



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX

***“PREVALENCIA DEL COLAPSO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE LOS PACIENTES
GERIÁTRICOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DE GERIATRÍA EN EL
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PEMEX”***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN
GERIATRÍA

PRESENTA:
Dra. Martha Gloria Cruz Balderas

Asesores de tesis:
Dr. Alejandro Uribe Hernández
Dr. Roberto Londaiz Gómez



México D.F.

Febrero, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JAIME ELOY ESTEBEN VAZ
Director del Hospital Central Norte de PEMEX
Vo. Bo.

DR. ALEJANDRO URIBE HERNÁNDEZ
Profesor Titular del Curso De Geriátría
y Asesor de Tesis
Vo. Bo.

DR. ROBERTO LONDAIZ GOMEZ
Jefe de Enseñanza e Investigación
y Asesor de Tesis
Vo. Bo.

AGRADECIMIENTOS .

A Dios: Por prestarme vida, salud y sobre todo fe para poder terminar el camino que me propuse, así como también por su amor y comprensión ya que a pesar de los errores cometidos no tengo duda que siempre estuvo y estará a mi lado ayudándome a superar cada prueba que se presente.

A mis padres: por el apoyo brindado durante toda mi vida, así como su gran confianza y comprensión al saber que aunque lejos de ellos físicamente siempre tuve en cuenta sus consejos, principios y todo el amor con el que me educaron.

A mis hermanos: por los ánimos que siempre me dieron para seguir adelante a pesar de los problemas, así como por su ayuda física y moral para nunca dejarme sola y que yo pudiera realizar mis metas.

A mis maestros: especialmente al Dr. Uribe por su paciencia y disposición para enseñarme no solo el manejo físico del paciente geriátrico si no también el psicológico y espiritual, enseñarme a entenderlos y a que ellos me entendieran, que a pesar de los defectos o virtudes que pudieran tener, todos los ancianos son un regalo de Dios y un gran libro abierto lleno de amor, sabiduría y experiencia en la vida esperando por nosotros.

A mis grandes amigos: a ti Arturo por tu compañerismo y ese gran cariño con el que me has apoyado desde la universidad y que continuo en mi especialidad, subespecialidad y que espero me siga acompañando toda la vida. A Rossy, Mirna y Olga por tantos años de amistad y ayuda mutua, a Martha por sus ánimos, amistad y compañerismo incondicionales, a Yesi por su alegría contagiosa y su sincera amistad y a Sandra por su compañía y gran cariño durante mi estancia en México.

A ti Francisco: por tu apoyo y amor incondicional, tú fe en mí y por enseñarme que pase lo que pase siempre hay esperanza.

PENSAMIENTOS:

“El sentido que los seres humanos atribuyen a su vida y su total sistema de valores son los que definen el significado y el valor de la vejez. En contraposición, es la manera como una sociedad se comporta hacia los ancianos como se descubre la verdad desnuda y muy frecuentemente oculta de sus principios y aspiraciones”

Simone de Beauvoir “La vejez”

“La edad se lleva en el alma aunque el paso del tiempo lo soporte el cuerpo”

Anónimo

“Los años arrugan la cara, pero el perder el entusiasmo arruga el alma”.

Anónimo

“La gente envejece únicamente al abandonar sus ideales”

Cicerón 43 a.c.

“Tócame, las arrugas no se contagian”

Anónimo

“A mitad del camino de la vida en una selva oscura me encontraba, porque mi ruta había extraviado”.

Dante. Divina Comedia.

“Del nacer al morir el tiempo nos encierra en sus muros intangibles. Caemos con los siglos, los años, los minutos. ¿Sólo es caída el tiempo, solo es muro? Por un instante, a veces vemos, no con los ojos: con el pensamiento, al tiempo reposar en una pausa”

Octavio Paz

INDICE:

	Página
Introducción.....	6
Prefacio.....	7
Prólogo.....	9
Resumen.....	10
Planteamiento del problema.....	12
Antecedentes.....	13
Objetivos.....	21
Hipótesis.....	21
Justificación.....	22
Material y Métodos.....	23
Resultados.....	26
Discusión.....	32
Conclusiones.....	33
Recomendaciones.....	34
Anexos.....	35
Bibliografía.....	39

INTRODUCCIÓN:

El paciente geriátrico se caracteriza por motivar demandas de atención importantes derivadas de su patología y de su condición como personas de edad avanzada, con las limitaciones físicas y psíquicas que esto comporta. En este contexto, el papel del cuidador principal no profesional puede ser origen de conflictos que a menudo se convierten en entidades nosológicas bien definidas y que pueden provocar un deterioro de la relación familiar-enfermo y distorsiones de la dinámica familiar y de las relaciones sociales previas. (2)

Números trabajos publicados, así como la experiencia de muchos profesionales en geriatría, describen el tipo de cuidador como una mujer de entre 50 y 60 años, madre de familia y ama de casa que dedica muchas horas al día a cuidar. En otros casos se trata del cónyuge <sano>, con una media de 70-80 años de edad que a menudo presenta una situación de salud frágil y una escasa capacidad de adaptación a los cambios y al aprendizaje de nuevas funciones. También son cada vez más frecuentes las hijas e hijos quienes tienen que compatibilizar su trabajo con el cuidado de su familiar enfermo. (4)

Esta tarea suele ser nueva, no se ha planificado previamente ni la persona está especialmente preparada para llevarla a cabo. Es un momento de cambio en la vida personal y familiar al que es necesario adaptarse. Si no se toman las debidas precauciones, e incluso muchas veces habiéndolas tomado, puede producirse una situación de sobrecarga del cuidador que puede expresarse tanto por la aparición de síntomas físicos (cefaleas, lumbalgias), como psíquicos (insomnio, ansiedad, depresión) o sociofamiliares (aislamiento social, alteración de la convivencia familiar, pérdida de empleo, problemas económicos).

Por otra parte, el grado de sobrecarga depende de diferentes factores bien conocidos: tipo de síntomas, gravedad y duración de la enfermedad, características personales del cuidador y apoyo y ayuda que reciban de los recursos sociosanitarios. (4)

PREFACIO:

En el último decenio del siglo XX, la tendencia mundial hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han hecho patente el fenómeno del envejecimiento poblacional a una proporción jamás alcanzada. El envejecimiento siempre ha existido, sin embargo, el porcentaje de personas que llegaba a edades avanzadas era poco considerable. Los cambios fisiológicos que acompañan al proceso de envejecimiento provocan deficiencias funcionales de diversos órganos del cuerpo. A este curso normal de sus acontecimientos se agregan cambios patológicos que llevan a la enfermedad, lo cual suele ser difícil y a veces imposible de identificar. Más importante que el número o tipo de enfermedades que aquejan a un individuo es la consideración de la carga que el padecimiento tiene sobre la vida del individuo, lo que se traduce en términos de funcionalidad. El peso de la enfermedad y la incapacidad puede apreciarse mejor por la capacidad que tiene la persona sola, o con ayuda, para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria. La dependencia se ha relacionado con la ayuda utilizada para lograr un nivel específico de funcionamiento.

La familia juega un papel determinante en el estado de salud y bienestar del anciano, y por lo tanto, es indispensable considerarla como un factor importante en la evaluación médica del paciente. Si consideramos que la mayor parte de la población viven dentro de una familia y esta es la principal fuente de apoyo psicosocial, los conocimientos de la estructura y la dinámica dentro del núcleo familiar serán herramientas de gran valor para comprender mejor las necesidades del anciano, en el contexto en el cual la enfermedad se va a presentar, los factores que favorecerán o disminuirán la aparición de síntomas o malestares, así como las preocupaciones en cada uno de los miembros que lo rodea.

En general, la enfermedad del anciano trasciende más profundamente en el núcleo familiar que cuando se presenta en otros grupos de edad. Las características de fragilidad, el mayor riesgo de tener enfermedades crónicas no susceptibles de curación y de secuelas invalidantes ponen en peligro al individuo ante la amenaza de dependencia y muerte. El grado de dependencia física, mental o ambas cosas, será determinante en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones, a veces de manera permanente, que deben confrontar las personas que rodean al viejo.

Independientemente del nivel de desarrollo del país, los diferentes esfuerzos que han surgido para mejorar las condiciones de vida de los ancianos han puesto mayor énfasis en la familia, la cual continúa siendo el sitio ideal que puede ofrecer mejor apoyo psicosocial a la persona de edad avanzada.

Cuando la familia se adapta de manera inadecuada, la interacción entre sus miembros se va a afectar. Habrá necesidad de buscar culpables, surgirán alianzas, triangulaciones, nuevos papeles o jerarquías. Cuando se dan estas condiciones, se habla de una alteración de la dinámica familiar y todos los miembros sufren las consecuencias; por lo tanto, la familia frena su desarrollo y se estanca. La capacidad de respuesta para enfrentar los grandes cambios en la vida varía de una familia a otra. La calidad de vida tanto del viejo como de todo el núcleo familiar dependen de la manera en que comprendan, manejen y reduzcan la invalidez.

PROLOGO:

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad de las personas de edad, así como una redefinición de sus necesidades que apunta al aumento del requerimiento de apoyo cotidiano en las actividades básicas de la vida diaria. El creciente número de personas que las próximas décadas entrará en esta situación representará un gran reto para el diseño de políticas de seguridad social como para la fundación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de este grupo poblacional y brinden apoyo a los familiares que tendrán al anciano en casa.

La puesta en práctica de soluciones eficaces es, sin embargo difícil dado que los rezagos acumulados en materia de seguridad social se suman a la crisis de legitimidad de dicho sistema y por si ello no bastara, el evidente decremento en el tamaño medio de las familias que quizá traerá consigo un debilitamiento de la institución que de manera tradicional y hasta la fecha se han hecho cargo de los ancianos situados en condición de deterioro funcional.

El hecho de convertirse en cuidador primario del paciente geriátrico implica grandes riesgos para la salud tanto del cuidador como del paciente si esta labor no es llevada en forma adecuada, debiéndose prevenir y detectar en forma oportuna complicaciones como la del colapso del cuidador primario la cual afecta tanto en el ámbito de salud, social, psicológico y laboral. La instalación de adecuadas redes de apoyo social tanto para paciente como para su cuidador es considerada hasta el momento como la medida mas eficaz para prevenir y tratar dicha patología la cual de continuar sin manejo puede llevar al deterioro de la calidad de vida del paciente geriátrico, mayor riesgo de institucionalización e incluso mayor incidencia de morbi-mortalidad.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El paciente geriátrico se caracteriza por motivar demandas de atención importantes derivadas de su patología y de su condición como personas de edad avanzada. Esta tarea suele ser nueva, no se ha planificado previamente ni la persona está especialmente preparada para llevarla a cabo. Si no se toman las debidas precauciones, puede producirse una situación de sobrecarga del cuidador la cual repercute a nivel personal en su salud física y psicológica, además de repercutir en el paciente con mayor riesgo de deterioro y/o institucionalización.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia del colapso, así como las principales características del cuidador primario del paciente geriátrico en nuestra población e identificar cuales de estas favorecen o previenen el colapso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se identificó a los cuidadores primarios que acudían al servicio de consulta externa de Geriatria en el Hospital Central Norte de PEMEX, aplicándoseles escala de Zarit para diagnostico de colapso, y registrando un grupo de variables socioculturales, además de escalas de Katz y Lawton y Brody para determinar las características básicas del paciente geriátrico a su cargo.

RESULTADO: Se encuestaron un total de 78 pacientes, de los cuales 85.9% fueron mujeres y 14.1% varones, con una media de edad de 56.36 ± 12 , en su mayoría tenían relación familiar directa con el paciente, siendo un 59% hijas, 7.7% hijos, esposas en el 10.3% de los casos, esposos 7.7%, y no familiares en línea directa solo el 15.4%. Un 29.5% tenían un nivel escolar de preparatoria, y solo 16 pacientes aceptaron tener trabajo remunerado al momento de la encuesta. La media de tiempo en años dedicados al cuidado del paciente fue de 10.63 ± 8.7 años. En los resultados de la escala de Zarit 42.3% no presentaban sobrecarga y un 57.7% si. El índice de Katz demostró que un 39.7% eran independientes en todas las actividades de la vida diaria. En cuanto a la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody se obtuvo una media de 2.69.

CONCLUSIONES: Se identificó al cuidador primario como una mujer, generalmente hija del paciente, con una edad promedio de 56 años, sin un trabajo remunerado y dedicada al hogar, con una escolaridad de preparatoria o su equivalente, llevando un promedio de 10.6 años realizando la tarea de cuidador y con una prevalencia de sobrecarga del 57.7%, menor que el reportado en la literatura extranjera, con una relación directa a mayor deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente geriátrico. El hecho de que un cuidador primario presente colapso repercute en todos los ámbitos del binomio cuidador-paciente provocando serios problemas de deterioro de la calidad de vida del paciente geriátrico y también en la salud del cuidador con una elevada morbi-mortalidad. Por tal motivo y dada la alta prevalencia de este padecimiento es necesario implementar las medidas sanitarias y redes de apoyo social para cuidar al cuidador.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cual es la prevalencia del colapso del cuidador primario y la relación entre este con sus características socioculturales, y con el deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los pacientes geriátricos en el hospital Central Norte de PEMEX?

ANTECEDENTES:

El cuidador principal es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y el apoyo diario a quien padece una enfermedad, pero, el cuidador no es solo el que cuida al paciente, si no que es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa que incluye el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes, facilitando la integración del paciente en su entorno y en la realidad.

El cuidador principal soporta cada día retos imprevistos, y sufre pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional. El síndrome del cuidador no es sólo un síndrome clínico ya que también están implicadas repercusiones no médicas en aspectos sociales y/o económicos. Este síndrome se caracteriza por la existencia de un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona. Otros síntomas psiquiátricos que aparecen en los cuidadores son estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, cambios conductuales, sensación de culpabilidad por no atender o poder atender convenientemente al paciente y las alteraciones afectivas que puedan motivar la aparición de ideas suicidas. (2) (14)

Todos los profesionales sanitarios, sobre todo los que habitualmente atendemos a pacientes incapacitados, sabemos lo importante que es la figura del cuidador. Se debe reconocer que la importancia del cuidador primario va en aumentando a medida que progresa la incapacidad y dependencia del enfermo. Su papel es fundamental, ya que ejerce diferentes funciones indispensables para la atención de los enfermos: es el informante clave, puesto que es un observador permanente de la situación del paciente; es quien supervisa y, en muchos casos, provee los cuidados básicos al paciente y administra los tratamientos que prescribimos; es quien organiza las actividades, busca soluciones y toma las decisiones más importantes en cuanto a cómo, quién y donde se cuidará al familiar enfermo. (1)

MARCO TEÓRICO.

A nivel mundial se ha incrementado la esperanza de vida de las personas, lo que lleva a un rápido incremento de la población mayor de 60 años y además de los cambios demográficos, se han dado cambios a nivel epidemiológico, de tal manera que las principales causas de mortalidad y morbilidad son las enfermedades crónico-degenerativas. De esta manera, el peso de la enfermedad y la muerte se desplaza, y continuar esta tendencia, de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad.

Las repercusiones de la invalidez o dependencia de los pacientes geriátricos pueden ser a varios niveles, por la carga económica que implica, la necesidad de mayor número de servicios médicos y hospitalarios y la afectación directa a la familia por demandas de atención y cuidados que tiene un paciente dependiente.

Los avances médicos y tecnológicos han favorecido la aparición de métodos de diagnóstico y tratamiento que permitan un mejor manejo de las enfermedades crónicas, mas no así del enfermo crónico, quien requiere, además del apoyo médico, del sustento emocional y los cuidados básicos e instrumentales para las actividades de la vida diaria (higiene personal y de su entorno, alimentación, recreación, cuidados generales, seguridad, etc.).

Se tiene conocimiento de que la familia es la mejor que puede proporcionar al anciano todos estos apoyos. Cuando el anciano tiene cubiertas en forma adecuada todas estas necesidades, su calidad de vida mejora, y por lo tanto su capacidad para adaptarse en condiciones mas dignas a sus padecimientos o pérdidas.

Por otro lado se ha observado que la carga de cuidar a un individuo dependiente, de modo habitual suele recaer en algún miembro de la familia, al cual se ha llamado cuidador primario. Esta persona se convierte de esta manera en el eje central del manejo del enfermo, de tal forma que el éxito de cualquier tratamiento o manejo médico dependerá en gran medida de este miembro de la familia y del apoyo que este reciba del resto de la misma. Sin embargo se ha detectado que el

médico muy pocas veces se dirige a explorar la situación del cuidador; no se sabe si es por falta de tiempo o de conocimiento.

Por el estrés y el riesgo al que está sujeto cuando la carga del cuidado se incrementa en forma importante, se le ha descrito al cuidador primario como el paciente oculto. De aquí la importancia de su detección en la práctica médica. La carga del cuidador se ha descrito como un término que engloba todos los diferentes niveles de impacto: físicos, emocionales, sociales, y financieros que afectan al cuidador primario en la atención de su enfermo y lo que puede llevar a un agotamiento o colapso.

Una distinción importante, claramente establecida en la literatura gerontológica sobre el concepto de carga, se refiere a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, la carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Además de la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, la práctica totalidad de los estudios del tema han considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la carga (costes económicos del cuidado, carga física asociada al cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etc.) (14)

Por ello, el tema del cuidado y la gran carga que esta actividad representa se ha considerado como síndrome geriátrico. El agotamiento del cuidador se presenta cuando la carga del cuidado sobrepasa su capacidad y recursos y es tan grave que puede provocar estrés excesivo y riesgo de muerte o suicidio. (6)

Muchos de los fracasos en el manejo geriátrico o dependiente no son entonces por falta de conocimientos o errores médicos. Si no por descuidar este último aspecto.

La geriatría, en su enfoque inicial del paciente, tiene especial interés en el bienestar del cuidador primario y por ende de su familia. Si consideramos que la principal fuente de apoyo psicosocial al anciano es la familia, los conocimientos de su estructura y dinámica serán herramientas de gran valor para comprender mejor sus necesidades, el contexto en el cual la

enfermedad se presenta, los factores que favorecen o disminuyen la aparición de los síntomas o quejas, así como las repercusiones en cada uno de los miembros que rodean al paciente. (6)

Números trabajos publicados, así como la experiencia de muchos profesionales en geriatría, describen el tipo de cuidador como una mujer de entre 50 y 60 años, madre de familia y ama de casa que dedica muchas horas al día a cuidar. En otros casos se trata del cónyuge <sano>, con una media de 70-80 años de edad que a menudo presenta una situación de salud frágil y una escasa capacidad de adaptación a los cambios y al aprendizaje de nuevas funciones. También son cada vez más frecuentes las hijas e hijos quienes tienen que compatibilizar su trabajo con el cuidado de su familiar enfermo.

Pero ¿Cómo les afecta personalmente el hecho de cuidar? Esta tarea suele ser nueva, no se ha planificado previamente ni la persona está especialmente preparada para llevarla a cabo. Es un momento de cambio en la vida personal y familiar al que es necesario adaptarse. Si no se toman las debidas precauciones, e incluso muchas veces habiéndolas tomado, puede producirse una situación de sobrecarga del cuidador que puede expresarse tanto por la aparición de síntomas físicos (cefaleas, lumbalgias), como psíquicos (insomnio, ansiedad, depresión) o sociofamiliares (aislamiento social, alteración de la convivencia familiar, pérdida de empleo, problemas económicos).

Por otra parte, el grado de sobrecarga depende de diferentes factores bien conocidos: tipo de síntomas, gravedad y duración de la enfermedad, características personales del cuidador y apoyo y ayuda que reciban de los recursos sociosanitarios. (1)

Gran parte de los estudios se indican que la mayoría de los cuidadores principales presentan sintomatología psiquiátrica del tipo de ansiedad y depresión (72-87%). Siendo los cuidadores principales del sexo femenino los que presentan más patología psíquica de manera significativa. Los cuidadores principales hijos políticos presentan un grado de carga significativamente más alta que otros familiares Y son los trastornos de conducta del paciente, más que el deterioro cognitivo y funcional, los que determinan una mayor sobrecarga con los cuidados. En los cuidadores de un

enfermo con Alzheimer se ha encontrado que éstos sufren niveles de ansiedad y depresión superiores, así como una salud física más deteriorada (Zarit et al1995). (5)

Los cuidadores presentan mas riesgo de ansiedad, depresión e índice de esfuerzo cuanto mayor es la dependencia física y el deterioro mental del paciente, menor el apoyo social y mayor el tiempo de cuidado de éste. Presentan más riesgo de ansiedad y depresión a mayor índice de esfuerzo, y más ansiedad e índice de esfuerzo a mayor disfunción familiar. El hecho de no tener un trabajo remunerado se relaciona con mayor depresión y esfuerzo; padecer una enfermedad crónica se relaciona con la depresión y esfuerzo, y no disponer de ayuda en el cuidado se asocia con la presencia de ansiedad. (7)

No se ha demostrado relación entre el nivel de carga del cuidador con el tiempo que se utiliza para proporcionar los cuidados, o la progresión de la pérdida de la memoria del familiar quien recibe los cuidados. (16)

La alta incidencia de ansiedad se relacionó con uso de drogas psicotrópicas entre los cuidadores. Y en cuanto a la ingesta de alcohol entre los cuidadores los resultados aun son inciertos.

La función inmune de los cuidadores puede estar disminuida, ya que se ha demostrado un incremento en la duración de enfermedades virales en cuidadores en comparación con el grupo control. (9)

Evaluación y manejo del cuidador primario.

La familia mexicana en muchos casos sigue siendo extensa; los ancianos mexicanos cuentan con varios hijos lo que permite que existan varias posibilidades en cuanto a quien deberá hacerse cargo de ellos en caso de dependencia o enfermedad. Sin embargo la tendencia hacia la familia nuclear y la disminución del número de hijos que se presenta mayormente en los países industrializados también se esta presentando con mayor frecuencia en nuestro país, lo que repercutirá en el aumento del riesgo de cuidadores colapsados.

Consideramos, por lo tanto, que en una familia con un miembro dependiente es indispensable identificar a las personas que fungen como cuidadores, ya que alguno de ellos puede estar agotado o en riesgo de colapsarse.

Dentro de las alternativas para aliviar la carga del cuidador, la primera acción será evaluar los recursos con que la propia familia cuenta. Con el solo hecho de informar directamente a todos los miembros acerca de la enfermedad, suele presentarse un notable cambio de actitud. Sin embargo, pueden suscitarse diversas situaciones defensivas como las siguientes:

El cuidador familiar, de manera inconsciente, no permite que los otros le ayuden, pues el es el único que sabe como hacer bien las cosas. Lo anterior puede deberse a varias circunstancias a la vez, como la existencia de conflictos familiares previos no resueltos que conlleva a sentimientos de culpa, resentimientos o rencores. La lucha por el control o el poder puede llevar a una personalidad con tendencia a la victimación y a culpar a los demás. Por otro lado, puede existir una tendencia a la negación o evasión ante la presencia de conflictos, lo que favorece que algunos miembros de la familia se “desentiendan del problema”. Sin embargo, la realidad es que en muchos casos el cuidado del enfermo recae sobre una sola persona, y esta, muchas veces no cuenta con ningún otro apoyo. (6)

El estudio de la figura del cuidador aparece por primera vez en los trabajos de Claussen y Yarrow en 1955 y posteriormente en los de Grad se introduce el concepto de <carga del cuidador>. A partir de entonces se ha propuesto varias escalas para valorar la carga de trabajo que presenta el cuidador principal. Utilizándose en la detección precoz del síndrome del cuidador para poder actuar antes de que se manifieste, o en el caso de que ya este establecido, proporcionar al cuidador los medios necesarios para restablecer su equilibrio físico y mental. El objetivo final de estos índices no es otro que evitar la aparición de enfermedades en el cuidador y su repercusión, tanto física como emocional (abandono, rechazo, institucionalización, etc.) sobre el paciente. (10)

Existen varios cuestionarios que se han desarrollado para valorar la carga del cuidador. El más conocido es la escala de Zarit. Tanto esta como otras escalas no están diseñadas para aplicarse en la práctica clínica rutinaria; otras escalas validadas y utilizadas con frecuencia en la práctica son:

- Escala de carga del cuidador.
- Escala de estrés del cuidador.
- Chequeo de la carga del cuidador.
- Índice de esfuerzo del cuidador. (11)

El índice de esfuerzo del cuidador es una herramienta de 13 ítems que mide el esfuerzo relacionado con la provisión de cuidados. Hay por lo menos un ítem para cada uno de los siguientes dominios: empleo, financiero, físico, social y tiempo. Respuestas positivas a 7 o más en el índice indican un mayor nivel de esfuerzo.

Puede ser utilizado para evaluar individuos de cualquier edad, cuidadores de adultos ancianos. Y se encuentra limitada por la carencia de una clasificación objetiva del impacto del cuidador. (12)

La escala de carga del cuidador es otra de las escalas utilizadas y que se encuentran validadas, la cual incluye 14 ítems, 6 destinados a la valoración de la carga objetiva, 4 a la carga subjetiva y 4 al estrés subjetivo. (13)

Sin embargo, el médico debe tener en cuenta algunas preguntas que no deberán omitirse, dado que pueden ayudar a detectar el problema, ya que si los signos son reconocidos temprano, se podrá brindar una ayuda oportuna. A continuación se enuncian algunos signos de alarma:

1. El cuidador está desprovisto de amigos y actividades sociales que alguna vez disfrutó.
2. El cuidador muestra molestia o coraje hacia el paciente u otros por que parece ser que no hay tratamiento efectivo o curación y no entiende lo bastante bien la enfermedad.

3. El cuidador niega la severidad, así como los resultados finales del padecimiento.
4. A pesar de lo anterior, el cuidador se muestra ansioso sobre como confrontar cada día y lo que el futuro depara.
5. La depresión se instala y afecta la habilidad del cuidador para hacer frente al problema.
6. El cuidador esta exhausto y no alcanza a terminar sus tareas rutinarias.
7. La falta de concentración hace que las más simples tareas parezcan imposibles de sobrellevar.
8. La irritabilidad lo lleva a cambios de humor y dispara reacciones negativas.
9. El cuidador no duerme bien por la lista interminable de pendientes.
10. Los problemas de salud se hacen presentes y comienzan a afectarlo tanto en el plano físico como en el mental.

Cabe mencionar que en algunos estudios, se observó que la carga de los cuidadores primarios estaba más relacionada con los problemas de disponibilidad de apoyo social que los propios del comportamiento generado por el paciente enfermo. El foco principal de tratamiento es el bienestar del cuidador más que la búsqueda de soluciones para comportamientos específicos o para problemas de memoria del paciente demenciado. Sin embargo, también se ha observado que los problemas de comportamiento o la depresión suelen ser más fáciles de sobrellevar por el cuidador. Por lo anterior, si se plantea un acercamiento que incluya tanto el apoyo del cuidador como la atención de cualquier aspecto modificable de la conducta del paciente, la situación se tornará más manejable. (15)

Tanto en el cuidador como el resto de la familia el médico deberá explorar el conocimiento que se tiene de la enfermedad; cuales son sus principales inquietudes, mitos y fantasías.

También es importante que el cuidador cuente con un periodo de descanso con regularidad. Los centros de día son una excelente ayuda que ofrecer para apoyar el paciente y liberarle tiempo al cuidador. Se ha descrito también que los periodos de descanso de los cuidadores formales e informales retrasan la institucionalización del paciente y tienen gran impacto en la carga del cuidador. (6)

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia del colapso del cuidador primario de los pacientes geriátricos derechohabientes del HCN de PEMEX que acuden a consulta externa del servicio de geriatría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar la prevalencia del colapso del cuidador primario en relación con el deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente geriátrico.
- Determinar las principales características socioculturales de los cuidadores primarios del paciente geriátrico y su relación con el colapso.
- Comparar la prevalencia del colapso en relación con el sexo, edad, parentesco, escolaridad, número de años al cuidado del paciente y trabajo remunerado del cuidador primario.

HIPÓTESIS:

Los cuidadores primarios que acuden al servicio de consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Central Norte de PEMEX presentan una menor prevalencia de colapso que la reportada en la literatura extranjera.

JUSTIFICACIÓN:

La posibilidad de llegar a edades muy avanzadas es cada vez más frecuente. En México la magnitud de la población mayor de 60 años de edad o mas se estima actualmente en 6 millones y de acuerdo con la proyecciones, aumentará alrededor de 10 millones en el 2010, con tasas anuales de crecimiento superiores a 3.5% inéditas en la historia demográfica de México. (6)

El impacto de este nuevo patrón epidemiológico es la frecuencia cada vez mayor de personas que sufren algún grado de dependencia o invalidez, lo cual trasciende de manera importante en la sociedad y la familia.

Conforme aumenta la población existe también un número cada vez más creciente de personas que deben fungir como cuidadores de sus familiares dependientes. (6)

La carga del cuidador primario se ha descrito como un término que engloba todos los diferentes niveles de impacto que afectan al cuidador primario en la atención a su enfermo y lo pueden llevar a un agotamiento o colapso.

Gran parte de los estudios se indican que la mayoría de los cuidadores principales presentan sintomatología psiquiátrica del tipo de ansiedad y depresión (72-87%). (5)

El término de víctimas o pacientes ocultos se ha utilizado para designar el síndrome del cuidador. El que sea oculto no significa que no sea grave o que influya en las vidas del cuidador y del paciente. Algunos autores lo relacionan directamente con el precoz internamiento del paciente. Todo esto contribuye tanto a un aumento del gasto sanitario como a una pérdida de individuos sanos y activos dentro de la sociedad. (3)

A pesar de su alta incidencia y prevalencia en estudios extranjeros, en México aun no se cuenta con trabajos que nos indiquen la prevalancia del colapso del cuidador, así como las condiciones sociodemográficas, culturales y la influencia del deterioro en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria sobre la presencia del colapso de los cuidadores primarios de nuestros pacientes geriátricos. (14)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, prospectivo y trasversal.

Se incluirán todos los cuidadores primarios que acudan con un paciente geriátrico al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Central Norte de PEMEX y que cumplan los criterios de inclusión.

La determinación del diagnóstico de colapso del cuidador se realizará a través de la escala validada de Zarit (Anexo 1), el cual consta de 22 ítems con un máximo de 110 puntos y se calificará de acuerdo a los resultados en: no sobrecarga 22-46 puntos, sobrecarga leve 47 a 55 puntos y sobrecarga intensa de 56 a 110 puntos.

La valoración del deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se realizará a través de la aplicación del índice de Katz (anexo 2) y la escala de Lawton y Brody (anexo 3) respectivamente; recolectándose además variables como la edad del cuidador, sexo, parentesco con el paciente geriátrico, estado civil y escolaridad.

Todas las escalas se aplicarán previo consentimiento informado en forma verbal.

Tamaño de muestra calculado de 67 pacientes. Los resultados del estudio y cuestionario serán capturados en un programa de estadística para Windows SPSS versión 12, 2003. Y se presentarán en forma de estadística descriptiva e inferencial, basadas en tablas y gráficas, medidas de tendencia central y dispersión. Las diferencias de promedios se analizarán con la prueba de t y la diferencia de proporciones de chi². Análisis de la varianza y regresión en búsqueda de causalidad.

Los recursos materiales utilizados serán los cuestionarios para la aplicación de las escalas y computadora personal para procesamiento de resultados y los recursos humanos necesarios serán residentes del servicio de geriatría del Hospital Central Norte de PEMEX quienes se encargaran de la aplicación de las escalas y la interpretación de las mismas.

Dentro de las consideraciones éticas todas las acciones realizadas para la investigación se encuentran dentro de los lineamientos de Helsinki.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- Cuidadores primarios que tengan a su cargo un paciente en edad geriátrica, derechohabientes de la institución y que no se encuentran hospitalizados al momento de la aplicación de las escalas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cualquier cuidador primario de paciente geriátrico que acuda al servicio de consulta externa de geriatría.
- Cualquier edad y sexo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Cuidadores secundarios.
- Información incompleta.

VARIABLES:

Concurrentes: Cuidador primario.

Dependiente: Resultado de las escalas de Zarit, Lawton y Brody e índice de Katz.

Independiente: Edad, sexo, escolaridad, trabajo remunerado, parentesco con el paciente geriátrico y tiempo al cuidado del paciente.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Cuidador primario: Persona sobre la cual cae la mayor parte del cuidado del enfermo.

Colapso del cuidador: Impacto que los cuidadores perciben que su salud emocional o física, vida social y situación económica que se ven afectados como consecuencia del cuidado de su familiar.

Escala de Zarit: Escala utilizada para determinar la sobrecarga del cuidador primario, resultados expresados como de no sobrecarga, sobrecarga leve o sobrecarga intensa.

Índice de Katz: Escala utilizada para determinar la afectación del paciente geriátrico a nivel de las actividades básicas de la vida diaria. Interpretándose los resultados como 1) independencia en la alimentación, continencia, trasferencias, ir al baño, vestirse, bañarse, 2) Independencia en todas las funciones menos una, 3) Independencia en todas menos bañarse y otra, 4) independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra función adicional, 5) dependencia en el baño, vestido, ir al baño y otra, 6) Dependencia en el baño, vestido, ir al baño, transferencia y otra función adicional, 7) Dependencia total en las seis funciones, 8) Dependencia en 2 funciones pero que no clasifican en C,D,E,F.

Escala de Lawton y Brody: Escala utilizada para determinar la afectación a nivel de las actividades instrumentales de la vida diaria en el paciente geriátrico. Consta de 8 parámetros: uso de teléfono, realización de compras, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, empleo de medios de transporte, manejo de la medicación y asuntos económicos. Es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional en los ancianos que viven en su domicilio e institucionalizados.

Sexo: Variable nominal, categoría femenino o masculino.

Edad: Variable de intervalo, expresada en años.

Escolaridad: Variable nominal, categoría primaria, secundaria, preparatoria y profesional.

Parentesco: Variable nominal, categoría hijo, hija, hermano, hermana, cónyuge, nuera u otro.

Tiempo al cuidado del paciente: Variable de intervalo, expresada en años determinada desde el momento en el cual se inicia como cuidador primario.

RESULTADOS:

Durante los meses de Junio y Julio del 2006 se realizaron un total de 366 consultas a pacientes mayores de 70 años en el servicio de Geriátría del Hospital Central Norte de PEMEX, encontrándose que solo 78 (21.31%) pacientes acudieron acompañados de su cuidador primario, el resto acudió solo o acompañado de un cuidador secundario.

Del total de 78 cuidadores primarios encuestados 67 (85.9%) fueron mujeres y 11 (14.1%) varones, con una media de edad de 56.36 ± 12 (figura 1), de los cuales en su mayoría tenían relación familiar directa con el paciente, siendo un 59% (46 cuidadores) hijas, 7.7% (6) hijos, esposas en el 10.3% de los casos (8), esposos 7.7% (6), y no familiares en línea directa solo el 15.4% de los cuales 10.3% (8) eran nueras y 5.1% (4) tenían otro tipo de parentesco (Figura 2).

FIGURA 1. Edad de los cuidadores primarios.

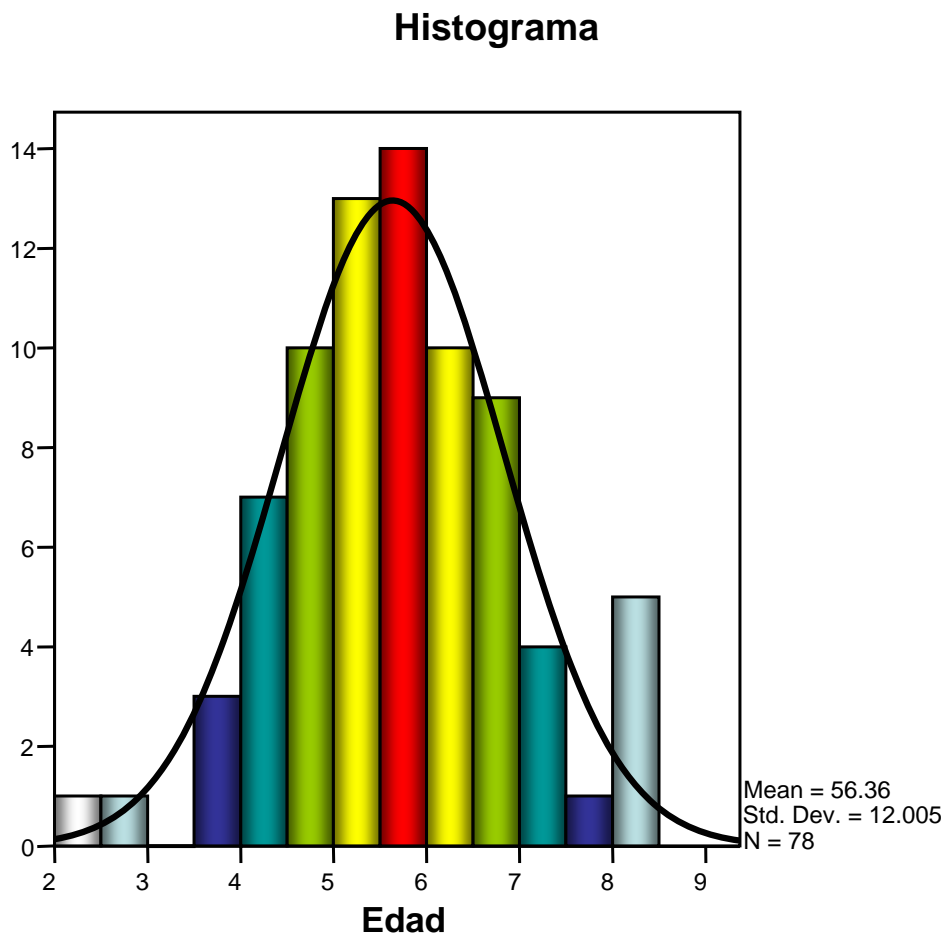
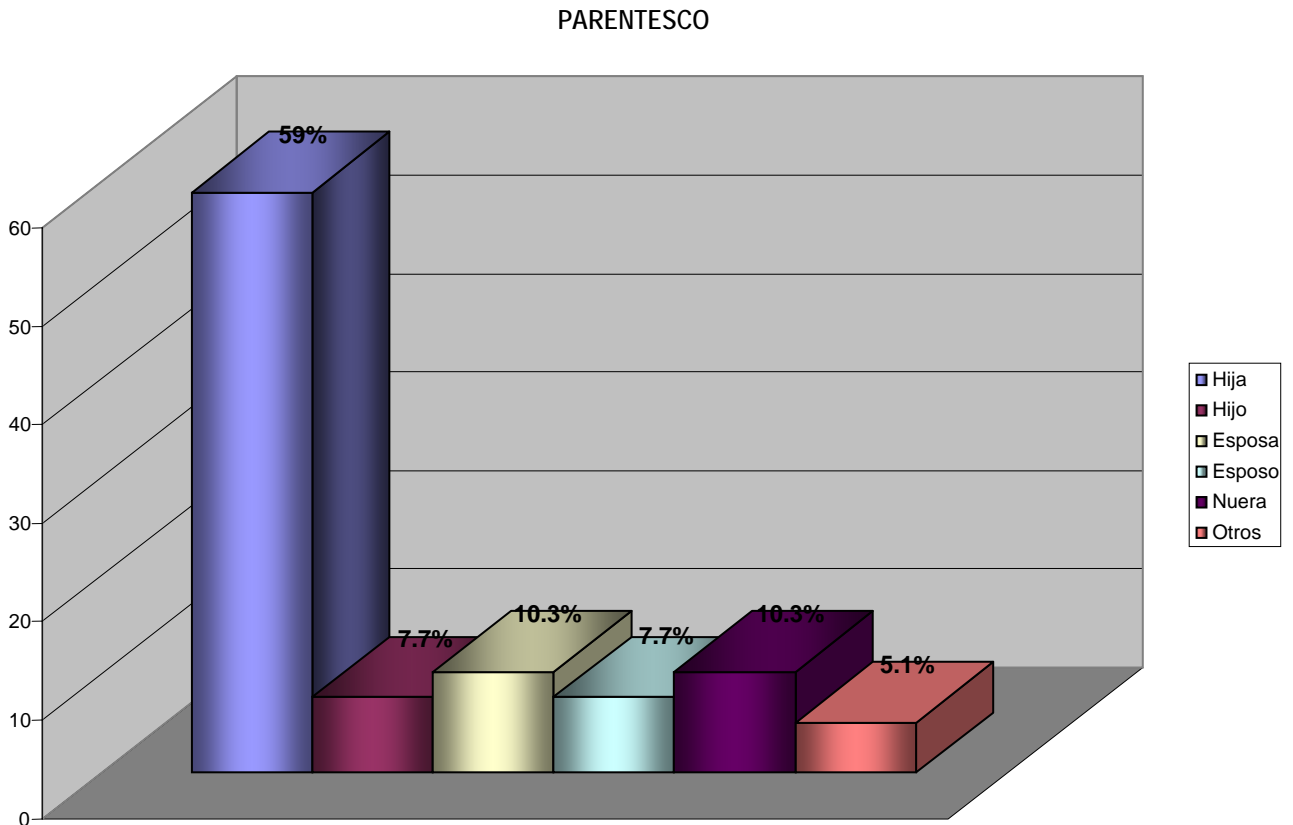


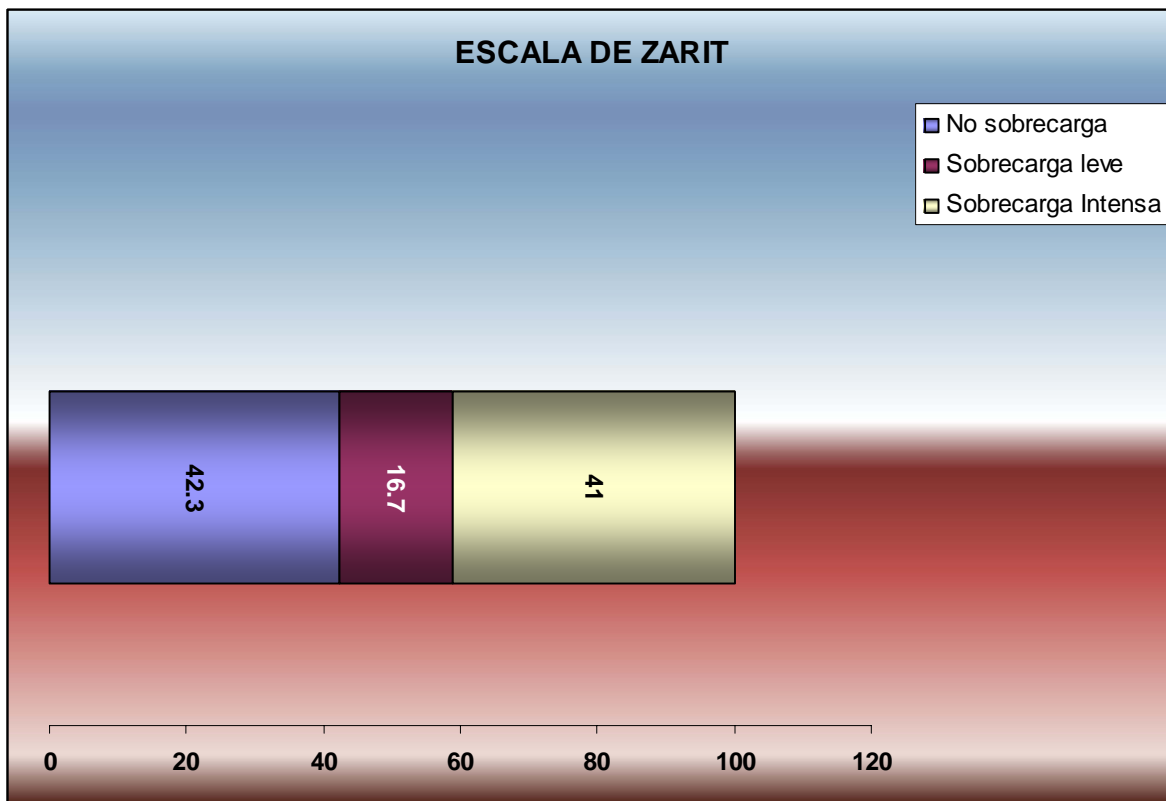
FIGURA 2. Relación de parentesco entre los cuidadores primarios de los pacientes geriátricos.



16 cuidadores tenían empleo remunerado al momento de la encuesta y una escolaridad profesional el 28.5% de los casos, a nivel preparatoria o su equivalente comercial se encontró un 29.5%, secundaria 1.5%, primaria 23.1%, saben solamente leer y escribir el 6.4% y analfabeta el 1.3% de los casos. La media de tiempo en años dedicados al cuidado del paciente fue de 10.63 ± 8.7 años, con un mínimo de 1 año y un máximo de 25.

De entre los resultados de las escalas de Zarit aplicadas el 42.3% de los cuidadores primarios no presentaban sobrecarga (resultados entre 22 y 46 puntos), 16.7% tenían sobrecarga leve (resultados entre 47 y 55 puntos) y un 41% tenían sobrecarga intensa (resultado entre 56 y 110 puntos). Figura 3.

FIGURA 3. Resultado de la escala de Zarit.

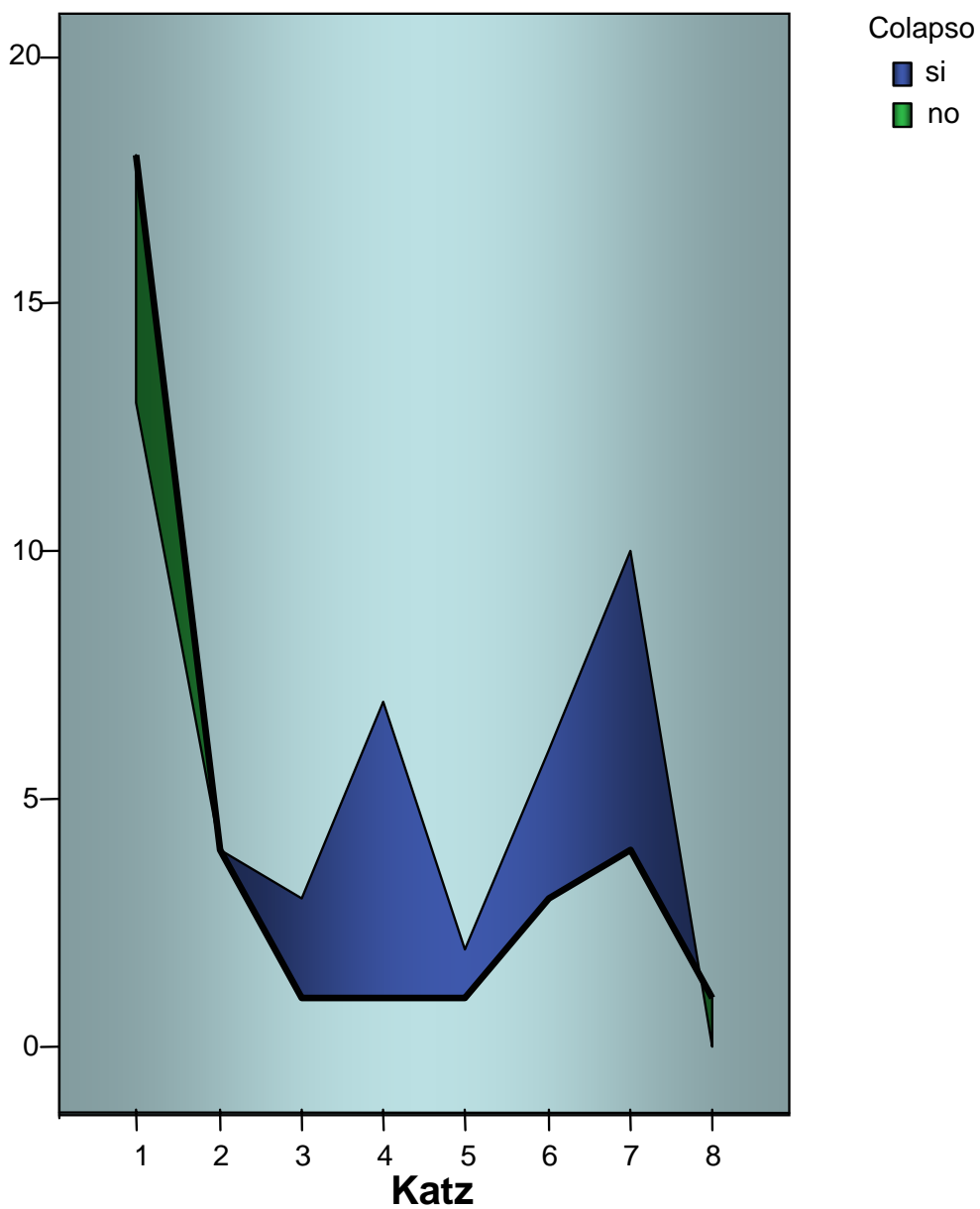


Resultados de la escala de zarit expresado en porcentaje.

El índice de Katz demostró que un 39.7% eran independientes en todas las actividades de la vida diaria, 17.9% eran dependientes todas las actividades básicas, y 11.5% eran dependientes en baño, vestido e ir al baño. En cuanto a la escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody se obtuvo una media de 2.69.

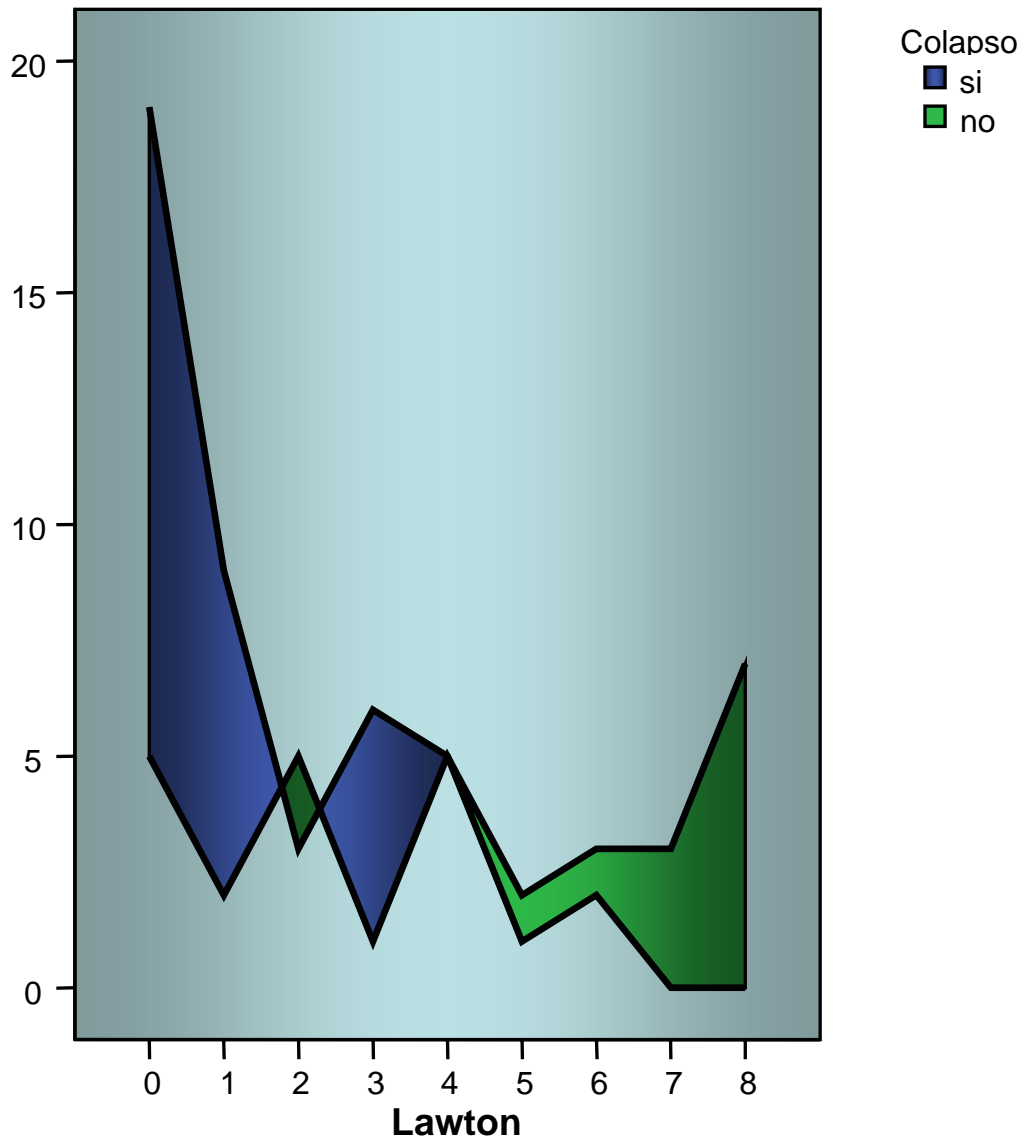
Se analizaron diferentes factores que podrían ser considerados como de riesgo para la mayor sobrecarga del cuidador primario encontrándose correlación estadísticamente significativa entre el resultado de la escala de Zarit con un mayor a mayor calificación en la escala de Katz ($P= 0.038$) y menor calificación en la escala de Lawton ($P= 0.001$). Figuras 4, 5 y 6. Resultando no significativas las relaciones entre el grado del colapso del cuidador primario y la edad, sexo, escolaridad y trabajo remunerado de este, así como el parentesco con el paciente geriátrico y el tiempo en años dedicados al cuidado del mismo.

FIGURA 4. Relación entre colapso del cuidador y resultado de la escala de Katz.



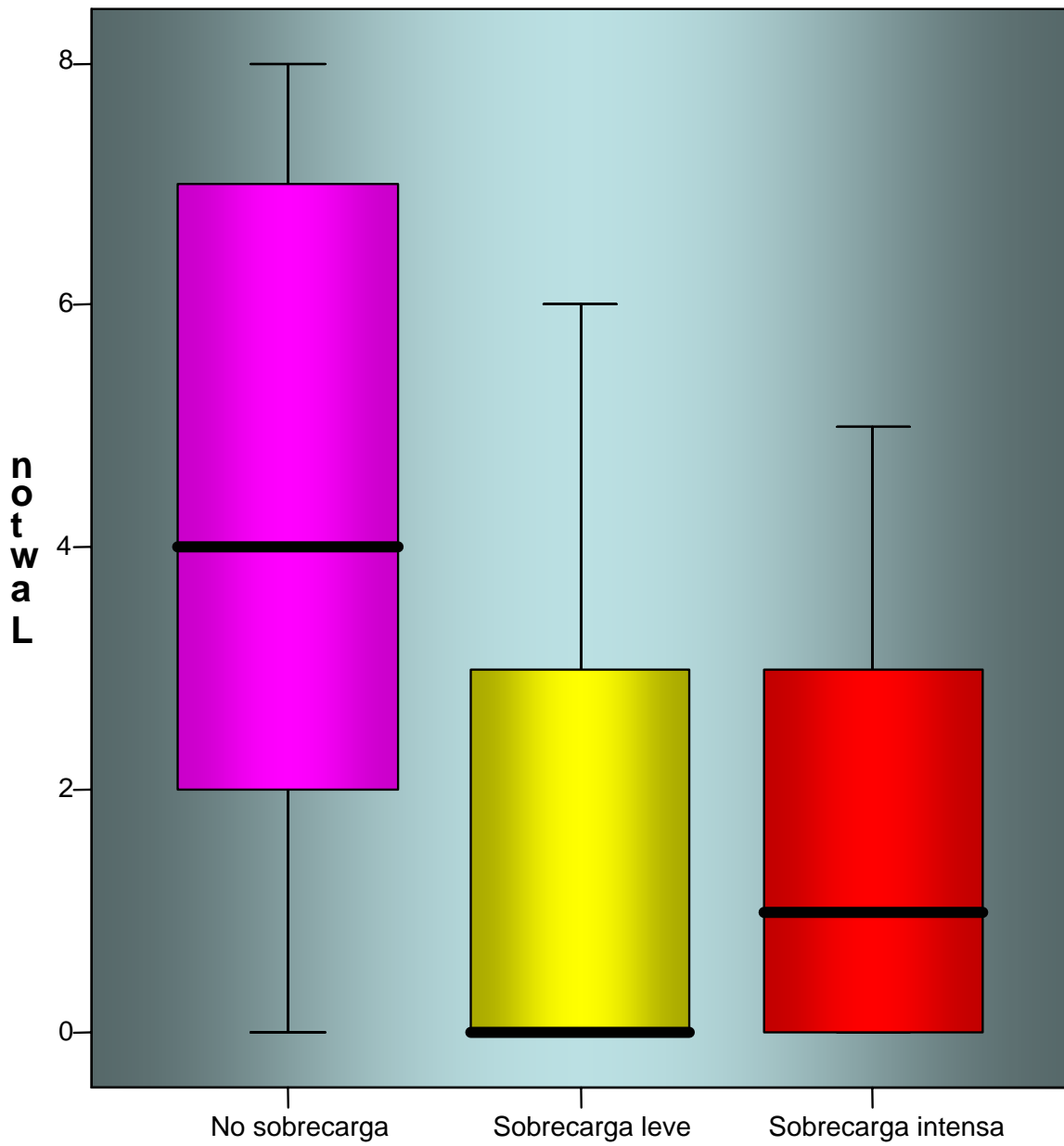
P=0.038

FIGURA 5. Relación entre colapso del cuidador con resultado de la escala de Lawton.



P= 0.001

FIGURA 6. Relación del grado de colapso del cuidador con el resultado de la escala de Lawton.



DISCUSIÓN:

El aumento de la población anciana es consecuencia del incremento de la esperanza de vida, presentando una elevada prevalencia de enfermedades crónicas e invalidantes. El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y apoyo diario a este tipo de pacientes. La tarea de cuidar conlleva una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir; por lo que el cuidador debe ser sujeto de nuestra atención, indagar cual es su actitud y aptitud para el cuidado, como ha repercutido en su vida personal y familiar y si esta presentando o esta en riesgo de presentar datos de sobrecarga.

Los principales factores predictores de malestar del cuidador reportados en la literatura son la mayor dependencia física, el deterioro mental del paciente, el menor apoyo social y el mayor tiempo de cuidado, no encontrando en nuestro estudio relación del colapso del cuidador con esta última.

Una vez valorada la situación del cuidador se deberá pasar al apoyo. Es muy importante manifestar abiertamente disponibilidad y accesibilidad en caso de que se requiera consultar alguna duda. Además debemos formales en autocuidado, lo que no solo se tratará de dar consejos para su salud física si no también para enseñarles a identificar cualquier síntoma de sobrecarga, afrontar sentimientos negativos, relajación y, lo que es muy importante, insistirles en que sepan pedir ayuda. Esta ayuda puede provenir de otros miembros de la familia, de voluntariado, de amigos, pero también debe exigirse que provenga de todo un sistema sociosanitario con recursos adecuados a las necesidades de las personas dependientes.

Y ¿Quién cuida al cuidador? En la atención de las personas dependientes, mayoritariamente personas mayores con enfermedades invalidantes (demencias, enfermedades neurodegenerativas, neoplasias), se requiere la intervención de diversos profesionales. Todos deben procurar una asistencia integral que aborde en conjunto el tándem paciente-cuidador y que a la hora de planificar los cuidados tenga en cuenta la importancia del cuidador primario. Por lo tanto, cualquier profesional sanitario que atienda a pacientes dependientes debe, al menos, identificar quien es el cuidador primario, informarle sobre la enfermedad y explicarle como ha de dar los cuidados. Pero además es necesario atender al cuidador.

CONCLUSIONES:

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio, concluimos que el cuidador promedio de los pacientes geriátricos derechohabientes de PEMEX en el Hospital Central Norte se trata de una persona del sexo femenino de 56 años de edad, hija del paciente, sin un trabajo remunerado y dedicada al hogar, con una escolaridad de preparatoria o su equivalente, llevando un promedio de 10.6 años realizando la tarea de cuidador primario y con una prevalencia de sobrecarga del 57.7%, la cual se relaciona directamente con el grado de esfuerzo que debe de realizar el cuidador en forma diaria dado por la incapacidad del paciente geriátrico para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Lo anterior nos refleja como en nuestro país el cuidado de los ancianos y/o enfermos sigue recayendo en la mujer, sea hija, esposa o nuera del afectado. A pesar del estado de bienestar y de la incorporación de la mujer al ámbito laboral, la sociedad no consiente que la mujer adulta o en su primera vejez no se ocupe de los incapacitados de su familia, ya que se considera impropio de su condición.

Al comparar nuestros resultados con los encontrados en las publicaciones españolas y anglosajonas podemos observar que las características socio culturales de los cuidadores primarios solo difieren en el índice de escolaridad el cual es mas alto en nuestros derechohabientes, sin que este parámetro sea estadísticamente significativo sobre el grado de sobrecarga del cuidador primario; siendo las demás características en promedio similares.

En cuanto a la prevalencia del colapso del cuidador primario también se pueden observar diferencias ya que la encontrada es menor en comparación con la reportada en poblaciones extranjeras (57.7% vs 71.4%), esto quizá debido al mayor apoyo sociosanitario que reciben nuestros derechohabientes; además dentro de los resultados se identificó relación directa entre el colapso y los resultados de las escalas de Katz y Lawton, parámetros ya identificados como predictores de esta patología, ya que reflejan directamente el grado de esfuerzo que debe realizar el cuidador en forma diaria. Algo también importante de remarcar es que de los pacientes geriátricos que reciben atención médica en esta institución, en su mayoría acuden solos o acompañados de un cuidador secundario siendo solo menos de la tercera parte los que son acompañados por un cuidador primario.

RECOMENDACIONES:

Por la alta vulnerabilidad del cuidador, el médico familiar así como cualquier otro médico que atienda pacientes geriátricos debe encaminar sus esfuerzos a una detección precoz de cualquier situación de riesgo.

El cuidador debe ser, por si mismo sujeto de nuestra atención. Además de conocer su papel como informador, proveedor de tratamientos y cuidados. La atención del cuidador se basa en cinco aspectos correctos: información sobre la enfermedad que presenta su familiar, formación en los cuidados que debe aplicar, identificación de las necesidades del cuidador y apoyo al cuidador.

No se puede pedir a las familias que atiendan por encima de sus posibilidades y que los pacientes permanezcan en su domicilio en situaciones de baja calidad de vida, tanto para ellos como para sus familiares. Cualquier recurso, ayuda a domicilio, centro de día o residencia de estancia temporal puede actuar de servicio de respiro que alivie la sobrecarga del cuidador.

Los servicios sanitarios deben estar preparados para garantizar un adecuado cuidado al cuidador. Los profesionales del ámbito sanitario (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) deben de tener mas información para atender al cuidador, sobre todo, herramientas para manejar las consecuencias negativas del cuidado: afrontamiento del estrés, depresión o ansiedad del cuidador, técnicas grupales de formación de cuidadores, etc. Igual que le ocurre al cuidador, cuanto mas formados estemos, mas seguros nos sentiremos de que podemos cuidar al cuidador.

Anexo 1.

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR COLAPSO DEL CUIDADOR PRIMARIO. ESCALA DE ZARIT.

1. ¿Siente usted que su familia/paciente solicita mas ayuda de la que realmente necesita?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familia/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
3. ¿ Se siente estresada (o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades (Ej. con su familia o en el trabajo)?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
4. ¿Se siente avergonzada (o) por el comportamiento de su familiar/ paciente?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
5. ¿Se siente irritada (o) cuando está cerca de su familiar/paciente?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
6. ¿Cree que la situación actual afecta su relación con sus amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia/paciente?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
9. ¿Se siente agotada (o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____

(Solamente si el entrevistado vive con el paciente).

13. ¿Se siente incómoda (o) para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar ?
Nunca_____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____

15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos ?
 Nunca _____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho tiempo mas?
 Nunca _____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?
 Nunca _____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?
 Nunca _____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
19. ¿Se siente insegura (o) acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?
 Nunca _____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?
 Nunca _____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?
 Nunca _____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____
22. ¿En general, se siente muy sobrecargada (o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?
 Nunca _____ Casi nunca _____ A veces: _____ Frecuentemente: _____ Casi siempre: _____

No Sobrecarga: 22-46

Sobrecarga leve: 47-55

Sobrecarga intensa: 56-110

Resultado: _____

Anexo 2.

INDICE DE KATZ. EVALUACION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

1. BAÑO: ESPONJA REGADERA O TINA

[]
No recibe asistencia, (puede entrar y salir de la tina por sí mismo si la tina es su medio usual de baño)

[]
Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (como espalda o pierna)

[]
Que reciba el baño en más de una parte

2. VESTIDO: Que pueda tomar del closet o de los cajones la ropa, incluyendo la ropa interior, vestido y que se pueda abrochar.

[]
Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.

[]
Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrochar zapatos.

[]
Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse

3. IR AL BAÑO: Ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa.

[]
Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo el mismo).

[]
Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse arreglar su ropa o en el uso del pañal o cómodo.

[]
Que no vaya al baño.

4. TRANSFERENCIAS

[]
Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un objeto de soporte).

[]
Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.

[]
Que no pueda salir de la cama.

5. CONTINENCIA

[]
Control total de esfínteres.

[]
Que tenga accidentes ocasionales.

[]
Necesita ayuda para la supervisión del control de esfínter, utiliza sonda o incontinente.

6. ALIMENTACION:

[]
Que se alimente por sí sólo sin asistencia alguna.

[]
Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.

[]
Que reciba asistencia en alimentación ó que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.

Calificación katz:

Resultado: _____

- 1) INDEPENDENCIA EN ALIMENTACION, CONTINENCIA, TRANSFERENCIAS, IR AL BAÑO, VESTIRSE, BAÑARSE
- 2) INDEPENDENCIA EN TODAS LAS FUNCIONES MENOS UNA.
- 3) INDEPENDIENTE EN TODO MENOS BAÑARSE Y OTRA
- 4) INDEPENDENCIA EN TODO MENOS BAÑARSE, VESTIRSE Y
- 5) DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO Y OTRA

- 6) DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO, TRANSFERENCIA Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
- 7) DEPENDIENTE TOTAL EN LAS SEIS FUNCIONES.
- 8) DEPENDENCIA EN DOS FUNCIONES PERO QUE NO CLASIFICAN EN C,D,E,F.

Anexo 3

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON Y BRODY

	A. Capacidad para usar el teléfono		
1.	lo opera por iniciativa propia, marca sin problema	1	___
2.	marca sólo unos cuantos números bien conocidos	1	___
3.	contesta el teléfono pero no llama	1	___
4.	no usa el teléfono	0	___
	B. Compras		
1.	vigila sus necesidades independientemente	1	___
2.	hace independientemente sólo pequeñas compras	0	___
3.	necesita compañía para cualquier compra	0	___
4.	incapaz de cualquier compra	0	___
	C. Cocina*		
1.	planea, prepara y sirve los alimentos correctamente	1	___
2.	prepara los alimentos, sólo si se le provee de lo necesario	0	___
3.	calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada	0	___
4.	necesita que le preparen los alimentos	0	___
	D. Cuidado del hogar*		
1.	mantiene la casa sólo o con ayuda mínima	1	___
2.	efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente	1	___
3.	efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia	1	___
4.	necesita ayuda en todas las actividades	1	___
5.	no participa	0	___
	E. Lavandería		
1.	se ocupa de sus ropas independientemente	1	___
2.	lava sólo pequeñas cosas	1	___
3.	todo se lo tienen que lavar	0	___
	F. Transporte		
1.	se transporta sólo	1	___
2.	se transporta sólo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.	1	___
3.	viaja en transporte colectivo acompañado	1	___
4.	viaja en taxi o en auto y acompañado	0	___
5.	no sale	0	___
	G. Medicación		
1.	es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas	1	___
2.	se hace responsable sólo si le prepara por adelantado	0	___
3.	es incapaz de hacerse cargo	0	___
	H. Finanzas		
1.	maneja sus asuntos independientemente	1	___
2.	sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras	0	___
3.	es incapaz de manejar el dinero	0	___

* cuenta en sexo masculino sólo si vive sólo

Resultado: _____

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Garrido A. Et al “Cuidando al cuidador” Rev Esp Gariatr Gerontol. 2003; 38:189-191.
- 2.- Ribas J. Et al “Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos” Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2000; 27:131-134.
- 3.- Gómez M. Et al “El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test índice del esfuerzo del cuidador” Rev Esp Gariatr Gerontol. 2004; 39:154-159.
- 4.- Moral S. et al “Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio” Aten Primaria.2003; 32:77-87.
- 5.- Gálvez J. Et al “Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión”. Aten Primaria 2003; 31:338-339.
- 6.- d’Hyver C. et al “Geriatría” Editorial El Manual Moderno, 1ra Edición pag: 573-579.
- 7.- Artaso B. et al “Cuidados informales en la demencia: predicción de Sobrecarga en cuidadoras familiares”. Rev Esp Gariatr Gerontol 2003; 38:212-218.
- 8.- Muela J. et al” Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer” Anales de Psicología 2002; 18:319-331.
- 9.- Mockus S et al “A practical Guide to caring for caregivers” American Family Physican. 2000; 62:318-325.
- 10.- Reine G. et al “Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments” Encephale.2003;29:137-147.

- 11.- Maryvardi M. et al “The caregiver burden inventory in evaluating the burden of Caregiver of elderly demented patients: results from a multicenter study. *Aging Clin Exp Resp.* 2005;17:46-53.
- 12.- Gerritsen P. et al “ The development of care-giving burden scale” *Age and Ageing.*1994;23:483-491.
- 13.- Montgomery R. et al “Societal and family change in the burden of care” *American Family Physican.* 2000; 35:27-57.
- 14.- Reeve et al “Entrevista de carga del cuidador”. *Asoc Esp Gariatr Gerontol.* 2005;19:354-360.
- 15.- Clyburn L. et al “Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer’s disease” *J Gerontol B Psicol. Sci Soc.* 2000:55:2-13.
- 16.- Mourink J. et al “Frontotemporal dementia: Behavioral Symptoms and Caregiver Distress” *Dement Gariatr Cong Disord* 2004; 18:299-230.