

## Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados

### *Main characteristics of the informal primary caregiver of hospitalized older adults*

**Autores:** María Elena Flores Villavicencio (1), Haydeé Leticia Fuentes Laguna (2), Guillermo Julián González Pérez (1), Ivis Jennifer Meza Flores (3), Guillermo Alonso Cervantes Cardona (4), María Ana Valle Barbosa (1).

**Dirección de contacto:** mariaelenaflores77@yahoo.com.mx

**Fecha recepción:** 22/09/2016

**Aceptado para su publicación:** 23/01/2017

**Fecha de la versión definitiva:** 13/02/2017

#### Resumen

El objetivo del estudio fue describir las principales características que conforman el perfil del cuidador primario informal de adultos mayores. Siendo la familia la principal fuente de protección y apoyo social, cuya función se basa en su experiencia cotidiana y en la responsabilidad que por tradición se ha legado en el núcleo familiar. **Material y Método:** la muestra consistió en 59 cuidadores de los servicios de traumatología, medicina interna y nefrología del Hospital General de Zona 89 del IMSS. Se diseñó una escala con 5 dimensiones que permitieron identificar las características del cuidador informal. **Resultados:** predominando el género femenino, son los hijos que aún viven en el hogar del adulto los principales cuidadores, la edad promedio está entre 36 a 45 años de edad, el promedio del tiempo de cuidado es de más 10 días, alterando su vida familiar. Con el análisis factorial se detectó ( $KMO = 0,495$ ) en la dimensión de motivo y carga horaria lo que infiere que pudiera no ser factible la cual requerirá de reestructuración, se eliminaron solo dos preguntas por no cubrir con el valor establecido en la validez, una en la dimensión del apoyo social y en la afectivo-emocional, sin afectar la consistencia de las mismas, manteniéndose intactos los componentes de las dimensiones experiencia de los cuidados y estado de salud. **Conclusiones:** Al aplicar la escala en instancias hospitalarias, los profesionales de la salud podrán elaborar programas educativos y de prevención de la salud integral a partir de la identificación de características que permitan diseñar un adecuado perfil.

#### Palabras clave

Cuidador; Núcleo Familiar; Adulto Mayor; Hospitalizado; México.

#### Abstract

The objective of the study was to describe the main characteristics that make up the profile of the informal primary caregiver of hospitalized older adults. Being the family the main source of protection and social support, whose function is based on their daily experience and the responsibility that traditionally has been in the family core. **Material and Method:** the sampled consisted in 59 caregivers of those services of Traumatology, internal medicine and nephrology of the Hospital General of area 89 of the IMSS. A scale with 5 dimensions that identify the characteristics of the informal caregiver was designed. **Results:** predominantly female, are the sons who still live at home adult primary caregivers, the average age is between 36-45 years of age, the average time of care is more than 10 days, disrupting their family life. With factorial analysis was detected ( $KMO = 0,495$ ) in the dimension of reason and burden time which infers that might not be feasible which will require restructuring, only two questions were eliminated because did not cover the value set in the validity, in the dimension of social support and the affective-emotional, not affecting the consistency of the same, keeping intact the experience of care and health status dimensions' components. **Conclusions:** When applying the scale in hospital instances, health professionals will be able to develop prevention and educational programs to integral health from identifying features that allow to design an appropriate profile.

#### Key words

Caregiver; Nuclear Family; Older Adults; Hospitalized; Mexico.

#### Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Profesor Investigador adscrito al Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara; (2) Subjefe de Investigación y Educación en Servicios de Salud, del Hospital General de Zona No. 88 IMSS; (3) Estudiante de la Carrera de Medicina, Centro Universitario en Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara; (4) Profesor adscrito al Centro Universitario en Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara (México).

## INTRODUCCIÓN

El mayor reto demográfico del siglo XXI en México, es el incremento de la población adulto mayor, en la actualidad se considera que una de cada 10 personas tiene 60 años o más y para el 2050 serán una de cada cinco, con un promedio de vida media de 74.8 ( $\pm$  2.4 años) entre los mexicanos (1,2).

El aumento de la esperanza de vida, el gradual envejecimiento de la población, el importante progreso en el control de la mortalidad y la mayor supervivencia de adultos mayores con enfermedades crónicas incapacitantes hace posible que en las últimas décadas se incremente de la necesidad de cuidados para los adultos mayores (3), aunque los Sistema de Salud ofrezcan en la actualidad una mayor cobertura en la atención del adulto mayor para aumentar la expectativa de vida y un envejecimiento de calidad (4), se requiere además de la participación de la familia en el cuidado de la salud de las personas mayores, es aquí donde emerge la figura del cuidador primario informal, el cual es responsable de todas las actividades de asistencia del adulto mayor en dependencia (5).

El cuidador es "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 suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina "carga" (6).

En 1999 la Organización Mundial de la Salud, definió al cuidador primario 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" citado en Alfaro (7).

Se han aportado una gran variedad de definiciones sobre cuidador informal, sin embargo, no se ha podido establecer un término que tenga unanimidad a la hora de definirlo como "la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen" (8), aunque esta defini-

ción es la más utilizada en la literatura, se queda obsoleta al margen de los cambios producidos en la sociedad con respecto a la dependencia.

Ruiz (9), retomo la definición que desarrollo Feldeberg en España sobre el cuidador informal principal quien la define como "aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña", definición que también queda obsoleta porque en España y en EU se gratifica al familiar que presta cuidados a su familiar.

Mientras que en México a pesar de considerarse al cuidador informal como un fenómeno social y cultural, prácticamente son escasos los estudios realizados dentro de las instituciones hospitalarias, esto pudiera ser debido a que es una población que cursa desapercibida, es invisible y no se le reconoce por el propio sistema institucional de salud, debido a que su actividad además de cubrir las necesidades básicas del paciente, realizan una actividad que el personal de salud no tiene tiempo para desarrollar y esta corresponde a los afectos y emociones, ofreciendo cariño, cuidados o presencia al adulto mayor que tanto lo necesita (10,11), es una actividad que contribuye a compensar lagunas y carencias del sistema formal de salud (12), se ha señalado que el 88% en el cuidado de la salud lo ofrecen los cuidadores informales y solo el 12% lo dedica el sistema formal (13).

Por lo tanto, en nuestro país, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados de los adultos mayores. A pesar de esto, en México se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores que comprometen su vida privada y están sobrecargados por su papel. La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados (7).

La familia es la única fuente de cuidados de personas dependientes, que por tradición se ha legado esta actividad a los integrantes del núcleo familiar (14), son los que toman consciencia de la enfermedad y asume la responsabilidad del mantenimiento de la salud sin contar con el conocimiento para realizarlo, basándose solo en su experiencia y trato cotidiano con el adulto mayor, que por lo general vive en

el mismo domicilio, siendo el que debe de satisfacer las demandas del adulto mayor sin recibir retribución económica alguna, provocando a su vez caos en la integración de la familia. La mujer ha sido tradicionalmente encargada de realizar el cuidado en la mayor parte de los casos, viéndose en la necesidad de compartir sus tareas laborales con el cuidado del familiar y sobre todo abandonar su vida de independencia (9). En particular, Pérez (15), describe que la acción de cuidar por la familia se debe a diversos factores como: el cariño, obligación, altruismo, reciprocidad, gratitud, sentimientos de culpa del pasado y el evitar la censura de la familia o amigos, que sin lugar a duda influye una u otra forma para sentirse responsable de cuidado del adulto mayor.

Quero (10), retoma del estudio de Toronjo de 2001 la importancia que se le da a cuidadores familiares, los cuales son reconocidos como cuidadores informales de adultos mayores que están hospitalizados, a los que se conoce como cuidador familiar hospitalario, definido como "la persona que unida por vínculos de parentesco directo, y que permanece física casi permanentemente es la que asume la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada". Sin embargo, cabe aclarar que el cuidador familiar no tiene formación en salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimiento; pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con el adulto mayor (16).

Esta población invisible dedica gran parte de su tiempo al cuidado de su familiar, entre cuatro y cinco horas al día promedio, y con frecuencia las condiciones que se desarrollan estos cuidados no son las más adecuadas, además de realizar labores de cuidador realiza otras tareas en el hogar, con el trabajo fuera del domicilio (15), que provocan una sobrecarga de actividades, que de manera directa interrumpe su ritmo habitual de vida, y con frecuencia provoca repercusiones negativa en su bienestar físico y mental (11,17).

De hecho, la red de apoyo más importante para el anciano está constituida por la familia, porque proporciona al anciano mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y más intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización. Asimismo, De los Reyes (18),

describe que las desventajas están relacionadas con el desconocimiento de una tarea que requiere especialización, la falta de un equipo de apoyo, los conflictos familiares que derivan de la sobrecarga del cuidador principal, la inadecuación de las viviendas para este tipo de cuidados y los problemas económicos. Igualmente, Reyes-Audiffred (2), consideró que las actividades que realiza el cuidador son consideradas como un trabajo no remunerado, perteneciente al terreno de lo privado y con existencia de relaciones afectivas para la mayoría de quienes lo practican, siendo normalmente los familiares, vecinos o amigos.

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología refiere que el perfil característico del cuidador en la mayoría de las familias es el de una única persona que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados; la gran mayoría de los cuidadores principales son mujeres, como esposas, hijas y nueras, de entre 45 y 65 años de edad, ya que a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece que estas tengan más capacidad de abnegación y sufrimiento, además de ser más voluntariosas. A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más, bien como cuidadores principales o como ayudantes de los mismos, lo cual significa un cambio progresivo de la situación (6,19).

Compean et al. (20), en su estudio sobre el estado de salud del cuidador, realizó un análisis de varios autores quienes reportaron un alto predominio de enfermedades crónico degenerativas en cuidadores primarios. En dicho estudio se resalta la importancia de establecer estrategias preventivas para evitar estos padecimientos futuros y se señala en lo referido al tiempo dedicado al cuidado a pacientes hospitalizados, que la mayoría no toma periodos de descanso, por lo cual el cuidador termina aislándose de la sociedad. Menciona que la razón de ser cuidadores primarios, en la mayoría es por razones familiares relacionada por el afecto que le tiene al adulto mayor y por otra parte por obligación por el cual sienten un compromiso.

Se ha observado que gran parte de las necesidades de los ancianos hospitalizados y no hospitalizados son cubiertas por cuidadores informales, mismos que reciben poca información y asesoramiento por parte del personal de salud y en ocasiones no es suficiente para realizar los cuidados en el hogar (10).

El conocer las características del perfil del cuidador primario informal permitirá establecer un programa de apoyo para el cuidado primario de los adultos mayores, priorizando en intervenciones preventivas para los cuidadores y otorgarles medidas de alivio o "cuidados de respiro", ya que entre más tiempo gocen de buena salud, más tiempo podrán mantener su independencia, llevar una vida satisfactoria y proporcionar cuidado a sus seres queridos. El objetivo del estudio consiste en diseñar una escala con las principales características del perfil del cuidador primario informal de adultos mayores.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño de estudio

Se realizó un estudio, transversal, descriptivo, con una muestra de 59 cuidadores primarios de adultos mayores que se encontraban en los servicios de traumatología, medicina interna y nefrología del Hospital General de Zona # 89 del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

### Instrumento de medición

Se diseñó una escala de 50 preguntas que surgieron de una revisión exhaustiva de investigaciones relacionadas en identificar las características que conforman el perfil de los cuidadores primarios (3, 7, 8, 13-15). Las preguntas se agruparon en 6 dimensiones que evaluaron diferentes características del cuidador: 1) datos sociodemográficos, conformada por 13 preguntas; 2) 4 preguntas para motivo y carga horaria; 3) experiencia y tipo de información sobre el cuidado, con 5 preguntas; 4) El apoyo social, donde se incluyen 12 preguntas; 5) estado salud física con 7 preguntas; 6) afectivo/emocional, con 9 preguntas. La forma de respuesta fue variada, desde respuestas dicotómicas (Si/No) hasta opción múltiple (**ver anexo 1**).

### Procedimiento

El proyecto de investigación fue sometido a consideración por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1304, del H. General de Zona No. 89, quienes emitieron el dictamen de autorizado con el número de registro institucional R-2014-1304-36.

Una vez obtenido el dictamen de autorizado por el Comité de investigación y ética de la unidad, se solicitó la autorización a cada uno de los jefes en turno de los servicios señalados, a quienes se les pidió el censo diario de los pacientes hospitalizados, para elegir solo a los adultos mayores de 60 años.

La recogida de datos fue realizada por el profesional responsable del proyecto directamente con los cuidadores en turno de los adultos mayores encamados, previo la obtención del consentimiento informado del cuidador y tras informarle sobre el objetivo del estudio. Se realizó la entrevista de manera individual en una sola sesión, con una duración promedio de 60 minutos. Se les indicaron las instrucciones para completar el cuestionario, con la finalidad de aclarar dudas a los cuidadores sobre la manera correcta de responderlo. Cuando el cuidador en turno no se encontraba se regresaba nuevamente a la habitación hasta localizarlo.

### Análisis estadístico de los datos

Se utilizó el paquete SPSS v21, para realizar los análisis descriptivos de las variables dicotómicas sociodemográficas para obtener frecuencias y porcentajes, para determinar posibles diferencias entre las variables descriptivas y para conocer la existencia de diferencias por edad y género, también se calculó Chi cuadrado. Se procedió a analizar la validez del cuestionario mediante un análisis factorial exploratorio; para el estudio de la estructura de las distintas dimensiones, se optó por la realización de Análisis Factorial versus Análisis de Componentes Principales. Antes de llevar a cabo el análisis factorial, se empleó la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett para comprobar la pertinencia del análisis dimensional de los datos.

## RESULTADOS

### Características Sociodemográficas

La mitad de los cuidadores incluidos en el estudio tenían entre 36 y 55 años de edad, predominando las mujeres, con un nivel de estudios de primaria y secundaria; no obstante, en este estudio se identificaron algunos cuidadores con nivel profesional.

La mayoría de los cuidadores eran hijos o hijas del adulto mayor, principalmente casados y desempleados, que señalaron el hogar como su ocupación principal sin remuneración, por lo que aún continúan

dependientes económicamente del adulto mayor. Los cuidadores que tienen empleo refirieron un ingreso aproximado de 2000 pesos mensuales, siendo insuficiente para cubrir sus necesidades básicas (**Tabla 1**).

Variables	Codificación	F	%
Edad	18-25	9	15,3
	26-35	5	8,5
	36-45	17	28,8
	46-55	13	22,0
	56-65	8	13,6
	Más de 66 años	7	11,9
Género del cuidador	Mujer	47	79,7
	Hombre	12	20,3
Género del adulto mayor	Mujer	40	67,8
	Hombre	19	32,2
Estado civil	Soltero	14	23,7
	Casado	38	64,4
	Divorciado	2	3,4
	Viudo	5	8,5
Grado escolar	Analfabeta	1	1,7
	Primaria	19	32,2
	Secundaria	18	30,5
	Preparatoria/técnica	15	25,5
	Profesional	6	10,2
Ocupación	Hogar	30	50,8
	Empleado	24	40,7
	Jubilado	2	3,4
	Pensionado	1	1,7
	Negocio propio	2	3,4
Ingreso	No tiene ingresos	11	18,6
	Menos de 1000	8	13,6
	De 1000 a 2000	17	28,8
	Más de 2000	23	39,0
Situación laboral del cuidador	Empleado	28	47,5
	Desempleado	31	52,5
El cuidador vive con el adulto mayor	Si	43	72,9
	No	16	27,1
Quien vive con el adulto mayor	Hijos	42	79,7
	Cónyuge	5	8,5
	Nietos	5	8,5
	Parientes	2	3,4
El adulto mayor tiene personas a su cargo	Si	37	62,7
	No	22	37,3
Número de personas que viven en el hogar del adulto mayor	1-2	12	20,3
	3-4	29	49,2
	5-6	13	21,0
	Más de 6	5	8,5

**Tabla 1.** Porcentaje del perfil demográfico del cuidador informal

Se detectó que el parentesco mayoritario en el grupo evaluado corresponde a esposos e hijos. La mayor incidencia en relación a la edad de los hijos fue entre 36 y 55 años mientras que la edad de los esposos cuidadores estaba en el rango de 56 a 65

años. Inclusive se evidenció la participación de nietos de 18 a 25 años. En relación del parentesco con la edad se resaltó que los adultos mayores que cuidaban pertenecían al sexo femenino, identificándose una significancia estadística del  $p < 0,002$  (**Tabla 2**).

Parentesco	% Edad en años de los cuidadores					
	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	Más de 66
Esposos (a)	0,0	0,0	0,0	7,7	62,5	28,6
Hijo	44,4	60,0	76,5	84,6	37,5	28,6
Nuera/Yerno	11,1	0,0	5,9	0,0	0,0	14,3
Nieto	33,3	20,0	0,0	7,7	0,0	0,0
Vecino	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amigo	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hermano (a)	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0
Otros	0,0	0,0	11,8	0,0	0,0	28,6

**Tabla 2.** Porcentaje del parentesco y edad en años del cuidador informal.

### Análisis Factorial

Con los resultados del análisis factorial se observó lo siguiente: para la dimensión de Motivo y Carga Horaria la medida de adecuación muestral Káiser-Meyer-Olkin ( $KMO = 0,495$ ), pudiera no ser factible para su análisis factorial, ya que la prueba de especificidad de Bartlett no fue significativa.

Mientras que las características de las dimensiones relacionadas con la Experiencia e Información sobre el cuidado ( $KMO = 0,627$ ), Apoyo Social ( $KMO = 0,496$ ), Estado de Salud ( $KMO = 0,646$ ) y la dimensión Afectivo/emocional ( $KMO = 0,538$ ) indican que son factibles para su análisis factorial. La prueba de especificidad de Bartlett es significativa ( $p < 0,05$ ), comprueba que la matriz de correlaciones se ajuste a la matriz idéntica (**Tabla 3**).

KMO y prueba de Bartlett	Motivo/carga horaria	Experiencia / información del cuidado	Apoyo social	Estado de salud física	Afectivo/emocional
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,495	0,627	0,496	0,646	0,538
Chi-cuadrado aproximado	10,251	100,972	132,690	250,761	86,332
Prueba de esfericidad de Bartlett gl	6	10	55	21	28
Sig.	0,114	0,000	0,000	0,000	0,000

**Tabla 3.** Índice de pertinencia del análisis factorial de la escala del perfil del cuidador.

En la **Tabla 4**, se describe una distribución diferenciada con el análisis de componentes rotados por cada dimensión de la escala.

Al realizar el análisis de las 48 preguntas que conforman estos componentes se eliminaron dos preguntas: de la dimensión de apoyo social se eliminó la pregunta sobre si se ha afectado su vida cotidiana, por presentar un valor de 0,790, menor al considerado adecuado en la literatura, probablemente porque es semejante a la pregunta en relación a si se ha alterado su vida familiar. De la dimensión afectivo/emocional se eliminó la pregunta sobre el nivel de tolerancia que tiene el cuidador ante el cuidado del adulto mayor.

Para evaluar la **dimensión sobre Motivo/Carga Horaria**, se estructuraron 4 preguntas que se distribuyeron en dos componentes, el primero corresponde a la carga horaria que tiene el cuidador en relación al tiempo en días y horas destinadas al cuidado en la estancia hospitalaria. El segundo se refiere a tipo de motivos que el cuidador tiene para realizar el cuidado de su familiar, en su mayoría correspondía por ser familiar directo y que aún es dependiente económicamente del adulto mayor.

Para analizar la dimensión de **Experiencia y tipo de información** sobre el cuidado, se usaron 5 cuestiones, tras el análisis se fraccionó en dos componentes, manteniendo el total de las cuestiones diseñadas: el primero corresponde a que si actualmente el cuidador cuenta con la información y las indicaciones de cuidado en caso de paciente grave por parte del personal de salud. El segundo corresponde a la información proporcionada por el personal de salud sobre los cuidados, así como la propia experiencia que ha tenido el cuidador en adultos mayores hospitalizados.

La dimensión que evalúa el **Apoyo social** que recibe el cuidador se estructuró en 12 preguntas, quedando solo 11 tras el análisis factorial. Fue cla-

sificada en 4 componentes: el primero corresponde a acciones dedicadas a su persona para descanso, tiempo libre y vacaciones; el segundo se define como alteración en su vida personal y familiar desde los cambios y ajustes que debe de realizar para su cotidianidad, así como los problemas que le genera en su actividad laboral y del daño a su economía; el tercero, evalúa lo que haría si no fuera cuidador, en lo relacionado a su vida cotidiana y cuidado personal, desde recreación y convivencia; el cuarto determina los planes que tiene en la actualidad para mantenerse saludable en combinación con su función de cuidador, el tipo de apoyo que recibe de su familia o amigos para cuidar al adulto mayor en el hospital y sobre todo si reciben un pago económico por el cuidado.

Para la dimensión del **Estado de Salud Física** se diseñaron 7 preguntas, las mismas que se integran en 3 componentes: el primero se refiere a la presencia de alteraciones físicas, detectando las enfermedades que presentaba el cuidador previamente y las que se añadieron o se intensificaron después de ser cuidador, así como el aumento o disminución del consumo de medicamentos; el segundo corresponde a las adicciones que se crean o intensifican en los cuidadores desde el momento que inicia su función; el tercero corresponde a la percepción general en relación a su salud desde que inició su labor como cuidador.

La dimensión **afectivo/emocional** está constituida por dos componentes: El primero evalúa los cambios del estado de ánimo que el cuidador manifiesta por el cuidado hacia el adulto mayor, como falta de concentración, episodios leves de pérdida de memoria, pérdida del apetito, sentimientos de desesperanza porque no logra todo cuanto su familiar necesita. El segundo evalúa la relación afectiva que tiene con el adulto mayor, y dependerá del nivel de alteración emocional por la sobrecarga del cuidado. Se identifican también las estrategias de afrontamiento que utilizan para enfrentar la situación de sobrecarga.

Dimensión	Componentes		
<b>Motivo y Carga Horaria</b>	1	Tiempo de cuidados en días	0,834
		Horas cuidado al día	0,760
	2	Motivo porque se hizo cargo	0,809
		Grado de Satisfacción por el cuidado	-0,742
<b>Experiencia/ Información del cuidado</b>	1	Cuenta con información	0,928
		Indicación de acciones en caso de gravedad	0,906
	2	Explicación para brindar los cuidados	0,756
		Experiencia en cuidados	0,755
		Le informaron sobre los cuidados	0,730
<b>Apoyo Social</b>	1	Tiempo libre	0,875
		Tiene Vacaciones	0,820
		Cuenta con descansos	0,665
	2	Ha realizado ajustes en su vida	0,822
		Alteración en su vida familiar	0,790
		Problemas en el trabajo	0,524
	3	Actividades que realizaría si no fuera cuidador	-0,798
		Áreas que más se afectan	0,729
		En que utiliza su tiempo libre	0,513
4	Planes en la actualidad	0,803	
	Tipo de Apoyo que ha recibido	-0,614	
<b>Estado de Salud Físico</b>	1	Enfermedades antes	0,952
		Enfermedades después	0,941
		Consumo de medicamento	0,790
		Alteraciones físicas	-0,546
	2	Consumo de Tabaco	0,850
		Consumo de Alcohol	0,807
3	Percepción de su estado de salud general	0,959	
<b>Afectivo/ Emocional</b>	1	Cambio de carácter	0,785
		Dificultad de concentración	0,779
		Pérdida de memoria	0,760
		Desesperanza	0,500
		Alteración de apetito	0,456
	2	Relación afectiva con el adulto mayor	0,814
		Estrategias de afrontamiento	0,743
		Alteración emocional en general	-0,352

**Tabla 4.** Matriz de componentes rotados

## DISCUSIÓN

En la actualidad ha existido una variación en los indicadores para evaluar el perfil sociodemográfico de quienes asumen la responsabilidad de cuidar, en especial a la población de adultos mayores, y sobre todo en los ámbitos hospitalarios, por la limitada participación que se le da al familiar sobre el cuidado de un adulto mayor.

Con respecto a los resultados sociodemográficos obtenidos se demostró que se incorpora a las actividades de cuidado un número creciente de hombres aunque en la realidad sigue predominando la feminización de los cuidados, como lo refieren estudios anteriores (3,6,10,16,21), en tal sentido, el estudio confirma que el género femenino ocupa el primer lugar para brindar cuidados a los adultos mayores, pudiendo esto ser consecuencia de una carga cultural, pues desde pequeñas, a las mujeres, se les "entrena" para el cuidado, considerándolas con esto como las idóneas para desempeñar el rol de cuidador, creando una mitificación de esta conducta en la familia y la sociedad, "condenándolas" por ende a desempeñarlo.

Se encontró en este estudio la incorporación de personas jóvenes a los cuidados de adultos mayores; además, predominó la primaria como nivel educativo, dedicándose solo al hogar o bien desarrollan empleos de tiempo parcial. En su mayoría la edad del cuidador primario informal osciló características de los cuidadores a más temprana edad, convirtiéndose a futuro en potenciales adultos mayores con dependencia, en concordancia con los estudios de Pérez (15), Compean (20), Cardona (16), Domínguez (6) y Espín (21), quienes han reportado que los hijos son los principales cuidadores del adulto mayor, el bajo nivel educativo de los cuidadores, y el tener como principal ocupación el hogar.

En relación al análisis realizado, en la dimensión de carga y motivo del cuidado se encontró que la carga horaria es una variable determinante en la calidad de vida del cuidador, porque el excesivo tiempo dedicado por horas y días interfieren negativamente en el estado salud del cuidador.

En relación al motivo de cuidado, se especificó que lo realizan por cariño, moral, lazos afectivos y en ocasiones por obligación. Al igual que en otros estudios (3,15,20,21), consideran que estos factores han provocado en los cuidadores incapacidad

para la renuncia del rol de cuidar a pesar de estar muy cansados. Se evidencian altos niveles de satisfacción a pesar de ocupar la mayor parte de su tiempo en el cuidado.

En el análisis realizado, la dimensión experiencia y tipo de información para realizar el cuidado es esencial para el adecuado cuidado del adulto mayor hospitalizado. Dato que también es considerado en otros estudios (10,16), donde refieren que la experiencia y la información que tienen la mayoría de los cuidadores es poca. Esto induce a no cubrir adecuadamente las necesidades de atención que demanda el hospitalizado. Espín (21), en su estudio señala que el nivel de educación es un factor protector para la salud de los cuidadores debido a que tienen más recursos cognitivos para enfrentar el cuidado y mayor acceso a la información necesaria para asumir esta labor.

La dimensión de apoyo social fue clasificada en cuatro componentes cuyas preguntas evidencian la necesidad de apoyo a los cuidadores de familiares de adultos mayores en instancias hospitalarias para evitar el deterioro de la salud, de su actividad en vida familiar y laboral por la carencia de tiempo libre, no poder hacer planes a futuro y sobre todo no tener periodos de descanso.

Estudios anteriores (3,6,20), refieren que el tipo de apoyo es importante para evitar el desgaste de los familiares de los adultos mayores con problemas de salud, para que el cuidador pueda hacer mejor su trabajo de cuidado, que por ende se ahorrará costos de hospitalización, recursos humanos y días de encamamiento.

El análisis de la dimensión del estado de salud del cuidador es un factor al que se le presta poca atención, tanto por la misma familia como por la propia institución. Sin embargo, se ha detectado (20), en el cuidador familiar la aparición de patologías de carácter crónico degenerativas como hipertensión, obesidad, cefalea entre otras, pudiendo establecer con esto que la probabilidad de generar a futuro más adultos mayores enfermos dependientes con necesidades de un cuidador.

En la dimensión afectivo / emocional que presenta el cuidador primario informal, se resalta que las estrategias de afrontamiento son las más utilizadas por los cuidadores, encontrándose sólo la actitud de frialdad afectiva hacia el adulto mayor. Mientras que

Espín (21), detectó trastornos emocionales, ansiedad, depresión y no utilizan estrategias de afrontamiento. Estos efectos varían de acuerdo a la edad, género, tiempo de cuidado, vínculo familiar y nivel educativo, enfatizando que las mujeres jóvenes, trabajadoras y con mayor nivel de estudios, enfrentan mejor la responsabilidad.

## CONCLUSIONES

Las características que conforman el perfil de los cuidadores en este estudio son descendientes, predominando el género femenino, entre 36 y 55 años, sin actividad laboral, solteras o casadas, motivadas por el afecto, sin importar que no cuentan con experiencia de cuidado. Por esto, es necesario desarrollar instrumentos que se basen más en la realidad social de los cuidadores, considerando sus diferencias por género. Aunque el cuidado es principalmente una cuestión de familia, deberá preocupar a las instituciones de salud generar programas de capacitación sobre los cuidados, en especial a adultos mayores dependientes.

Una limitación en el diseño del instrumento fue no profundizar sobre el perfil socioeconómico de los cuidadores, ya que es un factor que acentúa la disponibilidad de participación del total de integrantes en la familia. Demanda largas jornadas de trabajo donde el descanso, la recreación y el apoyo son escasos o nulos, lo que dificulta ofrecer su apoyo al adulto mayor hospitalizado, generando así que recaiga la función en un solo familiar, induciendo al desgaste físico y psicológico. Una ventaja que ofrece la escala de cuidadores de adultos mayores hospitalizados, es que fue diseñada para la población mexicana y se centra en las necesidades específicas de los cuidadores de adultos mayores hospitalizados.

Se evidencia que el objetivo de los cuidadores familiares y del sistema formal de salud es el mismo: dar soluciones oportunas al problema de salud en el cuidado de los adultos mayores, con la finalidad de mejorar su propia situación y satisfacer sus necesidades en la salud física y emocional.

Finalmente, es recomendable el diseño de políticas que consideren el estado de salud de los cuidadores del adulto mayor tanto hospitalizado como en el hogar y que ayuden a cubrir los gastos de atención de los adultos mayores que se encuentran fuera de la institución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Zúñiga HE, García JE. El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. Consejo de Población del Estado de México. Horizontes 2008; 13: 93-100.
2. Reyes-Audiffred V, Leitón-Espinoza ZE. El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia: reconfigurando el espacio. Enf. Neurol. (Mex) 2014; 13(2):81-86.
3. Lara P G, Avilés AGP, Loyola LAB. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Rev Esp Med Quir 2008; 13(4):159-66.
4. Méndez L, Giraldo O, Aguirre-Acevedo D, Lopera F. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina1. Rev. chil. neuropsicol. [Internet]. 2010; 5(2) 137-145. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179314915007>
5. Casanova C, Delgado S, Estéves S. El médico de familia y la depresión del adulto mayor. Medicina Familiar y Comunitaria. Biomedicina 2009; IV (1) 24-31.
6. Domínguez SG, Zavala GM, Cruz MDC, Ramírez RMO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. Méd. UIS 2010; 23:28-37.
7. Alfaro ROI, Morales VT, Vázquez PF, Sánchez R et al. (2008) Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2008; 46 (5): 485-494.
8. Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. Rev. Esp. Salud Pública 2011;(85): 257-266.
9. Ruiz RN, Moya AL. El cuidado informal: una visión actual. [Internet]. Revista Electrónica de Motivación y Emoción. REME; 1: 22-30. Disponible en: <http://reme.uji.es/reme/vol-1-2012.html>
10. Quero RA, Briones GR, Prieto RMA, Navarro LA,

- et al. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure Inv.* 2004; 1(9):1-14.
11. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Publicación del Instituto de Investigaciones Gino Germani. [Internet]. ARGUMENTOS 2015; (17):307-330 Disponible en: <http://argumentos.sociales.uba.ar/>
  12. Crespo LM, López MJ. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar" Edit. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Colección Estudios Serie Dependencia Nº 12006; 2007.
  13. Giraldo MCI, Franco AGM, Correa BLS, Salazar HMO, Tamayo VAM. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2005; 23 (2): 7-15.
  14. Rojas MMV. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Av. Enferm.* 2007;(1):33-45.
  15. Pérez MJ. Cuidadores informales en un área de salud rural: perfil, calidad de vida y necesidades. [Internet]. *Bibl Lascasas.* 2005; 1:1-59. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0015.php>
  16. Cardona AD, Segura CAM, Berbesí FDY, Ordoñez MJJ, Agudelo MA. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investig. andina* 2011; 13 (22):178-193.
  17. Palomé GV, Gallegos TM, Xequé MAS, Juárez LS, Perea OMG. Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. *Digital Ciencia@UAQRO* 2014; 1-10.
  18. De los Reyes MC. Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. IV reunión de Antropología de MERCOSUR. Brasil; 2011.
  19. Cardona AD, Segura CAM, Berbesí FDY, Ordoñez MJ, Agudelo MA. Características Demográficas y Sociales del cuidador en adultos mayores. *Investig. andina* 2011; 13(22):178-193.
  20. Compean GJM, Silerio VJ, Castillo DR, Parra DML. Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Rev CONAMED* 2008; 13 (Suppl 1): S17-21.
  21. Espín A.AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev. cubana salud pública* 2008 jul-sep. 34 (3):1-12.

### ANEXO I

#### Características del cuidador primario informal del adulto mayor hospitalizado del HGZ #89 IMSS

Folio

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El presente trabajo es para recabar información relacionada con los cuidadores primarios informales, la información será confidencial y con fines de investigación ¿desea usted participar?

\_\_\_\_\_  
**Firma ACEPTACIÓN**

#### INSTRUCCIONES:

A continuación elija la respuesta que crea que es la correcta, existen preguntas como la de salud física que probablemente exprese más de una opción, subrayar todas las que considere correctas

#### DATOS PERSONALES/DEMOGRÁFICOS DEL CUIDADOR

1.Edad: _____	2.Sexo cuidador: _____	3.Sexo del adulto mayor: _____	4.Religión: _____
5.Edo civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre	6.Escolaridad: <input type="checkbox"/> No sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Profesional		7.Ocupación: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desempleado
8.Especifique ahora que es cuidador cual es actualmente su situación laboral: _____			
9.Ingreso económico mensual: SI <input type="checkbox"/>		Especifique cuanto: _____	
NO <input type="checkbox"/>		Dispone ingreso, porque: _____	
10.El cuidador tiene otras personas a su cargo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Si su respuesta es sí, especifique quien aún está a su cargo: <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Nietos <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Cuñados <input type="checkbox"/> Otro	
11.El cuidador vive con el adulto mayor: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
12.Número de personas que habitan en la misma vivienda: _____		13.Que parentesco tiene el cuidador con el Adulto mayor: <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Nuera/yerno <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Otro	

### MOTIVO Y CARGA HORARIA

1. Tiempo de cuidados (días)

- 1 a 5       6 a 10       11 a 15       más de 16

2. Horas del cuidado al día:

- 1 a 3  
 4 a 6  
 7 a 9  
 más de 10

3. Motivación. ¿Porque se hizo cargo del cuidado de esa persona?

- Por obligación  
 Obligación moral  
 Nadie más quiso hacerlo  
 Por cariño  
 Para evitar la censura de la familia y amigos, conocidos ("el que dirán")  
 Otros (especificar) \_\_\_\_\_

4. Que tan satisfecho se siente con la tarea de cuidadora:

- Muy satisfecho  
 Regularmente satisfecho  
 Poco satisfecho  
 Nada satisfecho

### Experiencia/Información de los Cuidados

	SI	NO
1. Ha tenido experiencia previa sobre los cuidados		
2. Cuenta con información suficiente para realizar la actividad del cuidado		
3. Le han informado de los cuidados que requiere su familiar		
4. Le han explicado como realizar los cuidados		
5. Ha recibido orientación formal para llevar a cabo cuidados en caso de gravedad		

Apoyo Social		
<p>1. Tipo de apoyo que recibe:</p> <p><input type="checkbox"/> No recibe apoyo</p> <p><input type="checkbox"/> Recibe apoyo económico</p> <p><input type="checkbox"/> Recibe apoyo solo emocional</p> <p><input type="checkbox"/> Recibe apoyo Institucional</p> <p><input type="checkbox"/> Recibe apoyo familiar</p>	<p>2. Actividades que realizaría si usted no fuera cuidador:</p> <p><input type="checkbox"/> Recreativas</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Productivas</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p>	<p>3. Ha tenido descansos desde que inicio el cuidado de su adulto mayor hospitalizado:</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. Ha tenido periodos de tiempo libre:    <input type="checkbox"/> SI        <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>5. En que utiliza su tiempo libre:</p> <p><input type="checkbox"/> Salir con amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Aficiones (lectura, pintura, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Dedicase a sí mismo (peluquería, estética, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros especifique _____</p>		
<p>6. Desde que es cuidador ha tenido vacaciones:    <input type="checkbox"/> SI        <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>7. Se ha alterado su vida familiar    <input type="checkbox"/> SI        <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>8. Ha tenido que realizar ajustes a su vida familiar cotidiana    <input type="checkbox"/> SI        <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>9. Desde que es cuidador ha tenido problemas en su trabajo:    <input type="checkbox"/> SI        <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>10. Considera que se ha afectado su vida cotidiana:    <input type="checkbox"/> SI        <input type="checkbox"/> NO</p>		
<p>11. ¿Cuáles son sus planes en la actualidad desde que es cuidador?</p> <p><input type="checkbox"/> Recreativas</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidar su salud</p> <p><input type="checkbox"/> Productivas</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p>	<p>12. ¿Cuál de las Área de su vida son las que más se han afectado?</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Tareas del hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Vida familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Vida social</p> <p><input type="checkbox"/> Pasatiempos</p>	

### Estado de Salud Físicos

1. Como percibe su Estado de salud en general:

- NO Malo
- NO Bueno
- NO Regular

2. Enfermedades que padece el cuidador primario ANTES del inicio del cuidado del AM:  SI  NO

Si su respuesta es SI especificar cuáles:

- NO DM
- NO HTA
- NO Sobre peso
- NO Obesidad

3. Enfermedades que padece el cuidador primario DESPUÉS del inicio del cuidado del AM:

- SI  NO Si su respuesta es SI Especificara cuáles: \_\_\_\_\_

4. Ingiere actualmente algún tipo de medicamento  SI  NO

5. Fuma Actualmente (Tabaquismo)  SI  NO

6. Toma Alcohol actualmente:  SI  NO

7. ¿Cuáles de las siguientes alteraciones físicas presenta desde que es cuidador?

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
<b>Insomnio</b>					
<b>Dolor de espalda</b>					
<b>Dolor de cabeza</b>					
<b>Ahogos</b>					
<b>Dolores Osteomusculares</b>					
<b>Cefaleas</b>					
<b>Gastritis</b>					
<b>Anorexia</b>					
<b>Mareos</b>					
<b>Tenso</b>					
			<b>TOTAL</b>	<b>SI</b> _____	<b>NO</b> _____

### Afectivo/Emocional

1.¿Cómo es su relación afectiva con el adulto mayor que cuida?:

- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

2.Considera que su estado emocional se ve alterado al cuidar al AM:  SI  NO

Si su respuesta es sí, como se manifiesta su alteración emocional:

- Estresado
- Cansado
- Fatiga
- Irritabilidad
- Desprecio
- Sensación de ser más agresivo

3.Se ha sentido deses-  
peranzado:

- SI
- NO

4.¿Qué estrategias de afrontamiento utiliza ante la actividad del cuidado?:

- Frialdad afectiva
- Ironía
- Distanciamiento con el paciente
- Con su entorno

5.Considera que le ha cambiado su carácter desde que es cuidador:

- SI
- NO

6.¿Ha sufrido alteración de su apetito:

- Disminuido
- Aumentado
- Sin modificaciones

7.¿Nivel de tolerancia que tiene el cuidador ante el cuidado del adulto mayor?:

- No soy tolerante
- Muy poca tolerancia
- Sigo teniendo mucha tolerancia

8.¿Ha notado dificultad para concentrarse:  SI  NO

9.¿Ha identificado que sufre usted de pérdida de memoria frecuente:  SI  NO

**Gracias por participar**