

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ”, DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE

**“FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN  
PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO”**

**TESIS DE POSGRADO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN**

**MEDICINA DE REHABILITACIÓN**

**P R E S E N T A**

**DRA. YARELI CATALINA LEONEL CORTÉS**



**MÉXICO, D. F.**

**2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**“FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN  
PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO”**

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN  
SALUD 34011  
NÚMERO DE REGISTRO R-2013-34011-4**

PRESENTA

**DRA. YARELI CATALINA LEONEL CORTÉS**

Médico Residente de la Especialidad de Medicina de Rehabilitación  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte  
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal.

INVESTIGADOR RESPONSABLE Y TUTOR



---

**DRA. MARÍA ELENA MAZADIEGO GONZÁLEZ**

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud  
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte  
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal.

ASESOR



---

**DRA. IRINA REYES GARCÍA**

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación  
Jefa del Servicio de Consulta Externa  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte  
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal. IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
UMAE "DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ", D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE.



**"FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN  
PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO"**

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN  
SALUD 34011  
NÚMERO DE REGISTRO R-2013-34011-4**

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**DR. IGNACIO DEVESA GUTIÉRREZ.**

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.  
Director Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte  
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación  
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal  
IMSS-UNAM

**DRA. MARÍA ELENA MAZADIEGO GONZÁLEZ.**

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud de la  
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte  
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal  
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación  
IMSS-UNAM

## **TÍTULO**

**“FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA  
DEL CUIDADOR EN PACIENTES  
CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO”**

## **DEDICATORIAS**

*A mis padres, Francisco y Catalina por ser el mejor ejemplo de amor, constancia y dedicación; sin ustedes nunca hubiera llegado hasta aquí, son mis alas, mi colchón y mi todo. Los amaré siempre.*

*A mi esposo y mi mejor amigo Gabriel, por darme su amistad, su amor y su entrega incondicional desde hace tantos años. Te amo, lo mejor aún está por venir.*

*A mi hija, la pequeña Sofía, por mostrarme que en tus ojos se esconden las estrellas y en tu sonrisa mi felicidad. Eres la casualidad más hermosa que me ha pasado, Te amo.*

*A ese nuevo ser que desde mi interior me dio fuerzas y alegrías renovadas para seguir en el camino, te espero con ansias, Te amo.*

## **AGRADECIMIENTOS**

- Gracias a Dios por la vida y por rodearme todas las personas indispensables para ser feliz.
- A Tere, por ser muchas cosas más además de mi hermana. Gracias por ayudarme a pesar de todo, a ser quien soy.
- A mi padre, por dármelo todo sin pedirme nada, espero retribuirlo algún día.
- A mi madre que aún desde el cielo sigue mostrándome los pasos que debo seguir.
- A mi esposo e hija, por ayudarme en mi más grande proyecto: mi familia.
- A mi inmensa familia, en especial a mis queridos hermanos, sin su unión y su apoyo incondicional no sería la mujer que soy.
- Al Dr. Ignacio Devesa por su colaboración en la realización de esta tesis.
- A la Dra. María Elena Mazadiego por las enseñanzas que nos brindó no solo en medicina, gracias por la orientación y la paciencia.
- A mis amigos Lulú, Dany, Lau, Ángie, Bere, Arly, Pepe y Uli por que descubrí que fuera de casa también puedo tener hermanos. Gracias por esos momentos compartidos.
- A la Dra. Irina Reyes García por su tiempo y disposición para la realización de esta tesis, sin usted esto no hubiera sido posible.
- A todos los Médicos de Rehabilitación y amigos que en mi paso por la residencia contribuyeron con sus enseñanzas a mi formación profesional.

## ÍNDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página.</b>
Resumen.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.....	13
Planteamiento del Problema.....	14
Pregunta de Investigación.....	15
Objetivos.....	16
Hipótesis.....	17
Material y Métodos .....	18
Resultados .....	25
Discusión.....	37
Conclusiones.....	42
Referencias .....	43
Anexos.....	48



## RESUMEN

**Título:** Factores asociados a la sobrecarga del Cuidador en Pacientes con Amputación de Miembro Pélvico. **Autores:** Mazadiego G.M.; Reyes G.I.; Leonel C.Y. **Introducción:** Se estima que al menos un 14% de los cuidadores primarios de pacientes crónicos padecen sobrecarga del cuidador moderada, mientras que en el 11% es grave, actualmente no se han reportado los factores que se asocian a la presencia de desgaste del cuidador en pacientes con amputación de miembro pélvico. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al desgaste del cuidador de pacientes con amputación de miembro pélvico. **Material y métodos:** Estudio transversal, observacional, descriptivo que se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, perteneciente a la UMAE “Dr. Victorio de la Fuentes Narváez” IMSS, a cuidadores de pacientes con amputación de miembro pélvico que asistieron a la unidad, que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar previa explicación y firma del Consentimiento Informado. Se aplicó la escala de sobrecarga de Zarit e Inventario de ansiedad y depresión de BECK a los cuidadores y la Medida de Funcionalidad e Independencia (FIM) a los pacientes para asociación de funcionalidad con sobrecarga del cuidador. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva estimando frecuencias, porcentajes y pruebas de correlación de Chi-Cuadrada. **Resultados:** Se obtuvieron hojas de recolección de datos de 51 cuidadores primarios y sus pacientes, del sexo femenino fueron 39 sujetos(76.5%), los parentescos más frecuentes fueron el de hijo(a) (45.1%) y esposo(a) (35.3%), y la predominancia de la ocupación fue la de ama de casa; los pacientes presentaron un mayor número de amputaciones transfemorales (60.8%) por causa infecciosa (43.1%); se encontró una asociación estadística entre la presencia de depresión y de ansiedad con la percepción de sobrecarga con una  $p=.000$  y  $p=.001$  respectivamente; no se encontró una asociación entre el FIM ( $p=0.619$ ) y el tipo de marcha( $p=0.743$ ) con la presencia de sobrecarga. **Conclusiones:** Se determinó que los factores asociados a la presencia de desgaste del cuidador fueron la presencia de ansiedad y depresión.

## ANTECEDENTES

Desde la antigüedad se ha puesto de manifiesto la necesidad del ser humano por contender contra la discapacidad que condiciona la pérdida de una extremidad, al recurrir a la historia, se puede mencionar a Herodoto quien ya desde tiempos antiguos, narra el hecho histórico de una primera amputación y posterior un tratamiento protésico.<sup>1</sup>

La amputación en muchos casos no es la patología en sí, sino que es parte del tratamiento de la misma.

En el año 2010 se estimó en México un total de 5,739,270 personas con discapacidad para atender su cuidado personal; tan sólo en el Distrito Federal se cuenta con aproximadamente 483,045 personas con discapacidad, de las cuales un 60.2% posee una discapacidad para caminar y moverse, y un 6.6% para llevar a cabo su autocuidado. Sin embargo, no se cuentan con datos confiables del porcentaje que reporten los casos de discapacidad secundaria a una amputación de miembros pélvicos.<sup>5,6,7</sup>

En el panorama mundial, se reporta que dependiendo de las variables geográficas y sociales, las causas y niveles de amputación varían, en estudios recientes se registra que los factores que influyen en la incidencia de las amputaciones son la edad, el sexo, la región geográfica, el grupo étnico, la prevalencia de diabetes etc. La frecuencia más alta de amputación se presenta en El Navajo, EUA con 5.9 amputaciones por cada 100,000 habitantes, mientras que Japón presenta la tasa más baja con 2 amputaciones por cada 100,000 habitantes.

Una amputación es la remoción o resección total o parcial de una extremidad a través de uno o más huesos, en forma perpendicular al eje longitudinal del miembro, como consecuencia de un traumatismo o enfermedad.

2,3,4

De acuerdo a la literatura, la localización más frecuente de amputación es en extremidades inferiores. La proporción de amputaciones en hombres es 2,5 veces más elevada que en mujeres, la relación entre la amputación de extremidad superior es de 1:7-8 por cada amputación de extremidad inferior; con un predominio de más del 50% en edades superiores a los 60 años. También, se registró que la mayor frecuencia de amputaciones por traumatismo se encuentra en la década de los 41 a los 50 años; por enfermedad entre los 61 y 70 y, la causada por tumores a una edad más temprana entre los 11 a 20 años. De los nuevos casos reportados 27% son por accidente, el 67% por enfermedad y el 6% restantes por deformidades congénitas.<sup>8,9</sup>

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) en 720 expedientes por 6 años identificó que la etiología de las amputaciones por orden de frecuencia son: secundaria a diabetes mellitus (38%), trauma (26.2%), enfermedad vascular periférica (13%), infecciones (11.2%), tumorales (7.3%) y congénitas (4.2%); con predominio de 9:1 en el sexo masculino.<sup>10</sup> El nivel de amputación que predominó fue la amputación transfemoral.

Durante el año 2012 en el en la UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” se atendieron un total de 460 pacientes con amputación, el 44.5% correspondió a la amputación de miembro pélvico; representado en la tabla posterior, apreciamos

también que el rango de edad más frecuente de este nivel de amputación fue de los 30 a los 39 años de edad.

AMPUTACIÓN DE MIEMBROS PÉLVICOS			
EDAD	2010	2011	2012
1 A 14 AÑOS	2	1	3
15 A 29 AÑOS	12	14	11
30 A 39 AÑOS	60	64	66
40 A 49 AÑOS	20	25	16
50 A 59 AÑOS	45	63	43
60 A 69 AÑOS	19	29	25
MAS DE 70 AÑOS	40	42	41
TOTAL	198	238	205

Tabla 1: Hojas de censo. Unidad de Medicina y Rehabilitación Norte. UMAE "Dr. Victorino de la Fuente Narváez". 2010-2012.

Las amputaciones por su etiología se clasifican en:

1.-Vasculares: Conforman la primera causa de amputaciones a nivel mundial y afectan primordialmente a las extremidades inferiores.

2.-Traumáticas: tiene una incidencia mayor en ciudades y un pico más alto en las zonas productivas. Incluye los accidentes de trabajo por uso de maquinaria industrial, actividades bélicas, accidentes viales, fracturas complicadas o politraumatismos.

3.-Infeciosas: entre los agentes patógenos más frecuentes se incluyen anaerobios como en la osteomielitis y la gangrena caseosa, etc.

4.- Quemaduras: Son consecuencia de factores térmicos, eléctricos o químicos en donde la profundidad y magnitud del tejido afectado no permite que exista tejido viable; las quemaduras eléctricas son la causa más frecuente de amputaciones múltiples .

5.- Neoplasias: Se deben a un proceso neoplásico, ya sea de naturaleza benigna o maligna que comprometen la viabilidad de una extremidad.

6.- Malformaciones: Estas pueden ser congénitas o adquiridas; niños con alteraciones parciales o totales de la extremidad que pueden requerir intervención quirúrgica para lograr una mayor funcionalidad.

7.- Otras: Son aquellas electivas por compromiso de la funcionalidad de la extremidad como en casos de lesión de nervio periférico sin posibilidad de recuperación, etc. <sup>2,3,4</sup>

La importancia de la valoración y atención del paciente amputado estriba en la dependencia funcional que conlleva pues, como ya se mencionó, una amputación no sólo genera alteraciones de orden anatómico o fisiológico, también afecta la parte psicológica y su rol familiar y social, dejando muchas veces en manos de una segunda persona las necesidades básicas de auto cuidado del paciente; por lo que se ha visto que la familia puede jugar un papel importante en el éxito del ajuste social del nuevo amputado, incluyendo los sentimientos que tienen las personas amputadas, tales como ira y depresión, que pueden ser experimentados también por los miembros de la familia en alto grado y esto abarca así mismo al cuidador primario.

Un paciente amputado en su convalecencia se enfrentará a la posibilidad de pérdida de la locomoción, invalidez permanente, cambios en sus costumbres del hogar y quizás pérdida del trabajo; sin embargo la respuesta a la amputación es individual, pero, es afectada por factores como la edad; el pronóstico relativo al estado subyacente; el estado emocional y nivel de desarrollo del paciente.

Un estudio realizado en Latinoamérica determinó que de los pacientes amputados con acceso a una red social y a un cuidador informal, el 85% ellos

tiene la percepción de contar con apoyo familiar, mientras que un 15% expresa que no tiene una red social que le ofrezca ayuda.<sup>8</sup>

Es relevante la necesidad de evaluar a las redes de apoyo con las que el paciente cuenta, debido a que antes y después de una amputación, el paciente requerirá de un equipo multidisciplinario (ortopedista, médico rehabilitador, terapeuta físico y ocupacional, psicología, médico internista y otros colaboradores) para la valoración y atención integral de su padecimiento; el paciente entra en una fase de tratamiento individualizado en que el manejo primario del tratamiento recae en la asistencia y cuidado de lo que conocemos como Cuidador primario Informal (CPI).<sup>11</sup>

Se llama “cuidador” a la persona, habitualmente familiar directo (cuidador primario), conyuge, hijo(a), etcétera, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer los recursos físicos y emocionales que un paciente es incapaz de sustentarse por sí mismo por motivo de enfermedad.<sup>11,12,13</sup>

Un cuidador informal es la persona que no pertenece a una institución sanitaria ni social. Existe otro tipo de cuidadores llamados Cuidadores primarios formales, la diferencia con los informales es que los primeros son parte integral del equipo de salud y se encuentran capacitados para dar un servicio de salud profesional, bajo una remuneración y por un tiempo definido, dentro de este rubro se encuentran aquellos médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, que entran en contacto con el paciente durante el periodo de atención médica.<sup>14</sup>

En el perfil socio demográfico típico del cuidador primario se identifica frecuentemente a una mujer no mayor de 60 años, de ellas se sabe que

mantienen una relación de parentesco directa con el paciente, más del 50% son hijas del mismo; según datos de la UMF Dr. Ignacio Chávez del IMSS, se estimó que el 89% de los cuidadores primarios eran mujeres, con una actividad principal como ama de casa (52%) , y una edad promedio de 52.9 años (46-50 años) . La mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clase social baja conforman la mayoría de los cuidadores primarios reflejando la complejidad del perfil del cuidador que se acerca en mucho a la edad y condiciones del propio paciente; en cuanto a las enfermedades crónico degenerativas concomitantes del cuidador primario se identificó que 27% tenía hipertensión, 18% diabetes mellitus y 16% afecciones articulares. Se determinó que existe sobrecarga moderada en el 14 % de cuidadores y sobrecarga grave en el 11%. <sup>14,15,16</sup>

Algunas investigaciones muestran que cuidadores con alto grado de sobrecarga son más fácilmente afectados por la depresión, con una frecuencia descrita de 30% de los cuidadores observados. <sup>15,16,17</sup>

Para que una persona se considere cuidador primario o principal debe asumir tal responsabilidad; dentro de su rol está el realizar actividades que en ocasiones no son agradables y que afectan su salud física y mental, alterando el rol familiar, su situación laboral, el uso de su tiempo libre e incluso sus relaciones interpersonales no solo con el resto de las personas sino con su paciente. <sup>13</sup>

Cuando todos estos aspectos de la vida se ven afectados se puede referir a sus efectos sobre él, como «colapso» o «sobrecarga». Este síndrome recibe diversos sinónimos, entre ellos se encuentran “síndrome del cuidador”, “síndrome

de colapso del cuidador”, “síndrome de desgaste del cuidador”, “síndrome de burn-out” entre otros.

La “sobrecarga del cuidador” engloba un cuadro complejo psicológico, emocional, y social caracterizado por un agotamiento constante por parte del cuidador primario con una sobrecarga de su capacidad y recursos, acompañado de sentimientos negativos y tensión que experimenta como resultado de cuidar a una persona con una enfermedad crónica.

El tipo de tareas realizadas por el cuidador primario está en consonancia con el paciente, en ocasiones las demandas de atención superan a las posibilidades del cuidador. El colapso del cuidador tiene efectos secundarios como lo es el incremento en la recurrencia de ingresos hospitalarios del paciente. Además, el cuidador como consecuencia y para aliviar sus sentimientos puede reaccionar a través del sobre cuidado o sobreprotección, lo cual contribuye más a la discapacidad del paciente.

La sobrecarga del cuidador primario incluye dos aspectos fundamentales: el objetivo y el subjetivo. La sobrecarga objetiva corresponde a los resultados negativos concretos y visibles del papel del cuidador y la subjetiva se refiere a las sensaciones que el cuidar desencadena, a la evaluación personal de los familiares sobre la situación que se vive. <sup>12,14,16</sup>

Las alteraciones que se manifiestan en el cuidador con sobrecarga son:

1) Físicas: destacan los trastornos en el patrón del sueño, pobre concentración, cefalea, dorsalgia y/o lumbalgia, artralgias, pérdida de energía y fatiga. Vértigo y



manifestaciones gastrointestinales como la dispepsia; incluyendo un aumento en la automedicación.<sup>12</sup>

2) Psicológicas: irritabilidad, estrés crónico con altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, sentimientos de desesperanza, pensamientos de suicidio o abandono, sensación de fracaso, estados depresivos, pérdida del sentido de la prioridad y finalmente pérdida de la autoestima con un desgaste emocional severo.

3) Sociales: dificultad en las relaciones interpersonales, aislamiento social y suspensión de actividades sociales e interacción social, así como pérdida del tiempo libre del cuidador.

4) Laborales: predominan el bajo rendimiento y la falta de organización; pérdidas y problemas laborales como el ausentismo .

5) Familiares: Se observan cambios en la dinámica familiar, conflictos en las relaciones de pareja, alteración en las relaciones sexuales y aislamiento familiar. Las dificultades económicas son consecuencia de un aumento en los gastos debido al tratamiento médico o como una reducción de los ingresos por una alteración en el rol productivo del paciente o del cuidador primario.<sup>12,14</sup>

6) Alteraciones en la relación paciente-cuidador: resentimiento hacia la persona que cuida, deshumanización hacia el tratamiento y falta de atención al paciente.

Como factores que influyen en el agotamiento del cuidador se han identificado la capacidad y forma de manejar el estrés por parte del cuidador, el nivel de interacción social y de actividades suspendidas por éste, e aumento en

las demandas del paciente, la percepción propia de agotamiento de cuidador y la percepción del paciente y cuidador con respecto a su calidad de vida.<sup>13,14</sup>

La importancia de estos síndromes radica en la necesidad de su identificación y un tratamiento oportuno, ya que en ese punto el cuidador pasa a ser un paciente más con una morbilidad propia que a su vez incrementa el riesgo de comorbilidades y mortalidad tanto para consigo mismo como para su enfermo.<sup>14</sup>

En el síndrome de sobrecarga del cuidador se conjugan diversas variables: 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) Deterioro familiar, relacionadas a dinámicas de culpa, rabia y manipulación; 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes. Esto hace necesario evaluar esta situación en nuestro país.

Los instrumentos para medir el grado de sobrecarga, la calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente son poco objetivos como el índice global de carga; la entrevista de sobrecarga del cuidador y el cuestionario de sentido de competencia. Sin embargo, estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones.<sup>18,19</sup>

La "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" logra conjugar todas estas dimensiones, siendo la más utilizada a nivel internacional; validada en diversos idiomas incluyendo el español, creada en 1982 y adaptada en ambientes de atención primaria de la salud con una buena efectividad alcanzando valores

predictivos de hasta 100%; evalúa varios factores : el impacto del cuidador, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia; y explora diferentes como: aspectos de sobrecarga, abandono del autocuidado tanto en salud como en imagen, vergüenza ante el comportamiento del enfermo, irritabilidad, el miedo por los cuidados o el futuro familiar, la pérdida de rol social y el sentimiento de culpabilidad por no hacer lo suficiente.<sup>20</sup>

En su versión original la escala de Zarit consiste en 22 ítems y fue aplicada a cuidadores de personas adultas con demencia senil, que ha sido validada para población mexicana de la Ciudad de México. Cada pregunta contiene 5 opciones cada una (de 1 a 5 puntos) y los resultados se suman; el puntaje total es de 22-110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). En donde la "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo y puede generar "sobrecarga intensa". Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.<sup>19,20</sup>

Dentro de las comorbilidades que se han encontrado en los cuidadores que sufren de sobrecarga se encuentran un alto índice de depresión por lo que resulta imprescindible un instrumento de evaluación como lo es el índice de depresión de Beck (BDI) que permite medir la severidad de los síntomas de depresión.<sup>21</sup> Se cuenta con una versión mexicana validada en español para población mexicana de la Ciudad de México. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. Los puntos de corte recomendados son: Altibajos considerados normales (1-10), Leve perturbación del estado de ánimo(11-16), Estados de

depresión intermitentes (17-20), Depresión moderada (21-30), Depresión grave (31-40) y Depresión extrema (Más de 40).<sup>21,22,23</sup>

Es importante mencionar que el resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para tamizaje y chequeo.

Existe otro instrumento elaborado por Beck y colaboradores, que pretende discriminar entre los síntomas producidos por la depresión y aquellos provocados por la ansiedad, se conoce como Inventario de ansiedad de Beck fue desarrollado en 1988 y puede ser auto aplicado. Está compuesto por 21 ítems, los cuales describen diversos síntomas de ansiedad; se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad valorando la somatización de este cuadro.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Suele determinarse la presencia de ansiedad como muy baja (0-21 puntos), moderada (22-35 puntos) y severa (mayor a 36 puntos).<sup>24</sup>

## **JUSTIFICACIÓN**

Cada día el número de pacientes con amputación de miembro pélvico aumenta significativamente, requiriendo de la asistencia por parte de un cuidador primario que en muchos de los casos utiliza gran parte de su tiempo en la atención y cumplimiento de las necesidades básicas de la persona amputada, además de las afecciones crónico-degenerativas asociadas; el cuidador primario lleva a cabo las labores asistenciales por periodos prolongados.

La sobrecarga del cuidador es un padecimiento con consecuencias negativas en la esfera biopsicosocial de quien lo padece, sin embargo a pesar del conocimiento de su existencia desde hace ya mucho tiempo hay estudios enfocados en el paciente con amputación de miembro pélvico pero ninguno acerca del impacto que esta condición de salud supone para quien lleva a cabo la atención del mismo. La mayoría de los estudios realizados a este respecto incluyen a cuidadores informales de pacientes con condiciones neurológicas como el Evento Vascular Cerebral o la Parálisis Cerebral Infantil, es por ello que cobra importancia la necesidad de conocer el comportamiento socio demográfico de quienes sufren la sobrecarga del cuidador, así como los factores que se asocian a su presentación, para que de esta manera podamos establecer en un futuro programas de salud dirigidos a minimizar los efectos negativos y favorecer la calidad de vida, no solo del cuidador primario sino del propio paciente.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según cifras del INEGI del censo de población y Vivienda 2010 en México hay 5,739,270 personas con alguna discapacidad, de las cuales un 58.3% tiene alguna discapacidad para caminar y moverse y un 5.5% para atender su cuidado personal; tan solo en el Distrito Federal se estiman 483,045 personas con discapacidad (60.2% para caminar y moverse y 6.6% para autocuidado), dichas discapacidades condicionan que el enfermo requiera sin dudar de un cuidador que supla las actividades básicas de autocuidado y traslado, en muchos casos de forma indefinida.

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte se da cobertura a gran parte de la población del Distrito Federal y zona metropolitana, lo que aumenta el número de cuidadores informales necesarios para la asistencia de dichos pacientes, por lo que se considera necesario evaluar los factores asociados al síndrome de desgaste del cuidador para posteriormente implementar estrategias que nos ayuden a prevenir la aparición del mismo y mantener en óptimas condiciones a la fuerza de trabajo principal de los pacientes, es decir, los cuidadores primarios.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores que se asocian a la presencia de sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de pacientes con amputación de miembro pélvico?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar los factores asociados a la sobrecarga del cuidador de pacientes con amputación de miembro pélvico.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar las características socio demográficos del cuidador primario de pacientes con amputación de miembro pélvico.
- Determinar la presencia de ansiedad y depresión en el síndrome de sobrecarga del cuidador.
- Identificar la presencia de comorbilidades en los cuidadores de sujetos con amputación de miembro pélvico.
- Definir si el grado de funcionalidad del paciente se asocia a la presencia de sobrecarga del cuidador.



## **HIPÓTESIS**

Por tratarse de un estudio de tipo transversal, descriptivo no se requiere de hipótesis de desenlace, sin embargo plantea una hipótesis de trabajo:

Una mayor dependencia funcional del paciente se asocia al aumento en la presencia de sobrecarga en el cuidador primario.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, transversal analítico que se llevó a cabo en el área de consulta externa, salas de espera o áreas de tratamiento de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, perteneciente a la UMAE “Dr. Victorio de la Fuentes Narváez” IMSS, Distrito Federal; en el periodo comprendido de Marzo a Agosto del 2013.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de Inclusión:**

Cuidadores primarios de los pacientes con amputación de miembro pélvico que acudieron a la consulta externa o áreas de tratamiento de la UMFRN, y aceptaron participar en el estudio previa invitación y firma de consentimiento informado.

#### **Criterios de Exclusión:**

Personas con dificultad para comprender la aplicación de los cuestionarios por parte del encuestador.

#### **Criterios de eliminación:**

Cuidadores primarios que no concluyeran la aplicación de los cuestionarios realizados.

## Técnica de muestreo

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

## Cálculo del tamaño de muestra

Para estimar el tamaño de muestra se tomó como referencia la prevalencia de pacientes con amputación de miembro pélvico en la UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, aplicando la fórmula estadística para estudios transversales.

$$n = \frac{N \cdot Z_a^2 \cdot p \cdot q}{(N-1) \cdot d^2 + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{205 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.11)(0.89)}{(205-1) \cdot (0.07)^2 + (1.96)^2 \cdot (0.11)(0.89)}$$

$$n = 56$$

En donde :

n = muestra

N= total de la población

p= proporción de interés (en este caso 11%= 0.11)

q= 1-p ( en este caso 1-0.11= 0.89)

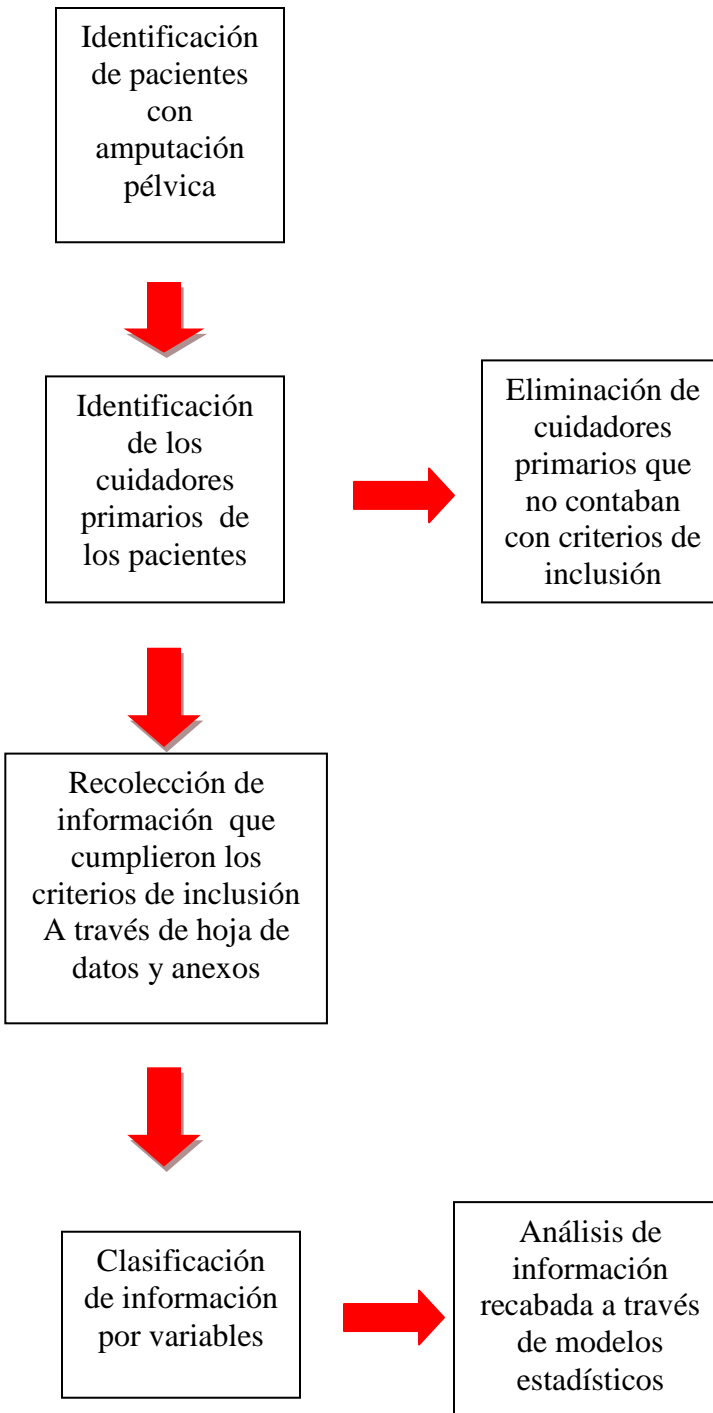
d=precisión 0.07 (7%)

Z<sub>a</sub>= coeficiente de seguridad del 95% (1.96)

## **METODOLOGÍA**

En el área de consulta externa y/o área de tratamientos de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, por ser un área de concentración donde se reciben diariamente pacientes con amputación de miembro pélvico, se identificó a dichos pacientes y sus cuidadores para hacerles la invitación a la participación en el protocolo de estudio. Para lo cual se explicó en qué consistía la intervención así como el objetivo del mismo, en caso de los sujetos que aceptaron se verificó que el cuidador cumpliera los criterios de inclusión y se procedió al llenado y firma del consentimiento informado tanto del paciente como del cuidador primario; posteriormente se realizó la entrevista dirigida tanto al paciente como a su cuidador en un tiempo estimado no mayor a 30 minutos. Se aplicó la hoja de recolección de datos socio demográficos, la escala de sobrecarga de Zarit, el inventario de depresión y ansiedad de Beck y La medición de la independencia funcional (FIM). La realización de estas encuestas fue mediante lectura por parte del encuestador y respuesta verbal del binomio paciente-cuidador. Con la información obtenida se realizó análisis estadístico en el software SPSS versión 20 para el análisis de resultados.

## MODELO CONCEPTUAL



## DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Nombre	Nivel de medición	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Cuantitativa Discreta	Es el intervalo de tiempo estimado desde el día, mes y año del nacimiento del actual a la fecha. Se conocerá a través del interrogatorio directo.	Edad en años al momento de la intervención para amputación.  Edad en años al momento de la encuesta en caso del cuidador.
Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica	Son las características genéticas, hormonales y fisiológicas a los seres humanos en hombre y mujer. Se conocerá a través del interrogatorio directo.	Femenino Masculino
Lado amputado	Cualitativa Nominal	Lado del cuerpo en un plano sagital, en el cual se encuentra la extremidad afectada. Se conocerá a través del interrogatorio y observación directa.	a.- Derecho b.- Izquierdo c.- Ambos d- Mas de dos amputaciones
Nivel de amputación	Cualitativa policotómica	Es el nivel de la extremidad afectada, en el cual se lleva a cabo la extirpación quirúrgica. Se conocerá a través de observación e interrogatorio directo.	a)parcial de pie b)transtibial c) desarticulación de rodilla d) transfemoral e) desarticulación de cadera f)hemipelvectomia g)otra ¿cuál?_____
Tiempo de evolución	Cuantitativa discontinua	Periodo transcurrido desde el inicio de la amputación hasta el momento de la entrevista. Se conocerá a través del interrogatorio directo.	Años ____ Meses_____
Marcha	Cualitativa ordinal	Proceso de locomoción en posición erguida del cuerpo humano, durante el movimiento el peso del cuerpo es soportado por alternativamente por ambas piernas. Se medirá con interrogatorio directo.	a.- sí, con ayuda de cuidador b.- sí, con auxiliar (bastón, muleta, andadera) c.- sí, con prótesis d.- no , traslado independiente en silla de ruedas e.- traslado en silla o camilla auxiliado por cuidador
Comorbilidad	Cualitativa dicotómica	Coexistencia en el mismo individuo de dos o más enfermedades en el individuo. Se medirá a través de Interrogatorio.	a)SI b)NO

Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles. Se conocerá a través del interrogatorio directo.	a) soltero b) Casado c) Viudo d) Divorciado e) unión libre
Escolaridad	Cualitativo Ordinal	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada. Se conocerá a través del interrogatorio directo.	a) analfabeta b) primaria trunca c) primaria completa d) sec. trunca e) secundaria completa f) bachillerato trunco g) bachillerato completo h) licenciatura trunca i) licenciatura completa j) posgrado
Ocupación	Cualitativa Nominal	Actividad relacionada con el trabajo, obrar con algún designio, oficio y/o empleo. Se conocerá a través del interrogatorio directo.	a) Desempleado b) pensionado c) jubilado d) comercio informal e) jornalero/campesino f) obrero g) empleado de oficina h) profesionalista independiente i) patrón/empresario j) hogar k) otra, ¿cuál? _____
Tiempo al cuidado del paciente	Cuantitativa discontinua	Tiempo que ha transcurrido desde que el cuidador primario inicio el cuidado de su paciente. Se conocerá a través del interrogatorio directo.	a) de 0 a 6 meses b) de 6 meses a 12 meses c) de 1 a 3 años d) de 4 a 6 años e) de 7 a 10 años f) 11 años o más.
Parentesco con el paciente	Cualitativa nominal	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.  Se conocerá a través del interrogatorio directo.	a) esposo(a) b) hija(o) c) hermano(o) d) padre/madre e) abuelo(a) f) amigo(a) g) Otro (especifique) _____ _____
Tiempo que ejerce como cuidador	Cuantitativa discontinua	Numero horas al día y número de días a la semana dedicadas al cuidado del paciente.  Se conocerá a través del interrogatorio directo.	Número de días a la semana: Número De horas al día: De 1 a 5 horas De 6 a 8 horas De 9 a 12 horas De 12 a 24 horas
Forma en que apoya al cuidado del	cualitativa	Interacción que el cuidador tiene con el paciente, actividades de cuidado en	1) compañía 2) bañarlo, alimentarlo, vestirlo 3) cargarlo, transportarlo,

paciente		<p>las que interviene.</p> <p>Se conocerá a través del interrogatorio directo.</p>	<p>trasladarlo dentro y fuera de casa</p> <p>4) realizar su terapia y darle los medicamentos</p> <p>5)realizar trámites médicos, administrativos y legales</p> <p>6)apoyo emocional</p> <p>7)manutención económica</p> <p>8)Otro(especifique)_____</p> <p>_____</p>
Sobrecarga	Cualitativa ordinal	<p>Aquellas consecuencias negativas que pueden ocasionar problemas psíquicos, físicos y a nivel social en el cuidador primario.</p> <p>Evaluado a través de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.</p>	<p>Puntuación:</p> <p>a) &lt; 47: No sobrecarga</p> <p>b) 47-55: Sobrecarga leve</p> <p>c) &gt;55: Sobrecarga intensa</p>
Depresión	Cualitativa ordinal	<p>La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.</p> <p>Evaluada a través del inventario de depresión de Beck</p>	<p>1 – 10 Estos altibajos son considerados normales</p> <p>11 – 16 Leve perturbación del estado de ánimo</p> <p>17-20 Estados de depresión intermitentes</p> <p>21-30 Depresión moderada</p> <p>31 – 40 Depresión grave</p> <p>Más de 40 Depresión extrema</p>
Ansiedad	Cualitativa ordinal	<p>Se trata de un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, cabe resaltar que no siempre es patológica, sino una emoción como el miedo, la ira o la felicidad.</p> <p>Se evaluará con el inventario de Beck para la ansiedad.</p>	
Grado de funcionalidad e independencia	Cualitativa ordinal	<p>Se mide través de FIM que consta de 21 ítems con una calificación posible de 1 al 7 acerca de las actividades básicas de la vida diaria y el grado de dependencia del paciente para llevarlas a cabo.</p>	<p>Puntuación:</p> <p>0-4%: Normal</p> <p>5-24%: Discapacidad leve</p> <p>25-49%: Discapacidad moderada</p> <p>50-95%: Discapacidad grave</p> <p>Mas del 95%: Discapacidad total</p>



## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 51 cuidadores primarios de pacientes con amputación de miembro pélvico de una muestra calculada de 56 sujetos, se realizó cálculo de homogeneidad determinando que la población es y se considera que la muestra obtenida es representativa para el propósito del estudio.

De los 51 cuidadores el 76.5% son del género femenino y el 23.5 % género masculino.

El promedio de edad en los cuidadores primarios fue de 46.7 años y se observan dos picos dominantes en los rangos de 31 a 40 años y de 51 a 60 años (Tabla 1)

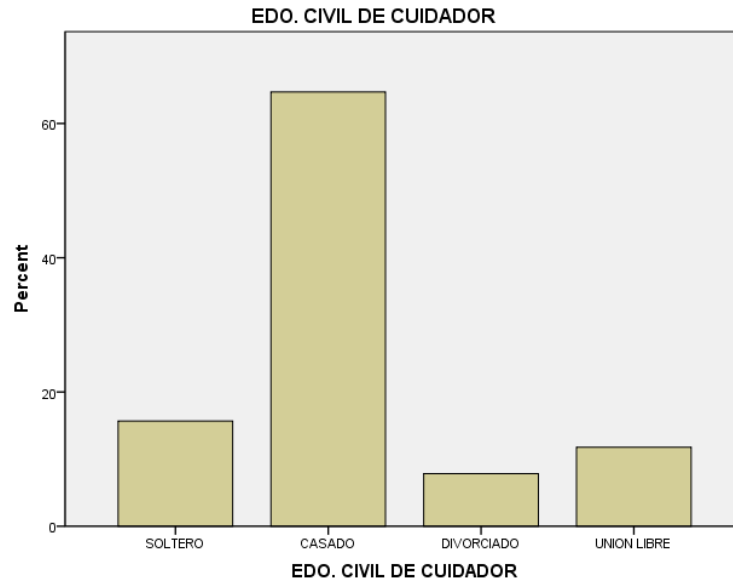
**TABLA 1. EDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
20-30 años	5	9.8
<b>31-40 años</b>	<b>14</b>	<b>27.4</b>
41-50 años	13	25.4
<b>51-60 años</b>	<b>14</b>	<b>27.4</b>
61-70 años	4	7.8
71 o mas	2	3.9
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Con respecto al estado civil de los cuidadores primarios la mayoría de ellos es casado, con 33 sujetos que corresponde al 64.7% de la muestra.(Grafica 1).

### GRÁFICA 1. ESTADO CIVIL DE CUIDADOR



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Dentro de la variable de escolaridad se reporta que el nivel educativo más frecuente es la secundaria completa con un 23.5% de la muestra estudiada (Tabla 2).

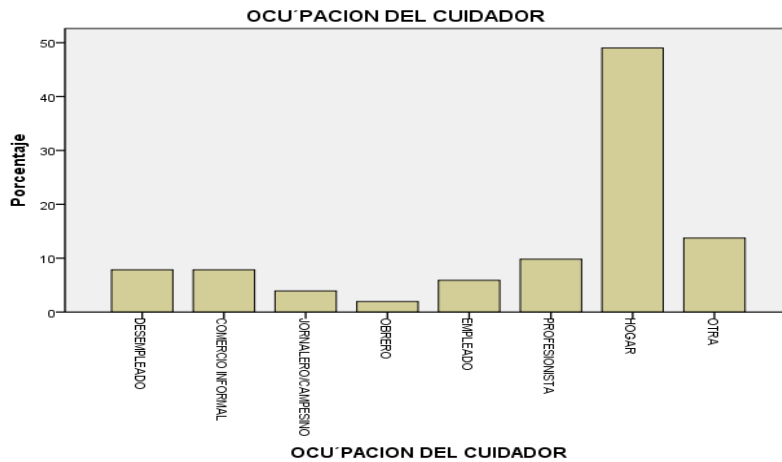
### TABLA 2. ESCOLARIDAD DE CUIDADOR

	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	3	5,9
PRIMARIA TRUNCA	6	11,8
PRIMARIA COMPLETA	5	9,8
SECUNDARIA TRUNCA	1	2,0
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	<b>12</b>	<b>23,5</b>
BACHILLERATO TRUNCO	8	15,7
BACHILLERATO COMPLETO	7	13,7
LIC. TRUNCA	1	2,0
LIC. COMPLETA	7	13,7
POSGRADO	1	2,0
Total	51	100,0

FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

La ocupación más frecuente Con un 49% fue la de ama de casa. (Grafica 2)

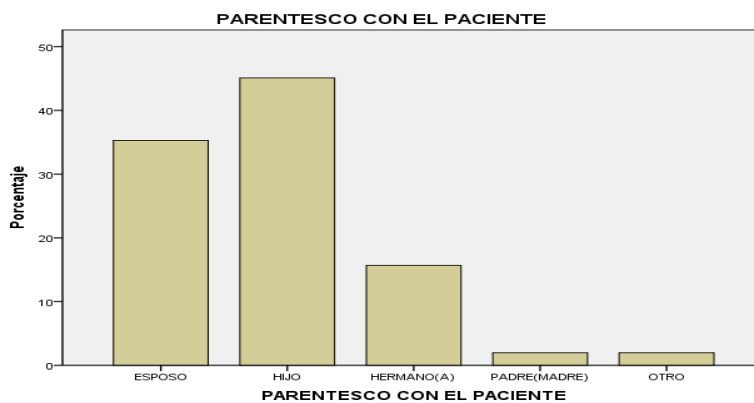
### GRAFICA 2. OCUPACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Los parentescos predominantes del cuidador correspondieron al hijo (a) con 45.1%, seguido del esposo(a) en un 35.3%:(Grafica 3)

### GRÁFICA 3. PARENTESCO DEL CUIDADOR PRIMARIO



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Se determinó que un 76.5% de los cuidadores viven en la misma casa que su paciente, y tan solo un 23.5% habita en residencia diferente pero conviven con el paciente.

Un aspecto importante fue determinar el tiempo que el cuidador llevaba como responsable de su paciente, en el 56.7% fue un tiempo de 6 meses a 3 años, siendo éste el intervalo de tiempo más común.(Tabla 3)

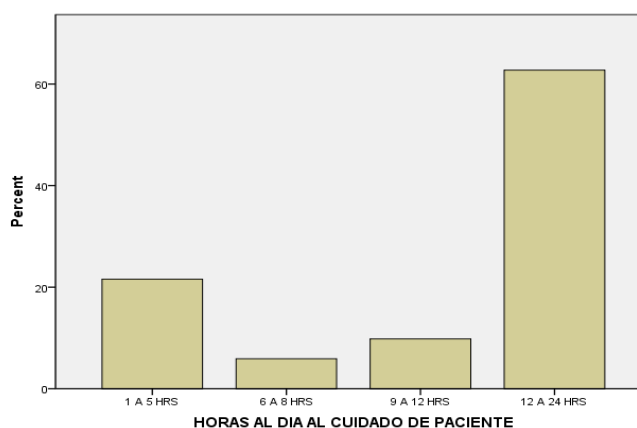
**TABLA 3. INTERVALO DEL TIEMPO AL CUIDADO DEL PACIENTE**

	Frecuencia	Porcentaje
0 A 6 MESES	10	19,6
6 MESES A 12 MESES	14	27,5
1 A 3 AÑOS	20	39,2
4 A 6 AÑOS	6	11,8
11 AÑOS O MAS	1	2,0
Total	51	100,0

FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Según las horas al día que los cuidadores pasan a cargo de su paciente se registró que 32 sujetos(62.7%) pasan de 12 a 24 horas al día. (Grafica 4)

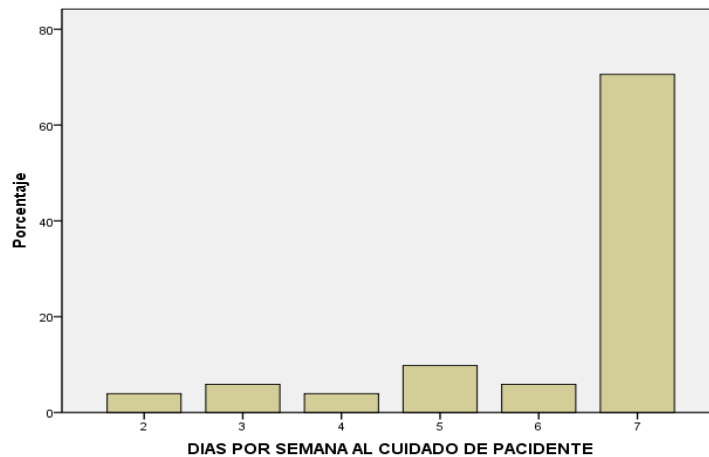
**GRAFICA 4. HORAS/DÍA AL CUIDADO DE PACIENTE CON AMPUTACIÓN**



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Se estimó que lo más frecuente es que el cuidador primario se encuentre a cargo de su paciente los 7 días de la semana con un porcentaje del 70.6%. (Gráfica 5)

**GRAFICA 5. DÍAS A LA SEMANA AL CUIDADO DEL PACIENTE**



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

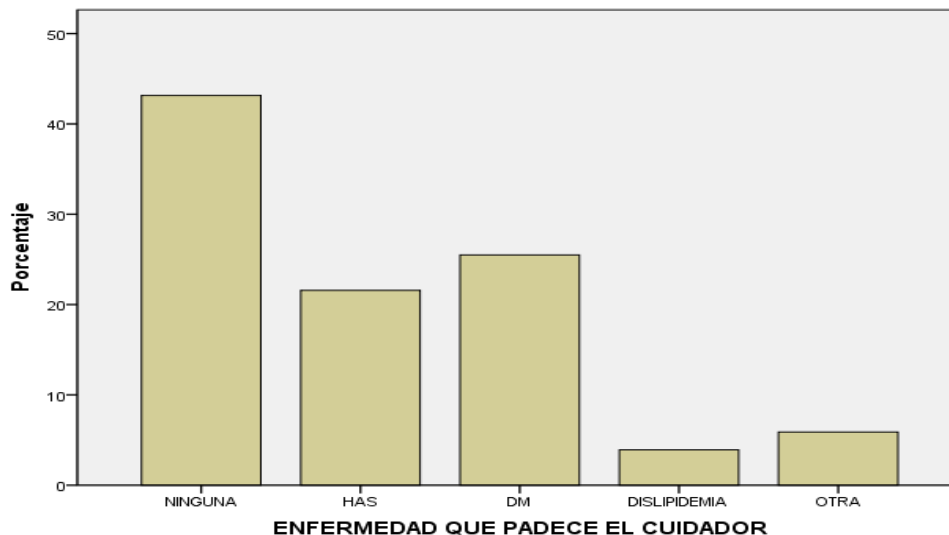
Un 78.4% de los cuidadores primarios cuenta con la red de apoyo de un cuidador secundario, sin embargo el 21.6% de ellos, no cuenta con otra persona para el cuidado de su paciente.

De acuerdo a la percepción de los cuidadores se determinó que un 92.5% percibe que puede compartir la responsabilidad del cuidado de su paciente con otra persona, mientras que un 7.5% estimó que aunque cuenta con un cuidador alterno no puede compartir las responsabilidades con él.

Otra variable que se tomó en cuenta fue la existencia de Comorbilidad, encontrándose que el 54.9% (28 cuidadores) es portador de al menos una enfermedad crónico-degenerativa.

De las enfermedades reportadas la más frecuente fue la Diabetes mellitus en un 25.5% y la Hipertensión Arterial Sistémica en un 21.6. (Gráfica 6)

**GRAFICA 6. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN EL CUIDADOR PRIMARIO**



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Con respecto a la salud, de los 51 cuidadores primarios un 33.3% ha recibido un chequeo médico durante los últimos 6 meses.

En los datos socio demográficos del paciente con amputación de miembro pélvico se obtuvo lo siguiente: predominó el género masculino con el 74.5% de la muestra; el rango de edad más frecuente fue de los 50 a 70 años(72,4%); representa el mayor porcentaje de escolaridad la secundaria completa con 27.5% y únicamente un 4% de la población con un nivel educativo de licenciatura trunca o superior; en la descripción de las ocupaciones el porcentaje mayor fue la de obrero/ayudante general en el 23.5%, seguida de las amas de casa con 21.6% presente en el 84.6% del sexo femenino en general. (Tabla 4)

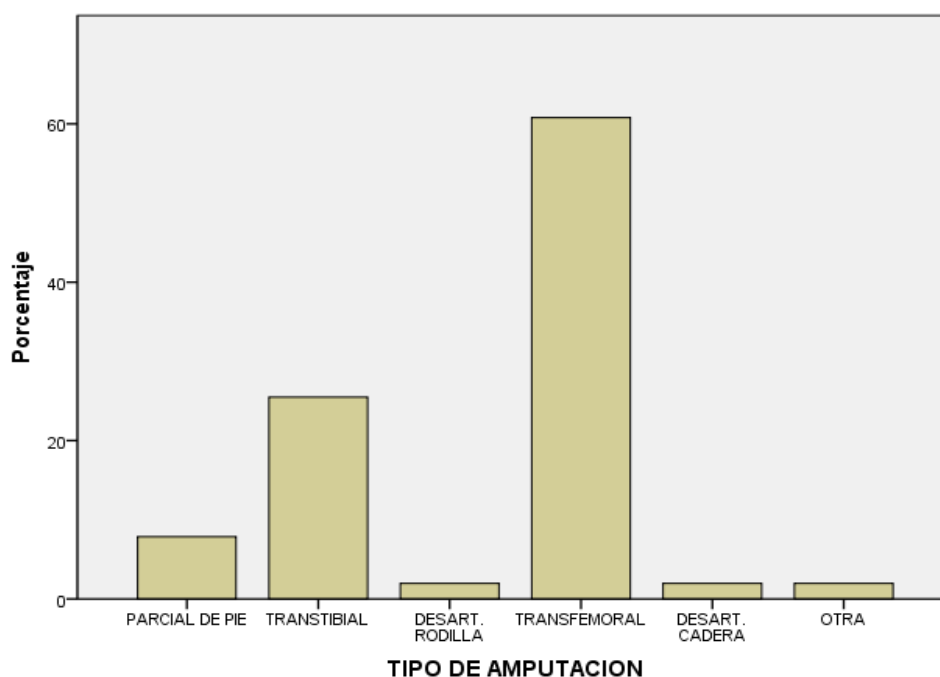
**TABLA 4. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>SEXO</b>		
Femenino	13	25.5
Masculino	38	74.5
<b>EDAD</b>		
20-30 años	1	1.9
31-40 años	0	0
41-50 años	7	13.7
51-60 años	13	37.2
61-70 años	18	35.2
71 años o mas	6	11.7
<b>ESCOLARIDAD</b>		
Secundaria completa	14	27.5
Otras	37	72.5
<b>OCUPACIÓN</b>		
Desempleado	1	2.0
Pensionado/Jubilado	7	13.7
Comercio informal	4	7.8
Jornalero/campesino	4	7.8
Obrero/ayudante general	12	23.5
Empleado de oficina	6	11.8
Profesionista	1	2.0
Hogar	11	21.6
Otro	5	9.8

FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Dentro de los tipos de amputación se observa que el grupo mayoritario lo conforman las amputaciones transfemorales (60.8%) y en segundo lugar el nivel transtibial (25.5%); el nivel de amputación menos frecuente fue la desarticulación de rodilla y de cadera (2% respectivamente).(Gráfica 7)

**GRAFICA 7. TIPO DE AMPUTACIÓN POR FRECUENCIA**



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

De acuerdo a los datos, hubo un discreto predominio por el lado izquierdo (58.8%) con respecto al derecho (39.2%) y únicamente un sujeto con amputación bilateral (2%) con un intervalo de tiempo entre ellas de 6 años.

Las causas de amputación más frecuentes en la muestra fueron en primer lugar la infecciosa (43.1%), seguida de la traumática (29.4%) y la vascular (17.6%), las causas menos comunes las ocupan aquellas de etiología neoplásica



(3.9%) y las quemaduras(3.9%); con un solo caso(2%) en la clasificación de “otras” la cual fue debido a Lesión Nerviosa.

Se determinó que 16 pacientes requieren para su traslado de una silla de ruedas o camilla con un 31.2% de la muestra estudiada mientras que el tipo de traslados más frecuente es la deambulaci3n auxiliada (1 o 2 muletas, andadera) con una frecuencia de 17 pacientes, y solamente 12 pacientes realizan traslado independiente en silla de ruedas.

Los pacientes con una Comorbilidad asociada correspondieron al 74.5% de la muestra recabada. De los 38 pacientes que presentaron alguna Comorbilidad el 47.3% fue debida a Diabetes Mellitus, el 42.1% Hipertensi3n Arterial Sist3mica y un 10.5% debida a otras enfermedades cr3nico-degenerativas entre las que se encuentran dislipidemia, artrosis, cardiopatía isquémica, enfermedad venosa/arterial periférica, etc. (Tabla 7)

**TABLA 5. COMORBILIDADES ASOCIADAS EN EL PACIENTE CON AMPUTACI3N DE MIEMBRO P3LVICO.**

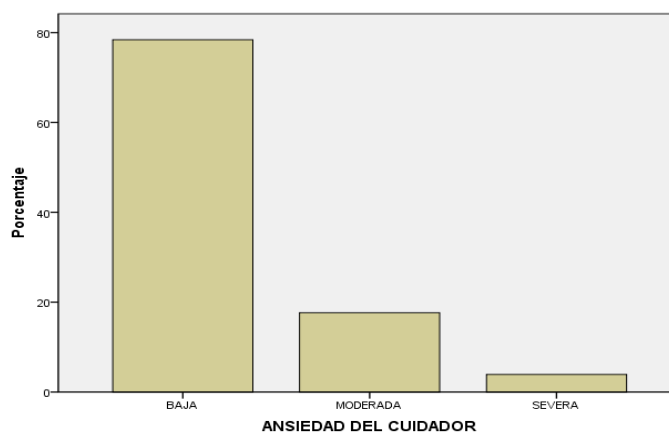
	Frecuencia	Porcentaje
OTRA	4	10.,5
HAS	16	42.1
DM	18	47.3
Total	38	100.0

FUENTE: Hoja de Captaci3n de Datos - YCLC- 2013

Dentro de las escalas de valoraci3n aplicadas al cuidador primario se encuentra la escala de ansiedad de Beck, que report3 la presencia de ansiedad baja en el

78.4% de los sujetos, ansiedad moderada en un 17.6% y ansiedad severa en un 3.9%.(Gráfica 8)

### GRÁFICA 8. NIVEL DE ANSIEDAD EN EL CUIDADOR PRIMARIO



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Conforme a la escala de depresión de Beck se determinó que el 74.5% se considera como normal, un 13.7% tiene leve perturbación del estado anímico, un 5.9% porta cuadros de depresión intermitente, 5.9% depresión moderada y no hay ningún caso de depresión severa o extrema. (Tabla 6)

### TABLA 6. GRADO DE DEPRESIÓN EN EL CUIDADOR PRIMARIO

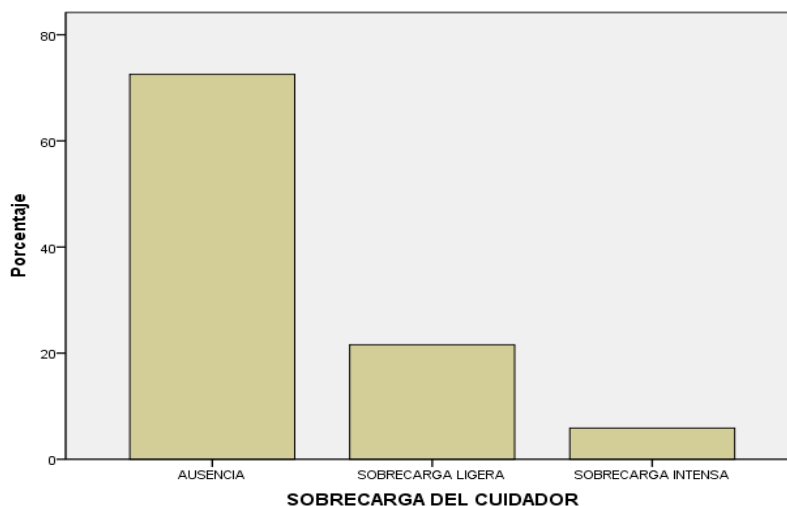
	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	38	74.5
LEVE PERTURBACIÓN	7	13.7
DEP. INTERMITENTE	3	5.9
DEP. MODERADA	3	5.9
Total	51	100.0

FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

De acuerdo a la escala de Zarit para sobrecarga del cuidador se encontró que 37 sujetos (72.5%) no tienen sobrecarga, mientras que 11 de ellos (21.6%)

experimentan una sobrecarga ligera y 3 (5.9%) tiene una sobrecarga intensa.(Grafica 9)

**GRAFICA 9. PRESENCIA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR**



FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

Se realizó prueba de correlación entre variables mediante tablas de contingencia y Chi cuadrada para las variables de tipo de marcha y su relación con la sobrecarga del cuidador concluyendo que no existe asociación estadísticamente significativa ( $p=0.743$ ) entre el tipo de marcha y la presencia de síndrome de sobrecarga del cuidador.

Para las variables de ansiedad de acuerdo a índice de ansiedad de Beck y su relación con la sobrecarga del cuidador se encontró que sí existe una asociación estadísticamente significativa ( $p=.001$ ).

En relación al índice de depresión de Beck también existió una asociación estadísticamente significativa entre el grado depresión y la sobrecarga del cuidador evaluada a través de escala de Zarit con una  $p= .000$ .

Para la variable del paciente de grado de discapacidad de acuerdo a la Medición de Funcionalidad e Independencia (FIM) y su relación con la presencia de sobrecarga del cuidador mediante escala de Zarit se demostró que no existe una asociación estadísticamente significativa ( $p= .619$ ) .(Tabla 7)

**TABLA 7. TABLA DE CONTINGENCIA Y ASOCIACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE VARIABLES.**

Variable	AUSENCIA DE SOBRECARGA	SOBRECARGA LIGERA	SOBRECARGA INTENSA	P (Chi cuadrada)
<b>Tipo de Traslado</b>				<b>p=0.743</b>
Si, con ayuda del cuidador	1(2.7%)	0(0%)	0	
Si, con auxiliar	15 (40.5%)	2(3.7%)	0	
Sí, con prótesis	2(%4%)	2(18.2%)	1(33.3%)	
No, independiente en silla de ruedas	8(8.7%)	3(27.6)	1(33.3%)	
No, traslado en silla/camilla con cuidador	10(27.0%)	4(36.4%)	1 (33.3%)	
Total	37(100%)	11(100%)	3(100%)	<b>p=0.001</b>
<b>Ansiedad</b>				
Baja	34(91.9%)	5(45.5%)	1(33.3%)	
Moderada	3(8.1%)	5(45.5)	1(33.3)	
Severa	0(0%)	1(9.1%)	1(33.3)	
Total	37(100%)	11(100%)	3(100%)	<b>p=0.000</b>
<b>Depresión</b>				
Normal	33(89.1%)	5(45.5%)	0(0.0%)	
Leve perturbación	3 (8.1%)	4(36.4%)	0(0%)	
Depresión intermitente	1(2.7%)	2(18.2%)	0(0%)	
Depresión Moderada	0(0%)	0(0%)	3(100%)	
Total	37(100%)	11(100%)	3(100%)	<b>p=0.619</b>
<b>FIM</b>				
Normal	1(2.7%)	0(0%)	0(0%)	
Discapacidad leve	21(56.7%)	4(36.4%)	2(66.6%)	
Discapacidad moderada	12(32.4%)	7(63.6%)	1(33.3%)	
Discapacidad Grace	3(8.1%)	0(0%)	0(0%)	
Total	37(100%)	11(100%)	3(100%)	

FUENTE: Hoja de Captación de Datos - YCLC- 2013

## DISCUSIÓN

Los pacientes con una amputación de miembro pélvico padecen cierto grado de discapacidad, principalmente para las transferencias y los traslados que los limita para llevar a cabo la totalidad de sus actividades de la vida diaria, por lo que es imprescindible para ellos contar con un cuidador primario que los apoye.

En el presente estudio se observó que el perfil socio demográfico que los pacientes con amputación de miembro pélvico en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, presenta un predominio de pacientes de sexo masculino con una relación de 2.9: 1 con respecto al sexo femenino, encontrándose una mayor frecuencia en el nivel de amputación transfemoral, un rango de edad más frecuente entre la sexta y séptima década de la vida (es decir en mayores de 60 años), y la causa más común fue la infecciosa, este perfil concuerda con el demostrado en numerosos estudios nacionales e internacionales en donde se ha observado una distribución similar en los pacientes con amputación de miembro pélvico.<sup>8,9,10</sup>

El cuidado de las personas con una discapacidad se ha relacionado desde la antigüedad con la presencia de un familiar o allegado que se responsabiliza por las necesidades del enfermo; este tipo de apoyo se le conoce como “cuidado informal” para diferenciarlo del apoyo formal que se lleva a cabo a través de los servicios de ayuda a domicilio por personal especializado de las instituciones de salud.<sup>25</sup>

El perfil socio demográfico característico del cuidador de pacientes crónicos en particular de ancianos dependientes citado en la literatura científica, es el de

mujeres con una edad media entre 50 y 65 años de edad, con relación de parentesco de esposas o hijas del paciente en 70% de los casos y un nivel educativo sin estudios o con estudios primarios. Este perfil coincide con el que se encuentra en esta investigación, donde tres cuartas partes de los cuidadores fueron del sexo femenino, con un promedio de edad en la sexta década de la vida, aunque a este respecto en nuestro estudio encontramos una proporción importante de cuidadores más jóvenes con una edad en la cuarta década de la vida.<sup>25,27,30.</sup>

Con respecto al nivel educativo este estudio difiere acerca de lo reportado en las fuentes consultadas ya que se observó un nivel educativo predominante de secundaria completa mientras que otros trabajos científicos reportan cuidadores primarios con un menor grado académico.<sup>12,14,15</sup>

De la misma manera se ha estudiado que el parentesco que guarda el cuidador con el paciente más comúnmente encontrado es el de hijo(a) o esposo(a), en esta investigación se corrobora este hecho debido a que un 45.1% de los cuidadores correspondió al hijo(a) del paciente y un 35.3% al de esposo(a).<sup>15</sup>

En el presente trabajo se determinó que la mayoría de los cuidadores desempeña su labor como compañía y cuidador primario de 12 a 24 horas al día durante los siete días de la semana, en un artículo publicado en Colombia se determinó un promedio similar de las horas diarias que el cuidador dedicaba al paciente.<sup>27</sup>

A pesar de que no existen estudios enfocados en los cuidadores primarios de pacientes con una amputación, si existe evidencia de literatura acerca de la

sobrecarga de cuidadores de pacientes crónicos, en la cual puede englobarse a las amputaciones. En las fuentes consultadas se menciona que no es de sorprenderse que los cuidadores de pacientes crónicos padezcan altos niveles de estrés y ansiedad, así como sentimientos de inseguridad e incapacidad para desempeñar el rol de cuidador; estos sentimientos pueden verse exacerbados cuando el sujeto tiene la percepción de no poseer apoyo social.<sup>26</sup> Al cotejar nuestros hallazgos con lo referido podemos observar que, en nuestra población tres cuartas partes de los cuidadores cuenta con un cuidador secundario. Además se corrobora que hay un porcentaje significativo de ellos con grados de ansiedad de moderado a severo.

Los valores reportados de sobrecarga en los cuidadores primarios de acuerdo a la percepción según la escala de Zarit esta reportado en un 14% para sobrecarga moderada y 11% para sobrecarga grave, con un total de 25% que experimentan el padecimiento en el caso de pacientes crónicos (geriátricos y neurológicos).<sup>16</sup> El presente trabajo de acuerdo a la escala reporta en su mayoría una sobrecarga ligera contrario a lo reportado en la literatura; lo anterior debido probablemente a que los pacientes con amputación de miembro pélvico requieren de menos apoyo en algunos aspectos de salud como son la higiene, el vestido, control de esfínteres y en su mayoría no conllevan un deterioro cognitivo agregado.<sup>38</sup>

Algunas investigaciones muestran que cuidadores con alto grado de sobrecarga son más fácilmente afectados por la depresión, en nuestros cuidadores una cuarta parte manifestó un grado de depresión que iba desde leve

perturbación del estado de ánimo hasta depresión moderada lo cual concuerda con los artículos publicados.

En la literatura científica no hay estudios suficientes que investiguen la asociación entre ansiedad y la sobrecarga percibida por el cuidador. Sin embargo, la mayoría informa una asociación positiva entre estas variables,<sup>25,28</sup> en concordancia con los resultados del presente estudio, que demuestra que hay una asociación estadísticamente significativa entre el grado de ansiedad evaluada por índice de ansiedad de Beck y la sobrecarga percibida mediante la escala de Zarit.

Al relacionar el grado de discapacidad medido con escala de FIM y la percepción de sobrecarga, no se encontró una asociación estadísticamente significativa en esta investigación, contrario a todo lo reportado en la literatura mundial, la cual indica una asociación bien establecida con una  $p < 0.02$  entre el grado de dependencia en las actividades básicas cotidianas en el aspecto físico con la presencia de sobrecarga para el cuidador.<sup>25</sup> Particularmente la causa de este hallazgo se explica porque el grado de sobrecarga estimado fue leve en nuestra muestra, y la puntuación obtenida por FIM categorizó a nuestros pacientes con un grado de funcionalidad elevado en comparación con el resto de los estudios en donde se han realizado las investigaciones.

La población incluida tiene la homogeneidad y representatividad necesaria para considerarse significativa de acuerdo a los propósitos planteados en el estudio, pero es necesario realizar más investigaciones que abarquen a esta población en diferentes niveles y etiologías seguidos a largo plazo y con muestras



mayores; así como establecer programas de apoyo al cuidador y manejo de su ansiedad y depresión.

Finalmente una de las fortalezas de la presente investigación es el hecho de que al no existir investigaciones sobre la población de cuidadores primarios que utilizamos, ésta puede servir de precedente para asentar futuros protocolos de investigación al respecto.

## **CONCLUSIONES**

Se concluye en este trabajo que la sobrecarga del cuidador se asocia a la presencia de ansiedad y depresión en el cuidador primario.

Se rechaza la hipótesis de trabajo inicial ya que se concluye que no existe una asociación entre el grado de funcionalidad del paciente con amputación y la presencia de sobrecarga en su cuidador primario.

La sobrecarga que experimentan los cuidadores de pacientes con una amputación de miembro pélvico afecta considerablemente su estado emocional y sus relaciones sociales; por lo que es importante la intervención del equipo de salud en la detección y manejo de los cuidadores en forma temprana, puesto que la sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo personal.

Se debe tener en cuenta lo importante de las crisis y los síntomas emocionales que se desencadenan ante la presencia de un familiar discapacitado en el hogar; por tanto, el equipo de salud debe proporcionar un enfoque biopsicosocial para el paciente y su familia, a fin de permitir la reorganización de las funciones en los miembros de la familia, lo que es indispensable.

El establecer programas de orientación permitirá un manejo integral de los enfermos crónicos y constituiría un enfoque preventivo y de promoción en salud fundamental para la convivencia familiar.

Al ser esta investigación un estudio de actualidad, necesita seguimiento y un margen comparativo del mismo tópico.

## REFERENCIAS

1. Garza VL. Cronología Histórica de las amputaciones. *Angiología*. 2009, Ene-Mar; 3(11):9-22.
2. Consejo de Salubridad General. Guía de práctica clínica: Rehabilitación del Paciente Adulto Amputado de Extremidad inferior por Diabetes Mellitus, en el segundo y tercer nivel de atención. 2010, 7-10.
3. Gil CV. Fundamentos de Medicina de Rehabilitación. 2ª. ED. Costa Rica: Editorial UCR, 2006, 148-155.
4. Villacrosa JA. Amputaciones del miembro inferior en cirugía vascular. México : GLOSA., 2008; 238-241.
5. INEGI. Población con limitación en la actividad - Grupos de edad según sexo, 2010 / Distribución porcentual de la población con limitación en la actividad según sexo para cada grupo de edad, 2010.
6. INEGI. Población con limitación en la actividad - Causa de discapacidad para cada entidad federativa, 2010 / Distribución porcentual de la población con discapacidad según causa de la discapacidad para cada entidad federativa, 2010.
7. INEGI. Población con limitación en la actividad - Tipo de discapacidad para cada entidad federativa, 2010 / Porcentaje de la población con limitación en la actividad según tipo de limitación para cada entidad federativa, 2010.

8. Henríquez GL. Calidad de vida de los pacientes amputados de la extremidad inferior . Rev Méd de Costa Rica y Centroamérica. 2009; LXVI (589) 267-273.
9. Varela PG, Prieto HL. Programa de atención integral de pacientes amputados de miembros pélvicos para la mejora de la calidad de la atención. Rev Mex Med Fis Rehab 2011;23(1):13-19.
10. Ruiz MA, Ramírez MA, Merino CM, Hernández WJ. Situación laboral, educativa y social de pacientes amputados de 7 a 70 años de edad atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación del 2000 al 2008. Rev Mex Med Fis Rehab 2012;24(2):40-44.
11. Rivas HJ, Meléndez RM. Cuidador: ¿Concepto operativo o preludio teórico?. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM .2011 Ene-Mar; 8(1):49-54.
12. Barrón RB, Alvarado AS. Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer, Cancerología. 2009; 4: 39-46.
13. Palacios EX. Jiménez KO. Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. Avances en Psicología latinoamericana. 2008; 26(2) : 195-210.
14. Islas SN, Ramos B, Aguilar EM, García GM. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. 2006, Oct-Dic; 19 (4):266-271.

15. Rivera MH, Dávila MR, González PA. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-quirúrgicas. 2011; 16(1):27-32.
16. Vargas-Mendoza; J.E. y Sánchez-Sigüenza, C. Cuidadores primarios de enfermos crónicos: agotamiento compasivo. Investigación en Psicología. 2012; 6(1): 13-18.
17. Morales CE, Enríquez SM, Jiménez HB, Miranda DA, Serrano MT. Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartrosis. Rev. Mex-Med. Fis Rehab. 2010; 22(3):96-100.
18. Montorio CI, Fernández TA, López A, Sánchez CM. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga . Anales de psicología.1998; 14(2):229-248.
19. Alpuche RV, Ramos del Rio B, Rojas RM, Figueroa LC. Validación de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidador primarios informales. Psicología y Salud, 2008, Jul-Dic; 2:237-245.
20. Velez LJ, Berbesi FD, Cardona AD, Segura CA, Ordoñez MJ. Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. Aten Primaria. 2012;44(7):411-416.
21. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. Psicothema. 1998; 10(2): 303-318.

22. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 1998; 21(3):26-31.
23. Magán I, Sanz J, García VM. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck. *The Spanish journal of psychology*. 2008; 11(2): 626-64.
24. Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56:893-7.
25. Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Lobo L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med* 2007;38(1):40-46.
26. Ostwald SK, Bernal MP, Cron SG, Godwin KM. Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Top Stroke Rehabil* 2009; 16(2):93-104.
27. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera J. Síndrome del cuidador en una población de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med* 2006; 37(2):31-38.
28. Schumacher K, Beck C, Marren J. Family Caregivers. Caring for older adults, working with their families. *American Journal of Nursing* 2006; 106(8):40-49.

29. Carol-Artal FJ, Egio JA, González, Varela E. Percepción de sobrecarga a largo plazo de los cuidadores de sobrevivientes a un ictus. *Rev Neurol* 1999; 28:1130-1138.
30. Lara-Pérez L, Díaz M, Herrera E, Silveira P. Síndrome del cuidador en una población atendida por un equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enfer* 2001; 17(2):107-111.
31. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999; 282(23):2215–2219.

## ANEXO 1- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUIDADOR



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN ZONA NORTE, AÑO 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	CONOCER LOS FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA PRESENCIA DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON UNA AMPUTACIÓN PÉLVICA
Procedimientos:	APLICACIÓN DE ENCUESTAS CONFIDENCIALES
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	DETECCIÓN OPORTUNA DE FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA SOBRECARGA Y AFECTAN AL CUIDADOR PRIMARIO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	NO APLICA
Participación o retiro:	EL PARTICIPANTE PODRÁ RETIRARSE DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO QUE ASÍ LO DECIDA.
Privacidad y confidencialidad:	TODOS LOS DATOS PROPORCIONADOS SON ANÓNIMOS Y SU USO SOLO SE LLEVARA A CABO CON CARÁCTER CIENTÍFICO
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. MARÍA ELENA MAZADIEGO GONZÁLEZ
Colaboradores:	DRA. IRINA REYES GARCÍA / DRA. YARELI CATALINA LEONEL CORTES

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

CUIDADOR

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**



## ANEXO 2- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN ZONA NORTE, AÑO 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	CONOCER LOS FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA PRESENCIA DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON UNA AMPUTACIÓN PÉLVICA
Procedimientos:	APLICACIÓN DE ENCUESTAS CONFIDENCIALES
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	DETECCIÓN OPORTUNA DE FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA SOBRECARGA Y AFECTAN AL CUIDADOR PRIMARIO.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	NO APLICA
Participación o retiro:	EL PARTICIPANTE PODRÁ RETIRARSE DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO QUE ASÍ LO DECIDA.
Privacidad y confidencialidad:	TODOS LOS DATOS PROPORCIONADOS SON ANÓNIMOS Y SU USO SOLO SE LLEVARA A CABO CON CARÁCTER CIENTÍFICO
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	DRA. MARÍA ELENA MAZADIEGO GONZÁLEZ
Colaboradores:	DRA. IRINA REYES GARCÍA / DRA. YARELI CATALINA LEONEL CORTES

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto PACIENTE</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p>	<p>testigo 2</p>
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

**Clave: 2810-009-013**

## ANEXO 3- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Genero: 1) Femenino 2) Masculino

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas:

1.-Estado civil:

a) Soltero                      b) Casado                      c) Viudo                      d) Divorciado                      e) unión libre

2.-Escolaridad:

a) Analfabeta                      b) primaria trunca                      c) primaria completa                      d) secundaria Trunca  
e) secundaria completa                      f) bachillerato trunco                      g) bachillerato completo                      h) licenciatura trunca  
i) licenciatura completa                      j) posgrado

3.-Ocupación actual:

a) Desempleado                      b) pensionado/ jubilado                      c) comercio informal                      d) jornalero/campesino  
e) obrero                      f) empleado de oficina                      g) profesionalista                      h) patrón/empresario  
i) hogar                      j) otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

4.- Parentesco que guarda con el paciente a su cuidado:

a) esposo(a)                      b) hija(o)                      c) hermano(o)                      d) padre/madre  
e) abuelo(a)                      f) amigo(a)                      g) Otro(especifique) \_\_\_\_\_

5.- ¿Vive usted en la misma casa que su paciente?

a) SI                      b) NO

7 ¿Cuánto tiempo ha lleva usted al cuidado de su paciente?

a) de 0 a 6 meses                      b) de 6 meses a 12 meses                      c) de 1 a 3 años                      d) de 4 a 6 años  
e) de 7 a 10 años                      f) 11 años o más

8 ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de su paciente?

a) De 1 a 5 horas                      b) De 6 a 8 horas                      c) De 9 a 12 horas                      d) De 12 a 24 horas

9.- Número de días a la semana dedicados al cuidado de su paciente: \_\_\_\_\_

10.- Señale las actividades que realiza dentro de su papel como cuidador de su paciente:

a) compañía  
b) bañarlo, alimentarlo, vestirlo  
c) cargarlo, transportarlo, trasladarlo dentro y fuera de casa  
d) realizar su terapia y darle los medicamentos  
e) realizar trámites médicos, administrativos y legales  
f) apoyo emocional  
g) manutención económica  
h) Otro(especifique) \_\_\_\_\_

11.- Hay alguna persona cercad e usted que le ayude con el cuidado de su paciente o a tomar decisiones acerca del mismo:                      a)SI                      b)NO

12.-¿ Comparte la responsabilidad del cuidado de su paciente con alguna otra persona? a)SI

b)NO

En caso afirmativo:

13.- Que tipo de apoyo le ofrece esa persona par ale cuidado de su paciente:

a) Física (ayuda a vestirlo, bañarlo, transportarlo, llevarlo al médico, etc.)  
b) Emocional (puede compartir inquietudes, decisiones, sentimientos)  
c) Económica (aporta parte o el total del capital monetario necesario para su manutención)

14.- ¿Padece usted alguna enfermedad crónica por la cual deba llevar a cabo un tratamiento médico?  
a)SI b)NO

15 En caso afirmativo ¿Cuál enfermedad padece?

- a)Artritis/artrosis b) Hipertensión arterial sistémica c)Diabetes Mellitus  
d) Cardiopatía isquémica e)Insuficiencia cardiaca f)Dislipidemia  
g)Nefropatía h)Hepatopatía i) Cáncer ¿qué tipo? \_\_\_\_  
j) Evento vas. Cerebral k)Enfermedad arterial/venosa periférica l)Neuropatía  
Otra (especifique)\_\_\_\_\_

16.- ¿En los últimos 6 meses ha llevado usted acabo algún chequeo médico como seguimiento de su padecimiento o como parte de una revisión general de su salud?  
a) SI b)NO

**Datos acerca de su paciente:**

17.-

Nombre:\_\_\_\_\_

18.-No.De afiliacion\_\_\_\_\_

19.-Edad:\_\_\_\_\_años

21.- Genero: a)Femenino b)Masculino

22.-Escolaridad:

- a)analfabeta b)primaria trunca c)primaria completa d)sec. Trunca  
e)secundaria completa f)bachillerato trunco g)bachillerato completo h)licenciatura trunca  
i) licenciatura completa j)posgrado

22.-Ocupación previa:

- a)Desempleado b)pensionado/ jubilado c) comercio informal d)  
jornalero/campesino  
e)obrero f) empleado de oficina g) profesionista h) patrón/empresario  
i)hogar j) otra, ¿cuál?\_\_\_\_\_

23.-Tipo de amputación:

- a)parcial de pie b)transtibial c) desarticulación de rodilla  
d) transfemoral e) desarticulación de cadera f)hemipelvectomia  
g) otra ¿cuál?\_\_\_\_\_

24.-Miembro pélvico con amputación:

- a) derecho b) izquierdo c) Bilateral d) más de dos amputaciones

25.-Tiempo de evolución: \_\_\_\_años\_\_\_\_meses

26.- Causa de la amputación:

- a) traumática b) Infecciosa c) vascular d) neoplasica  
5) Quemadura f) Otras ¿Cuál?\_\_\_\_\_

27.- Tipo de marcha:

- a.- Sí, con ayuda de cuidador b.- sí, con auxiliar (bastón, muleta, andadera)  
c.- sí, con prótesis d.- no, traslado independiente en silla de ruedas  
e.- traslado en silla o camilla auxiliado por cuidador

28.- Comorbilidades: Padece el paciente algún tipo de enfermedad crónica además de su amputación?

a) SI b) NO

29.- ¿Cuál(es) enfermedad (es) padece?

- a)Artritis/artrosis b) Hipertensión arterial sistémica c)Diabetes Mellitus  
d) Cardiopatía isquémica e)Insuficiencia cardiaca f)Dislipidemia  
g)Nefropatía h)Hepatopatía i) Cáncer ¿qué tipo? \_\_\_\_  
j) Evento vas. Cerebral k)Enfermedad arterial/venosa periférica l)Neuropatía  
m)Otra (especifique)\_\_\_\_\_

## ANEXO 4- ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

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

Nombre \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Instrucción:** a continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten a veces, las personas que cuidan a otras personas. Después de leer cada afirmación debe indicar con qué frecuencia se siente usted así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y así siempre.

PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTA NTES VECES	CASI SIEMPRE
1 ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2 ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
3 ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
4 ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6 ¿cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	0	1	2	3	
7 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
8 ¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
9 ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	0	1	2	3	4
10 ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
11 ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	0	1	2	3	4
12 ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13 ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	0	1	2	3	4
14 ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4
15 ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16 ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17 ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4
18 ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
19 ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20 ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
21 ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
22 En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

## ANEXO 5- INVENTARIO DE ANSIEDAD BECK

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD: SEXO:

FECHA:

Señale a la izquierda de cada número según esta escala:

(0) En absoluto.

(1) Levemente, no me molesta mucho.

(2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo.

(3) Severamente, casi no pude soportarlo. ,

PREGUNTA	EN ABSOLUTO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1 Torpe o entumecido.	0	1	2	3
2 Acalorado.	0	1	2	3
3 Con temblor en las piernas.	0	1	2	3
4 Incapaz de relajarse	0	1	2	3
5 Con temor a que ocurra lo peor.	0	1	2	3
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	0	1	2	3
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	0	1	2	3
8 Inestable.	0	1	2	3
9 Atemorizado o asustado.	0	1	2	3
10 Nervioso	0	1	2	3
11 Con sensación de bloqueo.	0	1	2	3
12 Con temblores en las manos.	0	1	2	3
13 Inquieto, inseguro.	0	1	2	3
14 Con miedo a perder el control.	0	1	2	3
15 Con sensación de ahogo.	0	1	2	3
16 Con temor a morir.	0	1	2	3
17 Con miedo.	0	1	2	3
18 Con problemas digestivos.	0	1	2	3
19 Con desvanecimientos.	0	1	2	3
20 Con rubor facial.	0	1	2	3
21 Con sudores, fríos o calientes.	0	1	2	3

## ANEXO 6 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

A)

- (0) No me siento triste.
- (1) Me siento triste.
- (2) Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- (3) Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

B)

- (0) No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- (1) Me siento desanimado con respecto al futuro.
- (2) Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- (3) Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

C)

- (0) No me siento fracasado.
- (1) Siento que he fracasado más que la persona normal.
- (2) Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- (3) Siento que como persona soy un fracaso completo.

D)

- (0) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- (1) No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- (2) Ya nada me satisface realmente.
- (3) Todo me aburre o me desagrada.

E)

- (0) No siento ninguna culpa particular.
- (1) Me siento culpable buena parte del tiempo.
- (2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- (3) Me siento culpable todo el tiempo.

F)

- (0) No siento que esté siendo castigado.
- (1) Siento que puedo estar siendo castigado.
- (2) Espero ser castigado.
- (3) Siento que estoy siendo castigado.

G )

- (0) No me siento decepcionado en mí mismo.
- (1) Estoy decepcionado conmigo.
- (2) Estoy harto de mí mismo.
- (3) Me odio a mí mismo.

H)

- (0) No me siento peor que otros.
- (1) Me critico por mis debilidades o errores.
- (2) Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- (3) Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

I)

- (0) No tengo ninguna idea de matarme.
- (1) Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- (2) Me gustaría matarme.
- (3) Me mataría si tuviera la oportunidad.

J )

- (0) No lloro más de lo habitual.
- (1) Lloro más que antes.
- (2) Ahora lloro todo el tiempo.
- (3) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

K )

- (0) No me irrita más ahora que antes.
- (1) Me enoja o irrita más fácilmente ahora que antes.
- (2) Me siento irritado todo el tiempo.
- (3) No me irrita para nada con las cosas que solían irritarme.

L )

- (0) No he perdido interés en otras personas.
- (1) Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- (2) He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- (3) He perdido todo interés en los demás.

M )

- (0) Tomo decisiones como siempre.

- (1)Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.  
 (2)Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.  
 (3)Ya no puedo tomar ninguna decisión.  
 N )  
 (0)No creo que me vea peor que antes.  
 (1)Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).  
 (2)Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo  
 (3)Creo que me veo horrible.  
 O )  
 (0)Puedo trabajar tan bien como antes.  
 (1)Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.  
 (2)Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.  
 (3)No puedo hacer ningún tipo de trabajo.  
 P )  
 (0)Puedo dormir tan bien como antes.  
 (1)No duermo tan bien como antes.  
 (2)Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.  
 (3)Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme  
 Q )  
 (0)No me canso más de lo habitual.  
 (1)Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.  
 (2)Me canso al hacer cualquier cosa.  
 (3)Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.  
 R )  
 (0)Mi apetito no ha variado.  
 (1)Mi apetito no es tan bueno como antes.  
 (2)Mi apetito es mucho peor que antes.  
 (3)Ya no tengo nada de apetito.  
 S )  
 (0)Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.  
 (1)He perdido más de 2 kilos.  
 (2)He perdido más de 4 kilos.  
 (3)He perdido más de 6 kilos.  
 T )  
 (0)No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.  
 (1)Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.  
 (2)Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.  
 (3)Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.  
 U )  
 (0)No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.  
 (1)Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.  
 (2)Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.  
 (3)He perdido por completo mi interés por el sexo.

**TOTAL**\_\_\_\_\_

## ANEXO 7- MEDIDA DE FUNCIONALIDAD E INDEPENDENCIA(FIM)

Escala de Medida de Independencia Funcional (FIM)	
CATEGORÍAS DOMINIO	FIM
TOTAL	
<b>Autocuidado</b>	
1. Alimentación	
2. Arreglo personal	
3. Baño	
4. Vestido hemicuerpo superior	
5. Vestido hemicuerpo inferior	
6. Aseo perineal	
<b>Motor</b>	
91 puntos	
126 puntos	
<b>Control de esfínteres</b>	
7. Control de la vejiga	
8. Control del intestino	
<b>Movilidad</b>	
9. Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
10. Traslado en baño	
11. Traslado en bañera o ducha	
<b>Ambulación</b>	
12. Caminar/desplazarse en silla de ruedas	
13. Subir y bajar escaleras	
<b>Comunicación</b>	
14. Comprensión	
15. Expresión	
<b>Cognitivo</b>	
35 puntos	
<b>Conocimiento social</b>	
16. Interacción social	
17. Solución de problemas	
18. Memoria	

Cada ítem es puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7 Independencia completa
	6 Independencia modificada
Dependencia modificada	5 Supervisión
	4 Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3 Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2 Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1 Asistencia total (menor del 25% de independencia)