

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

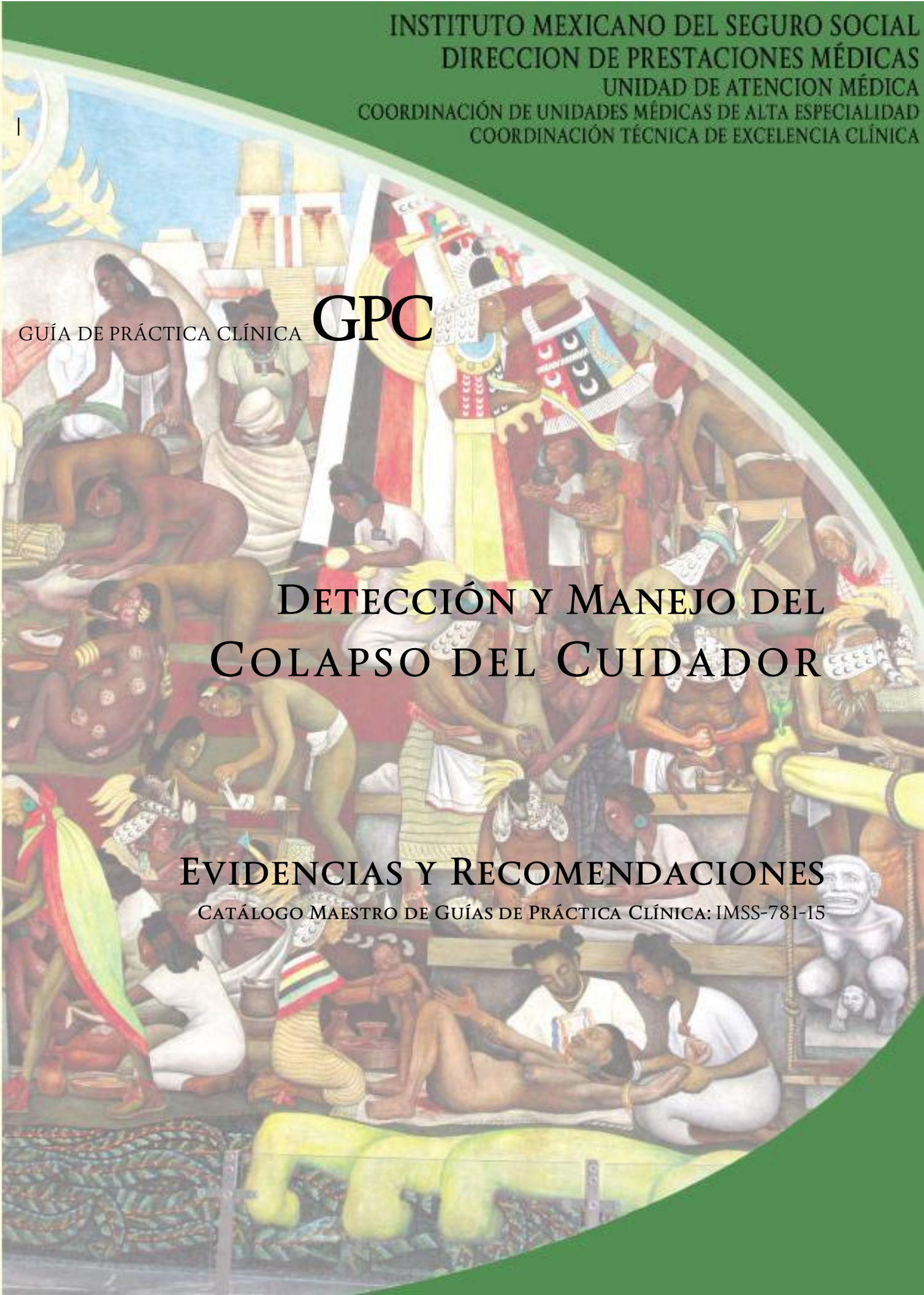
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

# DETECCIÓN Y MANEJO DEL COLAPSO DEL CUIDADOR

## EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-781-15





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA**

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO**

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA**

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

**DR. RAFAEL RODRÍGUEZ CABRERA**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

**MTRO. DANIEL SAUL BROID KRAUZE**

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

**DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO**

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI**

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

**DR. MARIO MADRAZO NAVARRO**

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. SALVADOR CASARES QUERALT**

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

**MTRA. LISA RAMÓN VAN HEEST**

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

**DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

**DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO**

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ**

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. MANUEL DÍAZ VEGA**

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social  
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. El personal de salud que participó en su integración han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Detección y Manejo del Colapso del Cuidador**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; **2 de diciembre de 2015**

Esta guía puede ser descargada de internet en:  
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>



# CIE- 10: Z63.9 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO

## GPC: DETECCIÓN Y MANEJO DEL COLAPSO DEL CUIDADOR

### COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES

#### COORDINADORES:

Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	Coordinador de Programas Médicos, Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Dirección de Prestaciones Médicas.	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.
---------------------------------	------------------------------	------	--	---

#### AUTORES:

Dra. Nubia Franco Álvarez	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	UMAE “Adolfo Ruiz Cortines” Hospital de Especialidades. Veracruz, Veracruz	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.
Dr. Antonio Kobayashi Gutiérrez	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	UMAE Centro Médico Nacional de Occidente Hospital de Especialidades. Guadalajara, Jalisco	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.
Dra. Emma Peschard Saenz	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	UMAE Centro Médico Nacional de Noreste. Hospital de Especialidades. Monterrey, Nuevo León	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.
Dr. Gerardo Troncoso Galicia	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	Hospital General de Zona No. 1. Zacatecas, Zacatecas	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.
Dra. Yessica María Cantú Cantú	Medicina Familiar	IMSS	Unidad de Medicina Familiar No. 68. Guadalupe, Nuevo León.	Sociedad de Residentes y Especialistas en Medicina familiar
Lic. Erandi Mejía Bravo	Licenciada en Trabajo Social	IMSS	UMAE Centro Médico Nacional “Gral. Manuel Ávila Camacho”. Hospital de Traumatología y Ortopedia. Puebla, Puebla	
Lic. Esther Tavera Palacios	Licenciada en Trabajo Social	IMSS	Coordinación de Trabajo Social. Jefatura de Prestaciones Médicas. Delegación Distrito Federal Norte.	Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátría AC.
Lic. Mayra Norma Jiménez Ramírez	Licenciada en Psicología/ Trabajo Social	IMSS	Unidad de Medicina Familiar No. 37. Delegación Distrito Federal Norte	
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	Coordinador de Programas Médicos, Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Dirección de Prestaciones Médicas.	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.

#### VALIDADORES:

Dr. Jesús Avilio Martínez	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	UMAE HE No. 71, Hospital de Especialidades. Torreón Coahuila.	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.
Lic. Jhoana Janet Cruz Martínez Beltrán	Licenciada en Trabajo Social	IMSS	UMAE “Adolfo Ruiz Cortines” Hospital de Especialidades. Veracruz, Veracruz	

# ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Clasificación.....</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Preguntas a Responder .....</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Aspectos Generales .....</b>	<b>8</b>
3.1	Justificación.....	8
3.2	Objetivo .....	10
3.3	Definición .....	11
<b>4.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones .....</b>	<b>12</b>
4.1	Factores de Riesgo para Colapso de Cuidador.....	13
4.2	Detección de Colapso del Cuidador.....	16
4.3	Repercusiones Médicas y Psicosociales en el Cuidador Colapsado .....	17
4.4	Repercusiones en el Paciente con un Cuidador Colapsado .....	20
4.5	Tratamiento Médico del Cuidador Colapsado .....	21
4.6.	Intervenciones Psicológicas y de Enfermería de apoyo al cuidador .....	22
4.7.	Intervenciones de Trabajo Social .....	26
<b>5.</b>	<b>Anexos .....</b>	<b>31</b>
5.1	Protocolo de Búsqueda.....	31
5.1.1	<i>Estrategia de búsqueda.....</i>	<i>32</i>
5.1.1.1	Primera Etapa .....	32
5.1.1.2	Segunda Etapa.....	33
5.1.1.3	Tercera Etapa .....	33
5.2	Escalas de Gradación.....	34
5.3	Escalas de Clasificación Clínica .....	35
5.4	Diagramas de Flujo .....	46
5.5	Listado de Recursos.....	48
5.5.1	<i>Tabla de Medicamentos.....</i>	<i>48</i>
5.5.2	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica ....	49
<b>6</b>	<b>Glosario.....</b>	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>Agradecimientos.....</b>	<b>57</b>
<b>9</b>	<b>Comité Académico .....</b>	<b>58</b>

# 1. CLASIFICACIÓN

## CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-781-15

<b>Profesionales de la salud</b>	1.19. Geriatria, 1.25. Medicina Interna, 4.14. Medico familiares, 4.32. Trabajo Social, 4.27. Psicología
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10: Z63.9 Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo
<b>Categoría de GPC</b>	Niveles de atención de la enfermedad: 3.1.1. Primario, 3.1.2. Secundario, 3.1.3. Terciario 3.4. Diagnóstico y tamizaje, 3.6. Tratamiento.
<b>Usuarios potenciales</b>	4.5. Enfermeras generales, 4.6. Enfermeras Especialistas, 4.7. Estudiantes, 4.12. Médicos Especialistas, 4.13. Médicos Generales, 4.14. Médicos Familiares, 4.27. Psicólogos/profesionales de la conducta no médicos, 4.32. Trabajadores Sociales.
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	6.6. Dependencia del Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Población blanco</b>	7.5. Adultos de 19 a 44 años, 7.6. Mediana edad de 45 a 64 años, 7.7. Adultos mayores 65 a 79 años y 7.8. Adultos Mayores de 80 y más años. 7.9. Hombre, 7.10. Mujer.
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	8.1. Gobierno Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social.
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	CIE-9MC: 89.0 Entrevista, consulta y evaluación diagnóstica. 89.03 Entrevista y evaluación descrita como global. 89.39 Otras mediciones y exámenes no quirúrgicos.
<b>Impacto esperado en salud</b>	Mejoría en la satisfacción del usuario y su familiar. Optimizar el uso de recursos físicos y humanos en este padecimiento.
<b>Metodología</b>	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
<b>Método de integración</b>	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 56 Guías seleccionadas: 2 Revisiones sistemáticas: 4 Ensayos clínicos aleatorizados: 1 Estudios observacionales: 16 Otras fuentes seleccionadas: 33
<b>Método de validación</b>	<b>Validación por pares clínicos</b> Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social. Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social.
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro</b>	IMSS-781-15
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación de la actualización: 2 de diciembre de 2015. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1ª, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo que pueden provocar un colapso del cuidador?
2. ¿Cuáles son los instrumentos útiles para la detección del cuidador colapsado?
3. ¿Cuáles son las estrategias de intervención médica para los cuidadores colapsados?
4. ¿Cuáles son las estrategias de intervención psico-social para los cuidadores colapsados?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 Justificación

Dentro de los principales retos del envejecimiento se encuentra el incremento de la población que desarrollará discapacidad y dependencia. Actualmente el 47.8% de los adultos mayores mexicanos padece algún tipo de discapacidad y sufre las consecuencias de las enfermedades crónicas acumuladas, además, el avance en la transición demográfica y la carencia de apoyo formal, provocará que eventualmente se requiera más del apoyo de cuidadores informales. En este sentido, sin el entrenamiento y las técnicas adecuadas, estas personas, por lo regular familiares, llegarán al agotamiento, cansancio o colapso del cuidador. En Estados Unidos se ha encontrado que hasta el 32% de los cuidadores, presentan un alto grado de colapso, mientras que el 19% presentan colapso moderado (NAC, 2009). Dentro de las principales consecuencias del colapso del cuidador se encuentra el deterioro de su propia salud y a su vez de la salud del paciente cuidado.

El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino. El perfil del cuidador es predominantemente femenino (66%) con un promedio de edad de 48 años (además de problemas propios de esta edad como climaterio, problemas de pareja, hijos adolescentes, otros) e incluso una tercera parte de ellas se encargan del cuidado de dos o más personas y hasta un 30% son cuidadores mayores de 65 años (Wright JF, 2009). No se puede establecer una cifra exacta del gasto no compensado de los cuidados informales, aunque hay estimaciones que llega a ser de 306 mil millones de dólares solo en los Estados Unidos (Honea NJ, 2008).

Aunado a lo anterior, los pacientes cuidados y dependientes, tienen determinadas condiciones como la edad avanzada, problemas neurológicos, cáncer o demencia (Pereda C, 1995) que al combinarse con factores del cuidador como poco apoyo socio-familiar, bajos recursos económicos, capacidad de afrontamiento, sentimientos de autoeficacia, etnicidad (Dunkin J, 1998), el grado de dependencia del paciente y a la temporalidad de los cuidados proporcionados (Adelman R, 2014), resultan en el cansancio del rol de cuidador o colapso.

En este sentido, los cuidadores asisten al enfermo en una o más actividades básicas (comer, ir al baño, vestirse, continencia, aseo y traslados), así como en cuatro a cinco actividades instrumentadas en promedio, además de soporte médico como: administración de medicamentos, curaciones, nutrición y recursos, traslado a citas médicas, toma de decisiones, movilización, rehabilitación, entre muchas otras actividades, al mismo tiempo, brindan apoyo emocional y confort que demandan los pacientes (Adelman R, 2014). Para poder proveer este cuidado el promedio de tiempo que invierten es de 10.9 horas al día (Zambrano-Dominguez EM, 2012), por consiguiente, los cuidadores requieren modificar sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral (Bevans M, 2012), llevando a un círculo vicioso en la dinámica entre el cuidador y el cuidado en un aspecto negativo.



Por lo anterior, cuando se trata a una persona dependiente o con discapacidad, hay que tomar en cuenta que nos enfrentamos a dos pacientes, el paciente real y el paciente invisible (cuidador), quien se encuentra afectado con frecuencia, en distintas esferas de la vida: biológica, psicológica, social y financiera, sufriendo día a día de ansiedad, depresión, privación de sueño, pérdida de peso, aislamiento social y diversas enfermedades, permaneciendo en silencio y a la sombra de aquél a quien cuida. Cobra la misma importancia el identificar y tratar al paciente real como al invisible, ya que de no hacer esto tendremos dos pacientes con desenlaces adversos y una pésima calidad de vida. Es por ello que esta guía otorga las herramientas necesarias al personal de salud para la identificación oportuna e intervenciones dirigidas para minimizar el impacto en la salud del cuidador.

Asimismo, se debe reconocer la importancia del rol que adquieren los cuidadores informales en el bienestar y cuidado de la persona dependiente. La obtención de información sobre el cuidador es un proceso que debe realizarse de manera rutinaria en búsqueda de sus necesidades, fortalezas y debilidades así como datos de colapso, también se requiere identificar de manera integral los factores del riesgo para colapso, las manifestaciones del mismo así como las repercusiones médicas, psicológicas y sociales de la sobrecarga a manera de mejorar la calidad de vida a través de intervenciones médicas y sociales al cuidador.

Ante esta situación, surge la necesidad de anticiparse a la expectativa de crecimiento de la población dependiente y darle la importancia necesaria a este padecimiento poco reconocido, llegando más allá del discurso y obligando a implementar estrategias de detección e intervención que reduzcan la carga de los cuidados, motivo por el cual se decidió realizar la siguiente guía de práctica clínica con el fin de mejorar, en la medida de lo posible, la calidad de vida de estos enfermos en segundo plano que no se toman en cuenta.

## 3.2 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Detección y Manejo del Colapso del Cuidador** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo y tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Detectar y manejar a los cuidadores con colapso derivado del otorgamiento de cuidados crónicos.
- Identificar los factores de riesgo que pueden provocar un colapso de cuidador.
- Conocer la utilización del instrumento para la detección del cuidador con colapso.
- Establecer estrategias de intervenciones médicas y sociales para los cuidadores con colapso.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 Definición

Se define como colapso de cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica (*Kim H*, 2012). También se describe como el grado en el que los cuidadores perciben que el cuidado que otorgan tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero (*Zarit SH*, 1980). Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías pre-existentes y fatiga.

Se considera un síndrome geriátrico dada la alta prevalencia de discapacidad y dependencia en el adulto mayor, así como el impacto que tiene el colapso en el análisis biopsicosocial de la enfermedad. Cuando el cuidado es inadecuado, los problemas del adulto mayor en hospitalización, con enfermedades agudas, inmovilidad, depresión, u otros, se tornan de difícil manejo (*Mendoza ML*, 2000).

Los términos cansancio, sobrecarga y colapso de cuidador se utilizan de manera indistinta, sin embargo para propósito de esta guía utilizaremos el término colapso de cuidador.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: **NICE**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

**Evidencia**




**Recomendación**



**Punto de buena práctica**



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del/la primer(a) autor(a) y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:






EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<b>la Shekelle</b> <i>Matheson S, 2007</i>

## 4.1 Factores de Riesgo para Colapso de Cuidador

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Cómo y porqué una persona se convierte en cuidador, tiene su origen principalmente en la relación que se comparte con el ser querido a quienes cuidan. Para algunos fue una opción, para otros una posición predeterminada. La mayoría coincide que es un acto de amor, a pesar de que es algo que los cuidadores nunca imaginaron tener que cumplir.</p>
	<p>Se recomienda evaluar los diversos componentes del entorno y los factores de riesgo para colapso del cuidador, estos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores relacionados con el cuidador.</li> <li>• Factores relacionados con la persona cuidada.</li> <li>• Apoyo social recibido.</li> </ul> <p>(Ver Anexo 5.3, Figura 1).</p>
	<p>Los factores de riesgo relacionados con el cuidador que se deben evaluar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo femenino y diversos roles familiares y laborales.</li> <li>• Grado de conocimiento que posee para cuidar.</li> <li>• Economía de la familia.</li> <li>• Estado de salud del cuidador.</li> <li>• El tiempo que dedica a cuidar.</li> <li>• La posibilidad de descanso y relación con la persona cuidada.</li> </ul>
	<p>En la mayoría de los casos, los cuidadores son <b>mujeres</b>, debido a la asignación tradicional de tareas la cual se realiza desde una perspectiva de género, fundamentado en estructuras sociales que se basan en la división sexual del trabajo.</p> <p>Las mujeres del núcleo familiar, son madres, cónyuges, hijas o hermanas, y además brindan apoyo informal en casos de enfermedades, discapacidad y accidentes. Esta diversidad de roles predispone a colapso.</p>
	<p>Otros factores predisponente para colapso son la <b>falta de capacitación</b>, formación en los cuidados básicos y/o de los procesos patológicos de las personas que cuidan. Esto repercute en la provisión adecuada de cuidados de calidad.</p>






	Se observa que a mayor tiempo de cuidado, el cuidador busca capacitación formal con la finalidad de brindar atención de calidad.	<b>2+ NICE</b> Zambrano-Dominguez EM, 2012
	La <b>economía familiar</b> que no satisface las necesidades básicas del grupo primario, predispone a colapso del cuidador de una manera temprana debido a que se tiene que erogar los nuevos gastos que demandan las enfermedades. Sin recursos comunitarios que simplifiquen la vida de los enfermos y sus cuidadores, el colapso se ve favorecido.	<b>2+ NICE</b> Loureiro L de S, 2013
	Las <b>enfermedades crónicas e invalidantes</b> , requieren grandes cambios en la vida personal, incluso, reorganizar las actividades y encontrar el tiempo para ayudar, lo cual predispone a colapso del cuidador. Algunas enfermedades requieren de mayor vigilancia por cortos periodos o a distancia, por ello, los cambios tienden a ser más drásticos.	<b>3 NICE</b> González-Castro U, 2012
	El <b>tiempo promedio</b> dedicado al cuidado es de 10.9 horas al día, provocando cansancio del cuidador en la mayoría. En este sentido, a mayor dependencia y cronicidad de las enfermedades, se requieren mayor tiempo de cuidado, disminuyendo los <b>tiempos de descanso</b> para el cuidador.	<b>2+ NICE</b> Zambrano-Dominguez EM, 2012
	El antecedente de una <b>mala relación con los padres</b> , que se reencuentra en una nueva etapa con motivo del deterioro y necesidad de cuidado, se asocia a relaciones disfuncionales, generando colapso del cuidador.	<b>4 NICE</b> Palancar-Sanchez A, 2009
	Los factores relacionados con la persona cuidada que se deben evaluar son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de dependencia.</li> <li>• Duración y gravedad de la enfermedad.</li> <li>• Síntomas asociados a discapacidad y comportamiento de la persona cuidada.</li> </ul>	<b>C NICE</b> Venegas-Bustos BV, 2006 Moreno Gaviño L, 2008
	Un problema de salud pública es el <b>alto nivel de dependencia</b> entre los adultos mayores. Casi la mitad de ellos (42.8%), sufren de alguna forma de discapacidad. Cifra semejante al 46%, reportado por la OMS en países de bajos ingresos, lo cual determina que al menos uno de cada tres adultos mayores mexicanos requiere ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. En este sentido, a mayor grado de dependencia, se incrementa la necesidad de vigilancia y supervisión del cuidador, generando colapso.	<b>2++ NICE</b> ENSANUT, 2012


	<p><b>La gravedad de las enfermedades y su duración</b> (demencia, cáncer, deterioro funcional y cuidados al final de la vida), son situaciones que incrementan las necesidades de los cuidados hospitalarios o en domicilio, se relacionan con el colapso del cuidador.</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Adelman R, 2014</i></p>
	<p><b>Los síntomas asociados a discapacidad y comportamiento</b>, han demostrado que aumentan la sobrecarga, sobretodo en pacientes con alteraciones motoras, deterioro cognoscitivo o depresión.</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Benavides O, 2013</i></p>
	<p>Otros factores de riesgo que participan en el desarrollo del colapso del cuidador son derivados de la falta de recursos, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de conocimiento de recursos comunitarios.</li> <li>• Recursos comunitarios inadecuados o insuficientes (unidades de respiro, centros de atención social, recursos recreativos, etc.).</li> <li>• Dificultad para acceder a recursos comunitarios.</li> <li>• Medios o accesos de transporte inadecuados.</li> <li>• Entorno físico inadecuado (acondicionamiento del domicilio, temperatura, espacio, seguridad, etc.).</li> <li>• Traslado a domicilio de algún miembro de la familia con importantes carencias en los cuidados.</li> <li>• Dificultad para acceder al apoyo formal.</li> <li>• Recursos económicos insuficientes.</li> </ul>	<p><b>4 NICE</b> <i>Herdman TH, 2012</i></p>
	<p>Se debe evaluar el grado de <b>apoyo social</b>, debido a que a menor apoyo otorgado por familiares, vecinos, amigos, profesionales sanitarios y sociales, implica mayor tiempo de cuidado, lo cual se asocia a colapso del cuidador.</p>	<p><b>D NICE</b> <i>Coira Fernandez G, 2014</i></p>
	<p>Se recomienda utilizar el Inventario de Recursos Sociales de Díaz-Veiga para establecer el grado de apoyo social y evaluar la necesidad de intervención. (<b>Ver Anexo 5.3, Cuadro 1</b>). A menor puntuación se interpreta como una mala red de apoyo y la necesidad de realizar intervenciones individuales y grupales.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>El Inventario de Recursos Sociales de Díaz-Veiga, incluye elementos <b>estructurales objetivos</b> tales como el tamaño y la frecuencia con las que ven o hablan con sus contactos, así como elementos <b>funcionales subjetivos</b> como el grado de satisfacción con su red de apoyo.</p>	<p><b>4 NICE</b> <i>Barrón A, 1996</i></p>

## 4.2 Detección de Colapso del Cuidador

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>En relación al perfil de la persona cuidadora, las características que predominan y nos hacen sospechar de colapso del cuidador son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo femenino.</li> <li>• Edad promedio de 48 años.</li> <li>• Mujeres casadas.</li> <li>• Desempleadas.</li> <li>• Hijas.</li> <li>• Primaria incompleta.</li> <li>• Sin ninguna capacitación.</li> <li>• Habitar el mismo domicilio que el paciente.</li> </ul>	<p><b>2 + NICE</b></p> <p><i>Zambrano-Dominguez EM, 2012</i></p>
 <p>La sobrecarga produce en el cuidador consecuencias físicas, sociales, psíquicas y económicas e incluso es un factor que incrementa la mortalidad.</p>	<p><b>2+ NICE</b></p> <p><i>Kim H, 2012</i></p>
 <p>Se recomienda evaluar si existen síntomas que nos hagan sospechar de colapso en el cuidador, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad, tristeza o depresión.</li> <li>• Insomnio, miedo o angustia.</li> <li>• Irritabilidad, ira o enojo.</li> <li>• Labilidad emocional.</li> <li>• Aislamiento y soledad.</li> <li>• Cansancio y agotamiento físico.</li> <li>• Sentimiento de culpa.</li> <li>• Salud física deteriorada.</li> </ul>	<p><b>C NICE</b></p> <p><i>Kim H, 2012</i></p>
 <p>Se requiere obtener una medición objetiva y sistemática del grado de cansancio del cuidador, por lo que se recomienda se realice cuestionarios de escrutinio como la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
 <p>Se recomienda aplicar la Escala de Zarit, por el personal de salud al identificar los factores de riesgo o alguno de los síntomas relacionados al colapso del cuidador, (<b>Ver Anexo 5.3, Cuadro 2</b>).</p>	<p><b>C NICE</b></p> <p><i>Kim H, 2012</i></p>
 <p>La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit logra enlazar consistentemente todas las dimensiones (Bio-psico-social). También ha sido validada en diversos idiomas incluyendo el español, tiene sensibilidad de 93% y especificidad del 84%.</p>	<p><b>2+ NICE</b></p> <p><i>Kim H, 2012</i></p>







	<p>La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit identifica la sobrecarga intensa, la cual se asocia a mayor morbi-mortalidad médica, psíquica y social del cuidador, también se relaciona estrechamente con detección de otras patologías principalmente de salud mental (depresión, ansiedad, insomnio, entre otras).</p>	<p><b>2+ NICE</b> Kim H, 2012</p>
	<p>Se recomienda utilizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit porque explora diferentes campos y sirve para enfocar las intervenciones médicas y sociales ulteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos de sobrecarga.</li> <li>• Abandono del autocuidado, tanto en salud como imagen.</li> <li>• La vergüenza ante el comportamiento del enfermo.</li> <li>• Irritabilidad ante la presencia del enfermo.</li> <li>• Miedo de cuidados o el futuro familiar.</li> <li>• Pérdida del rol social.</li> <li>• Asumir los cuidados del familiar.</li> <li>• Sentimientos de culpabilidad.</li> </ul>	<p><b>C NICE</b> Regueiro-Martinez A, 2007 Vélez-Lopera JM, 2012</p>
	<p>Se puede utilizar la <b>escala de sobrecarga del cuidador de Zarit abreviada</b>. Esta, busca disminuir el tiempo de entrevista, optimizando el tiempo tanto del entrevistador como del entrevistado, permitiendo identificar a todos los cuidadores con sobrecarga intensa únicamente con sólo 7 elementos.</p> <p>Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35. Este resultado clasifica al cuidador en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Ausencia de sobrecarga” =&lt;16) y</li> <li>• “Sobrecarga intensa” &gt;=17.</li> </ul> <p>(Ver Anexo 5.3, Cuadro 3).</p>	<p><b>C NICE</b> Breinbauer KH, 2009</p>

### 4.3 Repercusiones Médicas y Psicosociales en el Cuidador Colapsado

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Es frecuente que el cuidador en el proceso de cuidar deje en segundo plano su bienestar y sea vulnerable a tener constantes cambios en su vida, se acentúan en repercusiones médicas, psicológicas y sociales.</p>	<p><b>4 NICE</b> Palancar-Sanchez A, 2009 Mendoza ML, 2000</p>

	Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como psicológicos, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar que los síntomas que presentan pueden relacionarse al hecho de que cuiden a su familiar.	<b>4 NICE</b> <i>Herdman TH, 2012</i>
	La <b>problemática física</b> es muchas veces “ocultada” por los propios cuidadores y tan solo aflora a través de indicadores de salud objetivos.	<b>4 NICE</b> <i>López MJ, 2008</i>
	Se recomienda evaluar los síntomas físicos frecuentes en el cuidador colapsado, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea y cansancio.</li> <li>• Trastornos del sueño.</li> <li>• Problemas osteomusculares que están directamente relacionados con las principales cargas físicas de la situación en la que se encuentran.</li> <li>• Alergias.</li> <li>• Afecciones de la piel.</li> <li>• Lumbalgias.</li> <li>• Trastornos gástricos e intestinales.</li> <li>• Cambios de peso</li> </ul>	<b>D NICE</b> <i>Herdman TH, 2012</i>
	En situaciones de estrés crónico, distintas hormonas (cortisol y noradrenalina) se asocian a un estado proinflamatorio que predispone a enfermedades psiquiátricas, inmunológicas, inflamatorias, cardiovasculares, dislipidemia, diabetes y obesidad.	<b>2+ NICE</b> <i>D'Aoust R, 2013</i>
	Las personas que están sometidas a estrés crónico, por ejemplo los cuidadores de una persona dependiente, reportan un incremento en la presentación de enfermedad coronaria, eventos cerebro-vasculares, diabetes e hipertensión arterial.	<b>2++ NICE</b> <i>Gallo LC, 2014</i>
	Los cuidadores que presentan colapso tienen un incremento en riesgo de mortalidad de un 63% comparado contra los cuidadores que no lo refieren.	<b>2+ NICE</b> <i>Shulz R, 1999</i>
	Se ha demostrado que los cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer presentan una cicatrización más lenta al compararse con controles.	<b>2++ NICE</b> <i>Kiecolt-Glaser JK, 1995</i>
	Las repercusiones en la salud y la modificación en el estilo de vida del cuidador primario ameritan la prevención, detección y tratamiento de este síndrome por el equipo interdisciplinario.	<b>Punto de Buena Práctica</b>












	<p>Los <b>problemas psicológicos</b> más frecuentes que se deben de buscar en todo cuidador colapsado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Trastornos del sueño.</li> </ul>	<p><b>C NICE</b> Bevans M, 2012</p>
	<p>Algunas de las <b>repercusiones psicológicas</b> comunes en el cuidador colapsado que se deben de evaluar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento y soledad.</li> <li>• Frustración e impaciencia.</li> <li>• Angustia.</li> <li>• Codependencia.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Tristeza.</li> <li>• Culpa.</li> <li>• Ira, enojo o irritabilidad.</li> <li>• Somatizaciones.</li> <li>• Miedo.</li> </ul>	<p><b>4 NICE</b> Palancar-Sanchez A, 2009 Mendoza ML, 2000 Herdman TH, 2012</p>
	<p>Los cuidadores de pacientes con demencia reportan mayor frecuencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión y ansiedad.</li> <li>• Menos horas de sueño.</li> <li>• Inmunosupresión.</li> </ul>	<p><b>2++ NICE</b> Kiecolt-Glaser JK, 1991</p>
	<p>Hay que tomar en cuenta que pese a verse afectados emocionalmente y tener un trastorno del ánimo establecido, los cuidadores colapsados no reconocen o no manifiestan los síntomas necesarios para establecer el diagnóstico de depresión mayor o ansiedad generalizada según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría.</p>	<p><b>2+ NICE</b> D'Aoust R, 2013</p>
	<p>Se recomienda realizar valoración periódica de síntomas depresivos, a fin de referirlos para intervención psicológica o psiquiátrica oportuna.</p>	<p><b>C NICE</b> D'Aoust R, 2013</p>
	<p>Las <b>repercusiones sociales</b> debido a sobrecarga del cuidador que se presentan con frecuencia y se deben tomar en cuenta son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de apoyo familiar.</li> <li>• Conflictos familiares y de pareja.</li> <li>• Restricción del tiempo libre.</li> <li>• Pérdida de interés por otras actividades.</li> <li>• Aislamiento.</li> <li>• Cargas económicas.</li> <li>• Baja productividad y dificultades en la vida laboral.</li> <li>• Incertidumbre.</li> <li>• Alteraciones o disfunciones familiares.</li> <li>• Repercusión en su estado general de salud.</li> </ul>	<p><b>D NICE</b> Palancar-Sanchez A, 2009 Ruiz-Ríos AE, 2010 Herdman TH, 2012</p>

## 4.4 Repercusiones en el Paciente con un Cuidador Colapsado




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El cuidador colapsado tiene un mayor riesgo de maltratar al paciente que cuida, de ahí la importancia de la detección para una intervención temprana.	<b>B NICE</b> <i>Johannesen M, 2013</i>
	Los cuidadores que experimentan un estrés excesivo tienen un mayor riesgo de generar conductas desmedidas que provocan <b>maltrato</b> al adulto mayor.	<b>4 NICE</b> <i>Deborah H, 2003</i>
	Se debe evaluar la relación entre el cuidador y el paciente receptor de los cuidados que se tenía previamente en busca de antecedentes de disfunción familiar, mala relación, violencia, abuso físico, sexual o económico.	<b>D NICE</b> <i>Herdman TH, 2012</i>
	Se debe de buscar una relación bidireccional estrecha entre colapso del cuidador y maltrato. Si se encuentra uno de los cuadros el otro estará presente la mayoría de las veces o con alto riesgo de presentarse.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	La relación estrecha entre el colapso del cuidador y el maltrato genera una mayor utilización de los servicios de urgencias y hospitalización.	<b>3 NICE</b> <i>Dong X, 2012</i>
	Los pacientes cuyos cuidadores presenten colapso se encuentran en un mayor riesgo de ser institucionalizados.	<b>2+ NICE</b> <i>McFall S, 1992</i>
	En los pacientes que presenten un incremento en el uso de los servicios médicos, deberá descartarse colapso de cuidador como un factor de riesgo. De igual manera, la aparición de colapso agudo en el cuidador deberá de ser acompañado de un examen médico extenso para descartar cambios en el estatus basal del paciente.	<b>Punto de Buena Práctica</b>






## 4.5 Tratamiento Médico del Cuidador Colapsado

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los cuidadores de adultos mayores, en particular aquellos con trastornos conductuales y/o dependencia física, deben ser evaluados de manera regular para la identificación de sintomatología depresiva.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	En el cuidador colapsado y deprimido se deberá iniciar manejo farmacológico de acuerdo con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo para su tratamiento o ser derivado a Psiquiatría, Medicina Interna o Geriátrica.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Se recomienda la utilización de inhibidores de recaptura de serotonina a dosis baja por los primeros 6 a 8 días y posteriormente incremento a dosis plena al menos durante 1 año, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sertralina 25 mg vía oral cada 24 horas y posteriormente incremento a 50 mg por día ha demostrado ser el antidepresivo con mejor perfil de tolerabilidad y eficacia.</li> </ul>	<b>A NICE</b> <i>Cipriani A, 2009</i>
	Los síntomas neuropsiquiátricos en el paciente se han relacionado con la presencia de sobrecarga de cuidador por lo que se deberá de valorar la utilización de psicofármacos en el paciente para disminuir este problema. <ul style="list-style-type: none"> <li>El uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa en pacientes con demencia.</li> <li>El uso de antipsicóticos para manejo de conductas agresivas y psicosis.</li> <li>El uso de antidepresivos para el manejo de trastorno ansioso-depresivo.</li> </ul>	<b>B NICE</b> <i>Levy K, 2012</i>
	El uso de drogas antipsicóticas mejora los trastornos de conductas relacionados con demencia y favorecen la reducción del colapso del cuidador y el tiempo que se invierte en los cuidados.	<b>3 NICE</b> <i>Schoenmakers B, 2009</i>
	En caso de ansiedad o depresión asociado o no a insomnio en el cuidador, se recomienda el uso de inhibidores de la recaptura de serotonina y dosis bajas de benzodiacepina de vida media corta.	<b>Punto de buena práctica</b>

	Se debe recomendar la actividad física, ya que muestra beneficio en reducir el colapso del cuidador, mejorando el funcionamiento psicológico de los mismos, en particular entre los cuidadores de personas con demencia.	<b>D NICE</b> <i>Vasiliki O, 2014</i>
	El ejercicio regular se asocia con un incremento en la fuerza y condición física la cual puede ser requerida para realizar las actividades del cuidador.	<b>2+ NICE</b> <i>Etkin C, 2008</i>
	El profesional de la salud debe derivar al cuidador colapsado a un centro de atención social a la salud, cultural o deportivo.	<b>Punto de Buena Práctica</b>

#### 4.6. Intervenciones Psicológicas y de Enfermería de apoyo al cuidador



EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El manejo adecuado del colapso del cuidador requiere una excelente relación entre el equipo de salud (Médico, enfermería, trabajo social, psicología, nutrición) y la familia, además de enfatizar la necesidad de educar a los cuidadores en mecanismos saludables, flexibles y dinámicos que favorezcan la relación paciente-cuidador-familia.	<b>3 NICE</b> <i>Dueñas E, 2006</i>
	Todo el equipo de salud y en particular enfermería deberá: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.</li> <li>• Favorecer una relación de confianza con la familia.</li> <li>• Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.</li> <li>• Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia.</li> <li>• Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas</li> </ul>	<b>D NICE</b> <i>Herdman TH, 2012</i>
	Se recomienda proporcionar orientación y capacitación de los integrantes del equipo de salud en torno a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en la estructura familiar.</li> <li>• Identificación de los cuidadores primarios.</li> <li>• Impacto social, económico, emocional y físico del cuidador.</li> <li>• Colapso del cuidador.</li> <li>• Duelo anticipado.</li> <li>• Atención del cuidador para prevenir el colapso.</li> <li>• Servicios necesarios de ayuda y apoyo en el cuidado del paciente dependiente.</li> </ul>	<b>D NICE</b> <i>Mendoza ML, 2000</i>

	<p>Es importante que el Personal de Salud promueva en el cuidador colapsado la salud física y mental a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisiones periódicas.</li> <li>• Evaluar la alimentación.</li> <li>• Insistir en el descanso.</li> <li>• El ejercicio y la relajación.</li> <li>• Apoyo emocional.</li> </ul>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> Mendoza ML, 2000</p>
	<p>Se recomienda a los cuidadores cinco estrategias con el fin de mejorar su control sobre la situación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijarse objetivos y expectativas realistas.</li> <li>• Establecer sus propios límites.</li> <li>• Pedir y aceptar ayuda.</li> <li>• Cuidar de sí mismos.</li> <li>• Implicar en el cuidado a otras personas.</li> </ul>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> Alvarado AS, 2006</p>
	<p>Al instaurar un programa de cuidado al cuidador deben de incluir los siguientes rubros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidado.</li> <li>• Seguridad en el hogar.</li> <li>• Eficientar las redes sociales de apoyo.</li> <li>• Sentimientos de sobrecarga al cuidar.</li> <li>• Actividades placenteras.</li> <li>• Habilidades de comunicación y asertividad. (<b>Ver Anexo 5.3, Cuadro 4</b>).</li> <li>• Educar en resolución de problemas o conductas problemáticas. (<b>Ver Anexo 5.3, Cuadro 5</b>).</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Estados emocionales.</li> </ul>	<p><b>C</b> <b>NICE</b> Stevens A, 2012 Coon D, 2003</p>
	<p>La intervención en los pacientes con colapso para reducir el estrés psicológico debe de incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios de respiro.</li> <li>• Intervenciones psico-educativas y psico-sociales.                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aprendizaje en técnicas de relajación.</li> <li>○ Énfasis en el incremento de experiencias y emociones positivas.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> Coon D, 2003 Ferrer J, 2006</p>
	<p>Las intervenciones psico-educativas incluyen programas diseñados para mejorar o incrementar las habilidades del cuidador y en su caso manejar adecuadamente las situaciones de cuidado o las demandas de la persona dependiente.</p>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> Ferrer J, 2006</p>











	<p>Algunas de las estrategias de intervenciones psico-educativas y psico-sociales propuestas para el cuidador colapsado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación general.</li> <li>• Habilidades prácticas de cuidado.</li> <li>• Psicoterapia.</li> <li>• Terapia cognitiva-conductual y resolución cognitiva de problemas.</li> <li>• Técnicas Relajación.</li> <li>• Grupos de apoyo social y actividades sociales.</li> </ul>	<p><b>3 NICE</b> Zambrano R, 2007</p>
	<p>Se deberá proporcionar información sobre la enfermedad y/o situación de dependencia, su evolución y las habilidades necesarias para hacer frente a determinadas situaciones. A través de <b>programas educativos</b> en las unidades médicas.</p>	<p><b>D NICE</b> Zambrano R, 2007</p>
	<p>Se sugiere capacitar al cuidador en <b>habilidades prácticas de cuidado</b> que consisten en la enseñanza mediante sesiones de demostración como bañar, levantar, movilizar, alimentar, entre otros al paciente con un síndrome geriátrico.</p>	<p><b>D NICE</b> Zambrano R, 2007</p>
	<p>Se sugiere derivar al cuidador colapsado a participar en sesiones de <b>Psicoterapia</b> donde a través de intervenciones individuales o grupales de consejería apoyen en el entendimiento de sus problemas.</p>	<p><b>D NICE</b> Zambrano R, 2007</p>
	<p>La <b>Terapia cognitiva</b> intenta directamente modificar una “idea” individual, como el tipo de creencias más frecuentes con respecto a la situación de cuidado. Entre las creencias más destacadas por los cuidadores están “incapacidad para controlar la conducta” y “la conducta del enfermo está cambiando con intenciones hostiles hacia el cuidador”.</p>	<p><b>3 NICE</b> Zambrano R, 2007</p>
	<p>La <b>terapia conductual</b> incluye programas en los que se aplican principios de la teoría del aprendizaje y se usa una o más técnicas de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de metas formalizando por escrito.</li> <li>• Contratos en las metas.</li> <li>• Reforzamiento verbal o material.</li> </ul>	<p><b>3 NICE</b> Zambrano R, 2007</p>
	<p>Las <b>habilidades cognitivas</b> son intervenciones que se ofrecen al cuidador en las que se utilizan técnicas para el manejo del estrés como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios de conciencia plena.</li> <li>• Imaginación guiada.</li> <li>• Dirección en la atención.</li> <li>• Técnica de asociación/disociación de ideas negativas.</li> </ul>	<p><b>D NICE</b> Zambrano R, 2007</p>




	<p>Se deberá proporcionar alguna <b>técnica de relajación</b>. Estas, ayudan a disminuir la tensión muscular, mental y/o emocional, que conlleve a aumentar el descanso y la tranquilidad psicológica y física. Ejemplos de estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios de respiración.</li> <li>• Relajación a través de los órganos de los sentidos.</li> <li>• Ejercicios de conciencia plena para manejo del estrés.</li> <li>• Ejercicios de enfoque.</li> <li>• Ejercicio de la banda de luz.</li> </ul> <p><b>(Ver Anexo 5.3, Cuadro 6 y 7).</b></p>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> Zambrano R, 2007</p>
	<p>Los <b>grupos de apoyo</b> proporcionan a los cuidadores un espacio donde pueden compartir experiencias y posibles soluciones en situaciones similares. Asimismo, se realizan <b>actividades sociales</b> como comidas, excursiones y ejercicios en grupo que ayudan a disminuir la sobrecarga de los cuidados.</p>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> Zambrano R, 2007</p>
	<p>Se deberá hacer consciente al cuidador de que requiere de apoyo social, el cual podrá ser proporcionado por la familia o por instituciones públicas u organismos no gubernamentales civiles o religiosas.</p> <p>El apoyo puede ser de tipo :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Material:</b> Dinero, alojamiento, comida, ropa o pago de servicios.</li> <li>• <b>Instrumental:</b> Cuidado, transporte o labores del hogar.</li> <li>• <b>Emocional:</b> Afecto, compañía, empatía, reconocimiento o escucha.</li> <li>• <b>Cognitivos:</b> intercambio de experiencias, información, habilidades o consejos.</li> </ul>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> Morales-Cariño EM, 2012</p>
	<p>El apoyo socio-familiar y las características del cuidador son los principales predictores pronósticos en cuanto a severidad sintomática y repercusiones psicológicas y sociales en el cuidador colapsado.</p>	<p><b>1+</b> <b>NICE</b> Brodaty H, 2003</p>
	<p>Existe una heterogeneidad en cuanto a la duración de los diferentes programas e intervenciones. Aunque se observa que la continuidad de las intervenciones es el factor que incide más directamente en el apoyo a los cuidadores informales.</p>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> Torres M, 2008</p>
	<p>Los servicios de respiro apoyan al cuidador de forma periódica o temporal de su responsabilidad y de las demandas de cuidado, generadas por la asistencia a la persona dependiente, mientras el cuidador principal se ausenta del cuidado y/o realiza otras actividades.</p>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> Ferrer J, 2006</p>

	<p>En presencia del incremento de la demanda de cuidados que sobrepasa los recursos del cuidador, se podrá sugerir los servicios de respiro temporal o permanente con el fin de reducir la carga física, emocional y social del cuidador.</p>	<p><b>D NICE</b> <i>Ferrer J, 2006</i></p>
	<p>Existen 3 tipos de servicios de respiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Servicio de ayuda domiciliaria.</b> Consiste en recibir asistencia periódica para asistir a la persona dependiente durante una duración determinada de tiempo,</li> <li>• <b>Centro de día.</b> Implica que la persona dependiente acuda a un centro supervisado y estructurado durante el día donde se le proporciona asistencia social y sanitaria.</li> <li>• <b>Residencia de 24 horas o nocturna.</b> Implica el ingreso de la persona dependiente en una residencia hospital u otro tipo de centro durante las 24 horas, por periodos que pueden oscilar desde una noche hasta varias semanas.</li> </ul>	<p><b>3 NICE</b> <i>Ferrer J, 2006</i></p>

## 4.7. Intervenciones de Trabajo Social





	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Los integrantes del equipo de salud (médico, enfermera, trabajador(a) social y nutriólogo) están obligados a identificar signos de probable colapso del cuidador, y en su caso, deberán informar o atender al cuidador de acuerdo a sus habilidades, competencias y conocimientos.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>El trabajador (a) social debe ser profesional, comprometido y sensible con el fin de brindar una atención asertiva y de calidad de acuerdo a la metodología propia de la profesión a través de modelos de intervención individual, grupal y comunitaria.</p>	<p><b>D NICE</b> <i>Arias A, 2013</i></p>
	<p>Ante la <b>sospecha de colapso del cuidador el trabajador (a) Social</b> deberá aplicar la “metodología de caso” con sus 5 etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investigación.</li> <li>2. Diagnóstico.</li> <li>3. Plan.</li> <li>4. Tratamiento.</li> <li>5. Evaluación.</li> </ol>	<p><b>D NICE</b> <i>Mendoza ML, 2000, Fernández GT, 2012</i></p>

	<p>Durante la entrevista diagnóstica el trabajador(a) social deberá aplicar los principios básicos y técnicas de la profesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación.</li> <li>• Empatía.</li> <li>• Confidencialidad.</li> <li>• Individualización.</li> <li>• Responsabilidad.</li> </ul>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> <i>FITS, 2004</i></p>
	<p>La entrevista permite elaborar un diagnóstico social para identificar recursos, necesidades y fortalezas en el cuidador que apoyen la intervención social, esta deberá incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos del cuidador (socio – demográficos).</li> <li>• Datos de la familia (tipo, redes y tipos de apoyo, ciclo vital, roles, relación familiar).</li> <li>• Datos económicos (ingreso, dependientes, familiares que aportan, distribución).</li> <li>• Datos complementarios (estado de ánimo, padecimientos, aficiones, uso del tiempo libre).</li> </ul>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> <i>Fernández GT, 2012</i></p>
	<p>Durante la entrevista, es importante aplicar la técnica de observación, poniendo énfasis en estilos de vida que impidan la intervención social y que denoten síntomas de colapso de cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansancio.</li> <li>• No escuchar bien.</li> <li>• Distractores externos.</li> <li>• Labilidad emocional.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Entre otros.</li> </ul>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> <i>De Robertis, 2013</i></p>
	<p>La etapa de diagnóstico permite identificar factores de riesgo social y emocional, que propician el colapso del cuidador. Por lo tanto, se deberá puntualizar en los recursos, habilidades y fortalezas que permitan afrontar la sobrecarga en los cuidados, por ejemplo se puede utilizar una técnica conocida como Diario ABC de pensamiento para manejo de conductas problemáticas. (<b>Ver Anexo 5.3, Cuadro 5</b>).</p>	<p><b>C</b> <b>NICE</b> <i>De Robertis C, 2003</i></p>
	<p>Una vez identificada la problemática se recomienda elaborar el Estudio Social Medico con la finalidad de que el expediente quede integrado y se lleve un seguimiento de caso al paciente y su cuidador a través de entrevistas sociales subsecuentes y/o visitas a domicilio.</p>	<p><b>Punto de buena práctica</b></p>
	<p>En la etapa de diagnóstico es importante identificar la presencia o no de sobrecarga del cuidador, por lo que se recomienda utilizar la Escala Abreviada de Zarit (<b>Ver Anexo 5.3, Cuadro 3</b>).</p>	<p><b>C</b> <b>NICE</b> <i>Breinbauer KH, 2009</i></p>

	<p>En caso de que el resultado de la escala de Zarit sea positivo para sobrecarga del cuidador, se elaborará un plan de atención social que permita establecer estrategias individuales, grupales y comunitarias para reducir o eliminar la carga de los cuidados.</p>	<p><b>D NICE</b> Fernández GT, 2012</p>
	<p>Las estrategias individuales recomendadas en el tratamiento social al cuidador colapsado aplicando el modelo de intervención socio-conductista son:</p> <p><b>Estrategias individuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas para el control y manejo del estrés. <b>(Ver Anexo 5.3, Cuadro 6 y 7).</b></li> <li>• Solución de problemas:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ ¿Cuál es el problema?, ¿Cuándo y dónde ocurre?, ¿Quién o quiénes están involucrados?</li> <li>◦ Establecer alternativas de solución</li> <li>◦ Evaluar ventajas e inconvenientes</li> <li>◦ Tomar decisiones para disminuir el problema. <b>(Ver ejemplo en el Anexo 5.3, Cuadro 8).</b></li> </ul> </li> <li>• Elaboración de cronograma de actividades diarias y de manera semanal. <b>(Ver ejemplo en el Anexo 5.3, Cuadro 9 y 10).</b> Estos ejemplos son útiles para recordar al cuidador que puede realizar actividades que le producen satisfacción y no agobiarse con los cuidados de su ser querido.</li> <li>• Auto cuidado de la salud. Recomendar acudir al servicio de salud correspondiente. La cartilla de Salud Unificada será un referente para el seguimiento en el autocuidado.</li> </ul>	<p><b>D NICE</b> López MJ, 2008 Travi B, 2010 Ferré-Grau C, 2011</p>
	<p>La aplicación de las técnicas de solución de problemas y manejo del estrés pretenden que en el cuidador se disminuya: agobio, tristeza, ansiedad y depresión, en general, mejorar la calidad de vida mientras se es cuidador.</p>	<p><b>D NICE</b> López MJ, 2008</p>
	<p>El personal de salud puede auxiliarse de la Cartilla de Salud Unificada para verificar las acciones preventivas y de autocuidado del cuidador colapsado. Se sugiere revisar los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la salud.</li> <li>• Nutrición.</li> <li>• Esquema de vacunación.</li> <li>• Prevención y control de enfermedades.</li> <li>• Detección de enfermedades.</li> <li>• Salud sexual y reproductiva.</li> <li>• Atención médica.</li> </ul>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>



	<p><b>Estrategias socio-educativas grupales</b></p> <p>La educación grupal en el colapso del cuidador tiene como objetivo, informar, motivar, intercambiar experiencias y favorecer cambios en conductas y actitudes por medio de la aplicación de habilidades para la vida.</p> <p>En este sentido, se recomienda que la o el trabajador social integre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos informativos.</li> <li>• Grupos educativos.</li> <li>• Grupos de cuidadores.</li> <li>• Grupos de apoyo.</li> </ul>	<p><b>D NICE</b> Mendoza ML, 2000</p>
	<p>El trabajador(a) social deberá realizar la derivación del cuidador colapsado a las diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales con el objeto de mejorar el soporte social, para aprovechar redes de apoyo encaminadas a la socialización y la ayuda.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>Se sugiere que en la Unidades Médicas hospitalarias, se favorezca la formación de grupos de apoyo en atención al cuidador colapsado, donde se integren los miembros del equipo de salud como facilitadores.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>Se sugiere que el trabajador(a) social elabore instrumentos y herramientas que apoyen el proceso educativo para la modificación de estilos de vida en el cuidador con sobrecarga, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronograma de actividades para el cuidador.</li> <li>• Trípticos.</li> <li>• Rotafolios.</li> <li>• Implementación de talleres a cuidadores colapsados de acuerdo sus necesidades, considerando aspectos sociales y culturales.</li> <li>• Elaboración de periódicos murales.</li> <li>• Elaboración de un programa de Trabajo Social para la implementación de grupos educativos para la prevención del colapso.</li> </ul>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>Se sugiere favorecer y facilitar la comunicación del cuidador con el equipo de salud de forma directa o indirecta, está última, puede ser a través de la instalación de un buzón en el área de Trabajo Social donde exprese sus necesidades, experiencia de cuidar.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>Durante la estancia hospitalaria se puede recomendar al cuidador opciones de respiro como: asistir a sesión corta de ejercicios, baile, lectura, papiroflexia, manualidades, iluminar, jugar, risoterapia, etc.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>

	Se podrá recomendar al cuidador el interactuar con el paciente hospitalizado mientras ambos realizan alguna actividad de terapia ocupacional (lectura, juegos de mesas, manualidades, etc.).	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Se sugiere que el trabajador(a) social elabore directorio de instituciones de apoyo social gubernamentales y no gubernamentales para la derivación de cuidadores colapsados en su localidad.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Durante la estancia hospitalaria se sugiere que el trabajador social (a) se vincule con redes de cuidadores voluntarios con la finalidad de dar respiro al cuidador colapsado.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	En la etapa final del proceso de caso de trabajo social, se evaluarán los avances cualitativos en la modificación de conductas y en el funcionamiento positivo de las redes de apoyo por medio del seguimiento de caso social.	<b>3 NICE</b> <i>Fernández GT, 2012</i>

## 5. ANEXOS

### 5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Detección y Manejo del Colapso del Cuidador**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### **Criterios de inclusión:**

- Documentos escritos en **inglés y español**.
- Documentos publicados los últimos **10 años**.
- Documentos enfocados **Diagnóstico y tratamiento**.

#### **Criterios de exclusión:**

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

### 5.1.1 Estrategia de búsqueda

#### 5.1.1.1 Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Detección y Manejo del Colapso del Cuidador** en PubMed. La búsqueda se limitó a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos **Caregiver burden**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda no dio resultados, por lo que se amplió la búsqueda a revisiones sistemáticas y meta-análisis, dando **57** resultados, de los cuales **2** fueron útiles para la elaboración de esta guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
((("caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields] OR "caregiver"[All Fields]) AND burden[All Fields]) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb] OR guideline [ptyp] OR Practice Guideline [ptyp]) AND "loattrfree full text"[sb] AND "2005/09/14"[PDat] : "2015/09/11"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang])))	57 documentos obtenidos

#### Algoritmo de búsqueda:

1. "caregivers"[MeSH Terms] OR "caregiver"[All Fields]) Burden [All Fields])
2. Burden[All Fields])
3. #1 AND #2
4. Practice Guideline [ptyp]
5. Guideline [ptyp]
6. Meta-Analysis[ptyp]
7. Systematic Review [sb]
8. #4 OR #5# OR #6 OR #7
9. #3 AND #8
10. English [lang]
11. Spanish [lang]
12. #10 OR #11
13. #9 AND #12
14. Published in the last 10 years [pdat]
15. #13 AND #14
16. "loattrfree full text"[sb]
17. #15 AND #16
18. Humans [MeSH]
19. #17 AND #18
20. Adult: 19+ years [MeSH]
21. #19 AND #20
22. # 1 AND # 2 (# 4 OR # 5 OR # 6 OR # 7) AND (# 10 OR # 11) AND #14 AND # 16 AND # 18 AND # 20

### 5.1.1.2 Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica y documentos útiles para la elaboración de la guía con el término **Caregiver burden**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
<b>National Guideline Clearinhouse</b>	51	8
<b>NICE</b>	8	0
<b>Tripdatabase</b>	113	7
<b>Cochrane</b>	12	0
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>15</b>

### 5.1.1.3 Tercera Etapa

Por último, por la poca información encontrada en las bases de datos y por la diversidad del tema, además de complementar la información se realizaron búsquedas específicas, donde se utilizaron **39 documentos** que ayudaron a complementar la guía de práctica clínica.

En resumen, de **229** resultados encontrados, 56 fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

## 5.2 Escalas de Gradación

### NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE\*\*

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
<b>1++</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
<b>1+</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
<b>1-</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
<b>2++</b>	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
<b>2+</b>	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
<b>2-</b>	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
<b>3</b>	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
<b>4</b>	Opinión de expertos

\*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación.

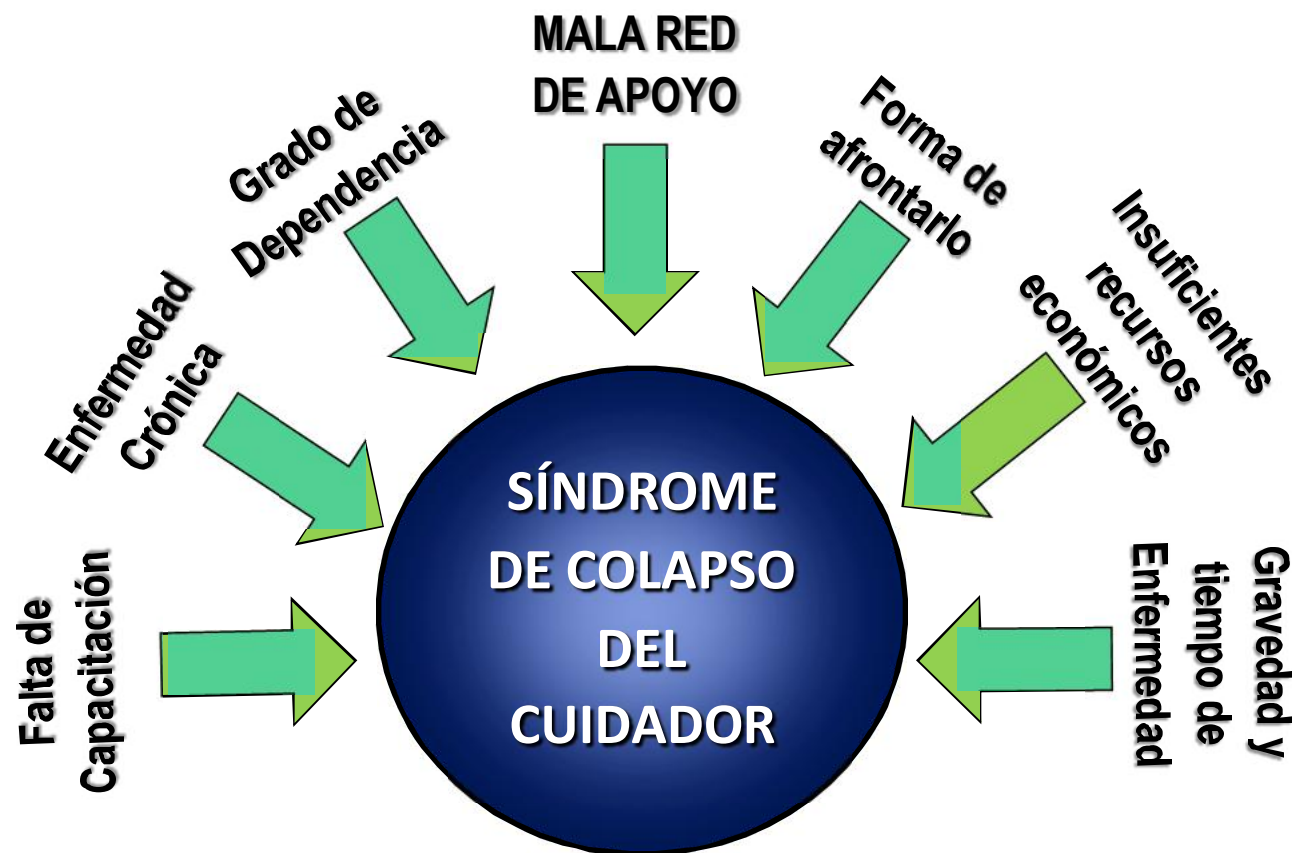
### GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>A</b>	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
<b>B</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
<b>C</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
<b>D</b>	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
<b>D(BPP)</b>	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Adaptado de: \*\*National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.

### 5.3 Escalas de Clasificación Clínica

**FIGURA 1. FACTORES DE RIESGO PARA SÍNDROME DE COLAPSO DE CUIDADOR**



Desarrollado por el grupo de trabajo que desarrollo esta Guía de Práctica clínica 2015



**Cuadro 1. Inventario de Recursos Sociales del Adulto Mayor de Díaz-Veiga**

INSTRUCCIONES:	
<b>Instrucciones:</b> Escriba y en su caso, marque con una X la opción que usted considere adecuada a la respuesta que proporcione el evaluado a cada pregunta y agregue el número en la columna de puntos según corresponda a su respuesta.	
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b> <b>Nombre:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____ <b>Fecha de evaluación:</b> _____ <b>Estado civil:</b> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> <b>Número de hijos:</b> _____. <b>Vivos:</b> _____. <b>Fallecidos:</b> _____. <b>¿Tiene usted parientes?</b> Hermanos <input type="checkbox"/> Sobrinos <input type="checkbox"/> Primos <input type="checkbox"/> Nietos <input type="checkbox"/>	
ANÁLISIS DE LAS RELACIONES	PUNTOS
<b>CÓNYUGE</b>	
<b>¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?</b> 1. Menos de una vez al mes    2. Una o dos veces al mes    3. Una vez a la semana o más	
<b>¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?</b> 1. Apoyo emocional    2. Apoyo instrumental    3. Apoyo emocional y apoyo instrumental	
<b>¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge?</b> 1. Nada    2. Poco    3. Mucho	
<b>HIJOS</b>	
<b>¿Con qué frecuencia ve y habla con sus hijos?</b> 1. Menos de una vez al mes    2. Una o dos veces al mes    3. Una vez a la semana o más	
<b>¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?</b> 1. Apoyo emocional    2. Apoyo instrumental    3. Apoyo emocional y apoyo instrumental	
<b>¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?</b> 1. Nada    2. Poco    3. Mucho	
<b>FAMILIARES PRÓXIMOS</b>	
<b>¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?</b> 1. Menos de una vez al mes    2. Una o dos veces al mes    3. Una vez a la semana o más	
<b>¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus familiares o parientes?</b> 1. Apoyo emocional    2. Apoyo instrumental    3. Apoyo emocional y apoyo instrumental	
<b>¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus familiares o parientes?</b> 1. Nada    2. Poco    3. Mucho	
<b>AMIGOS</b>	
<b>¿Con qué frecuencia ve y habla con sus amigos?</b> 1. Menos de una vez al mes    2. Una o dos veces al mes    3. Una vez a la semana o más	
<b>¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus amigos?</b> 1. Apoyo emocional    2. Apoyo instrumental    3. Apoyo emocional y apoyo instrumental	
<b>¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus amigos?</b> 1. Nada    2. Poco    3. Mucho	
<b>Puntaje total</b>	
<b>Punto de corte:</b> Cuando la suma del puntaje sea 17 ó menor, se recomienda plan individual y grupal.	

Adaptado: Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Ed. Siglo XXI de España editores, Madrid, 1996.

## Cuadro 2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

<b>Instrucciones:</b> A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	<b>PUNTOS</b>
<b>Puntuación: 0=Nunca, 1=Rara vez, 2=Algunas veces, 3=Bastantes veces, 4=Casi siempre</b>	
1A. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	
4B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5B. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	
7A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	
8A. ¿Cree que su familiar depende de usted?	
9B. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10A. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	
12A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	
13A. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	
15C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	
17B. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18B. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	
19B. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21C. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	
22A. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
<b>INTERPRETACIÓN:</b> <b>Puntuación máxima de 88 puntos.</b> <b>"No sobrecarga" una puntuación inferior a 46.</b> <b>"Sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.</b>	<b>TOTAL</b>

Adaptado de: Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20:649-655

### Cuadro 3. Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit abreviada

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

<b>Puntaje</b>	<b>NUNCA 1</b>	<b>RARA VEZ 2</b>	<b>ALGUNAS VECES 3</b>	<b>BASTANTES VECES 4</b>	<b>CASI SIEMPRE 5</b>
<b>1. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?</b>					
<b>2. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?</b>					
<b>3. ¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?</b>					
<b>4. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?</b>					
<b>5. ¿Se siente tenso cuándo está cerca de su familiar?</b>					
<b>6. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?</b>					
<b>7. Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?</b>					

**Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos.**

**Este resultado clasifica al cuidador en:**

- **“Ausencia de sobrecarga” = de 7 a 16 puntos.**
- **“Sobrecarga intensa mayor o igual a 17 puntos.**

Adaptado de: Breinbauer KH, Vásquez VH, Mayanz SS, Guerra C, Millán KT. Validación en Chile de Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chil. 2009 May;137(5):657-65.

### Cuadro 4. Habilidades de Comunicación

La comunicación determina las relaciones y la convivencia en el domicilio. Una buena comunicación con la persona enferma promueve su autonomía, evita el aislamiento y contribuye a que se sientan bien, tanto el cuidador como el enfermo.

#### Algunas recomendaciones que el cuidador puede realizar para mejorar la comunicación son:

- Siéntese cómodamente al lado o enfrente de la persona manteniendo siempre contacto visual con ella.
- Evite usted hablar, si está enfadado espera a hablar cuando este más tranquilo.
- Emplee frases cortas y sencillas.
- No hacer varias preguntas a la vez, de tiempo a que responda y luego emita la siguiente pregunta.
- Nombre siempre a las personas o a las cosas a las que se refiere, evite interpretaciones.
- No permita que sus gestos se contradigan con lo que dice.
- Escúchele atentamente, muéstrole comprensión y transmítale seguridad.
- Acérquese y mantenga algún contacto físico con su paciente, cójale las manos, acarícielo.
- Busque temas de conversación, comente la actualidad, vean fotografías, periódicos antiguos, libros con ilustraciones.
- Aceptar el "no" por respuesta, recordando que no es un rechazo al cuidador sino a lo que se está proponiendo.
- Evitar el uso de generalizaciones excesivas eliminando de su lenguaje las palabras siempre, nunca, todo o nada.
- Intentar decir las cosas en el momento oportuno.
- Elegir un buen lugar para comunicarse, incluye evitar fuentes de sonidos o distractores.
- Hablar claro y despacio.
- No cambiar de tema rápidamente.
- No hablar demasiado alto.
- No perder la calma.

Adaptado de: García A, García L, Campos J, Fernández A, Matilla R, Merino M, et. al. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. España Ed. International marketing communication. 2013:pp 41.

### Cuadro 5. Resolución de problemas o conductas problemáticas

#### Diario ABC de Pensamientos para la identificación de ideas que producen emociones negativas

<b>Antecedente (A)</b>	<p>Es la situación que da lugar a las emociones y a los pensamientos.</p> <p><b>Ejemplo:</b> -Se ofrece al paciente la comida que había solicitado, pero al darle la misma éste la rechaza.</p>
<b>Pensamiento (B)</b>	<p>Son ideas que surgen al vivir la situación.</p> <p><b>Pensamiento habitual:</b> “¿Quién lo entiende?” “Si no come probablemente se va a morir de hambre”</p> <p><b>Pensamiento alterno sugerido:</b> “Probablemente no tenga hambre” “No morirá por que no coma en ésta ocasión” “Intentaré ofrecer otros alimentos”</p>
<b>Emoción</b>	<p>Son los sentimientos que surgen por la situación y los pensamientos.</p> <p><b>Emoción habitual:</b> - Tristeza, ansiedad, preocupación, enojo, frustración, otros.</p> <p><b>Emoción sugerida:</b> - Aceptación y ausencia de emociones negativas.</p>
<b>Conducta (C)</b>	<p>Son las acciones producto de lo que se piensa y siente.</p> <p><b>Conducta habitual</b> - Retirar la comida de la mesa y gritar al paciente “¿Quién te entiende?”</p> <p><b>Conducta Sugerida</b> - Retirar la comida y ofrecer otro alimento u ofrecer más tarde el alimento.</p>

Adaptado de: López MJ, Crespo LM. Guía para cuidadores de Personas Mayores en el Hogar. Como mantener su bienestar. Madrid. Instituto de Mayores y servicios sociales. 2008 pp 71 – 79

**Cuadro 6. Actividades relajantes utilizando los órganos de los sentidos para manejo del estrés**

Sentido	Actividad relajantes sugeridas
<b>Olfato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quema velas aromáticas o incienso en zonas del hogar</li> <li>- Usar algún perfume de tu agrado</li> <li>- Ve a la tienda y consigue tarjetas con muestras de perfume e introdúcelas en tu cartera o bolsa</li> <li>- Procura lugares donde el olor te agrade (panaderías, mercado municipal o florerías)</li> </ul>
<b>Audición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escucha música que te agrade</li> <li>- Escucha un audiolibro o alguna novela en la radio</li> <li>- Escucha un programa interesante en la televisión</li> <li>- Abre la ventana y escucha el rumor del tráfico o los sonidos afuera de tu casa</li> </ul>
<b>Gusto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfruta tu comida favorita, concentrándote en el sabor de la misma</li> <li>- Come dulces en el momento que sientas que la emoción te sobrepasa</li> <li>- Come nieve, chocolate o algo que te haga sentir bien</li> <li>- Bebe un té, café o chocolate, trata de beberlo de manera lenta y pausada</li> </ul>
<b>Tacto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toca un objeto aterciopelado</li> <li>- Cuando tomes una ducha procura sentir la temperatura del agua al recorrer tu cuerpo</li> <li>- Disfruta un masaje</li> <li>- Realiza un masaje a tus pies</li> </ul>
<b>Visión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ve revistas con fotos o libros de viaje y fotografía</li> <li>- Encuentra un lugar con paisajes que te resulten agradables</li> <li>- Visita un museo</li> <li>- Ve a una librería y hojea libros y revistas</li> <li>- Dibuja una imagen o una pintura que te sea agradable</li> </ul>

Adaptado de: McKay M, Wood J, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance. Oakland. New Harbinger. 2007.

**Cuadro 7. Ejercicios de conciencia plena para manejo del estrés**

EJERCICIO	INSTRUCCIONES
<b>Ejercicio del minuto</b>  <b>Objetivo:</b> Demostrar la percepción del tiempo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buscar y encontrar una postura relajada durante un periodo corto de tiempo.</li> <li>2. Utilice un reloj con segundero, indique al cuidador que el objetivo del ejercicio es la medición del tiempo.</li> <li>3. Se le indicará cuando inicia la cuenta y el deberá de indicar el alto de la misma cuando piense que un minuto ha pasado. Esto lo deberá de hacer sin ver el reloj.</li> <li>4. Se debe retroalimentar al cuidador. En caso de que diga “alto” antes o después del minuto se relaciona con su percepción del tiempo, que suele ser errónea.</li> <li>5. Preguntar de qué manera esta percepción podría estar afectándolo en su día a día.</li> </ol>
<b>Ejercicio de enfoque</b>  <b>Objetivo:</b> Mejorar la concentración en el momento presente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicie el ejercicio colocando un objeto enfrente de usted (no importa el objeto).</li> <li>2. Realice varias respiraciones diafragmáticas profundas para relajarse y posteriormente inicie la observación del objeto.</li> <li>3. Al observarlo, tome un tiempo en notar los diferentes colores, las texturas y los brillos que el objeto tiene. Tómese su tiempo haciendo eso. Se puede ayudar al cuidador haciendo preguntas guiadas.</li> <li>4. Posteriormente se sostiene el objeto en la mano y se le solicita que se concentre en la sensación del tacto. Tómese su tiempo haciendo eso. Se puede ayudar al paciente haciendo preguntas guiadas.</li> <li>5. Recomiende realizar esta exploración del objeto por 5 minutos.</li> </ol>
<b>Ejercicio de la banda de luz</b>  <b>Objetivo:</b> El aumentar la percepción de las sensaciones físicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indique que cierre sus ojos y realice varias respiraciones diafragmáticas, mencione que al espirar sienta como su cuerpo va perdiendo tensión y se empieza a relajar (<b>pausa</b>).</li> <li>2. Diga: usando tu imaginación, visualiza un rayo de luz que viene del cielo y termina en tu cráneo. Siente las sensaciones en donde ese rayo de luz se encuentra. Puede ser una sensación de comezón o de calor (<b>pausa</b>).</li> <li>3. Ahora imagina como este rayo de luz comienza a escurrir por tu cuerpo e imagina como te envuelve una esfera de luz conforme esto va ocurriendo (<b>pausa</b>).</li> <li>4. Imagina como lentamente el rayo de luz te va envolviendo, como ahora abarca tu cabeza, tu frente, tu cráneo, tus orejas. Mientras esto ocurre, toma conciencia de las sensaciones que hay ahí (<b>pausa</b>).</li> <li>5. Nota cualquier tensión muscular que podrías estar sintiendo. Solo siente la tensión. (<b>pausa</b>)</li> <li>6. Lentamente el rayo de luz va descendiendo y va incluyendo a tu nariz, tu boca, tu mentón. ¿Qué sensaciones tienes ahí? (<b>pausa</b>).</li> <li>7. Ahora siente como ese rayo de luz se escurre dentro de boca. Percibe las sensaciones que podría haber ahí en tus dientes, tu lengua, tus labios (<b>pausa</b>).</li> <li>8. Permite que el rayo de luz siga descendiendo y ahora cubra tu cuello. ¿Esta tenso? (<b>pausa</b>).</li> <li>9. Ahora el rayo de luz sigue recorriendo tu cuerpo, escurriendo su luz por tus hombros y tu pecho. ¿Notas alguna tensión, alguna sensación, algún cosquilleo en esta área? (<b>pausa</b>).</li> <li>10. Permite que la luz siga recorriendo tus brazos, y conforme hace eso, siente que sensaciones tienen. ¿Notas alguna sensación en tus brazos que no habías sentido antes? (<b>pausa</b>).</li> <li>11. Permite que la luz siga escurriendo por tu cuerpo y permite que ahora cubra tu abdomen, hasta llegar a tu pelvis. ¿Qué sensaciones tienes en tu pelvis? ¿están tensos tus músculos? (<b>pausa</b>).</li> <li>12. Permite ahora que la luz llegue hasta la punta de pies. Deja que la luz forme ahora una esfera en la cual tú estás protegido y nada puede ocurrirte dentro de esa esfera (<b>pausa</b>).</li> <li>13. Sigue imaginándote en esta esfera hasta que escuches la señal.</li> <li>14. Se recomienda realizar el ejercicio por 20 minutos una vez al día mínimo 5 veces por semana.</li> </ol>

Adaptado de: McKay M, Wood J, Brantley J. The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance. Oakland. New Harbinger. 2007



**Cuadro 8. Ejemplo de esquema para solución de problemas.**

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (EJEMPLO)				
Definición del Problema	Posibles alternativas de Solución	Valoración de soluciones		¿Cuál es la más adecuada?
		Ventajas	Desventajas	
No tengo tiempo para comprar regalos de navidad	1.- Decir a mi esposo que se quede con mi mamá.	1.1 Si está en casa no habrá inconveniente para cuidarla. 1.2 Yo me quedo tranquila.	1.1. No siempre tiene el mismo horario.	Pedir a mi hijo que se quede con mi madre
	2.- Pedir a mis hijas que se queden con ella.	2.1 Se organizarán entre ellas.	2.1 Tienen otras muchas cosas que hacer.	
	3.- Pedir a mi hijo que se quede con mi madre.	3.1 Lo haría igual de bien que mis hijas. 3.2 Está de vacaciones.	3.1 estudia y trabaja.	
	4.- Comprar cuando yo venga de trabajar.	4.1 No tendría que pedírselo a nadie.	4.1 No tengo ganas.	

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
Definición del Problema	Posibles alternativas de Solución	Valoración de soluciones		¿Cuál es la más adecuada?
		Ventajas	Desventajas	

Adaptado de: López MJ, Crespo LM. Guía para cuidadores de Personas Mayores en el Hogar. Como mantener su bienestar. Madrid. Instituto de Mayores y servicios sociales. 2008 pp 71 – 79

**Cuadro 9. Ejemplo de lista semanal de actividades agradables de cuidador**

<b>LAS ACTIVIDADES MAS AGRADABLES QUE ME GUSTARÍA HACER ESTA SEMANA (EJEMPLO)</b>	
<b>Nombre del cuidador</b>	
1. Llamar por teléfono a personas queridas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llamar a dos amigos de los que hace tiempo que no tengo noticias (Javier y Carmen).</li> <li>- El jueves y el sábado a las 22.00 horas.</li> <li>- Procurare no hablar más de lo imprescindible de la enfermedad de mi familiar.</li> <li>- Buscaré hablar de temas agradables: Recuerdos o de amigos comunes, etc.</li> </ul>
2. Ver de Lunes a Viernes la telenovela de 16:00 a 16:30 mientras mi familiar toma una siesta	
3. Baño caliente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procuraré darme un baño con agua caliente por las noches todos los días para poder descansar 22:30 horas.</li> </ul>
4. Escuchar música todos los días mientras preparo el desayuno.	
5. Cantar sola.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantaré durante 10 minutos todos los días mientras preparo la comida.</li> </ul>
6. Ir al parque.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El jueves y el domingo iré al parque después de desayunar a pasear durante 25 minutos.</li> </ul>
7. Asistir a la iglesia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acudiré cada domingo después de ir al parque a misa.</li> </ul>

Adaptado de: López MJ, Crespo LM. Guía para cuidadores de Personas Mayores en el Hogar. Como mantener su bienestar. Madrid. Instituto de Mayores y servicios sociales. 2008 pp 71 – 79

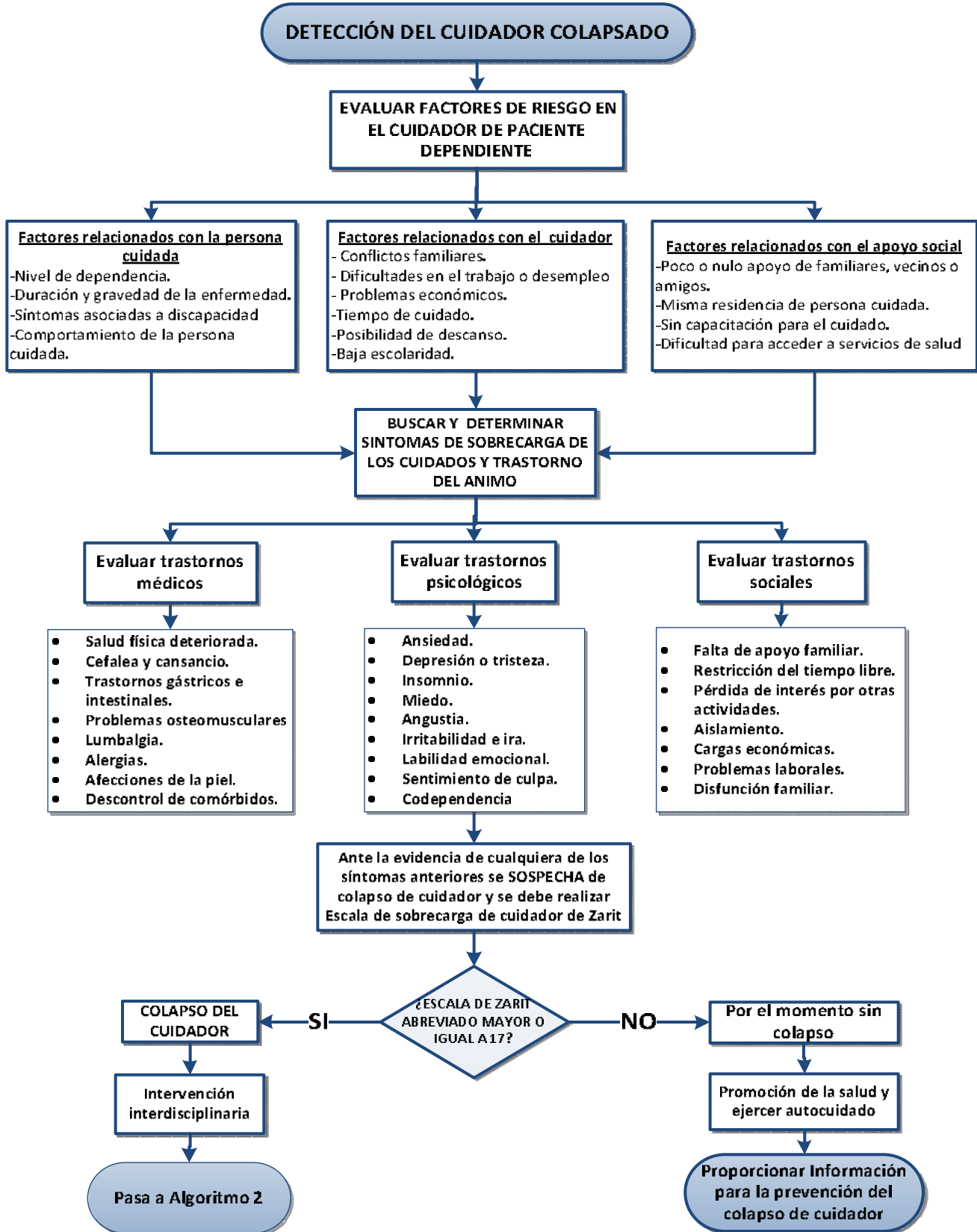
**Cuadro 10. Cronograma de actividades agradables**

<b>Cronograma de actividades agradables semanal</b>	
<b>Nombre del cuidador:</b>	
<b>LUNES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar música mientras preparo el desayuno.</li> <li>• Cantar durante 10 minutos mientras preparo la comida.</li> <li>• Ver telenovela de 16:00 a 16:30 horas.</li> <li>• Baño caliente 22:30 horas.</li> </ul>
<b>MARTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar música mientras preparo el desayuno.</li> <li>• Cantar durante 10 minutos mientras preparo la comida.</li> <li>• Ver telenovela de 16:05 a 16:35 horas.</li> <li>• Baño caliente 22:30 horas.</li> </ul>
<b>MIERCOLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar música mientras preparo el desayuno.</li> <li>• Cantar durante 10 minutos mientras preparo la comida.</li> <li>• Ver telenovela de 16:05 a 16:35 horas.</li> <li>• Baño caliente 22:30 horas.</li> </ul>
<b>JUEVES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar música mientras preparo el desayuno.</li> <li>• Ir al parque durante 25 minutos.</li> <li>• Cantar durante 10 minutos mientras preparo la comida.</li> <li>• Ver telenovela de 16:05 a 16:35 horas.</li> <li>• Llamar por teléfono a amigos 22:00 horas.</li> <li>• Baño caliente 22:30 horas.</li> </ul>
<b>VIERNES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar música mientras preparo el desayuno.</li> <li>• Cantar durante 10 minutos mientras preparo la comida.</li> <li>• Ver telenovela de 16:05 a 16:35 horas.</li> <li>• Baño caliente 22:30 horas.</li> </ul>
<b>SABADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar música mientras preparo el desayuno.</li> <li>• Cantar durante 10 minutos mientras preparo la comida.</li> <li>• Llamar por teléfono a amigos 22:00 horas.</li> <li>• Baño caliente 22:30 horas.</li> </ul>
<b>DOMINGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar música mientras preparo el desayuno.</li> <li>• Ir al parque durante 25 minutos.</li> <li>• Ir a misa.</li> <li>• Cantar durante 10 minutos mientras preparo la comida.</li> <li>• Baño caliente 22:30 horas.</li> </ul>

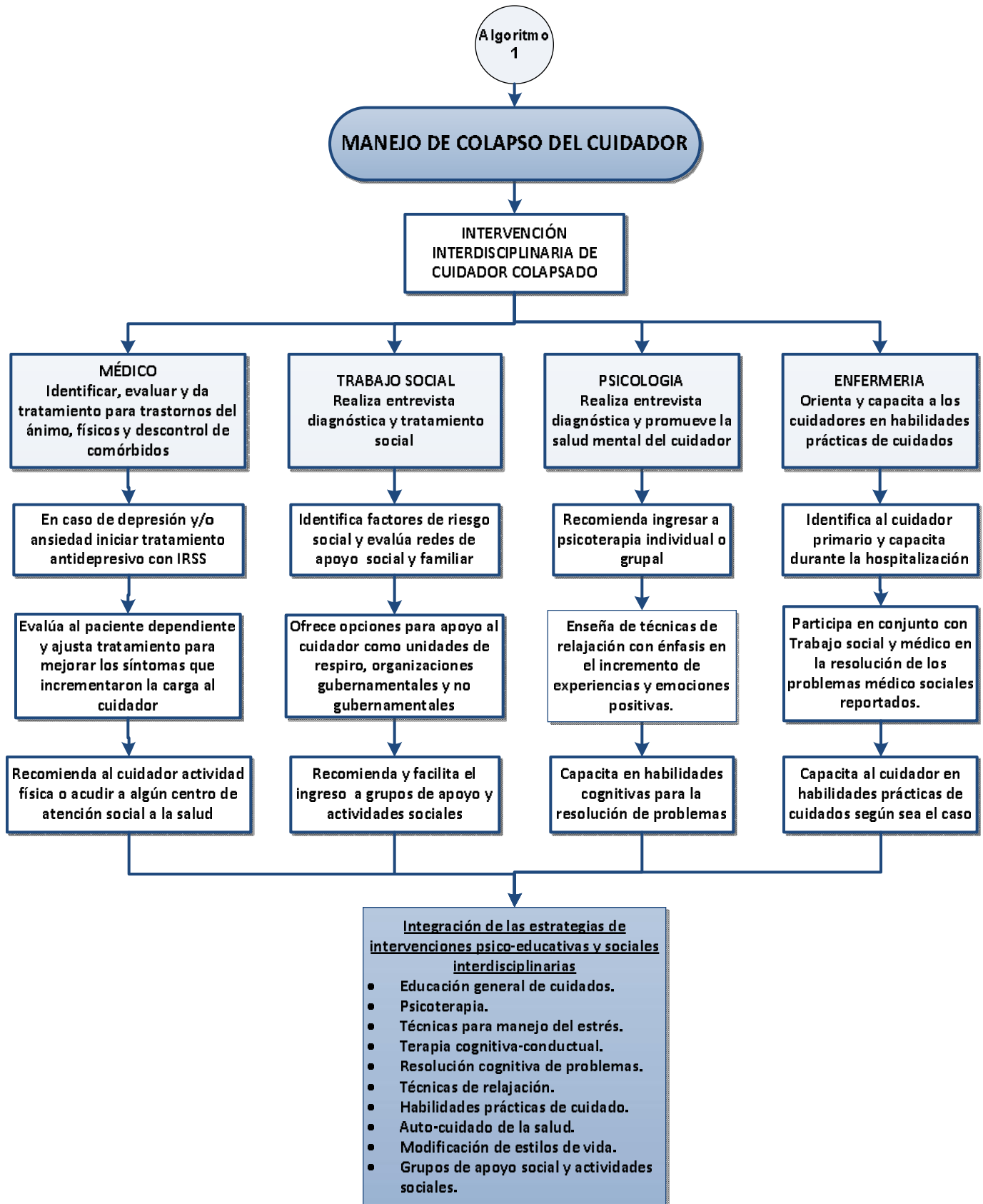
Adaptado de: López MJ, Crespo LM. Guía para cuidadores de Personas Mayores en el Hogar. Como mantener su bienestar. Madrid. Instituto de Mayores y servicios sociales. 2008 pp 71 – 79

## 5.4 Diagramas de Flujo

**Algoritmo 1. Detección del colapso del cuidador**



## Algoritmo 2. Manejo Interdisciplinario del Colapso del Cuidador



## 5.5 Listado de Recursos

### 5.5.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de Detección y manejo del colapso del cuidador del **Cuadro Básico de IMSS** y del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
4484	Sertralina	Iniciar con 25 mg vía oral al día; aumentar 25 mg cada 15 días según evolución clínica (dosis máxima 100mg/día)	Tabletas ó Cápsulas de 50 mg	Al menos durante 9 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual.	Con warfarina y digoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (sumatriptan y zolmitriptano) se presenta el síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Evitar uso concomitante de disulfirán.	Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de MAO.

## 5.5.2 Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

<b>Diagnóstico(s) Clínico(s):</b>		Colapso del cuidador	
<b>CIE-9-MC / CIE-10</b>		CIE- 10: Z63.9 Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo	
<b>Código del CMGPC:</b>		<b>IMSS-</b>	
<b>TÍTULO DE LA GPC</b>			
<b>Detección y Manejo del Colapso del Cuidador</b>			<b>Calificación de las recomendaciones</b>
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	<b>USUARIOS DE LA GUÍA</b>	<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	
Adultos mayores de 18 años	Médicos Especialistas, Médicos Generales, Médicos Familiares, Enfermeras generales, Enfermeras especialistas, Estudiantes, Trabajadores Sociales, psicólogos.	Primer, segundo y tercer nivel	<b>(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)</b>
<b>EVALUACIÓN Y DETECCIÓN CLÍNICA</b>			
Se evalúa el grado de apoyo social y utiliza el Inventario de Recursos Sociales de Díaz-Veiga para establecer el grado de apoyo social y evaluar la necesidad de intervención.			
Se evalúa síntomas que nos hagan sospechar de colapso en el cuidador, tales como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad, tristeza o depresión.</li><li>• Insomnio, miedo o angustia.</li><li>• Irritabilidad, ira o enojo.</li><li>• Labilidad emocional.</li><li>• Aislamiento y soledad.</li><li>• Cansancio y agotamiento físico.</li><li>• Sentimiento de culpa.</li><li>• Salud física deteriorada.</li></ul>			
Se utiliza la <b>escala de sobrecarga del cuidador de Zarit abreviada</b> por el personal de salud al identificar los factores de riesgo o alguno de los síntomas relacionados al colapso del cuidador.			
Se evalúan <b>repercusiones psicológicas</b> frecuentes todo en el cuidador colapsado: <ul style="list-style-type: none"><li>• Depresión.</li><li>• Ansiedad.</li><li>• Trastornos del sueño.</li></ul>			
<b>TRATAMIENTO MÉDICO</b>			
En el cuidador colapsado y deprimido se recomienda la utilización de inhibidores de recaptura de serotonina a dosis baja por los primeros 6 a 8 días y posteriormente incremento a dosis plena al menos durante 1 año.			
Se recomienda la actividad física, ya que muestra beneficio en reducir el colapso del cuidador, mejorando el funcionamiento psicológico de los mismos, en particular entre los cuidadores de personas con demencia.			
<b>INTERVENCIONES</b>			
Se deriva al cuidador colapsado a participar en sesiones de <b>Psicoterapia</b> donde a través de intervenciones individuales o grupales de consejería apoyen en el entendimiento de sus problemas.			
Se capacita al cuidador en <b>habilidades prácticas de cuidado</b> que consisten en la enseñanza mediante sesiones de demostración como bañar, levantar, movilizar, alimentar, entre otros al paciente con un síndrome geriátrico.			
Trabajo social elabora un Estudio Social Medico con la finalidad de que el expediente quede integrado y se lleve un seguimiento de caso al paciente y su cuidador a través de entrevistas sociales subsecuentes y/o visitas a domicilio.			



CRITERIOS DE EVALUACIÓN	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
<b>Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)</b>	
<b>Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)</b>	

## 6

## GLOSARIO

**Abatimiento funcional:** Incapacidad que tiene el individuo para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria.

**Adulto mayor:** En México se considera adulto mayor a partir de los 6 años de edad, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.

**Apoyo social:** Se denominan transferencias, se presenta como un flujo de intercambio y circulación de recursos, acciones e información.

**Atención integral:** Proceso de atención a la salud comprende las esferas biológica, psicológica, social y ambiental del individuo, la familia y la población, en aspectos de prevención primaria, secundaria y terciaria, curación, rehabilitación y atención social a la salud.

**Autocuidado:** Comportamiento razonado del individuo que le permite decidir y actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, así como el disfrute al máximo de su vida.

**Comorbilidad:** La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. Enfermedades coexistentes en un paciente que por su grado de cronicidad y severidad modifican el riesgo de morir, sumándose al de la enfermedad primaria.

**Cuidador:** Persona responsable de la atención integral de la persona mayor considerando los cuidados personales, de higiene personal y ambiental, administración de medicamentos, prevención de nuevas enfermedades y complicaciones, así como asistencia en actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.

**Demencia:** Es la pérdida progresiva de las funciones cognoscitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal.

**Dependencia:** estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria. Restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.

**Ejercicio:** Movimiento repetitivo, planeado y estructurado que se realiza para el mantenimiento de la salud física.

**Equipo multidisciplinario:** equipo de salud de evaluación y atención constituido por personal profesional, técnico y auxiliar, particularmente el geriatra, enfermera, terapeuta físico, psicólogo, nutricionista, trabajadora social y cuantos especialistas sean necesarios para la atención del paciente geriátrico.

**Estrategia:** Método para resolver o controlar un problema.

**Grupo de ayuda:** Grupo de personas que tienen intereses comunes relacionados con problemas psicosociales consecuencia de un daño a su salud o de sus secuelas y que se reúnen para obtener información especializada para el cuidado médico y que a través de la interacción con sus pares, encuentran alternativas de solución que les permite enfrentar sus problemas.

**Inhibidores Selectivos de Recaptura de Serotonina:** Es una clase de medicamentos que aumentan el nivel de serotonina en el cerebro.

**Insomnio:** Dificultad para conciliar y para mantener el sueño o despertar precoz. Se manifiesta por la perturbación de la calidad o de la cantidad de sueño con repercusiones sobre la actividad diurna.

**Institucionalización:** El hogar es el medio físico, familiar y social donde el adulto mayor se ha desarrollado a lo largo de su vida. La institucionalización tiende a desvincular al adulto mayor de su medio familiar y en consecuencia debe realizar esfuerzos para adaptarse a un nuevo medio como sería una residencia asistida.

**Maltrato al adulto mayor:** Constituyen malos tratos a personas mayores, cualquier acto u omisión, que tenga como resultado un daño practicado sobre personas de 60 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de derechos.

**Metodología de Trabajo Social:** Son estrategias o modelos de intervención tradicional en los cuales se promueve la participación de individuos, grupos y comunidades en acciones que prevengan, atiendan o soluciones las necesidades de la sociedad.

**Modelos de intervención:** Procesos que se realizan para la consecución del bienestar social de la población, con la participación directa y activa de ésta en el análisis, concienciación y resolución de problemas.

**Primer nivel de atención:** unidades de atención médica que constituye la entrada a los servicios de salud y se orientan primordialmente a la promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento temprano de las enfermedades de mayor prevalencia y bajo nivel de complejidad diagnóstica o terapéutica.

**Proceso metodológico de un caso:** Serie de pasos sistematizados que permiten dirigir la intervención del profesional de trabajo social en el cuidador y paciente.

**Redes de apoyo:** Se refiere a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo.

**Referencia:** procedimiento para el envío de pacientes a unidades médicas con mayor nivel de resolución.

**Respiro:** Consiste en liberar temporalmente al cuidador para realizar actividades gratificantes.

**Segundo nivel de atención:** unidades médicas que proveen los servicios de atención en los procesos hospitalarios a los pacientes que presentan enfermedades que por su complejidad no pueden ser atendidos en el primer nivel de atención.

**Serotonina:** Neurotransmisor que regula la interconexión neuronal en el sistema límbico, se considera influye en el estado de ánimo.

**Unidad de referencia:** Unidad de atención médica de mayor complejidad o capacidad resolutive, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

## 7

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adelman R, Tmanura C, Degado D, Dion S, Lachs M. Caregiver Burden:A Clinical Review. JAMA 2014;311(10):1052-59.
2. Alvarado AS, González M. Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas. Estrategias para obtener información y mantener la comunicación con el personal médico y con la persona enferma. Secretaria de Salud, México. 2006.37
3. Arias A, Zunino E, Garelo S. El Proceso metodológico y los modelos de intervención profesional. La impronta de su direccionalidad instrumental y su revisión conceptual actual. Buenos Aires: Departamento de publicaciones de la facultad de derecho y ciencias sociales de la universidad de Buenos Aires. 2013. pp 40 – 50. ISBN 978-987-28642-3-1.
4. Barrón A. Evaluación del apoyo social. En: Barrón A. Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI España Editores, 1996. ISBN 84-232-0918-4.
5. Benavides O, Alburquerque D, Chaná-Cuevas P. Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. Rev Med Chil. 2013;141(3):320-6.
6. Bevans M, Sternberg E. Caregiver burden, stress and health effects among family caregivers of adult cancer patients. JAMA, 2012;307(4) 398-403.
7. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Méd Chile 2009; 137: 657-665.
8. Brodaty H, Green A, Koshera A. Meta-analysis of pshychosocial interventions for caregivers of people with dementia. J Am Geriatr Soc 2003; 51: 657-64.
9. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2009;373(9665):746-58.
10. Coira Fernandez G, Bailón Muñoz E. La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. Aten Primaria 2014;46(6):271-272.
11. Coon D, Gallagher-Thompson D, Thompson L. Innovative Interventions to Reduce Dementia Caregiver Distress: A Clinical Guide. New York. Springer Pub. Co. 2003.
12. D'Aoust R, Brewster G, Rowe M. Depression in informal caregivers of persons with dementia. Int J Older People Nurs. 2015 Mar;10(1):14-26.
13. De Robertis C. Fundamentos de Trabajo social. Ética y metodología. Universidad de Valencia, España. Editorial PUV. 2003. p. 88-89.
14. Deborah Henderson D, Varble D, Buchanan J. Elder Abuse: Guidelines for treatment. Handbook of Forensic Psychology. Academic Press, 2003. Pp. 743-765.
15. Dong X, Simon M, Evans D. Prospective study of the elder self-neglect and ED use in a community population. Am J Emerg Med. 2012 May;30(4):553-61.
16. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Viáfara A, Herrera J. Síndrome del Cuidador de Adultos Mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colomb Med 2006; 37(1): 31-38.
17. Dunkin J, Anderson-HANley C. Dementia caregiver burden. Neurology, 1998;51 (Supl 1): S53-S60.

18. ENSANUT 2012. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. 2a. ed. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2013.
19. Etkin CD, Prohaska TR, Connell CM, Edelman P, Hughes SL. Antecedents of Physical Activity Among Family Caregivers. *J Appl Gerontol*. 2008 Jun;27(3):350-367.
20. Fernández GT, Ponce de León RL. Trabajo social individualizado. Metodología de intervención. Madrid. Académicas UNED, 2012.
21. Ferré-Grau C, Rodero V, Cid D, Vives C, Aparicio M. Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona: Publidisa, S.A. 2011. ISBN:978-84-694-7940-7
22. Ferrer J, Gómez S, Rigla F, López V. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. *Población*, 2006;1(557); 3-7
23. FITS. Federación Internacional de Trabajadores Sociales, Asociación Internacional de escuelas de Trabajo Social (AIETS) 2004.
24. Gallo LC, Roesch SC, Fortmann AL, Carnethon MR, Penedo FJ, Perreira K, Birnbaum-Weitzman O, et al. Associations of chronic stress burden, perceived stress, and traumatic stress with cardiovascular disease prevalence and risk factors in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos Sociocultural Ancillary Study. *Psychosom Med*. 2014 Jul-Aug;76(6):468-75.
25. García A, García L, Campos J, Fernández A, Matilla R, Merino M, et. al. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. España Ed. International marketing communication. 2013:pp 41.
26. González-Castro U, Reyes-Luna AG. Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de enfermos crónico-degenerativos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2012;15(2):636-61. Acceso a internet en septiembre 2014. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/32371/29767>
27. Herdman TH (Ed). American Psychological Association. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Barcelona. Elsevier. 2012 pp 295-8.
28. Honea NJ, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, Northouse LL. Putting Evidence into Practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clin J Oncol Nurs*. 2008 Jun;12(3):507-16.
29. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013;42(3):292-8.
30. Kiecolt-Glaser JK, Dura JR, Speicher CE, Trask OJ, Glaser R. Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosom Med*. 1991;53(4):345-62
31. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Malarkey WB, Mercado AM, Glaser R. Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*. 1995;346(8984):1194-6.
32. Kim H, Chang M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs*. 2012 Apr;68(4):846-55.
33. Levy K, Lanctôt KL, Farber SB, Li A, Herrmann N. Does pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease relieve caregiver burden? *Drugs Aging*. 2012;29(3):167-79.
34. López MJ, Crespo LM. Guía para cuidadores de Personas Mayores en el Hogar. Como mantener su bienestar. Madrid. Instituto de Mayores y servicios sociales. 2008 pp 71 – 79
35. Loureiro Lde S, Fernandes Md, Marques S, Nóbrega MM, Rodrigues RA. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Oct;47(5):1133-40.

36. McFall S, Miller BH. Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly persons. *J Gerontol.* 1992;47(2):S73-9.
37. McKay M, Wood J, Brantley J. *The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance.* Oakland. New Harbinger. 2007.
38. Mendoza ML, Rodriguez GR. Colapso del cuidador. En: Rodriguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D'Hyver C. *Práctica de la Geriatria.* México. McGraw-Hill Interamericana Editores. 2000 pp 224-229
39. Morales-Cariño EM, Jiménez-Herrera BL, Serrano-Miranda TA. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Revista de Investigación Clínica.* 2012;64(3):240-46.
40. Moreno-Gaviño L, Bernabeu-Wittel M, Alvarez-Tello M, Rincón Gómez M, Bohórquez Colombo P, Cassani Garza M, Ollero Baturone M, García-Morillo S. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes con pluripatología. *Aten Primaria.* 2008 Apr;40(4):193-8.
41. NAC. National Alliance for Caregiving in collaboration with AARP. Caregiving in the United States 2009. Disponible en: <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf>
42. Palancar-Sanchez A. Trabajo Grupal con cuidadores de personas dependientes. Texto base de la presentación del día 3 de octubre de 2009, espacio abierto de la Asociación para el estudio de temas psicosociales, grupales e institucionales. Acceso en septiembre 2014. Disponible en: <http://www.area3.org.es/Uploads/a3-13-Cuidadores-APalancar.pdf>
43. Pereda C, De Prada MA, Actis W. *Cuidados de la Vejez. el apoyo informal.* 1ª ed. INSERSO. Madrid 1995
44. Regueiro-Martínez AA, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Ferreiro Cruz MC Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria* 2007;39(4):185-188.
45. Ruiz-Ríos AE, Nava-Galán MG, Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)* 2012;11(3): 163-169
46. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? a systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2009;27(1):31-40.
47. Stevens AB, Smith ER, Trickett LR, McGhee R. Implementing an evidence-based caregiver intervention within an integrated healthcare system. *Transl Behav Med.* 2012 Jun;2(2):218-27
48. Torres M, Ballesteros E, Sánchez P. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España GEROKOMOS 2008; 19 (1): 9-15
49. Travi B. Prácticas Profesionales, modelos de intervención y proceso de producción de conocimientos. *Rev. Trabajo Social UNAM.* 2010: 16(1):74 – 89
50. Vasiliki O, Miranda-Castillo C. Does physical activity reduce burden in carers of people with dementia? A literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29: 771–783.
51. Vélez-Lopera JM, Berbesí Fernández D, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordóñez Molina J. Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de Síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Aten Primaria* 2012;44(7):411-416.
52. Venegas-Bustos BC. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Rev Aquichan.* 2006;6(6):137-147
53. Wright JF, Doherty ME, Dumas LG. Caregiver burden: three voices-three realities. *Nurs Clin North Am.* 2009 Jun;44(2):209-21
54. Zambrano R, Ceballos P. Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2007, (XXXVI), Supp. 1

55. Zambrano-Dominguez EM, Guerra-Martin MD. Formación del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. *Aquichán* 2012;12 (3):241-251.
56. Zarit SH, Reever Ke, Bach J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-655.



## 8 AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

### **Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS**

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria	de	Excelencia	Clínica.
	Coordinación Técnica Coordinación de UMAE			
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero	de	Excelencia	Clínica.
	Coordinación Técnica Coordinación de UMAE			

## 9 COMITÉ ACADÉMICO

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfina Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador