga del cuidador primario pretest y postest.

8.1 Diagnóstico clínico

Historia clínica del cuidador

Acude a control mujer de 56 años de edad a un Centro de Salud con Servicios Ampliados de Tabasco, México; vive en unión libre, primaria, dedicada a labores del hogar. Antecedentes heredofamiliares: abuelos paternos fallecidos por complicaciones de la hipertensión y por senectud; abuelos maternos fallecidos por complicaciones cardiacas y diabetes, padres fallecidos por complicaciones de diabetes e hipertensión arterial. Tiene dos hermanas con obesidad, hipertensión arterial y diabetes. Antecedentes personales no patológicos: toxicomanías negadas y esquema completo de vacunación. Patológicos: varicela y rubeola en la infancia, diabetes e hipertensión arterial de 10 años de evolución, lumbalgia crónica y cefalea tensional recidivante. Antecedentes gineco obstétricos: Menarca a los 11 años, polimenorreica, inicio de vida sexual a los 26 años, una pareja sexual, gesta dos, partos dos, método de planificación Oclusión Tubaria Bilateral.

Padecimiento actual: Inicia hace aproximadamente cuatro meses con cansancio intenso, cefalea, hiporexia, insomnio y lumbalgia crónica localizada sin irradiación a extremidades, Refiere haber sido cuidadora de su cuñada durante cinco años con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y dependencia funcional. La lumbalgia se exacerbó a partir de cuidar a su esposo que sufrió accidente automovilístico y se encuentra con discapacidad motora. Durante la entrevista



menciona que la relación con su esposo es conflictiva y llora con facilidad además revela el fallecimiento de su cuñada.

Exploración física: IMC: 33.2, T/A: 140/91mmHg. Callada y tímida, facies de tristeza y cansancio, consciente, orientada en las tres esferas. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, no doloroso a la palpación superficial y profunda sin contractura ni rigidez. Ruidos peristálticos disminuidos. Columna vertebral con adecuada alineación, dolor a la palpación en región lumbar L5-S1, sin irradiación, Lasègue positivo en rango muscular. Extremidades eutróficas eutérmicas. Fuerza muscular 5/5. ROTS normales. Sin alteraciones de la marcha. Neurológicamente íntegra. Llenado capilar inmediato. Resto de la exploración sin datos de anormalidad.

Los estudios de laboratorio muestran HbA1c de 9, glucosa de 212, colesterol 210, triglicéridos 156. La radiografía lumbar no se realizó por falta de recursos económicos.

Ante la sospecha de sobrecarga del cuidador, se aplica el Test de Zarit⁴⁹ obteniendo el resultado de sobrecarga intensa principalmente en los rubros de relación paciente-cuidador, tiempo y dependencia del cuidado.

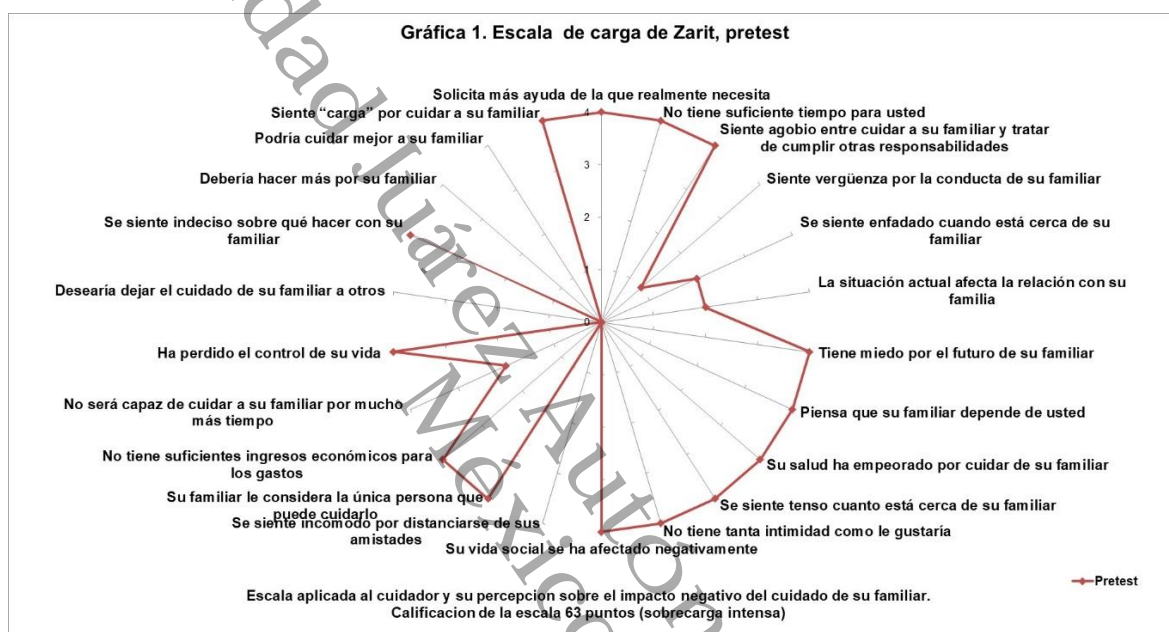
Diagnósticos: Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolada. Hipertensión arterial estadio 1 descontrolada. Obesidad grado 1, Lumbalgia en estudio. Sobrecarga intensa del cuidador.

Se indica cambios del estilo de vida y ajuste en el tratamiento farmacológico para las patologías en descontrol. Se refiere a nutrición para control de obesidad y plan de alimentación y al servicio de trabajo con familia para tratar la sobrecarga del cuidador.



8.2 Evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador primario

Al realizar la entrevista pretest de Zarit, a fin de evaluar la carga del cuidador, se observó un puntaje de 63, lo que significa que el cuidador primario presentó sobrecarga intensa ya que se encuentra en la categoría de 56 a 110 puntos. (Gráfica 1).



Fuente: Escala de carga de Zarit

Al analizar las opciones de las preguntas se encontró que la ocurrencia de las respuestas fueron casi siempre 63.6% (14) y rara vez 4.5% (1). (cuadro 1)

Cuadro 1. Nivel de sobrecarga de cuidador primario (Pretest Zarit)

Variable Sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	4	18.2	18.2	18.2
Rara vez	1	4.5	4.5	22.7
Algunas veces	3	13.6	13.6	36.4
Casi siempre	14	63.6	63.6	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Fuente: Escala de carga de Zarit



De acuerdo a los resultados se derivaron tres líneas de intervención (tabla 1)

Tabla 1. Líneas de intervención de acuerdo a la Escala de carga Zarit

Líneas de intervención	Preguntas de la Escala Zarit correspondientes	Puntaje elevado en:
Relación paciente-cuidador	1. Solicita más ayuda de la que realmente necesita. 4. Siente vergüenza por la conducta de su familiar. 5. Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar. 6. La situación actual afecta la relación con su familia. 7. Tiene miedo por el futuro de su familiar. 9. Su salud ha empeorado por cuidar de su familiar. 11. No tiene tanta intimidad como le gustaría. 14. Su familiar le considera la única persona que puede cuidarlo. 18. Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros. 19. Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar.	1. Solicita más ayuda de la que realmente necesita. 7. Tiene miedo por el futuro de su familiar. 9. Su salud ha empeorado por cuidar de su familiar. 11. No tiene tanta intimidad como le gustaría. 14. Su familiar le considera la única persona que puede cuidarlo. 18. Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros. 19. Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar.
Tiempo de cuidado	2. No tiene suficiente tiempo para usted. 3. Siente agobio entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades. 10. Se siente tenso cuando está cerca de su familiar. 12. Su vida social se ha afectado negativamente. 17. Ha perdido el control de su vida. 22. Siente "carga" por cuidar a su familiar.	2. No tiene suficiente tiempo para usted. 10. Se siente tenso cuando está cerca de su familiar. 12. Su vida social se ha afectado negativamente. 17. Ha perdido el control de su vida. 22. Siente "carga" por cuidar a su familiar.
Dependencia del familiar cuidado	8. Piensa que su familiar depende de usted. 15. No tiene suficientes ingresos económicos para los gastos. 16. No será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo. 20. Debería hacer más por su familiar. 21. Podría cuidar mejor a su familiar.	8. Piensa que su familiar depende de usted. 15. No tiene suficientes ingresos económicos para los gastos.

Fuente: Escala de carga de Zarit

8.3 Estudio de salud familiar al cuidador primario

Para facilitar la comprensión de este caso, se presenta las acciones que se realizaron en el servicio de trabajo con familia divididos en dos apartados: diagnóstico familiar e intervención, aclarando que dicho proceso es simultáneo.

Diagnostico familiar

Inicia con la ficha de identificación familiar, que contiene los datos de cada integrante rescatando el más significativo que fue el nivel de escolaridad del cuidador siendo la primaria completa (ver anexo 9). Posteriormente se aplican instrumentos para distinguir los aspectos más importantes que se redactan a continuación:



El familiograma estructural mostró cinco líneas generacionales, la primera compuesta por los padres fallecidos de los cónyuges, la segunda por las hermanas de la paciente índice, la tercera por la pareja, la cuarta por los dos hijos y la quinta por una nieta. De acuerdo a su desarrollo, se encontró en fase de independencia según Geyman⁵⁰ y en etapa de dispersión con fase de desprendimiento de acuerdo con Huerta⁵¹ debido a que el hijo mayor vive fuera del hogar en unión libre y tienen una hija (ver anexo 10)

En el familiograma dinámico se observó una relación conflictiva en el subsistema parental y conyugal; relación distante del padre hacia el hijo porque se mantiene alejado y retraído en su habitación, no convive con él y no da muestras de afecto. Existe una relación estrecha de la madre con los hijos y con la hermana menor, y distante con la mayor debido a que vive en otro estado, se comunican poco y sin aprecio mutuo (Ver figura 1).

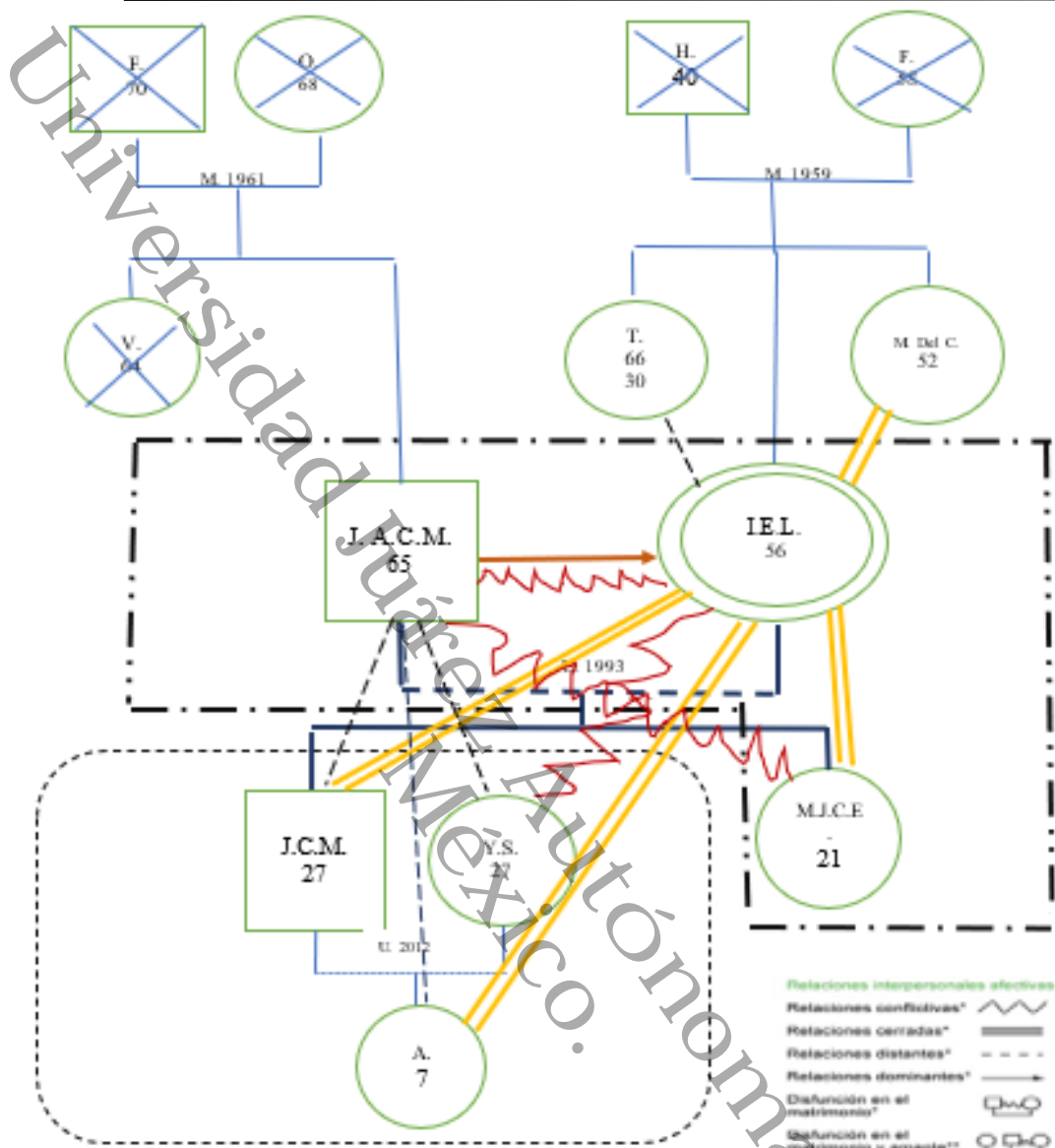


Figura 1. Genograma dinámico (adaptado de Irigoyen, 2005⁵²)

Durante la entrevista familiar, la paciente índice expresó que en la fase de matrimonio y expansión vivió con su suegra y cuñada, que había desacuerdos con su esposo para el cuidado de su hijo y abandonó su hogar en dos ocasiones, la primera vez por los conflictos de pareja y la segunda por el alcoholismo de él, sin embargo, ella regresó con el compromiso de que dejara el alcohol y vivieran en casa propia (ver anexo 11). Actualmente siguen los conflictos de pareja y llama la atención las crisis para normativas que presenta: desmoralización por pérdida del



estatus económico secundario al accidente automovilístico de su esposo; duelo patológico por fallecimiento de su cuñada a quién cuidó por cinco años; violencia psicológica conyugal por la utilización de palabras ofensivas y manipulación.

El esposo también presentaba crisis: adicción al alcohol, desmoralización por la pérdida de su salud e independencia funcional, ansiedad por aislamiento social y agresividad percibida por la esposa e hija, que incrementó por la pérdida de su empleo y la epidemia de COVID-19.

Debido a estas crisis y a la tensión observada entre los integrantes se aplicó el APGAR ⁵³, test de evaluación conyugal ⁵⁴ y eventos críticos de Holmes ⁵⁵, encontrando disfunción familiar severa con áreas de oportunidad para trabajar en los rubros de adaptación, afecto, comunicación y capacidad resolutive; pareja severamente disfuncional, con afectación en todos los parámetros: comunicación, adjunción de roles, satisfacción sexual y toma de decisiones; crisis severa por muerte del familiar cercano, cambios en la salud del esposo, pérdida de empleo del cónyuge con reajuste en los negocios propios y el estado financiero (ver anexo 12).

Las funciones familiares básicas afectadas fueron las cinco mencionadas por Geyman; socialización, afecto, sexual, estatus y de cuidado.

En la comunicación se encontró: escalada simétrica en el subsistema conyugal, distante e instrumental en el parental del padre hacia sus hijos y clara y directa en el subsistema filial⁵⁶.

La autoridad la ejercía el esposo de manera rígida, los roles no cumplidos son el del padre porque no compartía tiempo de calidad con sus hijos, la hija parental, el hijo mayor por falta de apoyo en el cuidado del padre y la abuela asumía el cuidado maternal de su nieta. La coalición observada es entre la hija y la paciente índice contra su esposo, y una alianza entre la hija y su tía (hermana menor de la madre). Los límites de la familia eran difusos.



Respecto al ámbito social, la familia habita en casa propia hipotecada debido al accidente, alimentación hipercalórica, sin actividades recreativas, con adicción al alcohol del padre e hijo. Cuenta con servicio de salud por parte del IMSS y de la Secretaría de Salud donde llevan el control de las enfermedades crónico-degenerativas. Son de religión católica, ella acudía a un grupo de oración cada semana dejando de asistir por la pandemia. De acuerdo al método de Graffar esta familia se ubica en el estrato socioeconómico medio bajo.

En cuanto al ámbito laboral, la paciente tenía una lavandería en casa que cerró a partir de la pandemia. Su esposo ha trabajado durante más de 20 años en distintas empresas e inmobiliarias, en la última de ellas como vendedor de inmuebles con sueldo por comisión. Al momento del estudio se encontraba desempleado viviendo de sus ahorros y negocios independientes.

Los factores de riesgo detectados fueron: las enfermedades crónicas de la pareja, la sobrecarga del cuidador de la paciente índice, la carga genética del esposo para desarrollar hipertensión arterial, alcoholismo y aislamiento. La hija con carga genética para desarrollar hipertensión arterial y diabetes. A nivel familiar inestabilidad del núcleo, problemas económicos. Inadecuada distribución de las tareas del desarrollo e incumplimiento de las funciones familiares. (Ver anexo 13).

En el anexo 14 se muestra con detalle la jerarquización de los factores de riesgo, de acuerdo a la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.

Los factores de protección familiar fueron: vivienda propia, seguridad social, nivel académico del padre con licenciatura y negocios propios, buenas relaciones sociales, conscientes de sus enfermedades y el apoyo económico del hijo (ver anexo 15).



8.3 Plan de intervención en la familia del cuidador primario

Primera sesión: Acudieron a la entrevista la paciente índice (cuidador) de manera presencial y virtual el esposo y la hija. Se realizó la historia clínica, el familiograma, se aplicaron las tareas básicas de acuerdo con Moore ⁵⁷, construyendo la credibilidad con la familia y la relación familia-médico. Se informó acerca del proceso y del papel del médico familiar, así como de los servicios que otorga la Secretaría de Salud. Lo anterior, con el fin de conseguir un clima expresivo adecuado para el compromiso y acuerdo terapéutico para afrontamiento de los problemas detectados, además de clarificar los recursos para el cuidado de su esposo y realizar sus actividades diarias.

Se identificó y jerarquizo los aspectos relevantes para el cuidador y su familia, acordando intervenir a los tres integrantes, con la finalidad de reducir la sobrecarga de la paciente:

1. Relación paciente-cuidador
2. Tiempo del cuidado
3. Dependencia del familiar cuidado

Se visualizaron las estrategias de intervención, enfocadas a la comunicación en el subsistema conyugal para mejorar la relación paciente-cuidador, las tareas del desarrollo y funciones familiares para organizar el tiempo del cuidado y referencias a servicios de apoyo para disminuir la dependencia.

Se informó a la familia el número de sesiones y las valoraciones que requieren por el equipo multidisciplinario. Se enfatizó la educación y prevención mediante detecciones oportunas para la edad y sexo, esquema de vacunación, interconsulta a nutrición, psicología y rehabilitación, orientación educativa médico-enfermera



para atención y cuidado del paciente postrado, orientación sobre violencia intrafamiliar y consulta integral de medicina familiar.

Segunda sesión: Acudió la familia a entrevista, la paciente mostró radiografía de columna lumbar sin datos patológicos descartando la lumbalgia mecánica. Se aplicó el APGAR a cada integrante para analizar las funciones familiares. Se realizaron actividades para mejorar la relación paciente-cuidador y dependencia del cuidado, reflexionando sobre la importancia de la comunicación sana, clara, cordial y efectiva a través de usar una palabra clave tranquilizante cuando exista un alza de la voz o palabras agresivas. Se recomendó al esposo acudir a un grupo de ayuda para el alcoholismo y a rehabilitación para su terapia física.

Tercera y cuarta sesión: Se aplicó la evaluación del subsistema conyugal, los cónyuges manifestaron su interés por permanecer con su relación marital, por tanto, se continuó trabajando en la relación paciente-cuidador, recomendando las demostraciones de afecto mediante el lenguaje del amor para identificar como se sienten amados a través de palabras de afirmación, tiempo de calidad y contacto físico, así también en el auto perdón y el perdón a su pareja.

Quinta sesión: Se aplicó el test de Holmes a la paciente y se trabajó en la sobrecarga económica reflexionando acerca de retomar su negocio independiente (lavandería) y la importancia del ahorro familiar. Se trató el duelo patológico por la pérdida de su cuñada utilizando la explicación de las fases del duelo, la técnica de la silla vacía y la religión como recurso para la despedida simbólica. Se refirió a Psicología para mejorar su identidad, autoestima y aceptación del duelo.

Sexta sesión: Acudieron los tres integrantes de la familia, y las actividades fueron encaminadas a organizar el tiempo de cuidado. Se distribuyeron las tareas en el hogar. Se trabajó con la hija parenteral clarificando su rol en la estructura familiar visualizando el familiograma. Se creó un árbol de valores como recurso



pedagógico orientado a fortalecer el vínculo familiar. Se implementó el día de familia.

Con el fin de reducir el tiempo de cuidado, se recomendó usar las redes de apoyo de sus vecinos y de sus hijos.

Se monitoreó los signos vitales a la paciente encontrándose dentro de parámetros normales, refirió que la cefalea es ocasional.

Séptima: A partir de esta sesión se realizó el monitoreo de las estrategias implementadas. La paciente indicó comentó mejoría en su estado físico y emocional, así como la asistencia a la iglesia para sentirse activa y en paz. En relación a las citas con psicología comentó que ha mejorado en el manejo de sus emociones y el insomnio, continuará asistiendo cada 2 meses. El esposo continúa en rehabilitación y empieza a deambular ortopédico. Ingresó al grupo de autoayuda para alcohólicos manteniéndose en abstinencia.

Octava sesión: El hijo mayor acudió a esta sesión y se comprometió ayudar en el cuidado y transporte del padre a rehabilitación, sin embargo, no accedió a trabajar en las sesiones de familia. Ambos hijos afianzan el vínculo paterno mediante la convivencia en día de familia.

Novena sesión: Los integrantes coinciden que han mejorado su comunicación cotidiana siendo más claros y directos, evitando dobles mensajes y lenguaje ofensivo, además retoman las comidas familiares. El esposo es más independiente y participa en las tareas del hogar. Se reafirmaron los recursos familiares y se remarcan los valores, los roles y las tareas, con el fin de concretizar la autosuficiencia familiar. Se aplicó Zarit post-intervención y el resultado fue "sin sobrecarga", el APGAR y evaluación del subsistema conyugal ambos con resultado funcional.



Décima sesión: Se realizó el cierre con la familia al cubrir sus expectativas del motivo de consulta. Se felicitó por los logros obtenidos. Se sugirió que sigan realizando las actividades familiares, continuar con sus citas en los diferentes servicios.

8.4 Monitoreo y seguimiento del resultado de la intervención familiar

El monitoreo de cada estrategia de intervención realizada se llevó a cabo en las sesiones, específicamente a partir de la séptima, que fue de utilidad para ir adaptando y mejorando las tareas aplicadas a los integrantes de la familia, narradas en el punto anterior.

Se realizó un seguimiento a los cuatro meses posteriores a la intervención, donde la paciente textualmente comentó: *Me siento una mujer diferente, a partir de las pláticas y las conversaciones me han ayudado a quererme y a entender por qué me sentía triste.* Respecto al esposo textualmente señaló: *Ahora me doy cuenta de que yo me portaba mal con ella porque me sentía solo al estar en la cama, pero ahora que ya trabajo me siento diferente.*

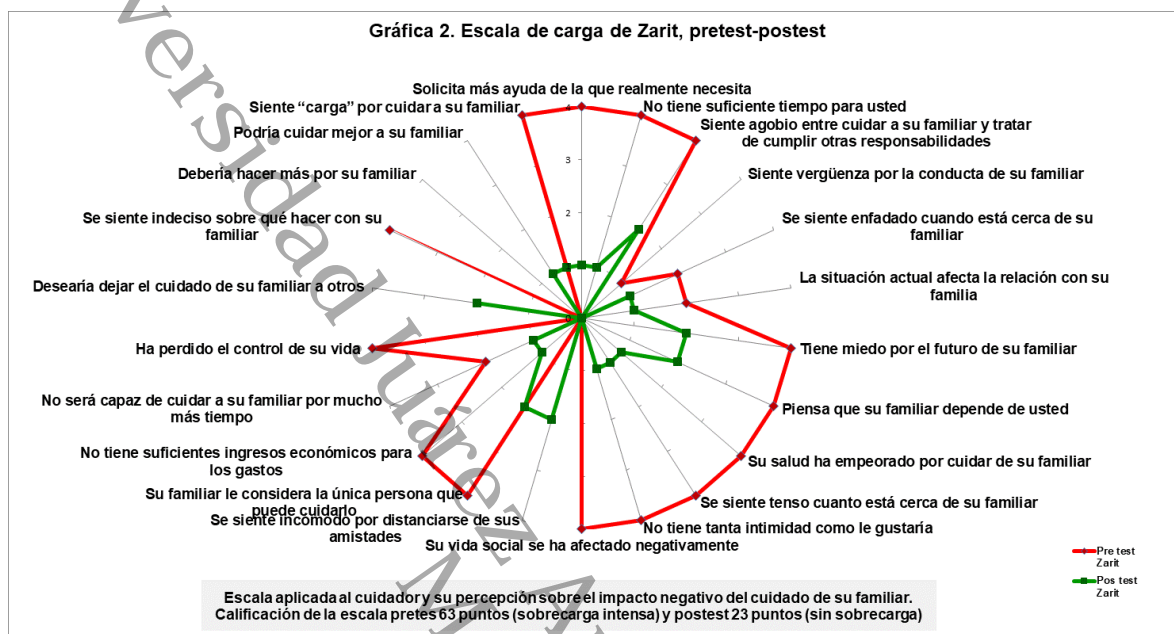
De manera cuantitativa se efectuó un análisis de la diferencia del nivel de sobrecarga del cuidador primario pretest y postest

Una vez realizada la intervención familiar, se analizó el puntaje de la escala de Zarit, pretest (63) y postest (23), donde se observó una reducción de 40 puntos.

En la primera evaluación la sobrecarga del cuidador primario se observó principalmente en tres líneas detectadas: relación paciente cuidador, tiempo de cuidado y dependencia del familiar cuidado.



Se pudo observar que la percepción del cuidador después de la intervención se modificó favorablemente, al reducir su percepción de carga reclassificándose en la Escala de Zarit postest sin sobrecarga (Gráfica 2)



Con la finalidad de demostrar si la diferencia en los puntajes en la escala de Zarit antes y después correspondía a un efecto positivo de la intervención, se realizó una prueba estadística *T de Student* para la comparación de dos muestras relacionadas, y comprobar si los resultados obtenidos eran producto del azar o de la intervención. Se decidió probar la siguiente hipótesis:

Ha: Mediante la intervención familiar se reduce la sobrecarga del cuidador primario.

Ho: Mediante la intervención familiar no se reduce la sobrecarga del cuidador primario

Se observó en el pretest Zarit, una media de $\bar{X}= 2.86$, con una desviación estándar de $ds=1.642$. En el postest la media observada fue de $\bar{X}= 1.05$, con una desviación estándar de $ds=0.722$. (Cuadro 2).



Cuadro 2. Comparación de dos muestras relacionadas

Estadísticas de muestras emparejadas				
Variable	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Pretest Zarit	2.86	22	1.642	0.35
Posttest Zarit	1.05	22	0.722	0.154

Fuente: Escala de carga de Zarit

Al aplicar la prueba *T* de *Student* para la diferencia de dos muestras relacionadas, se observó, una diferencia de medias entre el pretest y posttest de $\bar{X} = 1.818$, con una desviación estándar de $ds = 1.79$, con un intervalo de confianza al 95% de IC:95% = Li 1.025; Ls 2.612, un valor de la prueba de $t = 4.765$ con $gl = 21$ y un valor de $p = .000$, estadísticamente significativo. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Diferencia de dos muestras relacionadas

Variable	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la				
				Inferior	Superior			
Pretest Zarit Posttest Zarit	1.818	1.79	0.382	1.025	2.612	4.765	21	.000

Fuente: Escala de carga de Zarit

Con los resultados observados, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. La sobrecarga del cuidador primario se redujo con la intervención familiar.



Triangulación metodológica secuencial entre los datos cuantitativos y cualitativos

Para finalizar se integran los resultados de todas las mediciones iniciales en las diferentes fases diagnósticas y posteriores a la intervención diseñada.

Modelo de intervención familiar para un cuidador primario



Fuente: Autoría propia



9. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio demuestran que la sobrecarga del cuidador primario se redujo de manera significativa con la intervención familiar en las tres líneas detectadas: relación paciente cuidador, tiempo de cuidado y dependencia del familiar.

En cuanto a la caracterización del cuidador a partir del diagnóstico se obtuvo que era mujer, perteneciente a una zona urbana, conyugue cuidador, de tipo informal, y sobrecarga intensa coincidiendo con lo reportado en los estudios López et al.⁵⁸, Dzul et al⁵⁹ donde el perfil fue similar.

Por el tiempo de cuidado y el desempeño de diversos roles en la familia se encontró ansiedad, insomnio, cansancio, lumbalgia, datos similares a lo reportado por Gómez-Ramírez et al,⁶⁰ quienes además observaron que las familias estudiadas, tenían falta de ingresos económicos y más de veintiún horas de cuidado, lo que no se midió en este estudio.

En cuanto a los factores de riesgo para la sobrecarga, el cuidador presentó los siguientes: ser mujer, rol de madre y abuela, desconocimiento para el cuidado, problemas económicos, portadora de diabetes e hipertensión en descontrol y tiempo completo al cuidado de su cónyuge, lo anterior coincide con López et al,⁶¹ en el sexo, conocimiento del cuidado de su familiar y el tipo de zona donde habita, y difiere en el estado de salud.

En relación a la funcionalidad familiar en este estudio se observó una familia disfuncional, por inadecuada distribución de las tareas del desarrollo, que contribuyó a la sobrecarga del cuidador, situación que coincide con lo reportado por Salazar Barajas et al,⁶² quienes demostraron una correlación entre la disfuncionalidad familiar y la sobrecarga del cuidador.



Se encontró que al disminuir la dependencia del familiar al acudir a rehabilitación y ser más funcional contribuyó a reducir la sobrecarga, coincidiendo con lo que reporta Salazar et al⁶³ y Ascencio-Ortiz et al,⁶⁴ quienes afirmaron después de aplicar una escala de dependencia que, a mayor dependencia, mayor sobrecarga en el cuidador primario. En esta investigación sólo se logra tener la percepción del cuidador sobre la dependencia de su familiar.

Zabalegui-Yárnoz⁶⁵, señala que la sobrecarga del cuidador disminuye con diversos tipos de intervenciones, en este estudio fue con la intervención familiar. En los proyectos de Puglla-Sánchez et al⁶⁶, y de Marante-Pozo et al⁶⁷ mejoró con la utilización de intervención educativa, sin embargo, Turro-Garriga et al,⁶⁸ en su estudio demostró que la intervención psicoeducativa no tuvo impacto, al mantenerse en el mismo nivel de sobrecarga los cuidadores estudiados.

Se considera este estudio como una aportación a la medicina familiar, ya que intervenciones familiares publicadas, similares a la investigación realizada son escasas.

Se reconocen como fuertes limitantes de este estudio, el cierre de las actividades de los servicios prioritarios de la atención médica ocurrida durante la pandemia de Covid-19, ya que no se tenía acceso a mayor número de pacientes con este síndrome para realizar la intervención grupal. Este estudio puede servir para crear una línea de investigación sobre este tema, que incluya más cuidadores y sus familias.



10. CONCLUSIÓN

El cuidador primario es una mujer de 56 años de edad que presentó obesidad, hipertensión y diabetes descontrolada, diagnosticada con sobrecarga intensa mediante clínica y test de Zarit. En su ámbito familiar presentaba una inadecuada comunicación del subsistema conyugal y parental, incumplimiento de las tareas del desarrollo, afectación de las funciones familiares y roles.

El aplicar en primer nivel una intervención familiar enfocada en tres dimensiones del cuidado afectadas: relación cuidador-paciente, tiempo de cuidado y dependencia del familiar cuidado, y utilizar estrategias como: tareas de desarrollo de acuerdo al ciclo vital, técnicas de afrontamiento, de comunicación, afectividad y utilización de los recursos familiares, mejora no solo estas dimensiones, sino que también influye positivamente en el sistema familiar logrando su utilización de recursos para lograr la autosuficiencia familiar.

El monitoreo realizado en cada sesión familiar permitió verificar el proceso de las intervenciones en beneficio del paciente y su familia, encontrando una mejoría clínica de la salud del cuidador y estadísticamente se probó la reducción de la sobrecarga disminuyendo en la escala de Zarit de 63 puntos que se ubica en el grado intensa a 23 puntos sin sobrecarga.

Por tanto, se considera que la intervención familiar para disminuir la sobrecarga del cuidador es significativa.



11. RECOMENDACIONES

A los servicios de salud

Diseñar un programa para la atención integral del cuidador primario.

A los médicos familiares

Realizar en las familias con esta patología o que se justifique una crisis el estudio de salud familiar para incidir oportunamente en sus factores de riesgo

Diagnosticar clínicamente al paciente con sobrecarga con el fin de prevenir oportunamente un colapso del cuidador visualizando las estrategias a realizar en una intervención.

Crear un grupo de ayuda mutua para cuidadores primarios para fortalecer sus recursos.

Al equipo de salud

Aborda multidisciplinariamente al cuidador primario evitando así la sobrecarga y facilitando la transición a una fase resolutive.

A las familias

Continuar con las tareas del desarrollo de acuerdo a su ciclo vital

Mantenerse en constante comunicación clara y directa y apoyo al cuidador y a su familiar en proceso de rehabilitación.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Flores, MG, M., Fuentes, Laguna, L., et. al. Perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado. Compendio de investigación Academia Journals Puebla. [Internet]. 2016. [citado 2 de octubre de 2021] Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/312193780>
- ² Peco. L. Cuidados especializados en la enfermedad de Alzheimer. [Internet]. 2010. [citado 2 de octubre de 2021] Disponible en: <http://www.emagister.com/curso-cuidados-especializados-enfermedad-alzheimer/cuidador-perfil-sindrome-urn-out>
- ³ ELCOS. Estadísticas de la encuesta laboral y de corresponsabilidad en salud a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependientes. Encuesta laboral y de corresponsabilidad en Salud, México, 2018.
- ⁴ CONAPO. Informe y proyecciones 2018: versión 2019. Consejo Nacional de Población. México. 2019. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/conapo-principales-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-la-dinamica-demografica-enadid-2018?idiom=es>
- ⁵ Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) (2018). Indicadores estratégicos. Segundo Trimestre abril-junio y Tercer Trimestre julio septiembre. INEGI. México.
- ⁶ . Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) (2018). INEGI. Disponible en: www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares.
- ⁷ Moreno, Colom, S., Recio, Cáceres, C., Borrás, Catalá, V. significados e imaginarios de los cuidados de larga duración en España. Una aproximación cualitativa desde los discursos de cuidadoras. International Journal on Collective Identity Research. [Internet]. 2016; 1:1-28pp. [citado 2 de octubre de 2021] Disponible en: <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/papelesCEIC/article/view/15195/14142>.
- ⁸ Giraldo, Montoya, D., Zuluaga, Machado, S. et al. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio.



Medicina Universidad Pontificada Boliviana. [Internet]. 2018. 20(4). [citado 2 de octubre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.18566/medupb.v37n2a02>

⁹ Savio, J. Estrés y sobrecarga del cuidador. Editorial Facultad de Medicina. Universidad de la República. Manual de Geriátría y Gerontología: Tomo I. Montevideo. 2004. Pág. 157-161

¹⁰ Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist, [Internet].1980 [consultado el 15 de noviembre de 2021], 20(6), 649–655

¹¹ Salazar-Montes AM, Murcia-Paredes LM, Solano-Pérez JA. Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014. Arch Med (Manizales) [Internet]. 2016; [consultado el 15 de noviembre de 2021], 16(1):144-54.

¹² Martínez-Pizarro S. Síndrome del cuidador quemado. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2020 [consultado el 15 de noviembre de 2021]; 13 (1): 97-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es. Publicación electrónica 20-abr-2020.

¹³ Alpuche V, Ramos B, Rojas M, Gonzalo C. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicol Salud. [Internet]. 2008 [consultado el 15 de noviembre de 2021];18(2):237-45. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29118209.pdf>

¹⁴ Rodríguez, Rodríguez, Pilar et. al. Cuidar, cuidarse y sentirse bien. Guía para personas cuidadoras según el modelo de atención integral. Fundación pilares para la autonomía personal. España. [Internet]. 2016 [consultado el 15 de noviembre de 2021]29-45. Disponible en: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2015/01/guia_cuidar_web.pdf

¹⁵ Pavón Ramírez, Lorena. Cuidados para el cuidador. [tesis de maestría] [internet]. Asociación Mexicana de Tanatología, A.C; 2014 [citado 2021 nov 15]. Disponible en: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/212%20cuidados.pdf>



- ¹⁶ Irigoyen Coria A. Diagnostico Familiar. Editorial medicina familiar mexicana. 6ta ed, México, 2000. Pág. 5-11.
- ¹⁷ Huerta Gonzales J. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial alfil. 1era Ed, México, 2005. Pág. 57-118.
- ¹⁸ Garza, Elizondo, T., Gutiérrez Herrera, R. Trabajo con Familias. Abordaje medico e integral. Editorial Manual Moderno, 3ra ed. México 2015. Pag. 183-185
- ¹⁹ Malpartida Ampudia MK. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 21 de octubre de 2021];5(9):e543. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/543>
- ²⁰ Garza ET, Saavedra ASJ. Salud Mental - Dinámica Familiar. Metodología para la Atención Familiar Integral. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo. Dirección General de Enseñanza en Salud. Serie Aprisa No. 2 noviembre de 1988, 9-11.
- ²¹ Christie-Seely J. Workingwithfamilies. J R Soc. Med. 195;78(S8):43-46
- ²² Gutiérrez Herrera R. F., Ordóñez Azuara Y., et. Al. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. Revista Medicina La Paz. México [Internet]. 2019; 25(1):58-67. [citado 2 de octubre de 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S172689582019000100009&script=sci_abstract&tlng=en
- ²³ Garza, Elizondo, T., Gutiérrez Herrera, R. Trabajo con Familias. Abordaje medico e integral. Editorial Manual Moderno, 3ra ed. México 2015. Pág. 105-125.
- ²⁴ Mc Whinney IR. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma. 1995.
- ²⁵ Sarmiento Medina P.J., Díaz Prada V.A., Rodriguez N.C.. El rol del médico de familia en el cuidado paliativo de pacientes crónicos y terminales. Medicina de Familia. SEMERGEN. México [Internet]. 2019; 45(5):349-355. [citado 2 de octubre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.011>



- ²⁶ Garza-Elizondo T, Ramírez-Aranda JM, Gutiérrez-Herrera RF. Relación de colaboración médico-paciente-familia. Arch Med Fam. [Internet]. 2006;8(2):57-62. [citado 2 de octubre de 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8442>
- ²⁷ Amador-Ahumada C., Cecilia Puello E., Alcocer N., Valencia Jimenez N. Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2020; 46 (1) 29. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n1/e1463/>
- ²⁸ Puglla-Sánchez L., Quilismal Guanochanga N., et. Al. Eficacia de una intervención educativa para disminuir el grado de sobrecarga en cuidadores de pacientes dependientes. Revista Ocronos. Ecuador. [Internet]. 2020;3(2):135. [citado 1 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://revistamedica.com/eficacia-intervencion-educativa-disminuir-sobrecarga-cuidadores/>
- ²⁹ Salazar-Maya AM, Cardozo-García Y, Escobar Ciro CL. Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. [Internet]. 2020;22. [citado 1 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cccf>.
- ³⁰ Asencio-Ortiz RP, Pereyra-Zaldívar H. Carga de trabajo del cuidador según el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad en un distrito de Lima. An Fac. med. Perú. [Internet]. 2019;80(4):451-6. [citado 1 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16441>
- ³¹ Gómez-Ramírez E, Calvo-Soto AP, Dosman BT, Ángulo M de los ángeles. Sobrecarga del cuidado y morbilidad sentida en cuidadores de niños con discapacidad. Duazary [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 1 de septiembre de 2021];16(1):67-8. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2508>
- ³² Salazar-Barajas ME et. al. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del AM Enfermería Universitaria. [Internet]. 2019. Vol.16.Núm 4.



[citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en:

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>

³³ López E, Ávila S, Reyes A, Miranda I. Calidad de vida relacionada a la salud del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica. Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem.) [Internet]. 30 de junio de 2018 [citado 25 de noviembre de 2021];157(1):15-7. Disponible en:

<https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/82>

³⁴ Marante-Pozo E., Pozo-Amador LM. Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2018 diciembre [citado 2021 Nov 15]; 34(4): e1490. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400003&lng=es. Epub 01-Dic-2018

³⁵ Dzul-Gala, F., Tun-Colonia J. A., Arankowsky-Sandoval G., Et al. Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas. Revista Biomédica. [Internet]. 2018 junio; Vol. 23, Núm. 3. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v29i3.621>

³⁶ Yudyth Mboungou H., Semino García L., et al. Estados emocionales y carga del cuidador principal de pacientes discapacitados por ictus. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación. [Internet]. 2018;10(3). [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedfisreah/cfr-2018/cfr183a.pdf>

³⁷ Turró-Garriga, O., Farrés-Costa, S., et al. Evaluación del efecto del sentido de coherencia en la carga percibida y en la adherencia a un programa psicoeducativo para cuidadores informales de personas dependientes. Revista española de Geriatria y Gerontología. [Internet]. 2018. 53(4). Pag 196-201. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.12.002>.

³⁸ Giraldo-Montoya D.I., Zuluaga- Machado S., Uribe-Gómez V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito



ambulatorio. Medicina U.P.B. [Internet]. 2018. vol. 37, núm. 2, pp. 89-96. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.18566/medupb.v37n2a02>

³⁹ Ramón-Arbúes, E. Sobrecarga del cuidador principal del paciente dependiente. Cuidando la salud. España. [Internet]. 2017. Vol. 14. Pág. 5-20. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://www.ocez.net/archivos/revista/670-cuidando-la-salud.pdf>

⁴⁰ Pérez-Rodríguez M., Álvarez-Gómez T., Martínez-Badaló EJ., Valdivia-Cañizares S., Borroto-Carpio I., Pedraza-Núñez H. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 abril [citado 2021 Nov 15];19(1): 38-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007&lng=es.

⁴¹ Tomey AM, Raile AM. Modelos y teorías en enfermería. 6th Ed. Estados Unidos: ELSIEVER; 2011. 173 p

⁴² Penagos-Castro RV., Vargas-Escobar LM. Efectividad de una intervención de enfermería para modificar la autoeficacia y la sobrecarga del cuidador del paciente hemato-oncológico. Revista Cuidarte. [Internet]. 2020; 11(2): e867. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.867>

⁴³ Zabalegui-Yárnoz, A., Navarro-Díez, M., Cabrera-Torres, E., et. Al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a los cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Revista española de Geriatria y Gerontología. [Internet]. 2018. 43(3). pág. 157-166. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(18\)71176-4](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(18)71176-4)

⁴⁴ Federación Española De Enfermedades Raras. Intervención con las familias: fuente de apoyo. España, 2010.

⁴⁵ Semiología Médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Argente, Horacio A. & Álvarez, Marcelo E. Editorial Panamericana. 1ª Edición



- ⁴⁶ Diario Oficial de la federación. Norma oficial mexicana nom-004-ssa3-2012, del expediente clínico. Disponible en <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR26.pdf>
- ⁴⁷ Gobierno de la República Mexicana. Ley General de Salud. 2013. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
- ⁴⁸ Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/gestor/plantillas/articulos/archivos/imagenes/Declaracion%20Helsinki.pdf>
- ⁴⁹ Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Méd Chile. [Internet]. 2009; 137: 657-665 [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>
- ⁵⁰ Mc Whinney IR. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma. 1995
- ⁵¹ Huerta Gonzales J. la familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial alfil. México, 2005. Pág. 57-118.
- ⁵² Irigoyen-Coria A. Nuevo diagnóstico familiar. Editorial medicina familiar mexicana 2005 pp. 47-51, 174-200
- ⁵³ Malpartida-Ampudia MK. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. Rev. méd. sinerg. [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 21 de octubre de 2021];5(9)543. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/543>
- ⁵⁴ Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana O. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev. Med. IMSS(Mex) [Internet].1994;32: 39-43. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-176850>
- ⁵⁵ Garza ET, Saavedra ASJ. Salud Mental - Dinámica Familiar. Metodología para la Atención Familiar Integral. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo. Dirección General de Enseñanza en Salud. Serie Avisa No. 2 noviembre de 1988, 9-11.



- ⁵⁶ Waslawick, P. Helmick-Beavin, J. Jackson, D. Teoría de la Comunicación Humana. 4ta Ed. Barcelona. Edit Hearder, 1985.
- ⁵⁷ Moore, P. et al. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Med Chile; [Internet]. 2010 [citado 21 de octubre de 2021]; 138: 1047-1054. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n8/art16.pdf>
- ⁵⁸ López E, Ávila S, Reyes A, Miranda I. Calidad de vida relacionada a la salud del cuidador primario del paciente con enfermedad renal crónica. Rev. méd. (Col. Méd. Cir. Guatem.) [Internet]. 30 de junio de 2018 [citado 25 de noviembre de 2021];157(1):15-7. Disponible en: <https://www.revistamedicagt.org/index.php/RevMedGuatemala/article/view/82>
- ⁵⁹ Dzul-Gala, F., Tun-Colonia J. A., Arankowsky-Sandoval G., Et al. Relación entre la sobrecarga y el índice depresivo de cuidadores primarios de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas. Revista Biomédica. [Internet]. 2018 junio; Vol. 23, Núm. 3. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v29i3.621>
- ⁶⁰ Gómez-Ramírez E, Calvo-Soto AP, Dosman BT, Ángulo M de los ángeles. Sobrecarga del cuidado y morbilidad sentida en cuidadores de niños con discapacidad. Duazary [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 1 de septiembre de 2021];16(1):67 -8. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2508>
- ⁶¹ López MJ, Crespo LM. Guía para cuidadores de Personas Mayores en el Hogar. Como mantener su bienestar. Madrid. Instituto de Mayores y servicios sociales. 2008 pp 71 – 79
- ⁶² Salazar-Barajas ME et. al. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del AM Enfermería Universitaria. [Internet]. 2019. Vol.16.Núm 4. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>
- ⁶³ Salazar-Maya AM, Cardozo-García Y, Escobar Ciro CL. Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. Investigación en



Enfermería: Imagen y Desarrollo. [Internet]. 2020;22. [citado 1 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cccf>.

⁶⁴ Asencio-Ortiz RP, Pereyra-Zaldívar H. Carga de trabajo del cuidador según el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad en un distrito de Lima. An Fac. med. Perú. [Internet]. 2019;80(4):451-6. [citado 1 de septiembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16441>

⁶⁵ Zabalegui-Yárnoz, A., Navarro-Díez, M., Cabrera-Torres, E., et. Al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a los cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Revista española de Geriatria y Gerontología. [Internet]. 2018. 43(3). pág. 157-166. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(18\)71176-4](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(18)71176-4)

⁶⁶ Puglla-Sánchez L., Quilisma-Guanochanga N., et. Al. Eficacia de una intervención educativa para disminuir el grado de sobrecarga en cuidadores de pacientes dependientes. Revista Ocronos. Ecuador. [Internet]. 2020;3(2):135. [citado 1 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://revistamedica.com/eficacia-intervencion-educativa-disminuir-sobrecarga-cuidadores/>

⁶⁷ Marante-Pozo E., Pozo-Amador LM. Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. Revista Cubana Enfermería [Internet]. 2018 diciembre [citado 2021 Nov 15]; 34(4): e1490. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400003&lng=es. Epub 01-Dic-2018

⁶⁸ Turró-Garriga, O., Farrés-Costa, S., et al. Evaluación del efecto del sentido de coherencia en la carga percibida y en la adherencia a un programa psicoeducativo para cuidadores informales de personas dependientes. Revista española de Geriatria y Gerontología. [Internet]. 2018. 53(4). Pag 196-201. [citado 24 de noviembre de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.12.002>.



13. ANEXOS

Anexo 1. Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

No. de Expediente: _____

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
NOMBRE: _____	
EDAD: _____	SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) () CASADO(A) () UNIÓN LIBRE () VIUDO(A) ()	
LUGAR DE NACIMIENTO: _____	
LUGAR DE RESIDENCIA: _____	
OCUPACIÓN: _____	TELEFONO: _____
FECHA DE ESTUDIO: (ACTUAL)	No. DE BOLETA: _____

II. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES					
	PADRE	MADRE	HERMANOS	NINGUNO	NO SE
a) ALCOHOLISMO					
b) ARTRITIS					
c) CÁNCER					
d) CARDIOPATÍAS					
e) DEPRESIÓN					
f) DIABETES MELLITUS TIPO I, II					
g) OBESIDAD					
h) PRESIÓN ARTERIAL ALTA					
i) TABAQUISMO					
j) OTRO: ESPECIFIQUE					

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS				
INMUNIZACIONES	ESQUEMA COMPLETO ()	ESQUEMA INCOMPLETO ()	LO IGNORA ()	
ALIMENTACIÓN	CARNE ()	LECHE ()	HUEVO ()	VERDURAS Y FRUTAS ()
DEPORTES	MÁS DE 3 VECES A LA SEMANA ()	2 VECES A LA SEMANA ()	2 VECES AL MES ()	NINGUNA VEZ ()
TABAQUISMO	HAS FUMADO ALGUNA VEZ SI () NO ()	FUMAS + DE 10 CIGARROS AL DÍA SI () NO ()	FUMAS - DE 10 CIGARROS AL DÍA SI () NO ()	
ALCOHOLISMO	HAS TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS SI () NO ()	TOMAS MÁS DE TRES COPAS A LA SEMANA SI () NO ()	TOMAS AL MENOS 3 COPAS A LA SEMANA SI () NO ()	HAS LLEGADO A LA EMBRIAGUEZ SI () NO ()
TOXICOMANÍAS	HAS UTILIZADO ALGUNA DROGA SI () NO () FRECUENTEMENTE UTILIZAS DROGA SI () NO ()			
HABITACIÓN	TU CASA ES: PROPIA () RENTADA ()	CON QUE SERVICIOS CUENTA:		<input type="checkbox"/> TODOS LOS SERVICIOS () <input type="checkbox"/> SERVICIOS COMUNES () <input type="checkbox"/> NO TIENE SERVICIOS ()
CON QUIEN VIVES ACTUALMENTE	PADRES ()	FAMILIARES ()		AMIGOS ()
CUANTAS PERSONAS VIVEN CONTIGO	DE 2 A 4 ()	DE 5 A 6 ()		DE 7 A MÁS ()
CUANTOS CUARTOS TIENE TU VIVIENDA	DE 1 A 2 ()	DE 3 A 4 ()	DE 5 A 6 ()	7 A MÁS ()



IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: ¿HAS PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?			
ENFERMEDADES ERUPTIVAS	SARAMPIÓN () ESCARLATINA ()	VARICELA ()	PAROTIDITIS () RUBEOLA ()
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	HERPES () MENINGITIS ()	TIFOIDEA ()	HEPATITIS () AMIGDALITIS ()
TRAUMATISMOS	LUXACIÓN () HERIDAS POR ARMA	FRACTURA () a) BLANCA ()	GOLPES EN LA CABEZA () b) DE FUEGO ()
ANTECEDENTES TRANSFUNCIONALES	TE HAN PUESTO SANGRE ALGUNA VEZ: SI () NO ()		
ENFERMEDADES PARASITARIAS	HAS TENIDO PARÁSITOS INTESTINALES ALGUNA VEZ SI () NO ()		
ENFERMEDADES VENEREAS	HAS TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: SI () NO ()		
ENFERMEDADES CRÓNICAS	ARTROPATÍAS () CARDIOPATÍAS ()	TIROIDES () HIPERTENSIÓN ARTERIAL ()	DIABETES ()
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	TE HAN OPERADO SI () NO ()		
SISTEMA NERVIOSO	HAS TENIDO ATAQUES SI () NO () HAS TENIDO PARÁLISIS SI () NO ()		
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	ERES ALÉRGICO A: ALGÚN ALIMENTO () OTROS () ESPECÍFICA: ALGÚN MEDICAMENTO ()		

V. A) ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: SOLO MUJERES		
TU PRIMERA MENSTRUACIÓN	ANTES DE LOS 12 AÑOS () DESPUÉS DE LOS 15 AÑOS ()	ENTRE LOS 13 Y 15 AÑOS () NUNCA SE HA PRESENTADO ()
DURACIÓN MENSTRUAL	MEJOS DE TRES DÍAS () DE 6 A 7 DÍAS ()	DE 3 A 5 DÍAS () MÁS DE 8 DÍAS ()
RITMO MENSTRUAL	ENTRE 23 Y 28 DÍAS () IRREGULAR ()	ENTRE 29 Y 32 DÍAS ()
TU MENSTRUACIÓN PRODUCE	DOLOR: SI () NO ()	ALGUNAS VECES ()
HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES	SI () NO ()	¿A QUÉ EDAD?:
TE HAS EMBARAZADO ALGUNA VEZ	SI () NO ()	
USAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	SI () NO ()	¿CUÁL?:
NECESITAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO	SI () NO ()	
SABES QUE ES EL PAPANICOLAOU CERVICO-UTERINO	SI () NO ()	
HAS ABORTADO ALGUNA VEZ	SI () NO ()	¿MOTIVO?:
b) DESARROLLO FÍSICO: SOLO HOMBRES		
YA EMPEZASTE A EYACULAR	SI ()	NO ()
TIENES DIFICULTAD PARA RETRAER LA PIEL DE TU PENE	SI ()	NO ()
TIENES ALGÚN TESTÍCULO AUMENTADO DE VOLUMEN Y TE CAUSA MOLESTIAS	SI ()	NO ()
TIENES TUS TESTÍCULOS DESCENDIDOS Y DENTRO DEL ESCROTO	SI ()	NO ()
CONSIDERAS NORMAL LA FORMA Y TAMAÑO DE TUS GENITALES	SI ()	NO ()



VI. PADECIMIENTO ACTUAL					
¿ACTUALMENTE TE SIENTES MAL DE SALUD?			SI () NO ()		
EN EL ÚLTIMO MES ¿HAS TENIDO MOLESTIAS IGUALES O MUY SIMILARES A ESTAS?					
a) DIARREA CON SANGRE	SI	NO	k) TU ORINA NO ES TRANSPARENTE Y SE ACOMPAÑA DE MOLESTIAS PARA ORINAR, ARDOR, DOLOR, DESEOS DE SEGUIR ORINANDO	SI	NO
b) DEBILIDAD, CANSANCIO, TE HAS PUESTO PÁLIDO, TE FALTA EL AIRE AL REALIZAR EJERCICIO	SI	NO	l) GRIETAS O VEJIGAS EN LOS PIES Y HAS NOTADO QUE TE PROVOCAN COMEZÓN Y MAL OLOR.	SI	NO
c) DOLOR, DISTENSIÓN ABDOMINAL, CON DIARREA, FALTA DE APETITO Y DÉBILIDAD GENERAL	SI	NO	m) ALGUNA ARTICULACIÓN SE INFLAMA, SE PONE ROJA Y DUELE SIN QUE TE HAYAS GOLPEADO	SI	NO
d) DEBILIDAD QUE SE ACOMPAÑA DE AUMENTO IMPORTANTE DE SED Y EN LA CANTIDAD DE ORINA	SI	NO	n) TUS UÑAS SE HAN PUESTO OPACAS Y GRUESAS	SI	NO
e) CONVULSIONES (ATAQUES)	SI	NO	o) DOLOR DE PECHO, ESPALDA QUE AUMENTA CUANDO RESPIRAS	SI	NO
f) DESMAYOS EN VARIAS OCASIONES	SI	NO	p) APARICIÓN DE MOLESTIAS SIN CAUSA APARENTE	SI	NO
g) DOLOR PUNZANTE O ARDOROSO EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, QUE SE ACOMPAÑA A VECES CON NÁUSEAS, ERUCTOS Y HASTA LLEGAR AL VOMITO	SI	NO	q) FIEBRE SIN CAUSA APARENTE	SI	NO
h) DOLOR DE CABEZA, SENSACIÓN DE MAREO, QUE SE ACOMPAÑA DE ZUMBIDO DE OÍDOS	SI	NO	r) PÉRDIDA DE PESO	SI	NO
i) PROBLEMAS PARA OÍR	SI	NO	s) TOS QUE NO SE TE QUITA	SI	NO
j) EN TUS GENITALES: COMEZÓN, RONCHAS, ENROJECIMIENTO Y ALGÚN ESCURRIMIENTO	SI	NO			

OBSERVACIONES: _____

VII. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS		
¿SABES CUANTAS PIEZAS DENTALES TIENES?	SI	NO
¿TE LAVAS LOS DIENTES DESPUÉS DE CADA ALIMENTO?	SI	NO
¿HAS ASISTIDO AL SERVICIO DENTAL EN EL ÚLTIMO AÑO?	SI	NO
¿HAS TENIDO DOLOR DENTAL RECIENTEMENTE?	SI	NO
¿TE SANGRAN TUS ENCÍAS?	SI	NO
¿TIENES DOLOR AL ABRIR O CERRAR TU BOCA?	SI	NO
¿METES ALGÚN OBJETO EXTRAÑO A LA BOCA?	SI	NO
¿ACTUALMENTE TIENES TRATAMIENTO DENTAL?	SI	NO

VIII. SIGNOS VITALES, SOMATOMETRIA (EXPLORACIÓN FÍSICA)			
PESO	kg	FRECUENCIA RESPIRATORIA	pm
TALLA PARADO	cm	PRESIÓN ARTERIAL	mm/Hg
TALLA SENTADO	cm	TEMPERATURA	°C
FRECUENCIA CARDIACA	pm		



IX. REVISIÓN OPTOMÉTRICA													
USAS ANTEOJOS		SI ()		NO ()		¿POR QUÉ MOTIVO?							
AGUDEZA VISUAL	DI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	OD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	AO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

X. INTERROGATORIO POR APARATO Y SISTEMAS			
DIGESTIVO	FORMA DEL ABDOMEN	SI	NO
	HERNIAS	SI	NO
	DIARREAS	SI	NO
	OTRAS PATOLOGÍAS	SI	NO
RESPIRATORIO	FORMA DE NARIZ	SI	NO
	CAMPOS LIMPIOS	SI	NO
	FORMA DEL TÓRAX	SI	NO
	TOS CRÓNICA	SI	NO
	ASMA	SI	NO
	OTRAS PATOLOGÍAS	SI	NO
CARDIOVASCULAR	RUIDOS	SI	NO
	SOPLOS	SI	NO
	ARRITMIAS	SI	NO
	DISNEA	SI	NO
	OTRAS PATOLOGÍAS	SI	NO
URINARIO	ORINA (OLOR)	SI	NO
	ORINA (COLOR Y ASPECTO)	SI	NO
	DOLOR	SI	NO
	DESEOS DE SEGUIR ORINANDO	SI	NO
GENITAL MASCULINO	RETRACCIÓN DEL PENE	SI	NO
	DOLOR EN ESCROTO	SI	NO
	TESTÍCULOS DENTRO DE BOLSA ESCROTAL	SI	NO
GENITAL FEMENINO	YA EMPEZASTE A MENSTRUAR	SI	NO
	TU MENSTRUACIÓN ES REGULAR	SI	NO
	TE CAUSA DOLOR QUE IMPIDE HACER TU VIDA COTIDIANA	SI	NO
	CONSIDERAS NORMAL LA FORMA Y TAMAÑO DE TUS GENITALES Y DE TUS MAMAS	SI	NO
SISTEMA NERVIOSO	TIENE ALGÚN TIC NERVIOSOS	SI	NO
	TIENES CONVULSIONES	SI	NO
	DOLORES DE CABEZA	SI	NO
	DUERMES BIEN	SI	NO
SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	POSTURA NORMAL	SI	NO
	ESCOLIOSIS	SI	NO
	SECUELAS DE POLIO	SI	NO
	PIE PLANO	SI	NO
	OTRAS PATOLOGÍAS	SI	NO
SISTEMA ENDOCRINO	TIENES PESO NORMAL	SI	NO
	TE ENCUENTRAS BAJO DE PESO	SI	NO
	TE ENCUENTRAS PASADO DE PESO	SI	NO



XI. HABITUS EXTERIOR
XII. EXPLORACIÓN FÍSICA
CABEZA:
CUELLO:
TORAX:
ABDOMEN:
GENITALES:
EXTREMIDADES:
EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:
TERAPÉUTICA EMPLEADA:
DIAGNÓSTICO:
TRATAMIENTO:

FIRMA DE QUIEN ELABORÓ



Anexo 2 Familiograma

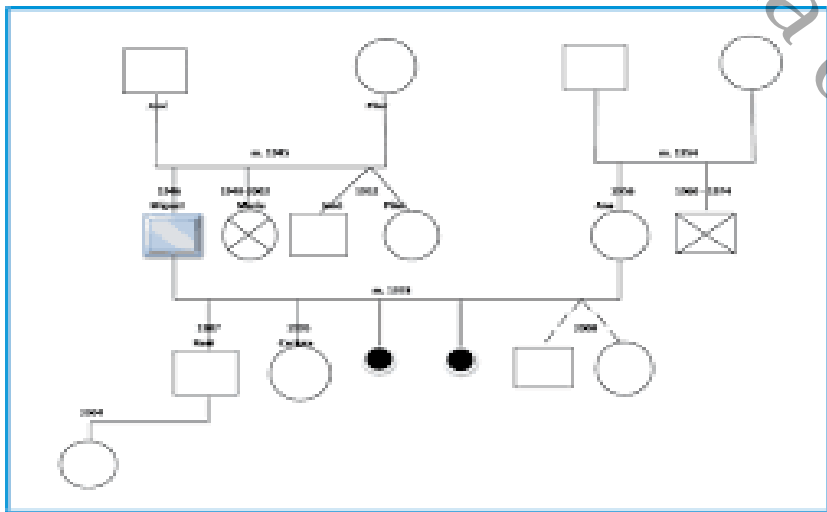
Sexo (Hombre / Mujer / Indefinido)	□ ○ ◇
Adopción*	[□] [○]
Matrimonio*	año
Vínculo ascendente*	┌ └
Vínculo descendente*	┌ └
Personas que habitan la casa*	(---)
Unión libre*	año
Gemelos heterocigotos*	□ ○
Gemelos homocigotos*	□ □
Divorcio*	año
Separación*	año
Matrimonio consanguíneo**	año
Descendencia desconocida**	♀
Matrimonio sin embarazos ni hijos**	┌ └
Vive lejos del hogar (escuela, cárcel, etc.)**	┌ └

Relaciones interpersonales afectivas Asociación con salud/enfermedad

Relaciones conflictivas*	⚡	Aborto* espontáneo / inducido	● ○
Relaciones cerradas*	≡	Muerte*	⊗
Relaciones distantes*	---	Embarazo*	△
Relaciones dominantes*	→	Paciente identificado*	⊠ ⊙
Disfunción en el matrimonio*	⊠	Óbito**	●
Disfunción en el matrimonio y amante**	⊠ ⊠		

*Propuesto por 4 o más autores
**Propuesto por 3 o menos autores

Simbología del
famiogramma



Ejemplo de
famiogramma



Anexo 3 Escala Graffar-Méndez-Castellanos

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

Anexo 4 APGAR familiar

Nombre:

Fecha:

Pregunta	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
¿Le satisface la manera e interés en con que su familia discute sus problemas y la forma como participa con usted en la resolución de ellos?			
¿Encuentra que su familia respeta sus decisiones individuales y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
¿Está satisfecho con la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			
Total:			
Interpretación:			



Anexo 5 Test de eventos críticos de HOLMES

Nombre:

Fecha:

Evento de vida	Valor en puntos
1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación matrimonial	63
4. Causas penales	63
5. Muerte de un familiar cercano	63
6. Lesión o enfermedad personal	53
7. Matrimonio	50
8. Pérdida del empleo	47
9. Reconciliación matrimonial	45
10. Jubilación	45
11. Cambios en la salud de un familiar	44
12. Embarazo	40
13. Problemas sexuales	39
14. Nacimiento de un hijo	39
15. Reajuste en los negocios	39
16. Cambios en el estado financiero	38
17. Muerte de un amigo muy querido	37
18. Cambio a línea diferente de trabajo	36
19. Cambio de número de discusiones con la pareja	35
20. Hipoteca mayor	31
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	30
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
23. Uno de los hijos abandona el hogar	29
24. Dificultades con los parientes políticos	29
25. Logro personal notable	28
26. Conyugue comienza a (o deja de) trabajar	26
27. Inicia o termina la escuela	26
28. Cambio en las condiciones de vida	25
29. Modificación de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio de condiciones de trabajo o cantidad de horas trabajadas	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio de escuela	20
34. Cambio de recreación	19
35. Cambio en las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambio en los hábitos del sueño	16
39. Cambio en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	13
42. Festividades importantes	12
43. Violaciones menores a la ley	11
TOTAL:	
INTERPRETACION:	



Anexo 6. Escala de carga de Zarit (Entrevista sobre la carga de cuidador)

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja como se sienten, a veces las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación debe indicar con qué frecuencia se siente usted así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar yano dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					



20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?				
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?				

Anexo 7. Evaluación del subsistema conyugal

Pregunta	Nunca	Ocasional	Siempre
I. Comunicación			
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de papeles			
a) La pareja cumple los papeles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los papeles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de papeles en la pareja	0	2.5	5
III. Satisfacción sexual			
a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. Afecto			
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d) Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. Toma de decisiones			
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15
TOTAL: INTERPRETACIÓN:			



Anexo 8. Ficha de identificación de la familia C.E.

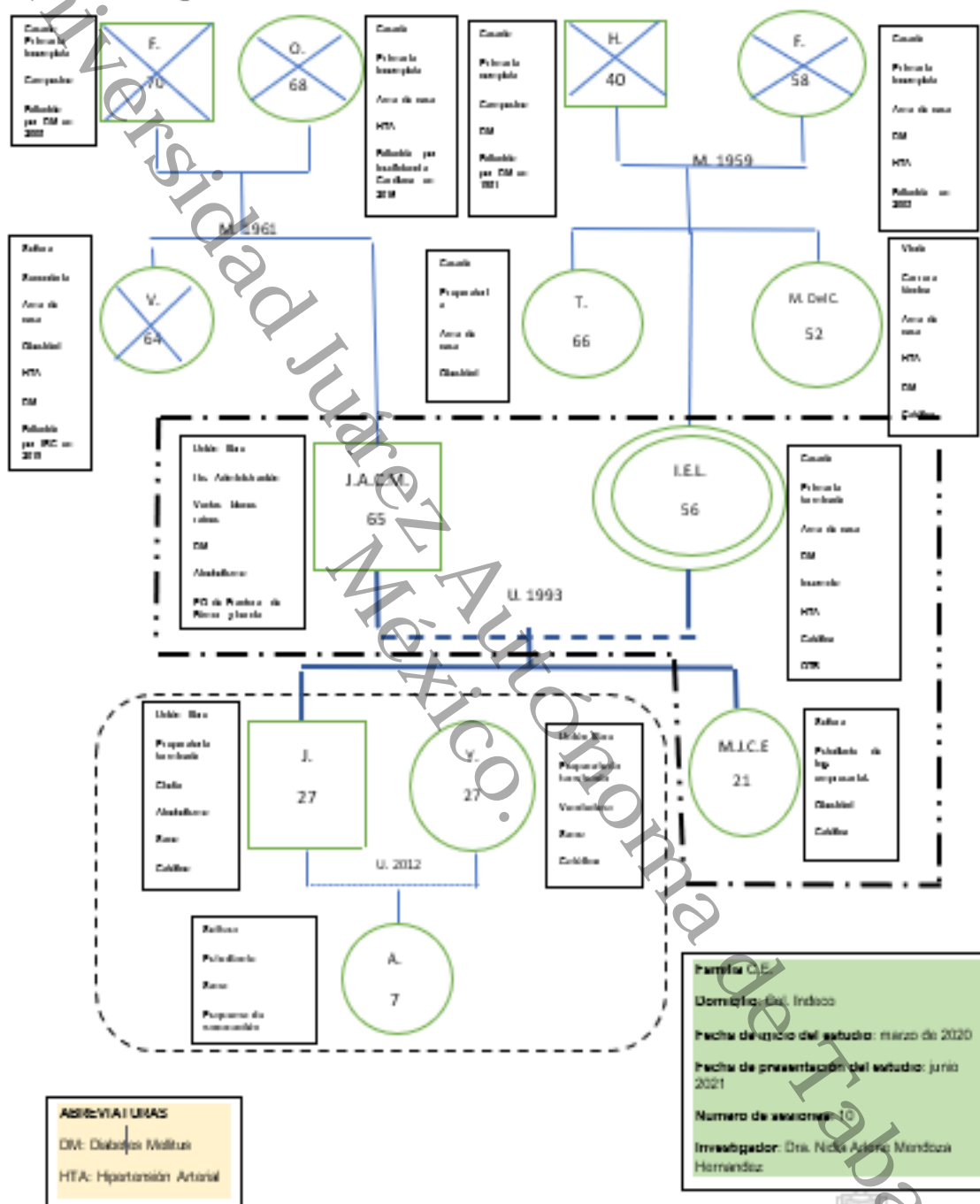
Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Religión	Estado Civil
I.E. L.	56	Esposa	Primaria	Ama de casa	Católica	Unión libre
J. A. C.M.	65	Esposo	Licenciatura administración	Vendedor bienes raíces	Católica	Unión libre
J. C.E.	27	Hijo	Preparatoria terminada	Chofer	Católico	Unión libre
M. J. C.E.	21	Hija	Estudiante de ingeniería empresarial	Estudiante	Católica	Soltera
A.	7	Nieta	2do primaria	Estudiante	Católica	Soltera
Y, S.	27	Nuera	Preparatoria terminada	Vendedora de tienda	Católica	Unión libre

Fuente: Estudio de salud familia C.E. del CESSA Tierra Colorada



Anexo 9.

Genograma estructural



Fuente: Estudio de salud familia C.E. del CESSA Tierra Colorada



Anexo 10 Historia de la familia

Fases de acuerdo al ciclo vital	Eventos
Fase de noviazgo	<p>Cuando se conocieron tenían 25 años ella y 34 años él, duraron 2 años de novios antes que decidieran vivir juntos, dentro de las expectativas de la pareja referentes al matrimonio se encontraban la comprensión, integración y respeto mutuo.</p> <p>Los convenios del matrimonio eran: compartir gastos en el hogar ya que ambos trabajaban, así como las responsabilidades del cuidado de los hijos</p>
Fase de matrimonio	<p>Inicia en febrero de 1993, en desacuerdo por la familia de la paciente, sin embargo, la familia del esposo estaba de acuerdo con la unión. El 10 de enero de 1994 nace su hijo mayor, por lo que la paciente se ve forzada a dejar de trabajar, acuerdan repartir las tareas de cuidado en ambos, sin embargo, el control económico y administrativo comienza a ser más dominado por el esposo. La familia del esposo se involucra muy frecuentemente en el cuidado y educación del hijo de la pareja.</p> <p>Los valores de la familia son respeto, responsabilidad, cooperación, sinceridad, trabajo y amor</p> <p>Las reglas son cumplir con sus tareas diarias, mantener su higiene personal, ser ordenados. En esta fase aun las expectativas de cada conyugue no se habían cumplido. Y comienzan a tener desacuerdos sobre los límites de la pareja, la educación de los hijos y la familia de origen del esposo.</p>



Fase de expansión	Inicia en mayo del 2000 cuando nace la segunda hija del matrimonio, en medio de duras críticas sobre el cuidado de sus hijos la paciente I. E. L decide separarse de su esposo, y trabajar de nuevo, esto durante 2 meses, tiempo en el cual continúa viendo al esposo, hasta que acuerdan regresar con nuevas reglas y límites familiares.
Fase de dispersión	Inicia cuando el hijo mayor acude a la escuela y se mantiene con adecuado desarrollo intelectual, motor y social, la hija menor todavía al cuidado de la madre.
Fase de independencia	Se caracteriza al irse fuera del hogar el hijo mayor, vivir en unión libre y formar su propia familia. Su hija menor está en la universidad al final de su carrera universitaria.

. Fuente: Estudio de salud familia C.E. del CESSA Tierra Colorada



Anexo 11 Crisis por eventos de la vida familiar

Crisis normativas o del desarrollo	Superación	Afecto la dinámica familiar	Resolución de la familia
Independencia del hijo mayor	Si	No	Los cónyuges se adaptaron a la salida del núcleo familiar del hijo
Matrimonio del hijo mayor	Si	Si	Los cónyuges tratan de mantener límites en la vida marital del hijo
Menopausia	Si	No	La paciente índice acude a su centro de salud para orientarse sobre esta etapa
Nacimiento del primer nieto	Si	Si	Los cónyuges se mantienen en contacto con la nieta
Muerte de los padres de los conyugues	Si	No	Ambos manejan un duelo en fase de aceptación

Crisis para normativas o accidentales	Superación	Afecto la dinámica familiar	Resolución de la familia
Incorporación de la cuñada de la paciente índice	Si	Si	La paciente índice cedió ante el mandato de su cuñada y esposo
Alcoholismo del esposo	No	Si	Aun no acepta su adicción
Muerte de la cuñada de la cuidadora	No	Si	Es un duelo no superado por la paciente índice
Deudas e hipoteca familiar	Si	Si	Han recurrido a familiares para apoyo económico
Desempleo temporal de	Si	Si	se ayudan con ahorros y el apoyo económico de su hijo
Cirugía de columna/fémur y hospitalización del esposo	No	Si	La esposa se desempeña como cuidadora del esposo y tiene sobrecarga

Fuente: Estudio de salud familia C.E. del CESSA Tierra Colorada



Anexo 12 Factores de riesgo

Factores de riesgo Individuales	
Paciente índice	Biológicos <ul style="list-style-type: none">➤ Tendencia a desarrollar complicaciones agudas y crónicas de la diabetes tipo 2.➤ Tendencia a desarrollar complicaciones propias de la Hipertensión arterial➤ Falta de ejercicio físico y nutrición acorde a patología crónica. Psicológicos <ul style="list-style-type: none">➤ Riesgo de agravamiento de cuadro de insomnio y cansancio crónico a un cuadro depresivo debido a la inestabilidad de su situación económica y conyugal➤ Riesgo de desarrollar colapso del cuidador
Esposo	Biológicos <ul style="list-style-type: none">➤ Tendencia a desarrollar complicaciones agudas y crónicas de la diabetes tipo 2.➤ Carga genética para desarrollar Hipertensión Arterial➤ Riesgo para desarrollar secuelas al no presentar rehabilitación física post-intervención quirúrgica. Psicológicos <ul style="list-style-type: none">➤ Riesgo de agravamiento de cuadro de alcoholismo debido al cuadro de aislamiento➤ Riesgo de desarrollar cuadro de ansiedad debido a la inestabilidad de su núcleo familiar y sus problemas económicos



Hija	<p>Biológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Carga genética para desarrollar Hipertensión Arterial ➤ Carga genética para desarrollar diabetes tipo 2 ➤ Sedentarismo y alimentación hipercalórica con tendencia al síndrome metabólico <p>Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de desarrollar cuadro de ansiedad o depresión debido a la inestabilidad de su núcleo familiar y los problemas económicos.
	Factores de Riesgo familiares
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insatisfacción y sobrecarga del cuidador en la paciente índice ➤ Inadecuada comunicación en el subsistema conyugal ➤ Distribución inadecuada de las tareas del desarrollo ➤ Patología crónica-degenerativa descontrolada en ambos conyuges 	
Factores de riesgo Sociales	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de aislamiento social por autoritarismo del padre ➤ Riesgo de pérdida de la vivienda por la deuda hipotecaria ➤ Riesgo de accidentes en casa ➤ Riesgo de inestabilidad laboral, por el incierto regreso del esposo 	

Fuente: Estudio de salud familia C.E. del CESSA Tierra Colorada

Anexo 13 Jerarquización de los factores de Riesgo para su atención

Jerarquización de los factores de riesgo para su atención						
Factor de Riesgo		Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Total
1	Insatisfacción y sobrecarga del cuidador en la paciente índice	3	2	2	1	8
2	Inadecuada comunicación en el subsistema conyugal	3	2	2	2	9



2	Distribución inadecuada de las tareas del desarrollo	1	1	2	2	6
3	Patología crónica-degenerativa descontrolada en ambos conyugues	1	3	3	1	8
4	Incumplimiento de las funciones familiares como afecto, cuidado y socialización	2	2	1	2	7

Fuente: Estudio de salud familia C.E. del CESSA Tierra Colorada

Anexo 14 Factores de protección familiar

Factores de protección familiar
<ul style="list-style-type: none">• Esta familia cuenta con vivienda propia, así como con seguridad social por parte del padre de familia, de la cual hace participe a su esposa e hija.• El padre de familia cuenta con licenciatura y negocios propios, además de buenas relaciones sociales que pueden posibilitar apoyo en esta fase de desbalance económico• Además, que son conscientes de su salud y de las actividades higiénico-dietéticas más apropiadas para cada uno de los integrantes de la familia, por ejemplo, el control y seguimiento de las enfermedades crónico-degenerativas que ambos conyugues poseen• Cuentan con el apoyo de su hijo mayor de forma económica y posiblemente de cuidado.

Fuente: Estudio de salud familia C.E. del CESSA Tierra Colorada