



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGÍA

FUNDACIÓN CLÍNICA MÉDICA SUR

**Prevalencia de colapso del cuidador primario en pacientes con cirrosis
hepática**

TITULACIÓN POR TESIS

QUÉ PARA OPTAR EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA

PRESENTA:

Cristina Gómez Gutiérrez

TUTOR:

NORBERTO CARLOS CHÁVEZ TAPIA

GASTROENTEROLOGIA FUNDACIÓN CLINICA MÉDICA SUR

Ciudad de México, noviembre del 2016



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.

DEDICATORIA

Esta tesis que marca el inicio de mi vida como especialista en gastroenterología se la dedico a mi familia, amigos y profesores que siempre me apoyaron y acompañaron en este camino que elegí hace 14 años.

A mi madre por ser la persona que me amo primero, por la paciencia que tuvo durante esta etapa, por su apoyo incondicional, por darme las fuerzas para seguir adelante, por creer en mi y no dejarme auto-sabotearme pensando en que no lo lograría, por que con cada “Tu puedes” me dabas palabras de aliento y vida, gracias por simplemente estar ahí cada noche, cada momento, en cada lagrima y en cada sonrisa.

A mi padre la persona que mas admiro, por ser un ejemplo de rectitud, lealtad y honor, gracias por permitirme defender mi profesión y apoyarme en cada paso, por soportarme en todos lo aspectos y siempre ser mi lugar seguro.

A mi hermano Fabián, mi mejor amigo, gracias por tu apoyo, por escucharme y ser mi confidente durante toda mi vida, por tus consejo y tus regaños, porque gracias a ti estoy aquí.

A toda mi familia en especial a mi tía Enriqueta, mi tía Paz y mi primo Luis, quienes con su apoyo incondicional, paciencia y amor me ayudaron durante todos estos años.

A Carlos Alberto y su Familia González Villa, quienes de ser desconocidos se convirtieron en familia y me acogieron con tanto amor, cuidado y animo, gracias por ser ejemplo de amor, felicidad y perseverancia.

A mis amigos, que ya son hermanos, gracias por su apoyo, paciencia, amistad y palabras, por todos los momentos vividos, por las risas, las lagrimas y los desvelos, gracias a Junuen, Avy, Jonathan, Gaby, Claudio, Rocio, Cynthia, Monste y a dos grandes seres humanos, amigos y lideres a Alex y Sandra Hoyos.

Y a mis profesores por confiar en mí, por toda la enseñanza y la paciencia, Dr. Misael Uribe, Dr. Norberto Chávez Tapia, Dra. Diana Brizuela, Dr. Eduardo Cerda, Dr. Sánchez Cortes, Dr. Nahúm Méndez, Dra. Graciela Castro, Dr. Enrique Coss, Dra. Nancy Aguilar, Dr. Fernando Rojas, Dr. Moran, entre otros, quienes a través de estos 3 años nos mostraron lo que significa perseverancia, disciplina, valores, ética y lealtad. También quiero agradecer a todos los que colaboran en la Clinica de Gastroenterología por su apoyo en cada momento.

Pero sobre todo quiero agradecer a Dios por permitirme cumplir mis anhelos y por que sus planes son mejores que los míos.

“Los planes bien pensados y el arduo trabajo llevan a la prosperidad...”

Proverbios 21:5

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------------------------------------|----|
| I.- INTRODUCCIÓN | 5 |
| II.- MARCO TEÓRICO | 5 |
| a) Epidemiología | 5 |
| b) Factores de riesgo | 7 |
| c) Impacto del colapso del cuidador | 8 |
| d) Diagnóstico | 9 |
| e) Colapso del cuidador en pacientes con cirrosis hepática | 16 |
| III.- JUSTIFICACIÓN | 18 |
| IV.- PREGUNTA DE TRABAJO | 19 |
| V.- HIPÓTESIS | 19 |
| VI.- OBJETIVOS | 19 |
| VII.- TIPO DE ESTUDIO | 19 |
| VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS | 19 |
| IX.- RESULTADOS | 26 |
| X.- DISCUSIÓN | 28 |
| XI.- CONCLUSIONES | 31 |
| XII.- BIBLIOGRAFÍA | 32 |

I.- INTRODUCCIÓN

No existe en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) ni en su novena revisión (ICD-9) o decima (ICD-10), un código para colapso del cuidador. Zarit et al. en 1986 proponen definirse como “la medida en que lo cuidadores perciben que el cuidado ha tenido efecto adverso en su funcionamiento emocional, social, económico, físico y espiritual”¹. Esta definición hace énfasis en los múltiples aspectos que pueden verse afectados en los cuidadores y también en que el cuidado es una experiencia individualizada. El cuidado un paciente puede ser altamente estresante, requiriendo asistencia parcial o total en las actividades diarias de la vida, aislamiento social y colapso financiero². Sin embargo, también el cuidado puede fomentar lazos familiares, brindar autosatisfacción y puede ser visto como servicio honorable por el paciente.

II.- MARCO TEÓRICO

a) Epidemiología

Existen dos tipos de cuidadores: el informal, que normalmente es un familiar y el formal, aquel que recibe recompensa monetaria por el cuidado. El cuidador informal representa el 90% de todos los cuidadores adultos³.

En el 2009 en Estados Unidos de América, se estimó que 65.7 millones de familiares servían como cuidadores informales tanto de adultos como de niños, de estos el 60% otorgaba cuidado a pacientes mayores de 50 años de edad. El incremento de pacientes adultos mayores y con enfermedades crónicas han sido factores que han aumentado el número de

cuidadores informales. En el 2009, un estudio determinó una prevalencia de 32% de colapso severo del cuidador y 19% colapso moderado basado en el tiempo que pasaban proveyendo cuidado y en las comorbilidades del paciente. La mayoría de los cuidadores son mujeres familiares (86%, la mayoría son esposas) y amigas (14%). Aproximadamente los cuidadores gastan 20.5 horas por semana proveyendo cuidado y 20% gasta mas de 40 horas por semana. Los cuidados incluyen desde asistencia con actividades básicas e instrumentadas de la vida hasta soporte medico como manejo de medicamentos, programar citas medicas, acompañar en visitar medicas y tomar decisiones en tratamientos, así como proporcionar apoyo emocional y soporte financiero⁴. Este ultimo punto, el financiero, es de suma importancia, un estudio describió el gasto por parte de los cuidadores informales de pacientes con demencia era 56,290 dólares anualmente⁵. Esto puede llevar al colapso del cuidador tanto como al colapso financiero de toda una familia.

En México, se ha estudiado la prevalencia de colapso del cuidador sobre todo en pacientes adultos mayores con cierto grupo de enfermedades como osteoartritis con prevalencia 30.91% de colapso del cuidador, el principal cuidador fue la hija en 58.18% con edad promedio de 52.7 años⁶. En otros estudio en pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad, la edad promedio de los cuidadores 50.5 años, el 70.7% eran mujeres y el 57.3% eran hijas. La presencia de colapso del cuidador se presentó en 60% de los casos, el 57.7% con colapso leve y 42.2% moderado-severo, sin encontrarse una relación estadísticamente significativa con síndrome de inmovilidad⁷.

b) Factores de riesgo

Los factores de riesgo descritos para colapso del cuidador incluyen género femenino, bajo nivel educativo, el vivir en la misma casa que el paciente, depresión, aislamiento social, estrés financiero, mayor número de horas gastadas en el cuidado y el no desear dar el cuidado (Tabla 1). Algunas otros factores de riesgo son las enfermedades propias del paciente como demencia, cáncer, disminución de la funcionalidad así como estadios terminales y las hospitalizaciones^{8,9,10}.

Tabla 1. Epidemiología y factores de riesgo

| Factor | Desenlaces del colapso del cuidador en el cuidador |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Demográficos: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Género femenino • Nivel bajo de educación • Cohabitar con el familiar/paciente | <ul style="list-style-type: none"> • 2 veces mayor riesgo de colapso del cuidador comparado con hombres • Mayores niveles de colapso del cuidador • Se asocia a colapso del cuidador |
| Desenlaces clínicos del colapso del cuidador | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad • Perdida de peso • Pobre autocuidado • Privación de sueño | <ul style="list-style-type: none"> • El colapso del cuidador es un factor de riesgo independiente para mortalidad en 63% • El colapso del cuidador se asocia a mayor pérdida de peso • Mayor incidencia de pobre autocuidado o ignorarse a si mismo • Sobre todo en pacientes con demencia, con alteraciones en el ciclo de sueño-vigilia |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Psicosocial | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Depresión o síntomas de depresión • Estrategias de afrontamiento • Percepción de angustia del paciente • Disminución de actividad social o aislamiento social • Ansiedad • Suicidio | <ul style="list-style-type: none"> • Factor de riesgo para colapso del cuidador • Se ha asociado con mayor colapso del cuidador en pacientes con demencia (realizar ejercicio, buscar consejos) • Factor de riesgo para colapso del cuidador • Factor de riesgo para colapso del cuidador • Desenlace de colapso del cuidador • Desenlace de colapso del cuidador |
| Contexto del cuidado | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tiempo en cuidado y esfuerzo • Estrés financiero • No tener otras opciones de cuidado • Incapacidad mantener un trabajo regular | <ul style="list-style-type: none"> • Mayor tiempo de cuidado esta asociado a mayor porcentaje de colapso del cuidador • Factor de riesgo para colapso del cuidador y desenlaces • Factor de riesgo para colapso del cuidador • Factor de riesgo para colapso del cuidador |

Adaptada de Adelman R. D. Caregiver Burden Clinical Review. JAMA. 2014¹⁵

c) Impacto del colapso del cuidador

Existen varios estudios que demuestran la relación entre colapso del cuidador y mortalidad del paciente. En 1999, Schulz et al. estudio la relación entre las demandas del cuidado en pacientes con cuidadores cónyuges adultos mayores y la mortalidad por cualquier causa a 4 años de seguimiento. Fueron 392 cuidadores y 427 no cuidadores, entre 66 a 96 años de edad, después de 4 años de seguimiento fallecieron 103 participantes (12.6%), demostrando que existe 63% mayor riesgo de mortalidad en cuidadores con

estrés emocional y con familiar/paciente con discapacidad física que en no cuidadores (Riesgo relativo 1.63; intervalo de confianza 95% 1.00-2.65), sin embargo los cuidadores sin estrés y sin familiar/paciente con discapacidad no tuvieron mayor riesgo de mortalidad¹¹. En estudios mas recientes en pacientes con demencia y sus cuidadores, se observo que hasta un tercio de los cuidadores primarios padecían depresión comparado con no cuidadores¹², como en el estudio ADAMS donde 44% de los cuidadores de pacientes con demencia tenían síntomas de depresión versus 27% de los no cuidadores¹³. Kuzuya et al. realizó un estudios prospectivo con 1,067 pacientes mayores de 65 años y sus cuidadores, 268 pacientes fallecieron y 455 fueron hospitalizados durante el seguimiento de 3 años. Demostrando una relación entre mayor cuartilla en escala de Zarit y mayor mortalidad y hospitalización¹⁴.

d) Diagnóstico

Aun cuando la valoración de los aspectos psicológicos, sociales y físicos determinan la calidad del cuidado en pacientes adultos, pocos son los médicos conocen y aplican estas herramientas. El diagnóstico de colapso del cuidador requiere identificación de factores de riesgo¹⁶.

En la Conferencia del Consenso Nacional de Cuidadores presenta el siguiente abordaje:

1. Identificación del cuidador primario y cuidadores adicionales.
2. Incorporar las necesidades y preferencias tanto del cuidador como del familiar/paciente que recibe el cuidado para planear los cuidados en todos los aspectos.

3. Mejorar el entendimiento del cuidador, así como enseñarle las habilidades necesarias para realizar el cuidado.
4. Se requiere de evaluación periódica del cuidador, de la familia entera y de la calidad del cuidado^{17,18}.

Existen diferentes herramientas para evaluar el colapso del cuidador. La primera concepción de carga del cuidador surgió en la década de 1960 con el trabajo de Grad y Sainsbury (1963) con familiares de enfermos psiquiátricos. Estos autores definieron la carga como “cualquier coste para la familia”¹⁹. En 1998, Montorio et al. determinó dos componentes de la carga del cuidador: la carga objetiva que se refería a los acontecimientos, actividades y demandas en relación al familiar/paciente y, la segunda es la carga subjetiva que comprendía los sentimientos, actitudes y emociones del cuidador²⁰. En los 80's se incluyen datos como carga financiera, física, social, emocional y psicológica. En este mismo año, Zarit et al. realiza un instrumento tipo cuestionario para evolución de la carga de cuidadores de personas con demencia. En su versión original en 1980, se componía de 29 preguntas con respuesta mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos; en 1985 se redujo a 22 preguntas, respondiéndose con una escala tipo Likert de cinco puntos²¹. A partir de esa fecha escala se ha utilizado en múltiples enfermedades como enfermedad de Alzheimer, esquizofrenia, esclerosis múltiples, entre otros. Crespo et al. en 2015 realiza una revisión sobre las diferentes escalas que existen para la valoración de carga del cuidador (Tabla 2)²².

Tabla 2. Principales instrumentos de evaluación de la carga del cuidador de personas mayores

| Instrumentos | No. Preguntas y formato de respuesta | Puntos que evalúan | Fiabilidad |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zarit Caregiver Burden Interview (1980)²¹ | 29 preguntas Likert 5 puntos (frecuencia) | Carga subjetiva asociada al deterioro funcional y conductual Unidimensional | Alfa de Cronbach: .91 Test-retest: .71 |
| Caregiver Strain Index (1983)²³ | 13 preguntas Dicotómica (problemas sí/no) | Cinco aspectos de la carga subjetiva: laboral, económico, físico, social y temporal. Unidimensional | Alfa de Cronbach: .86 |
| Caregiver Subjective and Objective Burden Scale (1985)²⁴ | 22 preguntas Likert 5 puntos | Carga objetiva y subjetiva Bidimensional | Alfa de Cronbach: objetiva .85 y subjetiva .86 |
| Caregiver Burden Inventory (1989)²⁵ | 24 preguntas Likert 5 puntos | Cinco aspectos de la carga (objetiva y subjetiva): físico, desempeño, social, emocional y dependencia temporal. Multidimensional | Alfa de Cronbach: .77 |
| Screen for Caregiver Burden (1991)²⁶ | 25 preguntas Likert 4 puntos | Varios aspectos de la conducta del enfermo y reacción emocional del cuidador (carga objetiva y subjetiva). | Alfa de Cronbach: .85 objetiva y .89 subjetiva Test-retest: objetiva .64 y subjetiva .70 |

| Bidimensional | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Revised Memory and Behavior Problems Checklist (1992)²⁷ | 24 preguntas Likert 6 puntos (frecuencia y reacción) | Síntomas del enfermo y reacciones del cuidador, a menudo dadas por el ZCBI (carga objetiva y subjetiva). Bidimensional | Alfa de Cronbach: .75 en frecuencia y .76 en reacción |

Las dos principales herramientas que se han utilizado y tienen mayor fiabilidad con la escala Zarit (Zarit Caregiver Burden Interview) y el Índice de esfuerzo del cuidador (Caregiver Strain Index).

Escala de Zarit

Indicación: Medir el grado de sobrecarga/colapso subjetiva de los cuidadores.

Administración: Consta de 22 preguntas relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1(nunca) a 5 (casi siempre) en Escala de Likert. Es autoadministrada.

Interpretación:

- **<45 puntos:** No sobre carga.
- **45 a 55:** Sobrecarga/colapso leve.
- **>55:** Sobrecarga/colapso severo.

Reevaluación: cuando la situación del paciente cambie o se sospeche

aparición de sobrecarga en el cuidador. Generalmente se realiza anualmente.

Propiedades psicométricas: La consistencia interna es de 0.91 y la fiabilidad test-retest es de 0.86^{1,20,28,29}.

Escala de Zarit

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la realmente necesita?

2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?

3.- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?

4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?

5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?

6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?

7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?

8.- ¿Piensa que su familiar depende de usted?

9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?

10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?

11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?

12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?

13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?

14.- ¿Piensa que su familiar lo considera a usted la única persona que le puede cuidar?

15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?

16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?

17.- ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?

18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?

20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?

22.- Globalmente, ¿Qué grado de “Carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?

TOTAL

Respuesta: 1= NUNCA; 2= RARA VEZ; 3= ALGUNAS VECES; 4= BASTANTES VECES; 5= CASI SIEMPRE

Índice de esfuerzo del cuidador

Indicación: Medir el grado de sobrecarga/colapso subjetiva de los cuidadores.

Administración: Consta de 13 preguntas relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a otra persona, las respuestas son dicotómicas SI/NO. Es autoadministrada.

Interpretación:

- <6 puntos: No sobre carga.
- >6: Sobrecarga/colapso.

Reevaluación: cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. Generalmente se realiza anualmente.

Propiedades psicométricas: La consistencia interna es de 0.86^{23,30,31,32}.

Índice de esfuerzo del cuidador

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.- Tiene trastornos del sueño (por ejemplo, porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche) | SI | NO |
| 2.- Es un inconveniente para usted (por ejemplo, porque la ayuda le consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar) | SI | NO |
| 3.- Representa un esfuerzo físico para usted (por ejemplo, hay que sentarlo, levantarlo de una silla) | SI | NO |
| 4.- Supone una restricción para usted (por ejemplo, porque ayudar le limita el tiempo libre o no puede hacer visitas) | SI | NO |
| 5.- Ha habido modificaciones en la familia (por ejemplo, porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad) | SI | NO |
| 6.- Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, se tuvo que rechazar un trabajo o no se puso ir de vacaciones) | SI | NO |
| 7.- Ha habido otras exigencias de mi tiempo (por ejemplo, por parte de otros miembros de la familia) | SI | NO |
| 8.- Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, causa de fuertes discusiones) | SI | NO |
| 9.- Algunos comportamientos son molestos (por ejemplo, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas) | SI | NO |
| 10.- Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comprado con antes (por ejemplo, es una persona diferente a la que era antes) | SI | NO |
| 11.- Ha habido modificaciones en el trabajo (por ejemplo, a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda) | SI | NO |
| 12.- Es una carga económica | SI | NO |
| 13.- Nos ha desbordado totalmente (por ejemplo, por la preocupación por la persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento) | SI | NO |

e) Colapso del Cuidador en pacientes con cirrosis hepática

La enfermedad hepática crónica y la cirrosis hepática son causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El impacto que ha tenido esta enfermedad ha sido ampliamente estudiado. Sin embargo, la carga de la cirrosis en la unidad familiar, tanto en el paciente y sus cuidadores no ha sido evaluado y se conoce poco sobre los factores de riesgo en esta patología. Bajaj et al. en el 2011 realizó un estudio donde se valoraba la carga en pacientes con cirrosis hepática y encefalopatía hepática. Se estudio a 103 pacientes con cirrosis hepática (70% hombres, 44% con cuadro previo de encefalopatía hepática, media de MELD 12 puntos, 49% veteranos) y sus cuidadores (66% mujeres, 77% cónyuges, con promedio de tiempo de relación 32 ± 14 años). Se relaciono el episodio previo de encefalopatía hepática y la disfunción cognitiva se asociaban con peor empleo, estatus financiero y colapso del cuidador³³. Otro estudio en el 2015, con 50 pacientes con cirrosis hepática y sus cuidadores fueron evaluados. Se realizo escala de Zarit y Escala de calidad de vida a los cuidadores. El 83.3% eran mujeres, 70.8% eran esposas/conyugues, edad media 56.9 ± 11.4 años, tenían problemas emocionales ($P<0.001$), vitalidad ($P=0.025$), salud mental ($P=0.005$) y funcionamiento social ($P=0.002$). Esto significa que los cuidadores de familiares/pacientes con enfermedad hepática en estadio terminal tiene menor puntaje en la encuesta de calidad de vida SF-36 en los niveles de salud mental comparado con la población general (Tabla 3)³⁴.

Tabla 3. Factores de riesgo que aumentan el colapso del cuidador en pacientes con enfermedades hepáticas crónicas.

| Factores | OR | IC 95% |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| Cuidador >50 años | 1.01 | 0.71-3.58 |
| Relación con el paciente | 0.89 | 0.49-2.47 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esposa • No esposa | 1.00 | |
| Cuidador con antecedente de enfermedades psiquiátricas o crónicas | 1.49 | 0.76-2.90 |
| Que dependa mas de una persona del cuidador | 3.83 | 1.91-15.98 |
| Proximidad al paciente | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <1hr de distancia • >1hr de distancia | 0.93 1.00 | 0.76-3.14 |

| | | |
|-------------------------------------------------|------|------------|
| Cuidados >40hrs/semana | 1.62 | 0.91-3.69 |
| Escala de MELD >15 | 1.48 | 0.58-6.81 |
| >2 hospitalizaciones en el ultimo año | 7.67 | 2.05-10.07 |
| Encefalopatía hepática | 4.25 | 2.04-15.53 |
| Pacientes con uso activo de alcohol | 2.98 | 1.58-8.82 |
| Ingresos <30,000dlls | 1.98 | 1.67-12.82 |

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; MELD: Modelo de estadio terminal en enfermedades hepáticas

Adaptada de Nguyen DL et al. Ann of Gastroenterol. 2015³⁴

III.- JUSTIFICACION

La mayoría de los estudios sobre colapso del cuidador se limitan a un grupo de enfermedades como demencia, enfermedad de Alzheimer, eventos vasculares cerebrales y pacientes adultos mayores. El tener información sobre una mayor variedad de enfermedades y la prevalencia de colapso del cuidador así como factores de riesgo pueden ayudar a detectarlo tempranamente y predecir complicaciones. Existen poco estudios que valoración el colapso del cuidador en pacientes con cirrosis hepática, de ahí la necesidad de realizar nuevos estudios, determinar prevalencia así factores de riesgo y prevenir oportunamente. En México, no existen estudios que

valoren el colapso del cuidador en pacientes con cirrosis hepática.

IV.- PREGUNTA DE TRABAJO

¿Es la prevalencia de colapso del cuidador primario en pacientes con cirrosis hepática mayor a la presentada en otras enfermedades?

V.- HIPÓTESIS

Hipótesis nula: En los pacientes con cirrosis hepática, la prevalencia de colapso del cuidador es menor a la presentada en otras enfermedades.

Hipótesis alterna: En los pacientes con cirrosis hepática, la prevalencia de colapso del cuidador es mayor a la presentada en otras enfermedades.

VI.- OBJETIVOS

Objetivo primario:

- Determinar la prevalencia de colapso del cuidador primario en pacientes con cirrosis hepática.

VII.- TIPO DE ESTUDIO

Estudio prospectivo observacional.

VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS

Universo de estudio:

- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y sus cuidadores que pertenecieran a la Clínica de Hígado en Dispensario de Fundación Clínica Médica Sur.

- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y sus cuidadores que pertenecieran a la Consulta de Trasplante del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Se reclutaron pacientes de enero a junio 2016.

Se realizó revisión de cada expediente para determinar variables independientes.

Encuestas

Se realizaron 3 encuestas:

- Una encuesta de datos generales sobre el cuidador, que incluía:

Nombre:

Edad:

Género:

1.- ¿Cuál es su relación con el paciente?

- a. Esposa (o) / Pareja
- b. Hija (o)
- c. Nieta (o)
- d. Amiga (o)
- e. Hermana (o)
- f. Otro: _____

2.- ¿Qué tan cerca vive usted del paciente?

- a. Vivimos en la misma casa
- b. Vivimos cerca (Menos de 1hr de distancia)
- c. Vivimos lejos (Mas de 1hrs de distancia)

3.- ¿Cuánto tiempo tiene cuidando al paciente?

- a. 6 meses a 1 año

- b. 2 años a 5 años
- c. 6 años a 10 años
- d. 11 años a 20 años
- e. Más de 20 años

4.- ¿Cuántas horas a la semana invierte en cuidado del paciente?

- a. Menor de 10 horas
- b. 10 a 20 horas
- c. 21 a 40 horas
- d. 41 a 60 horas
- e. Más de 60 horas

5.- ¿Usted trabaja actualmente?

- a. Sí
- b. No
- c. Jubilado

6.- ¿Su trabajo es de tiempo completo o medio tiempo?

- a. Completo
- b. Medio tiempo

7.- ¿Ha dejado de trabajar por cuidar al paciente?

- a. No
- b. Sí, deje de trabajar por algún tiempo
- c. Sí, deje de trabajar definitivamente

8.- ¿De usted dependen económicamente/socialmente menores de 18 años?

- a. Sí
- b. No

9.- ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad crónica (de muchos años)?

- a. Sí
- b. No

10.- ¿Padece alguna de estas enfermedades?

- a. Diabetes
- b. Presión arterial elevada
- c. Insuficiencia renal/ Enfermedades del riñón
- d. Osteoartritis/ Enfermedades en las articulaciones
- e. Enfermedades del corazón
- f. Ninguna de las anteriores

11.- ¿Le han diagnosticado alguna enfermedad psicológico o psiquiátrico?

- a. Sí
- b. No

12.- ¿Qué enfermedad psicológica/ psiquiátrica padece?

- a. Depresión
- b. Ansiedad
- c. Bipolaridad
- d. Esquizofrenia
- e. Otra: _____

13.- Aproximadamente, ¿Cuál es su ingreso mensual?

- a. Menor a 1,500 pesos
- b. 1,501 a 5,000 pesos
- c. 5,001 a 10,000 pesos
- d. 10,001 a 20,000 pesos
- e. Mayor de 20,000 pesos

- La segunda encuesta fue la **Escala de Zarit** para medir carga/colapso del cuidador.

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la realmente necesita?

2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?

3.- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?

4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?

5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?

6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?

7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?

8.- ¿Piensa que su familiar depende de usted?

9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?

10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?

11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?

12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?

13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?

14.- ¿Piensa que su familiar lo considera a usted la única persona que le puede cuidar?

15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?

16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?

17.- ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?

18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?

20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?

22.- Globalmente, ¿Qué grado de “Carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?

TOTAL

- La tercera encuesta fue el ***Índice de esfuerzo del cuidador.***

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1.- Tiene trastornos del sueño (por ejemplo, porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche) | SI | NO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 2.- Es un inconveniente para usted (por ejemplo, porque la ayuda le consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar) | SI | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 3.- Representa un esfuerzo físico para usted (por ejemplo, hay que sentarlo, levantarlo de una silla) | SI | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 4.- Supone una restricción para usted (por ejemplo, porque ayudar le limita el tiempo libre o no puede hacer visitas) | SI | NO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 5.- Ha habido modificaciones en la familia (por ejemplo, porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad) | SI | NO |
| 6.- Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, se tuvo que rechazar un trabajo o no se puso ir de vacaciones) | SI | NO |
| 7.- Ha habido otras exigencias de mi tiempo (por ejemplo, por parte de otros miembros de la familia) | SI | NO |
| 8.- Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, causa de fuertes discusiones) | SI | NO |
| 9.- Algunos comportamientos son molestos (por ejemplo, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas) | SI | NO |
| 10.- Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comprado con antes (por ejemplo, es una persona diferente a la que era antes) | SI | NO |
| 11.- Ha habido modificaciones en el trabajo (por ejemplo, a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda) | SI | NO |
| 12.- Es una carga económica | SI | NO |
| 13.- Nos ha desbordado totalmente (por ejemplo, por la preocupación por la persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento) | SI | NO |

Definiciones:

Cuidador primario: son aquellas personas que, pudiendo ser familiar o no del paciente incapacitado o enfermo, mantiene contacto humano más estrecho con ellos, sin ser remunerado económicamente.

Colapso del cuidador: nosotros tomamos como parámetro >44 puntos en escala de Zarit y >6 puntos en índice de esfuerzo del cuidador.

Variables dependientes:

- Escala de Zarit e Índice de esfuerzo del cuidador.

Variables independientes:

- Cuidador: Edad, género, parentesco con familiar/paciente, la cercanía con familiar/paciente, tiempo de ser cuidador, horas por semana gastadas en el cuidado, tipo de empleo, abandono de empleo, enfermedades crónica, enfermedades psicológicas/psiquiátricas, ingresos mensuales.
- Familiar/Paciente: Edad, género, causa de la cirrosis, descompensaciones en el último año como ascitis y grado, peritonitis bacteriana espontánea, presencia de varices esofágicas, sangrado de tubo digestivo de origen variceal, encefalopatía hepática y grado, carcinoma hepatocelular, clasificación de Barcelona, MELD y Child Pugh.

Criterios:***Criterios de inclusión:***

- Pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática:
 - Con o sin descompensaciones.
 - Que contaran con cuidador primario.
 - Información completa en expediente.
 - Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Información incompleta en expediente.

Análisis estadístico:

Las variables continuas se describieron utilizando medias y desviación estándar. Las variables categóricas se describen con números y porcentajes.

IX.- RESULTADOS

Fueron en total 52 pacientes y sus cuidadores, se excluyeron 4 pacientes por no tener expediente completo.

La media de edad de cuidador 47.5 ± 11.51 años y media de edad de pacientes de 57.31 ± 7.05 años. El 41.7% de los cuidadores y 64.6% de los pacientes eran mujeres.

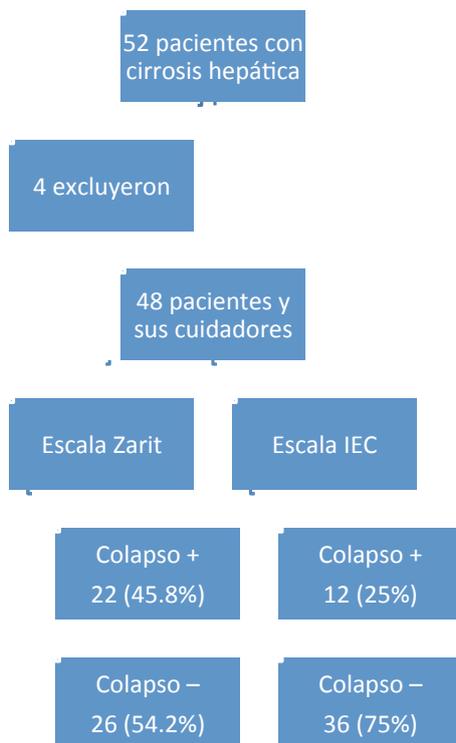
La prevalencia de colapso del cuidador por escala de Zarit (>44 puntos) fue de 45.8% y por índice de esfuerzo del cuidador (>6 puntos) fue de 25% (Figura 1).

El 45.8% de los cuidadores era el cónyuge seguido de los hijos 29.2%. El 66.7% vivían en la misma casa junto con el pacientes, 33.3% tenía <1 años de cuidador y el 29.2% tenía de 1 a 5 años de cuidador. El 41.7% le dedica >60hrs a la semana al cuidado de su familiar. El 70.8% de los cuidadores trabaja, solo el 29.2% tiene trabajo de tiempo completo, hasta 37.5% ha tenido que dejar de trabajar temporalmente por cuidar a su familiar. El 54.2% de los cuidadores mantienen también económicamente y son

cuidadores de menores de edad (<18 años). EL 50% de los cuidadores refirieron padecer alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus (16.7%) e hipertensión arterial sistémica (12.5%). El 58.3% de los cuidadores tienen ingresos mensuales de 5,000 a 10,000 pesos, sin embargo hasta un 4.2% refieren ingresos <1,500 pesos al mes.

La principal etiología de la cirrosis en los pacientes fue infección por virus de hepatitis C en 58.3%, seguido de alcohol en 12.5%. La media de MELD 11.65 ± 3.65 puntos. El 54.2% fue Child Pugh A. El 56.3% de los pacientes se encontraba en estadio IV de Baveno. EL 58.3% había presentado sangrado de tubo digestivo variceal en el último año, el 79.2% ascitis, 62.5% fue ascitis grado II y 4.2% presentó peritonitis bacteriana espontánea, el 52.1% reportó cuadro de encefalopatía hepática y 47.9% fueron grado II West Haven. El 29.2% presentaba diagnóstico de carcinoma hepatocelular y el 100% se encontraba en Barcelona (BCLC) A. El 25% de los pacientes habían tenido una hospitalización en los últimos 3 meses y el 39.6% en los últimos 3 a 6 meses.

Figura 1. Resultados de Colapso del cuidador.



X.- DISCUSIÓN

Las enfermedades hepáticas crónicas son la 12^a causa de muerte en Estados Unidos de América³⁵. Uno de las principales causas de cirrosis y necesidad de trasplante es la infección por virus de hepatitis C, afectando entre 3-5 millones de personas³⁶. Esta enfermedad requiere alto esfuerzo de mantenimiento económico y de cuidados crónicos debido a la fatiga extrema, debilidad generalizada, prurito, descompensaciones como ascitis, malnutrición y encefalopatía hepática, entre otras^{37,38}.

En este estudio se encontró una prevalencia de colapso del cuidador de 45.8% por escala de Zarit y 25% por índice de esfuerzo del cuidador. Comparando estos resultados con colapso del cuidador en pacientes con demencia donde la prevalencia de 22.8% hasta 57.7%³⁹. En otro estudio

español, con 36 cuidadores de pacientes con demencia se encontró prevalencia de 21.9% con escala de Zarit y por índice de esfuerzo del cuidador fue 36.1%⁴⁰.

En Latinoamérica, en Perú se midió la prevalencia del cuidador en pacientes adultos mayores en zonas marginadas donde encontraron que hasta el 75.27% de los cuidadores presentaban sobrecarga intensa⁴¹. En Colombia, se encontró una prevalencia de colapso del cuidador de 12.7%⁴². En Chile, se encontró prevalencia de 62.6% en cuidadores de pacientes adultos mayores y de estos 59.7% tenían colapso severo⁴³.

En México, no existen datos sobre colapso del cuidador en paciente con cirrosis hepática. Sin embargo existen algunos estudios que reportan prevalencias del colapso del cuidador en otras enfermedades. En el estudio de Domínguez et al. se valoraron 100 cuidadores de pacientes adultos, encontrando 15% de prevalencia de colapso del cuidador con factores asociados como estado civil no unido OR 24,89 (IC 95 7,92-78,18), escolaridad baja OR 30,96 (IC 95 10,27-93,33), disfunción familiar OR 9,08 (IC95 2,36-4,90), así como factores asociados a disminución de prevalencia de colapso del cuidador como estado civil unido OR 0,04 (IC 95 0,01-0,13), escolaridad media-alta OR 0,03 (IC95 0,01-0,10), familia funcional OR 0,11 (IC 95 0,03-0,42)⁴⁴. En Guanajuato, Rodríguez et al. encontraron una prevalencia de 14.4% de sobrecarga del cuidador que otorgaba cuidado dependiente a pacientes adultos mayores⁴⁵. Prieto et al. determinaron la sobrecarga del cuidador en población de Guadalajara, participaron 170 cuidadores de adultos mayores, encontrando colapso del cuidador en 48%

por escala de Zarit, con asociación estadísticamente significativa entre el hecho de ser mujer y tener sobrecarga del cuidador con razón de momios de 2.1 ($p=0.02$; IC 95% 1.07-4.3). Además, se encontró asociación con sobrecarga si el cuidador dedicaba más de seis horas al día con razón de momios de 4.1 ($p=0.001$; IC 95% 1.9-9.2)⁴⁶.

En nuestro estudio encontramos una prevalencia de 45.8% por escala de Zarit y 25% por índice de esfuerzo del cuidador, las cuales son mayores que algunos reportados en cuidadores de adultos mayores o pacientes con demencia. En el estudio de Nguyen et al. el 54% de los cuidadores tenían algún nivel de sobrecarga del cuidador, como factores de riesgo independientes se encontraron: que dependieran mas 1 persona del cuidador (razón de momios 3.83, intervalo de confianza 95% 1.91-15.98), mayor de 2 hospitalizaciones en los últimos 12 meses (razón de momios 7.67, intervalo de confianza 95% 2.05-10.07), historia de encefalopatía hepática (razón de momios 4.25, intervalo de confianza 95% 2.04-15.53), consumo actual de alcohol (razón de momios 2.98, intervalo de confianza 95% 1.58-8.82), ingresos iguales o menores de 30,000 dólares al año (razón de momios 3.83, intervalo de confianza 95% 1.91-15.98)³⁴. Estudios anteriores también han utilizado al escala de Zarit para buscar factores de predicción de la carga del cuidador dos de los estudios coincidieron con los resultados de este estudio que muestra que la historia de la encefalopatía hepática en el paciente, los ingresos familiares más bajos, y que tiene uno o más dependientes en el hogar que el paciente son factores predictivos importantes^{33,47}.

Estas prevalencias ilustra la necesidad de la interacción entre médico y familiares en especial con el cuidador primario⁴⁸. Existe muy poco énfasis en como los médicos deben relacionarse con los familiares y normalmente durante una cita no se valoran los aspectos del cuidador, manteniendo al cuidador primario como el “paciente invisible”, no teniendo en cuenta que su colapso puede afectar la evolución del paciente⁴⁹. Hace 2 décadas, Fredman y Daly se refirieron al cuidador primario como su “colega médico” en los cuidados del paciente⁵⁰.

XI.- CONCLUSIONES

Los hallazgos en este estudio supone que no existe diferencia entre los cuidadores de los pacientes con cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas. Los pacientes con colapso del cuidador en pacientes cirróticos tienen similar prevalencia a los cuidadores pacientes adultos mayores y pacientes con demencia. Por lo tanto, la valoración de los cuidadores y del cuidado de los pacientes con cirrosis hepática debe ser igual de exigente que en los pacientes adultos mayores y pacientes con demencia.

XII.- BIBLIOGRAFÍA

1. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*. 1986;26(3):260-266.
2. Gillick MR. The critical role of caregivers in achieving patient-centered care. *JAMA*. 2013;310(6):575-576.
3. Institute of Medicine. *Retooling for an aging America: building the health care workforce, April 2008*. <http://www.iom.edu/Reports/2008/Retooling-for-an-aging-America-Building-the-Health-Care-Workforce.aspx>. Accessed February 19, 2014.
4. National Alliance for Caregiving and AARP. *Caregiving in the United States 2009*. <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf>. Accessed February 19, 2014.
5. Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Monetary costs of dementia in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1326- 1334.
6. Morales-Cariño EM, Enríquez-Sandoval ML, Jiménez-Herrera BL. Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartrosis. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2010;22(3):96-100.
7. Morales-Cariño EM, Jiménez-Herrera BL, Serrano-Miranda TA. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Rev Inv clin*. 2012;63(3):240-246.
8. Monin JK, Schulz R. Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. *Psychol Aging*. 2009;24(3):681-695.
9. Schulz R, Hebert RS, Dew MA, et al. Patient suffering and caregiver

- compassion: new opportunities for research, practice, and policy. *Gerontologist*. 2007;47(1):4-13.
10. Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(2):255-261.
 11. Schilz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999;282(23):2215-9.
 12. Pinguat M, Sörensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003;58(2):112–28.
 13. Fisher GG, Franks MM, Plassman BL, Brown SL, Potter GG, Llewellyn D, et al. Caring for individuals with dementia and cognitive impairment, not dementia: Findings from The Aging, Demographics, and Memory Study. *J Am Ger Soc* 2011;59(3):488–94.
 14. Kuzuya M, Enoki H, Hasegaw J, Hirakawa Y. Impact of caregiver burden on adverse health outcome in community-dwelling dependent older care recipients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(4):382-91.
 15. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs M. Caregiver Burden A Clinical Review. *JAMA*. 2014;311;10:1052-59.
 16. Collins LG, Swartz K. Caregiver care. *Am Fam Physician*. 2011;83(11):1309-1317.
 17. Family Caregiver Alliance. Caregivers count too! *a toolkit to help practitioners assess the needs of family caregivers*. https://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=1695. Accessed February 19,

2014.

18. Family Caregiver Alliance. *Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change, volume 1*. http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/v1_consensus.pdf. Accessed February 19, 2014.
19. Grad, J. y Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *Lancet*, 1, 544-547.
20. Montorio, I., Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14, 229-248.
21. Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly. Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-654. doi: 10.1093/geront/20.6.649.
22. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una evaluación mas alla de la escala de Zarit. *Clin Sal*. 2015; 9-15.
23. Robinson, B. C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology*, 38, 344-348. doi: 10.1093/geronj/38.3.344
24. Montgomery, R. J., Gonyea, J. G. y Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34, 19-26. doi: 10.2307/583753
25. Novak, M. y Guest, C. (1989). Application of a multidimensional Caregiver Burden Inventory. *The Gerontologist*, 29, 798-803. doi: 10.1093/geront/29.6.798
26. Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J. y Maiuro, R. D. (1991). The Screen for Caregiver Burden. *The Gerontologist*, 31, 76-

83. doi: 10.1093/geront/31.1.76
27. Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S. y Vitaliano, P. P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-631. doi: 10.1037/0882-7974.7.4.622
28. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338- 46.
29. Martin M, Ballesteros J, Ibarra N, Loizaga C, Serrano B, Larumbe MJ, et al. Alzheimer's caregiver burden and psychological distress. A neglected association in the assessment of dementias. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:201-6.
30. López SR, Moral MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun*. 2005;1:12-7.
31. Koach MJ. Caregiver and Family Burden [último acceso, 6 Abr 2006]. Disponible en: www.gwu.edu/~cicd/toolkit/caregive.htm
32. Lago S, Debén M. Cuidados del cuidador del paciente con Demencia [último acceso, 10 Abr 2006]. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/cuidador.asp
33. Bajaj JS, Wade JB, Gibson DP, et al. The multi-dimensional burden of cirrhosis and hepatic encephalopathy on patients and caregivers. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1646-1653.
34. Nguyen DL, Chao D, Ma G, Morgan T. Quality of life and factors

- predictive of burden among primary caregivers of chronic liver disease patients. *Ann Gastroenterol*. 2015;28(1):124-129.
35. Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2010. *Natl Vital Stat Rep* 2013;61:1-117.
36. Centers for Disease Control and Prevention. Hepatitis C information for health professionals. Available from: <http://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm>. [Last updated on 2014 Feb 10; Last accessed on 2014 Jun 30].
37. Bolden L, Wicks MN. Predictors of mental health, subjective burden, and rewards in family caregivers of patients with chronic liver disease. *Arch Psychiatr Nurs* 2010;24:89-103.
38. Kaneda Y, Fujii A. The relation between anxiety and depressive symptoms in normal subjects and patients with anxiety and/or mood disorders. *J Med Invest* 2000;47:14-18.
39. Brodaty H, Woodward M, Boundy K, Ames D, Balshaw R. Prevalence and predictors of burden in caregivers of people with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014. 22(8):756-65.
40. Odriozola M, Vita A, Maiz B, Zialtzeta L, Bengoetxea L. Índice del esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. *SEMERGEN*. 2008;34(9):435-8.
41. Romero Z, Cuba M. Síntomas somáticos en cuidadores de pacientes geriátricos con o sin sobrecarga, del área urbano-marginal Payet, Independencia, Lima, Perú. *Rev Med Hered*. 2013.24;(3): 204-9.

42. Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1): 30-39.
43. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm.* 2012.18;(1): 29-41.
44. Dominguez-Sosa G, Zavala-Gonzalez MA, Cruz-Mendez DC, Ramirez-Ramirez MO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adulto mayores en Cardenas, Tabasco, Mexico. Enero a mayo de 2008. *MÉD. UIS.* 2010;23(1):28-37.
45. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jimenez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de Segundo nivel. *Med Int Mex.* 2015;31:660-668.
46. Rodríguez-Medina R. M., Landeros-Pérez M. E.. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enferm. Univ.* 2014;11(3): 87-93.
47. Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla DC, Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. *J Hepatol* 2013;58:593-608.
48. Silliman RA. Caring for the frail older patient: the doctor-patient-family caregiver relationship. *J Gen Intern Med.* 1989;4(3):237-241.
49. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? a systematic literature review. *Scand J Prim Health*

Care. 2009;27(1):31-40.

50. Fredman L, Daly MP. Physicians and family caregivers: a model for partnership. *JAMA*. 1993;270(12):1426-1427.