



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO  
HOSPITAL GENERAL “DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ”**

**INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON SOBRECARGA DEL  
CUIDADOR EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS DEL  
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL  
“DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ”  
ISSSTE**

**T E S I S   D E   P O S T G R A D O  
P A R A   O B T E N E R   E L   T I T U L O   D E :  
E S P E C I A L I S T A   E N   M E D I C I N A   I N T E R N A  
P R E S E N T A :  
D R . J O S É   E N R I Q U E   C R U Z   A R A N D A**

**ASESOR DE TESIS: DR. JESÚS GUTIÉRREZ BAJATA**



**MÉXICO, DF, AGOSTO 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. DARIO MEZA MARTINEZ  
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL  
“DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ”  
ISSSTE

DR. WILFREDO JIMÉNEZ HERNANDEZ  
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL GENERAL “DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ”  
ISSSTE

DR. GERARDO CALLEJAS HERNANDEZ  
COORDINADOR DE MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL GENERAL “DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ”  
ISSSTE

DR JESÚS GUTIERREZ BAJATA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA UNAM  
HOSPITAL GENERAL “DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ”  
ISSSTE

DR. JOSE ENRIQUE CRUZ ARANDA  
MEDICO RESIDENTE DE 4°. GRADO  
MEDICINA INTERNA.  
AUTOR.

## AGRADECIMIENTOS

*A MI MADRE:* Por su Amor de Madre, presencia, apoyo e impulso permanente. Por enseñarme que no es suficiente con saber que hay más estrellas en el firmamento, sino ir por ellas.

*A CITLY:* Por el amor, por la insistencia, por el apoyo y la ayuda infinitas todas; por las dos cabezas y por llevar la vela no delante ni atrás, justo a mi lado.

*A MI FAMILIA:* Por estar, por creer y por confiar. Por esperar de mí no más, ni menos, solo lo justo necesario y un poco más.

*A LA FAMILIA LOPEZ GOMEZ:* Por el interés, por la ayuda y la enseñanza, por el apoyo incondicional y el orgullo compartido.

*AL DR. GUTIERREZ BAJATA:* por ser Mi Maestro, por enseñar con el ejemplo, por la confianza y la paciencia.

*A LOS MEDICOS DEL HGFQG:* Por las enseñanzas y vivencias compartidas en cuatro años.

*A LOS PACIENTES DEL HGFQG:* Por confiar en todo el personal médico y paramédico del hospital, por otorgarnos por un momento lo más valioso que tienen: su vida.

*Y finalmente....*

*A LOS ANCIANOS:* Por haber recorrido el mundo y por compartir su camino con las generaciones venideras.

## INDICE

RESUMEN.....	5
ANTECEDENTES.....	7
MARCO TEORICO.....	25
JUSTIFICACION.....	27
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
HIPOTESIS.....	29
OBJETIVOS.....	30
METODOS.....	31
ANALISIS DE LA INFORMACION.....	32
RESULTADOS.....	33
DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	35
RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	38
ANEXO 1-----	39
ANEXO 2.....	46

## INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS CON SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL FERNANDO QUIROZ ISSSTE

**RESUMEN:** El número de personas mayores de 65 años de edad se ha incrementado en los últimos años en nuestro país, con ello la demanda de servicios de salud en este grupo etario. De la misma manera las patologías más frecuentes son aquellas de carácter crónico degenerativo, esto acarrea consigo otro tipo de patologías hasta ahora desconocidas y por lo tanto poco atendidas; la sobrecarga del cuidador, es importante pues, conocer la frecuencia de ancianos hospitalizados, las patologías principales, el perfil de los cuidadores en nuestro medio y la frecuencia de sobrecarga del cuidador, para conocer la magnitud de la problemática actual y mejorar la calidad de vida de los ancianos y sus cuidadores.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, clínico y descriptivo, que se llevará a cabo del mes de Marzo a Julio del 2007.

La muestra fueron todos los pacientes mayores de 65 años de edad que ingresaron al servicio de Medicina interna del 16 de Abril al 16 de Mayo del 2007

Se realizó, previo consentimiento informado, la aplicación de la encuesta de recolección de datos a todos los cuidadores primarios de los pacientes ancianos ingresados

De la misma manera se llevara a cabo la evaluación social, la evaluación funcional de acuerdo a la escala de Barthel, la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, y la escala de Hamilton para ansiedad y depresión dirigida a los cuidadores primarios

**RESULTADOS:** El total de pacientes ingresados al servicio durante el periodo de estudio fue de 64 pacientes mayores de 65 años

La muestra final fue de 51 pacientes (n=51), a su vez, de estos 25 pacientes fueron varones (49%) y 26 mujeres (51%) La edad media general para los 51 pacientes tomados en cuenta para el estudio, fue de 78.36 años Las patologías más frecuentemente encontradas como motivo de ingreso hospitalario, Insuficiencia renal crónica 8 pacientes (15.6%) Insuficiencia cardiaca 5 pacientes (9.8%) EPOC exacerbado 5 pacientes (9.8%) De acuerdo a la evaluación funcional de acuerdo a la escala de Barthel se obtuvo un 43% de pacientes independientes,

Del total de cuidadores 46 (90.8%) fueron mujeres y 5 (9.8%) varones, la edad media fue de 50.2 años y la mediana de 50 años

La evaluación de acuerdo a la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit arrojó que 30 cuidadores (58.8%) presentaron sobrecarga del cuidador, de este total de pacientes sólo 3 personas (5.8%) presentaron ansiedad y 4 (7.8%) presentaron depresión

**CONCLUSIONES:** La frecuencia de ancianos hospitalizados se encontró por encima de la reportada por la literatura, las patologías mas frecuentemente encontradas coinciden con ser crónico degenerativas, sin embargo no ocasionaron dependencia grave, en cuanto al perfil de los cuidadores este coincide con lo reportado, salvo en el nivel de Instrucción que se encontró en el nivel medio superior, la frecuencia de sobrecarga del cuidador se encontró alta, sin embargo no se asocio a depresión y ansiedad.

**SUMMARY:** A number of greater people of 65 years of age has been increased in our country, with it the demand of services of health in this group. In the same way the most frequent pathologies are those of degenerative chronic character, this carries with himself another type of pathologies until now unknown and therefore little taken care of; the caregiver's burden, is important then, to know the main frequency old hospitalized, pathologies, the profile of the caregivers in our mean and the frequency of caregiver's burden, to know the problematic magnitude the present one and to improve the quality of life of old and its caregivers.

**METHODS:** A study was made prospective, observational, clinical and descriptive, that will be carried out of the month of March to Julio of the 2007. The sample was all the greater patients of 65 years of age that entered to the service of internal Medicine of the 16 of April to the 16 of May of the 2007 It was made, previous informed consent, the application of the survey of data collection to all the primary caregivers of the entered old patients In the same way it was carried out the social evaluation, evaluation functional according to the scale of Barthel, the scale of caregiver's burden of Zarit, and the scale of Hamilton for anxiety and depression directed to the primary caretakers

**RESULTS:** The total of patients entered to the service during the period of study was of 64 greater patients of 65 years The final sample was of 51 patients (n=51), as well, of these 25 patients were men (49%) and 26 women (51%) general the average age for the 51 patients taken into account for the study, was of 78,36 years more the frequently found pathologies like reason for hospitable entrance, chronic renal Insufficiency 8 patients (15,6%) Insufficiency cardiac 5 patients (9,8%) EPOC 5 patients (9,8%) According to the functional evaluation according to the scale of Barthel obtained a 43% of independent patients, Of the total of caregivers 46 (90,8%) they were women and 5 (9,8%) men, the average age was of 50,2 years and the medium one of 50 years The evaluation according to the scale of caregiver's burden of Zarit found that 30 caregivers (58,8%) presented feeling of burden, of this total of patients only 3 people (5,8%) presented anxiety and 4 (7,8%) presented depression

**CONCLUSIONS:** The frequency of old hospitalized was over the reported one by Literature, the pathologies but frequently found they agree with to be chronic degenerativas, nevertheless did not cause serious dependency, as far as the profile of the caregivers this agrees with the reported, In the level of Instruction that found in the superior mean level, the frequency of overload of the high caregivers found nevertheless Not associated to depression and anxiety.

## ANTECEDENTES.

### *LA FAMILIA*

La palabra familia etimológicamente de origen latino es actualmente una expresión universalmente aceptada, es utilizada para cubrir lo que de diversas maneras se describe como la familia nuclear, la familia elemental o biológica, según Rodríguez de Zepeda es un conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, subordinados a un superior común y unidos por vínculos que se derivan inmediatamente de la ley natural.

En la familia se reproducen en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de reproducción humana, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros entre otros aspectos. Actualmente, las funciones familiares se han visto modificadas en mayor o menor medida en un periodo relativamente corto lo cual está relacionado con la evolución demográfica, las transformaciones en los procesos de reproducción y organización de la sociedad, el desarrollo del sector de los servicios, el avance tecnológico, la urbanización y la modificación de las relaciones en las esferas de lo público y lo privado y finalmente, por la institucionalización de una serie de actividades que se desempeñaban al interior de las familias.

En el caso de México, las familias han tenido que protagonizar nuevos roles. Frente a las políticas de desarrollo macroeconómico que han aplicado los gobiernos, para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales. Cada vez hay más familias en condiciones vulnerables, y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. En particular las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar funciones o modificar roles. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden desamparados a sus propios medios, además de que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen cada vez a más riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

Es notorio el incremento en la participación económica de los miembros del hogar, a tal grado que el esquema de jefe como proveedor único ha disminuido, cediendo terreno frente al reconocimiento cada vez mayor de las actividades económicas desarrolladas por la esposa y los hijos, quienes en algunos casos contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar.

Hasta la década de los noventa existían en México 32.3 millones de personas que percibían ingresos provenientes de diversas fuentes, aunque la mayoría corresponden a remuneraciones de trabajo. La cifra indica que hay casi dos perceptores en promedio por hogar; en cuanto al sexo de los perceptores, el 66.4% son hombres y el 33.6% son mujeres.

Las estructuras de las familias en México, según el INEGI se integran en cuatro tipos:

Las familias formadas por la pareja con sus hijos, a la cual se le denomina familia completa, las familias formadas por su jefe con sus hijos la cual es denominada monoparental, las familias formadas por las parejas sin hijos y finalmente las familias formadas por el jefe y otros parientes, denominadas familias consanguíneas.

El tamaño de las familias se refiere al número de miembros que las componen, es decir relaciona a la población con los hogares. El tamaño de una familia no sólo depende de los niveles de fecundidad, mortalidad y migración, sino que está vinculado con factores



económicos, sociales y culturales, como son la disponibilidad y costo de la vivienda, los ingresos y las formas de convivencia predominantes de la sociedad.

Las familias mexicanas en promedio se componen de 4.8 miembros, generalmente los padres y tres hijos. Las nucleares son ligeramente más pequeñas, con 4.5 miembros; las ampliadas debidas a la presencia de otro pariente presentan el promedio más alto con 6 miembros y las compuestas tienen un tamaño medio de 5.1 personas.<sup>1</sup>

En México, la familia es el sistema de apoyo social más importante y a veces el único, para pacientes crónicamente enfermos o con algún grado de discapacidad.

En la familia extensa, rural, los papeles de cuidado y atención a los viejos están bien definidos, generalmente ese trabajo está bien definido hacia los hijos menores, los cuales casados o solteros se harán cargo de sus padres cuando sean ancianos

En el medio urbano ha ido cambiando hacia un trato más deshumanizado debido a las condiciones de vida y de trabajo, se observa más la familia nuclear, con

Viviendas de una sola generación donde los hijos rápidamente salen del hogar materno a formar sus propias familias.

Así que de tal manera los cuidadores primarios son esposos, hijas, hijos, nueras, nietos, de estos, principalmente son mujeres, y se observan más facilidades para los

Cuidadores varones, en ocasiones en pacientes que no tienen una adecuada red de apoyo familiar se trata de amigos, vecinos o personal contratado.<sup>2</sup>

### *EL CUIDADOR*

El *cuidador primario* se describe como la persona remunerada o no sobre la cual recae la mayor carga del cuidado del enfermo. Por el estrés y el riesgo al que está sujeto cuando la carga de cuidado se incrementa importantemente se le ha descrito como el “paciente oculto”

#### Perfil característico del cuidador

La mayoría de los cuidadores son mujeres (83 % del total)

De entre las mujeres cuidadoras, un 43 % son hijas, un 22 % son esposas y un 75% son nueras de la persona cuidada

La edad media de los cuidadores es de 52 años (20 % superan los 65 años)

En su mayoría están casados (77%)

Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%)

En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%)

La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor (85%)

Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%)

La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20 %)

Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente

Una parte de ellos comparte la labor del cuidado con otros roles familiares como cuidar de sus hijos (17%)

#### Tareas frecuentes de los cuidadores

Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).  
Ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico).  
Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.  
Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).  
Ayuda para la administración del dinero y los bienes.  
Supervisión en la toma de medicamentos.  
Colaboración en tareas de enfermería.  
Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.  
Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).  
Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.  
Hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.).

### PARENTESCO CON LA PERSONA QUE SE CUIDA

La experiencia de cuidado varía mucho en función del parentesco que una al cuidador con la persona cuidada, como puede verse a continuación:

#### a) El esposo o la esposa como cuidador

Cuando uno de los miembros de una pareja sufre un deterioro de la salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud. Algunos de los rasgos comunes a estas situaciones son:

Como en cualquier situación de la vida que implique un cambio, la nueva situación que supone cuidar al marido o a la mujer puede resultar difícil y exige una constante adaptación.

El hecho de que un miembro de la pareja sea el que tiene que dar ayuda y el otro el que la recibe puede crear tensiones en la pareja, al ser una relación menos recíproca que anteriormente. Una buena comunicación y actitud por parte de los dos puede ayudar mucho a rebajar estas tensiones

Es más fácil aceptar la ayuda del marido o de la mujer que la ayuda de familiares, amigos, vecinos o instituciones, en la medida en que se ve como una obligación transmitida de generación en generación, así como una muestra de cariño por los años de convivencia juntos. En el caso de que los cuidadores sean hermanos o hermanas de la persona dependiente también suele resultar más fácil aceptar su ayuda que la de otras personas.

Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares y de las instituciones que las mujeres cuidadoras.

En bastantes ocasiones, las mujeres cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecinos e, incluso, de organismos oficiales. Estas mujeres, a menudo, acaban cuidando y sobrecargándose de trabajo más de lo que su salud y condiciones se lo permiten al no aceptar la ayuda de otros

#### b) Las hijas y los hijos como cuidadores

Cuando la persona que cuida es la hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona dependiente que favorece la disposición del cuidado. En la mayoría de las ocasiones, representa un fuerte impacto emocional para los hijos darse cuenta de que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando venían haciéndolo hasta fechas recientes. Este impacto también se ve afectado por el fenómeno de la inversión

de roles, en cuanto que el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser padre o madre deja paso al papel de persona que necesita ser cuidada y, viceversa, el papel del hijo como alguien que es cuidado es sustituido por un papel de cuidador. Además de esto, a los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres ya que normalmente implica además algo imprevisto que puede impedirles realizar algunas de las actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato.

Las hijas solteras, la hija favorita, la que tenga menos carga familiar o de trabajo, la hija que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos o el hijo favorito suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres.

Normalmente, a medida que comienza a verse la necesidad de proporcionar cuidados al familiar mayor, va perfilándose un cuidador principal que normalmente suele responder a las circunstancias de cada familia, sin necesidad de que haya sido elegido por acuerdo explícito entre las personas que componen la familia.

Cuando se asume el cuidado del familiar, muchas veces se piensa que va a ser una situación temporal, aunque, en muchas ocasiones, acaba siendo una situación que dura varios años con una creciente demanda de cuidados.

Gran parte de los cuidadores hijos no trabajan ni pueden pensar en buscar un trabajo. Otros se ven obligados a reducir su jornada laboral. En los casos más extremos, se ven obligados a abandonar el trabajo por su situación de cuidador.

Finalmente, los hijos e hijas de los cuidadores deben atender también a las necesidades de su familia (cónyuge e hijos) así como a sus propias necesidades. Decidir dónde y cuándo y cómo invertir los esfuerzos y energías es difícil, sobretodo cuando las demandas de ayuda de las personas que cuidan (hijos, padres, cónyuges) es elevada.

En ocasiones no existe el afecto que normalmente une a padres e hijos, bien porque no ha existido una buena relación previa padres-hijos, o, simplemente, porque tal relación no ha existido, como es el caso de los hijos criados con otros familiares. Un caso especial es el de las nueras cuidadoras. En este caso, aunque la relación ha existido, no ha sido tan prolongada como en el caso de los hijos. En todos estos casos, un tiempo breve de contacto previo entre el cuidador o cuidadora y la persona cuidada puede ser un factor que lleve al cuidador a experimentar consecuencias más negativas. Afortunadamente, no necesariamente siempre es así, pudiendo ser las hijas e hijos que han pasado poco tiempo con sus padres y las propias nueras tan buenas cuidadoras como los hijos con una relación más habitual.<sup>3</sup>

## DEL PACIENTE

Puede decirse que una persona es dependiente cuando presenta una pérdida más o menos importante de su autonomía funcional y necesita de la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria. Normalmente, las causas de la dependencia de una persona son múltiples y varían bastante de unas personas a otras.

Las personas mayores dependientes:

tienen común:	en Su necesidad de otras personas para seguir adaptándose a las demandas de la vida cotidiana. Estas personas ven disminuida, en mayor o menor grado, su autonomía personal, esto es, su capacidad para realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria.
------------------	--

Se diferencian: En el grado de dependencia que presentan. Así, algunas personas necesitan ayudas mínimas, como que les acompañen en algunos desplazamientos, mientras que otras requieren una ayuda amplia y constante, como es el caso de las personas que necesitan ayuda en su higiene personal o a los que es necesario darles de comer.

#### Efectos de la dependencia sobre las personas mayores y su entorno

Reconocida la importancia que tiene para toda persona mantener en su vida un grado adecuado de autonomía personal o lo que es lo mismo, de control sobre las circunstancias de su vivir cotidiano, es lógico que la pérdida de la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales es una situación que afecta enormemente al bienestar integral de la persona sino también de quienes la rodean, tanto por las implicaciones que tiene para ellos mismos como al observar el declive de los seres queridos.

1. Supone un estado "anormal" para la persona: para la persona que ha vivido de forma autónoma durante toda su vida se ve ahora en una situación de dependencia que afecta de forma negativa a la forma en que se ve y valora a si mismo, a su autoestima y a su bienestar.

2. Las necesidades básicas de la persona deben ser satisfechas por las personas más próximas de su entorno, generalmente familiares, a menos que se planteen otras posibilidades (por ejemplo, ingreso en institución). Así pues, la prestación del cuidado debe cubrirse por la propia familia, con los subsiguientes cambios a todos los niveles (sociales, emocionales, económicos, laborales) asociados al cuidado.

La dependencia de una persona mayor puede obedecer a múltiples causas y casi siempre viene determinada por más de un antecedente. Entre los factores que pueden estar determinando la dependencia de una persona mayor podemos diferenciar factores físicos, psicológicos y los que proceden del contexto.

#### Factores antecedentes de la dependencia

1. Factores físicos: Fragilidad física, problemas de movilidad y enfermedades

El deterioro de algunos sistemas biológicos del organismo (respiratorio, cardiovascular, etc...) provoca una disminución de la fuerza física, de la movilidad, del equilibrio, resistencia, etc... Que suele ir asociado al deterioro o empeoramiento de la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Este declive del organismo biológico se produce en todas las personas, aunque sin embargo, existen amplias diferencias entre las personas en la forma en la que se envejece y en la forma en que se afronta el envejecimiento.

Además, el padecimiento de enfermedades crónicas durante la vejez tales como artritis, artrosis, osteoporosis y fracturas provocadas por caídas u otros accidentes contribuyen de forma notable a la discapacidad y a la dependencia física.

#### Limitaciones sensoriales

Las limitaciones sensoriales (problemas de visión y oído, fundamentalmente) contribuyen también en gran medida a la discapacidad y dependencia de las personas mayores ya que dificultan notablemente su interacción con el medio físico y social.

#### Consumo de fármacos

La elevada frecuencia de enfermedades de diversos tipos entre las personas mayores conlleva un elevado consumo de fármacos que, a su vez, suele implicar importantes efectos secundarios e interacciones farmacológicas no deseadas. La confusión, el deterioro cognitivo adicional, los efectos sedantes y la toxicidad cardíaca, la hipotensión ortostática son síntomas que se derivan frecuentemente del consumo de fármacos por las personas mayores y tienden a aumentar la dependencia de estas personas.

#### 2. Factores psicológicos

##### Trastornos psicológicos

Los trastornos cognitivos asociados al padecimiento de la demencia tipo Alzheimer o tras sufrir un accidente cerebrovascular son los problemas que más severas consecuencias conllevan sobre la pérdida de dependencia de las personas mayores ya que limitan su actividad intelectual y afectan a la capacidad de recuerdo, de comunicación con los demás, de realizar acciones cotidianas, etc.

También, padecer depresión contribuye significativamente a la dependencia en la edad avanzada ya que contribuye al aislamiento social, provoca un aumento de quejas sobre sí mismo y la salud física y aumenta el declive cognitivo y funcional, factores todos ellos que contribuyen a la dependencia de la persona.

##### Factores de personalidad

Las experiencias y aprendizajes a lo largo de la vida hacen que al alcanzar la vejez las personas difieran notablemente en cuanto a sus demandas y aceptación de ayuda por parte de los demás ante las distintas situaciones de la vida cotidiana, mostrándose así más o menos dependientes.

#### 3. Factores contextuales

Los factores contextuales se refieren tanto al ambiente físico donde vive la persona mayor como a las actitudes y comportamientos de las personas cercanas a las personas mayores dependientes que pueden actuar favoreciendo bien su autonomía, bien su dependencia

Por dependencia se entiende la situación en la cual una persona presenta limitaciones para realizar una o más actividades básicas para la vida diaria necesitando de la ayuda de los demás para desenvolverse en su vida cotidiana.

Es lógico pensar que la dependencia de las personas mayores se debe a un declive físico más o menos esperable debido a su avanzada edad. Es cierto que el declive físico aumenta con la edad y, por tanto, la cantidad de ayuda que se requiere también aumenta. También, el padecimiento de problemas crónicos de salud y la incapacidad que éstos conllevan tienen un importante impacto sobre el funcionamiento del individuo en su vida diaria.

Sin embargo, la relación entre enfermedad e incapacidad no es perfecta. Algunas personas mayores que padecen la misma enfermedad que otras se desenvuelven mucho mejor en su vida diaria. En otras ocasiones, personas sin una enfermedad que pueda considerarse incapacitante presentan una gran dependencia de los demás. Esta pérdida de capacidad funcional de difícil justificación es un fenómeno frecuente que los expertos denominan exceso de incapacidad. El exceso de incapacidad puede definirse como un nivel de funcionamiento de la persona en el desempeño de las actividades necesarias para la vida cotidiana inferior al que puede ser explicado por sus condiciones de salud.

Los factores contextuales se refieren fundamentalmente al entorno físico en el que viven las familias y en las actitudes y conductas de las personas cercanas a la persona mayor que pueden favorecer bien su dependencia, bien su autonomía. En definitiva, una parte sustancial de la incapacidad se debe al padecimiento de enfermedades y otras circunstancias físicas, pero otra parte de la incapacidad que muestran las personas mayores debe atribuirse a factores contextuales, sobre los que se puede intervenir fácilmente, incluso desde la propia familia. Los factores contextuales se refieren fundamentalmente al entorno físico en el que viven las familias y en las actitudes y conductas de las personas cercanas a la persona mayor que pueden favorecer bien su dependencia, bien su autonomía

Ambiente físico y social como generador de dependencia o autonomía

Ambiente físico

Un ambiente físico estimuladamente rico, con suficientes ayudas protésicas, que conjuguen adecuadamente la autonomía con la seguridad, contribuyen a las personas mayores tengan un funcionamiento óptimo en sus tareas cotidianas.

¿Cómo mejorar el ambiente físico?

Adaptar la vivienda a las características de la persona mayor. Consulte las páginas dedicadas a acondicionar la vivienda

Ambiente social

A veces el cuidado y la ayuda puede generar una mayor dependencia. El ambiente social puede favorecer o prevenir la dependencia. Las actitudes y la forma de actuar de los familiares y otras personas cercanas ante el deterioro de la salud de las personas de edad avanzada tienen una gran influencia sobre el grado de autonomía e independencia que ésta muestra.

¿Qué conductas de los familiares pueden favorecer la dependencia?

Con el fin de ayudar a la persona mayor en sus problemas de autonomía, en ocasiones los familiares hacen las cosas por ellos. En principio esta situación que es positiva, no lo es tanto cuando se hacen cosas por ellos que las personas mayores aún son capaces de hacer, aunque sea de manera parcial. Por ejemplo, ocurre cuando la persona mayor puede vestirse, aunque lentamente y con dificultad, y el cuidador lo hace por él o ella para evitarle dificultades. Así no se permite oportunidad de demostrar su independencia en esta tarea y si este hecho ocurre frecuentemente posiblemente acabará perdiendo esa habilidad por desuso.

También, a veces cuando las personas

mayores se muestran independientes para alguna actividad, los cuidadores les amonestan o critican por haberse comportado con independencia. Esto ocurre, por ejemplo, si mientras el cuidador está realizando otra tarea la persona mayor se levanta sin ayuda para cambiar de asiento y cuando el cuidador vuelve le recrimina por no haberle llamado para hacerlo con ayuda. En este caso ocurre lo mismo que en el caso anterior, que si bien los familiares "regañan" cariñosamente y lo hacen por el bien de sus familiares, al mismo tiempo están desanimando a éstos a mostrarse de forma independiente.

Por último, es habitual que cuando la persona mayor realiza habitualmente algo en lo que demuestra su autonomía como vestirse, recoger su habitación, etc. y no demanda ayuda de los demás, suele pasar desapercibido, ignorándose su comportamiento autónomo. No se le reconoce su esfuerzo. Es frecuente que las conductas que no tienen consecuencias positivas como ese reconocimiento o elogio de los demás, ese premio, dejen de realizarse.

¿Qué expectativas y estereotipos sociales pueden favorecer la dependencia?

Cuando los cuidadores tienen la expectativa de que sus familiares de edad avanzada no son capaces de realizar alguna actividad o de mejorar en algo, es posible que acaben prestando a su familiar más ayuda de la que realmente necesitan. De esta forma, se priva a la persona mayor de practicar comportamientos o actividades para las que está capacitado; no contar con oportunidades llevará a que progresivamente se vayan perdiendo por falta de práctica. Finalmente, las expectativas iniciales de los cuidadores acerca de que sus familiares no son capaces de realizar alguna actividad acaban cumpliéndose<sup>3</sup>

## DEAMBULACIÓN

En ocasiones, las personas mayores, especialmente cuando padecen algún tipo de demencia, pueden caminar durante un tiempo extenso, aparentemente sin motivo u objetivo alguno, de una manera desorientada. En principio, la deambulación no tiene por qué ser un

problema y sólo comienza a serlo cuando se produce en lugares inadecuados y con consecuencias negativas, tales como tener riesgo de caídas, sufrir un accidente, exponerse a una temperatura desaconsejable, causar daños al mobiliario u otros enseres, mostrarse agresivo con otras personas, etc.

En la siguiente tabla se presentan, en la columna izquierda, algunas de las situaciones problemáticas que pueden contribuir a que se produzca la deambulaci3n y que, a trav3s de las indicaciones sugeridas en la columna de la derecha, pueden ser solucionadas o disminuidas.<sup>4</sup>

POSIBLES ANTECEDENTES	CAUSAS	O ESTRATEGIAS AFRONTAMIENTO	DE
- Estr3s, ruido, confusi3n, alboroto.		- Reducir la estimulaci3n excesiva. Sacar a la persona de la situaci3n estresante.	
- Desorientaci3n: estar perdido, buscando a alguien o algo familiar.		- Proveer a la persona de objetos familiares, ofrecer ayuda y seguridad.	
- Soledad, aburrimiento, falta de descanso o escasez de estimulaci3n.		- Proveer de actividades que tengan alg3n sentido (apropiando el nivel de dificultad de tal forma que no se conviertan en actividades frustrantes) y atender a la persona.	
- Molestias f3sicas, dolor, efectos secundarios de medicaciones.		- Revisi3n m3dica. Cambiar, reducir o terminar con una determinada medicaci3n.	
- Estilo de personalidad "f3sicamente activa" como una manera de enfrentarse con la ansiedad.		- Modificar el ambiente para que sea seguro. Lograr una zona para que la persona se mueva por ella sin peligro, valorar el estado de 3nimo de la persona, promover la pr3ctica de tareas relajantes (ba3o caliente, m3sica, etc.).	
- Necesidad de ir al ba3o y no saber encontrarlo.		- Colocar se3ales que indiquen donde est3 el ba3o.	
- Respuesta ante est3mulos ambientales (se3ales de salida, puertas de salida) o est3mulos que invitan a irse (llaves, abrigos colgados en un perchero).		- Evitar o disimular estos est3mulos, mantener a la persona con una tarjeta o pulsera de identificaci3n.	
- Temperatura (mucho fr3o o calor), mala iluminaci3n, sobrecarga de est3mulos.		- Evaluar y modificar el entorno.	

#### RECOMENDACIONES GENERALES DE ACTUACI3N

Crear un ambiente seguro

Reducir riesgos innecesarios a trav3s de la utilizaci3n de alarmas o cerrojos, mantener una



Permitir la deambulación	iluminación adecuada, asegurar el mobiliario de la casa (cuadros, lámparas, etc.). Mientras que no haya peligro para la persona, permitir que la persona deambule. Mientras no sea peligroso para nadie, no prestar atención a la deambulación (no reforzar). Cuando la persona se encuentre haciendo otras actividades distintas a la deambulación, reconózcale y elogie su actitud (reforzar otras conductas).
Facilitar la orientación	Orientar en el tiempo y en el lugar en el momento en el que se produce la deambulación, mantener rutinas (horarios) y orden, señalar claramente las habitaciones con señales pintadas o con imágenes.
Mantenerse localizado	Asegurarse de que el familiar sepa dónde está y cómo localizarle, por ejemplo, a través de la utilización de una pizarra donde se expliquen los detalles de sus movimientos (donde va a estar, hasta qué hora, número de teléfono, etc.).
Favorecer la actividad	A través de actividades que interesen y/o distraigan a la persona. Ejercicio regular, llevar a la persona a dar un paseo (al exterior si es posible), ayudas en las tareas de la casa, jardinería, etc.
Distracción	Empezar otra actividad para distraer a la persona y que así deje de deambular. Hablar de otras cosas, ver fotografías o hablar del pasado, conducir a la persona a un lugar seguro, etc.

## **BINOMIO PACIENTE-CUIDADOR**

La mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales, que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. Los cuidadores también señalan otros motivos para prestar cuidados:

Por motivación altruista, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada, porque se entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.

Por reciprocidad, ya que antes la persona ahora cuidada les cuidó a ellos.

Por la gratitud y estima que les muestra la persona cuidada.

Por sentimientos de culpa del pasado: algunos cuidadores se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado: "En el pasado no me porté lo suficientemente bien con mi madre. Ahora debo hacer todo lo posible por ella".

Para evitar la censura de la familia, amigos, conocidos, etc. en el caso de que no se cuidara al familiar en casa.

Para obtener la aprobación social de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados.

Todas las anteriores son razones para cuidar a un familiar. Parece lógico suponer que el mayor "peso" de una u otra razón influirá en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporcionará, así como en el grado de satisfacción con la experiencia de cuidado obtenido por el cuidador.<sup>5</sup>

Relación anterior entre el cuidador y la persona cuidada

La experiencia de cuidado está muy influenciada por el tipo de relación que mantenían el cuidador y la persona cuidada antes de que esta última necesitara ayuda para continuar respondiendo a las demandas de la vida cotidiana. El parentesco existente entre el cuidador y la persona cuidada es un importante factor que influye en gran medida en la experiencia de cuidado.

Los cuidadores que antes de la dependencia mantenían una relación más cercana e íntima con la persona cuidada, la conocían mejor y mantenían con ella una buena relación basada en el afecto son los que suelen presentar con más frecuencia una motivación altruista en sus cuidados a su familiar. Es frecuente encontrar en este grupo a los familiares más cercanos de la persona cuidada. Estas personas cuidan a sus familiares porque "sienten" sus necesidades, anhelos e intereses y quieren ayudarles a aumentar su bienestar y sentirse mejor.

Los cuidadores que han mantenido con la persona cuidada una mala relación antes de que ésta necesitara de sus cuidados, o aquellos cuya relación ha sido menos cercana y de menor familiaridad con ella, muestran con menos frecuencia motivaciones de tipo altruista, siendo las motivaciones predominantes el sentido de obligación familiar, la evitación de la censura y la aprobación social.

Las fases de adaptación a la situación de cuidado

A pesar de que las circunstancias que rodean a cada situación de cuidado son distintas y que el proceso de "ajuste" a la nueva situación varía de un cuidador a otro, se pueden distinguir una serie de fases de adaptación al cuidado que son experimentadas por la mayoría de los cuidadores. No obstante, dada la gran variedad que existe entre las personas, es probable que estas fases no se produzcan en todos los casos.

Fase 1: negación o falta de conciencia del problema

En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrarse con que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo.

Este estadio es, normalmente, temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que el paciente está "simplemente distraído" o que se trata de una "enfermedad temporal".

Fase 2: búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles

A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar no

sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean.

En esta fase, los cuidadores suelen comenzar a buscar información para aprender lo máximo posible acerca del trastorno o trastornos que sufre su familiar y sobre sus posibles causas. Buscar información es, pues, una estrategia básica de afrontamiento.

¿Qué información suelen buscar los cuidadores?

¿En qué consiste la enfermedad que sufre su familiar? ¿Cuáles son sus causas?

¿Cómo suele evolucionar dicha enfermedad? ¿Qué cambios son esperables en el funcionamiento o comportamiento de su familiar?

¿Qué es lo que pueden hacer ellos para ayudar a su familiar? ¿Cómo deben cuidarle o qué tipo de ayuda deben proporcionarle?

¿Qué recursos pueden utilizar y en qué servicios pueden encontrar algún tipo de ayuda o asesoramiento?, ¿Cómo pueden acceder a dichos recursos y servicios?

¿Cómo pueden solucionar determinados problemas de comportamiento de su familiar dependiente?, ¿Cómo deben afrontar dichas conductas problemáticas?

¿Cómo pueden solucionar determinadas situaciones problemáticas (familiares, laborales, económicas)?

En este momento son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de "malestar" por la injusticia que supone el que les haya "tocado" a ellos vivir esa situación. El enfado, o, en su versión más intensa, la ira, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias. Existen en la vida, desgraciadamente, algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar, y son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas mayores.

A medida que aumenta la intensidad de la dependencia funcional del familiar enfermo, se incrementa la pérdida de control por parte de los cuidadores, con el consiguiente incremento en frecuencia e intensidad de sus sentimientos de ira, enfado y frustración. Estos sentimientos son, en estos casos, especialmente difíciles de manejar, debido a que los cuidadores no saben identificar bien cuál es el objeto de su malestar: ¿su familiar mayor necesitado de ayuda, el profesional de la salud hacia el que se vuelve en busca de ayuda, los demás familiares que permanecen algo más alejados o menos implicados en la situación? Las consecuencias más frecuentes de esta "cólera sin objeto" son los sentimientos de culpa. Sobrellevar los sentimientos de ira y de culpa sin tener medios adecuados para expresarlos puede ser muy destructivo para la persona. Es aconsejable que la persona que cuida "tome conciencia" de estos sentimientos y pueda hablar de ellos de manera clara y sincera con alguna persona de su confianza.

Fase 3: reorganización

Conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. Una relación esencial para la persona- una esposa, un padre o una madre- "se ha perdido". La vida ha perdido el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida.

Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse,

la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. Este período de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.

#### Fase 4: resolución

Con ese aumento del control sobre su situación y el reconocimiento de que como cuidador/a será capaz de manejar y sobrellevar los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado, surge un nuevo período de adaptación que, desgraciadamente, no es alcanzado por todos los cuidadores. En este estadio del cuidado, los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente la tristeza y la pena.

En este punto, los cuidadores ...

aprenden a cuidar mejor de sí mismos

están más dispuestos a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares  
suelen hacerse, en esta fase, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales

pueden buscar y encuentran otras fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos

A pesar de que en esta fase las responsabilidades continúan aumentando en número e intensidad y la enfermedad del familiar continúa su progresión, si la persona que cuida logra una buena adaptación, podrá estar más sereno que en los primeros momentos de la enfermedad. Éste puede ser un buen momento para reflexionar a fondo acerca de recuerdos de la relación que mantuvo en el pasado con su familiar enfermo y comenzar a reconstruir una imagen de cómo era éste antes de que la enfermedad mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida. Suele ser también en esta fase cuando algunos cuidadores se enfrentan a una de las decisiones más difíciles en el cuidado de una persona mayor: el traslado a una residencia.

#### Planificación del cuidado

En los primeros momentos de su vida como cuidadores, pocas personas están realmente preparadas para afrontar las responsabilidades y dificultades asociadas a la situación de cuidar a una persona mayor dependiente. Por esta razón, es recomendable que, si las circunstancias lo permiten, las personas que van a cuidar a un familiar mayor elaboren un plan de acción que les ayuden a tener claras las metas del cuidado y la forma en que van a llegar hasta ellas.

Hay muchos aspectos que los cuidadores deberían tener en cuenta en la planificación del cuidado con vistas a evitar posibles consecuencias negativas (conflictos o situaciones difíciles) en el futuro próximo. A continuación, se describen algunos de estos aspectos:

#### División de responsabilidades

El cuidado de una persona mayor implica múltiples y variadas tareas y responsabilidades, así como grandes dosis de tiempo y esfuerzo, características que hacen imposible que dicha situación pueda ser asumida sin problemas por una sola persona. En las ocasiones en que todas las responsabilidades del cuidado recaen sobre la misma persona es muy frecuente encontrar múltiples consecuencias negativas en la vida de la persona que cuida debido a la "sobrecarga" que supone para ella hacer frente sola tanto a las demandas del cuidado de la persona mayor como a las asociadas a su propia vida familiar. Para evitar estas situaciones,

es recomendable que, desde un principio, se clarifique quién va a participar en el cuidado de la persona mayor y cómo se van a distribuir las funciones y responsabilidades del cuidado.

Una fórmula ideal para conseguir una adecuada clarificación de estos aspectos y llegar a un acuerdo sobre cómo distribuir la responsabilidad de cuidar al familiar de la mejor forma posible, es la organización de reuniones familiares.

Dejar claro hasta qué punto se va a comprometer cada miembro de la familia en el cuidado de la persona mayor, favorecerá que se eviten o, al menos disminuyan en número, posibles conflictos y resentimientos futuros entre los familiares referentes al grado de colaboración de cada uno.

La pareja y los hijos del cuidador

Participar en el cuidado de una persona mayor supone cambios en la vida cotidiana, fundamentalmente debido a que gran parte del tiempo y del esfuerzo que la persona podía dedicar antes a su vida y relaciones familiares personales se dirige ahora hacia el familiar al que se proporciona la ayuda. Es recomendable que los cuidadores prevean estos cambios y hablen de ellos con las personas sobre las que, de alguna manera, van a repercutir. Algunas cuestiones a abordar serían las siguientes:

Con la pareja:

Anticipar cómo puede afectar la situación de cuidado a la relación de pareja y hablar de ello con ésta.

Hablar con la pareja acerca de cómo se siente cada uno en relación a los cambios que van surgiendo en sus vidas en relación con la situación de cuidado.

Reservar tiempo para realizar actividades con la pareja.

Hacer partícipe a la pareja de toda decisión relacionada con el cuidado que pueda afectarle.

Explicarles la situación con tranquilidad y sinceridad.

Preguntarles si están dispuestos a colaborar en el cuidado.

Preguntarles cómo se sienten en relación a los cambios que van surgiendo en la vida familiar en relación con la situación del cuidado del familiar mayor.

Con los hijos:

Si la ayuda a la persona mayor se proporciona en casa y si los hijos están dispuestos a colaborar, es recomendable hacer un reparto de las responsabilidades y tareas caseras.

Hacerles partícipes de toda decisión relacionada con el cuidado que pueda afectarles.

Las demandas del cuidado pueden hacer que los cuidadores vean reducido considerablemente su tiempo de ocio. Como consecuencia, es posible que las relaciones significativas con familiares y amigos disminuyan tanto en cantidad como en calidad, y que la persona vaya aislándose progresivamente.

En el caso de que ya se haya producido la pérdida de los contactos sociales como consecuencia de las demandas de la situación de cuidado, sería recomendable que la persona que cuida buscase crear nuevos vínculos, nuevas relaciones positivas o amistades con las que poder compartir experiencias positivas que potencien su bienestar y aligeren su carga.

Las necesidades personales: evitar "la pérdida de sí mismo"

Es frecuente que los cuidadores, si no ponen los medios necesarios para impedirlo, "se olviden de sí mismos". El estar centrados durante un largo tiempo en las necesidades de la persona a la que cuidan puede hacer que se olviden de sus propios intereses y necesidades. Pero ellas también son importantes

El lugar donde se cuida

De cara a la planificación del cuidado, es importante tener en cuenta que el lugar en el que se vaya a cuidar de la persona mayor debe reunir unos requisitos mínimos de espacio y que, probablemente, requiera de modificaciones en algunos de sus elementos para adaptarlo a las necesidades de la persona mayor.

La economía

El cuidado de una persona mayor dependiente supone una serie de gastos adicionales que no todas las personas pueden afrontar. En el caso de que se trate de una enfermedad progresiva, los gastos relacionados con el cuidado irán en aumento conforme la enfermedad vaya progresando.

La relación con los profesionales

Los cuidadores tienen derecho a consultar con los profesionales de la salud (médicos, enfermeras) y de los servicios sociales las dudas y cuestiones relacionadas con el cuidado. Los profesionales de la salud deben ofrecer información de calidad acerca de las características de los problemas de salud que padecen las personas mayores dependientes, así como de los cuidados que precisa y la mejor forma de proporcionárselos.

Los profesionales de los servicios sociales deben ofrecer a los cuidadores la información disponible sobre los recursos sociales (por ejemplo, centros residenciales, asistencia domiciliaria, centros de día, programas de respiro, etc.) que pueden utilizar, así como sobre los medios para acceder a tales recursos.

Cambios en la salud

Algo muy frecuente en los cuidadores es el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar. De hecho no es una 'sensación', sino que cuando se comparan a personas que cuidan, con personas sin esa responsabilidad, los cuidadores tienen una peor salud. En otros estudios se encuentra también que las personas que cuidan visitan más al médico y tardan más en recuperarse de las enfermedades.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la edad media de los cuidadores principales es de 52 años y que un 20 % son mayores de 65 años. Por tanto, es muy probable que en ellos estén comenzando algunos de los cambios que conlleva el envejecimiento como disminución de la fuerza muscular, cambios en algunas estructuras que permiten el movimiento, etc. Teniendo en cuenta, además, que el hecho de que están sometidos a un esfuerzo físico mayor que cualquier otra persona a esa edad, no es sorprendente que algunos de esos cambios se aceleren o que aparezcan precozmente.<sup>3</sup>

## *MARCO LEGAL*

En México, y en el Distrito Federal nos encontramos regidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, específicamente en el Distrito Federal por el Código Civil del Distrito Federal, donde encontramos legislación acerca de los ancianos y sobre personas dependientes o incapacitadas.

**Artículo 23.-** La minoría de edad, el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la capacidad de ejercicio que no significan menoscabo a la dignidad de la persona ni a la integridad de la familia; los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

**Artículo 304.** Los hijos están obligados a dar alimentos a los padres. A falta o por imposibilidad de los hijos, lo están los descendientes más próximos en grado.

**Artículo 305.-** A falta o por imposibilidad de los ascendientes o descendientes, la obligación recae en los hermanos de padre y madre o en los que fueren solamente de madre o padre.

Faltando los parientes a que se refieren las disposiciones anteriores, tienen obligación de ministrar alimentos los parientes colaterales dentro del cuarto grado.

**Artículo 306.-** Los hermanos y parientes colaterales a que se refiere el artículo anterior, tienen la obligación de proporcionar alimentos a los menores o discapacitados, este último supuesto incluye a los parientes adultos mayores, hasta el cuarto grado.

**Artículo 308.-** Los alimentos comprenden:

I. La comida, el vestido, la habitación, la atención médica, la hospitalaria y en su caso, los gastos de embarazo y parto;

II. Respecto de los menores, además, los gastos para su educación y para proporcionarles oficio, arte o profesión adecuados a sus circunstancias personales;

III. Con relación a las personas con algún tipo de discapacidad o declarados en estado de interdicción, lo necesario para lograr, en lo posible, su habilitación o rehabilitación y su desarrollo; y

IV. Por lo que hace a los adultos mayores que carezcan de capacidad económica, además de todo lo necesario para su atención geriátrica, se procurará que los alimentos se les proporcionen, integrándolos a la familia.

**Artículo 321.** El derecho de recibir alimentos no es renunciable, ni puede ser objeto de Transacción

**Artículo 486.-** La tutela del cónyuge declarado en estado de interdicción, corresponde legítima Y forzosamente al otro cónyuge.

**Artículo 487.-** Los hijos mayores de edad son tutores legítimos de su padre o madre soltera

**Artículo 488.** Cuando haya dos o más hijos, será preferido el que viva en compañía del padre o de la madre; y siendo varios los que estén en el mismo caso, el juez elegirá al que le parezca más apto.

**Artículo 511.** Pueden excusarse de ser tutores:

I. Los servidores públicos;

II. Los militares en servicio activo;

III. Los que tengan bajo su patria potestad tres o más descendientes;

IV. Los que por su situación socioeconómica, no puedan atender a la tutela sin menoscabo de su subsistencia;

V. Los que por el mal estado habitual de su salud, no puedan atender debidamente a la tutela;

VI. Los que tengan sesenta años cumplidos;

VII. Los que tengan a su cargo otra tutela o curaduría;

VIII. Los que por su inexperiencia en los negocios o por causa grave, a juicio del Juez, no estén en aptitud de desempeñar convenientemente la tutela.

**Artículo 512.** Si el que teniendo excusa legítima para ser tutor acepta el cargo, renuncia por el mismo hecho a la excusa que le concede la Ley.

**Artículo 538.-** Los gastos de alimentación, educación y asistencia de la persona sujeta a tutela deben regularse de manera que nada necesario le falte, según sus requerimientos y su posibilidad económica.

**Artículo 561.** Los bienes inmuebles, los derechos anexos a ellos y los muebles preciosos, no pueden ser enajenados ni gravados por el tutor, sino por causa de absoluta necesidad o evidente utilidad del menor, o del mayor con alguna de las incapacidades a las que se refiere el artículo 450 fracción II debidamente justificada y previa a la confirmación del curador y la autorización judicial.

**Artículo 562.** Cuando la enajenación se haya permitido para cubrir con su producto algún objeto determinado, el juez señalará al tutor un plazo dentro del cual deberá acreditar que el producto de la enajenación se ha invertido en su objeto. Mientras que no se haga la inversión se observará lo dispuesto en la parte final del artículo 437.

**Artículo 572.** El tutor no puede aceptar para sí a título gratuito u oneroso, la cesión de algún derecho o crédito contra el incapacitado. Sólo puede adquirir esos derechos por herencia.

**Artículo 573.** El tutor no puede dar en arrendamiento los bienes del incapacitado, por más de cinco años, sino en caso de necesidad o utilidad, previos el consentimiento del curador y la autorización judicial, observándose en su caso, lo dispuesto en el artículo 564.

**Artículo 574.** El arrendamiento hecho de conformidad con el artículo anterior, subsistirá por el tiempo convenido, aun cuando se acabe la tutela; pero será nula toda anticipación de renta o alquileres por más de dos años.

**Artículo 584.** En caso de maltrato, de negligencia en los cuidados debidos al incapacitado o a la administración de sus bienes, podrá el tutor ser removido de la tutela a petición del curador, de los parientes del incapacitado, del Consejo Local de Tutelas o del Ministerio Público.

**Artículo 450.** Tienen incapacidad natural y legal:

I. Los menores de edad;

II. Los mayores de edad que por causa de enfermedad reversible o irreversible, o que por su estado particular de discapacidad, ya sea de carácter físico, sensorial, intelectual, emocional, mental o varias de ellas a la vez, no puedan gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad, por sí mismos o por algún medio que la supla.

**Artículo 453.** El que se rehusare sin causa legal a desempeñar el cargo de tutor, es responsable de los daños y perjuicios que de su negativa resulten al incapacitado.<sup>6</sup>



## MARCO TEÓRICO

De la población mexicana estudiada en la ENSE 94 y reportada por Gutiérrez Robledo en 1998, en cuanto a movilidad se refiere es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional. Por ejemplo, 90% de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años pueden salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33% de los que tienen más de 90 años pueden hacerlo. Asimismo, si sólo 0.41% de los más jóvenes (60-64 años) están paralizados en cama, esto es 10 veces más frecuente (4.65%) entre los nonagenarios.<sup>9</sup>

El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse ó permanecer sólo en la noche se ve con frecuencia comprometido. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo 0.68% de los casos no pueden de ninguna manera salir de la cama y son por ende totalmente dependientes de una tercera persona para sobrevivir. Otro 6.13% puede moverse en su habitación, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse lo cual permite aún considerarlo como altamente dependiente. En promedio 7.06% de los mayores tienen necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y dependen en consecuencia de una tercera persona para subsistir.

Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son en consecuencia más frecuentes. Algunas actividades instrumentales como: cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60-64 años un 18% necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, la casi totalidad de los jóvenes viejos las ejecutan, cuando sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo. El ejecutar tareas domésticas, tanto ligeras (lavar trastos y barrer) como pesadas (lavar ventanas, trapear el piso o ejecutar la limpieza general), reviste un mayor grado de complejidad. La necesidad de ayuda para ejecutarlas se incrementa considerablemente con la edad. Es así que aproximadamente 40% de los octogenarios y 66% de los nonagenarios están incapacitados para ejecutar, aún las tareas domésticas más ligeras. Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino.<sup>7</sup>

No existen en nuestro medio sino datos preliminares acerca de la utilización de servicios por este sector de la población (Borges A, 1996). Al hospitalizarse, el tiempo de estancia promedio alcanza los 23 días, predominan los ingresos del sexo femenino (68%), la mayoría ingresa por urgencias (60.8%) y hasta un 20% reingresan al hospital en los 6 meses que siguen a su primera hospitalización. Hasta 30% de las camas de hospitalización en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" son ocupadas por mayores de 60

años, con un promedio de estancia que alcanza los 21 días. De cada 3 camas en el ISSSTE, 1 es ocupada por personas mayores de 60 años. En la consulta externa, 21% de las consultas son dadas a mayores de 60 años en el INCMNSZ. La atención de enfermería del anciano en hospital requiere de un 20% más de horas/enfermera.

En el Seguro Social en 1995 aunque los pobladores de 60 años y más no son sino el 6% de la población total, produjeron más egresos hospitalarios (11.8%) y demandaron más consultas médicas (13%), que cualquier otro grupo de población. Además la estancia hospitalaria promedio fue mucho más prolongada que el promedio nacional (OPS 1990).<sup>8</sup>

No se han encontrado estudios en la literatura que relacionen directamente el tipo de patología con el desarrollo de sobrecarga del cuidador. Así mismo tampoco se ha reportado incidencia de sobrecarga del cuidador en paciente geriátricos.

Se han realizado múltiples estudios que proponen validar la escala de sobrecarga del cuidador descrita por Zarit et al. En 1980. De estos estudios son 2 los más importantes, el primero realizado en Japón, sin embargo, las condiciones sociodemográficas de nuestro medio son totalmente diferentes debido a lo cual no consideramos con validez.<sup>10.11</sup>

El segundo y tal vez el más cercano a nuestro medio es el realizado en Navarra, España, donde reportan la adaptación española a la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit con buena validez para el medio específico de la sociedad española.<sup>12</sup>

## JUSTIFICACIÓN

Actualmente el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo. Las tendencias de este incremento tienen diversas manifestaciones, que plantean nuevas necesidades como son: el aumento de los índices por enfermedades crónico degenerativas y de incapacidades; el acelerado incremento de personas de 85 y más años de edad y el predominio de mujeres en edades avanzadas. Mas allá de ser un fenómeno demográfico, las personas son las que envejecen y las sociedades las que deben buscar formas adecuadas para responder a las nuevas demandas.

Uno de los principales problemas con los que se enfrenta el médico es el entorno social del paciente que en ocasiones influye directamente sobre la salud y tratamiento de los pacientes. En los pacientes geriátricos se pone de manifiesto esta situación de manera mucho más palpable ya que un buen número de estos dependen de un cuidador.

El agotamiento del cuidador se presenta cuando la carga del cuidado sobrepasa su capacidad y recursos y es tan grave que puede provocar un estrés excesivo y el riesgo de muerte o suicidio <sup>13</sup>

El médico habitualmente suele centrarse en las condiciones de su paciente y no se ocupa de su cuidador y la familia. Muchos de los fracasos en el manejo del enfermo geriátrico o dependiente no son entonces por falta de conocimientos o errores médicos, sino por descuidar este último aspecto.

Por lo tanto, para tratar de manera adecuada este problema de salud pública es necesario iniciar por conocer cual es la problemática en nuestro medio para poder valorar la magnitud del mismo, ya que hasta la fecha solo se han hecho inferencias al respecto.

El médico en su carácter holístico debe ser capaz de identificar, conocer y tratar también la problemática social de los familiares en beneficio, en este caso, de la población geriátrica que acuda a ellos.

La Medicina Interna se ha enfrentado paulatinamente de manera directa con el fenómeno del envejecimiento, cada vez se encuentran más pacientes mayores de 65 años, y por la naturaleza de patologías que trata, muchos de estos pacientes son dependientes.

Es prioridad, pues, conocer la incidencia de pacientes ancianos en nuestro servicio, las principales patologías que afectan a este grupo de edad, el grado de dependencia que presentan y de estos, las características de los cuidadores y si presentan sobrecarga del cuidador para ofrecer un manejo integral.

## **HIPOTESIS**

- La incidencia de personas mayores de 65 años hospitalizadas debe ser alta.
- Las principales patologías de ingreso serán aquellas propias de complicaciones de patologías crónico degenerativas de acuerdo a la escala de Barthel.
- De estas patologías, la mayoría serán incapacitantes, es decir, serán mayoría los ancianos dependientes (dependiente grave)
- El perfil del cuidador de los pacientes ancianos ingresados concordará con lo descrito por la literatura, en primer lugar serán mujeres y de este porcentaje hijas.
- A mayor dependencia del anciano cuidado, mayor será la incidencia de sobrecarga del cuidador.
- Todos los cuidadores con sobrecarga del cuidador presentaran datos de depresión y/o ansiedad.
- Los cuidadores capacitados previamente en la clínica de geriatría del Hospital General Fernando Quiróz Gutiérrez, mediante el curso de cuidadores, presentarán menos datos de sobrecarga del cuidador y menos datos de depresión y/o ansiedad relacionadas.

## **OBJETIVOS**

### *OBJETIVO PRINCIPAL*

1.- Determinar la frecuencia de sobrecarga del cuidador en los cuidadores de los pacientes ancianos hospitalizados

### *OBJETIVOS SECUNDARIOS*

1.- Identificar las patologías por orden de frecuencia causantes de ingreso hospitalario en pacientes ancianos del Hospital General Fernando Quiróz Gutiérrez

2.- Identificar las características de apoyo social de los pacientes ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Fernando Quiróz Gutiérrez

3...- Determinar el grado de dependencia de los pacientes ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna

4.- Determinar la asociación existente entre el grado de dependencia con las patologías más frecuentemente presentadas.

5.- Obtener el perfil del cuidador de los pacientes ancianos ingresados al servicio.

6.- Relacionar la frecuencia de las patologías con la presencia de sobrecarga del cuidador

7.- Establecer la relación existente entre el grado de dependencia del anciano cuidado y la presencia de sobrecarga del cuidador.

7.- Determinar la presencia de depresión y ansiedad de los cuidadores que hayan presentado sobrecarga del cuidador

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

- 1.- ¿Cuál es la frecuencia de ancianos ingresados al servicio de Hospitalización del servicio de Medicina Interna del Hospital General Fernando Quiróz Gutiérrez ISSSTE?
- 2.- ¿Cuáles son las principales patologías causantes de ingreso hospitalario?
- 3.- ¿Cuál es el perfil del cuidador de los pacientes ancianos ingresados al servicio de Medicina Interna?
- 4.- ¿Cuál es la frecuencia de sobrecarga del cuidador de los pacientes ingresados al servicio de Medicina Interna?
- 5.- ¿Existe alguna relación entre la sobrecarga del cuidador y las patologías de ingreso al servicio?

## METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, clínico y descriptivo, que se llevará a cabo del mes de Marzo a Julio del 2007.

La muestra fueron todos los pacientes mayores de 65 años de edad que ingresaron al servicio de Medicina interna del 16 de Abril al 16 de Mayo del 2007

Se realizó, previo consentimiento informado, la aplicación de la encuesta de recolección de datos (Anexo 1) a todos los cuidadores primarios de los pacientes ancianos ingresados

Los criterios de inclusión son:

- Pacientes mayores de 65 años de edad que sean ingresados a hospitalización del servicio de Medicina Interna del 16 de Abril al 16 de Mayo del 2007
- Que cuenten con al menos un cuidador primario
- Que el paciente y el cuidador acepten formar parte del protocolo.

Los criterios de exclusión son:

- Que el paciente y/o el cuidador no acepten formar parte del protocolo
- Que no cuente con cuidador
- Que no cuente con familiar responsable: estos se tomarán como pacientes “abandonados” para fines del protocolo.
- Pacientes ancianos institucionalizados.

Se tomaran los datos personales de los pacientes ancianos así como de los cuidadores primarios, incluyendo sexo, edad, parentesco con la persona cuidada, escolaridad, tiempo de cuidado, si existen mas cuidadores secundarios, y si han tomado el curso para cuidadores que se imparte regularmente en el hospital.

De la misma manera se llevara a cabo la evaluación social, la evaluación funcional de acuerdo a la escala de Barthel, la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, y la escala de Hamilton para ansiedad y depresión dirigida a los cuidadores primarios. (Anexo 2)

La variable dependiente es el cuidador y sus características,

La variable independiente será la presencia o ausencia de sobrecarga del cuidador

### *ASPECTOS ETICOS*

Debido a que se trata de un estudio meramente descriptivo, y con consentimiento informado previo, consideramos que no se dañan los derechos humanos, la moral, salud e integridad física de los pacientes que decidieron ingresar al protocolo. Además de que el estudio se encuentra apegado a las normas y reglamentos internacionales de bioética.

El estudio fue presentado, discutido y aceptado por el comité de ética del Hospital general Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE.

## **ANALISIS DE LA INFORMACION**

Dado el carácter descriptivo del estudio, una vez recolectados los datos y procesados, se llevara a cabo el análisis de la información mediante el estudio de

Frecuencia

Medidas de tendencia central (Porcentajes, Media, Mediana y Moda)

### **RECURSOS**

Los recursos empleados fueron los siguientes:

Recursos Humanos

Médico residente de 4°. Año de la especialidad de Medicina Interna

Médico especialista tutor de Tesis de especialidad

Recursos materiales

Hojas y fotocopias para realización de formato de recolección de datos

Plumas

Lápices

Engrapadora y grapas

1 computadora con impresora

Software: Word, Excel y SPSS



## RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados.

El total de pacientes ingresados al servicio durante el periodo de estudio fue de 168 pacientes de los cuales 45% fueron varones y 55% mujeres, de los cuales ingresaron 64 pacientes mayores de 65 años (38%)

De este numero de pacientes 2 rehusaron formar parte del estudio y 11 no contaban con cuidador primario debido a lo cual se consideraron excluidos del estudio (abandonados)

La muestra final fue de 51 pacientes (n=51), a su vez, de estos 25 pacientes fueron varones (49%) y 26 mujeres (51%)

La edad media general para los 51 pacientes tomados en cuenta para el estudio, fue de 78.36 años. La edad media para varones fue de 77.2 años con una mediana en 74-78 años, la moda se encontró en 70 y 81 años, la cual coincide con la mediana encontrada, dándole un mayor peso estadístico dentro de las medidas de tendencia central.

La edad media para mujeres fue de 78.7 años con una mediana de 79 años, la moda se encontró en 68 y 86 años.

Las patologías más frecuentemente encontradas como motivo de ingreso hospitalario, en orden de frecuencia fueron:

Insuficiencia renal crónica	8 pacientes (15.6%)
Insuficiencia cardíaca	5 pacientes (9.8%)
EPOC exacerbado	5 pacientes (9.8%)
EVC	5 pacientes (9.8%)
Diabetes mellitus 2 descontrolada	4 pacientes (7.5%)
Infección de vías urinarias	4 pacientes (7.5%)
Cardiopatía isquémica	4 pacientes (7.5%)
Insuficiencia hepática	3 pacientes (5.8%)
Hemorragia de tubo digestivo	3 pacientes (5.8%)
Síndrome doloroso abdominal	3 pacientes (5.8%)
Hipertensión arterial sistémica	2 pacientes (3.9%)
Cáncer, cualquier tipo	2 pacientes (3.9%)
Traumatismo craneoencefálico	1 paciente (1.9%)
Lipotimia en estudio	1 paciente (1.9%)
Colecistitis crónica litiasica.	1 paciente (1.9%)

De acuerdo a la evaluación funcional de acuerdo a la escala de Barthel se obtuvo:

Independiente	22 pacientes (43.1%)
Dependiente leve	16 pacientes (31.3%)
Dependiente Moderado	2 pacientes (3.9%)
Dependiente total	8 pacientes (15.6%)
Dependiente Grave	3 pacientes (5.8%)

### DE LOS CUIDADORES

Del total de cuidadores 46 (90.8%) fueron mujeres y 5 (9.8%) varones, la edad media fue de 50.2 años y la mediana de 50 años

La edad media para mujeres fue de 48.35 años, la mediana en 49 años y para varones la media fue de 62 años y la mediana de 60 años

En cuanto al parentesco con la persona cuidada encontramos la distribución de la siguiente manera

Hija 29 (56.86%)  
Esposa 11 (21.5%)  
Nieta 4 (7.84%)  
Hijo 3 (5.88%)  
Esposo 2 (3.92%)  
Sobrino 1 (1.9%)  
Nieta política 1 (1.9%)

Continuando con lo encontrado dentro de las características de los cuidadores, la escolaridad hallada se distribuyó de la siguiente manera.

Analfabeta 3 (5.88%)  
Primaria 11 (21.5%)  
Secundaria 11 (21.5%)  
Bachillerato o comercial 14 (27.4%)  
Licenciatura 11 (21.5%)  
Postgrado 1 (1.9%)

Así mismo se encontró que 29 personas (56.86%) cuentan con cuidadores secundarios, de los cuales 27 (93.10%) no son remunerados económicamente.

46 cuidadores (90.19%) no han asistido nunca al curso para cuidadores del hospital, solo 5 cuidadores (9.8%) lo han hecho.

La evaluación de acuerdo a la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit arrojó que 30 cuidadores (58.8%) presentaron sobrecarga del cuidador, mientras que 21 (41.1%) no la presentaron. A su vez de este total de pacientes sólo 3 personas (5.8%) presentaron ansiedad y 4 (7.8%) presentaron depresión. De acuerdo a la escala de evaluación de ansiedad y depresión de Hamilton.

## DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La frecuencia de ancianos hospitalizados en un servicio de Medicina Interna del ISSSTE (38%) se encuentra por encima de la reportada en la Literatura, específicamente por Gutiérrez Robledo que la reportaba alrededor de 30%, para pacientes mayores de 60 años, es de llamar la atención que se encuentra un 8% por encima de lo esperado y con un corte de edad menor, 65 años, lo cual relacionamos indirectamente con la transición demográfica, fenómeno que desde hace varios años se viene dando en la sociedad mexicana y que de esta manera encontramos mucho mas palpable como problemática de los servicios de salud en el país y con gran implicación dentro de la familia y la organización, así como educación de la sociedad mexicana.

La frecuencia de sobrecarga del cuidador encontrada (58.8%) la consideramos como alta, ya que mas de la mitad de los cuidadores se encuentran con sobrecarga, lo cual puede afectar de manera negativa en la salud del binomio paciente-cuidador. No se encontró en la literatura con reportes nacionales acerca de la frecuencia de sobrecarga del cuidador por lo que este dato no lo podemos comparar hasta el momento.

La edad media encontrada en la población del estudio fue de 77 años para varones y 78 para mujeres, la cual se encuentra por encima de la media nacional, esto nos demuestra de una manera mas grafica el incremento en la esperanza de sobrevivir en nuestro país, la transición demográfica, y el incremento de demanda de servicios de salud por este grupo etario, lo cual lo convierte en un problema de salud publica que debe enfrentarse con visión preventiva mas que curativa, por la salud del binomio como por la disminución de los gastos en salud en este grupo de edad que día a día van en aumento.

Las patologías de ingreso encontradas con mayor frecuencia, efectivamente, corresponden a patologías crónico-degenerativas, sin embargo, las mas frecuentemente encontradas, no son las mas incapacitantes, salvo por el evento vascular cerebral, esto lo podemos medir indirectamente con el grado de dependencia encontrado de acuerdo a la escala de Barthel donde mas de la mitad de los pacientes son independientes y solo un 5% dependientes grave. Por lo tanto esto nos permite inferir que en nuestro medio, los pacientes ancianos no son dependientes graves, y que por lo tanto, de existir sobrecarga del cuidador, esta no se encontrara en relación con el grado de dependencia del anciano cuidado.

Sorprende no encontrar entre las patologías mas frecuentes de ingreso las demencias, ya que, de acuerdo a la literatura mundial son de alta frecuencia (cerca del 8%) en este grupo de edad. Quizá uno de los factores que resulte un sesgo al respecto sea la institucionalización de los ancianos, la cual en el presente estudio no se mide.

En la literatura mundial se ha reportado que el perfil característico del cuidador es:

La mayoría de los cuidadores son mujeres (83 % del total)

De entre las mujeres cuidadoras, un 43 % son hijas, un 22 % son esposas y un 75% son nueras de la persona cuidada

La edad media de los cuidadores es de 52 años (20 % superan los 65 años)

En su mayoría están casados (77%)

Una parte muy sustancial de cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada (60%)

En la mayoría de los casos no existe una ocupación laboral remunerada del cuidador (80%)

La mayoría de los cuidadores prestan ayuda diaria a su familiar mayor (85%)

Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%)

Las características encontradas de los cuidadores primarios en el presente estudio, mujeres, hijas, esposas y nietas, en ese orden de frecuencia coincide con lo reportado en la literatura mundial, así como lo esperado de acuerdo a nuestro medio social, sin embargo se encontró un dato interesante y que traducimos como fenómeno socio-cultural del adelanto de la mujer actual, la escolaridad mas frecuentemente encontrada fue la ubicada en el nivel medio-superior (27.4%) cuando la media nacional de escolaridad se encuentra en la secundaria.

De los varones llama la atención que los esposos cuidadores (2; 3.92%) son ancianos “viejos” lo cual podemos suponer es un factor de mal pronostico en la salud del anciano cuidando.

De la misma manera se ha reportado en la literatura que la mayoría de los cuidadores no reciben ningún tipo de remuneración, en gran medida, debido al parentesco o lazo directo con el anciano, en el presente estudio coincidimos con lo reportado en la literatura ya que encontramos 0% de cuidadores asalariados, es importante recalcar que esto se debe a que la búsqueda intencionada fue acerca de cuidadores primarios. Por lo que pudiesen tener algún cuidador asalariado de manera secundaria. Quizá sea debido al nivel socioeconómico de la población estudiada, que como derechohabientes del instituto la media se encuentra en clase media, media-alta.

Encontramos relación entre la alta sobrecarga del cuidador y la ausencia de capacitación formal de los cuidadores dentro del hospital, ya que solo un 9% ha asistido al curso de cuidadores que ahí se imparte.

la mayor parte de los cuidadores (94% y 92%) no presentaron ansiedad y depresión, contrario a lo esperado, ya que la literatura reporta que se asocian con alta frecuencia, esto nos traduce que la sobrecarga no afecta de manera importante aun al cuidador o bien que se necesita otra escala que evalué la sobrecarga de manera cualitativa y no cuantitativa.

## RECOMENDACIONES

Lo encontrado en el presente trabajo coincide de manera general con lo esperado y documentado en la literatura mundial, sin embargo se encontró poca relación entre el tipo de patologías frecuentemente encontradas y la presencia de sobrecarga del cuidador, lo cual no concuerda con la teoría de que a mayor dependencia mayor sobrecarga del cuidador, quizá existan otros factores que estén llevando a la sobrecarga y con mayor peso en el aspecto social, se encontró de igual manera que pocos cuidadores se encuentran capacitados, por lo que, apelando al grado de instrucción encontrado en los cuidadores, se podría reforzar el aspecto educacional en el cuidado de los ancianos de nuestro país.

Es un hecho que en nuestro país se incrementa día con día el número de ancianos que requerirán atención médica, y que finalmente, todos nosotros algún día seremos ancianos y quizás más longevos que los encontrados actualmente, por lo cual es prioritario de manera mediata llevar un mejor cuidado de los ancianos para mejorar el estado de salud, el bienestar de ancianos y cuidadores.

Existe quien considere a los ancianos y su creciente número como un problema de salud pública, sin embargo, y en lo personal, considero que se requiere de un cambio de conciencia social radical, de base, que se debe desde la familia, ya que nos enfrentamos a un fenómeno social y demográfico, tal vez normal y esperado, que se ha presentado anteriormente en otros países, otras culturas y otros ambientes económico-sociales, la sociedad está envejeciendo y tenemos que hacerle frente como una situación “fisiológica” de la misma sociedad.

El alma de este estudio la definimos como la plataforma para estudios posteriores, se necesitan en nuestro país estudios epidemiológicos serios para así tener bases para hacer otro tipo de estudios posteriores de mayor sofisticación y peso estadístico, necesitamos conocer inicialmente nuestro medio para poder estudiarlo desde diferente perspectiva en un futuro.

Finalmente el médico internista, en su carácter de ser el más holístico de los médicos, necesita abordar la patología de los pacientes desde todos los puntos de vista, sin descuidar el social, ya que afecta de manera directa e importante en la población, sobre todo la de los adultos mayores que al ser una población minoritaria aun, despreciada socialmente, se convierte de las más desvalidas en todo su ser bio-psico-social.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Irigoyen Coria, Nuevos Fundamentos De Medicina Familiar, 1ª ed. Ed MMI, México, DF. 2002. pp3-37
- 2.- García GJJ. Perfil epidemiológico del adulto mayor en México. Documento mecanografiado. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM, 2000: 7p.
- 3.- [http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/quienes\\_son.htm](http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/quienes_son.htm)
- 4.-Rosales L Galván S Martín A (1982) Encuesta Nacional de Invalidez. Sistema Nacional DIF México D.F.
- 5.-Hazzard William R., Bierman Edwin L., John P. Blass, Ettinger Jalter H. Jr. Y Halter Jeffrey B.: Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. Third edition. McGraw-Hill Inc. International edition, 1994
- 6.- Código Civil para el Distrito Federal, 9ª. Edición, Ediciones fiscales, 2005, México.
- 7.- Gutiérrez R, LM. Relación entre el deterioro funcional y el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de los adultos mayores en México. En: Fajardo OG (compilador). Problemas y programas del adulto mayor. México: CISS-CIESS-OPS-OMS; 1977: 23-45.
- 8.- Borges A. Gutiérrez-Robledo LM et al. (1996) Utilización de Servicios Hospitalarios por Ancianos en la Ciudad de México Salud Púb de Mex, 38:475-486.
- 9.- Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Encuestas de Salud. (1988) ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. México D.F.
10. - Zarit SH, Dunkin JJ, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. Neurology 1998, 51(supl 1): S53-S60.
11. - Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980, 20 (6):649-55.
- 12.- Martín, M. et al. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol 1996; 6:338-346.
- 13.- D`Hyver C, Gutiérrez LM. Geriatria, 1ª. Edición, Manual Moderno, 2006 México.
- 14.- Lozano-Ascencio R. Frenk J, González Bloch MA. (1996) El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. Sal Pub Mex 38:419-429.

# ANEXO 1

## ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS.

---

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_  
EXPEDIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

### Diagnósticos de Ingreso a Hospitalización:

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_
- 7.- \_\_\_\_\_
- 8.- \_\_\_\_\_
- 9.- \_\_\_\_\_
- 10.- \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_  
Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Tiempo de cuidado (DÍAS, AÑOS, NUMERO DE HORAS) \_\_\_\_\_  
Otros cuidadores \_\_\_\_\_  
Acude al curso para cuidadores del hospital? \_\_\_\_\_

### SECCIÓN DE APOYO SOCIAL

- 1.- Cuál es su estado civil? 1.Casado(a)/ U. libre 2.Separado/Divorciado 3.Soltero 4.Viudo ( )
- 2.- Quién vive con Ud.? 1.Cónyuge 2.Otro familiar/amigo 3.Cuidador 4.Asilo 5. Solo ( )
- 3.- Está Ud. Satisfecho(a) con la frecuencia con que ve a sus familiares, o cree que los ve poco? ( )  
1.Satisfecho 2.Insatisfecho
- 4.- Asiste o le gustaría participar en alguna actividad social? ( )  
1.Asiste 2.Si 3.No
- 5.- Si Ud. Se encontrase enfermo Cuenta con alguien que pudiera hacerse cargo de su atención? ( )  
1.Si 2.No
- Tiene al menos alguien que pueda cuidarlo poco tiempo? 1.Si 2.No ( )
- Hay alguien que pueda cuidarlo de vez en cuando? 1.Si 2.No ( )

A quién podemos llamar en caso de emergencia? (nombre, edad y teléfono) \_\_\_\_\_

Resultado:  Sin deterioro  Deterioro leve  Moderado  Severo

---

---

### Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

---

Item	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	( )
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	( )
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	( )
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	( )
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	( )
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	( )
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	( )
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	( )
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	( )
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	( )
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	( )
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	( )
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	( )
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	( )
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	( )
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	( )
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	( )
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	( )
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	( )
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	( )
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	( )

---

ESCALA DE EVALUACION FUNCIONAL DE BARTHEL

COMER:



- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

**LAVARSE (BAÑARSE):**

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

**VESTIRSE:**

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

**ARREGLARSE:**

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

**DEPOSICIÓN:**

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente.

**MICCIÓN ( Valorar la semana previa):**

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente..

**USAR EL RETRETE:**

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

**TRASLADO AL SILLON/CAMA:**

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

**DEAMBULACION:**

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

**SUBIR / BAJAR ESCALERAS:**

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:

- 1- Independiente: 100 pts (95 si permanece en silla de ruedas).
- 2- Dependiente leve: >60 pts.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 pts.
- 4- Dependiente grave: 20-35 pts.
- 5- Dependiente total: <20 pts.

**ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD**

			Ansente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave	Puntuación
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad						
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse						
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones						
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos						
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria						
6	Humor depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna						
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular						
8	Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación						
9	Síntomas somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento						
10	Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea						
11	Síntomas gastro-intestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis						
12	Síntomas génito-uritarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia						
13	Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección						
14	Comportamiento del paciente durante el examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.						
Puntuación TOTAL								

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION.

		RESPUESTA	PUNTAJOS
<b>1</b>	<b>Humor depresivo (tristeza, desesperación, autodesprecio)</b>		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado sólo tras búsqueda específica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado verbal y espontáneamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado con expresión y actitud propensas al llanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	<b>Sentido de culpabilidad</b>		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- se recrimina a sí mismo, tiene la impresión de haber causado daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- idea de culpa o de reflexión sobre errores pasados o acciones condenables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ideas delirantes de persecución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	<b>Tendencia al suicidio</b>		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- tiene la impresión de que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- desea morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ideas o actitudes suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	<b>Insomnio al principio de la noche</b>		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dificultad esporádica para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dificultad constante para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>5</b>	<b>Insomnio en plena noche</b>	
- ausente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sueño agitado y turbado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- desvelo nocturno (valorar todas las veces que se levanta de la cama)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>		<b>Insomnio matinal</b>	
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- despertar precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- incapacidad de volver a dormir si se levanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>7</b>	<b>Trabajo y actividad</b>	
- ninguna dificultad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pensamiento y sensación de incapacidad, astenia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pérdida de interés en la actividad profesional		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- disminución del tiempo de actividad o de la productividad (en hospital, puntuar 4 si no pasa al menos 3 horas en actividad)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	<b>Lentitud (ideomotora y del lenguaje, dificultad para concentrarse)</b>		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ligera lentitud al contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- manifiesta lentitud al contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- contacto difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- estupor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



RESPUESTA PUNTAJOS











--

- 9** Agitación
- ausente
  - juega con las manos, con el pelo, etc.
  - se retuerce las manos, se come las uñas, se tira del pelo, se muerde los labios
- 10** Ansiedad psíquica
- ausente
  - tensión subjetiva e irritabilidad
  - se preocupa por problemas menores
  - inquietud, que se aprecia en la expresión del rostro y en el habla
  - llanto sin motivo
- 11** Ansiedad somática (concomitante físico de la ansiedad)
- ausente
  - discreta (gastrointestinal, sequedad de boca, trastornos digestivos)
  - media
  - grave (palpitaciones, cefalea)
  - incapacidad funcional (hiperventilación, micción frecuente, etc.)
- 12** Síntomas somáticos gastrointestinales
- ausentes
  - pérdida del apetito. Sensación de pesadez abdominal
  - dificultad para alimentarse si no se le estimula
- 13** Síntomas somáticos generales
- ausentes
  - pesadez en articulaciones, espalda o cabeza. Astenia, cefalea, mialgias
  - síntomas anteriores muy severos
- 14** Síntomas genitales (pérdida de la libido, trastornos menstruales)
- ausentes
  - leves
  - graves
  - no estudiados
- 15** Hipocondría
- ausente
  - atención concentrada en el propio cuerpo
  - preocupación por la salud propia
  - lamentaciones frecuentes, petición de ayuda, etc.
  - ideas delirantes hipocondríacas
- 16** Pérdida de peso (subjetiva)
- ausente
  - probable pérdida de peso
  - pérdida de peso cierta
- Pérdida de peso (objetiva)
- menos de 500 g por semana
  - más de 500 g por semana
  - más de 1 kg por semana
- 17** Toma de consciencia
- reconoce que está deprimido y enfermo
  - reconoce que está enfermo pero lo atribuye a la comida, al clima, a un virus, al estrés, etc.
  - niega estar enfermo

**PUNTAJOS TOTAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

En calidad de familiar responsable, me encuentro informado de que en el Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE se está llevando a cabo el protocolo de investigación titulado "PATOLOGIAS FRECUENTEMENTE RELACIONADAS CON DATOS DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA HOSPITALIZACION DEL HGFQG"

Estoy enterado de las características del estudio y de mi participación dentro del mismo y me encuentro totalmente libre y adecuadamente informado (a) para aceptar mi participación dentro del protocolo.

Estoy enterada que la información otorgada es totalmente confidencial, únicamente utilizable por los integrantes del equipo de investigación.

Paciente

Familiar responsable

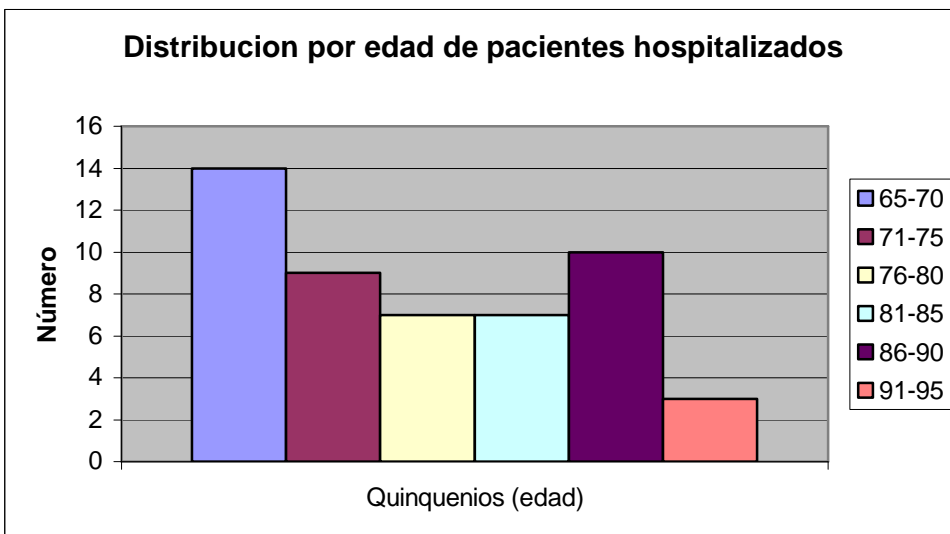
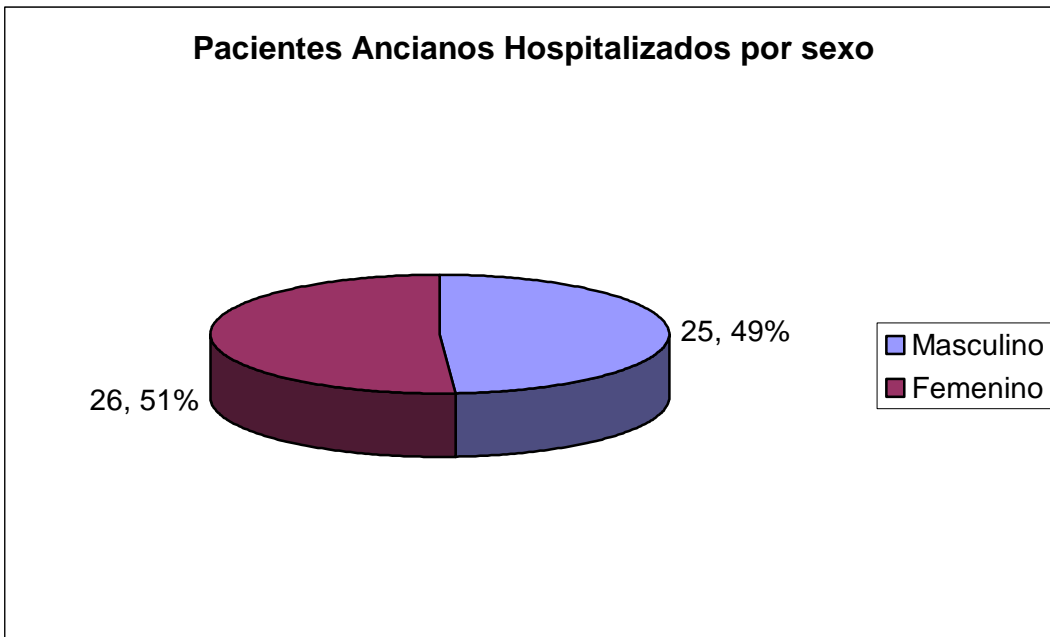
Médico residente

Testigo.

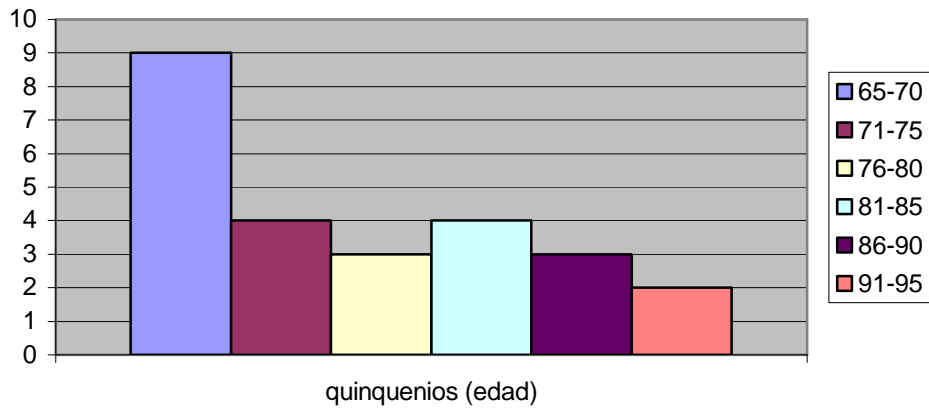
México, D.F a        de

del 2007

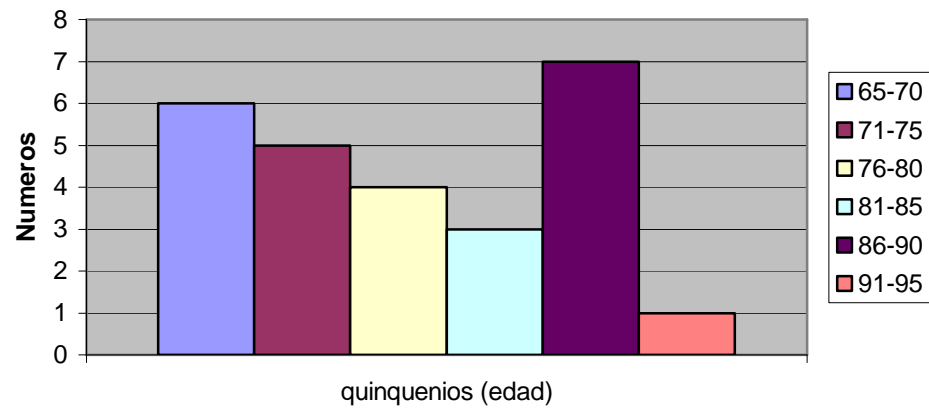
**ANEXO 2  
GRAFICOS.**



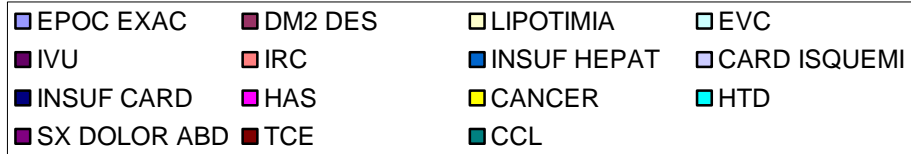
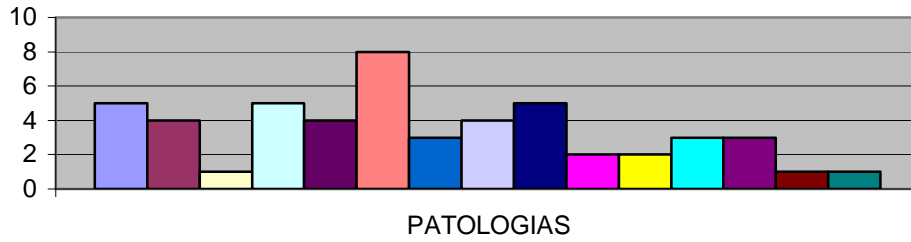
**Distribucion por edad (varones)**



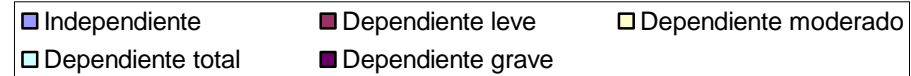
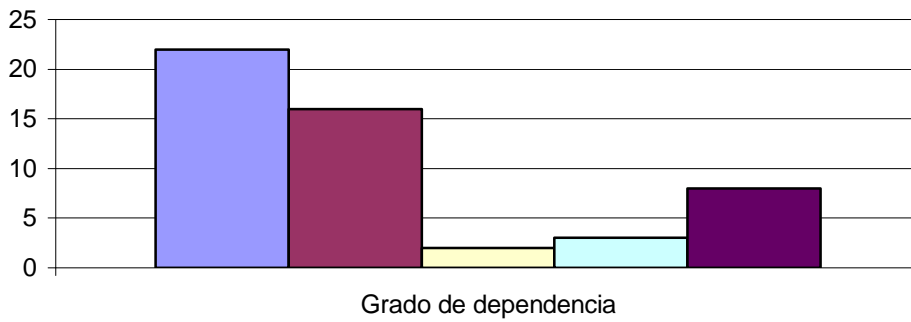
**Distribución por edad (mujeres)**



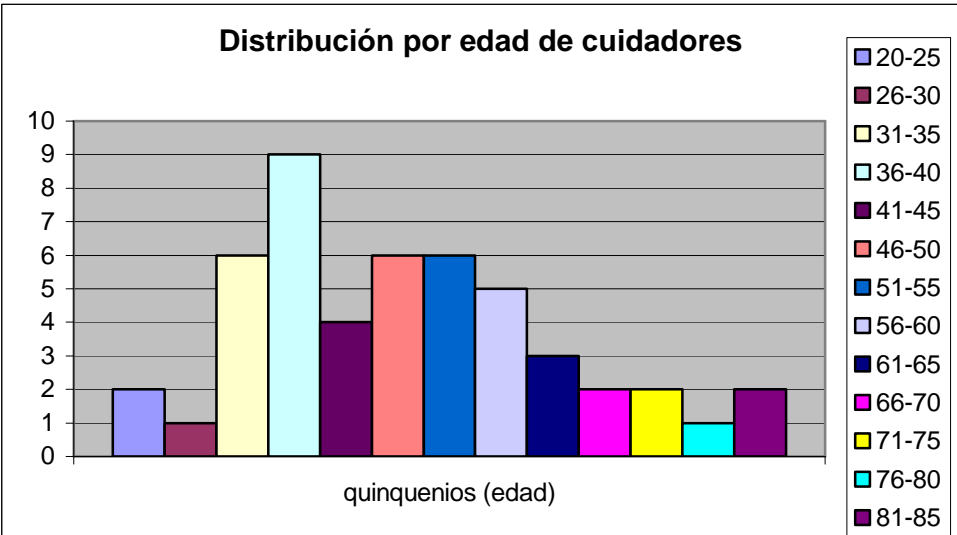
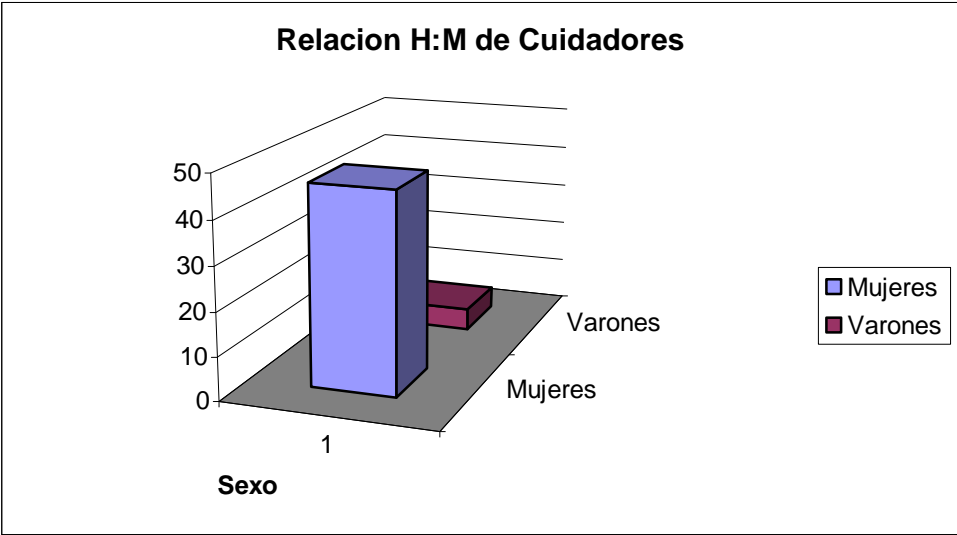
### PATOLOGIAS DE INGRESO Y FRECUENCIA



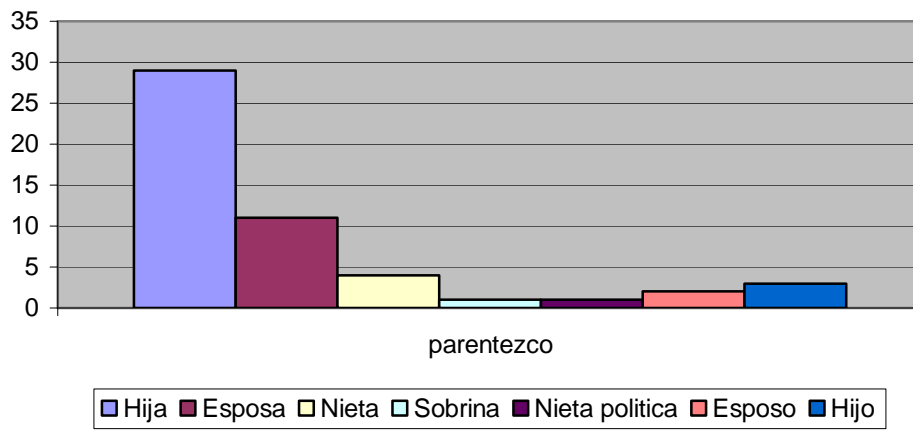
### EVALUACION FUNCIONAL (BARTHEL)



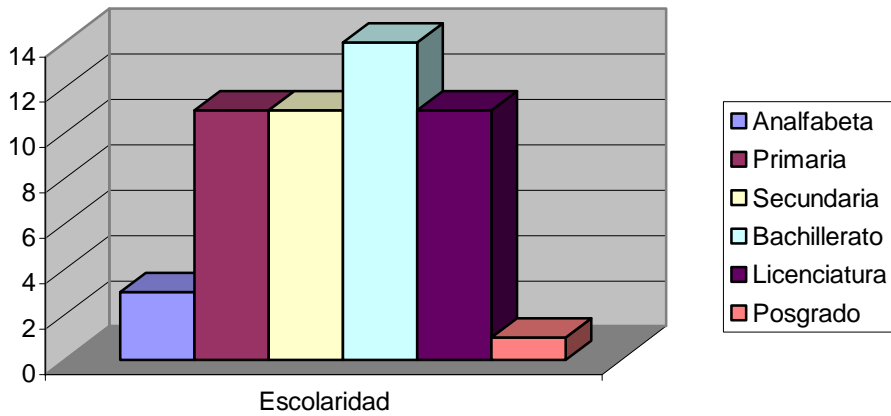




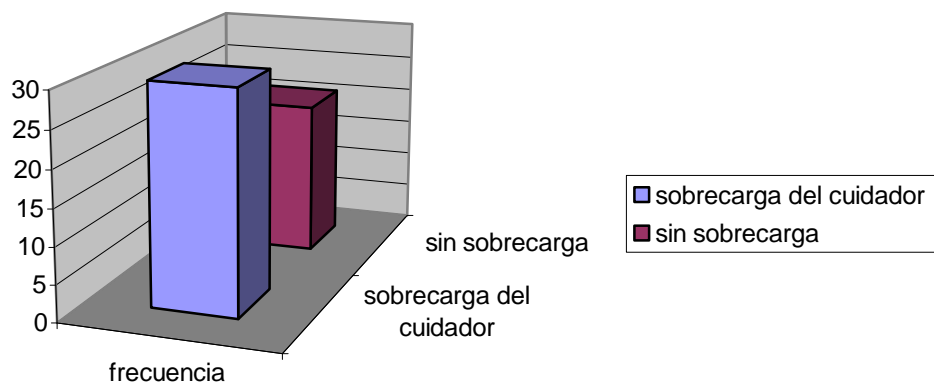
### Frecuencia de parentezco del cuidador



### Escolaridad del cuidador



### Frecuencia de sobrecarga del cuidador



### Frecuencia de Ansiedad/Depresión

