



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**NIVEL DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE CON
SECUELAS MOTORAS DE EVC EN EL HGZ/UMF N° 8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

TESIS

**QUE SE REALIZÓ PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN EL
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

DR. MORQUECHO MARÍN MIGUEL ÁNGEL

Cel: 55 12978435. Email: dr.morquecho@gmail.com

**DIRECTOR DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

Cel: 55 35143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

**ASESOR METODOLÓGICO
DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**

Cel: 55 20671563. Email: lalovilchis@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

DR. ARTEAGA MARTINEZ SEBASTIÁN MANUEL

Cel: 55 2560 4639. Email: manuelarteagamartinez@hotmail.com

CD. DE MÉXICO, D.F. FEBRERO DE 2015

NÚMERO DE REGISTRO: 2015-3605-05



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.

“Nivel de sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en HGZ/UMF # 8 “Gilberto Flores Izquierdo”

AUTORES:

Dr. Morquecho Marín, Miguel Ángel ¹. **Dr. Espinoza Anrubio, Gilberto** ². **Dr. Vilchis Chaparro, Eduardo** ³. **Dr. Arteaga Martínez, Sebastián Manuel** ⁴

1 Médico Residente de Segundo Año. Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

2 Médico Especialista en Medicina Familiar. Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud. HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular de la Especialización Médica en Medicina Familiar. HGZ/UMF #8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS.

4 Doctor en ciencias. Jefe de Departamento de Anatomía de la Facultad de Medicina de la UNAM. Jefe del Laboratorio de Morfología del Desarrollo y Dismorfogénesis de la FM de la UNAM.

OBJETIVO: Evaluar el nivel de sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y MÉTODOS: Tipo de Investigación: Prospectivo, transversal, no comparativo, descriptivo. Criterios de Inclusión: Ser cuidador de paciente con secuelas motoras de EVC, aceptar participar en el estudio. Criterios de exclusión: ser cuidador profesional, percibir ingresos por cuidar, presentar alteraciones psiquiátricas, no ser familiar, estar bajo tratamiento para depresión o ansiedad. Criterios de eliminación: Llenado incompleto de la encuesta o con más de una respuesta. Muestra: 246 cuidadores, I.C. 0.90%. Variables: sociodemográficas y nivel de sobrecarga. Instrumento: Test de Zarit. Variables del Test: Ausencia de Sobrecarga, Sobrecarga Ligera y Sobrecarga Intensa.

RESULTADOS: Se estudió a 246 cuidadores, de los cuales 134 (54.5%) fueron mujeres, 66 (26.8%) entre 41-50 años, 86 (35%) con escolaridad licenciatura, 112 (45%) casados, 159 (64.4%) empleados, 58 (27.6%) son hijos del paciente con EVC, 198 (80.5%) tiene religión. 151 (61.4%) se sienten motivados para cuidar a su familiar y 110 (44.7%) lo hace entre 1-6 horas/día. 74 (56.9%) tienen entre 1-5 años como cuidador. En cuanto al nivel de sobrecarga; se encontró que 150 (60.8%) tienen ausencia de sobrecarga, 38 (15.5%) sobrecarga ligera y 58 (23.7%) sobrecarga intensa.

CONCLUSIONES: La sobrecarga del cuidador es una condición multifactorial en la que influyen diversos factores, tal vez por eso los resultados encontrados difieren a los de la literatura internacional. Se observó que existen variables sociodemográficas que tienen mayor o menor nivel de sobrecarga, la cual debe ser considerada como una prioridad por parte del Médico Familiar ya que nos permite visualizar integralmente al binomio cuidador-enfermo para aplicar el enfoque de riesgo y así realizar una intervención satisfactoria en el primer nivel de atención. Se observó un perfil sociodemográfico del cuidador en la población estudiada.

Palabras clave: Cuidador, Nivel de sobrecarga, Secuelas motoras de EVC.

**NIVEL DE SOBRECARGA EN EL CUIDADOR
DEL PACIENTE CON SECUELAS MOTORAS
DE EVC EN HGZ/UMF N° 8 “DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/ UMF No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ/UMF N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ESPECIALISTA EN MÉDICA FAMILIAR
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
HGZ/UMF N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGZ/UMF N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF N°8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. SEBASTIAN MANUEL ARTEAGA MARTINEZ
DOCTOR EN CIENCIAS
JEFE DE DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNAM.
ASESOR CLÍNICO

AGRADECIMIENTOS

- **Cookie... gracias por ser la luz que me ha guiado todos estos años, todo lo que tengo y he logrado es gracias a ti, eres lo más importante en mi vida.**
- **Daniela... de ti aprendí que se puede sobresalir a pesar de tanta adversidad, eres mi ejemplo a seguir.**
- **Alicia: tantas historias, tantas aventuras, tantas emociones, un mundo compartido, diversas historias pero al final un mismo camino, siempre te amaré.**
- **Ruckice... a pesar de habernos separado...la vida se encargó de juntarnos mediante una de nuestras grandes pasiones. ¡Gracias por todo toda tu sabiduría!**
- **A mis maestros de la vida y la bebida... les estaré eternamente agradecido.**
- **A mis hermanos y amigos... muchas gracias por ser como son y por todas sus enseñanzas. ¡Que la fuerza los acompañe!**

ÍNDICE

Marco teórico	10
Antecedentes	15
Planteamiento del problema	18
Justificación	19
Objetivos	20
Hipótesis	20
Materiales y métodos	21
Tipo de estudio	22
Diseño de la investigación	22
Población, ubicación temporal y espacial	23
Muestra	23
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	24
Variables	25
Diseño estadístico	28
Instrumento de recolección	29
Método de recolección de datos	30
Maniobras para evitar y controlar sesgos	30
Cronograma de actividades	31
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento	33
Consideraciones éticas	34
Resultados	35
Discusión	65
Conclusiones	70
Referencias	73
Anexos	75

MARCO TEÓRICO:

El incremento en las enfermedades crónicas y el acortamiento de la estancia intrahospitalaria ha conducido a un aumento en los cuidadores domiciliarios y a problemas de ajuste adicionales para el paciente y sus familias. Durante la fase del enfermo crónico hay una serie de tareas que el cuidador tiene que asumir como: desarrollar una rutina de asistencia continuada al enfermo, aprender las tareas necesarias para ayudar a que el paciente se haga independiente o al menos tan independiente como sea posible, aprender cómo prevenir complicaciones y mantener unas buenas relaciones con el equipo médico para continuar con el tratamientos.⁽¹⁾

El ictus es la principal causa de discapacidad en la población adulta y la segunda causa de demencia. Su alta prevalencia, con una tasa ajustada por edad en torno al 6,4%, tiene un gran impacto en nuestra sociedad y se estima que en los próximos años ira en aumento, lo que incrementará el número de personas con necesidad de cuidados y atención. Dichas necesidades tienen como eje al cuidador, la persona que asume la responsabilidad de atender a aquellos que por discapacidades físicas, sensoriales o psíquicas, no pueden realizar las actividades de su vida diaria (AVD) con total autonomía.⁽²⁾

Se ha definido carga como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que pueden afectar a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional. Se ha distinguido entre una sobrecarga objetiva (cantidad de tiempo o dinero invertidos en cuidados, problemas conductuales del sujeto, enfermedad, disrupción en la vida social, etc.) y una sobrecarga percibida o subjetiva referida a la percepción del cuidador por la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar. Además, el cuidador influye en el reajuste personal tras el ictus y este reajuste es defectuoso cuando una conducta patológica o una reacción emocional persisten y rompe la interacción familiar postictus del paciente.⁽³⁾

La carga es un concepto clave en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas discapacitadas en la familia. Habitualmente son los miembros de la familia los que asumen el apoyo emocional y los cuidados en las AVD. Así, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un factor importante, tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores. Se distinguen 2 tipos de cuidados. El cuidado formal, que se realiza habitualmente por profesionales y de forma retribuida, y el cuidado informal, que es la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de la familia, amigos u otras personas que no reciben ninguna retribución económica por la ayuda que proporcionan. Este último tipo de cuidado, juega un papel esencial en la atención a las personas dependientes en nuestro país. El asumir el papel de cuidador constituye una importante fuente de estrés, que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y alteraciones emocionales. La persona que presta el cuidado debe renunciar a su tiempo de ocio o de trabajo, laboral o doméstico, para hacerse cargo del discapacitado. Contemplar la sobrecarga del cuidador supone acercarnos al impacto que supone para los familiares el convivir con los pacientes que tratamos a diario.⁽³⁻⁴⁾

Numerosos instrumentos intentan objetivar la sobrecarga del cuidador: "índice global de carga"; "entrevista de sobrecarga del cuidador"; "cuestionario de sentido de competencia". Sin embargo, estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. La "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" logra aunar consistentemente

todas estas dimensiones. Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español. Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa". Esta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. Esta herramienta presenta gran confiabilidad ínter-observador (coeficiente de correlación intra-clase (CCI) 0,71 en su estudio original y 0,71-0,85 en validaciones internacionales, consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países).⁽⁵⁾

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un problema de salud pública. De acuerdo con la organización mundial de la salud, la EVC constituye la segunda causa global de muerte (9.7%), de las cuales 4.95 millones ocurren en países con ingresos medios y bajos. Su tasa de recurrencia a 2 años, va del 10 al 22%, pero puede reducirse hasta en 80% con la modificación de factores de riesgo. De no existir intervenciones de prevención adecuadas, se calcula que para el año 2030, su incidencia se incrementará hasta 44%. Datos de la Secretaría de Salud de México muestran que en nuestro país la tasa de mortalidad por EVC se ha incrementado a partir del año 2000, particularmente en menores de 65 años. Durante el 2007 del total de egresos en hospitales públicos el 1% fue atribuido a EVC, mientras que en el 2008, la tasa de mortalidad fue de 28.3/100,000 habitantes. El EVC es un síndrome clínico caracterizado por un conjunto de signos neurológicos focales, que persisten por más de 24 h, sin otra causa aparente que el origen vascular.⁽⁶⁾

Se clasifica en 2 subtipos: isquemia (80%) y hemorragia (20%). La isquemia cerebral es la consecuencia de la oclusión de un vaso y puede tener manifestaciones transitorias (ataque isquémico transitorio) o permanentes, lo que implica un daño neuronal irreversible. En la hemorragia intracerebral (HIC) la rotura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.⁽⁷⁾

Las guías para manejo del EVC publicadas por la AHA describen la cadena de supervivencia con las 8 "D", las cuales consisten en la detección del paciente con signos y síntomas de EVC, activar el sistema médico de emergencia, deliberar mediante un triage y llevar a un hospital que pueda resolver el EVC, manejo inmediato al llegar al hospital, activación del equipo de EVC, tomar TAC, diagnosticar y determinar la terapia más apropiada, discutir con el paciente y su familia, administración de medicamentos adecuados o alguna otra intervención, pronta admisión a la unidad de EVC, UCI, o transferencia a otra unidad.⁽⁸⁾

En el ataque isquémico transitorio (AIT) no existe daño neuronal permanente. La propuesta actual para definir al AIT establece un tiempo de duración de los síntomas no mayor a 60 min, recuperación espontánea, *ad-integrum* y estudios de imagen (de preferencia resonancia magnética), sin evidencia de lesión. Estudios recientes muestran que los pacientes con AIT tienen mayor riesgo de desarrollar un infarto cerebral (IC) en las 2 semanas posteriores, por lo que se han diseñado escalas de estratificación de riesgo. La escala ABCD se basa en 5 parámetros (por sus siglas en inglés), a los que se asigna un puntaje de entre 0 y 2, de acuerdo a si está o no presente: A, edad (> 60 años = 1 punto); B, presión arterial (= 1); C, características clínicas (hemiparesia = 2, alteración del habla sin hemiparesia = 1, otros = 0); D, duración del AIT (> 60 min = 2; 10-59 min = 1; < 10 min = 0); D, diabetes (2 puntos si está presente). De acuerdo a sus resultados se identifican 3 grupos principales: 1. Bajo riesgo: 1 a 3 puntos; riesgo de IC a 2 días de 1.0%, riesgo de IC a 7 días: 1.2%. 2. Riesgo moderado: 4 a 5 puntos; riesgo

de IC a 2 días de 4.1%, riesgo de IC a 7 días 5.9% 3. Alto riesgo: 6 a 7; riesgo de IC a 2 días de 8.1%; riesgo de IC a 7 días de 11.7%. Aunque aún no existen guías de tratamiento basadas en el resultado de esta escala, los pacientes con alto riesgo son los que principalmente podrían beneficiarse de hospitalización, realización de estudios y establecimiento temprano de prevención secundaria. ⁽⁷⁻⁸⁾.

Fisiopatología del infarto cerebral. Una vez que existe oclusión de un vaso cerebral con la consecuente obstrucción del flujo sanguíneo cerebral (FSC), se desencadena una cascada de eventos bioquímicos que inicia con la pérdida de energía y que termina en muerte neuronal. Otros eventos incluyen el exceso de aminoácidos excitatorios extracelulares, formación de radicales libres, inflamación y entrada de calcio a la neurona. Después de la oclusión, el núcleo central se rodea por un área de disfunción causada por alteraciones metabólicas e iónicas, con integridad estructural conservada, a lo que se denomina “penumbra isquémica”. Farmacológicamente esta cascada isquémica puede ser modificada y disminuir sus efectos deletéreos. ⁽⁹⁾

La principal característica clínica de un IC es la aparición súbita del déficit neurológico focal, aunque ocasionalmente puede presentarse con progresión escalonada o gradual. Las manifestaciones dependen del sitio de afección cerebral, frecuentemente son unilaterales e incluyen alteraciones del lenguaje, del campo visual, debilidad hemicorporal y pérdida de la sensibilidad. Dentro del manejo prehospitario del paciente con EVC se debe considerar referir al más alto nivel de cuidado médico disponible en el menor tiempo posible, el tiempo entre la recepción de la llamada y la salida del equipo de respuesta debe ser de menos de 90 segundos, el tiempo de respuesta del sistema de emergencia debe ser menor a 8 minutos y el tiempo desde que el equipo sale hasta que arriba al lugar donde se encuentra el paciente con EVC debe ser menor a 15 minutos (el tiempo de viaje debe ser similar al del paciente con trauma o infarto agudo al miocardio). Se debe asegurar una saturación por arriba de 94%, la hipoglucemia suele ser causa frecuente de síntomas similares al EVC, es por eso que a todo paciente se le debe medir la glucosa, si esta es menor a 60 mg/dL se debe administrar dextrosa endovenosa, si no tienen hipoglucemia, el uso de solución glucosada puede exacerbar el daño cerebral, por eso se recomienda usar solución salina isotónica. Una vez que el paciente llega a la sala de emergencias, este debe ser valorado antes de 10 minutos, debe tener TAC antes de 25 minutos de haber arribado, la TAC debe tener interpretación antes de 45 minutos, además, el tratamiento farmacológico debe iniciarse antes de los 60 minutos de la llegada del paciente y por último, el paciente debe estar en una unidad de admisión de EVC antes de 3 horas. ⁽¹⁰⁾

Se deben considerar las condiciones que semejan un cuadro de EVC, dentro de estas están las causas psicógenas, convulsiones, hipoglucemia, migraña con aura, encefalopatía hipertensiva, encefalopatía de Wernicke, absceso cerebral, tumor en SNC o toxicidad por drogas. ⁽¹¹⁾

Dentro de los estudios que se le deben realizar a todo paciente con sospecha de EVC están la TAC simple de cráneo, glucosa, saturación de oxígeno, electrolitos séricos, pruebas de función renal, biometría hemática, marcadores de isquemia cardiaca, tiempos de coagulación y ECG. En pacientes seleccionados se debe realizar pruebas de función hepática, perfil toxicológico, niveles de alcohol en sangre, prueba de embarazo, gasometría si se sospecha hipoxemia, telerradiografía de tórax si se sospecha alteración pulmonar, punción lumbar si se sospecha hemorragia subaracnoidea y la TAC fue negativa a sangre, EEG si se sospechan convulsiones. Es deseable que se tengan todos los resultados previamente mencionados antes de

realizar fibrinólisis, sin embargo la falta de alguno de ellos no debe retrasar el tratamiento fibrinolítico, sólo la determinación de glucosa debe preceder a la terapia fibrinolítica. ⁽¹²⁾

Respecto a la realización de la TAC simple de cráneo, esta puede identificar la mayoría de los casos de hemorragia intracraneal y ayuda a diferenciar de las causas no vasculares de EVC (tumor). La TAC puede demostrar daño visible en el parénquima a las 3 hrs. Los signos tempranos de isquemia cerebral son el signo de la cerebral media hiperdensa (indica oclusión de un gran vaso y es un fuerte predictor de deterioro neurológico), pérdida de la diferenciación de la sustancia gris y blanca, signo de la arteria basilar hiperdensa, sin embargo, estos signos aparecen en menos del 67% de los pacientes con menos de 3 horas de evolución del cuadro, además de que la detección es influenciada por el tamaño del infarto, la severidad de la isquemia y el tiempo transcurrido entre la instauración del cuadro y la realización de la imagen. La detección puede incrementarse con el uso del score de ASPECTS o el score CT Summit Criteria. ⁽¹³⁾

En el paciente con sospecha de IC, los estudios de imagen son indispensables; la tomografía axial (TC) simple es el estudio de elección ya que es accesible y rápida. Tanto la TC como la imagen de resonancia magnética (IRM) tienen una alta sensibilidad, aunque la IRM puede detectar IC aun en fases hiperagudas y los localizados en la circulación posterior. La angiografía cerebral, la ATC y la AIRM permiten la visualización de la circulación intra y extracraneal, y en algunos casos de la arteria ocluida, lo que puede tener utilidad terapéutica, y en el diagnóstico de vasculopatía no aterosclerosa. En la valoración del paciente en la fase aguda son necesarios también los siguientes estudios: glucosa sérica (la hipo e hiperglucemia son simuladores del IC), biometría hemática y tiempos de coagulación y electrocardiograma. ⁽¹⁴⁾

La evidencia de ensayos clínicos muestra que los pacientes tratados con rt-PA, a dosis de 0,9 mg/kg, tienen una evolución funcional con recuperación completa o casi completa, significativamente mayor que los tratados con placebo. El riesgo de hemorragia intracerebral (HIC) sintomática después de su administración es también mayor, especialmente en pacientes graves (NIHSS > 20) y datos tomográficos de IC en la valoración inicial. Las medidas generales como el manejo soluciones, de la presión arterial, de la glucosa y de las complicaciones tempranas, logran disminuir la morbimortalidad, por lo que resultan de gran importancia. ⁽¹⁵⁾

Prevención secundaria. Se refiere a la modificación y tratamiento de factores que contribuyen a incrementar la recurrencia. Son de especial importancia el manejo de la HAS, diabetes y dislipidemia. Los antiagregantes plaquetarios constituyen la piedra angular en los IC por aterosclerosis, en los IL e IC de causa no determinada³⁹. Los antiagregantes plaquetarios con evidencia probada son la aspirina a dosis de 75 a 325 mg, clopidogrel 75 mg, y la combinación de aspirina más dipiridamol de liberación prolongada. La anticoagulación a largo plazo, en los IC cardioembólicos y por estados hipercoagulables, reduce significativamente el riesgo de recurrencia. Se sugiere mantener un índice internacional estandarizado (INR) de 2.5 a 3. ⁽¹⁶⁾

Las estatinas reducen los niveles de colesterol total y de lipoproteína de baja densidad, y tienen diferentes efectos pleiotrópicos. En el metaanálisis que analizó el efecto de las estatinas en la prevención secundaria, se confirmó que la reducción del riesgo relativo de recurrencia de EVC es del 18%. La principal evidencia es con atorvastatina a dosis de 80 mg/día. ⁽¹⁷⁾

La relevancia del ACV o ictus radica en que se trata de una causa importante de muerte, invalidez, dependencia y estancia hospitalaria en nuestro medio. En la comunidad constituye un problema ineludible, al registrarse las mayores tasas de mortalidad. La repercusión en los pacientes es llamativa, dado que la mayoría de los supervivientes de un ACV sufre alguna incapacidad. La mortalidad del ACV asciende, según las fuentes, hasta el 21-25% en la fase aguda, siendo más frecuente si la causa es hemorrágica (50%) que cuando es isquémica (20-25%), e incluso existe un porcentaje de 74% de mortalidad en los ACV de naturaleza no identificada (que suponen el 10-20% de los ACV). Una vez superada la fase aguda tampoco se está exento de complicaciones que precipiten el fallecimiento, de hecho, a los 6 meses el 60% de las defunciones suelen obedecer a complicaciones cardiopulmonares. Pasado este tiempo, entre los supervivientes se va encontrando una estabilización en su clínica y en su funcionalidad, de hecho el ACV instaurado no suele resolverse sin secuelas. El 30-40% tendrán alguna secuela grave y aunque se describe hasta un 60% de pacientes con secuelas menores o sin secuelas, sólo el 6% de los pacientes con parálisis inicial grave y es por estas circunstancias que en su gran mayoría requerirán de un cuidador para su apoyo en las actividades de la vida diaria. ⁽¹⁸⁾

ANTECEDENTES

Existen múltiples estudios que se han centrado a la descripción del síndrome de cansancio del cuidador en personas a cargo de pacientes con limitaciones físicas severas que terminan Inmovilizando al enfermo; enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple, distrofias musculares severas, anormalidades del desarrollo psicomotor, enfermedad de Parkinson, secuelas de enfermedad cerebrovascular. Particular interés ha obtenido en cuidadores a cargo de pacientes con demencia, donde incluso se ha intentado crear una especie de subgrupo o clasificación diferente para éstos. De hecho, es en estos grupos donde primero se describe este síndrome, poniendo especial interés en el impacto que puede tener sobre los cuidadores el estar a cargo de personas con quienes, de una u otra forma, se establece un vínculo afectivo pero que por su funcionamiento alterado, sobrevienen múltiples síntomas físicos y psicológicos que causan distrés en este cuidador y que finalmente repercuten en la calidad de atención hacia la persona a cargo. ⁽¹⁹⁾

Donald y cols. Estudian las características de los pacientes demenciados (dividido en factores no cognitivos, cognitivos y de limitaciones en actividades de vida diaria) para determinar cuáles de estas son las que más se relacionan con el desarrollo del síndrome. En el grupo de pacientes demenciados, se han hecho estudios para proponer la importancia de la intervención psicoeducativa y psicoterapéutica en sus cuidadores para reducir su malestar físico y psicológico. Losada y cols proponen así en España, un programa denominado Cuidar Cuidándose, como una iniciativa de investigación aplicada a expensas de un programa interdisciplinario para responder a las necesidades de los cuidadores cansados en el año 2007. ⁽²⁰⁾

En años recientes se ha desarrollado un interés particular en estudiar la presencia del síndrome en personas a cargo de pacientes con patología mental, sean éstos psicóticos o no, Cujpers y colaboradores, en Suecia, parten de una muestra de 164 personas familiares de pacientes psiquiátricos, para estudiar en éstos la presencia de "burnout" y valorar la efectividad de intervenciones familiares psicoeducativas. En ellos encuentran que la culpa como tal y el cansancio emocional son los factores que predisponen al desarrollo del síndrome de sobrecarga del cuidador y son éstos los aspectos que deben enfatizarse durante el abordaje de apoyo psicoeducativo a los cuidadores. Años después, en Londres, se realiza un estudio para valorar si el nivel de atención brindado al usuario con enfermedad mental tenía algún impacto en sus cuidadores, esto último medido como presencia o no de desarrollo del síndrome de cansancio del cuidador. Aquí Harvey y colaboradores luego de un período de dos años y dándole seguimiento con un grupo multidisciplinario de profesionales en salud mental a 116 pacientes y sus cuidadores, encontraron que a pesar de que el cuidador esté más en contacto con el personal de salud, esto no tuvo impacto alguno en el desarrollo del síndrome. ⁽²¹⁾

IMPACTO Y CONSECUENCIAS DE SER CUIDADOR

Las consecuencias de ser cuidadores primarios pueden clasificarse en negativas o positivas según la autopercepción de los cuidadores. Las consecuencias negativas son recogidas ampliamente por la literatura, mientras que el estudio de las positivas es un campo emergente que refuerza positivamente el concepto de cuidar. En cuanto a las consecuencias positivas destacamos los sentimientos positivos que se desarrollan al cuidar a una persona y el sentimiento de bienestar. Entre las consecuencias negativas del cuidado diversos autores destacan las consecuencias sobre la salud física y mental, la depresión, el cansancio, la sobrecarga, los problemas laborales, económicos y sociales, la principal consecuencia negativa del cuidado en el cuidador primario: El

sentimiento de carga, ansiedad y depresión, es por eso que el conocimiento o identificación de los factores que puedan mejorar las consecuencias de cuidar en el cuidador podrá potenciar la aplicación de intervenciones que mejoren el estado psicológico del cuidador y el coste económico del mismo. ⁽²²⁾

El síndrome de sobrecarga del cuidador se define como la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención. También puede definirse como un síndrome de agotamiento emocional con despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. Existen dos tipos de sobrecarga, subjetiva (reacciones emocionales ante el cuidado) y objetivas (lo que el cuidador cambia). ⁽²³⁾

Puede definirse como un cuadro plurisintomático que afecta de forma insidiosa con repercusiones físicas, emocionales, médicas, sociales, económicas, que pueden colapsar al cuidador. ⁽²⁴⁾

Un cuidador puede definirse como una persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades o sus relaciones. Los tipos de cuidador se enlistan en la tabla 1 (ver anexo 4). ⁽²⁵⁾

Una persona dependiente se define como aquella que por motivos de edad, enfermedad, discapacidad, pérdida de autonomía u otro, precisa la atención y/o ayuda de otra persona. ⁽²⁶⁾

El aumento de la esperanza de vida genera un aumento en la población geriátrica proclive a sufrir enfermedades cronicodegenerativas que conllevan a una disminución física y psicológica que limita su capacidad funcional. A este respecto, se ha encontrado que el cuidador es un familiar en el 84% de las veces, siendo en su mayoría solo un cuidador y este ignora cómo cuidar y a que instancias acudir para apoyarse. Ser cuidador es un evento equiparable a una jornada laboral. ⁽²⁷⁾

El perfil sociodemográfico del cuidador es una mujer, ama de casa, casada, de 56-67 años, baja escolaridad, estrato socioeconómico medio-bajo, parentesco directo (cónyuge o hijo) y en su gran mayoría no recibe ayuda de otra persona. ⁽²⁸⁾

Según el estudio ENSANUT, 2012; Las personas mayores de 60 años representan al 9.2% de los Mexicanos, de estos, 26.9% presenta alguna discapacidad. ⁽²⁹⁾

Dentro de las manifestaciones clínicas de sobrecarga se encuentran la ira, culpa, agotamiento, ansiedad, miedo, tristeza, baja autoestima, insatisfacción, falta de apoyo, agresividad, conducta errante, olvido de sí mismos, desaliño, aislamiento social, cefalea, insomnio, ideas suicidas, ansiedad, depresión, dispepsia, vértigo, mialgias, artralgias, lumbalgia, cervicalgia, entre otros. Por otra parte, también se describen síntomas positivos de ser cuidador, tales como aumento en la autoestima, aumento en la satisfacción personal, aumento en la motivación y en el cariño. ⁽³⁰⁾

Los cuidadores presentan insomnio en el 77%, hasta 50% utilizan fármacos para dormir. Entre el 60-85% presenta ansiedad y entre el 32-81% presenta depresión. En los pacientes con algún grado de sobrecarga, la ansiedad y depresión están presentes entre el 96 y el 100%. ⁽³⁰⁻³¹⁾

La **escala de sobrecarga de Zarit** permite establecer cuando es aconsejable institucionalizar al paciente por la carga que está soportando el cuidador. La carga se puede definir como la alteración y/o estrés que aparece cuando los hechos ocurren con mayor rapidez que la capacidad mental para darles coherencia. Por tanto, esta conceptualización se basa en la teoría de adaptación y estrés de Lazarus, R.S. y sus col. (1984). Martín, M. y sus col. (1996) fueron los primeros autores en 1996 que validaron la escala de Zarit. Según estos autores hay tres modelos conceptuales que explican la sobrecarga:

1. Relación de la sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente. A mayor deterioro del paciente hay mayor sobrecarga en el cuidador.
2. Buscar la explicación de la sobrecarga según la calidad de vida, ansiedad o depresión del cuidador primario, desde su propia personalidad.
3. La teoría general de la adaptación y estrés. El cuidador debe afrontar determinados factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve mediada por factores psicológicos, impacto emocional, utilización de soporte familiar y estrategias de afrontamiento. Como resultado de la interacción entre acontecimientos estresantes y mediadores de respuesta, los cuidadores pueden tener una vivencia subjetiva de sobrecarga que se puede medir con la escala de sobrecarga de Zarit y por eso se considera que el apoyo al cuidador debe tomarse como una actividad central y definitiva. Las necesidades de los cuidadores primarios son multidimensionales e incluyen apoyo económico, psicológico, informativo y para manejar la fatiga. Distintos estudios muestran la utilidad del instrumento, los que coinciden en que la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos en el cuidado. Se ha reportado que la puntuación de carga obtenida en la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit es un mejor predictor de institucionalización que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de cuidados, evaluando tres grandes esferas de acuerdo al concepto que engloba cada factor:

1. Impacto del cuidado sobre el cuidador, se refiere principalmente a las valoraciones que hace el cuidador respecto de la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social.

2. Relación interpersonal cuidador-paciente, representando por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con su familiar o paciente, como sentimientos de vergüenza, enfado, tensión.

3. Expectativas de autoeficacia, refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar.

Los resultados del test se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (>56). ⁽³²⁻³³⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

JUSTIFICACIÓN

La población mundial va envejeciendo cada vez más y la esperanza de vida va en aumento, además, la transición epidemiológica que ha sufrido la población, hace que las enfermedades crónicas superen a las agudas, esto se acompaña además de mayores tasas de morbimortalidad en esta población. Todos estos factores dan como resultado un aumento en el número de padecimientos crónicos, los cuales suelen dejar secuelas y/o repercutir en la calidad de vida del enfermo, aumentando así la cantidad de personas que se deben hacer cargo de estos pacientes lo cual implica la modificación de los hábitos y costumbres de este, por lo que la posibilidad de desarrollar síndrome de sobrecarga del cuidador es cada vez mayor, lo cual produce síntomas físicos y psicológicos, afectando el ámbito biopsicosocial del cuidador. En nuestro medio no existe un estudio que determine el grado de sobrecarga del cuidador informal en el paciente con secuelas motoras de EVC, y dado que hasta el 30-40% de los pacientes tendrán una secuela grave, es importante determinar la relación entre estas dos variables para así lograr identificar el nivel de sobrecarga e intervenir para mejorar la relación entre estos, asegurar el apego terapéutico, desarrollar una rutina de asistencia continuada al enfermo, aprender las tareas necesarias para ayudar a que el paciente se haga independiente o al menos tan independiente como sea posible, aprender cómo prevenir complicaciones y mantener unas buenas relaciones con el equipo médico para continuar con el tratamiento.

OBJETIVO

Evaluar el nivel de sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto flores izquierdo”.

HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS NULA (H 0):

No existe sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC adscrito al HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

HIPÓTESIS ALTERNA (H 1):

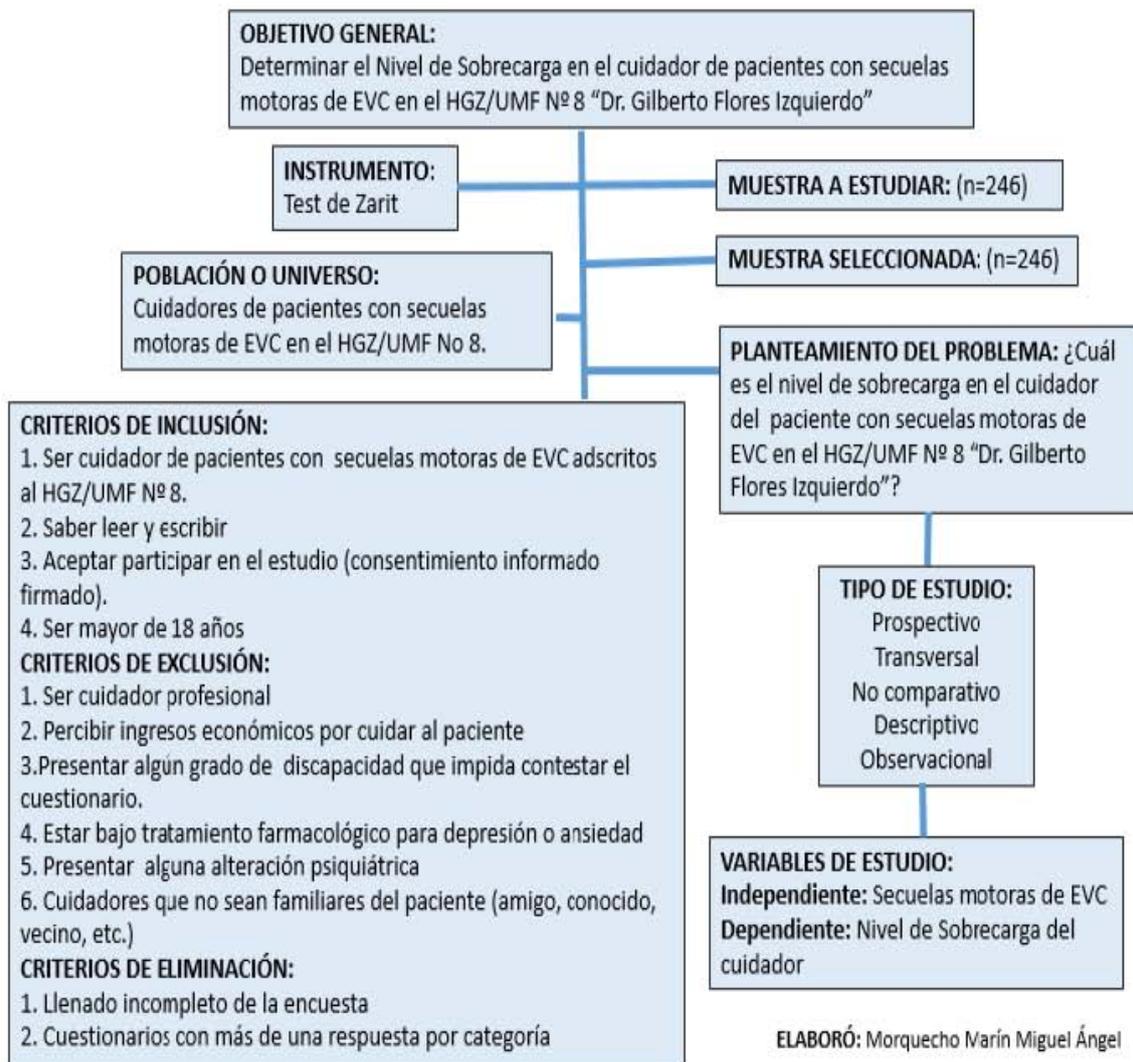
Existe sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC adscrito al HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO:

- Tipo de estudio según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO**
- Tipo de estudio según el número de una variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL**
- Tipo de estudio según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO**
- Tipo de estudio según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO**
- De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:



POBLACIÓN O UNIVERSO

La presente investigación se realizó con familiares que se encargan de cuidar a pacientes con secuelas motoras de EVC afiliados al HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” que cumplieron con los criterios de inclusión para la realización del estudio. Se descartó a los que presentaron al menos un criterio de eliminación.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA INVESTIGACIÓN

Se desarrolló en el área de Consulta externa, Urgencias Adultos, Urgencias Pediatría y el área de hospitalización del HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” del IMSS. Siendo esta una población urbana.

La investigación se efectuó de abril de 2013 a enero 2015 en las aulas de enseñanza del HGZ/UMF 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo ubicado en la colonia Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una variable dicotómica, requirió de 246 cuidadores, con una proporción esperada de 0.20, con un intervalo de confianza del 95% y con una amplitud de intervalo de confianza del 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 99%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC adscritos al HGZ/UMF N° 8.
- Saber leer y escribir
- Aceptar participar en el estudio (consentimiento informado firmado).
- Ser mayor de 18 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Ser cuidador profesional
- Percibir ingresos económicos por cuidar al paciente
- Presentar algún grado de discapacidad que les impida contestar el cuestionario.
- Estar bajo tratamiento farmacológico para depresión y/o ansiedad
- Presentar alguna alteración psiquiátrica
- Cuidadores que no sean familiares del paciente (amigo, conocido, vecino, etc)

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Llenado incompleto de la encuesta
- Cuestionarios con más de una respuesta por categoría

VARIABLES

LISTA DE VARIABLES:

1. Sexo
2. Edad
3. Escolaridad
4. Estado civil
5. Ocupación
6. Ocupación del paciente con secuelas de EVC
7. Parentesco
8. Religión
9. Horas dedicadas al día como cuidador
10. Meses al cuidado del paciente
11. Años al cuidado del paciente
12. Motivación del cuidador
13. Percepción del cuidador sobre la autosuficiencia del paciente
14. Nivel de sobrecarga del cuidador

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Secuelas motoras de EVC

VARIABLE DEPENDIENTE

- Nivel de sobrecarga del cuidador

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Definición conceptual de las variables sociodemográficas:

SEXO: Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos que dan por resultado la especialización de organismos en variedades mujer u hombre.

EDAD: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo

ESCOLARIDAD: Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir una enseñanza adecuada.

ESTADO CIVIL: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

OCUPACIÓN: trabajo asalariado, al servicio de un empleador. Acción o función que se desempeña para ganar el sustento.

PARENTESCO: es el vínculo que une a las personas que descienden unas de otras o que tienen un ascendiente común, esto es, que se hallan unidas por una comunidad de sangre. Relación o unión de varias personas por virtud de la naturaleza o la ley.

RELIGIÓN: Colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DE PATOLOGÍA PRINCIPAL

SECUELA MOTORA DE EVC: Consecuencia, resultado o lesión remanente tras un EVC.

SOBRECARGA: Son las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; que se ha visto es un indicador de los efectos del cuidado. Efecto de saturación u ocupación completa de una cosa que impide su funcionamiento normal.

MOTIVACIÓN: Son los factores o determinantes internos que incitan a una acción.

AUTOSUFICIENCIA: Estado o condición del que se basa a sí mismo.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LA VARIABLE
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1.FEMENINO 2. MASCULINO
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	ORDINAL	1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. PREPARATORIA 4. LICENCIATURA 5. POSGRADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1.SOLTERO 2.CASADO 3.UNIÓN LIBRE 4.DIVORCIADO
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1.EMPLEADO 2.DESEMPLEADO
OCUPACIÓN DEL PACIENTE CON SECUELAS DE EVC	CUALITATIVA	NOMINAL	1.EMPLEADO 2.DESEMPLEADO 3.PENSIONADO 4.JUBILADO
PARENTESCO	CUALIATIVA	NOMINAL	1.ESPOSO (A) 2.HIJO(A) 3.HERMANO(A) 4.NUERA/YERNO 5.CUÑADO 6.SOBRINO/NIETO

			7.PADRE/MADRE 8.ABUELO
RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1.CON RELIGIÓN 2.SIN RELIGIÓN
HORAS DE CUIDADO DIARIAS	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS
MESES CUIDANDO A SU FAMILIAR	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS
AÑOS CUIDANDO A SU FAMILIAR	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS
MOTIVACIÓN DEL CUIDADOR	CUALITATIVA	NOMINAL	1.SI 2.MAS O MENOS 3.NO
AUTOSUFICIENCIA	CUALITATIVA	NOMINAL	1. NUNCA 2. CASI NUNCA 3. ALGUNAS VECES 4. CASI SIEMPRE 5. SIEMPRE

ELABORÓ: MORQUECHO MARIN MIGUEL ÁNGEL

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LA VARIABLE
Nivel de sobrecarga	CUALITATIVA	NOMINAL	1.AUSENACIA DE SOBRECARGA 2.SOBRECARGA LIGERA 3.SOBRECARGA INTENSA

ELABORÓ: MORQUECHO MARIN MIGUEL ÁNGEL

DISEÑO ESTADISTICO

Una vez recolectada la muestra y aplicados los criterios de eliminación, se creó una base de datos con toda la información en el programa Microsoft Office Excel 2013, verificando su correcta introducción al mismo, para posteriormente transferir los datos al programa SPSS 21 (Statistical Product and Service Solutions) de Windows para su análisis estadístico, usando medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, frecuencia, porcentaje, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia.

Respecto a las variables sociodemográficas; se inició con la obtención de estadísticas descriptivas, permitiendo así conocer las características generales de la población estudiada. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (rangos, desviación estándar, varianza y percentiles).

Por último se realizó el análisis bivariado, cruzando las variables sociodemográficas y de la variable dependiente con el nivel de sobrecarga, obteniendo frecuencias y porcentajes en los diferentes rubros.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se utilizó una ficha de identificación para obtener las variables sociodemográficas y las propias de la patología.

Se aplicó el test de sobrecarga del Cuidador de Zarit a los cuidadores de los pacientes con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF # 8, el cual mide la sobrecarga subjetiva, definida como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar (Versión española de Montorio y cols).

Este instrumento consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados. Esta herramienta presenta gran confiabilidad íter-observador (coeficiente de correlación intra-clase (CCI) 0,71 en su estudio original y 0,71-0,85 en validaciones internacionales, consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países).

Se evalúan tres grandes esferas de acuerdo al concepto que engloba cada factor:

1. Impacto del cuidado sobre el cuidador, se refiere principalmente a las valoraciones que hace el cuidador respecto de la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social.
2. Relación interpersonal cuidador-paciente, representando por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con su familiar o paciente, como sentimientos de vergüenza, enfado, tensión.
3. Expectativas de autoeficacia, refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar.

Los resultados del test se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "**ausencia de sobrecarga**" (<46 puntos), "**sobrecarga ligera**" (47-55 puntos) o "**sobrecarga intensa**" (>56 puntos).

Las puntuaciones de sobrecarga correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física del cuidador, así como con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados. El cuestionario de Zarit se realizó al cuidador informal habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el estudio participaron los cuidadores de pacientes con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF #8 “Gilberto Flores Izquierdo” que cumplieron con los criterios de inclusión. Se les dijo de forma clara y concisa en qué consistía la investigación, se realizaron algunas preguntas para conocer si eran candidatos a participar en la investigación y de ser así firmaron el consentimiento informado.

Se realizó una encuesta para recabar las variables sociodemográficas del cuidador y del paciente cuidado, dando 5 minutos para su llenado y posteriormente entregar el test explicando que es auto aplicable, que consta de 22 reactivos y que mide el nivel de sobrecarga, dando un tiempo límite para llenarlo de 30 minutos.

Una vez completada la muestra, se aplicaron los criterios de eliminación para después proceder al vaciamiento y análisis de datos en Excel 2013 y en la versión 21 del programa SPSS.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN: Se realizó una revisión sistemática de la literatura con la mejor evidencia médica disponible mediante buscadores electrónicos. Los participantes nunca conocieron las hipótesis de estudio. Se elaboraron cuestionarios claros y concisos.

CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN: Se aplicó la encuesta en forma individual a partir de los criterios de inclusión y considerando los de exclusión. Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas. Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba. La prueba deberá realizarse en 30 minutos. Durante la aplicación de la encuesta del cuidador de Zarit, es importante recordar que las respuestas no requieren aceptar ayuda de otras personas. No debe hacerse mención de la presencia de sobrecarga. El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien debe buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, deberá darse la definición de la misma del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Se eligió una muestra representativa de la población. El test de Zarit tiene una alfa de Cronbach de 0.91, lo que garantiza la fiabilidad de la escala. Se revisó la encuesta en búsqueda de criterios de eliminación.

CONTROL DE SESGOS DE ANÁLISIS: Se registró y analizó los datos correctamente en Excel, usando como estrategia el uso de rangos, verificando la existencia de números no válidos para el programa. Otra estrategia fue ordenar los números de mayor a menor en cada columna de la base de datos para identificar valores fuera de los establecidos y proceder a su corrección. Toda la información fue validada mediante un programa epidemiológico.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

Nivel de Sobrecarga en el cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

2013-2014

FECHA	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B
	2 0 1 3	2 0 1 4										
TITULO		X										
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
OBJETIVOS			X									
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO						X						
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACIO NES ETICAS							X					
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA				X	X	X	X	X	X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACION												X

2014-2015

FECHA	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B
	2 0 1 4	2 0 1 5	2 0 1 5									
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X	X	X		
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X	X		
ANALISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCION DE DATOS									X	X		
DISCUSIÓN DE DATOS									X	X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORÓ: MORQUECHO MARÍN MIGUEL ÁNGEL

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO

Los recursos utilizados en la presente investigan se mencionan en la siguiente tabla:

TÍTULO	TIPO	NÚMERO
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1
RECURSOS MATERIALES	Computadora	2
	Impresora	1
	Tinta para impresora	1
	Hojas blancas	735
	Lápices	10
	Internet	1
	Fotocopias	735
	Calculadora	1
	Programa SPSS	1
	Diccionario	1
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por el investigador	

ELABORÓ: MORQUECHO MARÍN MIGUEL ÁNGEL

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación se realizó de acuerdo con las normas éticas de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, así como por la NOM-012-SSA3-2012, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, garantizando a los pacientes entrevistados el mejor método diagnóstico y tratamiento con el que cuenta esta institución.

Se dio a conocer ampliamente a los pacientes que en caso de no aceptar participar en el estudio no interfería de ningún modo con la relación médico/paciente ni con el tratamiento establecido por el médico.

Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del cuidador.

Los participantes en este estudio estuvieron enterados y de acuerdo con el uso que se le dio y dará a la información que nos proporcionaron. De acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, garantizándose la seguridad, confidencialidad y el anonimato de la personas que proporcionaron los datos. Se evitó el uso de datos para fines diferentes a los que autorizó el sujeto de estudio. Se evitará el uso de este material con objetivos de investigación distintos a los autorizados, aun años después de su almacenamiento, requiriendo del nuevo consentimiento del participante.

Una vez recolectados los datos, su manejo, análisis e interpretación se realizaron de acuerdo con el protocolo de estudio y se evitó la manipulación de los mismos que buscarán obtener resultados a “conveniencia” del autor.

CONSIDERACIÓN DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES DE MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional, además de ser aceptado por el comité local de investigación.

RESULTADOS:

- Se estudiaron **246 cuidadores** de pacientes con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- En lo referente a la **edad**, el valor mínimo fue de 18 años, valor máximo 88 años, media de 47.2 años y desviación estándar de +/- 14.83 años.
- En el **rango de edad** se encontró a 11 (4.5%) entre 10-20 años, 27 (11%) entre 21-30 años, 47 (19.1%) entre 31-40 años, 66 (26.8%) entre 41-50 años, 57 (23.2%) entre 51-60 años, 27 (11%) entre 61-70 años, 5 (2%) entre 71-80 años y 6 (2.4%) entre 81-90 años. (Ver Tabla 1 y Gráfica 1).
- En el rubro de **sexo** se encontró a 134 (54.5%) mujeres y 112 (45.5%) hombres (Ver Tabla 2 y Gráfica 2).
- En el apartado de **escolaridad**: 37 (15%) primaria, 50 (20.3%) secundaria, 67 (27.7%) preparatoria, 86 (35%) licenciatura y 6 (2.4%) posgrado (Ver Tabla 3 y Gráfica 3).
- En lo que compete al **estado civil**, se objetivó a 64 (26%) solteros, 112 (45.5%) casados, 36 (14.6%) en unión libre, 11 (4.5%) separados y 23 (9.3%) divorciados (Ver Tabla 4 y Gráfica 4).
- En cuanto a la **ocupación**, se encontró que 159 (64.6%) está empleado y 87 (35.4%) desempleado (Ver Tabla 5 y Gráfica 5).
- Al evaluar la **ocupación del paciente con secuelas de EVC** se halló a 30 (12.2%) empleados, 164 (66.7%) desempleados, 42 (17.1%) pensionados y 10 (4.1%) jubilados (Ver Tabla 6 y Gráfica 6).
- En cuanto al **parentesco** del enfermo en relación al cuidador se observó a 58 (23.6%) esposos, 27 (11%) hijos, 42 (17.1%) hermanos, 3 (1.2%) nuera/yerno, 14 (5.7%) cuñados, 4 (1.6%) sobrinos, 68 (27.6%) padres/madres y 30 (12.2%) abuelos (Ver Tabla 7 y Gráfica7).
- Por otra parte, en cuanto a la **religión** del cuidador se encontró a 198 (80.5%) con religión y 48 (19.5%) sin religión (Ver Tabla 8 y Gráfica 8).
- Del total de la muestra, 116 tenían menos de 1 año como cuidadores, el valor mínimo fue de 1 mes, valor máximo de 11 meses, media de 5 meses, desviación típica de +/-2.85 meses.
- Del total de la muestra, 130 tenían un año o más como cuidadores, siendo el valor mínimo 1 año, valor máximo 2 años, media de 5 años y desviación típica de +/-4.9 años.
- En cuanto al **rango de meses** al cuidado del enfermo se encontró que 84 (72.4%) tienen entre 1-6 meses como cuidador y 32 (27.5%) entre 7-12 meses. (Ver Tabla 9 y Gráfica 9).
- En cuanto al **rango de años** de cuidado, el resultado fue de 74 (56.9%) entre 1-5 años como cuidador, 34 (26.1%) entre 6-10 años, 8 (6.1%) entre 11-15 años,

7 (5.3%) entre 16-20 años, 4 (3%) entre 21-25 años y 3 (2.3%) entre 26-30 años (Ver Tabla 10 y Gráfica 10).

- En el rubro de **horas** dedicadas al día a cuidar al paciente; el valor mínimo fue de 1 hora, valor máximo 24 de horas, media de 9.59 horas y desviación típica de +/-6.88 horas.
- En el **rango de horas** al día dedicadas a cuidar, se vio a 110 (44.7%) entre 1-6 horas, 90 (36.5%) entre 7-12 horas, 10 (4%) entre 13-18 horas y 36 (14.6%) entre 19-24 horas (Ver Tabla 11 y Gráfica 11).
- El resultado al evaluar la **motivación** del cuidador fue de 151 (61.4%) motivados, 64 (26%) más o menos motivados y 31 (12.6%) no motivados (Ver Tabla 12 y Gráfica 12).
- En cuanto a la percepción de si su familiar puede **valerse por sí mismo** se encontró que 61 (24.8%) nunca, 35 (14.2%) casi nunca, 81 (32.9%) algunas veces, 53 (21.5%) casi siempre y 16 (6.5%) siempre se valen por sí mismos (Ver Tabla 13 y Gráfica 13).
- En lo que respecta al **nivel de sobrecarga** global de los cuidadores se demostró que 150 (60.8%) tienen ausencia de sobrecarga, 38 (15.5%) sobrecarga ligera y 58 (23.7%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 14 y Gráfica 14).
- En relación al **sexo y nivel de sobrecarga**, se encontró que 77 (31.3%) mujeres tienen ausencia de sobrecarga, 18 (7.3%) sobrecarga ligera y 39 (15.9%) sobrecarga intensa. Respecto a los hombres; 73 (29.6 %) ausencia de sobrecarga, 20 (8.1%) sobrecarga ligera y 19 (7.7%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 15 y Gráfica 15).
- En el encabezado de **escolaridad y nivel de sobrecarga** se demostró que 14 (5.7%) con escolaridad primaria tienen ausencia de sobrecarga, 11 (4.5%) sobrecarga ligera y 12 (4.9%) sobrecarga intensa. En el subgrupo de escolaridad secundaria se encontró a (12.2%) con ausencia de sobrecarga, 5 (2%) sobrecarga ligera y 15 (6.1%) sobrecarga intensa. En el subgrupo de escolaridad preparatoria hubo 43 (17.5%) con ausencia de sobrecarga, 7 (2.8%) sobrecarga ligera y 17 (6.9%) sobrecarga intensa. En cuanto a licenciatura; 61 (24.8%) con ausencia de sobrecarga, 12 (4.9%) sobrecarga ligera y 13 (5.3%) sobrecarga intensa. Por último, a nivel de posgrado se hallaron 2 (0.8%) con ausencia de sobrecarga, 3 (1.2%) con sobrecarga ligera y 1 (0.4%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 16 y Gráfica 16).
- En el apartado de **rangos de edad y nivel de sobrecarga**, se encontró a 8 (3.3%) entre 10-20 años con ausencia de sobrecarga, 1 (0.4%) con sobrecarga ligera y 2 (0.8%) con sobrecarga intensa. 23 (9.4) entre 21-30 años con ausencia de sobrecarga, 1 (0.4%) con sobrecarga ligera y 3 (1.2%) con sobrecarga intensa. 32 (13.1%) de entre 31-40 años con ausencia de sobrecarga, 6 (2.4%) con sobrecarga ligera y 9 (3.7%) con sobrecarga intensa. 32 (13.1%) entre 41-50 años con ausencia de sobrecarga, 16 (6.5%) con sobrecarga ligera y 17 (6.9%) con sobrecarga intensa. 32 (13.1%) entre 51-60 años con ausencia de sobrecarga, 7 (2.9%) con sobrecarga ligera y 18 (7.3%) con sobrecarga intensa. 15 (6.1%) entre 61-70 años con ausencia de sobrecarga, 5 (2%) sobrecarga ligera y 7 (25.9%) sobrecarga intensa. 2 (0.8%) de 71-80 años con ausencia de sobrecarga, 1 (0.4%) sobrecarga ligera y 2 (0.8%) sobrecarga intensa. Por

último, se encontraron 5 (2%) de 81-90 años con ausencia de sobrecarga y 1 (0.4%) con sobrecarga ligera (Ver Tabla 17 y Gráfica 17).

- En lo que concierne al **estado civil del cuidador y nivel de sobrecarga** el resultado fue de 44 (18%) solteros con ausencia de sobrecarga, 9 (3.7%) con sobrecarga ligera y 11 (4.5%) con sobrecarga intensa, además de 62 (25.3%) casados con ausencia de sobrecarga, 19 (7.8%) con sobrecarga ligera y 30 (12.2%) sobrecarga intensa. De los que se encontraron en unión libre; 23 (9.4%) tuvieron ausencia de sobrecarga, 3 (1.2%) sobrecarga ligera y 10 (4.1%) sobrecarga intensa. En cuanto a los separados: (2.4%) tuvo ausencia de sobrecarga, 2 (0.8%) sobrecarga ligera y 3 (1.2%) sobrecarga intensa. De los divorciados 14 (5.7%) tuvieron ausencia de sobrecarga, 5 (2.0%) sobrecarga ligera y 4 (1.6%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 18 y Gráfica 18).
- En lo que respecta a la **ocupación y nivel de sobrecarga** se objetivó a 94 (38.2%) empleados con ausencia de sobrecarga, 25 (10.2%) con sobrecarga ligera y 40 (16.3%) empleados con sobrecarga intensa. En otro rubro, se halló a 56 (22.9%) desempleados con ausencia de sobrecarga, 13 (5.3%) con sobrecarga ligera y 18 (7.3%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 19 y Gráfica 19).
- Por otra parte, en cuanto al **parentesco y nivel de sobrecarga** se encontró a 30 (12.2%) esposos con ausencia de sobrecarga, 11 (4.5%) sobrecarga ligera y 17 (6.9%) sobrecarga intensa. 13 (5.3%) hijos con ausencia de sobrecarga, 8 (3.3%) con sobrecarga ligera y 6 (2.4%) con sobrecarga intensa. 29 (11.8%) hermanos sin sobrecarga, 7 (2.9%) con sobrecarga ligera y 6 (2.4%) con sobrecarga intensa. 1 (0.4%) nuera/yerno con ausencia de sobrecarga, 1 (0.4%) sobrecarga ligera y 1 (0.4%) sobrecarga intensa. 9 (3.7%) cuñados con ausencia de sobrecarga, 3 (1.2%) sobrecarga ligera y 2 (0.8%) sobrecarga intensa. 1 (0.4%) sobrino/nieto con ausencia de sobrecarga, 3 (1.2%) sobrecarga intensa. 47 (19.2%) padres/madres con ausencia de sobrecarga, 6 (2.4%) con sobrecarga ligera y 15 (6.1%) con sobrecarga intensa. Por último, hubo 20 (8.1%) abuelos con ausencia de sobrecarga, 2 (0.8%) con sobrecarga ligera y 8 (3.3%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 20 y Gráfica 20).
- Al observar las variables **religión y nivel de sobrecarga**; 121 (49.2%) cuidadores con religión no tuvieron sobrecarga, 29 (11.8%) sobrecarga ligera y 48 (19.6%) sobrecarga intensa. En lo referente a los cuidadores sin religión se vio a 29 (11.8%) con ausencia de sobrecarga, 9 (3.7%) con sobrecarga ligera y 10 (4.1%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 21 y Gráfica 21).
- El resultado obtenido en relación al **rango de meses de cuidado y nivel de sobrecarga** se determinó que 49 (42.2%) entre 1-6 meses tienen ausencia de sobrecarga, 9 (7.7%) sobrecarga ligera y 5 (4.3%) sobrecarga intensa. En el rango de 7-12 meses hay 39 (33.6%) cuidadores con ausencia de sobrecarga, 8 (6.8%) con sobrecarga ligera y 6 (5.1%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 22 y Gráfica 22).
- En lo referente al **rango de años de cuidado y nivel de sobrecarga**: 8 (6.1%) entre 1-5 años con ausencia de sobrecarga, 1 (0.7%) sobrecarga ligera y 5 (3.8%) sobrecarga intensa. Se vio que 21 (16.1%) entre 6-10 años tienen ausencia de sobrecarga, 13 (10 %) sobrecarga ligera y 15 (11.5%) sobrecarga intensa. Se encontró a 15 (11.5%) entre 11-15 años con ausencia de sobrecarga, 4 (3%) sobrecarga ligera y 10 (7.7%) sobrecarga intensa. Entre los 16-20 años, 10 (7.7%) ausencia de sobrecarga, 7 (5.3%) sobrecarga intensa. Entre los 21-25 años se vio a 5 (3.8%) con ausencia de sobrecarga, 1 (0.7%) con sobrecarga

ligera y 9 (7%) con sobrecarga intensa. Entre los 26-30 años como cuidador, 4 (3%) tuvieron sobrecarga ligera y 2 (1.5%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 23 y Gráfica 23).

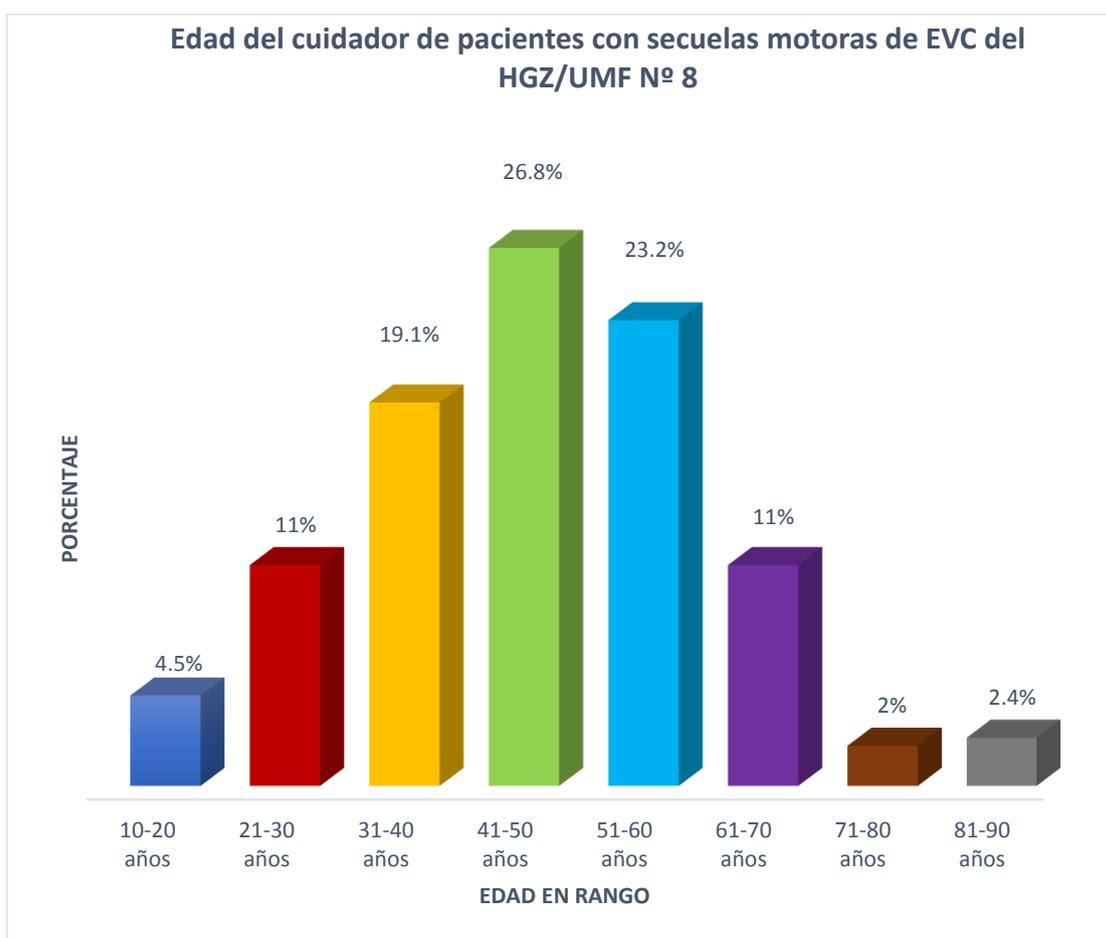
- En el apartado de **rango de horas dedicadas a cuidar al día y nivel de sobrecarga** se vio que de los que dedican entre 1-6 horas a cuidar al paciente 34 (13.8%) no tienen sobrecarga, 7 (2.8%) sobrecarga ligera y 7 (2.8%) sobrecarga intensa. De los cuidadores que dedican entre 7-12 horas de cuidado, 62(25.5%) no tienen sobrecarga, 15 (6%) tienen sobrecarga ligera y 30 (12.2%) sobrecarga intensa. En rango de 13-18 horas hay 19 (7.7%) cuidadores con ausencia de sobrecarga, 4 (1.6%) con sobrecarga ligera y 5 (2%) con sobrecarga intensa. En el rango de 19-24 horas hay 35 (14.2%) cuidadores con ausencia de sobrecarga, 12 (4.8%) con sobrecarga ligera y 16 (6.5%) con sobrecarga intensa (Ver Tabla 24 y Gráfica 24).
- En referencia al nivel de **motivación y nivel de sobrecarga** se encontró a 115 (46.9%) cuidadores motivados con ausencia de sobrecarga, 20 (8.2%) con sobrecarga ligera y 15 (6.1%) con sobrecarga intensa. En cuanto a los más o menos motivados se encontraron 30 (12.2%) con ausencia de sobrecarga, 14 (5.7%) con sobrecarga ligera y 20 (8.2%) con sobrecarga intensa. Respecto a los no motivados se vio que 4 (1.6%) no tenían sobrecarga, 4 (1.6%) tenían sobrecarga ligera y 23 (9.4%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 25 y Gráfica 25).
- Al evaluar la **percepción de autosuficiencia y nivel de sobrecarga** se halló que 40 (16.3%) nunca se valen por sí mismos con ausencia de sobrecarga, 5 (2.0%) sobrecarga ligera y 16 (6.5%) sobrecarga intensa. Se vio que 21 (8.6%) casi nunca se valen por sí mismo con ausencia de sobrecarga, 6 (2.4%) con sobrecarga ligera y 8 (3.3%) con sobrecarga intensa. 48 (19.6%) algunas veces se valen por sí mismos con ausencia de sobrecarga, 18 (7.3%) con sobrecarga ligera y 15 (6.1%) con sobrecarga intensa. 31 (12.6%) casi siempre se valen por sí mismos con ausencia de sobrecarga, 5 (2.0%) sobrecarga ligera y 15 (6.1%) sobrecarga intensa. En cuanto a los que siempre se valen por sí mismos se encontró a 10 (4.1%) con ausencia de sobrecarga, 4 (1.6%) sobrecarga ligera y 4 (1.6%) sobrecarga intensa (Ver Tabla 26 y Gráfica 26).

Tabla 1.

Edad del cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
10-20 años	11	4.5
21-30 años	27	11
31-40 años	47	19.1
41-50 años	66	26.8
51-60 años	57	23.2
61-70 años	27	11
71-80 años	5	2
81-90 años	6	2.4
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 1.



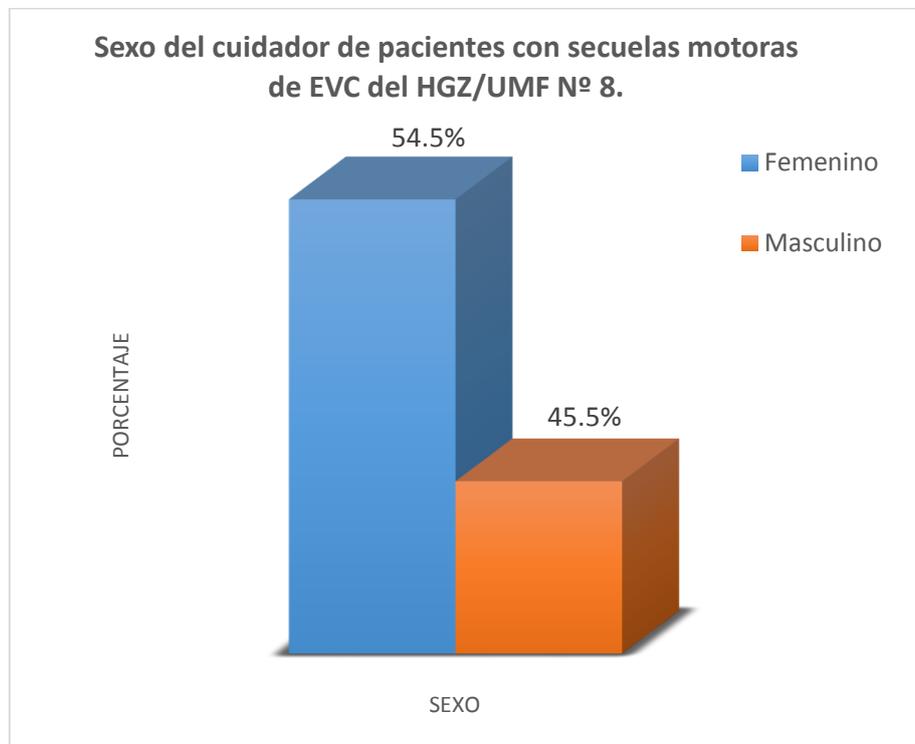
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 2.

Sexo del cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	134	54.5
Masculino	112	45.5
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 2.



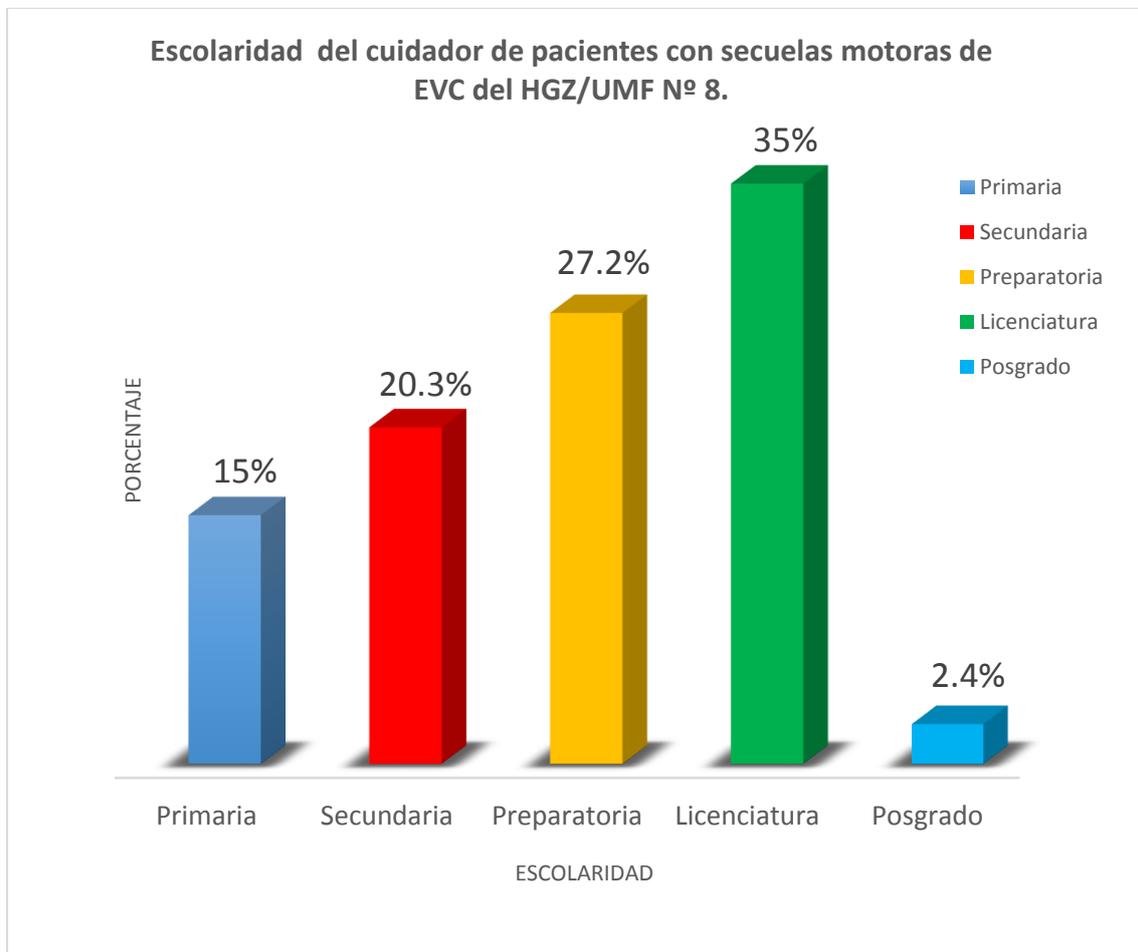
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 3.

Escolaridad del cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	37	15
Secundaria	50	20.3
Preparatoria	67	27.2
Licenciatura	86	35
Posgrado	6	2.4
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 3.



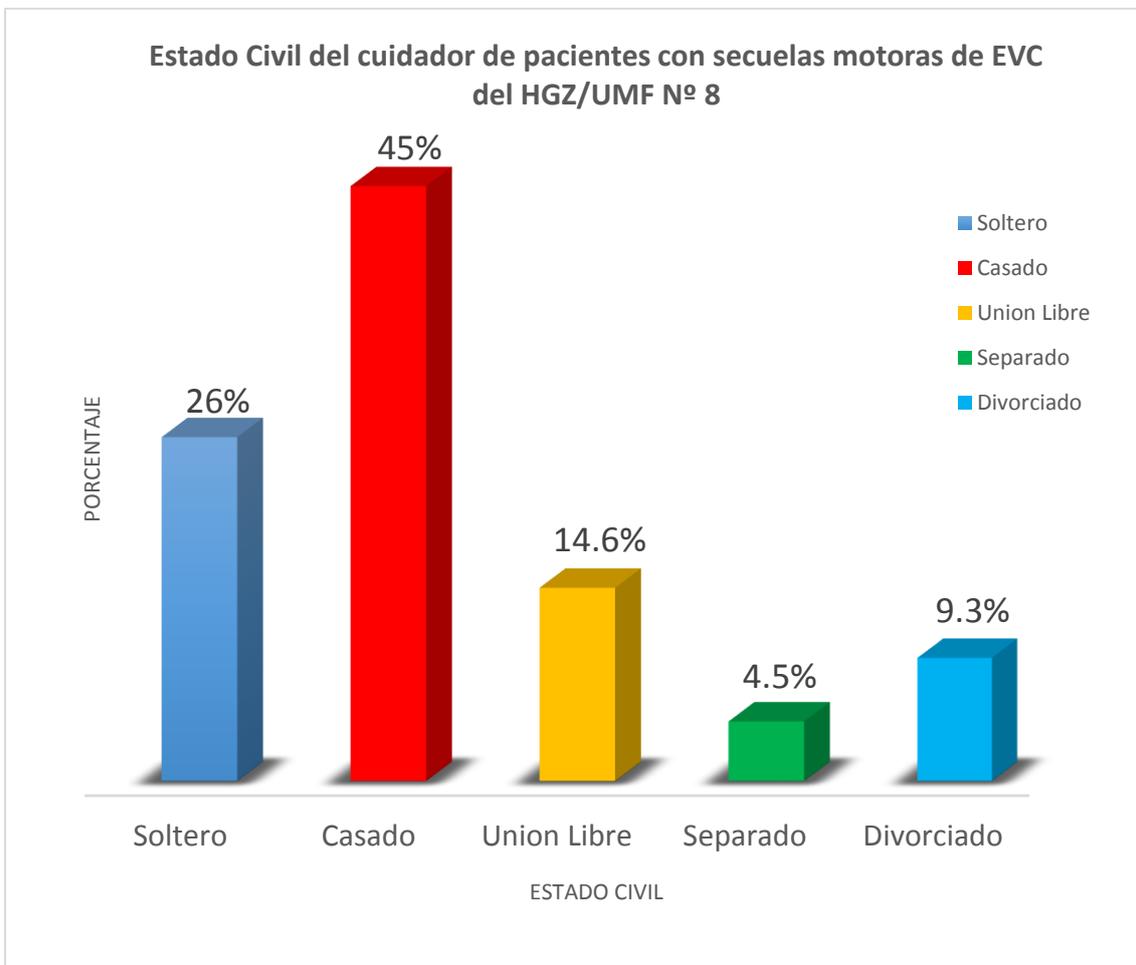
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 4.

Estado Civil del cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	64	26
Casado	112	45
Unión Libre	36	14.6
Separado	11	4.5
Divorciado	23	9.3
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 4.



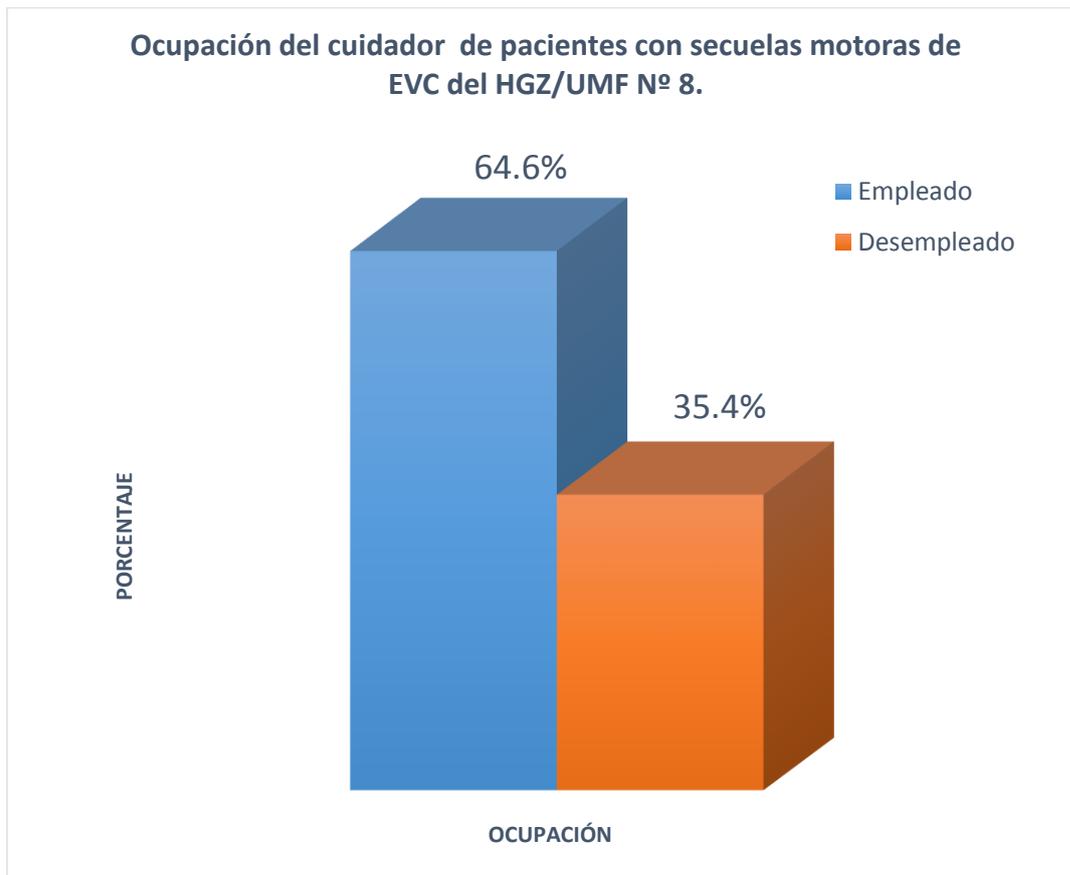
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 5.

Ocupación del cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	159	64.6
Desempleado	87	35.4
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 5.



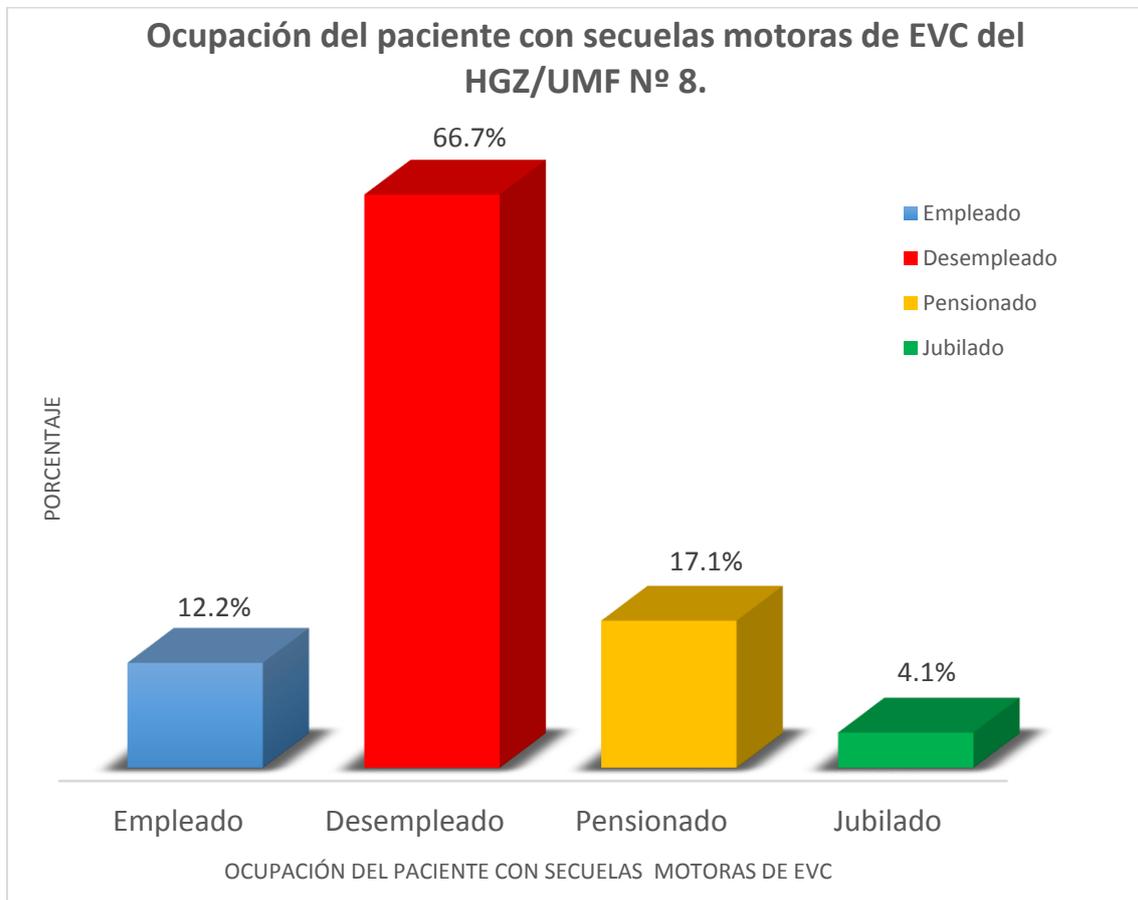
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 6.

Ocupación del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	30	12.2
Desempleado	164	66.7
Pensionado	42	17.1
Jubilado	10	4.1
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 6.



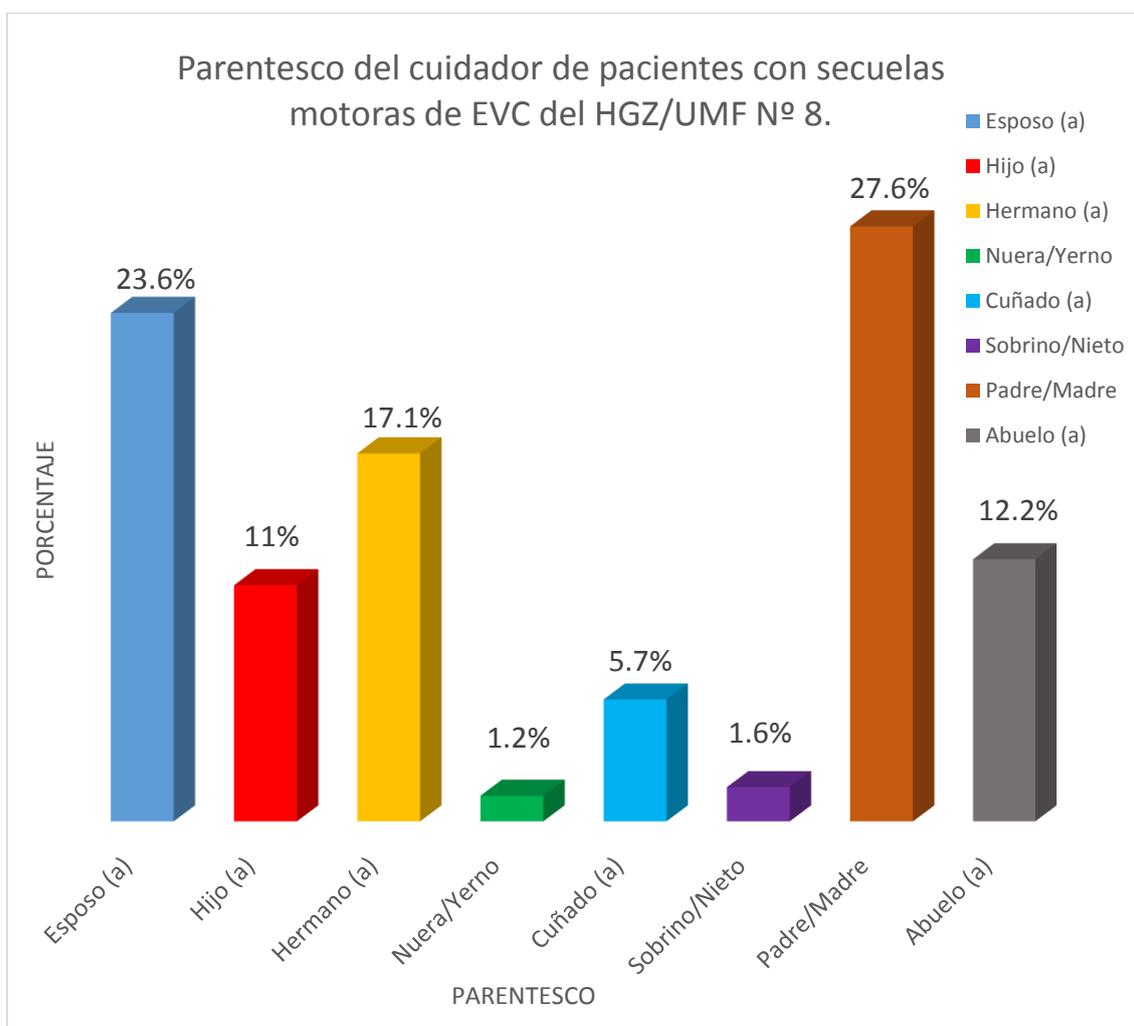
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 7.

Parentesco del cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Parentesco	Frecuencia	Porcentaje (%)
Esposo (a)	58	23.6
Hijo (a)	27	11
Hermano (a)	42	17.1
Nuera/Yerno	3	1.2
Cuñado (a)	14	5.7
Sobrino/Nieto	4	1.6
Padre/Madre	68	27.6
Abuelo (a)	30	12.2
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 7.



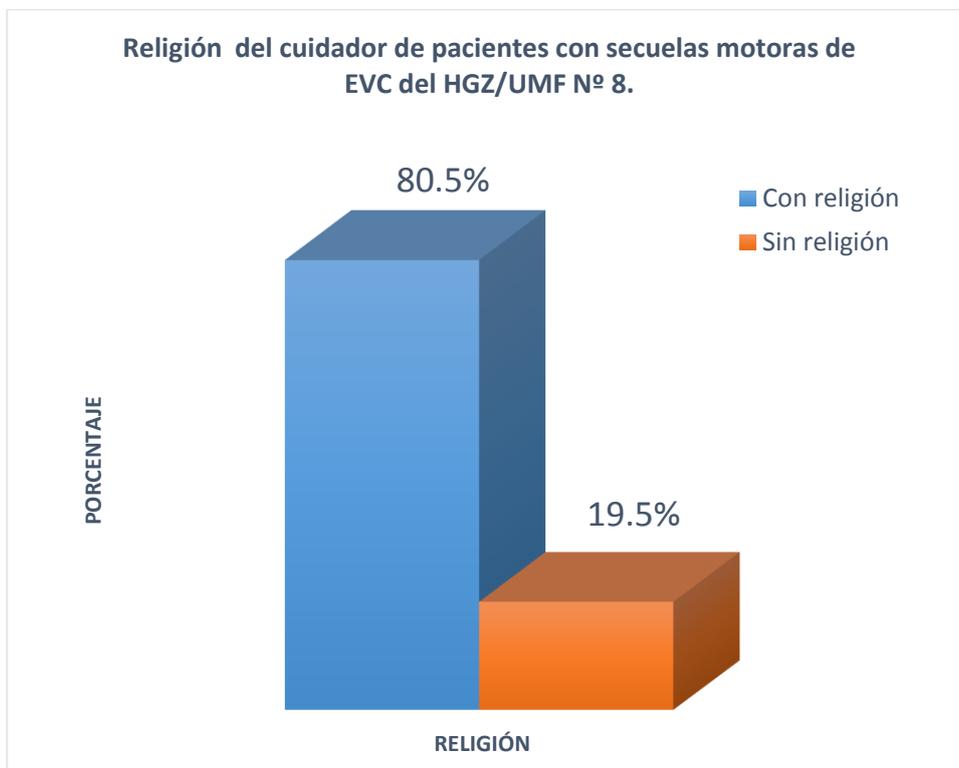
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 8.

Religión del cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con religión	198	80.5
Sin religión	48	19.5
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 8.



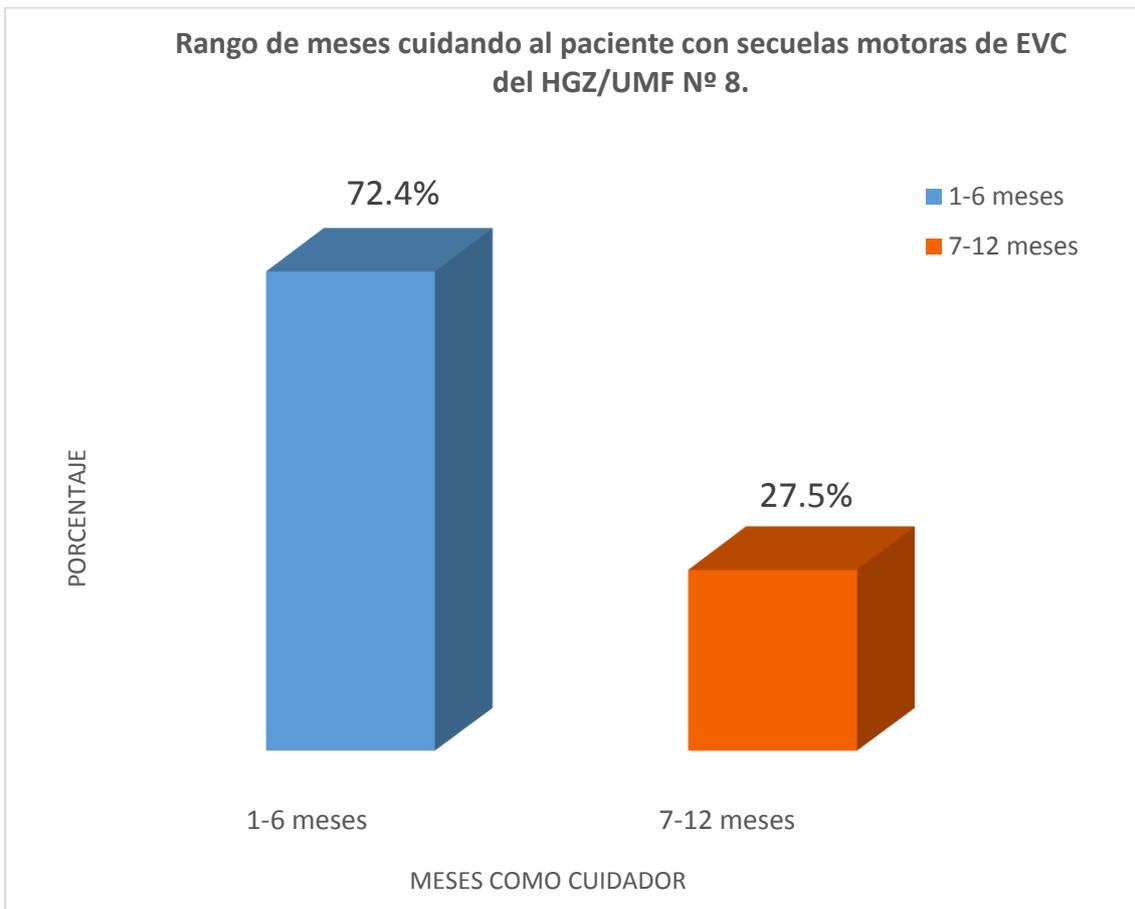
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 9.

Rango de meses cuidando al paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Rango de meses	Frecuencia	Porcentaje (%)
1-6 meses	84	72.4
7-12 meses	32	27.5
TOTAL	116	52.8

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 9.



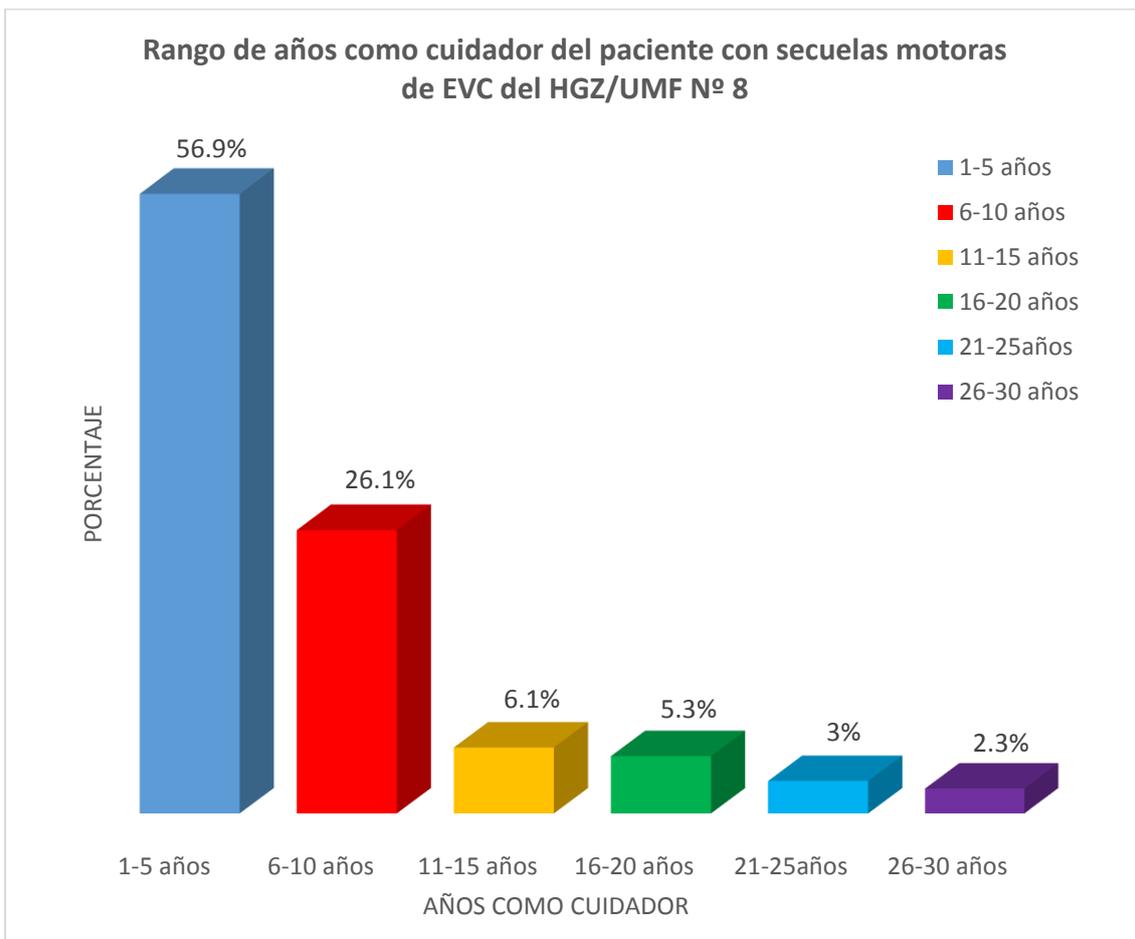
FUENTE: n=116. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 10.

Rango de años como cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8		
Rango de años	Frecuencia	Porcentaje (%)
1-5	74	56.9
6-10	34	26.1
11-15	8	6.1
16-20	7	5.3
21-25	4	3
26-30	3	2.3
TOTAL	130	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C.E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 10.



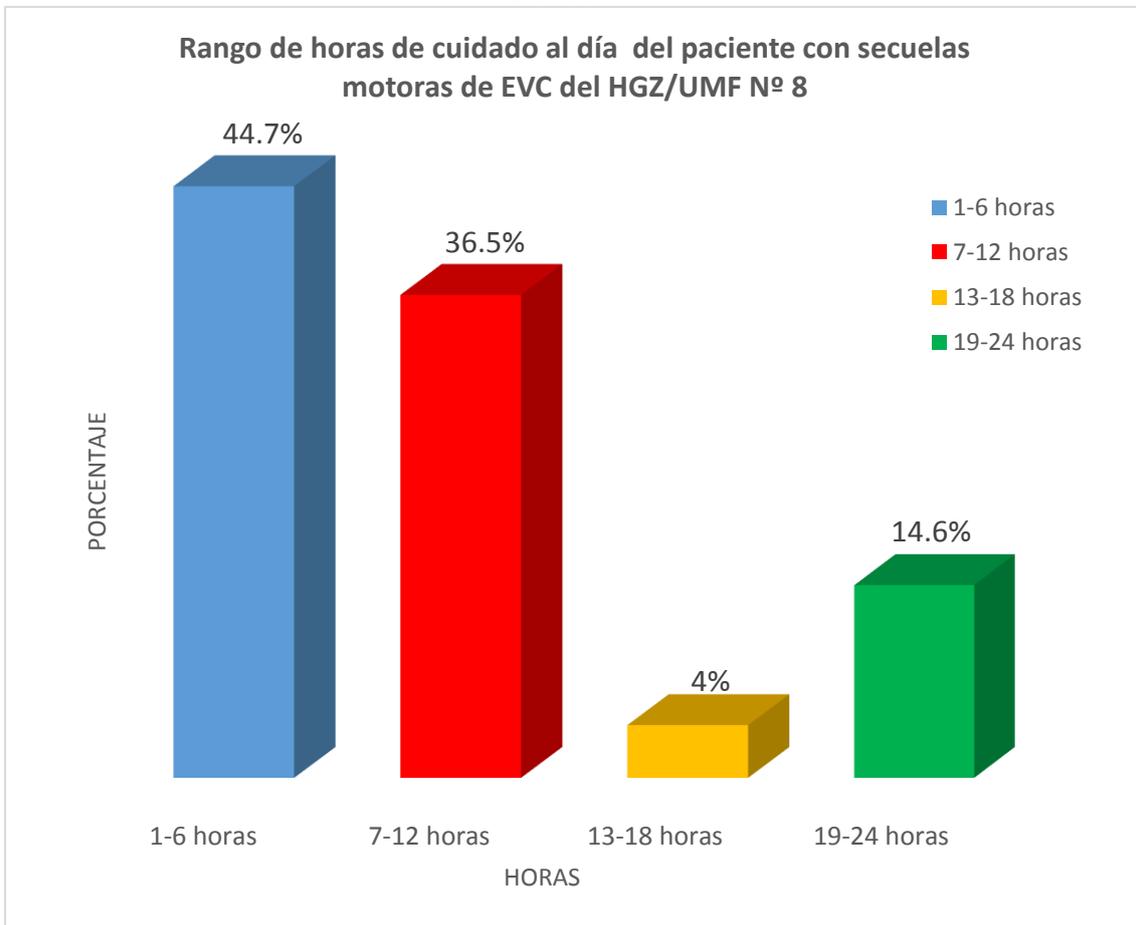
FUENTE: n=130. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C.E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 11.

Rango de horas de cuidado al día del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8		
Rango de horas	Frecuencia	Porcentaje (%)
1-6 horas	110	44.7
7-12 horas	90	36.5
13-18 horas	10	4
19-24 horas	36	14.6
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 11.



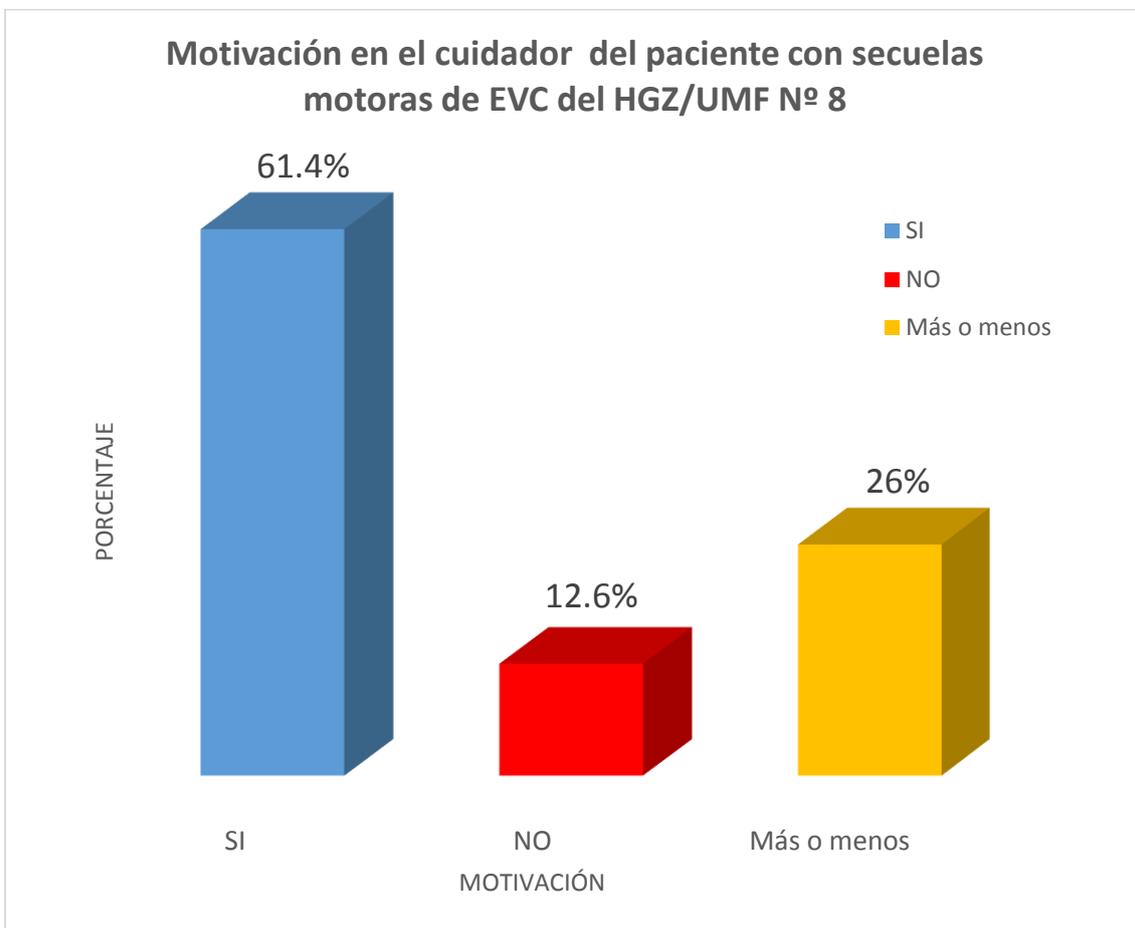
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 12.

Motivación en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8		
Nivel de motivación	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	151	61.4
NO	31	12.6
Más o menos	64	26
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 12.



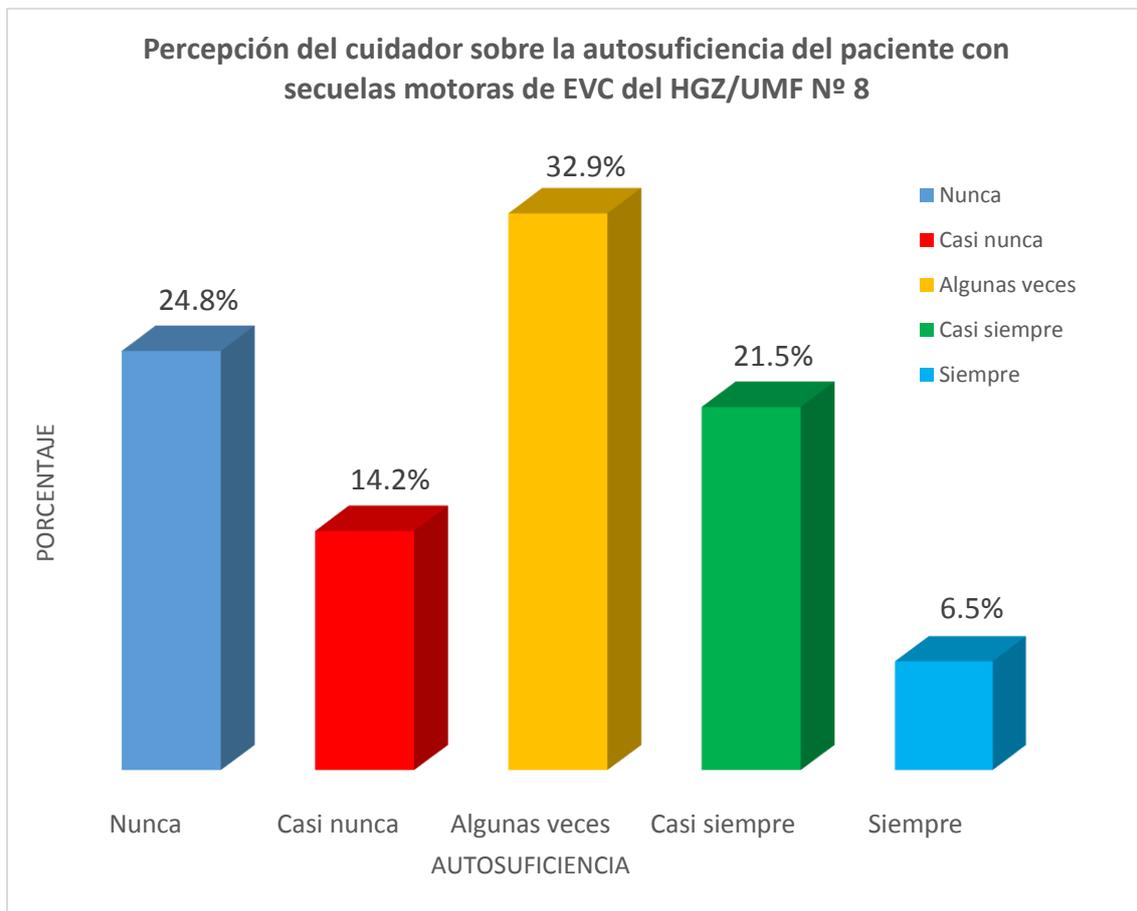
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 13.

Percepción del cuidador sobre la autosuficiencia del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8		
Nivel de autosuficiencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nunca	61	24.8
Casi nunca	35	14.2
Algunas veces	81	32.9
Casi siempre	53	21.5
Siempre	16	6.5
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 13.



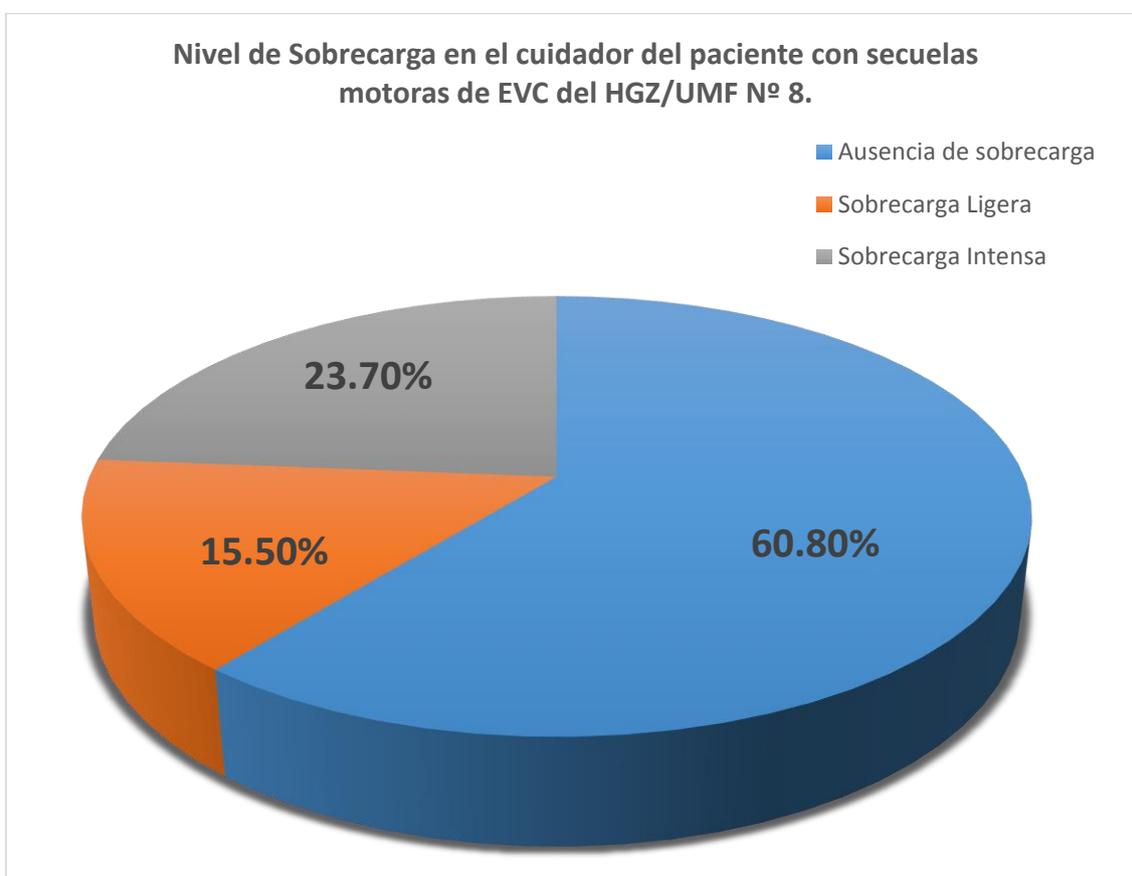
Fuente: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 14.

Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.		
Sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausencia de sobrecarga	150	60.8
Sobrecarga Ligera	38	15.5
Sobrecarga Intensa	58	23.7
TOTAL	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C.E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 14.



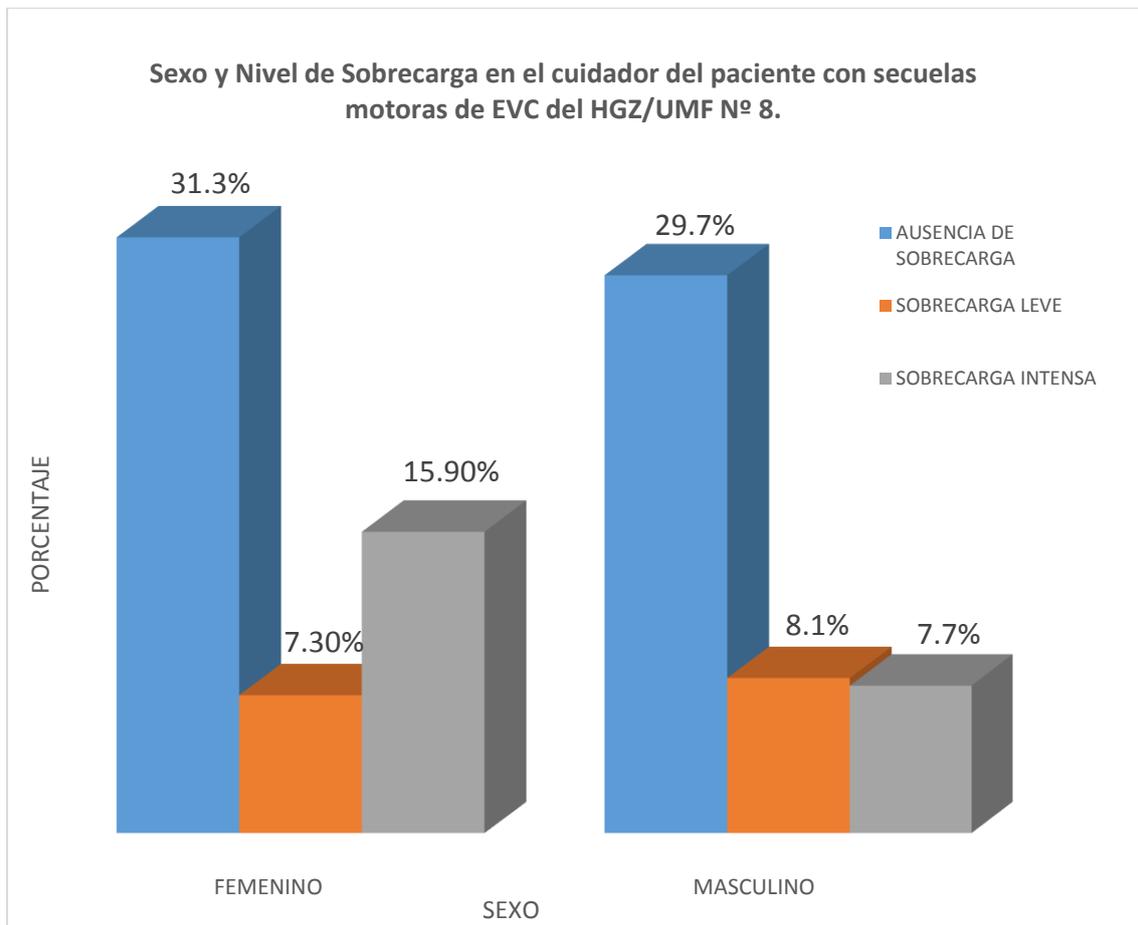
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C.E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 15.

Sexo y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
SEXO	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Femenino	77	31.3	18	7.3	39	15.9	134	54.5
Masculino	73	29.7	20	8.1	19	7.7	112	45.5
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C.E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 15.



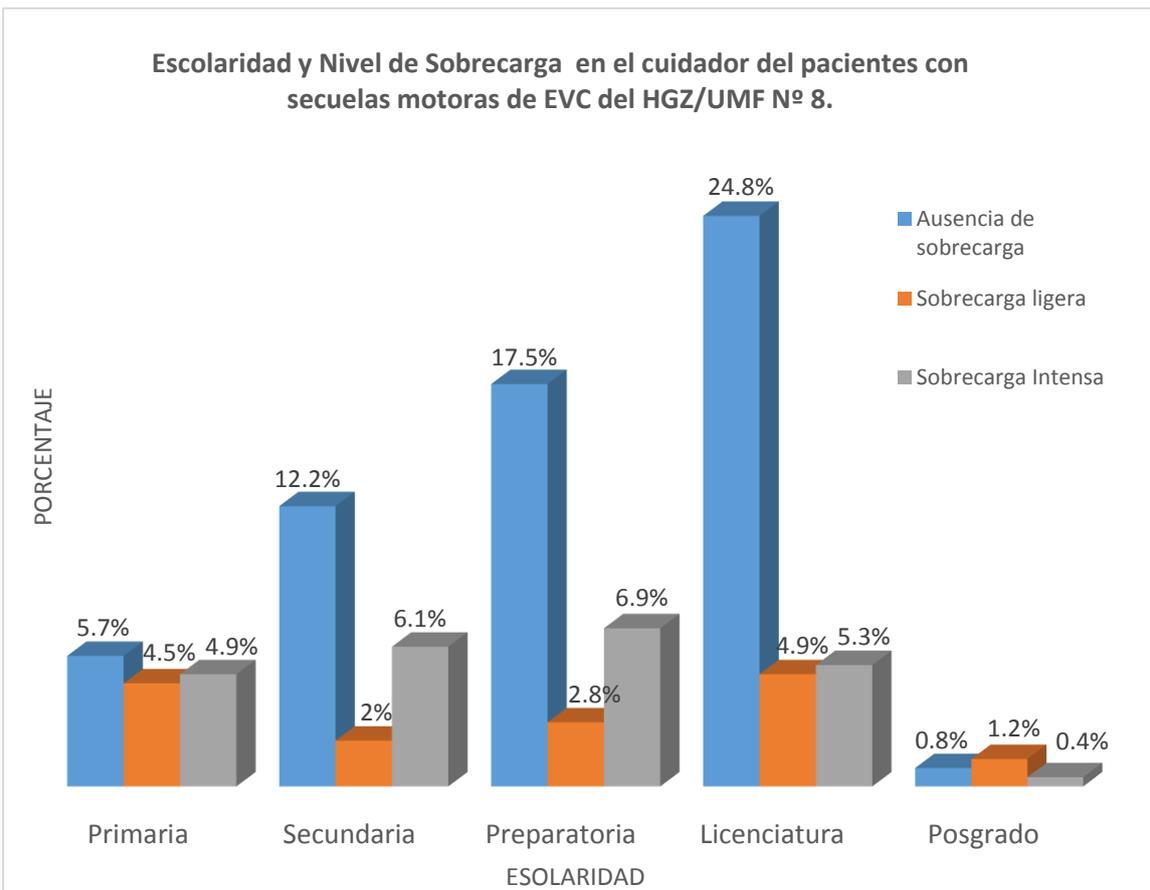
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C.E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 16.

Escolaridad y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Escolaridad	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Primaria	14	5.7	11	4.5	12	4.9	37	15
Secundaria	30	12.2	5	2	15	6.1	50	20.3
Preparatoria	43	17.5	7	2.8	17	6.9	67	27.2
Licenciatura	61	24.8	12	4.9	13	5.3	86	35
Posgrado	2	0.8	3	1.2	1	0.4	6	2.4
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 16.



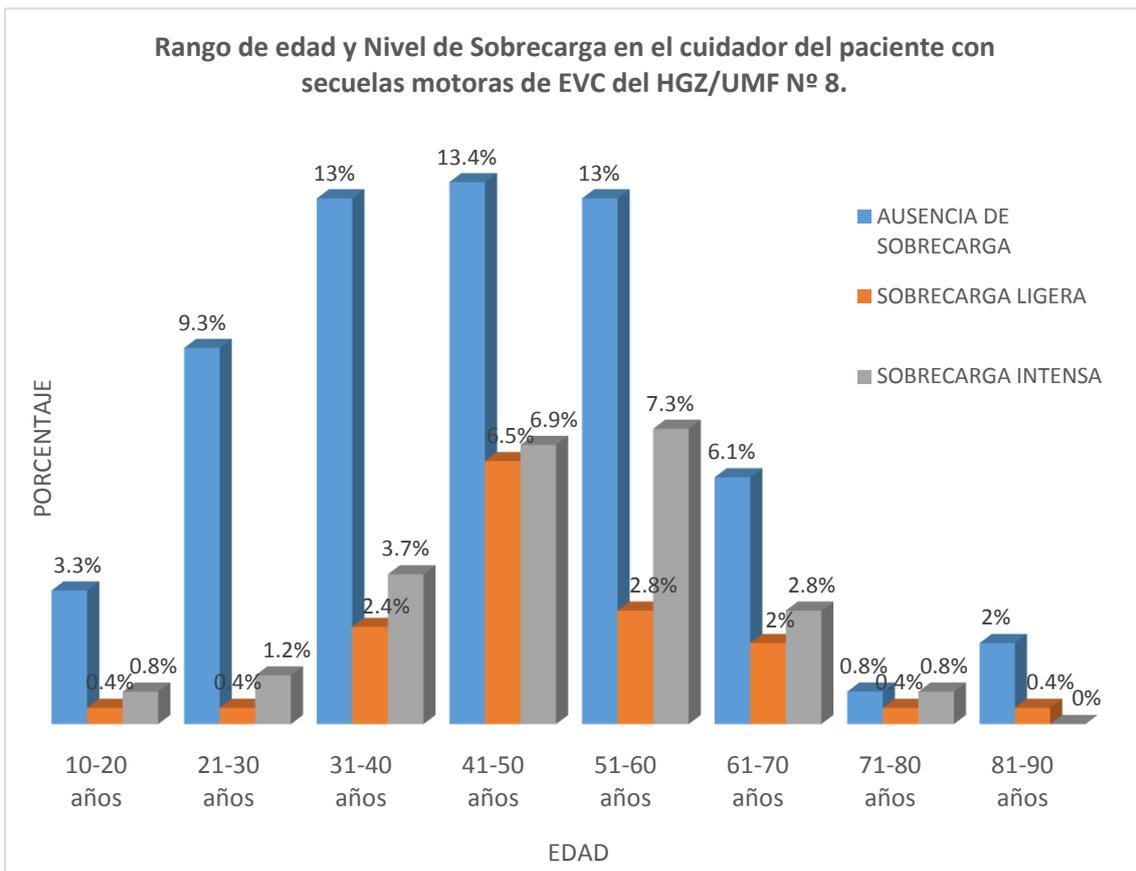
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 17.

Rango de edad y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Edad en rango	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
10-20 años	8	3.3	1	0.4	2	0.8	11	4.5
21-30 años	23	9.3	1	0.4	3	1.2	27	11
31-40 años	32	13	6	2.4	9	3.7	47	19.1
41-50 años	33	13.4	16	6.5	17	6.9	66	26.8
51-60 años	32	13	7	2.8	18	7.3	57	23.2
61-70 años	15	6.1	5	2	7	2.8	27	11
71-80 años	2	0.8	1	0.4	2	0.8	5	2
81-90 años	5	2	1	0.4	0	0	6	2.4
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 17.



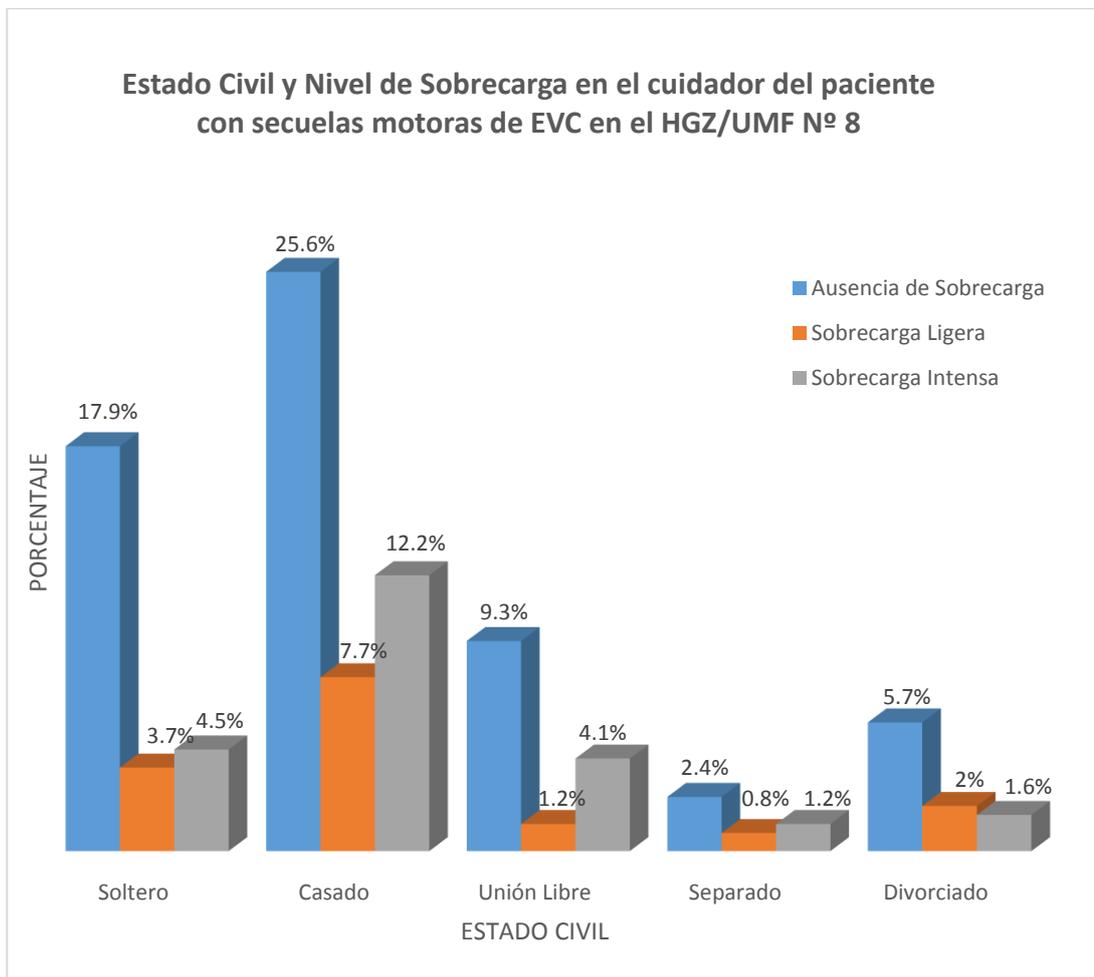
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-CE. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 18.

Estado civil y Nivel de Sobrecarga								
Estado Civil	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Soltero	44	17.9	9	3.7	11	4.5	64	26
Casado	63	25.6	19	7.7	30	12.2	112	45.5
Unión Libre	23	9.3	3	1.2	10	4.1	36	14.6
Separado	6	2.4	2	0.8	3	1.2	11	4.5
Divorciado	14	5.7	5	2	4	1.6	23	9.3
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 18.



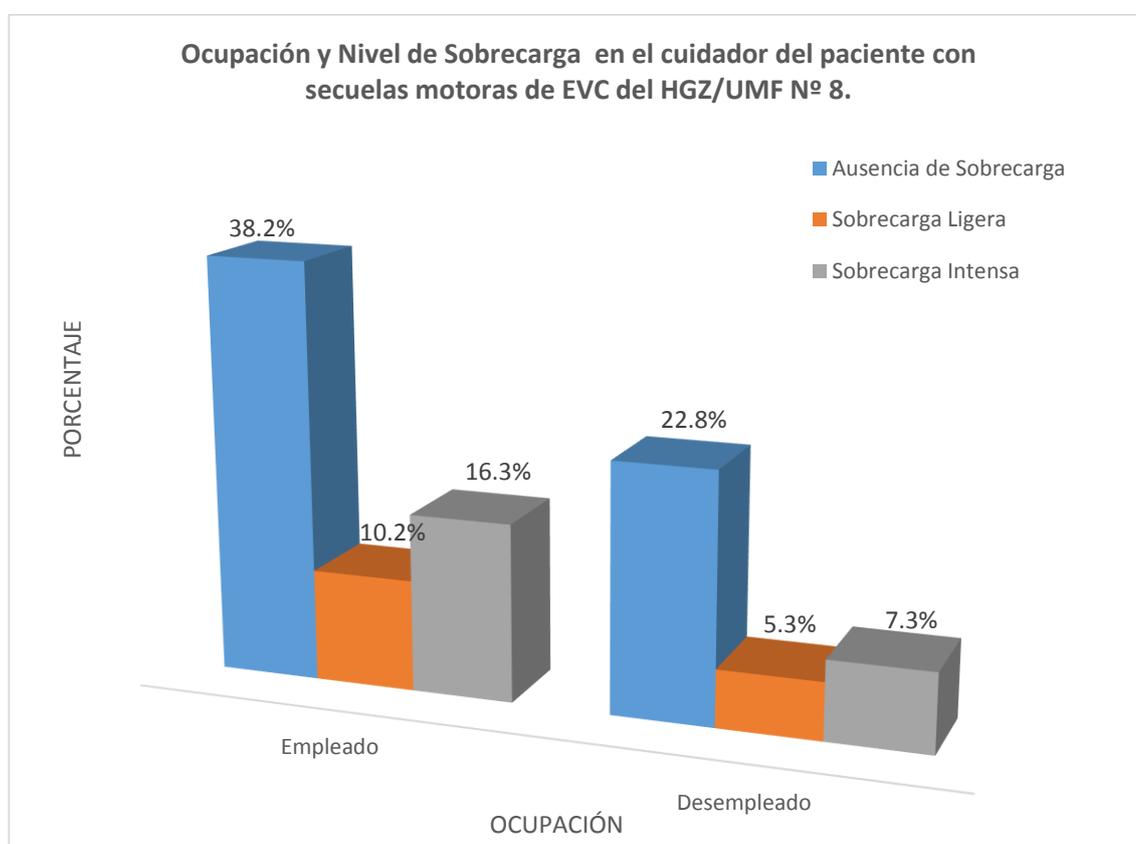
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 19.

Ocupación y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Ocupación	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Empleado	94	38.2	25	10.2	40	16.3	159	64.6
Desempleado	56	22.8	13	5.3	18	7.3	87	35.4
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C.E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 19.



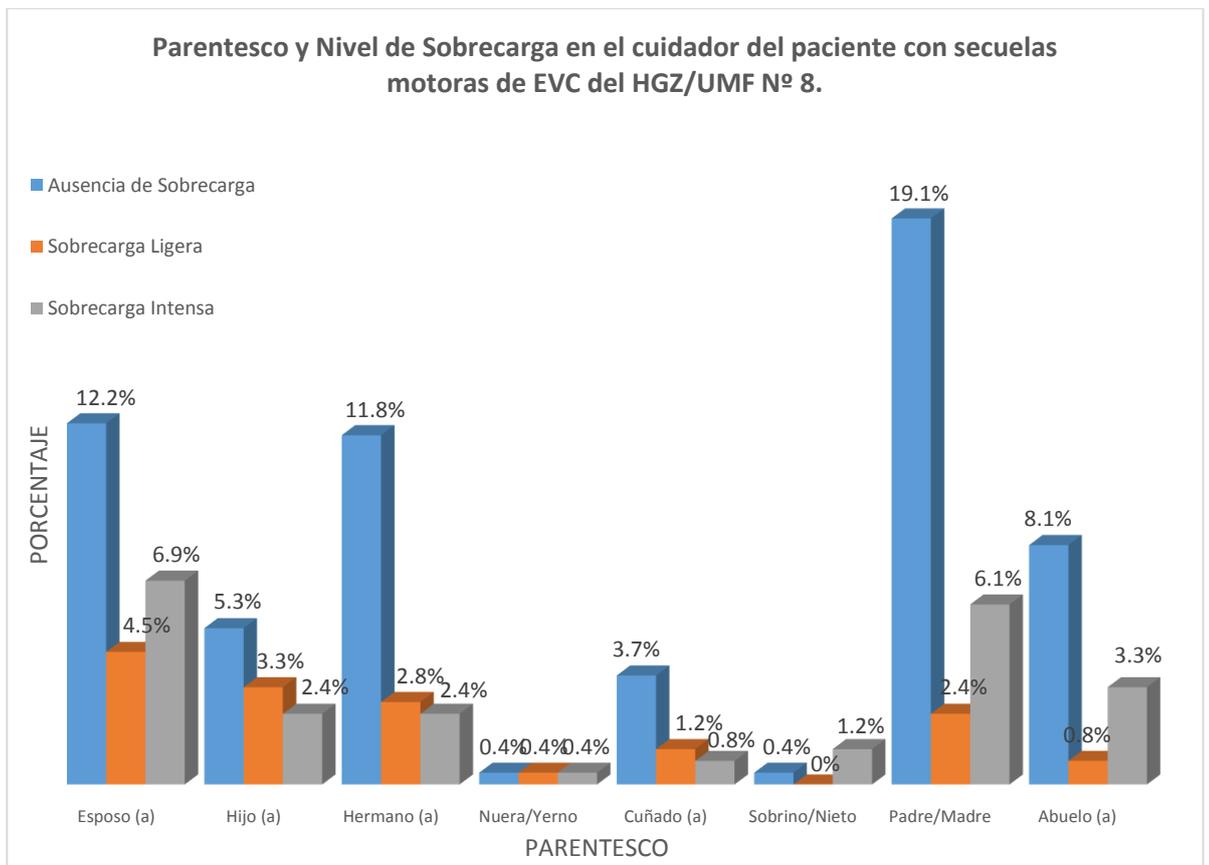
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C.E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 20.

Parentesco y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Parentesco	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Esposo (a)	30	12.2	11	4.5	17	6.9	58	23.6
Hijo (a)	13	5.3	8	3.3	6	2.4	27	11
Hermano (a)	29	11.8	7	2.8	6	2.4	42	17.1
Nuera/Yerno	1	0.4	1	0.4	1	0.4	3	1.2
Cuñado (a)	9	3.7	3	1.2	2	0.8	14	5.7
Sobrino/Nieto	1	0.4	0	0	3	1.2	4	1.6
Padre/Madre	47	19.1	6	2.4	15	6.1	68	27.6
Abuelo (a)	20	8.1	2	0.8	8	3.3	30	12.2
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 20.



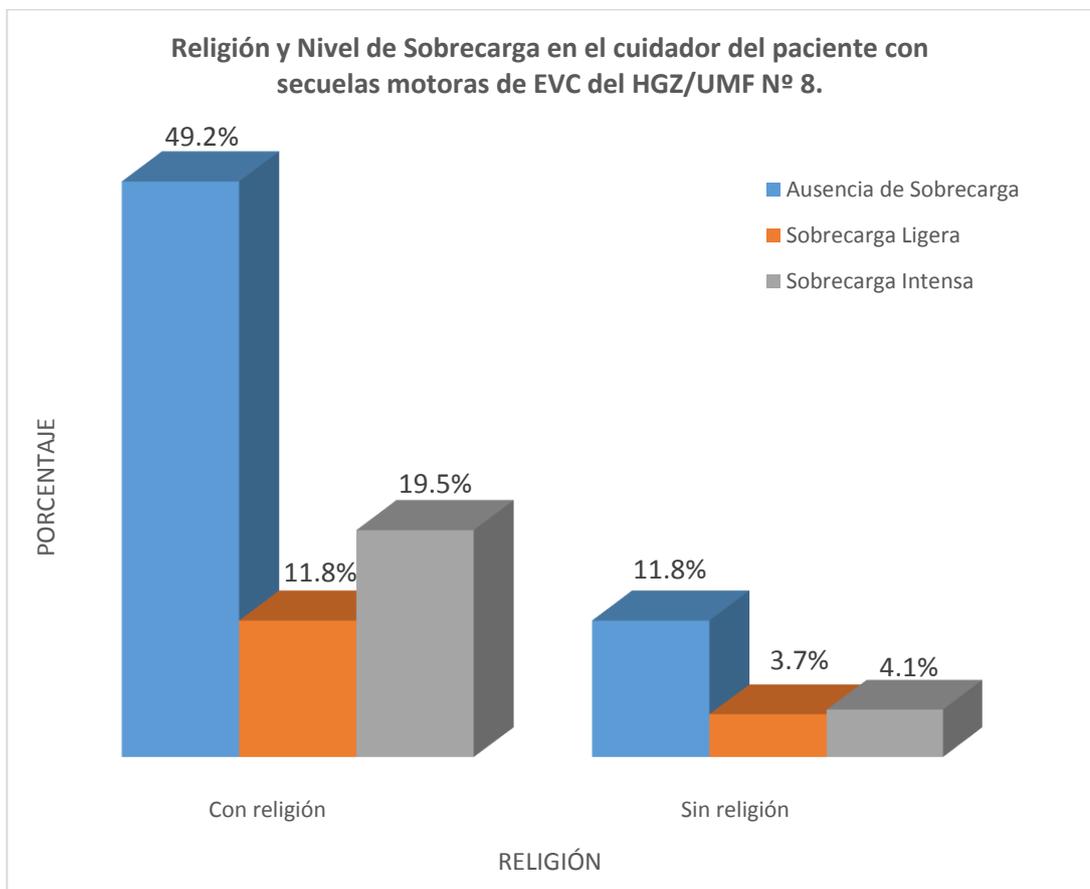
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 21.

Religión y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Religión	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Con religión	121	49.2	29	11.8	48	19.5	198	80.5
Sin religión	29	11.8	9	3.7	10	4.1	48	19.5
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 21.



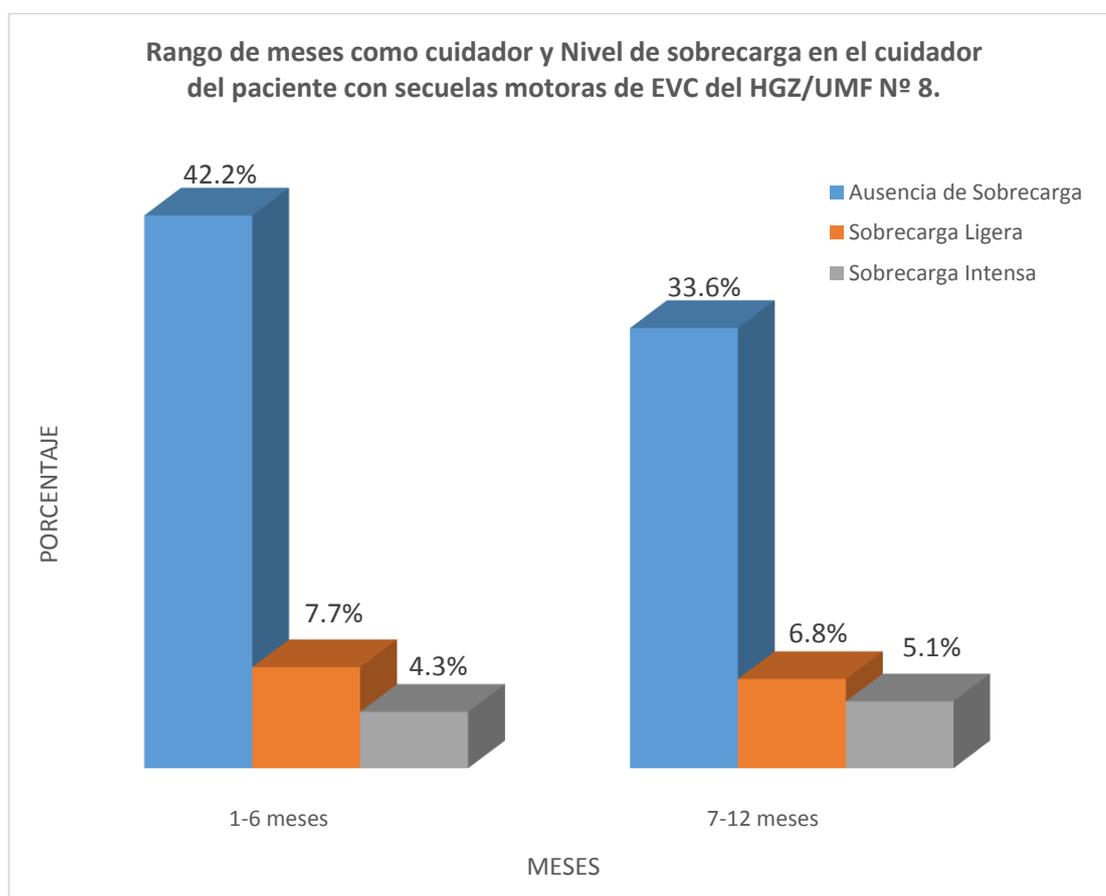
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 22.

Rango de meses como cuidador y Nivel de sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Meses	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
1-6	49	42.2	9	7.7	5	4.3	63	54.3
7-12	39	33.6	8	6.8	6	5.1	53	45.7
TOTAL	88	75.8	17	14.6	11	9.4	116	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 22.



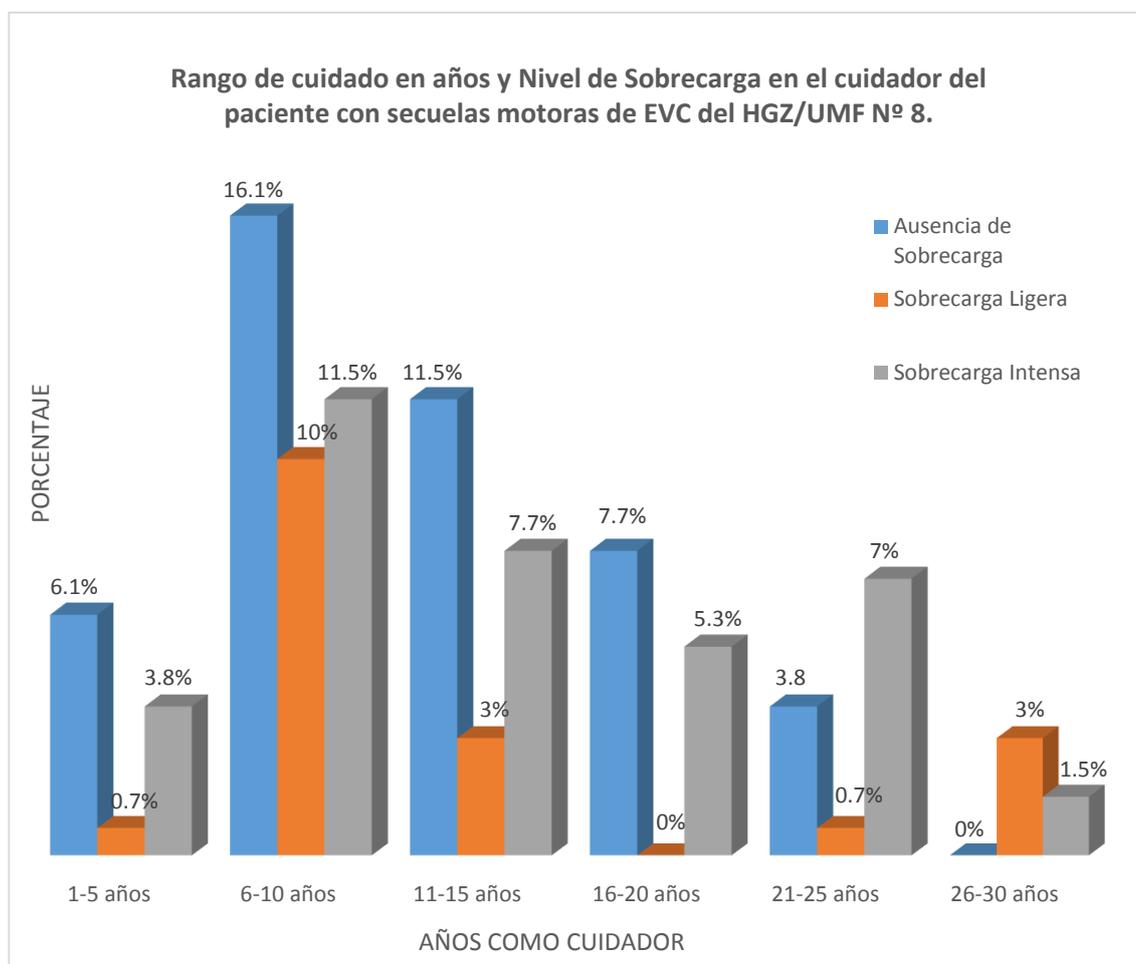
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 23.

Rango de cuidado en años y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Años	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
1-5	8	6.1	1	0.7	5	3.8	14	10.7
6-10	21	16.1	13	10	15	11.5	49	37.6
11-15	15	11.5	4	3	10	7.7	29	22.3
16-20	10	7.7	0	0	7	5.3	17	13
21-25	5	3.8	1	0.7	9	7	15	11.5
26-30	0	0	4	3	2	1.5	6	4.6
TOTAL	59	45.2	23	17.4	48	36.8	130	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 23.



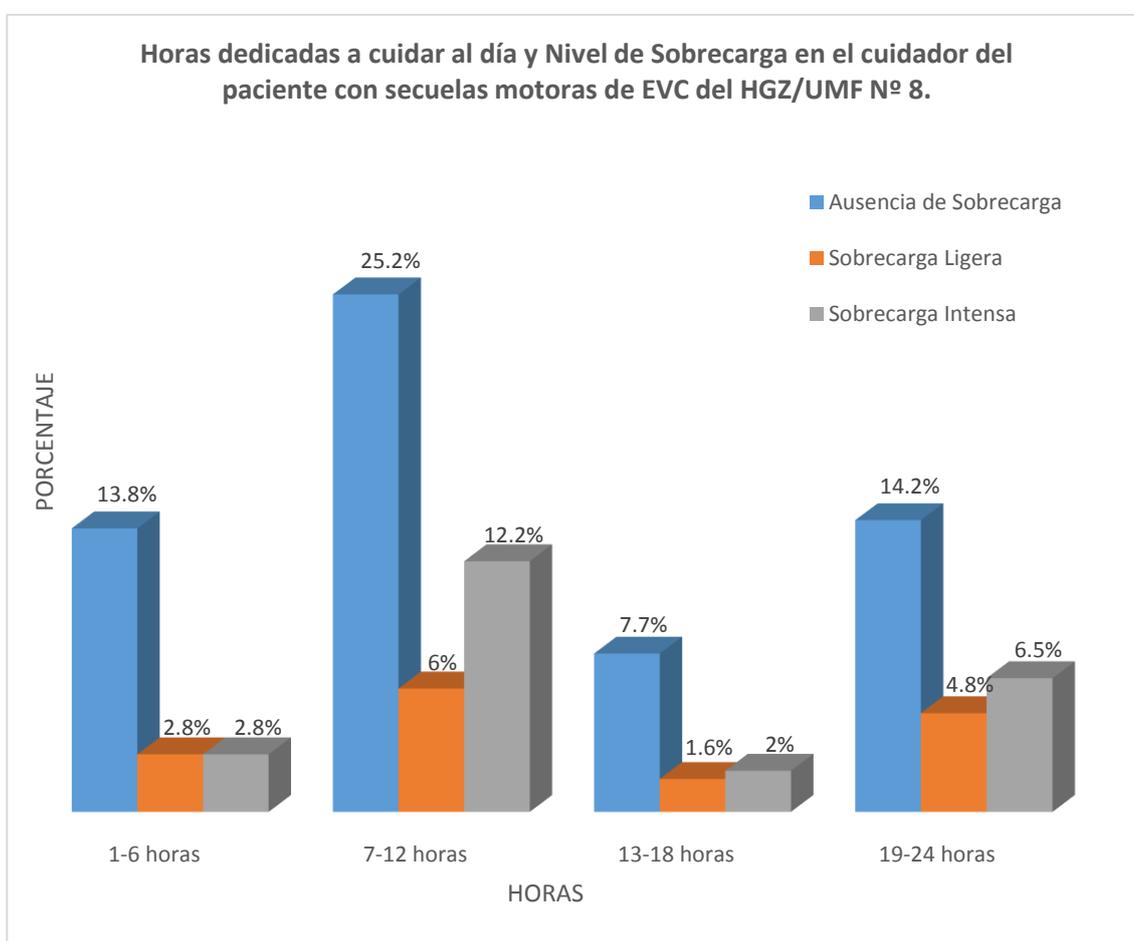
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Tabla 24.

Horas dedicadas a cuidar al día y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Horas	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
1-6	34	13.8	7	2.8	7	2.8	48	19.5
7-12	62	25.2	15	6	30	12.2	107	43.5
13-18	19	7.7	4	1.6	5	2	28	11.3
19-24	35	14.2	12	4.8	16	6.5	63	25.6
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 24.



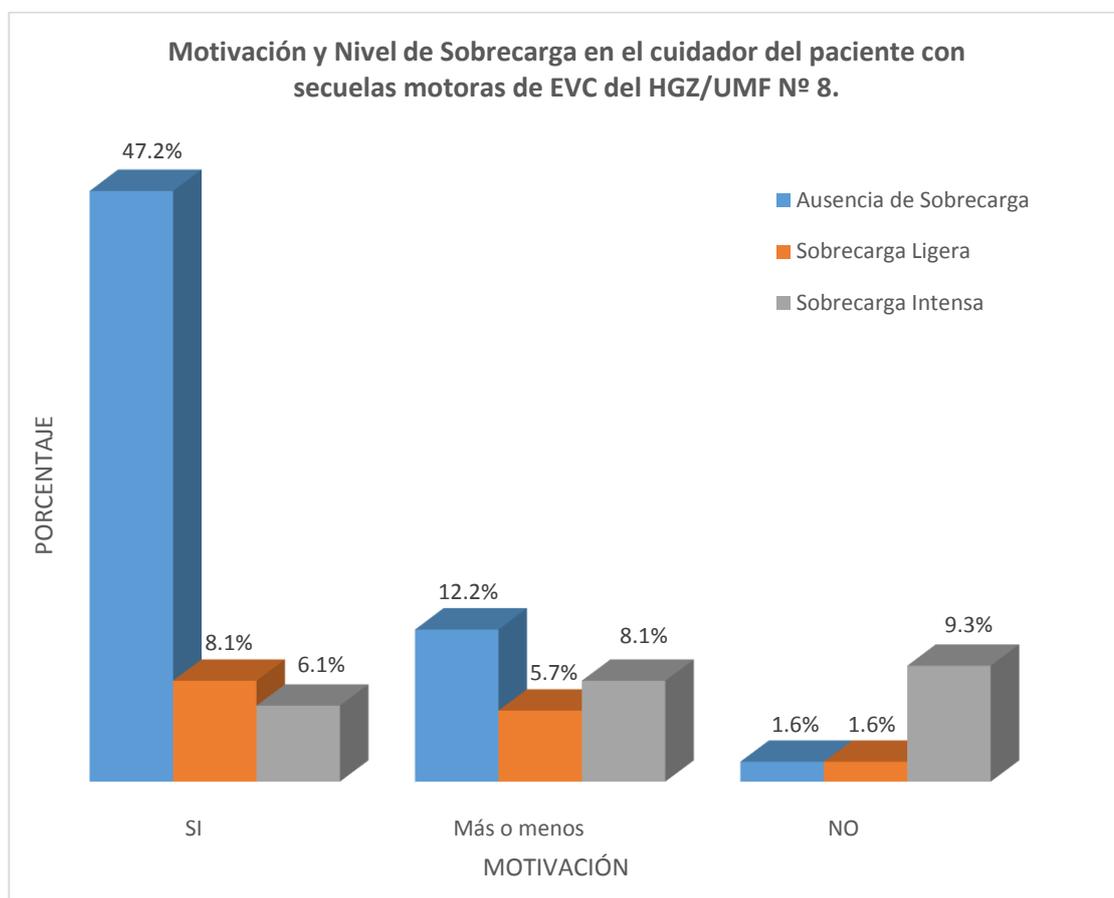
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

Tabla 25.

Motivación y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Motivación	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
SI	116	47.2	20	8.1	15	6.1	151	61.4
Más o menos	30	12.2	14	5.7	20	8.1	64	26
NO	4	1.6	4	1.6	23	9.3	31	12.6
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

Gráfica 25.



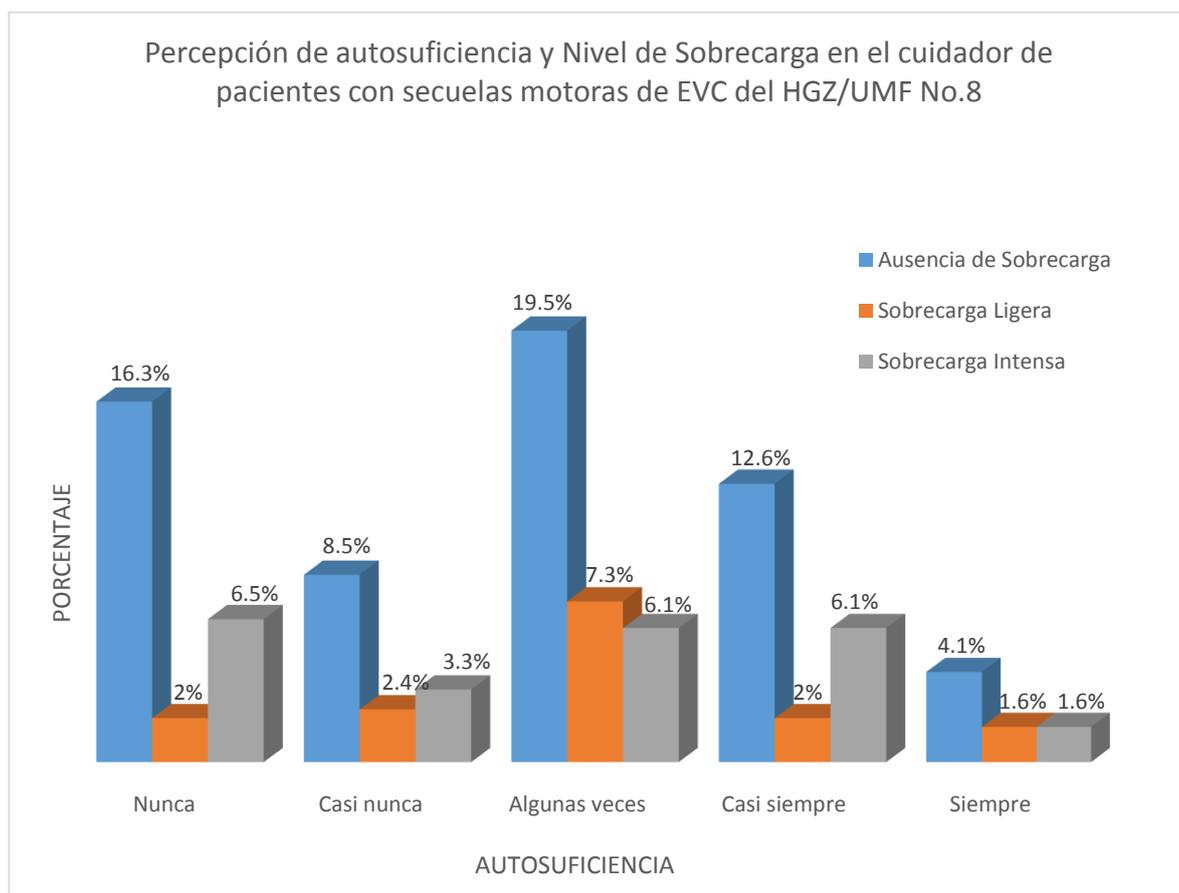
FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015

Tabla 26.

Percepción de autosuficiencia y Nivel de Sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC del HGZ/UMF N° 8.								
Autosuficiencia	Ausencia de Sobrecarga		Sobrecarga Ligera		Sobrecarga Intensa		TOTAL	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Nunca	40	16.3	5	2	16	6.5	61	24.8
Casi nunca	21	8.5	6	2.4	8	3.3	35	14.2
Algunas veces	48	19.5	18	7.3	15	6.1	81	32.9
Casi siempre	31	12.6	5	2	15	6.1	51	20.7
Siempre	10	4.1	4	1.6	4	1.6	16	7.3
TOTAL	150	61	38	15.4	58	23.6	246	100

FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

Gráfica 26.



FUENTE: n=246. Morquecho-M M, Espinoza- A G, Vilchis-C E. Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2015.

DISCUSION:

En el estudio de Espinoza Lavoz y cols. "Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes en control" realizado en 2009 en Chile, resultó que 79% eran mujeres y 21% hombres; en nuestro estudio se encontró a 54.5% mujeres y 45.5% hombres, predominando en ambos estudios el sexo femenino como cuidador, lo cual pudiera estar en relación al rol de la mujer en nuestro medio por factores sociales y al del hombre como proveedor, aunque puede existir flexibilidad, aceptación y complementariedad del rol, pues 45% de los hombres encuestados son cuidadores.

En cuanto al tiempo de cuidado en horas/día, en el estudio de Morales Cariño et al. "Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad" realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación en 2012, se encontró que el 80% cuida entre 1-8 hrs al día al paciente y 14.7% entre 9-16 hrs al día. En nuestro estudio el resultado fue 44.7% entre 1-6 horas y 36.5% entre 7-12 hrs. A pesar de que existen diferentes porcentajes en esta variable; en ambos estudios la mayoría de los cuidadores dedican entre 1-8 horas al día, lo cual corresponde en términos laborales a una jornada de trabajo, pudiendo condicionar cuestiones deletéreas en la esfera biopsicosocial del cuidador. Esta similitud puede deberse al hecho de que la mayor parte de los cuidadores dedica un turno a su jornada laboral, un lapso de tiempo por transporte, actividades personales y el resto del tiempo al cuidado de su paciente.

Respecto a la escolaridad de los cuidadores; en el estudio de Rivera Mora et al "Calidad de vida de los cuidadores primarios en la Clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez, ISSSTE realizado en 2011, predominó la escolaridad preparatoria con 43%, seguida de licenciatura/posgrado con 26%, en nuestro estudio la escolaridad predominante del cuidador fue licenciatura con 35%, seguida de preparatoria y secundaria con 27.7% y 20.3% respectivamente. Al comparar ambas proporciones, en nuestra población se observa claramente un nivel mayor de escolaridad, lo cual puede deberse a la zona geográfica donde se realizó el estudio, así como al hecho de que los derechohabientes del IMSS requieren de un trabajo con una escolaridad más alta para poder ser asegurados.

En el trabajo de Pérez Peñarada "El cuidador primario de familiares con dependencia" realizado en Salamanca Guanajuato en 2009, se analizó el parentesco del enfermo en relación al cuidador, predominando los hijos con 38%, seguido del esposo con 36.6%. En nuestra investigación predominaron los hijos con 27.6% seguido de esposo y hermano con 23.6% y 17.1% respectivamente. Estas diferencias posiblemente radiquen en que los derechohabientes adscritos a esta unidad sean en su mayoría adultos mayores, esto se ve sustentado en el hecho de que la media de edad de pacientes con EVC fue de 63 años, con un valor máximo de 100 años y una desviación estándar de +/- 18 años. Así mismo, el predominio de hijos y esposos como cuidadores puede deberse al hecho de que en nuestro medio la mayoría son familias nucleares, lo que propicia que estos dos integrantes tomen el rol de cuidador.

Al analizar el trabajo de Sotelo Vázquez y cols. "Evaluación del déficit motor en pacientes con hemiparesia posterior a EVC asociado a la sobrecarga del cuidador" realizado en Guadalajara en 2013, el resultado fue de 25% sin sobrecarga, 33% sobrecarga ligera y 41% sobrecarga intensa. En la investigación de Mendoza-Suárez "Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica" realizado en 2014 en Perú; 8.8% no tuvieron

sobrecarga, 19.1% sobrecarga ligera y 72.1% sobrecarga intensa. Por otra parte, en el estudio de Mar y cols "Calidad de Vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido realizado en España en 2011, 33% tuvo ausencia de sobrecarga, 33% sobrecarga ligera y 33% sobrecarga intensa. Según González y cols en su investigación "Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas" realizado en Argentina en 2004 se vio a 44.4% sin sobrecarga, 31.1% sobrecarga ligera y 24.4% sobrecarga intensa. En nuestro estudio se encontró a 60.8% sin sobrecarga, 15.5% sobrecarga ligera y 23.7% sobrecarga intensa. Al comparar los diversos trabajos, se encuentran diferencias importantes en cuanto a la sobrecarga, lo cual puede deberse al hecho de que esta condición es multifactorial y depende de un sinnúmero de variables para desarrollarla, además del hecho de que no se correlacionó el grado de dependencia ni el déficit motor del paciente, cuyas variables son determinantes para generar sobrecarga.

En la investigación de Domínguez Sosa y cols "Síndrome de sobrecarga de cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas Tabasco" en 2008, la edad promedio del cuidador fue de 40 años, con una desviación estándar de 12.8 años, valor mínimo de 18 y máximo de 75 años; En nuestro trabajo la edad promedio fue de 47 años, desviación estándar de 14.8, valor mínimo de 18 y máximo de 88 años, encontrándose que ambos grupos de edad se encuentran en la quinta década de la vida, posiblemente por el hecho de que en su mayoría los cuidadores son esposos y/o hijos.

En el estudio de García Calvante "El perfil sociodemográfico de la mujer cuidadora" realizado en España en 2004, su estado civil fue unido (casado/unión libre) en 70% y no unido (soltero, divorciado, separado, viudo) en 30%. En nuestra investigación se encontró a 60% unidos (casado/unión libre) y 40% no unidos (soltero, divorciado, separado, viudo). Aunque porcentualmente existe una diferencia del 10%, en ambos grupos predomina ampliamente el estado civil casado, lo cual puede deberse a que en nuestra sociedad predomina la monogamia. También llama la atención un aumento del 10% en cuanto a los no unidos, lo cual podría deberse a que actualmente las personas ya no se casan y solo viven en unión libre, además de que existe un aumento en el índice de divorcios en nuestro medio.

Según Paz Rodríguez y cols en su trabajo "Identificación de variables predictores de violencia en las diadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas" realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en 2012, 83.1% de los cuidadores tenía religión y 16.9% no tenía. En nuestro trabajo, 80.5% de los cuidadores tenían religión y 19.5% no tenían. Al analizar estos datos se observa claramente una similitud importante en esta variable, posiblemente porque se estudió una población urbana en la misma entidad federativa, donde predomina el catolicismo, además del hecho de que el contexto cultural se caracteriza por tener una religión, lo cual suele ser un factor protector para algunas enfermedades.

En el trabajo de Flores G y cols "Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol de cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa" realizado en Chile en 2011 se correlacionó el número de años como cuidador y el nivel de sobrecarga, encontrando que 66.7% de los cuidadores que tienen entre 1-5 años realizando esta función tienen sobrecarga intensa. En nuestro estudio se vio que el rango de 6-10 años como cuidador tuvo el mayor grado de sobrecarga intensa, representando el 11.6%. Las diferencias encontradas pueden deberse a que a entre más tiempo se tenga como cuidador, menor será la sobrecarga, esto posiblemente porque se pueden echar a andar mecanismos de defensa y adaptación a lo largo del tiempo, búsqueda de redes de apoyo, asesoramiento por personal de salud para el cuidado del enfermo, establecimiento de rutinas de

cuidado, organización de tiempo, dinero y recursos, condicionando disminución del nivel de sobrecarga.

En la presente investigación se encontró que el sexo femenino tiene más sobrecarga intensa con 15.9% comparado con el sexo masculino, que fue de 7.8%, la ausencia de sobrecarga y sobrecarga intensa son similares en ambos sexos. No existe literatura que compare estas dos variables para buscar similitudes o diferencias al respecto. La mayor sobrecarga en la mujer puede deberse al rol de ama de casa, además de que en la actualidad la mujer también realiza actividades laborales remuneradas, siendo al mismo tiempo cuidadora, ama de casa y proveedora, haciéndola más susceptible a sobrecarga.

La escolaridad puede ser un factor protector para generar sobrecarga, ya que en nuestro estudio los cuidadores con preparatoria y licenciatura tuvieron ausencia de sobrecarga en 17.5% y 24.8% respectivamente, esto puede explicarse por el hecho de que a mayor escolaridad, se puede valer de más mecanismos de defensa y adaptación para el cuidado del paciente, un mejor entendimiento de la enfermedad y cómo sobrellevar el rol de cuidador. No se encontraron investigaciones donde se correlacionaran estas dos variables.

En nuestra investigación se encontró que 47.2% de los pacientes motivados para cuidar a su familiar tiene ausencia de sobrecarga y que los no motivados tienen 9.3% de sobrecarga intensa, lo cual orienta al hecho de que la motivación es un factor protector para sobrecarga, además ser una variable que debe trabajarse en el primer nivel de atención para mejorar las características del binomio cuidador-enfermo. No existen trabajos que comparen estas dos variables.

Dentro del rango de cuidadores con menos de un año al cuidado del enfermo, nuestro estudio arroja que 75.8% tiene ausencia de sobrecarga, lo cual puede explicarse por el hecho de que entre menos tiempo lleven como cuidadores, existe mayor motivación y compromiso para efectuar esta función, sin embargo, no se toman en cuenta variables como las horas de cuidado al día, si el cuidador realiza otras actividades o padece alguna enfermedad que disminuya su capacidad de cuidado. Por otra parte, al tener más tiempo como cuidador, se pueden echar a andar mecanismos de defensa y adaptación para fungir como cuidador, lo cual resulta en disminución de sobrecarga. No se encontró literatura que evalúe la interacción entre estas dos variables.

Dentro de los alcances de este estudio está el hecho de que no existen investigaciones previas en este tema, por lo cual esto es un parteaguas para futuros trabajos sobre este tema, en otro ámbito, al realizar el análisis estadístico, se vio que existen variables sociodemográficas que parecen ser factores protectores y de riesgo para la sobrecarga, ya que en cuidadores con mayor escolaridad, religión, casados, familiaridad cercana tuvieron en su mayoría ausencia de sobrecarga, lo que es útil para la práctica asistencial. En el mismo ámbito, se encontraron factores que favorecen el desarrollo de sobrecarga intensa, tales como ser mujer, empleado y tener entre 40-60 años. Otro alcance radica en la identificación del factor motivación para disminuir la presencia de sobrecarga.

En lo referente a las limitaciones del estudio se debe considerar que la muestra no es representativa, ya que se desconoce la estadística de pacientes con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF 8, además de que está solo se estudió en el HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", por otra parte, no se midió el nivel de discapacidad del paciente con EVC, lo cual puede influir de manera importante en el desarrollo de sobrecarga del cuidador. No se determinó la existencia de comorbilidades en el cuidador

ni en el enfermo, siendo este punto algo importante ya que puede influir en el nivel de sobrecarga.

Otra limitación del estudio es que existen pocas investigaciones que correlacionen las dos variables estudiadas en este trabajo, lo cual dificultó el análisis y comparación de las mismas.

Al analizar los sesgos no se determinó la existencia de comorbilidades en el cuidador ni en el enfermo, siendo este punto importante ya que puede influir en el nivel de sobrecarga. El tiempo que se tiene como cuidador es un factor que influye en la sobrecarga, ya que a mayor tiempo como cuidador menor nivel de sobrecarga. En cuanto a la selección de la muestra, no se consideró a cuidadores que tengan más de un familiar a su cuidado ni las horas que tiene como trabajador (jornada laboral), lo cual puede aumentar la sobrecarga. Otro sesgo de selección fue que no se tomó en cuenta el tipo de EVC, ya que los de tipo hemorrágico suelen tener secuelas motoras mucho más marcadas que los de tipo isquémico, independientemente del sitio y extensión de la lesión.

Durante la presente investigación no se presentaron dificultades operativas y/o de orden administrativo, ya que se contó con el apoyo del personal de salud y de enseñanza en todo momento.

Al analizar la aplicabilidad del estudio; desde el punto de vista asistencial, es importante conocer el tema de la sobrecarga, ya que genera consecuencias deletéreas en el ámbito biológico, social y psicológico, es por eso que como médicos familiares debemos darle importancia al tema e identificar a cuidadores en riesgo de sobrecarga para proponer la implementación de estrategias que contrarresten esta situación y mejoren las condiciones del binomio cuidador-enfermo, se propone también formar planes de manejo tales como entrevista, identificación del problema, metas para disminuir la sobrecarga, mejorar patrón de sueño del cuidador, riesgo de violencia, entre otras. Al identificar estas condiciones se podrá referir a las instancias correspondientes para su manejo integral. También se sugiere hacer hincapié en la prevención de enfermedades cardiovasculares, así como en su adecuado control por parte del médico familiar para prevenir EVC. Las visitas domiciliarias pueden aportar datos relevantes sobre las condiciones generales de vivienda y análisis objetivo de la dinámica familiar del paciente y el médico familiar podrá realizar sugerencias de modificación de la vivienda y del ámbito familiar para hacer más funcional el cuidado.

Desde el punto de vista administrativo, al identificar a los cuidadores con sobrecarga, se podrá establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, disminuyendo costos en recursos humanos, sobrecarga de valoración médica por diversos especialistas, hospitalizaciones, laboratorio y gabinete, uso indiscriminado de fármacos para ansiedad, depresión, insomnio, etc. En el estudio se observó que 66.7% de los pacientes con EVC está desempleado y 21.2% pensionado/jubilado, lo cual representa pérdida de ingresos en pacientes que aún se encuentran en edad productiva, por lo que al implementar estrategias para disminuir la incidencia de EVC disminuirán costos a nivel institucional y los pacientes continuarán siendo productivos desde el punto de vista económico.

En el ámbito de la investigación es importante conocer la asociación entre las variables estudiadas para identificar tempranamente la sobrecarga, además de tomar en cuenta las limitaciones del estudio citadas previamente para enriquecer más las investigaciones futuras. Se sugiere realizar un estudio con una muestra mayor, con un tipo de estudio

diferente, por ejemplo; casos y controles para comparar ambos grupos o un estudio prospectivo en los que se dé seguimiento al cuidador y a las variables estudiadas.

En cuanto al aspecto educacional, se deben implementar estrategias para que el personal de salud conozca este tema y explique ampliamente a los familiares sobre el cuidado del enfermo, mantenerlos motivados y referirlos a las instancias correspondientes para manejar de forma integral a la diada cuidador-enfermo. Enseñar al paciente a identificar de forma precoz los síntomas relacionados con sobrecarga y cómo manejarlos. Como médicos familiares, debemos hablar de la alteración que tendrá la dinámica familiar y la importancia de que la familia conozca los roles y como hacerlos funcionales, además de identificar redes de apoyo.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo de estudio al evaluar el nivel de sobrecarga en el cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8, encontrando que 60.8% de los cuidadores tienen ausencia de sobrecarga y el 39.2% tiene algún grado de sobrecarga.

Con los datos obtenidos en la presente investigación se acepta la hipótesis alterna y se descarta la nula, ya que en los cuidadores de pacientes con secuelas motoras de EVC casi la mitad de los cuidadores presenta algún grado de sobrecarga.

Nuestro estudio arrojó que la mayoría de los cuidadores dedica entre 1-6 horas al día a cuidar a su familiar y más de la mitad de los cuidadores tiene entre 1-5 años realizando esta función.

Dos terceras partes de los cuidadores se sienten motivados para cuidar al paciente. A su vez, perciben que más de la mitad de los enfermos pueden valerse por sí mismos, lo que implica que el médico de familia debe centrar su atención en mantener motivado al cuidador y dar a conocer estrategias simples para que identifique síntomas de sobrecarga y realice actividades para disminuir esta condición.

Al evaluar la ocupación del paciente con secuelas motoras de EVC, sólo una décima parte se encuentra empleado, su edad media fue de 63 años +/- 18 y la mayoría puede valerse por sí mismo, lo que hace pensar que este grupo entra aún en el rubro de edad productiva, por lo que se debe abordar esta situación para implementar rehabilitación temprana y en un futuro; programas de reincorporación a la vida laboral para mejorar las condiciones generales del binomio cuidador-enfermo, ya que al restituir al paciente al ámbito laboral mejorará su esfera emocional y física, disminuirá el número de horas dedicadas a cuidar y el nivel de sobrecarga.

La religión, mayor escolaridad, ser casado, tener trabajo y un parentesco cercano (padres e hijos); parecen ser factores protectores para el desarrollo de sobrecarga, ya que en estas variables predominó la ausencia de sobrecarga.

Dentro de las variables que cursaron con un mayor porcentaje de sobrecarga intensa fueron ser mujer, escolaridad secundaria y preparatoria, casado, empleado, tener entre 40-60 años de edad y con religión, al analizar estos parámetros, se puede concluir que estos pudieran ser factores de riesgo para generar sobrecarga intensa, pudiendo aplicar el test de Zarit en esta población como screening para su identificación, así como el Test de Goldberg para depresión y ansiedad, puesto que el 90% de los cuidadores con sobrecarga cursan con estas condiciones.

Los cuidadores no motivados son más susceptibles a desarrollar sobrecarga intensa, es por esto que siempre se debe abordar el tema de la motivación del cuidador para diferenciar a este grupo en riesgo y trabajar en la búsqueda de soluciones.

Los cuidadores entre 40 y 60 años presentaron mayor porcentaje de sobrecarga intensa, por lo que el médico de primer contacto debe centrarse en este grupo, ya que además de ser más susceptible de desarrollar la variable en cuestión, también se encuentran en el rango de edad en el que debutan las enfermedades cronicodegenerativas, condicionando mayor deterioro biopsicosocial y disminuyendo la atención del cuidado al enfermo.

El número de horas dedicadas diariamente al cuidado del paciente no parece influir en el nivel de sobrecarga, ya que se encontraron resultados muy heterogéneos al analizar el rango de horas de cuidado al día y el nivel de sobrecarga, por tal motivo se sugiere abordar más a fondo este tema para futuras investigaciones.

El dedicar entre 1-12 horas al día como cuidador parece ser un rango seguro para evitar desencadenar sobrecarga, ya que una cuarta parte de los cuidadores en este rango tuvieron ausencia de sobrecarga.

Entre más años se tengan al cuidado del enfermo, mayor riesgo de generar sobrecarga intensa, lo cual es más común a partir de los 6 años como cuidador, por lo que se sugiere la identificación de redes de apoyo para trabajar en la flexibilidad, complementariedad y aceptación del rol de cuidador por otros miembros de la familia y así disminuir la sobrecarga.

En los enfermos que nunca pueden valerse por sí mismos se presentó el mayor porcentaje de sobrecarga intensa por parte del cuidador, lo cual demuestra que el grado de autosuficiencia del enfermo con secuelas de EVC es un factor condicionante de sobrecarga.

La ausencia de sobrecarga se observó en 3/4 partes de los cuidadores que tienen menos de un año ejerciendo esta función, lo que sugiere que entre menos tiempo se lleve como cuidador, menor grado de sobrecarga.

Se deben identificar redes de apoyo, hacer partícipe a diversos miembros de la familia en el cuidado del enfermo para generar motivación y compromiso.

Al implementar acciones en beneficio del binomio cuidador-enfermo, se logrará disminuir la incidencia de comorbilidades asociados a sobrecarga, la prescripción de fármacos para tratar las consecuencias de la sobrecarga, mejorar las condiciones del enfermo y evitar hospitalizaciones frecuentes, complicaciones intrahospitalarias y se reduciría el número de horas/cama en la institución.

Las diferencias encontradas en la literatura al correlacionar el nivel de sobrecarga y las secuelas motoras de EVC sugieren que la sobrecarga es multifactorial y que diversos componentes influyen en su desarrollo.

Es fundamental para el especialista en medicina familiar conocer ampliamente este tema, ya que dada la alta prevalencia de EVC en nuestro medio, el riesgo de generar sobrecarga del cuidador es considerable y es en función del enfoque de riesgo que caracteriza a esta especialidad que se deben identificar a los cuidadores en riesgo de generar sobrecarga, identificar su sintomatología, implementar estrategias a nivel de consultorio para disminuir la sobrecarga, evaluar las redes de apoyo y evaluar a la familia en general, no sólo al binomio cuidador-enfermo, para de esta forma contar con más familiares al cuidado del paciente y distribuir los deberes que conllevan ser cuidador, además de abordar integralmente a cada miembro de la familia.

El cuidado sigue representando el primer recurso asistencial de atención a las personas dependientes. Este hecho comporta diversas connotaciones que se deben tener en cuenta a la hora de generar y promover normativas encaminadas al desarrollo del estado del bienestar de la diada cuidador-enfermo, donde uno de los objetivos primordiales consiste en la mejora de la calidad de vida de la población, aportando recursos en aquellos casos donde los individuos se vean privados de su autonomía y de sus habilidades necesarias para su desarrollo personal.

Aunque las investigaciones sobre esta temática siguen avanzando, se hace necesario el análisis de diversas variables a un nivel más específico, tales como la determinación del grado de déficit motor, autosuficiencia del enfermo, abordar la esfera psíquica del binomio cuidador-enfermo e indagar las diversas comorbilidades que influyan en el desarrollo de sobrecarga.

El aumento de la población geriátrica y de enfermedades crónicas eleva el grado de discapacidad, por lo tanto aumenta también la necesidad de cuidadores, por tal motivo debe comenzarse a abordar esta temática a nivel institucional para eventualmente modificar políticas de salud e implementar cursos sobre cuidado.

Con los resultados del análisis anterior identificamos algún grado de sobrecarga en más de la mitad de la población de cuidadores de pacientes cronicodegenerativos, la cual está estrechamente relacionada con el tiempo de ejercer esta función, las patologías con las que cuenta el cuidador y con el grado de dependencia de los pacientes cuidados. De esta forma es prioritario el poder realizar programas donde podamos evaluar y dar seguimiento al estado de salud para evitar el desarrollo de complicaciones y la presencia de otras enfermedades.

Por otro valdría la pena el poder orientar a esta población en cuanto a los cuidados de su paciente (técnicas de movilización, orientación nutricional, etc.); así como manejo del estrés; la cual puede impactar tanto en los cuidadores como en los pacientes; ya que la sobrecarga también influye en la calidad de atención del paciente cuidado.

La salud física y emocional del cuidador tiene el potencial de influir en la salud, bienestar y rehabilitación exitosa de los pacientes que sufren un EVC. La Detección precoz de sobrecarga por parte del médico familiar permite realizar intervenciones sobre el paciente y el cuidador, establecer grupos de apoyo o programas de intervención para los cuidadores, esto con la finalidad de reducir el deterioro en su calidad de vida, mejorar su autosuficiencia y prevenir sobrecarga.

Para quien desee continuar con la investigación a futuro, se sugiere realizar el índice de Barthel para actividades de la vida diaria y determinar el grado de dependencia del enfermo para así correlacionarlo con el nivel de sobrecarga; aplicar el test de ansiedad y depresión de Goldberg para correlacionar estas dos variables.

También considero importante la correlación entre las horas de cuidado al día, nivel de motivación, horario laboral, enfermedades del cuidador y sobrecarga, además de conocer si el paciente con EVC tiene alguna otra comorbilidad que pueda condicionar aumento en la sobrecarga. Otro punto relevante sería establecer la asociación entre sobrecarga según los diferentes tipos de cuidadores (formal, informal, principal, familiar, profesional, etc.)

Se sugiere también estudiar el tiempo específico en el que se comienza a generar la sobrecarga para permanecer bajo supervisión médica en el tiempo en el que se es más susceptible de desarrollar sobrecarga.

Otras directrices para futuras investigaciones son identificar a cuidadores en riesgo de ejercer violencia contra el paciente, determinar el nivel de conocimiento sobre cómo identificar y evitar la sobrecarga en los cuidadores, conocer si en la familia se rola la función de cuidador, determinar que pacientes con EVC tomaron rehabilitación posterior al cuadro y evaluar intencionadamente el patrón de sueño del cuidador.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Arias Cuadrado, Angel. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clin* 2009; 70 (3): 25-40.
2. Camacho Estrada, Lilian. Jiménez Mendoza, Araceli. Sobrecarga del cuidador primario en personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Vol. 7 Año 7 No 4. Oct-Dic 2010.
3. S. Pinedo, M. Miranda, A. Suárez, M.M. García Ortiz, M. Quirós, A.M. Herrero. Sobrecarga del cuidador informal del paciente en ictus a largo plazo. *Rehabilitación (Madr)*. 2010; 44(4):345-350.
4. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porrás Santos N, Gómez Marcos MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*. 2009;41:621-8.
5. Idayo Breinbauerk, Hugo Vázquez V, Sebastián Mayanz S, Claudia Guerra, Teresa Millan K. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chile* 2009; 137: 657-665.
6. Ruiz-Sandoval JL, Chiquete E, Garate-Carrillo A, et al. Spontaneous intracerebral hemorrhage in Mexico: results from a multicenter nationwide hospital-based registry on cerebrovascular disease (RENAMEVASC). *Rev Neurol*. 2011;16(53):705-12.
7. Antonio Arauz, Ruiz-Franco, Angélica. *Enfermedad Vascular Cerebral*. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 55, No. 3. Mayo-Junio 2012.
8. Edward C. Jauch. Et.al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. (*Stroke*. 2013;44:XXX-XXX.). Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/>
9. Swain S, Turner C, Tyrrell P, Rudd A. Diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008;337-786
10. Visser-Meily A, Post M, van de Port I, Maas C, Forstberg-Wärleby G, Lindeman E. Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke. *Stroke*. 2009;40:1399-404.
11. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2008;359:1317-1329.
12. Muir K, Weir J, Murray D, Povey C, Lees K. Comparison of neurological scales and scoring systems for acute stroke prognosis. *Stroke*. 1996;27:1817-20.
13. Antithrombotic Therapy for Ischemic Stroke. *CHEST / 141 / 2 / FEBRUARY, 2012 SUPPLEMENT*
14. Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet*. 2010;375:1695-1703
15. Alonso de Leciana M, et al. Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. *Neurología*. 2013. doi:10.1016/j.nrl.2011.09.012
16. Grysiewicz R, Thomas K, Pandey D. Epidemiology of ischemic and hemorrhagic stroke: incidence, prevalence, mortality and risk factors. *Neurol Clin*. 2008;26:871-95.
17. Morais HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araujo TL. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2012 sep-oct; 20(5):944-53.
18. Martínez Cepero, Félix E. Recuperación de la salud del cuidador principal, en proyecto sociocultural "Quisicuaba". Los sitios, Centro Habana. *Rev Elect Enfermería*. No 25, Dic 2012: 92-103.

19. Barrón y Alvarado. Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología* 4 (2009); 39-46.
20. Sánchez, P., Mouronte, P. y Olazarán, J. (2001). Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia: experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Revista de Neurología*, 33(5): 422-424.
21. F.J. Carod Atril, J.A. Egido-Navarro, J.L. González-Gutiérrez, E. Varela de Seijas. Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Rev Neurol* 1999;28(12):1130-1138.
22. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N, Gómez Marcos MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*. 2009;41:621-8.
23. Siegert RJ, Jackson DM, Tennant A, Turner-Stokes L. Factor analysis and Rasch analysis of the Zarit Burden Interview for acquired brain injury carer Research. *J Rehabil Med*. 2010;42:302-9 .
24. Espinoza lavoz, elena;méndez villarroel, viviana; lara jaque, Roxana;rivera Caamaño, pilar. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores Informales de adultos mayores dependientes, en control en el Consultorio "José durán trujillo", san carlos, chile *Theoria*, vol. 18, núm. 1
25. Morales Cariño, Elizabeth. Jiménez Herrera, Blanca. Serrano Miranda, Tirzo. Evaluación del colapso del cuidador primario de pacientes adultos mayores con síndrome de inmovilidad. *Revista de Investigación clínica/Vol. 64Num. 3/Myo-Junio, 2012/pp.240-246.*
26. Rivera-Mora H, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza Avilés A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Rev Esp Med Quir* 2011; 16(1):27-32.
27. Pérez Peñarada, Anibal, El cuidador primario de familiares con dependencia. Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Salamanca, 2006.
28. Mendoza Suárez, Gladys. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Rev Soc Peru Med Interna* 2014; vol 27 (1)
29. Mar, Javier. Arantzazu Arrospide et. al. Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(4):200-205.
30. González, Fernando. Graz, Ana. Podesta, Josefina. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía. Edición Electrónica-Volumen IX-Nº 4. 2004.*
31. Domínguez Sosa, G. Zavala González, M. De la Cruz Méndez, Dora del armen. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a Mayo de 2008. *MéD. UIS*. 2010;23:28-37
32. Paz Rodríguez, Francisco. Sánchez Guzmán María. Identificación de variables predictores de violencia en díadas paciente-cuidador de cuatro enfermedades neurológicas. *Rev Mex Neuroci* 2012; 13 (4): 205-214.
33. Flores G, Elizabeth. Rivas R, Edith. Seguel P, Fredy. Nivel de Sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *CIENCIA Y ENFERMERIA XVIII (1): 29-41, 2012.*

ANEXOS

ANEXO 1. Test de Zarit.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN EL PACIENTE
CON SECUELAS MOTORAS DE EVC DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UMF 8 “DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta un cuestionario que consta de 2 partes, la primera son los datos generales del cuidador (usted) y del paciente, la segunda parte es el cuestionario con el que usted participará en el estudio. Es importante no dejar ningún espacio sin contestar. En caso de tener alguna duda sobre el cuestionario favor de informarle al aplicador de la encuesta. Cuenta con un tiempo máximo de 30 minutos para contestar, sea lo más sincero posible.

FAVOR DE MARCAR CON UNA “X” LA RESPUESTA QUE MEJOR CONSIDERE Y ANOTAR CON LETRA LEGIBLE LAS RESPUESTAS QUE SE LE SOLICITEN.

DATOS PERSONALES: Nombre completo de usted: _____

1. **Sexo:** 1) FEMENINO 2) MASCULINO
2. **Edad:** _____ AÑOS
3. **Escolaridad:** 1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) PREPARATORIA 4) LICENCIATURA 5) POSGRADO
4. **Estado civil:** 1) SOLTERO 2) CASADO(A) 3) UNIÓN LIBRE 4) DIVORCIADO
5. **Ocupación:** 1) EMPLEADO 2) DESEMPLEADO
6. **¿Qué es de usted el paciente que cuida?:** 1) ESPOSO(A) 2) HIJO (A)
3) HERMANO(A) 4) NUERA/YERNO 5) CUÑADO (A) 6) SOBRINO/NIETO
7) PADRE/MADRE 8) ABUELO
7. **Religión:** 1) CON RELIGIÓN 2) SIN RELIGIÓN

DATOS DEL PACIENTE QUE USTED CUIDA: Nombre completo: _____

1. **Sexo del paciente:** 1) FEMENINO 2) MASCULINO
2. **Edad del paciente:** _____ AÑOS
3. **Escolaridad del paciente:** 1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) PREPARATORIA
4) LICENCIATURA 5) POSGRADO
4. **Estado civil del paciente:** 1) SOLTERO 2) CASADO(A) 3) VIUDO(A)
4) UNIÓN LIBRE
5. **Ocupación del paciente:** 1) EMPLEADO 2) DESEMPLEADO 3) PENSIONADO
4) JUBILADO
6. **¿Cuántas horas dedica diariamente a cuidar a su familiar?** _____ horas al día

7. ¿Desde hace cuánto cuida a su familiar? _____ meses _____ años
8. En este momento ¿Usted se siente motivado para continuar cuidando a su familiar?
1) SI 2) MÁS O MENOS 3) NO
9. ¿Considera usted que el familiar a su cargo puede valerse por sí mismo?
1) NUNCA 2) CASI NUNCA 3) ALGUNAS VECES 4) CASI SIEMPRE 5) SIEMPRE

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, bastantes veces = 3, casi siempre = 4

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza 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. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

Total: _____

1. () Ausencia de sobrecarga (<46)
2. () Sobrecarga ligera (47-55)
3. () Sobrecarga intensa (>56)

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: “Nivel de sobrecarga en el cuidador del paciente con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Lugar y Fecha: Servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. Enero 2014 – Diciembre 2014

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio:... La población mundial va envejeciendo cada vez más y la esperanza de vida va en aumento, además, la transición epidemiológica que ha sufrido la población, hace que las enfermedades crónicas superen a las agudas, esto se acompaña además de mayores tasas de morbilidad en esta población. Todos estos factores dan como resultado un aumento en el número de padecimientos crónicos, los cuales suelen dejar secuelas y/o repercutir en la calidad de vida del enfermo, aumentando así la cantidad de personas que se deben hacer cargo de estos pacientes lo cual implica la modificación de los hábitos y costumbres de este, por lo que la posibilidad de desarrollar síndrome de sobrecarga del cuidador es cada vez mayor, lo cual produce síntomas físicos y psicológicos, afectando el ámbito biopsicosocial del cuidador. En nuestro medio no existe un estudio que determine el grado de sobrecarga del cuidador informal en el paciente con secuelas motoras de EVC, y dado que hasta el 30-40% de los pacientes tendrán una secuela grave, es importante determinar la relación entre estas dos variables para así lograr identificar el nivel de sobrecarga e intervenir para mejorar la relación entre estos, asegurar el apego terapéutico, desarrollar una rutina de asistencia continuada al enfermo, aprender las tareas necesarias para ayudar a que el paciente se haga independiente o al menos tan independiente como sea posible, aprender cómo prevenir complicaciones y mantener unas buenas relaciones con el equipo médico para continuar con el tratamiento.

Procedimientos:..... Se aplicará un cuestionario de manera única a ser respondido por el paciente, interrogando datos relacionados con variables sociodemográficas y factores asociados a la sobrecarga del cuidador.

Posibles beneficios que recibirá tener un al participar en el estudio:..... Identificar a cuidadores con sobrecarga, reflexión sobre la implicación de paciente a su cuidado, conocer técnicas para evitar tener sobrecarga.

Participación o retiro: El paciente tendrá la facultad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio de confidencialidad, asegurando datos personales y respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

NA	No autorizo que se tome la muestra
NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Identificar nivel e sobrecarga del cuidador y referir a las instancias correspondientes.
Posibilidad de creación de estrategias para aminorar el nivel de sobrecarga del cuidador

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Morquecho Marín Miguel Ángel dr.morquecho@gmail.com
Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com
D.r Sebastián Manuel Arteaga Martínez (coordinador clínico) Tel: 56 23 24 24 Email: manuelarteagamartinez@hotmail.com

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

Morquecho Marín Miguel Ángel

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 3.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

Nivel de Sobrecarga en el cuidador de pacientes con secuelas motoras de EVC en el HGZ/UMF N° 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

2013-2014

FECHA	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B
	2 0 1 3	2 0 1 4										
TITULO		X										
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		X										
OBJETIVOS			X									
HIPOTESIS			X									
PROPOSITOS				X								
DISEÑO METODOLOGICO						X						
ANALISIS ESTADISTICO						X						
CONSIDERACIO NES ETICAS							X					
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA				X	X	X	X	X	X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
ACEPTACION												X

2014-2015

FECHA	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B
	2 0 1 4	2 0 1 5	2 0 1 5									
PRUEBA PILOTO												
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X	X	X		
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X	X		
ANALISIS DE DATOS									X	X		
DESCRIPCION DE DATOS									X	X		
DISCUSIÓN DE DATOS									X	X		
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVISION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

ELABORÓ: MORQUECHO MARÍN MIGUEL ÁNGEL

ANEXO 4. Tipos de cuidador

TERMINO	CONCEPTO
1 Cuidador	Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. ²⁴
Cuidador	Es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias. ²⁶
2. Cuidador principal	Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida ¹⁰ .
Cuidador principal	El término se utilizaba para referirse a los miembros de la familia u otros importantes que atendieron al paciente en su domicilio y que fue identificado por el paciente como su cuidador principal ²⁷ .
3. Cuidador informal	Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio ⁴ .

4. Cuidador familiar	Las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, etc. ²⁸
5. Cuidador primario	Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. ²⁹
Cuidador primario	Persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. ³⁰
6. Cuidador primario informal	Asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente. ³¹
7. Cuidador principal familiar	Se identifica como aquel cuidador principal familiar reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica. Es el apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado. ³²