



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería
División de Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería



Sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su relación con su funcionamiento familiar

TESIS:

Que para obtener el grado de
Maestro en Enfermería con terminal Gestión Dirección y Liderazgo en Enfermería.

Presenta

LE. Daniel Sánchez González

Directora de tesis

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Coasesora

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Revisora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Morelia, Michoacán

Octubre 2024



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Enfermería
División de Estudios de Posgrado
Maestría en Enfermería



**Sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su relación con su funcionamiento
familiar**

TESIS:

Que para obtener el grado de
Maestro en Enfermería con terminal Gestión Dirección y Liderazgo en Enfermería.

Presenta

LE. Daniel Sánchez González

Directora de tesis

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Coasesora

Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz

Revisora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Morelia, Michoacán

Octubre 2024

Directivos

M.E. Renato Hernández Campos

Director

M.E. María Teresa Espinoza Mosqueda

Secretaria Académica

LE Saraí Arzate Carranza

Secretaria Administrativa

Mesa sinodal

ME Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Presidenta

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Primera vocal

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Segundo vocal

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Tercera vocal

Dr. Julio César Leyva Ruiz

Cuarto vocal

Acta de revisión

La Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, Profesora e Investigadora de Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su relación con su funcionamiento familiar**”, elaborado por el Licenciado en Enfermería **Daniel Sánchez González**, misma que presenta para la obtención del grado de **Maestro en Enfermería con terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

**ME Ruth Esperanza Pérez
Guerrero**

Profesora- Investigadora de
tiempo completo

**Dra. María Magdalena
Lozano Zúñiga**

Profesora- Investigadora de
tiempo completo

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz
Recéndiz**

Profesora- Investigadora de
tiempo completo

**Dra. Josefina Valenzuela
Gandarilla**

Profesora- Investigadora de
tiempo completo

Dr. Julio César Leyva Ruiz

Profesor e Investigador de
tiempo completo

Dedicatoria

Primero que nada, quiero dar gracias a Dios por permitirme gozar de buena salud, además de haber puesto en el camino a todas aquellas personas que sumaron, motivaron y dieron una fraternal compañía durante la etapa llamada “Maestría”.

Quiero dedicar la tesis a mis padres, que en mi vida son una bendición, la primera motivación de superarme día con día, agradezco todas sus palabras de aliento y me permito citar una de ellas “hijo no te rindas, nosotros confiamos en ti”, de esta manera quiero decirles gracias por ser incondicionales en cada etapa.

A mis hermanas y hermanos por escuchar todos aquellos problemas existenciales que presenté, pero también por repetir tantas veces la gran admiración que guardan para mí.

No quiero dejar de lado a mi compañera y compañeros de servicio porque gracias a ellos hicieron que tuviera un mejor desempeño académico, a mi jefa inmediata, por ser tan flexible y permitir ocupar espacios para cumplir con clases o asesorías.

Y finalizo con los más sinceros agradecimientos hacia la mesa sinodal, agradezco a cada integrante por permitirme ganar experiencia, por sus valiosas aportaciones, recomendaciones, consejos, críticas, felicitaciones y palabras de aliento

Agradecimientos

A los 18 años fui uno de muchos alumnos que tuvo un futuro incierto debido a múltiples rechazos por universidades, fue así como comenzó todo: me recomendaron ser aspirante de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por decisión personal elegí la Facultad de Enfermería.

Cuando cursaba el octavo semestre de Licenciatura, nació el sueño por realizar un posgrado en la misma Facultad, hoy día lo estoy cumpliendo. Fue así como nació este bello cariño, afecto, aprecio, respeto, admiración por tan noble institución educativa.

Por lo anterior, quiero dedicar el agradecimiento a la Facultad de Enfermería y a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por darme la oportunidad de estudiar una Licenciatura y ahora culminar una Maestría, por demostrarme que los sueños son alcanzables, por permitirme ser parte de la comunidad Nicolaíta.

Por ultimo y no menos importantes a todos y cada uno de los docentes que en cada etapa educativa sembraron una semilla para seguir adelante, por sus valiosas aportaciones, por todos sus conocimientos de calidad, por su paciencia, dedicación, compromiso, empatía, respeto y sobre todo por ser tan magníficas personas con cada alumno.

Resumen

Introducción La esperanza de vida va en aumento y con ella el envejecimiento de la población, paralelamente a este fenómeno el aumento de enfermedades no transmisibles que causan dependencia de la persona adulta mayor, donde el cuidador juega un papel indispensable de responsabilidad, mismo factor puede causar afecciones en su propia salud y en la dinámica familiar **Objetivo** Analizar la percepción del nivel de carga que experimenta el cuidador primario del adulto mayor dependiente. **Metodología** Estudio cuantitativo, correlacional, transversal y no experimental, en 6 del municipio de San Felipe del Progreso, Estado de México, a 60 cuidadores primarios con su respectivo adulto mayor, con un muestreo a conveniencia. Se utilizaron los instrumentos de Zarit con un $\alpha=.89$ y el Apgar familiar con $\alpha= .96$, Se cumplieron las pautas éticas en investigación y se guardó el anonimato y la confidencialidad de los datos, el análisis estadístico fue con el SPSS versión 27. **Resultados** La mayoría de los cuidadores fueron mujeres con una edad media de 50.9 (DE=10.2) dedicadas a las actividades del hogar, siendo hijas del adulto mayor además de tener más de 5 años de cuidado, para el adulto mayor predominó el género femenino con una edad media de 83.9 (DE=5.4) en sus problemas de salud destacó las afecciones físicas y las enfermedades no transmisibles como la Diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial. Respecto a la percepción del nivel de carga que experimenta el cuidador primario fue de sobrecarga intensa con un buen funcionamiento familiar. **Conclusiones** Los cuidadores reportaron mayor sobrecarga a mayor tiempo de cuidado reportando en todos los casos buena la dinámica familiar.

Palabras clave: *Percepción, Agotamiento, Cuidador Primario, Sobrecarga, Anciano dependiente.*

Abstrac

Introduction Life expectancy is increasing and with it the aging of the population, parallel to this phenomenon the increase in non-communicable diseases that cause dependence in the elderly, where the caregiver plays an indispensable role of responsibility, the same factor can cause conditions in their own health and in family dynamics **Objective** To analyze the perception of the level of burden experienced by the primary caregiver of the dependent older adult. **Methodology** Quantitative, correlational, cross-sectional and non-experimental study, in 6 communities of the municipality of San Felipe del Progreso, State of Mexico, of 60 primary caregivers with their respective older adult, with convenience sampling. The Zarit instruments were used with an $\alpha=.89$ and the family Apgar with $\alpha= .96$. The ethical guidelines in research were complied with and the anonymity and confidentiality of the data was maintained. The statistical analysis was with SPSS version 27. **Results** The majority of the caregivers were women with a mean age of 50.9 (SD=10.2) dedicated to household activities, being daughters of the older adult in addition to having more than 5 years of care, for the older adult the female gender predominated. With a mean age of 83.9 (SD=5.4), their health problems include physical conditions and non-communicable diseases such as Diabetes mellitus 2 and high blood pressure. Regarding the perception of the level of burden experienced by the primary caregiver, it was intense overload with good family functioning. **Conclusions** Caregivers reported greater overload the longer they cared, reporting good family dynamics in all cases.

Keywords: Perception, Exhaustion, Primary Caregiver, Overload, Dependent Elderly.

Índice

Directivos	i
Mesa sinodal	ii
Acta de revisión	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Resumen	vi
Abstrac	vii
Índice de tablas	1
Introducción	2
Capítulo I	5
I. Justificación	6
II. Planteamiento del Problema	10
III. Objetivos	13
3.1. General	13
3.2. Específicos	13
IV. Hipótesis	14
Capítulo II	15
V. Marco teórico	16
5.1. Concepto de sobrecarga	16
5.1.1. Sobrecarga del cuidador del adulto mayor con demencia	18

5.1.2. Carga en cuidadores de adultos mayores con afecciones comunes asociadas con el envejecimiento	20
5.1.3. Sobrecarga del cuidador ante ERC	22
5.1.4. Escala de medición de sobrecarga	23
5.2. Concepto de funcionamiento familiar	24
5.2.1. Funciones de la familiar	24
5.2.2. Rol familiar ante enfermedades	25
5.2.3. Escala de medición del funcionamiento familiar	27
5.3. Concepto del cuidador primario	28
5.3.1. Actividades que realiza el cuidador primario	29
5.3.2. Clasificación	31
5.3.3. Afecciones a la salud	32
5.3.4. Estadística de cuidador por cada adulto mayor en México	33
5.4. Concepto de adulto mayor	33
5.4.1. Características del adulto mayor	34
5.4.2. Afecciones visuales	34
5.4.3. Deterioro auditivo en las personas mayores	36
5.4.4. Enfermedades mentales en el adulto mayor	37
5.5. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor	39
5.5.1. Signos y síntomas	40
5.5.2. Factores de riesgo	40
5.5.3. Tratamiento	41

	x
5.5.4. Complicaciones potenciales de la ERC	41
Capítulo III	42
VI. Material y Métodos	43
6.1. Enfoque	43
6.2. Diseño	43
6.3. Universo	43
6.4. Muestra y muestreo	43
6.5. Variables	43
6.6. Criterios de inclusión	44
6.6.1. Criterios de inclusión para cuidadores primarios	44
6.6.2. Criterios de inclusión para el adulto mayor	44
6.7. Criterios de exclusión para el cuidador primario	45
6.8. Instrumentos	45
6.9. Procedimiento	46
6.10. Análisis estadístico	47
6.10.1. Fiabilidad de los instrumentos	48
6.11. Consideraciones éticas y legales	48
Capítulo IV	50
VII. Resultados	51
VIII. Discusión	57
IX. Conclusiones	60

X.	Sugerencias	61
XI.	Referencias	62
XII.	Anexos	78
	Anexo. 1. Escala de Zarit	78
	Anexo. 2. Instrumento de Apgar familiar	80
	Anexo. 3. Dictamen de aprobación por el comité de ética en investigación	81
	Anexo. 4. Dictamen de aprobación por el comité en investigación	82
		82
XIII.	Apéndices	83
	Apéndice 1. Operacionalización de la variable Sobrecarga	83
	Apéndice 2. Operacionalización de la variable Funcionamiento Familiar	84
	Apéndice 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas	85
	Apéndice 4. Cédula de colecta de datos para el adulto mayor	89
	Apéndice 5. Cédula de colecta de datos para el cuidador primario	90
	Apéndice 6. Consentimiento informado de la Escala de Zarit	91
	Apéndice 7. Consentimiento informado del instrumento APGAR familiar	92
		93

Índice de tablas

No.	Titulo	Página
1	<i>Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov^a</i>	47
2	Confiabilidad Escala de Zarit y Apgar Familiar Dimensiones	48
3	Datos Sociodemográficos del Cuidado Primario	51
4	Datos Sociodemográficos del Adulto Mayor	52
5	Nivel de Sobrecarga de los Cuidadores Primarios	53
6	Nivel de Sobrecarga por Dimensiones	53
7	Dimensión Finanzas de la Escala de Zarit	54
8	Nivel de Funcionamiento Familiar	54
9	Dimensiones del Funcionamiento Familiar	55
10	Correlación de Variable Independiente y Dependiente	55
11	Correlación SC y Dimensiones de FF	56
12	Correlación de FF y Dimensiones de SC	56

Introducción

El adulto mayor (AM), de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es definido como aquel ser humano de 60 años o más. Alrededor del mundo se está presentando un aumento considerable en expectativa de vida, donde los seres humanos viven más tiempo que antes provocando que la población longeva tenga más incidencia en la sociedad. Se estima que, dentro de la población las personas tienen una vida útil mayor o equiparable a los 60 años, en este sentido, cuando las personas envejecen conservando una buena salud además de vivir en un entorno propicio apenas si se distinguen de las personas más jóvenes. Si, por el contrario, experimentan una disminución en sus capacidades físicas y mentales, las consecuencias para los adultos mayores y la sociedad resultan ser desfavorable.

En este sentido el problema no está en envejecer, si no bajo qué condiciones se llega a la tercera edad, la OMS (2022) menciona que cuando se presenta uno o varios problemas que afectan el bienestar en salud del adulto mayor, existe la obligación de algún familiar o persona que se haga responsable del cuidado. Existen diversas afecciones propias del envejecimiento que provocan problemas de salud, dentro de ellas identificamos afecciones como la pérdida auditiva, problemas de visión, lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias, osteoartritis, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, hipertensión, diabetes, depresión y trastornos como la demencia. En muchas ocasiones cuando el AM presenta alguna afección demanda quien cuide de él, apoye a recuperar o mantener su estado de salud, la persona quien toma esta responsabilidad se le conoce como cuidador primario (CP).

De acuerdo con Velázquez-Moreno *et al.* (2019) un CP es la persona responsable de brindar atención a otros, estando siempre presente y mostrando interés en las personas que cuida. Realiza un papel fundamental en su tratamiento, bienestar y recuperación, debido a que interviene en las decisiones sobre su salud y colabora en satisfacer sus necesidades básicas.,

realizar estas actividades todos los días por un tiempo prolongado suele causar daño físico, emocional y psicológico; también García-Cardoza *et al.* (2018) hace mención que asumir nuevas funciones y obligaciones, además de reemplazar las que realizaba el adulto mayor, incluso adecuarse a una nueva expectativa de vida, provoca estrés en el cuidador. Estos cambios generan emociones como miedo, culpa, temor, tristeza, irritabilidad y una sensación de impotencia al afrontar dichas transformaciones.

Dichos cambios al acumularse por un tiempo prolongado pueden traer como consecuencia sobrecarga (SC), en este sentido de acuerdo con Rodríguez-González *et al.* (2017) suele definir la SC como una carga emocional, económica, física y social que surge al cuidar a un familiar o conocido que padece una discapacidad o enfermedad crónica. Cuidar a una persona de tiempo completo desde un enfoque holístico suele ser una labor exigente, especialmente cuando los cuidados recaen en un solo familiar, existe un alto riesgo de afectar su salud, así como la dinámica familiar. Aguilar y Pacheco (2017) expresan que para que una familia pueda ser considerada funcional o no, es necesario evaluarla ante las dificultades.

Un buen funcionamiento familiar (FF) implica la capacidad para afrontar circunstancias complicadas, como el tratamiento de una enfermedad crónica en algún miembro de la familia. De ahí que, Reyes y Oyola (2022) definan la funcionalidad familiar como “un conjunto de actividades entre los integrantes de la familia que favorecen enfrentar las diversas crisis que tienen origen en el hogar”. Estrada-Araoz y Mamani-Uchasara (2019) mencionan que el ambiente familiar es un componente esencial para afrontar los problemas como familia durante el proceso de atención, por ende, la condición de la relación tiene que ser funcional, siendo un factor importante para mantener la salud física y mental de cada individuo dentro de la familia. Universalmente esta labor es efectuada por el integrante femenino más cercano al familiar enfermo (Martínez, 2020).

Esta investigación se conforma por 4 capítulos; en el primero se encuentra Justificación, Planteamiento de problema, Objetivos (general y específicos) e Hipótesis. Dentro del segundo capítulo se aborda Marco teórico, en donde se conceptualizan las variables, así como la población de estudio; en primera instancia esta la definición y generalidades de sobrecarga, así como escala de medición, a continuación, definición y generalidades de funcionamiento familiar y escala de medición, después se ubica contenido del cuidador primario y por último lo relativo al adulto mayor. En seguida, se presenta el capítulo III donde se desarrolla material y método; primero se encuentra enfoque y tipo de investigación, segundo universo de trabajo, tercero muestra y muestreo, cuarto variables, quinto criterios de inclusión - exclusión, sexto instrumentos, séptimo el procedimiento, octavo análisis estadístico y por último se hace mención de las consideraciones éticas. En el capítulo IV se plasman los resultados, discusión, conclusiones y sugerencias. Al final se encuentran las fuentes de consulta, así como los anexos y apéndices.

I. Justificación

Según datos de la OMS (2022) en el año 2020 la población adulta mayor oscilaba los 1000 millones de habitantes, estima que para 2030 llegue a los 1400 millones y para el año 2050 alcance los 2100 millones. Por su parte las Naciones Unidas (UN, 2023) mencionan que, en el año 2021 a nivel mundial vivían 761 millones de adultos mayores, previendo que para el 2050 se incrementara a 1600 millones. También refiere que la población de más de 80 años crece con mayor rapidez y que los infantes nacidos en 2021 tienen una esperanza de vida de 71 años, donde las mujeres vivirán más que los hombres. Tomando como referencias los datos de la OMS y UN se podría concluir que nuestra sociedad está viviendo un proceso acelerado de envejecimiento.

En un panorama nacional el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática (INEGI, 2021) hace mención que en México en el año 2020 habitaban 15.1 millones de adultos mayores (12% de la población total), se calcula que en aquel año por cada 100 niñas (o) menores de 15 años vivían 48 personas mayores. Específicamente, el Estado de México la población de la tercera edad asciende a 1,919,454; que a su vez representa al 11.3% de la población Mexiquense. Por su parte en el municipio de San Felipe del Progreso cuenta con 11,257 AM de los cuales 4,615 son hombres y 6,642 son mujeres. Como se puede observar el aumento de esta franja de edad en nuestro país y el mundo va en aumento continuamente. Asimismo, los AM en México se han ido incrementando, esto se debe al fenómeno de bajas tasas de fecundidad, incremento en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de mortalidad del anciano (García-Cardoza *et al.*, 2018).

En este sentido, se han ido desarrollando políticas de salud, que promueven la atención de los AM, lo que se ha visto reflejado en la carga de trabajo del personal de enfermería, donde se ha notado el aumento en la demanda de atención del AM en los diferentes niveles (primer

nivel, segundo nivel y tercer nivel), destacando principalmente las enfermedades no transmisibles, que causan algún grado de dependencia en el anciano, haciendo que algún miembro de la familia o sociedad tome la responsabilidad de cuidado, mismo cuidado que puede repercutir de manera negativa en el medio familiar. Por ello la importancia de destacar el papel que juega la profesión de enfermería para iniciar la senectud saludable, además de la prevención de enfermedades y sus complicaciones, para retrasar la aparición de enfermedades asociadas a la edad, sin dejar a un lado la participación durante la atención del tratamiento y la rehabilitación.

Con respecto a la factibilidad, el presente trabajo de investigación fue posible de realizar ya que se contó con la autorización de la población que fue objeto de estudio en tiempo y espacio. Además, el financiamiento de la investigación fue realizado por el responsable de la investigación.

Algunos estudios relacionados que abordan la sobrecarga del cuidador primario del AM en relación al FF se presentan a continuación:

Salazar-Barajas *et al.* (2019) realizó un estudio para saber la percepción de sobrecarga, la calidad de vida y la funcionalidad familiar del cuidador principal de un adulto mayor con dependencia funcional demostró que, a medida que el entorno familiar funciona mejor, la calidad de vida tiende a mejorar. En relación con el agotamiento, se encontró que un mayor nivel de carga se asocia con una disminución en la calidad de vida. Además, se destacó también que los cuidadores dedicaban un promedio de 14 horas diarias a la atención del AM. El 64% de estos adultos presentaba una dependencia severa, mientras que el 74.4% de los cuidadores distinguía una funcionalidad familiar adecuada. También, el 34.9% de los cuidadores no reportaba sobrecarga y el 70.9% evaluaba su calidad de vida como aceptable. Utilizaron cuatro instrumentos; para determinar nivel de dependencia del AM (índice de Barthel), para el FF (Test

de APGAR familiar), sobrecarga (prueba de Zarit) y calidad de vida (escala de calidad de vida WHOQOL-BREF).

Por su parte De la Cruz-Portilla (2020) estudió al cuidador informal responsable de personas con Alzheimer, buscó que relación guardaba la sobrecarga y funcionamiento familiar. En cuanto al cansancio del cuidador encontró que el 56% de los participantes han padecido sobrecarga intensa, en cuanto al FF, se obtuvo que el 33% de los cuidadores puntuaron en disfunción grave, pero descubrió que el nivel de sobrecarga no tiene relación con el FF en los familiares que se han ocupado ocasionalmente de los pacientes con algún tipo de demencia como el Alzheimer.

Por su cuenta Linares *et al.* (2019) efectuaron una investigación sobre la sobrecarga en cuidadores informales primarios de adultos mayores que habían sufrido un accidente cerebrovascular, se encontró que la mayoría presentaba una sobrecarga leve, seguida de un grupo con sobrecarga intensa. Respecto a la calidad de vida, el 56.03% de los cuidadores indicó tener una calidad de vida moderada. Además tomaron en cuenta características asociadas al cuidado que pudieran influir en la sobrecarga tales como: adiestramiento previo, soporte social recibido, antigüedad en la labor y horas diarias dedicadas al cuidado, respecto a la primera característica encontraron que generalmente los familiares no estaban capacitados para realizar labores de cuidado, para la segunda característica prevalecieron los cuidadores con más de 48 meses de ocupación en dichas labores, en cuanto al total de horas diarias enfocadas al cuidado se estableció un rango que varía de cuatro a siete horas continuas.

Hernández *et al.* (2023) menciona en un estudio que realizó sobre la depresión y los cambios en la dinámica familiar de cuidadores primarios con respecto a la atención de sus familiares en el hogar quienes padecen una enfermedad crónica, encontraron que de acuerdo con el APGAR familiar, el 48% percibieron una alteración familiar leve, seguido del 12% de

quienes perciben tener una correcta función familiar, en cuanto al nivel de depresión según el BDI-II los cuidadores presentaron depresión leve.

Navarrete y Taipe (2023) su investigación tuvo como objetivo principal decretar el nivel de sobrecarga en cuidadores primarios de personas con discapacidad física. Los resultados indicaron que el 64% de los cuidadores había estado a cargo de esta labor por más de 37 meses, y el 40% dedicaba 24 horas diarias al cuidado de su familiar. Asimismo, el 57% de los cuidadores refirió ser el único responsable del cuidado, y el 61% mostró un alto grado de habilidad y competencia en las tareas de cuidado. En cuanto a la sobrecarga, el 39% del total de la muestra presento sobrecarga intensa, seguido por el 22% con sobrecarga ligera. En cuanto a sus variables sociodemográficas predomino el género masculino, se encontraban en rango de 40 a 64 años, con nivel educativo secundaria, se dedicaban a los quehaceres domésticos, de parentesco siendo hijos (as), por último, se emplearon dos instrumentos validados: el Inventario de Habilidad de Cuidado (CAI), que mide la destreza con la que se lleva a cabo la labor de cuidado, y el Test de Zarit, cuyo propósito es evaluar el nivel de sobrecarga que enfrenta el cuidador.

Cordero *et al.* (2019) realizaron un estudio que tuvo como meta diagnosticar la situación actual del cuidado informal brindado a adultos mayores postrados en cama en el área de salud del Policlínico Manuel Piti Fajardo, ubicado en Guane, Pinar del Río. En sus resultados obtuvieron que el 100% de la muestra eran mujeres, predomino el rango de edad entre 56-65 años, la mayoría eran hijas del adulto mayor, con tiempo de 1 a 5 años realizando la actividad de cuidado. En cuanto a los principales síntomas presentados por el cuidador, domino la ansiedad. En cuanto al funcionamiento familiar, el 42.8% de las familias eran disfuncionales. En tanto, la comunicación entre cuidador y adulto mayor el 48.5% fue regular. Respecto a las habilidades técnicas del cuidador para brindar cuidados oportunos al adulto mayor encamado, el 42.8% de los cuidadores las dominaban y el 68.5% no habían recibido ningún tipo de preparación.

II. Planteamiento del Problema

Epidemiológicamente se ha ido incrementando la longevidad en la población, así como las enfermedades no transmisibles y la prevalencia de las afecciones comunes asociadas al envejecimiento, lo que conllevan a problemáticas de salud que afectan al anciano, la familia y sociedad. Tomando en cuenta que el envejecimiento según la OMS (2022) “es el resultado de la acumulación progresiva de diversos daños moleculares y celulares con el paso del tiempo, lo que provoca un deterioro gradual de las capacidades físicas y mentales, aun mayor riesgo de enfermedades y, finalmente, la muerte”, por consiguiente puede provocar la aparición o prevalencia de personas dependientes quienes demanden atención, de ahí la necesidad de personas que asuman la responsabilidad de cuidados y tareas básicas que ayuden a disminuir el impacto negativo.

Para demostrar este fenómeno, la OMS (2022) presenta datos clave para ilustrar este fenómeno epidemiológico, señalando que actualmente hay más personas mayores que niños menores de 5 años. Además, proyecta que, para 2050, la población de adultos mayores superará a los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años. Por su parte INEGI (2020), refiere que la población en San Felipe del Progreso en 2020 fue de 144,924 pobladores (47.8% hombres y 52.2% mujeres). El número de adultos mayores para el mismo año fue de 11,257 de los cuales 4,615 son hombres y 6642 son mujeres, se mencionaron 6 afecciones muy comunes de las cuales se encuentran; afecciones visuales (1,144), afecciones auditivas (1,029), afecciones motrices (1,416), afecciones para recordar (517), afecciones físicas (524) y problemas o condición para recordar (174).

En este sentido el hecho de tener un adulto mayor en casa, demanda y agrega responsabilidad para el núcleo familiar, Torres-Avendaño *et al.* (2018), Se destaca que el cuidado recae principalmente en los familiares, quienes se adaptan, planean y se relacionan, para ser la

principal fuente de apoyo, información similar refiere García-Cardoza *et al.* (2018) donde menciona que en la mayoría de los casos, los pacientes con discapacidad son cuidados por algún integrante de la familia, además que este papel es asumido de manera voluntaria, por necesidad u obligación, generalmente sin recibir capacitación ni contar con experiencia.

Retomando la información previa se ha podido percibir que, una vez asumido el rol de cuidador, suele provocar problemas en la salud física-psicológica tanto de quien brinda como quien recibe la atención, además de perjudicar la dinámica y convivencia familiar, también puede disminuir la calidad en los cuidados, generar desapego al tratamiento y fomentar violencia entre el binomio anciano-cuidador. (García-Cardoza *et al.*, 2018), sin duda alguna ser cuidador no se ve una tarea fácil.

Existen situaciones donde no se cuenta con conocimientos bastos sobre cuidados específicos dirigidos al anciano y sus problemas de salud, tiende a desencadenar una serie de efectos negativos en la vida de la persona cuidadora, acompañados por la experiencia de situaciones desagradables. En este sentido, se ha observado el desarrollo de signos y síntomas de cansancio en el cuidador, por ejemplo, la angustia de no saber cómo manejar el cuidado, percibir el nulo apoyo familiar, problemas económicos, pasar la mayor parte del día con el adulto mayor, dejar de atender sus necesidades personales como la socialización, afecto, atención médica etc., que con el paso del tiempo suele provocarles sobrecarga (García-Cardoza *et al.*, 2018).

Tomando en cuenta el contexto, específicamente la población anciana del municipio de San Felipe del Progreso en el Estado de México, va en aumento, se puede visualizar no solo en el entorno cotidiano sino también en los servicios de salud. Además de manera observacional se puede apreciar la falta de cuidadores para las personas mayores, mismos que presentan cansancio físico-emocional, en especial aquellos que no cuentan con capacitación como

cuidador, quienes pasan largas horas al cuidado, cuidadores que tengan adultos mayores con incremento en el deterioro de salud, presenten bajos recursos económicos, no cuenten con el apoyo de la familia. Sin dejar de lado casos donde un adulto mayor cuida a otro adulto mayor. Este fenómeno es multifactorial, que por mencionar unos se encuentran: falta de conocimientos sobre el envejecimiento, falta de empatía por este grupo de edad, evasión de responsabilidad.

Por lo anterior descrito se hace necesario indagar sobre las condiciones en que se encuentran los cuidadores primarios del adulto mayor que habitan en las comunidades de San Felipe del progreso, ante tal panorama surge la siguiente pregunta, ¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y la relación con su funcionamiento familiar?

III. Objetivos

3.1. General

- I. Evaluar la relación del nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con su funcionamiento familiar.

3.2. Específicos

- I. Describir las características sociodemográficas del cuidador primario del adulto mayor.
- II. Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador primario de una persona adulta mayor
- III. Determinar el funcionamiento familiar de un cuidador primario del adulto mayor.

IV. Hipótesis

Hⁱ A mayor sobrecarga del cuidador primario del adulto peor funcionamiento familiar.

H₀ A menor sobrecarga en el cuidador primario del adulto mayor mejor funcionamiento familiar.

V. Marco teórico

El presente capítulo está conformado por el marco teórico y conceptual. Primero se definen las variables “sobrecarga” y “funcionamiento familiar”, posteriormente se expone la población de estudio como lo es el cuidador primario y finaliza con el adulto mayor.

5.1. Concepto de sobrecarga

A continuación, se aborda la definición de “sobrecarga” con diferentes autores. Espinoza y Jofre (2012, como se citó en Torres-Avenidaño *et al.* 2018) define sobrecarga del cuidador como “Un estado de cansancio emocional, estrés y agotamiento que afecta profundamente el tiempo de ocio, las relaciones sociales, la autonomía personal y el equilibrio mental. Describe el nivel en que el cuidador percibe el impacto negativo del cuidado en diversos aspectos de su vida, como su salud física y mental, además de sus relaciones sociales y su situación económica”.

Por su parte Rodríguez-González *et al.* (2017) la define como “la carga emocional, física, social y económica que surge al cuidar a un familiar o conocido que padece una enfermedad crónica o tiene alguna discapacidad.”.

Mientras que Lara *et al.* (2008) nos dicen que “es el grado en que quienes brindan el cuidado sienten que su salud, vida social y personal, así como su situación económica, se ven alteradas como resultado de esta experiencia”.

En el caso de Apolo *et al.* (2023, como se citó en Sánchez y Silva, 2024) la define como “agotamiento emocional, también conocido como síndrome de carga del cuidador, es una condición que afecta a quienes asumen la responsabilidad principal de cuidar a una persona que se vuelve dependiente debido a limitaciones funcionales o mentales. Esta condición se caracteriza principalmente por el desgaste físico y mental que experimentan los cuidadores”.

Por otro lado, sin referirse específicamente a la palabra sobrecarga, pero con mucho sentido al cansancio que presenta el cuidador en su arduo trabajo, nos dice Florencia *et al.*, 2020 como se citó en Azañón (2023) que la aplicación del cuidado de personas dependientes, “carga de trabajo” implica una dedicación física y además emocional, por la cercanía de la persona cuidada que, en algunos casos, puede llegar a tener una dedicación exclusiva.

Retomando la información podemos concluir que la carga que experimenta el cuidador suele ser de carácter físico, aunque el desgaste mental, familiar y social se presenta a la ausencia del apoyo. Rojas *et al.* (2022) encontró que los cuidadores presentaron sobrecarga intensa cuando brindan cuidados a personas mayores con dependencia, donde influían factores significativos como: analfabetismo funcional en los aspectos de salud, y ausencia de capacitación u orientación en el manejo domiciliario de la patología, (apoyo instrumental) lo cual puede afectar las buenas prácticas de salud de la diada paciente cuidador.

También encontraron que la sobrecarga se presenta al no contar con familiares que reemplacen en su labor. El exceso de tareas simultáneas, responsabilidades, limita las oportunidades de desarrollo y cumplimiento de metas personales (estudio-trabajo) de las cuidadoras, así mismo restringe sus posibilidades de autocuidado, esparcimiento, recreación y socialización; ello indudablemente ocasiona efectos negativos en la mente y el organismo de los cuidadores, además disminuye la probabilidad que brinden un cuidado adecuado al enfermo (Rojas, 2022).

A continuación, se desarrolla contenido donde se describe cómo se comporta la percepción de sobrecarga del cuidador del adulto mayor con demencia, posteriormente se encuentra la sobrecarga ante las afecciones comunes asociadas con el envejecimiento y por último la enfermedad renal crónica (ERC), con la intención de dar un panorama amplio de cuál de las tres tiene mayor influencia.

5.1.1. Sobrecarga del cuidador del adulto mayor con demencia

La demencia, también conocida como trastorno neurocognitivo mayor, es un síndrome progresivo que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva, es decir, la capacidad de procesar el pensamiento. Esta condición está íntimamente vinculada a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, como la falta de actividad física y mental, una dieta poco saludable, el uso de tabaco, sustancias ilícitas y alcohol. Asimismo, se asocia con diversas enfermedades, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad, la enfermedad de Alzheimer, los accidentes cerebrovasculares y la depresión (OMS, 2023).

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2022) menciona que, a lo largo del proceso de la demencia, diversas funciones se ven afectadas, siendo las más perjudicadas la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, el lenguaje, la orientación y la capacidad de aprendizaje. A su vez, el deterioro de las funciones cognitivas impacta la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades diarias. Cuando la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada, puede resultar en dependencia o discapacidad por parte del adulto mayor.

Conforme avanza la demencia, los signos y síntomas se intensifican, lo que lleva a un aumento en las necesidades de atención en el ámbito biopsicosocial. Algunas de estas necesidades son:

- Necesidades físicas: apoyo en las actividades diarias, gestión de la nutrición y calidad del sueño.
- Necesidades psicológicas: asistencia en los procesos cognitivos, principalmente en la memoria, estimulación del lenguaje, manejo de sentimientos y emociones, así como establecer conductas favorables para la comunicación verbal y no verbal, para preservar la autonomía.

- Necesidades de entorno y sociales: adaptación del entorno y asistencia para facilitar el reconocimiento y las relaciones con familiares o amigos.

Depende del grado de afección en el que se encuentre la persona mayor, los apoyos familiares, las horas y el número de días a la semana que se ejerza el cuidado, serán factores primordiales para determinar la cantidad de carga percibida por el cuidador. En este sentido Callis *et al.* (2020), dio a conocer en su estudio que, la adopción del rol cuidador conlleva a experimentar sentimientos negativos, asimismo factores como: los años de diagnóstico transcurridos, periodo de tiempo y horas al día como proveedor de cuidados modulan el mantenimiento o aparición de nuevos sentimientos y que la mayoría de los cuidadores desencadenan sobrecarga intensa.

Algunas otras afecciones desarrolladas por cuidadores responsables del adulto mayor con demencia son mencionadas por Espín (2012) indica que estas situaciones suelen provocar afecciones físicas, psicológicas y socioeconómicas, como trastornos óseos, cardiovasculares y problemas emocionales, incluyendo depresión y ansiedad. Además, pueden alterar las interacciones laborales y sociales, lo que conlleva a una disminución de los recursos económicos. Este contexto genera un alto nivel de estrés que impacta negativamente tanto en la calidad del cuidado que recibe el adulto mayor como el progreso de su enfermedad o discapacidad.

Según la Asociación Familiar de Enfermos de Alzheimer 1994 (Roig *et al.*, 1998, como se citó en Cerquera *et al.*, 2012), el cuidador principal suele enfrentar una considerable sobrecarga física y emocional, asumiendo toda la responsabilidad relacionada con la medicación y el cuidado general del paciente. A medida que el enfermo depende cada vez más de su cuidador, este pierde progresivamente su independencia, dejando de atender sus propias necesidades y sin reservar tiempo para descansar. Las actividades y pasatiempos que antes disfrutaba quedan

abandonados, al igual que la comunicación con amigos. En resumen, el cuidador ve cómo su vida personal y proyectos se detienen durante un largo periodo de tiempo.

En su investigación sobre la sobrecarga de cuidadores, Cerquera *et al.* (2012) identificaron que los cuidadores de pacientes con Alzheimer tienden a experimentar síntomas depresivos y de ansiedad, además de sentimientos de culpa e impotencia, aislamiento social y una notable carga emocional.

5.1.2. Carga en cuidadores de adultos mayores con afecciones comunes asociadas con el envejecimiento

Entre los padecimientos más frecuentes en la vejez se incluyen la pérdida de audición, cataratas, errores de refracción, dolores en la espalda, el cuello, osteoartritis, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Con el envejecimiento, es más probable que las personas presenten varias de estas condiciones de manera simultánea. Con el paso de los años, aumenta la probabilidad de sufrir varias de estas afecciones y enfermedades al mismo tiempo (OMS, 2022).

Londoño *et al.* (2022) En su estudio sobre la formación virtual de cuidadores que asisten a adultos mayores con depresión y limitación visual durante el COVID-19, los autores concluyeron que la capacitación virtual es de gran relevancia. Esta modalidad permite formar tanto a los cuidadores como a los familiares del adulto mayor sin las barreras que implica el traslado a otras ciudades o lugares distantes. Además, la formación virtual ofrece la ventaja de una capacitación flexible, que puede realizarse desde la comodidad del hogar. Sin duda, destacan la importancia de capacitar a los cuidadores responsables de pacientes con problemas visuales y depresión, ya que esta formación es clave para reducir la carga que enfrentan.

Por otro lado, Lemus *et al.* (2018) en su trabajo concluyen que existe “una relación entre el nivel de carga percibido por los cuidadores y el grado de dependencia del adulto mayor”. Se observó que la baja dependencia era predominante entre los cuidadores que no experimentaban sobrecarga, mientras que la dependencia moderada prevalecía en aquellos con una sobrecarga leve. Por su parte, los cuidadores que presentaban una sobrecarga intensa estaban mayormente asociados con adultos mayores que tenían una dependencia severa. El cuidador asume un rol que le resulta desconocido, lo que desencadena estrés y depresión, alterando su vida cotidiana y generando una fuerte sensación de carga. Esta combinación de dificultades mentales, sociales, económicas y físicas que experimentan los cuidadores se denomina sobrecarga del cuidador.

Los cuidadores familiares describen la experiencia de asumir el cuidado de ancianos dependientes como una tarea estresante y agotadora. Esto se debe tanto a la carga emocional involucrada como a la transformación en la relación, que pasa de ser de reciprocidad a una de dependencia. En este nuevo rol, el cuidador asume responsabilidades relacionadas con el bienestar físico y psicosocial del anciano, ocasionando restricciones en su propia vida. En el ejercicio de roles, el cambio es angustioso, en virtud de la implicación afectiva entre el anciano y la familia, la disminución del tiempo de relación con los amigos y con el vecindario, la soledad, la sobrecarga del proceso de cuidado y la frustración por no poder poner en práctica sus propios proyectos de vida son parte de las perturbaciones que, en un momento determinado, pueden causar estrés en el cuidador (Stackfleth, 2012).

Es bien sabido que, al descenso de las capacidades del adulto mayor para realizar sus labores diarias, incrementa la carga de trabajo para su cuidador, es por ello que Lemus *et al.* (2018) en su estudio encontró que “Existe una relación directa entre el nivel de fragilidad del adulto mayor y la sobrecarga percibida por el cuidador. A medida que aumenta la fragilidad del adulto mayor, el cuidador experimenta un mayor nivel de sobrecarga.”.

5.1.3. Sobrecarga del cuidador ante ERC

La responsabilidad que representa cuidar de un paciente con insuficiencia renal crónica (ERC) con o sin tratamiento médico suele demandar mucho tiempo, además de tener repercusiones en la salud. Ser cuidador de pacientes con estas características en donde se presentan mayor discapacidad y menor independencia requiere de mucha responsabilidad y dedicación, suele ser una tarea agotadora que con el paso del tiempo provoca deterioro físico, mental y social mismo que afecta su calidad de vida (León *et al.*, 2020)

Retomando aquellas afecciones para la salud del cuidador que puede presentar en la atención de enfermos renales, Laguado-Jaimes (2019) mencionan diversas manifestaciones que afectan a los cuidadores: físicas (como la carga laboral y problemas sexuales), sociales (aislamiento, reducción de actividades sociales y cambios en la relación con el paciente), económicas (restricciones financieras), espirituales y emocionales (incluyendo tristeza, agotamiento e impotencia). Factores como el tiempo dedicado al cuidado, las habilidades y los conocimientos del cuidador juegan un papel clave en la intensificación o disminución de estos síntomas.

La evidencia científica indica que los cuidadores de personas en tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis enfrentan desafíos relacionados con cuidados que les resultan desconocidos. Esto les exige aprender sobre la enfermedad y el tratamiento, lo cual a menudo genera inestabilidad en su vida personal (Prada-Pérez *et al.*, 2022). Además, el desconocimiento sobre estos aspectos puede provocar ansiedad en los cuidadores.

Referirse puntualmente a cuidadores de enfermos renales con tratamiento con diálisis peritoneal, representa asumir más labores de cuidado por lo tanto mayor mas actividades básicas que la persona ya no puede hacer por sí misma, en estos casos el cuidador presenta problemas de salud mental y mayor percepción de carga (Prada-Pérez *et al.*, 2022).

Por otro lado, en el caso de los cuidadores de pacientes en tratamiento de hemodiálisis, se ha documentado que, aunque asumen menos tareas de cuidado, experimentan un agotamiento progresivo a pesar de no sentir una carga significativa (Prada-Pérez *et al.*, 2022). Esto sugiere que los cuidadores de pacientes en diálisis peritoneal enfrentan una mayor carga en comparación con aquellos que cuidan a pacientes en hemodiálisis.

5.1.4. Escala de medición de sobrecarga

En el presente estudio se utilizó la escala de Zarit que a continuación se describe, su evolución con el paso del tiempo.

La carga “es un concepto clave en la investigación de las repercusiones del cuidado de los pacientes crónicos sobre la familia y el cuidador”. Sus orígenes se remontan a la década de 1960, cuando Grad y Sainsbury llevaron a cabo una investigación para analizar los efectos que generaba en la vida cotidiana de las familias el hecho de tener un miembro con una enfermedad psiquiátrica. En ese estudio se evaluaron tanto la carga económica como la emocional que esto implicaba, en la década de 1980, comenzaron a realizarse estudios sobre las consecuencias del cuidado de ancianos con síndromes demenciales. Posteriormente, este enfoque se amplió al análisis de cuidadores de adultos mayores con diversas enfermedades crónicas (Montero *et al.*, 2014).

Zarit y su equipo de colaboradores identificaron la carga de los cuidadores como un elemento central para analizar el desgaste generado por el cuidado de personas con demencia. Este enfoque impulsó el desarrollo de diversos instrumentos de medición que abordan dimensiones como la carga objetiva, la carga subjetiva y evaluaciones globales. Entre estos, la escala de carga del cuidador de Zarit se ha consolidado como la herramienta más utilizada hasta la fecha (Montero *et al.*, 2014).

Originalmente la escala contaba con 29 preguntas, actualmente consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 1 a 5, y con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, y que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida: ausencia de sobrecarga (0 - 46), sobrecarga ligera (47 - 55) y sobrecarga intensa (56 - 110) (Martínez, 2020).

5.2. Concepto de funcionamiento familiar

Estrada-Araoz y Mamani-Uchasara (2019) lo define como la “interacción entre los miembros de una familia, la cual se fundamenta en dos dimensiones principales: la cohesión (vinculada al afecto) y la adaptabilidad (relacionada con la autoridad). Esta dinámica puede verse facilitada o dificultada según la calidad de la comunicación entre ellos”.

Para Reyes y Oyola (2022) menciona que la dinámica familiar “se refiere al conjunto de interacciones entre los miembros del grupo familiar, que les permite enfrentar y manejar las diversas crisis que surgen dentro del hogar. De igual manera es de vital importancia mencionar que la familia juega un papel indispensable para el cuidado y la preservación de la salud”.

Smilkstein (1978; Paz, 2007, como se citó en Moreno y Chauta, 2011) no dice que “una familia funcional es aquella que fomenta el desarrollo integral de sus miembros y contribuye a un estado de salud favorable. Los integrantes perciben este funcionamiento familiar al expresar su satisfacción con el cumplimiento de los parámetros esenciales, como la capacidad de adaptación, la participación activa, el crecimiento personal, el afecto compartido y la disponibilidad de recursos”.

5.2.1. Funciones de la familiar

Brindar una serie de cuidados que demanden tiempo, ofrecer acompañamiento en situaciones de enfermedad son algunas funciones que lleva a cabo la familia; para Garibay (2013,

como se citó en Aguilar *et al.*, 2017) Las funciones esenciales de la familia incluyen brindar cuidado y apoyo a sus miembros, educar a los hijos y satisfacer sus necesidades. Además, la familia actúa como un agente clave en la formación de hábitos, proporcionando un entorno para la exploración, desarrollo, mantenimiento y modificación de conductas y aprendizajes entre sus integrantes. En este sentido la familia es indispensable para dar soporte ante situaciones adversas.

Para prevenir que el cuidado recaiga sobre una sola persona es importante tener buena comunicación dentro del entorno familiar, un entorno familiar es considerado un componente fundamental en el proceso de atención a la familia, ya que la calidad de las relaciones funcionales dentro del hogar influye de manera significativa en la salud emocional y física de cada uno de sus integrantes. (Estrada-Araoz y Mamani-Uchasara, 2019). En un entorno familiar donde sus miembros desempeñen sus debidas funciones, la calidad de vida para todos se verá aumentada.

5.2.2. Rol familiar ante enfermedades

Es inevitable que la pérdida de memoria se presente en el AM, de ahí la importancia del rol familiar para percatarse en la aparición de síntomas generen sospecha. Se espera que la familia realice controles constantes relacionados con enfermedades crónicas y la detección temprana de pérdida de memoria con la intención de disminuir la aparición de síntomas, ya que el panorama de cuidados en personas con estas características es complicado, donde resaltan las afecciones mentales para el cuidador Randen (2023).

La familia, se caracteriza por ser el apoyo primario ante cualquier afección a la salud del AM, la pérdida de memoria conlleva características especiales tales como las que describe Maldonado (2018, como se citó en Barba y Shugulí 2022) donde expresa que el deterioro cognitivo es uno de los problemas más comunes en ancianos y se ve afectado la percepción del entorno así como de su propio cuerpo, pérdida memoria, atención, lenguaje, funciones

ejecutivas, cálculo y orientación, es decir, la familia es indispensable para atender las demandas de cuidados.

La familia ante afecciones comunes asociadas con el envejecimiento como son principalmente las visuales, auditivas, físicas y motoras nos dice lo siguiente: el cuidado hacia AM con discapacidad visual tiene que desempeñar un papel de vital importancia ya que pacientes con este tipo de características se vuelven dependientes; Hernández *et al.* (2020) señala que es altamente probable que el diagnóstico de retinopatía diabética en un adulto mayor incremente los gastos personales y familiares (complicación de la Diabetes Mellitus). Por lo tanto, será necesario implementar diversos procesos para modificar o adaptar nuevos estilos de vida. Uno de los aspectos más importantes será el compromiso con el tratamiento y la atención de las enfermedades asociadas, lo que conllevará para el paciente y su familia gastos imprevistos.

Los cuidados de la familia que se deben brindar ante un AM con discapacidad auditiva son la orientación, educación para su círculo social del paciente debido a la pérdida o disminución de la audición, así como la utilización de gestos o mímicas para facilitar el entendimiento del mensaje; para la National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIH, 2023) sugiere trabajo en conjunto entre la familia y el paciente para facilitar vivir con la pérdida auditiva, algunas acciones se mencionan a continuación: informar sobre su problema de audición, hablar de frente para que las expresiones y movimientos de labios puedan ayudar a entender lo que se trata de comunicar, solicite a las personas que eleven su tono de voz sin llegar a gritar, hablar más lento o con claridad, apague o baje el volumen del ruido de fondo, como la televisión, cuando intente tener una conversación.

El rol familiar ante AM con discapacidad motriz conlleva cuidados que generan carga física por el esfuerzo que se hace sustituyendo las funciones perdidas; para ello Venturiello (2014) señala que los familiares que conviven con el integrante con discapacidad están vinculados en una relación de interdependencia diaria, afectiva, doméstica y económica, por lo

que los cambios en la vida de uno impactan inevitablemente en la del otro. Las familias ofrecen apoyo emocional y material para afrontar las necesidades del día a día. Sin embargo, la salud emocional de sus miembros, así como su estabilidad material y sus proyectos de vida, se ven alterados por las dificultades que la sociedad impone a quienes son marginados y etiquetados como anormales (Venturiello, 2014).

Por otro lado, se encuentra la ERC en el anciano donde la familia tiene un rol importante ya que es el sostén único e inmediato con el que cuenta el paciente por ello Médica Santa Carmen (2024) destaca que la familia desempeña un papel crucial en el apoyo emocional, el cuidado físico y la promoción de hábitos de vida saludables para los pacientes renales. Este respaldo puede ser determinante, permitiendo a las personas llevar una vida plena y satisfactoria a pesar de su padecimiento. Menciona diferentes formas de brindar apoyo como son: apoyo emocional, cuidado físico, promoción de una calidad de vida saludable, participación en el equipo de atención médica, fomento de la adherencia al tratamiento.

5.2.3. Escala de medición del funcionamiento familiar

Para el estudio de la funcionalidad familiar, existen diversos instrumentos para recolectar información, siendo el APGAR familiar uno de los más utilizados. Este instrumento es válido y confiable, resultando especialmente útil en estudios descriptivos y analíticos con distintos tipos de muestras, así como en la evaluación de programas de intervención a nivel familia.

El APGAR familiar es una herramienta que proporciona una visión general del nivel de funcionamiento familiar y facilita una primera aproximación para identificar familias con problemas o disfunciones. El nombre del APGAR familiar proviene del acrónimo que evalúa las funciones esenciales de una familia: Adaptación, Participación, Gradiente de crecimiento, Afecto y Recursos. Fue desarrollado en 1978 por Gabriel Smilkstein, quien sugirió su uso en la atención primaria para analizar la funcionalidad familiar. Este instrumento mide el grado de satisfacción

de los miembros de la familia en cuanto a cómo comparten tiempo, espacio y recursos económicos. Este instrumento facilita la clasificación de la funcionalidad familiar en cuatro categorías: funcionalidad familiar, disfunción leve, disfunción moderada y disfunción grave (Suarez y Alcalá, 2014).

La presencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) en un miembro de la familia genera importantes cambios en la dinámica familiar. Las características propias de la enfermedad, junto con el tratamiento de hemodiálisis y las posibles secuelas o discapacidades, hacen que el paciente necesite cuidados especializados. Esto obliga a una reorganización de los roles dentro de la familia, ya que las responsabilidades de cuidado se vuelven más complejas y requieren una mayor dedicación, especialmente de quienes asumen directamente el cuidado del paciente. En este contexto, la funcionalidad familiar puede verse afectada, pudiendo experimentar desde disfunción leve hasta disfunción grave, dependiendo del grado de adaptación y apoyo disponible dentro del núcleo familiar (Martínez y Grau, 2018, como se citó en León *et al.*, 2020).

5.3. Concepto del cuidador primario

Velázquez-Moreno *et al.* (2019) mencionan como cuidador a la persona que asume la responsabilidad de atender a otros, permaneciendo siempre cercana a quienes cuida. Su rol es fundamental en el tratamiento, bienestar y recuperación del paciente, ya que participa activamente en la toma de decisiones sobre su salud y se encarga de satisfacer sus necesidades básicas.

También se conoce como persona del entorno que asume libremente el compromiso del cuidado del familiar enfermo, esta persona se compromete a tomar decisiones en nombre del paciente y para su bienestar. Además, se encarga de satisfacer sus necesidades básicas, ya sea de forma directa o indirecta, garantizando su atención integral. (OMS, 1999, como se citó en Camacho *et al.*, 2010).

Flórez Lozano *et al.*, 1997, en De los Reyes M., 2001, como se citó en el Instituto Nacional de Geriátría (s.f.) define al cuidador como la persona encargada de brindar asistencia a alguien que, debido a una discapacidad, minusvalía o incapacidad, enfrenta dificultades o impedimentos para llevar a cabo sus actividades diarias o mantener sus relaciones sociales de manera normal.

Por su parte el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2024) considera al CP como aquellos que brindan asistencia a la persona mayor, ayudándola en aquellas actividades que le resultan difíciles o que no puede realizar de manera independiente.

(INAPAM, 2019) considera que un cuidador es aquella persona que asume por completo la responsabilidad del paciente, asistiendo en todas las actividades que este no puede realizar por sí mismo.

El "cuidado informal" se refiere a un sistema no remunerado de atención a personas dependientes, proporcionado por familiares, amigos u otras personas cercanas. Este tipo de cuidado, que carece de una estructura formal u organización explícita, conforma un auténtico sistema de apoyo oculto. El cuidado informal presenta características que limitan su visibilidad y reconocimiento social. Al tratarse de un trabajo no remunerado y sin valor comercial, a menudo se confunde con la falta de importancia. Este tipo de cuidado se sustenta en relaciones afectivas y de parentesco, perteneciendo al ámbito privado, lo que lo convierte en "asuntos de familia" en los que la sociedad en general no se involucra. Se lleva a cabo en el entorno doméstico, lo que lo mantiene fuera de la esfera pública. Además, tradicionalmente se ha asignado a las mujeres como parte de su rol de género, siendo percibido como una "responsabilidad femenina". (Espinoza y Jofre, 2012).

5.3.1. Actividades que realiza el cuidador primario

Los cuidadores suelen tener un rol de actividades y una serie de responsabilidades para la atención del AM, que dependiendo de las enfermedades o afecciones que presente va

aumentar o disminuir la cantidad de tareas a realizar. Martínez (2020) se señala que esta labor suele ser desempeñada por un familiar cercano, siendo más común que recaiga en mujeres.

Las principales actividades son: el cuidado de la higiene y el bienestar personal, la detección de problemas de salud o signos vitales como presión arterial y temperatura, así como la identificación de síntomas de deterioro funcional. También abarca la preparación y presentación de alimentos, el acompañamiento durante las comidas, la movilización, el mantenimiento de un entorno seguro y ordenado, y el uso efectivo del tiempo. Además, implica la gestión de recursos financieros, el pago de servicios y la realización de compras. El seguimiento de la medicación, el cumplimiento del tratamiento médico y el fomento de relaciones con la familia y vecinos, así como la participación en actividades socioculturales, son aspectos igualmente importantes (IMSS, 2024).

Por su parte INAPAM, (2020) incluye aspectos como la movilización y las transferencias, el cuidado de la higiene personal y la vestimenta, así como la alimentación. También abarca la funcionalidad física, la inteligencia emocional y las técnicas para manejar el estrés. Además, contempla la terapia y estimulación cognitiva, la atención en situaciones de emergencia, el acompañamiento y apoyo emocional, así como diversas técnicas de relajación.

León *et al.* (2020) refiere que en el CP toda la atención y cuidado del enfermo recae sobre el cuidador: desde la preparación de la dieta y la alimentación, hasta el baño, la administración de medicamentos y las tareas domésticas, además de las responsabilidades propias de su vida personal y social. Esta carga provoca un desgaste considerable y afecta de manera notable su calidad de vida. Por su parte Tinoco-Camarena *et al.* (2022) Se señaló que todo cuidador que asume las tareas y actividades cotidianas e instrumentales que el adulto mayor ya no puede realizar por sí mismo enfrenta una carga que es social, económica y física.

5.3.2. Clasificación

INAPAM (2020) clasifica a los cuidadores en dos:

Informales

Estos cuidadores carecen de formación específica en atención y no reciben compensación por su labor. Aun así, muestran un alto grado de compromiso, impulsado por el afecto, brindando su apoyo sin restricciones de horarios. Generalmente, se trata de familiares, amigos y vecinos.

Formales

Estos son los profesionales y técnicos que han recibido capacitación específica sobre la atención de adultos mayores. Proporcionan atención dentro de un horario establecido y mantienen un vínculo afectivo menos estrecho en comparación con los cuidadores informales.

De igual manera Izal y Montorio (1998, como se citó en Hernández, 2006) los clasifica como:

Informales

Estos cuidadores, que no reciben compensación por su labor, demuestran un alto nivel de compromiso hacia sus tareas, basadas en el afecto y en una atención que no tiene restricciones horarias. Su apoyo proviene de familiares, amigos y vecinos. Se dividen en cuidadores principales y cuidadores secundarios, dependiendo del grado de responsabilidad que asumen en el cuidado de los ancianos.

Formales

Toda aquella persona que brinda atención directa a ancianos, en distintos entornos, ya sea con o sin capacitación, y recibiendo o no una remuneración económica por su labor, es considerada cuidador. Solo el 3% de los adultos mayores con discapacidad cuenta con cuidadores remunerados.

5.3.3. Afecciones a la salud

Los cuidadores a menudo asumen responsabilidades sin tener la capacitación o experiencia necesaria, lo que puede afectar negativamente su bienestar físico y emocional, así como la seguridad del cuidado. Existen consecuencias perjudiciales a la salud del cuidador, algunos efectos son, el cansancio o el dolor físico, siendo evidentemente negativos, mientras que otros, como la satisfacción por brindar ayuda o la percepción de beneficios públicos, son positivos. Para algunas personas, el reconocimiento por parte de su familia puede ser gratificante, mientras que para otras puede resultar indiferente o incluso generar una presión adicional en su labor de cuidado (Roger-García, 2010).

Las principales consecuencias en la salud de los cuidadores informales son las siguientes: tensión y fatiga, ansiedad y/o depresión, alteraciones del estado de ánimo, estrés crónico, dolor muscular, sobrecarga (burnout), aislamiento, baja autoestima y alteraciones de sueño (INAPAM, 2023).

Espín (2012) menciona que los responsables de los ancianos adultos con deterioro cognitivo desencadenan afecciones física, psíquica y socioeconómica. Entre las principales repercusiones se encuentran el desarrollo de afecciones óseas y cardiovasculares, así como trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad. También se producen alteraciones en sus relaciones laborales y sociales, lo que a su vez afecta sus recursos económicos. Esta situación genera un alto nivel de estrés que impacta tanto en la calidad de atención que recibe el anciano, como en la evolución de su enfermedad o discapacidad.

Al cuidar a un adulto mayor dependiente, la persona experimenta diversas alteraciones físicas, mentales y socioeconómicas que impactan sus actividades diarias, sus relaciones sociales y su bienestar emocional. Las alteraciones en su estado de ánimo, provocadas por el estrés y el deterioro de sus funciones, influirán de manera directa en la calidad del cuidado que

ofrecen. Además, pueden enfrentar restricciones en su entorno psicológico y social, lo que afectaría negativamente su desarrollo y calidad de vida. (Jordán-Bolaños *et al.*, 2021).

5.3.4. Estadística de cuidador por cada adulto mayor en México

Gutiérrez (2019, como se citó en INAPAM, 2020) mencionó que en México existían 2,941,589 personas mayores dependientes, de las cuales 2,047,168 representaban a AM con dependencia leve, 894,421 representaban a la cantidad de AM con dependencia grave. Para los AM con dependencia leve 1,551, 634 no cuentan con cuidador y 495,534 cuentan con cuidador. Para los AM con dependencia grave 705,260 AM cuentan con cuidador y 189,161 AM no cuentan con cuidador. Concluyendo que 1,200,794 AM dependientes cuentan con cuidador; representando solo el 41%. Retomando las cifras anteriores de Gutiérrez podemos decir que más del 50% de la población AM con algún grado de dependencia no cuenta con cuidador por ello la importancia de promover una cultura del envejecimiento.

5.4. Concepto de adulto mayor

La OMS define a un adulto mayor como cualquier persona de 60 años o más. Por su parte, las Naciones Unidas consideran anciano a aquellos que tienen 65 años o más en los países industrializados y a partir de 60 años en los países en transición. En el contexto que experimenta México, cualquier individuo a partir de los 60 años es considerado adulto mayor. Por su parte Bayarre y Silva (2018, como se citó en Parada *et al.*, 2022) conceptualiza al adulto mayor como aquel individuo que llega a los 65 años de vida, siendo este el final del eslabón de la vida. La OMS clasifica a las personas de 60 a 74 años como de edad avanzada, mientras que a aquellos de 75 a 90 años se les asigna los términos de grandes ancianos, longevos o viejos (como se citó en Contreras, 2021).

5.4.1. Características del adulto mayor

El AM durante el envejecimiento presenta una serie de afecciones que hacen de él una persona quien necesite ayuda para realizar tareas básicas como es: baño, preparación de comida, ayuda para la deambulaci3n, cepillado de dientes, movilizaci3n en cama, dependiendo tipo y grado de afecci3n ser3 el nivel de ayuda que demande, considerando el tiempo en el que el cuidador deba estar con 3l. Enseguida, se mencionan las enfermedades que deben considerarse en el adulto mayor. La naturaleza de la afecci3n determinar3 el tipo de cuidado necesario y la persona adecuada para brindar apoyo en su atenci3n, con el fin de mantener o preservar su salud.

5.4.2. Afecciones visuales

Los problemas Oft3lricos en los AM, el envejecimiento en t3rminos generales, implica un deterioro gradual de las funciones biol3gicas, resultado del desgaste natural con el paso del tiempo. Sin embargo, este proceso puede acelerarse debido a factores externos relacionados con el entorno o a caracter3sticas individuales espec3ficas. Entre las afecciones se incluyen los problemas visuales, que forman parte del sistema nervioso central. Este sistema est3 compuesto por varios 3rganos que permiten a las personas captar, procesar y utilizar la informaci3n visual, facilitando as3 la percepci3n del entorno f3sico que nos rodea (INAPAM, 2019).

Las afecciones que pueden influir dentro de este sistema son variadas y dependen de las caracter3sticas individuales y de los estilos de vida adoptados por cada persona. Con el paso del tiempo, todas las estructuras de nuestro sistema visual experimentan cambios, lo que conlleva a ciertas alteraciones f3sicas. Alrededor de los 60 a3os, los tejidos que rodean los ojos pierden su elasticidad, lo que provoca que el p3rpado superior caiga y el inferior se voltee ligeramente. Adem3s, los ojos tienden a hundirse levemente en sus 3rbitas y los m3sculos oculares experimentan una disminuci3n en su funcionalidad. Asimismo, el iris se vuelve m3s r3gido y la

pupila reduce su tamaño en un tercio en comparación con su diámetro a los 20 años, reaccionando también de manera más lenta a los cambios en la luz. Por último, el cristalino adquiere un tono amarillento, se vuelve menos flexible y presenta una ligera opacidad (INAPAM, 2019).

A continuación, se describen los trastornos oftálmicos más comunes en los AM:

La presbiopía se refiere a la pérdida de claridad en la visión o agudeza visual, lo que dificulta el enfoque de objetos cercanos. Esta condición puede ocasionar molestias como dolores de cabeza y una sensación de fatiga visual. En general, el uso de gafas puede ser eficaz para corregir este problema. Las partículas flotantes se manifiestan como puntos negros en el campo visual de una persona. Esta condición es el resultado del endurecimiento del vítreo, una sustancia gelatinosa que se encuentra en el interior del ojo. En general, este problema no afecta la visión; no obstante, si los puntos aumentan de manera significativa, es fundamental consultar a un especialista para obtener un diagnóstico (INAPAM, 2019).

Otro problema común en las personas mayores es la sequedad ocular, que resulta de una producción insuficiente de lágrimas. Aquellos que padecen esta condición a menudo se quejan de la sensación de tener cuerpos extraños en los ojos, lo que puede provocar ardor, picazón, inflamación e incluso infecciones. Para aliviar estos síntomas, es fundamental utilizar gotas recetadas por un oftalmólogo. La disminución de la visión periférica es otra afección frecuente en las personas mayores, lo que resulta en un campo visual más estrecho. Esta limitación puede afectar sus actividades diarias y su capacidad para interactuar con los demás, llegando al punto de que conducir un vehículo puede convertirse en una actividad peligrosa. (INAPAM, 2019).

Existen trastornos que no son normales dentro de ellos encontramos: Las cataratas son una opacidad en el cristalino, la lente natural del ojo, que impide la entrada de luz necesaria para

ver imágenes con claridad. El tratamiento para las cataratas es siempre quirúrgico y, por lo general, presenta altas probabilidades de éxito. Sin embargo, en algunos casos, la recuperación de la visión puede ser complicada debido a daños estructurales en el ojo. El glaucoma es una de las principales causas de ceguera en personas mayores de 40 años. Se caracteriza por una presión intraocular elevada, daño progresivo al nervio óptico y pérdida del campo visual. Si no se trata de manera oportuna y adecuada, puede llevar a la ceguera total. Algunas de las condiciones que pueden contribuir a esta enfermedad son la diabetes y la hipertensión arterial (INAPAM, 2019).

5.4.3. Deterioro auditivo en las personas mayores

La pérdida auditiva es una reducción, ya sea repentina o progresiva, de la capacidad para escuchar. Es uno de los problemas de salud más frecuentes en personas mayores. Aproximadamente, una de cada tres personas entre 65 y 74 años presenta algún grado de pérdida auditiva, mientras que casi la mitad de las personas mayores de 75 años o más experimentan dificultades para oír. Cuando se presentan problemas de audición, puede resultar complicado comprender y seguir las indicaciones médicas, atender a las advertencias o escuchar sonidos importantes, como timbres, o participar en conversaciones con familiares y amigos. Esto puede generar frustración, vergüenza e incluso situaciones de riesgo. Las causas de la pérdida de audición pueden ser tanto congénitas como adquiridas (INAPAM, 2019).

La pérdida de audición congénita ocurre al nacer o poco después, y puede estar relacionada con factores hereditarios u otras causas no genéticas. En contraste, la pérdida de audición adquirida puede manifestarse en cualquier etapa de la vida y tener diversas causas, entre las cuales se encuentran: Enfermedades infecciosas como la meningitis, el sarampión y la parotiditis, junto con infecciones crónicas del oído, acumulación de líquido en el oído, y el uso de ciertos medicamentos, como aquellos empleados para tratar infecciones neonatales, el paludismo, la tuberculosis resistente a medicamentos y varios tipos de cáncer, son posibles

causas de pérdida auditiva. Además, los traumatismos craneoencefálicos o de los oídos, la exposición prolongada a ruidos fuertes, la degeneración de células sensoriales, y la obstrucción del conducto auditivo por cerumen o cuerpos extraños, también pueden provocar este problema (INAPAM, 2019).

Los signos varían según la afección y su gravedad, de acuerdo con el Instituto de las Personas Adultas Mayores señala los siguientes signos: percepción amortiguada del habla y otros sonidos, dificultad para entender palabras, especialmente las consonantes, pedir con frecuencia que los demás hablen más despacio, con mayor claridad o en un tono más alto, necesidad de aumentar el volumen de la televisión o la radio, evitar participar en conversaciones y, en algunos casos, alejarse de ciertos entornos sociales. La pérdida de audición conlleva diversas consecuencias, entre ellas la limitación en la capacidad de comunicación con los demás. También, los problemas de comunicación pueden afectar significativamente la vida diaria, provocando sentimientos de soledad, aislamiento y frustración, especialmente en personas mayores. Además, actividades como salir solo a la calle pueden volverse más complicadas (INAPAM, 2019).

5.4.4. Enfermedades mentales en el adulto mayor

Según la OMS, más del 20% de las personas mayores de 60 años padecen algún tipo de trastorno mental o neurológico. Entre los más frecuentes en este grupo etario se encuentran la demencia y la depresión. Los factores de riesgo para los trastornos mentales incluyen aspectos sociales, psicológicos y biológicos que influyen directamente en la salud mental de las personas. Además de los factores que generan tensión a todos, muchos adultos mayores enfrentan la pérdida de su independencia debido a problemas como la movilidad reducida, el dolor crónico, la fragilidad u otros trastornos mentales o físicos. Como resultado, requieren asistencia a largo plazo para poder sobrellevar su día a día. En las personas mayores, es común enfrentar situaciones como el duelo por la pérdida de un ser querido, la disminución del nivel

socioeconómico tras la jubilación o la aparición de alguna discapacidad. Estos factores pueden llevar al aislamiento, la pérdida de independencia, la soledad y la angustia (OMS, 2017).

La salud mental está estrechamente vinculada al bienestar físico. Por ejemplo, los adultos mayores que sufren de enfermedades como las cardiopatías tienen una mayor incidencia de depresión en comparación con aquellos que no presentan problemas médicos. A su vez, los adultos mayores son particularmente vulnerables a diversas formas de maltrato, que incluyen abuso físico, sexual, psicológico, emocional, económico y material; así como al abandono, la falta de atención y la pérdida significativa de dignidad y respeto. Según datos recientes, aproximadamente una de cada diez personas mayores experimenta maltrato. Este tipo de abuso no solo provoca lesiones físicas, sino que también puede dar lugar a problemas psicológicos graves y crónicos, como la depresión y la ansiedad (OMS, 2017).

La demencia y la depresión en las personas mayores constituyen un importante problema de salud pública. La demencia se define como un síndrome que se manifiesta a través de la disminución de la memoria y la capacidad de pensamiento, así como alteraciones en el comportamiento, además de la incapacidad para llevar a cabo actividades diarias. La demencia conlleva importantes problemas sociales y económicos debido a los altos costos asociados con la atención médica. Además, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden abrumar a las familias de los afectados. Tanto las personas que padecen demencia como sus cuidadores necesitan respaldo en áreas sanitarias, sociales, económicas y legales (OMS, 2017).

La depresión puede provocar un profundo sufrimiento y alterar significativamente la vida diaria. En el caso de la depresión unipolar, se estima que afecta al 7% de la población de adultos mayores, representando el 5,7% de los años vividos con discapacidad en personas de 60 años o más. Es común que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se ignoren y no se traten, ya que pueden confundirse con otros problemas de salud que suelen afectar a este grupo

etario. Los adultos mayores que padecen depresión muestran un rendimiento significativamente inferior en comparación con aquellos que tienen enfermedades crónicas como afecciones pulmonares, hipertensión arterial o diabetes (OMS, 2017).

5.5. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la enfermedad renal crónica, conocida también como insuficiencia renal crónica, se refiere a la pérdida progresiva de la función renal. Los riñones desempeñan un papel crucial al filtrar los desechos y el exceso de líquidos de la sangre, los cuales son posteriormente eliminados a través de la orina. En etapas avanzadas de la enfermedad renal crónica, se pueden acumular en el organismo niveles peligrosos de líquidos, electrolitos y desechos.

Chipi-Cabrera (2019) define la enfermedad renal crónica como el daño estructural o funcional en los riñones, que se manifiesta a través de marcadores de daño renal en orina, sangre o imágenes, y que persiste durante un período de tres meses o más. También se considera cuando el filtrado glomerular teórico (FGt) es inferior a 60 ml/min, sin importar la causa subyacente del daño.

Coresh (2013, citado en Gutiérrez y Polanco, 2018) define la enfermedad renal crónica como una alteración estructural o funcional de los riñones, que se manifiesta a través de marcadores de daño renal en orina, sangre o imágenes. También se considera cuando el filtrado glomerular teórico (FGt) es inferior a 90 ml/min/1,73 m² de superficie corporal (m²sc) y persiste durante un período de tres meses o más, sin importar la causa que originó el daño.

A partir de los cuarenta años, se registra una disminución del filtrado glomerular (FG) de aproximadamente 1 ml/min por año. En la mayoría de los ancianos, esto se traduce en una reducción de la masa renal y un aumento en el porcentaje de glomérulos esclerosados, lo cual está directamente relacionado con el avance de la edad. A esto se suma la presencia de

enfermedades que, por sí solas, pueden afectar las estructuras funcionales del riñón. (Levey *et al.*, 2009, como se citó en Gutierrez y Polanco, 2018). La OPS y la OMS calculan que aproximadamente uno de cada diez adultos en el mundo presenta algún grado de afectación por esta enfermedad.

5.5.1. Signos y síntomas

Los signos y síntomas de la enfermedad renal crónica suelen desarrollarse gradualmente, ya que el daño renal progresa de manera lenta. Estos pueden incluir náuseas, vómitos, pérdida de apetito, fatiga y debilidad, dificultades para dormir, alteraciones en la producción de orina, disminución de la agudeza mental, espasmos y calambres musculares, así como hinchazón en los pies y tobillos y presión arterial elevada. Es importante destacar que muchos de estos signos y síntomas son no específicos, lo que implica que también pueden ser provocados por otras enfermedades (OPS, s.f.).

5.5.2. Factores de riesgo

El desarrollo y la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) pueden verse influenciados por varios factores, como un bajo número de nefronas al nacer, la pérdida de nefronas asociada al envejecimiento y el daño renal agudo o crónico provocado por exposiciones tóxicas o enfermedades como la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2. Además, hay una sólida evidencia que respalda la relación entre diversos factores y tanto el inicio como la progresión de la ERC. Estos factores se pueden clasificar en: factores de susceptibilidad, factores iniciadores, factores de progresión y factores de estadio final, que incrementan la morbilidad en situaciones de daño renal (Lorenzo y Luis, 2023).

5.5.3. Tratamiento

Dependiendo de su causa subyacente, algunos tipos de enfermedad renal pueden ser tratados. Aunque la enfermedad renal crónica no tiene cura, el tratamiento se enfoca en controlar los síntomas, reducir las complicaciones y ralentizar el ascenso de la enfermedad (OPS, s.f.).

Por su parte la Lorenzo y Luis (2023) señalan que el manejo de la enfermedad renal crónica (ERC) incluye: abordar los factores evitables o reversibles, prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad, tratar las complicaciones asociadas, evitar la nefrotoxicidad y, en los casos necesarios, aplicar tratamiento renal sustitutivo.

5.5.4. Complicaciones potenciales de la ERC

Daño renal agudo, anemia, aumento de la presión arterial y toxicidad farmacológica, dislipidemias, falla cardíaca/sobrecarga de volumen, hipercalcemia, hiperparatiroidismo, hiperfosfatemia, hipertrofia ventricular izquierda, potencial de malnutrición, acidosis metabólica. Que en el adulto mayor se ven comúnmente ya que su organismo tiene mayor susceptibilidad (Guía de práctica clínica [GPC], 2019).

VI. Material y Métodos

6.1. Enfoque

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo (Grove y Gray, 2019, p. 89).

6.2. Diseño

Su diseño fue correlacional, no experimental y transversal (Grove y Gray, 2019, p. 89) y (Polit y Beck, 2018, p. 284).

6.3. Universo

El universo lo constituyeron cuidadores primarios, responsables del adulto mayor que padecían alguna enfermedad renal crónica, demencia o alguna afección común asociada con el envejecimiento (visuales, físicas, motriz); que radican en las comunidades: el Tunal, Cabecera, Palmillas, San Juan Jalpa, Dolores Hidalgo y Emilio Portes Gil, pertenecientes al municipio de San Felipe del Progreso, Estado de México.

6.4. Muestra y muestreo

Muestra no probabilística seleccionada a conveniencia, se encuestaron a 60 cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedades previamente mencionadas.

6.5. Variables

A continuación, se detallan las definiciones de las variables del estudio. El síndrome de cuidador (SC) se describe como una condición de agotamiento emocional, estrés y fatiga, que impacta de manera directa las actividades y el bienestar del cuidador (Bello *et al.*, 2019). Su operacionalización se encuentra en el apéndice 1.

FF se define como el conjunto de relaciones interpersonales que se desarrollan dentro de cada familia, las cuales le otorgan una identidad única (Salazar-Barajas *et al.* 2019). Su operacionalización se aprecia en el apéndice 2.

Cuidador es aquella persona que asiste a otra persona durante un proceso de enfermedad, discapacidad o minusvalía (Salazar-Barajas *et al.* 2019).

La OMS define al AM como toda aquella persona mayor a 60 años. Las variables sociodemográficas para el cuidador fueron: edad, género, estado civil, ocupación, religión, grado académico, parentesco, en caso de ser hijo que número ocupa y tiempo de cuidado. Para el adulto mayor se consideraron: edad, género, cantidad de familiares, estado civil, enfermedad que padece, tiempo que tiene con la afección o enfermedad, recibe algún tratamiento para su enfermedad, con quien vive, apoyo social y seguridad social. La operacionalización de todas las variables sociodemográficas se ubica en el apéndice 3.

6.6. Criterios de inclusión

Se tomaron en cuenta criterios de inclusión para cuidadores y para adultos mayores, a continuación, se especifican.

6.6.1. Criterios de inclusión para cuidadores primarios

Se incluyeron cuidadores primarios de género indistinto, cuidado brindado al AM tenga mínimo 6 meses, vivan en las comunidades seleccionadas (El Tunal, Cabecera, Palmillas, San Juan Jalpa, Dolores Hidalgo y Emilio Portes Gil, pertenecientes al municipio de San Felipe del Progreso, Estado de México), no necesariamente sean familiares directos, cuidadores primarios mayores de 18 años.

6.6.2. Criterios de inclusión para el adulto mayor

Se consideró adultos mayores con edad igual o superior a 75 años, que padecieran alguna enfermedad renal crónica, demencia o afecciones comunes asociadas con el envejecimiento.

6.7. Criterios de exclusión para el cuidador primario

Se excluyeron a participantes que percibían remuneración económica por desempeñar el cuidado, o a quienes contaran con alguna formación académica respecto al cuidado.

6.8. Instrumentos

Para medir la variable sobrecarga se aplicó el instrumento “Escala de Zarit” validada en México y ampliamente utilizada; se ha empleado en diferentes estudios tales como los de: Domínguez-Sosa *et al.* (2008) donde su objetivo fue determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y los factores asociados, en una muestra de derechohabientes usuarios del IMSS, Cárdenas, Tabasco. Por otro lado, fue usado por Montero *et al.* (2014) en un Hospital de la Ciudad de México, con cuidadores primarios informales de niños con alguna enfermedad crónico degenerativa. También se ocupó por Salazar-Barajas *et al.* (2019) donde uno de sus objetivos fue determinar la sobrecarga y calidad de vida del cuidador primario del adulto mayor.

El instrumento consta de 22 preguntas con 5 opciones de respuestas que puntúan de 1 a 5 (1. nunca, 2. rara vez, 3. algunas veces, 4. bastantes veces, 5. casi siempre). Contiene un puntaje mínimo de 22 y un máximo de 110. Donde se establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida: de 22-46 se interpreta como ausencia de sobrecarga, de 47-55 sobrecarga ligera y de 56-110 sobrecarga intensa Crespo y Rivas (2015). La escala se encuentra en el anexo 1.

Para medir la variable funcionamiento familiar se utilizó el instrumento “APGAR Familiar”, que evalúa cinco funciones básicas de la familia, consta de 5 dimensiones: adaptación (ítems 1), participación (ítems 2), gradiente de recurso personal (ítems 3), afecto (ítems 4) y recursos (ítems 5). Tiene 5 opciones de respuesta: 0- nunca, 1- casi nunca, 2- algunas veces, 3- casi siempre, 4- siempre. Su interpretación depende de la puntuación total obtenida, pero de 0-9 es disfunción

severa, 10-12 disfunción moderada, 13-16 disfunción leve y de 17-20 funcionamiento normal. El cuestionario es auto aplicable, excepto en aquellos que no sabían leer, en este caso los encuestadores tienen que aplicarlo. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. (Suarez y Alcalá, 2014). El instrumento se localiza en el anexo 2.

Con los instrumentos y las variables sociodemográficas se elaboró una cédula de colecta de datos que se ubica en el apéndice 4.

6.9. Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo se describe a continuación: el investigador elaboró el protocolo con asesoría de la directora de tesis, posteriormente solicitó la evaluación al comité de ética y al comité de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, misma que fue aprobada mediante los dictámenes CEI/FacEnf/002/POSG2023 y CI/FacEnf/003-PG/2023. Ver en anexo 3 y 4.

Posteriormente acudió con las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria para solicitar el permiso de aplicación de encuestas en comunidades de: El tunal, Cabecera, Palmillas, San Juan Jalpa, Dolores Hidalgo y Emilio Portes Gil, y al no obtener una respuesta favorable, se tomó la decisión de encuestar con la autorización de los propios participantes. Se realizaron visitas casa por casa, con apoyo de pasantes de enfermería en servicio social que vivieran en las comunidades ya mencionadas. Los pasantes fueron capacitados durante dos semanas una hora diariamente.

El investigador acompañó a cada encuestador para reforzar la manera adecuada de recolecta de datos. Al abordar a cada participante se solicitó la autorización, explicando sobre el proyecto, los riesgos y beneficios, posteriormente signar el consentimiento informado en materia de investigación (apéndice 6 y 7). Finalmente se hizo el llenado de la cedula de datos, al concluir se agradeció su participación.

6.10.1. Fiabilidad de los instrumentos

Se determinó la consistencia interna de los instrumentos con la prueba Alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de $\alpha = .89$ correspondiente a la variable independiente “carga” mediante la “Escala de Zarit”. Para la variable dependiente “Funcionamiento Familiar” se obtuvo $\alpha = .96$ que corresponde al cuestionario “APGAR Familiar”. Como se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2

Confiabilidad Escala de Zarit y Apgar Familiar Dimensiones

Confiabilidad	α	
Escala de Zarit		
Escala total	.891	
Dimensiones		
	Relación	.602
	Bienestar emocional	.673
	Vida social y familiar	.474
	Finanzas	
	Pérdida de control sobre la propia vida	.641
Confiabilidad de Apgar familiar	A	
	Escala total	.961

Nota. α = Alfa de Cronbach

6.11. Consideraciones éticas y legales

La investigación se apegó a los siguientes documentos normativos éticos: La Declaración de Helsinki, Pautas Éticas Internacionales, NOM-012-SSA3-2012 y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

De acuerdo con los principios éticos, se respetó la autonomía y libertad para tomar la decisión de ser o no ser parte de esta investigación, sin ningún tipo de discriminación. La Asociación Médica Mundial (AMM), por medio de la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos.

Mediante el consentimiento verbal y escrito se protegió la confidencialidad de la información de todos aquellos que participaron, el proyecto de investigación se sometió a evaluación y aprobación del comité de investigación y del comité de ética en investigación de la

Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Con apego a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, respetando los siguientes apartados 5.3, 5.5, 5.6, 5.7, 5.9, 6, 6.1, 6.2, 8.5, 9.2.9, 10, 10.1, 10.4, 11.3, 11.7 y 12.3.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; Artículo 3 Fracción I y II. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos; CAPITULO I Disposiciones Comunes; Artículo 13, 14 Fracción I, V, VI, VII, VIII, 16, 17 Fracción I, artículo 20, 21 Fracción I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX y XI.

Artículo 22 Fracción I, II y IV. CAPITULO II: De la Investigación en Comunidades Artículo 28, 29 y 33. Hacemos énfasis en el Artículo 17 porque considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Nuestro trabajo lo clasificamos como se describe en la Fracción I “Investigación sin riesgo” hace referencia a todos los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

VII. Resultados

En esta sección se ofrece una descripción general de los resultados. Se evaluó la relación del nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con el funcionamiento familiar y se encontró una relación estadísticamente significativa, negativa y con magnitud fuerte ($Rho = -.551, p < .001$).

Se encontró que el cuidador presenta una edad media de 50.9 ($DE=10.2$) años y 85% de los participantes son mujeres. Otros datos se observan en la tabla 3.

Tabla 3.
Datos Sociodemográficos del Cuidado Primario

Datos sociodemográficos		<i>f</i>	%
Género	Mujer	51	85
	Hombre	9	15
Estado civil	Soltera (o)	12	20
	Casada (o)	35	58.3
	Unión libre	13	21.7
Ocupación	Empleada (o)	20	33.3
	Desempleada (o)	39	65
	Otro	1	1.7
Religión	Católica (o)	39	65
	Cristiana (o)	14	23.3
	Testigo de Jehová	2	3.3
	Ateo	1	1.7
	Otro	4	6.7
Grado académico	Sin estudio	16	27.6
	Prescolar	2	3.3
	Primaria	17	28.3
	Secundaria	16	26.7
	Preparatoria	7	11.7
	Universidad	1	1.7
	Otro	1	1.7
	Parentesco	Hija	43
Nuera o yerno		9	15
Esposa (o)		5	8.3
Nieta (o)		2	3.3
Otro		1	1.7

Nota. *f*= frecuencia, %= porcentaje

Para los adultos mayores se encontró los siguientes resultados: presentan una media de edad de 83.9 ($DE=5.4$), el 63.3% de los participantes fueron mujeres este mismo porcentaje fueron viudas (o), 65% cuentan con un síndrome de la vejez (discapacidad física), el 58.3% de ellas habitan con sus hijas (o), el 55% no cuentan con algún seguro social, en un 96.7% cuentan con el apoyo económico de la pensión de la tercera edad, como se observa en la tabla 4.

Tabla 4
Datos Sociodemográficos del Adulto Mayor

Variable del adulto mayor	<i>f</i>	%
Género		
	Mujer	38
	Hombre	22
Estado civil		
	Casada (o)	18
	Unión libre	1
	Divorciada (o)	13
	Viuda (o)	38
Enfermedad que padece		
	Enfermedad renal crónica	14
	Demencia	7
	Síndrome de la vejez	39
Tratamiento para su enfermedad		
	Con tratamiento	19
	Sin tratamiento	4
	No aplica	37
Con quien habita		
	Hija (o)	35
	Nuera o yerno	4
	Casa propia	16
	Esposa (o)	2
	Otro	3
Recibe algún tipo de apoyo		
	Con apoyo	58
	Sin apoyo	2
Seguridad social		
	Con seguridad	27
	Sin seguridad	33

Nota. *f*= frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 5 se observa que 66.7% de los participantes presentaron sobrecarga intensa.

Tabla 5

Nivel de Sobrecarga de los Cuidadores Primarios

Nivel de sobrecarga	<i>f</i>	%
Ausencia de sobrecarga	9	15
Sobrecarga ligera	11	18.3
Sobrecarga intensa	40	66.7

Nota. *f*= frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 6 se observa que existe sobrecarga ligera en las dimensiones relación (66.7%), bienestar emocional (60%) y pérdida de control sobre la propia vida (58.3%).

Tabla 6

Nivel de Sobrecarga por Dimensiones

Dimensión / nivel de sobrecarga	<i>f</i>	%
Relación	Ausencia de sobrecarga	8 13.3
	Sobrecarga ligera	40 66.7
	Sobrecarga intensa	12 20
Bienestar emocional	Ausencia de sobrecarga	23 38.3
	Sobrecarga ligera	36 60
	Sobrecarga intensa	1 1.7
Vida social y familiar	Ausencia de sobrecarga	31 51.7
	Sobrecarga ligera	29 48.3
	Sobrecarga intensa	0 0
Pérdida de control sobre la propia vida	Ausencia de sobrecarga	20 33.3
	Sobrecarga ligera	35 58.3
	Sobrecarga intensa	5 8.3

Nota. *f*= frecuencia %=porcentaje

En la tabla 7 se observa que 29 (48.3%) de los participantes contestaron “casi siempre” ($DE=1.41$) en la dimensión “finanzas”.

Tabla 7*Dimensión Finanzas de la Escala de Zarit*

Respuesta	<i>f</i>	%
1. Nunca	6	10
2. Rara vez	7	11.7
3. Algunas veces	11	18.3
4. Bastantes veces	7	11.7
5. Casi siempre	29	48.3
Total	60	100%

Nota. *f*= frecuencia %=porcentaje

Para dar respuesta al objetivo específico 3 que fue reconocer el funcionamiento familiar del cuidador primario del adulto mayor, se encontró que el 36.7% de los participantes presentaron un funcionamiento familiar normal como se observa en la tabla 8.

Tabla 8*Nivel de Funcionamiento Familiar*

Funcionamiento familiar	<i>f</i>	%
Disfunción severa	17	28.3
Disfunción moderada	12	20
Disfunción leve	9	15
Normal	22	36.7

Nota. *f*= frecuencia %=porcentaje

En la tabla 9 se presentan los resultados de las dimensiones del funcionamiento familiar donde se aprecia que el mayor puntaje lo obtuvo la dimensión de “recursos” ($M=2.77$, $DE=1.267$) y el menor fue en la dimensión “participación” ($M=2.50$, $DE=1.308$).

Tabla 9*Dimensiones del Funcionamiento Familiar*

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	DE
Adaptación	0	4	2.52	2.00	1.255
Participación	0	4	2.50	2.50	1.308
Gradiente de recurso personal	0	4	2.63	3.00	1.340
Afecto	0	4	2.55	2.50	1.333
Recursos	0	4	2.77	3.00	1.267

Nota. DE= desviación estándar

En cuanto al objetivo general, se encontró una relación estadísticamente significativa, negativa y con magnitud fuerte ($Rho = -.551$, $p < .001$) entre el nivel de sobrecarga del cuidador primario con funcionamiento familiar, como se observa en la tabla 10. Es decir, a mayor sobrecarga del cuidador del adulto mayor es menor el funcionamiento familiar.

Tabla 10*Correlación de Variable Independiente y Dependiente*

	1	2
1. Sobrecarga del cuidador	1.000	-.551
2. Funcionamiento familiar	-.551***	1.000

Nota. Se utilizó el coeficiente rho de Spearman

*** $p < .001$

También se realizó una correlación de la sobrecarga del cuidador con las dimensiones del funcionamiento familiar. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas, negativas y moderadas entre sobrecarga y las dimensiones Adaptación, participación, recurso ($p < .05$) y Gradiente de recurso personal ($p < .001$). Sólo en la dimensión afecto no se encontró correlación. Esto significa que cuando existe mayor sobrecarga del cuidador del adulto mayor es menor el

funcionamiento familiar en las dimensiones Adaptación, participación, recurso y Gradiente de recurso personal. Ver tabla 11.

Tabla 11

Correlación SC y Dimensiones de FF

	2	3	4	5	6
1. Sobrecarga del cuidador	-.342*	-.393*	-.478**	-.224	-.383*
2. Adaptación	1.000	.870	.812	.887	.800
3. Participación		1.000	.835	.864	.800
4. Gradiente de recurso personal			1.000	.769	.820
5. Afecto				1.000	.865
6. Recurso					1.000

Nota. Se utilizó el coeficiente rho de Spearman para todas las correlaciones

SC = sobrecarga, FF = funcionamiento familiar

* $p < .05$, ** $p < .001$

Respecto a la correlación del funcionamiento familiar con las dimensiones de sobrecarga del cuidador Se encontraron relaciones estadísticamente significativas, negativas y moderadas entre funcionamiento familiar y las dimensiones relación, bienestar emocional y finanzas; en la dimensión finanzas la correlación fue fuerte. Ver tabla 12. Es decir, cuando es menor el funcionamiento familiar en las dimensiones es mayor la sobrecarga.

Tabla 12

Correlación de FF y Dimensiones de SC

	2	3	4	5	6
1. Funcionamiento familiar	-.488**	-.464**	-.405*	-.611**	-.333*
2. Relación	1.000	.818	.673	.634	.718
3. Bienestar emocional		1.000	.745	.602	.699
4. Vida social y familiar			1.000	.353	.619
5. Finanzas				1.000	.568
6. Pérdida de control sobre la propia vida					1.000

Nota. Se utilizó el coeficiente rho de Spearman para todas las correlaciones

* $p < .05$, ** $p < .001$

VIII. Discusión

El objetivo general del estudio fue evaluar la relación del nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor con su funcionamiento familiar. Donde destacaron en los datos sociodemográficos correspondientes al cuidador primario que el género femenino predominó, en su mayoría eran casadas (o), más de la mitad se dedican a realizar quehaceres del hogar, con católicas en su creencia religiosa, cuentan con un grado académico de nivel primaria, siendo hijas quienes cuidan del adulto mayor.

Estos datos son similares a los estudios de Salazar-Barajas (2019), Torres-Avedaño (2018), Marante y Pozo (2018), Labarca y Pérez (2019), quienes presentaron que la mayoría de las participantes fueron mujeres, además de coincidir que en sus creencias religiosas la mayoría eran católicas y como grado académico se encontraban en nivel primaria. Por su parte Hernández *et al.* (2023), Barba y Shugulí (2022) reportaron que la edad de los cuidadores se encontraba en la quinta década de la vida, además de vivir en matrimonio o en unión libre, desempeñaban actividades del hogar.

Para cuestiones del parentesco Henao-Castaño (2023) encontró que más de la mitad de los participantes eran hijas del adulto mayor. Como lo refiere la literatura que generalmente la persona cuidadora del adulto mayor será un miembro del círculo social inmediato (familiar, amigo/a o incluso vecino/a), quienes asumen la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar acabo (INAPAM, 2020), siendo comúnmente las mujeres quienes adoptan este nuevo rol, que por cuestiones culturales, de educación, de costumbre, por naturaleza son cuidadoras de la familia, aunque recientemente algunos autores tal como Navarrete *et al.* (2023) reportaron lo contrario donde el hombre se ha incluido en el cuidado y ha tenido mayor incidencia.

En relación con el nivel de sobrecarga que percibió el cuidador, se ubicó en un nivel de sobrecarga intenso, asemejándose al trabajo de investigación realizado en Ecuador por Chango y Guarate (2021), Callis *et al.* (2020), Henao-Castaño (2023), De la Cruz-Portilla (2020), Marante *et al.* (2018), Salazar-Barajas (2019), donde más de la mitad de la población presentó nivel de sobrecarga intensa, contrario a lo que reportó Bello y León (2019), Torres-Avedaño *et al.* (2018) donde los cuidadores percibieron carga moderada y sin sobrecarga respectivamente en el cuidado.

Existen varios factores que dan respuesta a la diferencia entre la percepción de sobrecarga, uno de ellos lo expresa Torres-Avedaño *et al.* (2018) en los resultados que obtuvo donde describe que el tiempo al día dedicado al cuidado aumenta la sobrecarga, aquellos cuidadores que tienen mala percepción de su estado de salud, los que abandonan algunas de sus actividades para dedicarse al cuidado, los que no recibían ninguna retribución económica, cuando son cuidadores únicos y quienes no reciben capacitación sobre cómo llevar a cabo el cuidado.

En cuanto al funcionamiento familiar, se encontró que la mayoría de los participantes lo percibieron normal, asimismo la investigación de Salazar-Barajas (2019) mostró resultados similares donde el cuidador del adulto mayor con un nivel de dependencia severa, la mayoría no reportaron sobrecarga con un funcionamiento familiar normal.

En cuanto a que, si la familia es capaz de enfrentar una situación compleja como el diagnóstico de una enfermedad progresiva en un miembro y, a la vez, puede cumplir con eficiencia los roles que socialmente le son atribuidos como el de ser madre, padre e hijos, posee un buen funcionamiento familiar. Caqueo y Lemos (2008, como se citó en De la Cruz-Portilla, 2020), expresan que las familias que conviven con un miembro con una patología severa o

crónica, continuamente se va ajustando y adaptando a la enfermedad o a los cambios en la situación familiar.

Durante el proceso de recolección de datos se encontró con experiencias no esperadas que dejaron inquietudes donde mayoría de los cuidadores, más allá de responder las preguntas de cada instrumento, contaban con una experiencia de vida. En la planeación de tiempo por cada encuesta se estimaba media hora por persona, al final se requirió un tiempo aproximado de 2 horas por cuidador. Las experiencias vividas fueron: como primer punto a resaltar son las atenciones recibidas, su humildad y calidez a la hora del cuestionario.

Algunos encuestados refirieron haber sido cuidadores de algún otro familiar previamente por lo tanto contaban con experiencia en ciertas actividades, algunos otras expresaban el poco apoyo que tenían de su propia familia, nueras cuidando a suegros no por decisión propia si no por apoyo a su pareja, otro situación fue la incertidumbre que causaba la dependencia económica que cargaba el padre de familia, aunque contaban con apoyos sociales no siempre se satisfacía las necesidades básicas y menos en situaciones de enfermedad. Las vivencias previamente mencionadas hacían notar visualmente nerviosismo, llanto, angustia y escuchar peticiones de hacer algo por ellos.

IX. Conclusiones

Las características sociodemográficas que predominaron en el adulto mayor fueron mujeres, con una edad media de 83.9 ($DE=5.4$), su principal problema de salud fue la discapacidad física, además de presentar Diabetes Mellitus 2 e Hipertensión Arterial Sistémica, la mayoría vivía en casa de su familiar. Para el cuidador, predominaron las mujeres, con una edad media de 50.9 ($DE=10.2$), amas de casa y cuidado del adulto mayor, donde reportaron un nivel de sobrecarga intenso con un buen funcionamiento familiar. Siendo la dimensión “finanzas” de la escala de Zarit donde se presentó mayor sobrecarga, complementado por comentarios de los mismos cuidadores, expresaron que la economía dependía de una sola persona y de ahí su preocupación.

El tiempo de cuidado y el número de personas cuidadoras aparecen como factores importantes para el aumento de la percepción de sobrecarga. Sin dejar de lado que todo adulto mayor cual sea su nivel de dependencia requiere y demanda la atención, los cuidados de una persona que apoye a realizar las actividades de la vida diaria que por sí solo ya no puede realizarlas. Por otro lado, asumir el rol de cuidador es un proceso normal de algún familiar del adulto mayor, pero lo que se alcanza a percibir es una falta de cultura de programas sociales o de apoyo a los cuidadores ya que la mayoría se encuentran en el olvido o detrás de lo que se considera el problema, por lo que se hacen las siguientes sugerencias en el apartado que a continuación se presenta.

X. Sugerencias

- Como primer punto, se recomienda considerar realizar estudios cualitativos abordando las experiencias del cuidador, ya que se encontró con personas con el deseo de expresar sus sentimientos que viven día con día.
- La segunda sugerencia es la implementación del instrumento “Índice de Barthel” para medir el nivel de dependencia del adulto mayor.
- Se sugiere considerar mayor tiempo para trabajar con cuidadores primarios del adulto mayor, debido a las posibles dificultades que se puedan presentar en la recolecta de datos tales como: no encontrar al cuidador, desconocimiento del domicilio, disposición de cuidadores para participar en el estudio.

XI. Referencias

- Aguilar Arias, C. G. y Pacheco Salazar, M. L. (2017). *Funcionamiento familiar según el modelo complejo de Olson en adolescentes tardíos* [Archivo PDF]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28397/1/Trabajo%20de%20Titulaci%20n.pdf>
- Álvarez, E., Gómez, S., Muñoz, I., Navarrete, E., Riveros, M. E., Rueda, L., Salgado, P., Sepúlveda, R. y Valdebenito, A. (2021). Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 161-167. [Vista de Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local \(uchile.cl\)](#)
- Asociación Médica Mundial (23 mayo 2024). *Declaración de Helsinki de la AMM-principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Azañón Ruiz, R. y López Medina, M. I. (2023). Sobrecarga de trabajo en las personas cuidadoras informales de las personas con esclerosis múltiple: revisión sistemática. *Universidad de Jaén*. <https://crea.ujaen.es/handle/10953.1/22777>
- Barba Lara, E. L. y Shugulí Zambrano, C. N. (2022). Nivel de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. *Revista Eugenio Espejo*, 16 (2), 66-77. [Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado \(senescyt.gob.ec\)](#)
- Bello Carrasco, L. M., León Zambrano, G. A. y Covená Bravo, M. I. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de

- autocuidado. *Revista Científica de la Universidad de Cienfuegos*, 11 (5), 385-395.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v11n5/2218-3620-rus-11-05-385.pdf>
- Callís Fernández, S., Ramírez Teopes, K. y Ramírez Teopes, K. (2020). Sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con demencia. *Revista Médica Isla de la Juventud*, 21 (1).
[Sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con demencia | Callís Fernández | Revista de Medicina Isla de la Juventud \(sld.cu\)](#)
- Camacho Estrada, L., YokebedHinostrosa Arvizu, G. y Jiménez Mendoza, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con tiempo de cuidado. *Enfermería Universitaria*, 7 (4), 35-41.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v7n4/v7n4a6.pdf>
- Cardona, D., Segura, A. M., Berbesi, D. Y., Agudelo, M. A. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 30-39. [v31n1a04.pdf \(scielo.org.co\)](#)
- Cerquera Córdoba, A. M., Granados Latorre, F. J. y Buitrago Mariño, A. M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Redalyc*, 6(1), 35-45.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770002>
- Chango M., V. N. y Guarate C., Y. C. (2021). Sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6).
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1315/1798>
- Chipi-Cabrera, J. A. y Fernandini-Escalona, E. (2019). Enfermedad renal crónica presuntiva en adultos mayores. *Revista Colombiana de Nefrología*, 6(2), 138-151.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560164943008>
- Cirici, A. R. (2023). *Definición de las violencias machistas* [Archivo PDF].
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://raco.cat>

[/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/download/413120/509385/&ved=2ahUKEwj_iYeq79WIAxWgMtAFHcmYHk8QFnoECBQQAQ&usg=AOvVaw17Nk0vHIYyMTApgDsV35Jq](https://index.php/PsicosomPsiquiatr/article/download/413120/509385/&ved=2ahUKEwj_iYeq79WIAxWgMtAFHcmYHk8QFnoECBQQAQ&usg=AOvVaw17Nk0vHIYyMTApgDsV35Jq)

Consejo Estatal de Población Estado de México. (s.f.). *Adultos Mayores Mexiquenses Análisis cuantitativo*. <https://coespo.edomex.gob.mx/sites/coespo.edomex.gob.mx/files/files/coespopdfam17.pdf>

Consejo Estatal de Población. Secretaria General de Gobierno (2020). *Adultos Mayores*. https://coespo.edomex.gob.mx/adultos_mayores

Contreras Hernández, V. (2021). Reflexiones necesarias acerca de las actividades recreativas para beneficiar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 9(1). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000800037

Cordero Cabrera, M., Ferro González, B., García Veloz, M. y Domínguez Álvarez, J. (2019). Cuidado informal al adulto mayor encamado en el área de salud. *Revista Ciencias Médicas Pinar del Río*, 23(2), 195-203. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2019/rcm192f.pdf>

Crespo, M. y Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 9-16. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180634124002.pdf>

De la Cruz-Portilla, A. C. (2020). Relación entre sobrecarga y funcionamiento familiar en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Revista UNIMAR*, 38(1),187-200. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8083723>

Donaires, P. (12 de enero de 2023). *¿Qué es la religión?* [Archivo PDF].

https://www.researchgate.net/publication/367118337_Que_es_la_religion#fullTextFileContent

Esmeraldas Vélez, E. E., Falcones Centeno, M. R., Vásquez Zevallos, M. G. y Solórzano Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3 (1), 59-74.

<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>

Espín Andrade, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38n3/spu06312.pdf

Espinoza Miranda, K. y Jofre Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30.

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000200003%20&script=sci_arttext

Estrada-Araoz, E. G. y Mamani-Uchasara, H. J. (2019). Funcionamiento Familiar y agresividad en estudiantes de educación primaria de Puerto Maldonado. *Health Care and Global Health*, 3 (2) 70-74. <http://52.37.22.248/index.php/hgh/article/view/45/pdf>

Fernández Ruiz, J. (s.f.). *El registro del estado civil de las personas* [Archivo PDF].

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf>

Fhi The Science Of Improving Lives (2023). Currículo de capacitación sobre Ética de la Investigación para los Representantes Comunitarios.

<https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sp/RETC-CR/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSp/ss/Contents/SectionIV/b4sl40.htm>

García-Cardoza, I. I., Zapata-Vázquez, R., Rivas-Acuña, V. y Quevedo-Tejero, E. C. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horizonte Sanitario*, 17 (2), 131-140.

<https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00131.pdf>

Gobierno de México Data México (s.f.). *San Felipe del Progreso Municipio Del Estado De México, Acerca de San Felipe del Progreso.*

<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/san-felipe-del-progreso?disabilityOptions=mentalImperiment&populationType=totalPopulation>

Grove, S. K., Gray, J. R. y Burns, N. (2019). Investigación en Enfermería, Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. *ELSEVIER*.

Guía de Práctica Clínica (2019). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Catálogo Maestro de las Guías de Práctica Clínica.*

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GER.pdf>

Guía de Práctica Clínica. (2019). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Catálogo Maestro de las guías de práctica clínica.*

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GRR.pdf>

Gutiérrez Rufín, M. y Polanco López, C. (2018). Enfermedad Renal Crónica en el adulto mayor.

Revista Finlay, 8(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf01108.pdf>

Guzmán Marín, L. L. (2017). *La familia* [Archivo PDF].

<https://www.cch.unam.mx/padres/sites/www.cch.unam.mx.padres/files/archivos/La-familia-completo.pdf>

Henao-Castaño, A. M., Blanco-Caviedes, J. J., Fajardo-Ramos, E. (2021). Carga del cuidador y resiliencia de enfermeros en atención domiciliaria durante la pandemia covid-19. *Revista*

Ciencia y Cuidado, 18(3), 64-73.

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3060/3481>

Hernández Nava, N., Mendoza Coronel, M. F., Rocha Rodríguez, M. R., Silva Cázares, M. B., Fabela Sánchez, L. F. y Fosado Quiroz R. E. (2020). Estudio de la discapacidad visual por diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor. *Acta Universitaria*, 30, 1-9. [Estudio de la discapacidad visual por diabetes mellitus tipo 2 en el adulto mayor \(scielo.org.mx\)](https://scielo.org.mx)

Hernández Robles, E. J., León Vázquez, M. L., Castellano Lima, R. I. y Piedras Herrera, M. G. (2023). Depresión y cambios en la funcionalidad familiar de cuidadores primarios de pacientes en atención domiciliaria de enfermos crónicos. *Revista medicina general y familiar*, 12(3), 112-116. https://mgyf.org/wp-content/uploads/2023/07/MGYF2023_027.pdf

Hernández Zamora, Z. E. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index de Enfermería*, 15 (52-53). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009

Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *ene revista de enfermería*, 2 (10). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006#:~:text=La%20OMS%20define%20enfermedad%20como,es%20m%C3%A1s%20o%20menos%20previsible%22.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). *¿Quiénes son las personas cuidadoras?* <https://www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f.). *¿Quiénes son las personas cuidadoras?* [Sitio Web "Acercando el IMSS al Ciudadano"](#)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2020). *Población con discapacidad, con limitación en la actividad cotidiana y con algún problema o condición mental, por entidad federativa y grupo quinquenal de edad según sexo, 2020.*

https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_01_29827fe7-b1cd-4bd2-81d6-9d08bda47df8&idrt=151&opc=t

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (29 septiembre del 2021). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1º de octubre).*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf

Instituto Nacional de Geriátrica. (s.f.). *Cuidado del cuidador* [Archivo PDF].

http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_4/Sesion_8/EI%20cuidador.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (14 de abril de 2023). *Mantener una salud física y mental óptima permite a las personas cuidadoras ejercer su labor de forma responsable.*

<https://www.gob.mx/inapam/articulos/mantener-una-salud-fisica-y-mental-optima-permite-a-las-personas-cuidadoras-ejercer-su-labor-de-forma-responsable>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (27 de abril de 2022). *Cuidados en casa para personas que viven con demencia.*

<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidados-en-casa-para-personas-que-viven-con-demencia?idiom=es>

Instituto Nacional de Personas Mayores. (06 de septiembre de 2022). *Hipertensión en personas adultas mayores.*

<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/hipertension-arterial-en-personas-adultas-mayores?idiom=es>

Instituto Nacional de Personas Mayores. (13 de noviembre de 2020). *Diabetes Mellitus en personas mayores*. [Diabetes Mellitus en personas mayores | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)

Instituto Nacional de Personas Mayores. (16 de enero de 2020). *Cuidadores y cuidadoras de personas mayores*. [Cuidadores y cuidadoras de personas mayores | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)

Instituto Nacional de Personas Mayores. (18 de diciembre de 2019). *Problemas oftálmicos en personas mayores*. [Problemas oftálmicos en las personas mayores. | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)

Instituto Nacional de Personas Mayores. (30 de agosto de 2019). *Deterioro auditivo en las personas adultas mayores*. [Deterioro auditivo en las personas mayores | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](#)

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Apoyo social*. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/apoyo-social#>

Iparraguirr, N. E., Rosario, F. J. y Oblea, M. O. (2022). Análisis factorial confirmatorio e invarianza factorial de la escala APGAR - familiar en adultos mayores limeños. *Revista de Investigación en Psicología*, 25 (2). pp. 73-87. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1609-74752022000200073&script=sci_arttext&tlng=pt#B28

Jordán-Bolaños, I., Zavala-Plaza, M. J., Bedoya-Vaca, P. A., Rodríguez-Chicaiza, C. E. y Barreno-Sánchez, S. T. (2021). Salud familiar y psicológica del cuidador primario de adultos mayores dependientes. *Revista Información Científica*, 100(5). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-

[99332021000500006#:~:text=La%20mayor%20parte%20de%20cuidadores,por%20demás%20una%20sobrecarga%20intensa.](#)

Labarca Delgado, M. R. y Pérez Martinto, C. E. (2019). Necesidad de capacitación al cuidador del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina*, 58(3).
<https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1305/1165>

Laguado-Jaimes, E. (2019). Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. *Enferm Nefrol*, 22(4), 352-359.
<https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n4/2255-3517-enefro-22-04-352.pdf>

Lara Palomino, G., González Pedraza Avilés, A. y Blanco Loyola, L. A. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13 (4), 159-166.
<https://www.redalyc.org/pdf/473/47326420003.pdf>

Lemus Fajardo, N. M., Linares Cánovas, L. B. y Linares Cánovas, L. P. (2018). Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(5), 894-905.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000500008

León Zamora, Y., Ávila Sánchez, M. y González Enríquez, C. (2020). Calidad de vida de los cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Revista Científica Villa Clara*, 24(2), 422-429. <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v24n2/1029-3043-mdc-24-02-422.pdf>

Linares Cánovas, L. P., Lemus Fajardo, N. M., Linares Cánovas, B., González Corrales, S. C. y Soto Álvarez, E. M. (2019). Comportamiento de la sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores con accidente cerebrovascular. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23 (6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600884

- Londoño Celis, Y. J., Celis Mateus, S. A. y López Valiente, E. J. (2022). Una reflexión desde la formación virtual de cuidadores que acompañan la depresión del adulto mayor con limitación visual durante el COVID-19. *Revista EducaT: Educación virtual, Innovación y Tecnologías*, 3 (1). [Vista de Una reflexión desde la formación virtual de cuidadores que acompañan la depresión del adulto mayor con limitación visual durante el COVID 19 \(unad.edu.co\)](http://unad.edu.co)
- Lorenzo Sellarés, V. y Luis Rodríguez, D. (2023). Enfermedad Renal Crónica. *Nefrología al día*. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- Marante Pozo, E. y Pozo Amador, L. M. (2018). Efectividad de intervención educativa en sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000400003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 13 (1),97-100. [1699-695X-albacete-13-01-97.pdf \(isciii.es\)](http://1699-695X-albacete-13-01-97.pdf)
- Médica Santa Carmen. (2024). *La familia, red de apoyo emocional para el paciente renal*. <https://medicasantacarmen.com/blog/la-familia-red-de-apoyo-emocional-para-el-paciente-renal/#:~:text=La%20familia%20juega%20un%20papel,a%20pesar%20de%20su%20enfermedad.>
- Mendoza, P. (2000). Los grados académicos: surgimiento y evolución. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(64). https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n4/Los_Grad_Acad.htm#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20Enciclopedia,Litt.

- Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A., Méndez Venegas, J. y Mora Magaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PSICO_VOL11N1_WART6.pdf
- Moreno, M. J.H. y Chauta, R. L.C. (2011). Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Psychol Av. Discip*, 6(1), 155-166. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a13.pdf>
- Naciones Unidas. (12 Enero 2023). *Una población que envejece exige más pensiones y más salud*. <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (30 de marzo de 2023). *Pérdida de audición relacionada con la edad (presbiacusia)*. [Pérdida de audición relacionada con la edad | NIDCD \(nih.gov\)](https://www.nidcd.nih.gov/health/loss-of-hearing/age-related-hearing-loss)
- Navarrete Llamuca, A. E. y Taipe Berronez, A. A. (2023). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con discapacidad física. *Salud ConCiencia*, 2(2), 1-16. <https://saludconciencia.com.ar/index.php/scc/article/view/14/11>
- Nodo universitario de la universidad de Guanajuato (2022). Clase digital 9. APGAR familiar y FACES. [Clase digital 9. APGAR familiar y FACES - Recursos Educativos Abiertos \(ugto.mx\)](https://www.uqto.mx/recursos-educativos-abiertos/clase-digital-9-apgar-familiar-y-faces)
- Organización Mundial de la Salud. (01 octubre del 2022). *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de marzo 2023). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. [La salud mental y los adultos mayores \(who.int\)](https://www.who.int/es/mental-health/older-adults)

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Ceguera y discapacidad visual*. [Ceguera y discapacidad visual \(who.int\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment)

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Enfermedad crónica del riñón*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-cronica-rinon>

Parada Muños, K. R., Guapizaca Juca, J. F. y Bueno Pacheco, G. A. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9 (2), 77-93. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2631-27862022000200077&script=sci_arttext

Polit, D. P. y Tatano Beck, C. (2018). *Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. Wolters Kluwer.

Prada-Pérez, C., Carreño Moreno, S. y Arias-Rojas, M. (2022). Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores de personas en hemodiálisis y diálisis peritoneal. *Index Enfermería*, 30(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200004

Prada, D. R. y Real, M. N. (2022). Dinámica Familiar De Diez Pacientes De La Tercera Edad Diagnosticados Con Hipertensión Arterial, Quienes Han Generado Abandono Al Tratamiento De su Patología. *Revista* <http://univida.fup.edu.co/repositorio/files/original/5434a6a170cbce3bd7996c808ae8c654.pdf>

Procuraduría Federal de la Defensa de Trabajo. (13 de junio de 2018). *La seguridad social y sus beneficios*. <https://www.gob.mx/profedet/es/articulos/seguridad-social?idiom=es>

Raden Siti, M. (2023). Descripción de la Carga de Cuidado de una familia con un anciano en riesgo de demencia. *Enfermería Global*, (69), 426-436. [Descripción de la Carga de](#)

[Cuidado de una familia con un anciano en riesgo de demencia | Enfermería Global \(um.es\)](#)

Real Academia Española. (s.f.). Tratamiento médico. *En diccionario panhispánico del español jurídico*. Recuperado en 15 de septiembre de 2024, de <https://dpej.rae.es/lema/tratamiento-médico>

Reyes Narváez, S. E. y Oyola Canto, M. S. (2022). Funcionalidad familiar y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Comuni@cción: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 13 (2), 127-137)- <http://www.scielo.org.pe/pdf/comunica/v13n2/2219-7168-comunica-13-02-127.pdf>

Rodríguez Ávila, N. (2018). Envejecimiento: Salud y sociedad. *Horizonte Sanatorio*, 17(2). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087#:~:text=La%20edad%20es%20un%20concepto,aparición%20de%20enfermedades%20o%20discapacidades.

Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, A., Clavería, A. y Grupo Zarit. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadores informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Revista Atención Primaria*, 49(3), 156-165. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875977/pdf/main.pdf>

Rogero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19 (1) https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010#:~:text=El%20cuidado%20familiar%20también%20tiene,autocuidado%20debido%20a%20esta%20actividad.

- Rojas Álvarez, A. K., Monsalve Meléndez, L. P. y Ortega Álvarez, L. A. (2022). Nivel de Sobrecarga en cuidadores informales de personas mayores dependientes en un municipio de Córdoba Colombia. *Universidad de Córdoba*, 1-83 [Nivel de sobrecarga en cuidadores informales de personas mayores dependientes en un municipio de Córdoba - Colombia \(unicordoba.edu.co\)](#)
- Salazar-Barajas, M. E., Garza-Sarmiento, E.G., García-Rodríguez, S. N., Juárez-Vázquez, P.Y., Herrera-Herrera, J. L., Duran-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 16 (4), 362-373. [Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional \(redalyc.org\)](#)
- Sánchez Ramírez, I. P. y Silva Espín, E. S. (2024). Factores asociados a sobrecarga emocional en cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos en etapa terminal: una revisión de literatura. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9541012>
- Secretaria de Inclusión y Bienestar Social del Gobierno de la Ciudad de México (2023). *Quienes son las Personas Mayores*. <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
- Stackfleth, R., Aleixo Diniz, M., Silva Fhon, J. R., Ramos Pereira Vendruscolo, T., Fabrício-Whebe, S. C. C., Marques, S. y Partezani Rodriguez, R. A. (2012). Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paulista de Enfermería*, 25(5). <https://www.scielo.br/j/ape/a/tQhTShMvjrMkTBHg8wBJwB/?lang=pt>
- Suarez Cuba, M. A. y Alcalá Espinoza, M. (2014). APGAR Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20 (1), 73-87. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010

- Tartaglino, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D., Nuñez, M. L. y Somale, V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *ELSEVIER*, 12 (1). pp. 27-35. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-escala-sobrecarga-del-cuidador-zarit-S1853002819300862>
- Tinoco-Camarena, J. M., Hidalgo-Blanco, M. A., Daifuku-Sansano, N., Lluch, M. T., Raigall-Aran, L. y Puig-Llobet, M. (2022). Intervenciones enfermeras para disminuir la sobrecarga de cuidadores informales. *Enfermería Global*, 68 (21), 575-586. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000400018
- Torres-Avendaño, B., Agudelo-Cifuentes, M. C., Pulgarin-Torres, A. M. y Berbesi-Fernandez, D. Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Universidad y Salud*, 20 (3), 261-269. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.130>
- Varela, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33 (2). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001#:~:text=Cabe%20se%20que%20la%20Organizaci%C3%B3n,de%20a%20los%20\(4\).](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001#:~:text=Cabe%20se%20que%20la%20Organizaci%C3%B3n,de%20a%20los%20(4).)
- Velázquez-Moreno, E., González-Velázquez, M.S., Peña-León, B. y Soria-Flores, A. (2019). Calidad de las intervenciones educativas dirigidas al cuidador primario. Una revisión integradora. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 27(4), 223-229. <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelinstitutoMexicanodelSeguroSocial/2019/vol27/no4/6.pdf>
- Venturiello, M. P. (2014). Los adultos con discapacidad motriz y sus familiares: la organización del hogar, los afectos y el trabajo. *Revista Española de Discapacidad*, 2 (2), 103- 120.

[Los adultos con discapacidad motriz y sus familiares: la organización del hogar, los afectos y el trabajo. - Dialnet \(unirioja.es\)](#)

XII. Anexos

Anexo. 1. Escala de Zarit

Instrucciones.

A continuación se presenta una lista de preguntas, en las cuales se refleja cómo se sienten a veces las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada pregunta, debe indicar con una **X** con qué frecuencia se siente usted así: (nunca, rara vez, alguna vez, bastantes veces y casi siempre). A la hora de responder piense que no existen respuestas correctas o respuestas incorrectas, si no sólo su experiencia.

1 = nunca 2 = rara vez 3 = algunas veces 4 = bastantes veces 5 = casi siempre

No	Preguntas	1	2	3	4	5
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿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 usted 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 cuando 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 de poder dejar el cuidado de su familia a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familia?					
20	¿Piensa que deberías hacer más por tu familia?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familia?					
22	Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a la familia?					

Anexo. 2. Instrumento de Apgar familiar

Intruccionnes.

A continuación se presenta una lista de preguntas, en las cuales se refleja cómo percibe el apoyo de su familia. Después de leer cada pregunta, debe indicar con una **X** con qué frecuencia usted se siente así: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre. A la hora de responder las preguntas piense que no existen respuestas correctas o respuestas incorrectas, sólo su experiencia.

0 = nunca 1 = casi nunca 2 = a veces 3 = casi siempre 4 = siempre

Preguntas	0	1	2	3	4
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios de la casa, el dinero.					

Anexo. 3. Dictamen de aprobación por el comité de ética en investigación



Morelia, Michoacán a 8 de agosto del 2023


C. Daniel Sánchez González
Lic. en Enfermería
Facultad de Enfermería
P r e s e n t e

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo titulado *Sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor y su relación con el funcionamiento familiar* y acordó **APROBARLO** con el dictamen **CEI/FacEnf/002/POSG2023**, Por lo que puede realizar lo conducente.

También se le informa que este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario se requerirá solicitar la reaprobación de este Comité al término de la vigencia de éste.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente


Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Presidente del Comité de ética en investigación



Anexo. 4. Dictamen de aprobación por el comité en investigación



Morelia, Michoacán, a 14 de enero de 2024

Asunto: dictamen 2 Comité de Investigación

L.E. Daniel Sánchez González

Estudiante del Programa de Maestría en Enfermería

Facultad de Enfermería

Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento que el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha realizado la revisión de su protocolo con folio SA-003-2023 titulado *Sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su relación con su funcionamiento familiar* y acordó que está **Aprobado** con el dictamen CI/FacEnf/003-PG/2023 por lo que puede realizar lo conducente.

También se le informa que este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario se requerirá solicitar la reaprobación de este Comité al término de la vigencia establecida.

Cabe señalar que el registro del Comité de Investigación ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) se encuentra en trámite.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz
Presidenta del Comité de Investigación

C.c.p. Archivo del Comité de Investigación.

XIII. Apéndices

Apéndice 1. Operacionalización de la variable Sobrecarga

Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición / indicadores	Estadístico
Independiente Cualitativa Ordinal	Torres-Avendaño, et al (2018) define sobrecarga del cuidador como “un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades de ocio, relaciones sociales, libertad y equilibrio mental; es el grado en el cual el cuidador percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos de su vida como en la salud mental y física, la interacción social y su economía”.	La Sobrecarga del cuidador informal de un adulto mayor se medirá con la Escala de Zarit	Sobrecarga en la relación	ítems 1, 8, 11, 14, 18 y 20	<i>f, %</i>
			Bienestar emocional	ítems 2, 4, 5, 9, 10, 21 y 22	
			Vida social y familiar	ítems 3, 6, 12 y 13	
			Finanzas	ítem 15	
			Pérdida de control sobre la propia vida	ítems 7, 16, 17 y 19	

Apéndice 2. Operacionalización de la variable Funcionamiento Familiar

Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición / indicadores	Estadístico
Dependiente	Reyes S. E. y Oyola M. S. (2022) lo definen como “el conjunto de interacciones entre los miembros del grupo familiar que permiten enfrentar las diferentes crisis que se originan en el hogar”	El funcionamiento Familiar se medirá con el APGAR Familiar.	Adaptación	Ítem 1	<i>f</i> , %
			Participación	Ítem 2	
			Gradiente de recurso personal	Ítem 3	
			Afecto	Ítem 4	
			Recursos	Ítem 5	

Apéndice 3. Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Estadístico
Edad	-Cuantitativa - Discreta - Intervalo	Rodríguez (2018) la considera como “condición que implica cambios continuos en las personas, pero a la vez supone formas de acceder o perdida de derecho a recursos, así como la aparición de enfermedades o discapacidades”.	Tiempo que ha vivido una persona después de su nacimiento.	Número de años cumplidos	Media (DE) $\bar{x} (\pm)$
Género	- Cualitativo - Nominal	Cirici (2023) lo define como “aquello que viene determinado genéticamente por los cromosomas y que configura la anatomía de las personas y sus funciones en la reproducción. Mayoritariamente hay dos sexos: mujer y hombre, pero también se dan casos de personas intersexuales que tienen características mixtas”.	Consideración personal de una persona para sentirse hombre-mujer u algún otro.	1. Mujer 2. Hombre 3.Otro	$f, \%$
Estado civil	-Cualitativa -Nominal	Fernández (2023) menciona que es “conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, derivadas de acontecimientos, atributos o situaciones, tales como el	Situación en la que ubica socialmente a una persona: soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo u otro.	1.Soltero 2. Casado 3.Union Libre 4. Divorciado 5. Viudo 6. Otro	$f, \%$

		nacimiento, el nombre la filiación, la adopción, la emancipación, el matrimonio, el divorcio y el fallecimiento, que en suma contribuyen a conformar su identidad”.			
Grado académico	-Cualitativa -Categórica -Ordinal	Enciclopedia Encarta (como se citó en Mendoza, 2000) lo define como “un título otorgado por un colegio o universidad, usualmente significando que se ha completado un curso establecido de estudios”.	Máximo nivel educativo que es obtenido en una escuela	1.Prescolar 2.Primaria 3.Secundaria 4.Preparatoria 5. Sin estudio 6.Otro	f, %
Religión	-Cualitativa -Nominal -Politómica	Donaires (2023) lo define como “creencia de un bien superior a la bienaventuranza humana, creencia de un poder superior (existencia de un Dios), la vida trasciende más haya, existe una vida después de la muerte”.	Decisión personal de cada individuo sobre sus propias creencias.	1.Catolico 2. Cristiano 3.Testigo de Jehová 4. Ateo 5. Otro	f, %
Ocupación	-Cualitativa -Categórica -Nominal	Álvarez, <i>et al.</i> (2021) lo define como “aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura”.	Actividad que implica esfuerzo, tiempo y puede o no se remunerado.	1.Ama de casa 2.Trabajador 3.Otro	f, %
Familia	-Cuantitativo -Discreta -Nominal	Guzmán (2017) lo define como “una institución y/o grupo de personas con lazos consanguíneos o no, que viven bajo un mismo techo”.	Total, número de hermanas (o) de una familia.	1 2 3 4 5 6.mas de 5	f, %

Seguridad social	<ul style="list-style-type: none"> - Cualitativo - Dicotómico - Nominal 	<p>Procuraduría Federal de la Defensa de Trabajo (2018) define como la “protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijas e hijos”.</p>	Estar o no estar afiliación alguna institución de salud.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<i>f, %</i>
Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> -Cualitativa -Dicotómica -Nominal 	<p>Instituto Nacional del Cáncer (s.f.) la define como “ayuda psicológica, física y financiera que proveen familiares, amigos, vecinos y miembros de la comunidad en momentos de necesidad”.</p>	Apoyo económico otorgado por algún programa social en México.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<i>f, %</i>
Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Cualitativa -Politómica -Nominal 	<p>OMS (como se citó en Herrero, 2016) la define como “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.</p>	Afección de salud presente de salud tal como: demencia, enfermedad renal crónica y afecciones comunes asociadas con el envejecimiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad renal crónica 2. Demencia 3. Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento 	<i>f, %</i>

				(visuales, físicas, motriz)	
Tratamiento médico	-Cualitativa -Dicotómica -Nominal	Diccionario panhispánico del español jurídico (2023) lo define como “ el conjunto planificado de medios que objetivamente se requiere como un plan terapéutico para curar o aliviar una lesión”.	Tratamiento médico con finalidad terapéutica, curativa o rehabilitación.	1. Si 2. No	<i>f</i> , %

Apéndice 4. Cédula de colecta de datos para el adulto mayor



Datos sociodemográficos



Instrucciones. Conteste lo que a continuación se le solicite en cada una de las preguntas.

Folio__

1) Edad_____ años.

2) Genero

- () Mujer
- () Hombre
- () Prefiero no decirlo

3) Estado civil

- () Soltera (o)
- () Casada (o)
- () Unión libre
- () Divorciada (o)
- () Viuda (o)
- () Otro

4) Enfermedad que padece (puede elegir varias opciones)

- () Enfermedad renal crónica
- () Demencia
- () Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento (visuales, físicas, motriz)

5) Tiempo que tiene con la afección o enfermedad_____

6) Recibe tratamiento para su enfermedad

- () Si
- () No
- () No aplica

7) Con quien vive

- () Hijas (o)
- () Nuera o yerno
- () Solo en casa propia
- () Otro

8) Recibe algún tipo de apoyo social

- () Si
- () No

Si su respuesta es SI especifique cual _____

9) Tiene algún tipo de seguridad social

- () Si
- () No

10) Si su respuesta es SI especifique cual _____

Apéndice 5. Cédula de colecta de datos para el cuidador primario



Datos sociodemográficos



Instrucciones. Conteste lo que a continuación se le solicite en cada una de las preguntas.

Folio__

1) Edad _____ años.

2) Género

- Mujer
 Hombre
 No prefiero decirlo

3) Estado civil

- Soltera (o)
 Casada (o)
 Unión libre
 Divorciada (o)
 Viuda (o)
 Otro

4) Ocupación

- Empleada
 Desempleada (o)

5) Religión

- Católico
 Cristiano
 Testigo de Jehová
 Ateo
 Otro

6) Grado académico

- Sin estudio
 Prescolar
 Primaria
 Secundaria
 Preparatoria
 Universidad

7) Parentesco con el paciente al cuidado.

- Hija (o)
 Hermana (o)
 Nuera o yerno
 Esposa (o)
 Otro

8) En caso de ser hija (o) que número ocupa.

- 1
 2
 3
 4

9) Tiempo que ha cuidado a su familiar _____

Apéndice 6. Consentimiento informado de la Escala de Zarit



Mi nombre es **Daniel Sánchez González** soy maestrante en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, actualmente estoy realizando investigación sobre el tema de *“Sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su relación con su funcionamiento familiar”*, tiene por objetivo *“analizar la relación del nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su funcionamiento familiar”*. Por lo que se le hace una cordial invitación para participar en el estudio, si usted acepta, se solicitará que responda una encuesta que lleva por nombre **“Escala de Zarit”**; es un cuestionario que es utilizado en investigaciones médicas para medir el nivel de carga en cuidadores. Por ende, requerimos su autorización plasmada en este documento que lleva por nombre **“consentimiento informado”**; para posteriormente continuar con la recolección de datos.

El cuestionario consta de varias preguntas con diferente opción de respuesta, es necesario conteste con la mayor honestidad posible, la participación en el estudio es de manera voluntaria, no recibirá ningún tipo de bonificación o remuneración. La información que nos proporcione será confidencial y de uso exclusivo para la investigación. En caso de tener alguna duda sobre el proyecto de investigación puede preguntar libremente al investigador, escribir al correo electrónico daniel.sanchez.gonzalez@umich.mx o llamar a la Facultad de Enfermería +52 (443) 313 92 74 o 317 52 55 extensión 16 de 9:00 a 18:00.

Si acepta participar se le pedirá que firme el documento. De antemano le agradezco infinitamente por su tiempo, su disposición por participar y ser parte de esta investigación, Gracias.

Nombre y firma del participante

Apéndice 7. Consentimiento informado del instrumento APGAR familiar



Mi nombre es **Daniel Sánchez González** soy maestrante en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, actualmente estoy realizando investigación sobre el tema de “*Sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su relación con su funcionamiento familiar*”, tiene por objetivo “*analizar la relación del nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su funcionamiento familiar*”. Por lo que se le hace la cordial invitación para participar en el estudio, si usted acepta se solicitará que responda una encuesta que lleva por nombre “**APGAR familiar**”; es un cuestionario que es utilizado en investigaciones médicas para medir el funcionamiento familiar percibido. Por ende, requerimos su autorización plasmada en este documento que lleva por nombre “**consentimiento informado**”; para posteriormente continuar con la recolección de datos.

El cuestionario consta de varias preguntas con diferente opción de respuesta, es necesario conteste con la mayor honestidad posible, la participación en el estudio es de manera voluntaria, no recibirá ningún tipo de bonificación o remuneración. La información que nos proporcione será confidencial y de uso exclusivo para la investigación. En caso de tener alguna duda sobre el proyecto de investigación puede preguntar libremente al investigador, escribir al correo electrónico daniel.sanchez.gonzalez@umich.mx o llamar a la Facultad de Enfermería +52 (443) 313 92 74 o 317 52 55 extensión 16 de 9:00 a 18:00.

Si acepta participar se pedirá que firme el documento. De antemano le agradezco infinitamente por su tiempo, su disposición por participar y ser parte de esta investigación, Gracias.

Nombre y firma del participante



Identificación de reporte de similitud: oid:3117:389546506

NOMBRE DEL TRABAJO

Sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su relación con su funcionamiento familiar

AUTOR

Daniel Sánchez González

RECUENTO DE PALABRAS

23287 Words

RECUENTO DE CARACTERES

126828 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

105 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.1MB

FECHA DE ENTREGA

Oct 7, 2024 9:27 AM CST

FECHA DEL INFORME

Oct 7, 2024 9:29 AM CST**● 41% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 41% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de trabajos entregados
- 22% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Enfermería	
Título del trabajo	Sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor y su relación con su funcionamiento familiar	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	L.E. Daniel Sánchez González	daniel.sanchez.gonzalez@umich.mx
Director	Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga	maria.lozano@umich.mx
Codirector	Dra. Ma. De Jesús Ruiz Recéndiz	madejesus.ruiz@umich.mx
Coordinador del programa	Dra. Marbella Damián Gómez	marbella.damian@umich.mx

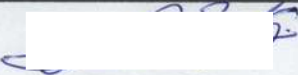
Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Si	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	Si	
Traducción a otra lengua	Si	
Revisión y corrección de estilo	Si	
Análisis de datos	Si	
Búsqueda y organización de información	Si	
Formateo de las referencias bibliográficas	Si	
Generación de contenido multimedia	Si	
Otro	Si	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	 L.E. Daniel Sánchez González
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán a 04 de Octubre del 2024