

## Cedula de información del cuidador informal y de la persona mayor receptora del cuidado

Fecha de la recopilación (dd/mm/aaaa)		Código de identificación			
<b>INFORMACIÓN DEL CUIDADOR INFORMAL</b>					
<b>1 Información sociodemográfica del cuidador informal</b>					
Nombre (s)		Apellido (s)		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Lugar de nacimiento
Edad (en años)	Sexo H ( ) M ( )	Estado civil ( ) Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Unión libre ( ) Divorciado (a) ( ) Separado (a) ( ) Viudo (a)		¿Sabe leer y escribir? Sí ( ) No ( )	Escolaridad Primaria ( ) Profesional ( ) Secundaria ( ) Posgrado ( ) Bachillerato ( ) <del>Años de estudio:</del>
Domicilio completo (Calle, no. ext/int, colonia, alcaldía, CP)				Contacto (teléfono fijo, celular, correo electrónico)	
¿Utiliza los siguientes dispositivos electrónicos para el uso de las tecnologías de la información y la comunicación? Computadora ( ) Celular ( ) Tableta ( ) Otra: ( ) ¿cuál? Ninguna ( )		¿Trabaja actualmente? Sí ( ) Ocupación: No ( )		¿Cuenta con pensión? Sí ( ) Ocupación anterior: No ( )	¿Practica alguna religión? Sí ( ) ¿Cuál? No ( )
¿Está afiliado a servicios de salud/seguridad social? Sí ( ) ¿Cuál? No ( )				¿Cuenta con el apoyo de algún programa social? Sí ( ) ¿Cuál? No ( )	
¿Cuál es el ingreso mensual del hogar? ¿Cuántas personas dependen de este ingreso?				¿Qué porcentaje del ingreso del hogar se destina al cuidado de la persona mayor?	
<b>2 Estado de salud y condición física actual del cuidador informal</b>					
¿Algún médico le ha diagnosticado alguno (s) de los siguientes padecimientos? Diabetes ( ) Hipertensión ( ) Colesterol alto ( ) Otro padecimiento: Ningún padecimiento ( )					
¿Está en tratamiento médico? Sí ( ) No ( ) ¿Por qué?					
¿Tiene baja audición/discapacidad auditiva? Sí ( ) ¿Cuál? ¿Usa alguna ayuda técnica?	¿Tiene baja visión/discapacidad visual? Sí ( ) ¿Cuál? ¿Usa alguna ayuda técnica?	¿Tiene alguna discapacidad motriz? Sí ( ) ¿Cuál? ¿Usa alguna ayuda técnica?	¿Tiene alguna discapacidad intelectual/mental o psicosocial? Sí ( ) ¿Cuál? ¿Usa alguna ayuda técnica?		

Esta sección deberá ser llenada al terminar de recabar la información de la cédula y de los 3 instrumentos. Escribir solamente los factores de riesgo que se hayan encontrado y su prioridad de acuerdo con la Tabla 1.

<b>REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO<sup>1</sup></b>
<b>FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN ÁREA 1</b>
<b>FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN ÁREA 2</b>

<sup>1</sup> Factor de riesgo: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. OMS. [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

Sí ( ) ¿Cuál? No ( ) No ( )	Sí ( ) ¿Cuál? No ( ) No ( )	Sí ( ) ¿Cuál? No ( ) No ( )	Sí ( ) ¿Cuál? No ( ) No ( )
<b>En el último mes ha experimentado:</b>			
Dolor de cabeza Sí ( ) ¿Con qué frecuencia? Algunas veces ( ) Frecuentemente ( ) Siempre ( ) No ( )	Problema gástrico o intestinal Sí ( ) ¿Cuál? ¿Con qué frecuencia? Algunas veces ( ) Frecuentemente ( ) Siempre ( ) No ( )	Problema muscular o articular (ej. dolor de espalda, cintura, rodillas, otros) Sí ( ) ¿Cuál? ¿Con qué frecuencia? Algunas veces ( ) Frecuentemente ( ) Siempre ( ) No ( )	Irritabilidad Sí ( ) No ( ) Cambios repentinos de humor Sí ( ) No ( ) Cambio de peso sin proponérselo Sí ( ) No ( )
Desarrollado de alguna alergia Sí ( ) ¿Cuál? No ( )	Desarrollado de algún problema en la piel Sí ( ) ¿Cuál? No ( )		
<b>Actualmente:</b>			
¿Usted tiene alguno de los siguientes hábitos? Fuma ( ) Consume alcohol ( ) Consume alguna otra sustancia: Frecuencia/cantidad: No tiene estos hábitos ( )			
¿Realiza actividad física/ejercicio actualmente? Sí ( ) ¿Con qué frecuencia? Diario ( ) 1 o 2 veces por semana ( ) Ocasionalmente ( ) No realiza actividad física/ejercicio ( )			
¿Cómo considera que es su alimentación? Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )			
¿Cómo considera su estado de salud? Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )			
¿Cómo considera su estado de salud comparado con otras personas de su misma edad? Mejor ( ) Igual ( ) Peor ( )			
<b>3 Características del cuidado que se proporciona a la persona mayor</b>			
¿Usted es el cuidador principal? Sí ( ) No ( )	¿A cuántas personas cuida?	¿Desde hace cuánto tiempo usted cuida a la (s) persona (s) mayor (es)?	¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de la (s) persona (s) mayor (es)?
¿Cuántos días a la semana?	¿Cuántas horas al día dedica para descansar?		
¿Cuál es la relación o parentesco con la persona mayor que se cuida? (Cómo se determinó al cuidador)			
¿Cómo es la relación con la persona mayor que cuida? (calidad de la relación que se tenía y se tiene, posibles conflictos, etc.): Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) ¿Por qué?			
¿Con qué frecuencia la persona mayor recibe la visita de familiares o amigos? Todos los días ( ) Una vez a la semana ( ) Una vez al mes ( ) Nunca ( )			

**FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN ÁREA 3**

Describir las principales actividades de cuidado que realiza<sup>2</sup>:

¿Hay alguna actividad que le sea especialmente difícil? ¿Por qué?

**4 Recursos sociales de apoyo al cuidador informal**

¿Quién le ayuda o le podría ayudar en el cuidado de la persona mayor?

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN O PARENTESCO	TIPO DE APOYO <sup>3</sup>				NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL APOYO		
			Emocional	Instrumental	Material	Informativo	NADA	POCO	MUCHO

¿Pertenece a algún grupo social presencial o a distancia? Sí ( ) ¿Cuál?  
No ( )

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA MAYOR RECEPTORA DEL CUIDADO**

**5 Información sociodemográfica de la persona mayor receptora del cuidado**

Nombre (s)		Apellido (s)			
Edad (en años)	Sexo H ( ) M ( )	Estado civil ( ) Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Unión libre ( ) Divorciado (a) ( ) Separado (a) ( ) Viudo (a)		¿Sabe leer y escribir? Sí ( ) No ( )	Último grado de estudios
Domicilio completo (Calle, no. ext/int, colonia, alcaldía o municipio, estado, CP)			¿Es el mismo domicilio del cuidador? Sí ( ) No ( )	¿Hay otras personas que viven en el mismo hogar? Sí ( ) ¿Cuántas? No ( )	

**FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN ÁREA 4**

**FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN ÁREA 5**

<sup>2</sup> Actividades: Básicas (higiene, confort, limpieza, alimentación curaciones, movilización, eliminación) e Instrumentales (medicación, llamadas telefónicas, admón. de recursos económicos, transporte, compras, labores domésticas o lavar ropa).

<sup>3</sup> Tipo de apoyo: Emocional (afecto, compañía, reconocimiento, escucha), Instrumental (cuidado, transporte, labores del hogar), Material (dinero, alojamiento, ropa, pago de servicios), Informativo (orientación, información, intercambio de experiencias).

¿Trabaja actualmente? Sí ( ) Ocupación: No ( )		¿Cuenta con pensión? Sí ( ) Ocupación anterior: No ( )		¿Practica alguna religión? Sí ( ) ¿Cuál? No ( )		
¿Está afiliado a servicios de salud/seguridad social? Sí ( ) ¿Cuál? No ( )			¿Cuenta con el apoyo de algún programa social? Sí ( ) ¿Cuál? No ( )			
<b>6 Estado de salud y condición física actual de la persona mayor</b>						
¿Algún médico le ha diagnosticado alguno (s) de los siguientes padecimientos? Diabetes ( ) Hipertensión ( ) Colesterol alto ( ) Otro padecimiento: Ninguno ( )						
¿Está en tratamiento médico? Sí ( ) No ( ) ¿Por qué?						
¿Tiene baja audición/discapacidad auditiva? Sí ( ) ¿Cuál?  ¿Usa alguna ayuda técnica? Sí ( ) ¿Cuál?  No ( ) No ( )		¿Tiene baja visión/discapacidad visual? Sí ( ) ¿Cuál?  ¿Usa alguna ayuda técnica? Sí ( ) ¿Cuál?  No ( ) No ( )		¿Tiene alguna discapacidad motriz? Sí ( ) ¿Cuál?  ¿Usa alguna ayuda técnica? Sí ( ) ¿Cuál?  No ( ) No ( )		
				¿Tiene alguna discapacidad intelectual/mental o psicosocial?  Sí ( ) ¿Cuál?  ¿Usa alguna ayuda técnica? Sí ( ) ¿Cuál?  No ( ) No ( )		
<b>Nivel de dependencia de la persona mayor para realizar ABVD<sup>4</sup></b>						
<b>Instrucciones:</b> Indique cómo la persona mayor que cuida realiza cada una de las siguientes actividades básicas de la vida diaria (ABVD); tomar en cuenta su estado actual y no la capacidad para hacerlas; es decir, mencionarlo que sí realiza. Para cada actividad, marcar el valor 1 ó 0.						
ACTIVIDAD	INDEPENDENCIA		Valor	DEPENDENCIA		Valor
1) Bañarse (con esponja, regadera o tina)	Se baña completamente sin ayuda o necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada).		1	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera y/o regadera, o no se baña solo.		0
2) Vestirse	Toma la ropa solo, se la pone, se pone accesorios de vestir y abrigos, sube y baja el cierre de ropa (se excluye el atarse los zapatos).		1	No se viste solo o permanece vestido parcialmente.		0
3) Uso de sanitario	Accede al sanitario, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).		1	Usa cómodo /pato/bacinica o bien, precisa ayuda para acceder al sanitario y utilizarlo.		0
4) Movilidad	Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).		1	Precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.		0
5) Continencia	Control completo de micción y defecación.		1	Incontinencia urinaria o fecal parcial o total.		0
6) Alimentación	Lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).		1	Precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación por sonda o vía intravenosa.		0
Forma de calificar: Cada ítem 1 si se realiza la actividad		Interpretación: Puntuación de 5-6, indica independencia para las ABVD.		Puntos		Resultado

<b>FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN ÁREA 6</b>

<sup>4</sup> Adaptado de Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized, measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185 (12), 914-919

independiente y 0 si realiza con ayuda o no la realiza.	Puntuación de 3-4, indica dependencia moderada. Puntuación de 2 o menor, indica dependencia (deterioro funcional grave).	obtenidos:	
<b>Nivel de dependencia de la persona mayor para realizar AIVD<sup>5</sup></b>			
<b>Instrucciones:</b> Indique cómo la persona mayor que cuida realiza cada una de las siguientes actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Considerar el estado actual y no la capacidad de hacerlas; es decir, mencionar lo que sí realiza. Para cada actividad marcar el puntaje.			
No.	Actividad	Puntos	
<b>Usar el teléfono</b>			
1)	Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1	
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.	1	
	No es capaz de usar el teléfono.	0	
<b>Hacer compras</b>			
2)	Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	
	Realiza independientemente pequeñas compras.	0	
	Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	0	
	Totalmente incapaz de comprar.	0	
<b>Preparación de la comida</b>			
3)	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1	
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0	
<b>Cuidado de la casa</b>			
4)	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1	
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	
	No participa en ninguna labor de la casa.	0	
<b>Lavado de la ropa</b>			
5)	Lava por sí solo toda su ropa.	1	
	Lava por sí solo pequeñas prendas.	1	
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0	
<b>Uso de medios de transporte</b>			
6)	Viaja solo en transporte público o conduce su propio automóvil.	1	
	Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1	
	Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros.	0	

<sup>5</sup> Adaptado de Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9(3), 179-186.

	No viaja.	0
7)	<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	
	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta.	1
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente.	0
	No es capaz de administrarse su medicación.	0
8)	<b>Manejo de sus asuntos económicos</b>	
	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
	Incapaz de manejar dinero	0

Forma de calificar: La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).	Interpretación: 8 Puntos - Independencia para AIVD 6-7 Puntos - Dependencia ligera 4-5 Puntos - Dependencia moderada 2-3 Puntos - Dependencia grave 0-1 Punto - Dependencia total	Puntos obtenidos:	Resultado
---	--	-------------------	-----------

**7 Aspectos individuales del cuidador informal**

**FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS EN ÁREA 7**

**Instrucciones:**  
A continuación aplique los 3 instrumentos al cuidador informal  
Registre el resultado obtenido por el cuidador informal, seleccionando la opción que corresponda para cada uno de los instrumentos

<b>Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Nivel de sobrecarga:</b>  Sin sobrecarga ( ) Sobrecarga leve ( ) Sobrecarga intensa ( )	<b>Escala de Goldberg</b>  Probable ansiedad ( ) Probable depresión ( )	<b>Cuestionario de estilo de afrontamiento del estrés CAE (versión reducida)</b> <b>Estilo principal de afrontamiento del estrés:</b>	
		Focalizado en la solución del problema ( ) Autofocalización negativa ( ) Reevaluación positiva ( ) Expresión emocional abierta ( )	Evitación ( ) Búsqueda de apoyo social ( ) Religión ( )

<p>Nombre y firma/huella digital del cuidador informal de conocimiento sobre el manejo que se dará a la información recabada.</p> <p align="center"><b>“Recibí información sobre el aviso de privacidad”</b></p> <p>_____</p>	<p>Derivación con un profesional de la salud:</p> <p>Sí ( )                      No ( )</p> <p>Cuál:</p> <p>Motivo:</p>	<p>Nombre y firma de quien obtiene y registra la información del cuidador informal:</p> <p>_____</p>
---	---	--