



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIÁTRICO CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS Y SU ASOCIACION CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN
LA CONSULTA EXTERNA DEL HGR NO. 72 ”**

TESIS

Para obtener el título de
Médico especialista en Geriatría

P R E S E N T A

Dra. Laura Rivera Sandoval

ASESOR DE TESIS

Dr. José Antonio Espindola Lira

Tlalnepantla, Estado de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE FIRMAS

DRA. FATIMA ESTELA ARMENTA VEGA
DIRECTORA DE HOSPITAL GENERA REGIONAL NO. 72

DR. FRANCISCO MEDRANO LOPEZ
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HGR No 72 Y ASESOR METODOLOGICO

DR. JOSE ANTONIO ESPINDOLA LIRA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN GERIATRIA

INDICE

Hoja de autorización de tesis.....	2
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Material y Método.....	21
Resultados	23
Discusión.....	32
Conclusiones.....	34
Bibliografía.....	37
Anexos.....	40

RESUMEN

Título: Calidad de vida del paciente geriátrico con enfermedades crónicas y su asociación con la sobrecarga del cuidador en la consulta externa del HGR No. 72.

Antecedentes: El apoyo familiar es el principal factor pronóstico del mantenimiento de las personas mayores en su comunidad, requiriendo de un cuidador, el cual puede ser formal o informal. La mayoría de las ocasiones una única persona asume la mayor parte del trabajo, la sustitución del cuidador principal se produce sólo en un 20%. Lo cual condicionara una percepción alterada de la calidad de vida, que comprende salud física, estado psicológico, nivel de dependencia, relaciones sociales y, que se ve afectado por las principales características del ambiente. Objetivo: Determinar la asociación entre la sobrecarga del cuidador y la calidad de vida medida. Material y Métodos: Estudio cualitativo, tipo observacional, prolectivo, transversal, descriptivo, de encuesta, abierto. Con una muestra cualitativa de máxima variación. Se incluirá a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en el periodo de Octubre Diciembre del 2015 Se realiza a pacientes de la Consulta Externa de Geriatria del Hospital General Regional No 72 del IMSS. Se realiza una encuesta a cuidadores que incluye la escala de Zarit para detectar colapso del cuidador, y a los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas se les aplicará la encuesta SF-36.

INTRODUCCION

Durante los últimos años el progreso de la sociedad, los cambios demográficos y epidemiológicos generados por la disminución de la fecundidad, mortalidad y aumentó de la esperanza de vida a nivel mundial, se han acompañado de un cambio en las principales causas de muerte y un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, que condicionan cierto grado de dependencia, siendo los adultos mayores el grupo de la población más afectada, con el consiguiente incremento de la demanda de ayuda médica, social y familiar.

El envejecimiento demográfico involucra un cambio en la estructura por edad y generalmente se expresa en un aumento en el porcentaje de las personas en edad avanzada. Datos del fondo de población de naciones unidas en 2014, el 12% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 23.3 por ciento. Estimaciones de la misma fuente, señalan que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más.

En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado. En 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 por ciento.¹

El número de adultos mayores se duplicó en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014. Dentro de este grupo de edad, se visualizan diversas etapas de desarrollo que marcan estilos de vida diferenciados, toda vez que se hace evidente la pérdida gradual de capacidades motrices y cognitivas conforme avanza la edad.

De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1%

transita por una vejez avanzada (80 años y más). En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente un mayor monto de mujeres².

Un enfoque de derechos obliga a mejorar la capacidad institucional por parte del gobierno y la familias para combatir la pobreza y la desigualdad en la que viven muchos adultos mayores; mejorar la atención e infraestructura de la seguridad social; velar porque ningún adulto mayor experimente discriminación en el trabajo; que no padezcan violencia y que sus redes familiares provean los satisfactores necesarios para mejorar su calidad de vida.

El envejecimiento trae en los individuos y en especial conforme avanza la edad, la presencia y manifestación de deterioro físico y enfermedades crónico degenerativas, mismas, que ocasionan en las personas de 60 años y más, dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria de manera independiente.

En México según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012), del total de personas con discapacidad, 51.4% tiene 60 años o más ².

El incremento de la esperanza de vida de los seres humanos, se atribuye al mejoramiento de las condiciones sanitarias, desarrollo económico, técnico y tecnológico.

SALUD Y CALIDAD DE VIDA

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó. Se cuenta con instrumentos que generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. ³

La OMS en 1994 define la calidad de vida como: “la percepción individual de la posición en la vida, dentro del contexto de una cultura y un sistema de valores en el que se vive, y con relación a los objetivos, expectativas e intereses personales. Es un concepto amplio que comprende salud física, estado psicológico, nivel de

dependencia, relaciones sociales y que se ve afectado por las principales características del ambiente.”

Se ve influido por un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien.”⁴

Las experiencias o situaciones que afectan la calidad de vida, son factores de riesgo para el desarrollo de problemas o enfermedades de diferente índole, de aquí se derivan las dificultades que experimentan los cuidadores de pacientes.⁵

Existen pocas investigaciones que se han dedicado al estudio de la calidad de vida.

DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

La calidad de vida ha sido estudiada como un indicador del resultado de intervenciones específicas en salud. Las variables asociadas o sus determinantes, han sido estudiados en forma paralela, ya sea como factores modificadores de los efectos de las intervenciones evaluadas, o como factores a controlar en los diseños⁵.

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes en los estudios sobre calidad de vida, destacan entre ellos:

1. Soporte social, un elemento que con frecuencia aparece relacionado de forma positiva, independientemente del tipo de estudio o de la intervención médica de que se trate.
2. Edad, sexo, condición de salud y residencia.
3. Factores socioeconómicos y escolaridad (si bien tienen importancia, no son del todo determinantes).

4. Finalmente, el estado de salud, ya que cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental, como los desórdenes de ansiedad, depresivos y afectivos. ⁶

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL ESTADO DE SALUD.

Los instrumentos de medida del estado de salud pueden clasificarse en dos grandes tipos, genéricos y específicos. Los genéricos permiten comparar diferentes patologías y poder obtener valores poblacionales de referencia pero no son tan sensibles para evaluar sólo un problema de salud. Y los específicos que permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas.

El SF-36 Health Survey es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional.

- Proporciona además un perfil del estado de salud que es aplicable a los pacientes y a la población en general. Los ocho conceptos de salud determinados son: funcionamiento físico, limitaciones en el desempeño de sus roles debido a problemas físicos de salud, dolor corporal, funcionamiento social, salud mental general, incluyendo estrés psicológico, limitaciones en el desempeño de roles debido a problemas emocionales, vitalidad, energía o fatiga, percepciones de salud general. El SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior.

Está dirigido a personas de 14 o más años de edad y preferentemente debe ser auto-administrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica.

Respecto a que el género femenino es propenso a tener una menor calidad de vida que su contraparte masculina, en las dimensiones de funcionamiento físico, percepción general de salud y en el ámbito emocional, como se comprobó en esta investigación, es un aspecto que puede ser motivo de constantes contradicciones en los trabajos efectuados sobre el tema. Un estudio elaborado en México con el cuestionario SF-36,25 informa que hay algunas dimensiones en las cuales las mujeres obtuvieron puntuaciones más bajas que los hombres (funcionamiento físico y vitalidad); sin embargo, en salud general los resultados son más altos en las mujeres.⁷

Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento⁸.

ESTUDIOS DE VALIDACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Evaluación del estado de salud con el cuestionario SF-36 en Mérida, Yucatán

Zúñiga y Carrillo llevaron a cabo un estudio en 1996 sobre la aplicación del cuestionario SF-36 para la medición de la calidad de vida en una población abierta. Estos autores lo aplicaron a 257 personas, 87 fueron empleados usuarios de los servicios médicos institucionales del centro de educación superior ubicado en el sureste de México, y 170 adultos voluntarios que trabajaban en una institución pública; la selección de ambos grupos fue aleatoria. Las medias de todas las escalas de salud en los grupos de edad presentados mostraron variabilidad. El más bajo promedio fue la de salud general (63), y la más alta, la de rol físico (89). En la población control la escala con promedio más alto fue función física (94.6), y la más baja, salud general (73). La comparación de promedios de escalas en ambos grupos de participantes mostró diferencias estadísticamente significativas en función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad. Con lo que concluyeron en base a los resultados de la

evaluación psicométrica, que la SF-36 muestra consistencia con todos los supuestos de validez y confiabilidad en forma satisfactoria, aunque la traducción de ciertas preguntas se examinará en profundidad para determinar modificaciones subsecuentes.⁹

Estudio de validación del SF-36 en los estados de Oaxaca y Sonora

El principal objetivo de este trabajo se orientó a presentar los resultados de la aplicación del cuestionario SF-36 en dos estados de México, contrastantes en su desarrollo socioeconómico: Sonora y Oaxaca. El primer análisis ofrece una referencia normativa en México, para que los investigadores que utilicen el SF-36 puedan comparar los resultados que obtengan en estudios específicos de pacientes con normas apropiadas de género y edad en el ámbito poblacional. En ausencia de datos representativos del ámbito nacional, ellos proponen sus resultados como una base normativa en México, para que los investigadores que utilicen el SF-36 puedan comparar sus resultados con referencias ajustadas por género y edad a escala poblacional.¹⁰

FUNCIONALIDAD

Es la capacidad de una persona para realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le prodigan bienestar. Son indicadores las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) y las actividades avanzadas de la vida diaria.¹¹

Para evaluar las actividades básicas de la vida diaria contamos con el Índice de Barthel, diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland.

Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y

fisioterapeutas. Es uno de los instrumentos más utilizado por los servicios de geriatría y valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulacion y escaleras; y les asigna una puntuación en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, se interpreta de la siguiente manera: Independiente: 100, dependiente leve: 91-99 dependiente moderado: 61-90, dependiente grave: 21-60, dependiente total: 0-20. ¹²

Collin et al. (1988) estudiaron la concordancia entre cuatro maneras de administrar el índice de Barthel: mediante el autoinforme, la observación clínica, la prueba de una enfermera, y la prueba de un fisioterapeuta. El grado de concordancia entre los cuatro métodos era de 0.93; es decir, ningún desacuerdo importante para el 60% de pacientes, desacuerdo en 1 grado para el 28% y el 12% tenía más discrepancias. Hoy en día se ha generalizado la obtención verbal de información directamente del individuo o de su cuidador principal, ambos métodos ofrecen fiabilidad similar. ¹³

Las actividades instrumentales de la vida diaria evalúan la relación con el entorno e implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva del paciente anciano. La dependencia en estas actividades está asociada con una mayor demanda a los servicios de salud. Se evalúa mediante la escala de Lawton y Brody; valora autonomía física y actividades instrumentales de la vida diaria mediante 8 rubros: capacidad para realizar compras, preparar comida, utilizar el teléfono, realizar tareas del hogar, lavar ropa, utilizar transporte, controlar su propia medicación y manejar dinero. ¹⁴

ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas en la vejez se han venido tornando en una problemática que no sólo afecta a la calidad de vida, sino también a las personas que se hacen cargo del cuidado.

Son enfermedades de larga duración, de progresión lenta que contribuye a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces ¹⁴. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.

En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.¹⁵

Las enfermedades crónicas no transmisibles son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud, por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura o dependencia. Su complejidad y costo elevado de su tratamiento, lo ponen como un reto a la sociedad, y un problema de salud pública. ¹⁶.

Son el resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población.

Rodríguez y colaboradores encontraron como principales enfermedades crónicas a la diabetes mellitus (35.6%) y a la hipertensión arterial (26.7%), y de estos el 67.8% con más de 10 años viviendo con la enfermedad. ¹⁷

CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO

En México al ser la familia la unidad básica de convivencia, puede constituir una fuente de apoyo y cariño o ejercer una influencia destructora y opresora para la salud del adulto mayor. Por lo que el apoyo familiar es el principal factor pronóstico del mantenimiento de las personas mayores en su comunidad. ¹⁸

El cuidador se convierte en el nexo primordial entre los profesionales de salud y el paciente, por lo que es fundamental para la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación del adulto mayor. Los familiares provén casi en un 80% del cuidado que reciben los pacientes en la comunidad.¹⁹

Estudios han demostrado que la prestación de cuidados puede tener efectos negativos en la salud, la mayoría malestar psicológicos principalmente la depresión y ansiedad.²⁰ En muchos casos no son detectados en la atención primaria, presentando los cuidadores síntomas somáticos, expresando complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales; generando utilización de recursos o interconsultas por especialistas innecesarios que ocasionan costos altos.

Los cuidados a pacientes crónicos representan un problema de salud pública, atender a un paciente discapacitado en la familia demanda apoyo físico, emocional y financiero por parte de los cuidadores.

El cuidador informal se entiende como aquella ayuda no remunerada que se presta por parte de familiares u otros allegados. La mayoría de las ocasiones una única persona asume la mayor parte del trabajo, la sustitución del cuidador principal se produce solo en un 20%.²¹

El cuidador principal es aquel en el que asume la mayor parte de la responsabilidad en la atención del paciente y ayudan a las personas con al menos una actividad básica de la vida diaria o una actividad instrumentada de la vida diaria.²²

Se han observado las características comunes para establecer una tipología del cuidador: mujer entre 50 y 60 años, familiares directos esposa, hija o madre, con bajo nivel educativo y generalmente dedicadas al hogar, jubiladas.

Generalmente tienen que atender a su propia familia, suele ser la hija que vive más cerca o que sea la única entre los hijos o la única soltera. En la mayoría un cuidador único que no recibe ayuda de ningún otro miembro. Se considera como una más de las actividades domésticas y no tiene remuneración alguna.²²

Dentro de sus responsabilidades está el realizar actividades que en ocasiones no son agradables y que afectan su salud física y mental, alterando roles familiares, su actividad laboral, su tiempo libre y sus relaciones sociales.

Numerosos trabajos demuestran las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener en la salud, se han descrito repercusiones importantes en la salud física, un gran aumento del aislamiento social y un empeoramiento de la situación económica.

Hay estudios que relacionan una peor calidad de vida, con un mayor número de ingresos en residencias. La estabilidad del cuidador está relacionada con la funcionalidad familiar, el apoyo social, el tiempo de evolución de la discapacidad.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Es un problema que afecta a cuidadores de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, se necesita detectar de manera temprana el colapso y realizar intervenciones.

Grad, Sinsbury y Kreitma define el concepto de Carga del Cuidador: el conjunto de problemas de orden psico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados. Se trata de la precepción subjetiva de una respuesta multidimensional a factores estresores. ²³

La actividad de cuidar resulta como una situación no planeada ni elegida, para la cual las personas no están preparadas y que se espera sea temporal.

El colapso del cuidador se ha estudiado en enfermedades como la demencia, Enfermedad vascular cerebral, Parkinson, enfermedades pulmonares, osteoartrosis. Los cuidadores informales cubren las necesidades de los adultos en casa a largo plazo, en más del 90%.

En Estados Unidos se estima que 67.5 millones de individuos son cuidadores de adultos o niños, de estos 43.5 millones proporciona cuidados a adultos de más de 50 años. El envejecimiento y el creciente número de individuos con enfermedades crónicas, requiere de cuidadores familiares no remunerados, y junto con la falta

de apoyo oficial para los cuidadores han aumentado la prevalencia de la sobrecarga de éste.²³

Una encuesta de sobrecarga del cuidador, ha demostrado que el 32% tiene una alta sobrecarga, 19% media, basado en una medición del tiempo que prestación atención, el grado del cuidado y dependencia.

El 86% de los cuidadores son mujeres familiares o amigas. Y pasan alrededor de 20.4 horas o más de 40 horas a la semana. Los cuidados incluyen actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, apoyo en el ámbito médico (medicamentos, consultas, toma de decisiones). Otra de sus funciones es brindar apoyo emocional y de confort.

La economía evalúa que se supere el gasto de los cuidados formales por enfermeras o casas de cuidados. Una cohorte estimó el costo de cuidador informal de un paciente con demencia, en \$ 56 290 anual.

La mayoría de los cuidadores son los conyugues, al asistir a su pareja se enfrentan a mayores desafíos, tienen pocas opciones en asumir el papel de cuidador, son menos conscientes de importancia del cuidado que están asumiendo y son más vulnerables debido a su edad avanzada y comorbilidades asociadas²³.

Zarit lo definió sobrecarga del cuidador: “el grado en que los cuidadores perciben que el cuidado ha tenido un efecto negativo en su funcionamiento emocional, social, financiero, físico y espiritual”²⁴

La carga depende de las repercusiones del hecho de cuidar y de las estrategias de afrontamiento y apoyo con que se cuenta.

Se ha desarrollado una serie de escalas para medir objetivamente esa carga. De ellas, las más conocidas son el Índice de Esfuerzo del Cuidador y la Escala de Sobrecarga del Cuidador. Su utilidad radica en que permiten discriminar a las personas con un mayor riesgo o más necesidades y, asimismo, sirven como predictor de institucionalización.

Algunas circunstancias causan estrés en los cuidadores, como la necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria, el aislamiento social, la privación financiera, esto como consecuencia de la enfermedad, pero existen diferentes umbrales para activar la sobrecarga del cuidador.

Debido al envejecimiento poblacional los cuidadores suelen ser las esposas, las cuales son adultos mayores, siendo más susceptibles ante un fenómeno estresante, a presentar mayor porcentaje de sobrecarga.

El ser cuidador causa momentos de estrés, pero puede ser gratificante emocionalmente porque puede afirmar lazos, honrar servicio pasado, por el cuidado previo que recibió de la persona que ahora necesitan atención, y ahorra recursos de la familia.

La mayoría son familiares son inexpertos y con frecuencia se sienten mal preparados para asumir tareas del cuidador. Especialmente para los cuidadores de pacientes que requieren cuidado médico más calificado como el cambio de sondas, cuidado de heridas, o la supervisión de la administración de medicamentos complejos. Frecuentemente reciben un apoyo inadecuado de los profesionales, se sienten abandonados y no reconocidos por el sistema de salud.

25

La sobrecarga al cuidador aumenta en la medida en que el familiar a quien cuida sea más dependiente, tenga más problemas de movilidad y éste más desestructurada su personalidad debido a la enfermedad, como en las demencias.

La carga del cuidador informal coincide en que la labor de cuidar a una persona es generadora de situaciones de estrés.

Se distinguen dos tipos de factores que influyen para el colapso del cuidador esto en relación con las características del paciente que incluye el nivel de autonomía para la realización de actividades de la vida diaria, las limitaciones físicas, cognitivas y trastorno de conductas. Y tenemos a los factores ligados al entorno sociofamiliar como la carga financiera y la reorganización de la estructura familiar.

25

La sobrecarga a la que se ve sometido el cuidador puede manifestarse de varias maneras, las cuales podemos dividir en físicos y psicológicos.

Dentro de los físicos se encuentran los problemas osteoarticulares, ya que están sometidos a un mayor esfuerzo físico en comparación con otras personas de su misma edad. Así mismo la cefalea de características tensionales, la astenia, la fatiga crónica, la alteración del ciclo sueño-vigilia, tendencia a la obesidad en las mujeres y otros, en general mal definidos, de evolución crónica y que contribuyen a deteriorar aún más su calidad de vida.

Diferentes estudios han detectado niveles altos de mortalidad y comorbilidad, en relación a un incremento del riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, el dolor crónico y los reumáticos. Y se ha asociado a tener un mayor número de infecciones. Todo ello estaría asociado al estrés global, con la consiguiente descarga de cortisol y un deterioro de la función inmunitaria ²⁶.

En cuanto a los problemas psicológicos, éstos suelen ser los más relevantes. La prevalencia de trastornos psíquicos alcanza hasta un 50%. Y las principales alteraciones que presenta el cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, como manifestación de su estrés emocional. De ellas, la más frecuente es la depresión.

Otras causas que favorecen el colapso son la aparición de conflictos familiares, alteraciones laborales entre las que se encuentran ausentismo, conflictividad laboral, dificultad para compaginar horarios, dificultades económicas, pérdida de contactos sociales y disminución, o incluso abandono, de las actividades sociales debido al tiempo dedicado a la familia. El impacto que la sobrecarga tiene en la vida del cuidador viene determinado por su propia percepción, no por la percepción de otros familiares ²⁶.

El cuidador como consecuencia y para aliviar sus sentimientos puede reaccionar con sobreprotección, lo que contribuye más a la discapacidad, otra consecuencia

es el maltrato que es un problema social y con frecuencia se oculta por temor a denunciarse.

Los cuidadores tienen reporte de más síntomas físicos y psicológicos y se han asociado con el uso de prescripción de medicamentos e incremento de servicios de salud, comparado con los que no son cuidadores

El grado de carga experimentada por los cuidadores depende de varios factores contextuales, entre ellos el estatus sociodemográfico de los cuidadores y del paciente, progresión de la enfermedad sufrida y el estrés percibido como consecuencia de la prestación de cuidados.

Kim and Chang demostraron factores de riesgo para la sobrecarga el que requieran ayuda para todos sobre los servicios, otros factores son: cuidado por más de 20 horas a la semana, ser la esposa, vivir en la misma casa y requerir ayuda para las actividades instrumentadas.

Debido a que las necesidades del paciente no se disminuyen a lo largo del tiempo, el cuidador acumula una sobrecarga de trabajo que afecta negativamente su calidad de vida, condicionando claudicación o abandono parcial o total de los cuidados. Con el fin de evitar esta condición se plantea al detectar colapso, realizar intervenciones para ajustar expectativas y mejorar sus habilidades de autogestión.²⁷

VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA

Actualmente existe consenso entre los investigadores de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante.

El concepto de carga se remonta a los años sesenta, cuando Grad y Sainsbury (1963) se interesaron en conocer cómo afectaba a la familia y a la vida doméstica la convivencia con pacientes psiquiátricos. Se habla de una carga objetiva que tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol de cuidador y se relaciona fundamentalmente con variables del paciente y con las características que determinan la demanda de cuidados: el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones

estresantes en relación con los cuidados. La carga subjetiva se ha definido como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto con las dificultades como con las recompensas.²⁷

Zarit diseñó la Entrevista de Carga del Cuidador (ECCZ), uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la carga subjetiva del cuidador. Se ha comprobado que los cuidadores con mayor nivel de carga, medida mediante este instrumento, muestran peor autopercepción de salud y mayor probabilidad de tener trastornos emocionales.²⁷

El instrumento original de Zarit y cols (1980) consistía en un cuestionario de 29 ítems. Evaluaba los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona mayor y receptor del cuidado.

En 1985 Zarit y Orr redujeron el número de 29 a 22 reactivos, dicha revisión fue validado por Martín y Salvado en 1996 en el Hospital Virgen del Camino de California, Estados Unidos, Montori y Col en 1998 residentes en zona urbana de Madrid^{25, 27} los que han mostrado una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre .79 y .92.

Es una prueba psicométrica de calificación objetiva, evaluando la presencia o ausencia sobrecarga medida en grados, consta de 22 ítems con opciones de respuesta tipo Likert, a mayor puntuación, mayor sobrecarga.

La puntuación total se obtiene mediante la suma de todos los ítems y los rangos de 0 a 88. A cada respuesta se le asigna una puntuación que va del 0 al 4 y al final se suma el total, tiene una sensibilidad 84.5% y especificidad 85.3% para ausencia de sobrecarga y una sensibilidad de 89.7% y especificidad de 94.2% para sobrecarga intensa.

Se clasifica a los participantes como ausencia de sobrecarga 22-46 puntos, sobrecarga ligera 47-55 puntos y sobrecarga intensa de 56 – 88 puntos

En el año 2007 Antonio Ángel Regueiro Martínez, y Cols, en España, realizaron un estudio con el fin de validar la prueba de Zarit dentro de la atención primaria, los resultados de éste reportaron que dicha prueba tiene una sensibilidad del 100%, una Especificidad del 90,5%, un valor predictivo positivo del 95,45% y un valor predictivo negativo del 100% para determinar la sobrecarga del cuidador. ²⁸

En el 2008, se llevó a cabo un estudio por la psicóloga Virginia Janeth Ramírez y Col con el objetivo de validar el test de Zarit en nuestro medio, y de dicho estudio concluyeron que éste tiene buena consistencia interna y validez, considerándolo confiable para evaluar la carga del cuidador de pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

La literatura muestra poca información sobre la calidad de vida de los pacientes geriátricos y el colapso del cuidador por lo que el objetivo es medir la calidad de vida de los pacientes geriátricos y correlacionarlo con la sobrecarga del cuidador

A partir de las demandas propias del rol, el cuidador puede presentar síntomas físicos, psicológicos, conductuales y sociales que ocasionan carga, como consecuencia de esto disminuye la calidad de la atención hacia el enfermo y sus relaciones sociales, familiares.

La carga interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el deterioro de la calidad de vida del cuidador y es un concepto clave en la investigación de las repercusiones del cuidado de los pacientes crónicos sobre la familia y el cuidador.

MATERIAL Y METODOS

Objetivo general

Determinar cuál es la calidad de vida del paciente geriátrico con enfermedades crónicas de la consulta externa y como se relaciona con la sobrecarga del cuidador

Objetivos secundarios

1. Identificar las enfermedades crónicas de los pacientes y cuáles de estas se asocian más a sobrecarga del cuidador.
2. Conocer el grado de sobrecarga del cuidador.
3. Determinar el perfil del cuidador (edad, género, ocupación, tiempo de cuidado del paciente).
4. Describir la calidad de vida del paciente geriátrico.

DISEÑO

Estudio cualitativo, tipoobservacional, por la captación de la información prolectivo, transversal, descriptivo, de encuesta, abierto.

Es una investigación fenomenológica que destaca el énfasis sobre lo individual en este caso la calidad de vida y sobre la experiencia subjetiva por parte del cuidador.

Para la recolección de datos utilizaremos la entrevista estructurada, con base en una guía de preguntas específicas, el instrumento prescribe que cuestiones se preguntaran y en que orden.

Se realizo en el Hospital General Regional No. 72 “Dr. Vicente Santos Guajardo” de segundo nivel del IMSS, que pertenece a la delegación Norte del estado de México y brinda atención a la población de las Unidades de Medicina Familiar: 60, 33, 95, 186, 59, 79 y 60. Se encuentra ubicado en la Vía Gustavo Baz,

Esquina Filiberto Gómez sin número, colonia Industrial San Nicolás, Código postal: 54000, Tlalnepantla de Baz. Teléfono: 55659444

Se efectuó en la consulta del servicio de Geriátría del hospital, a la cual acuden pacientes geriátricos con enfermedades crónicas, de primera vez y subsecuentes. Se realizó un muestreo por conveniencia de los pacientes subsecuentes que acudieron a la consulta del Hospital de día del Servicio de Geriátría del HGZ No. 72. Se efectuó una entrevista en privado con el paciente geriátrico con duración de 30 minutos, en la cual se aplicaron las escalas de Folstein para descartar deterioro cognitivo. Si la puntuación es menor de 4, se realizó el cuestionario para la salud del paciente (PHQ-2) para depresión, de presentar puntuación menor de 3 continuamos con la segunda parte de la entrevista. En donde se realizó un cuestionario que incluye el perfil epidemiológico del paciente, enfermedades crónicas, tiempo de evolución, síndromes geriátricos, valoración funcional. Para concluir con la realización del SF-36. Por separado se entrevistó al cuidador principal y se aplicó un cuestionario sobre perfil sociodemográfico y la escala de

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó estadística descriptiva para calcular frecuencias, porcentajes, proporciones y medidas de resumen de tendencia central y de dispersión. La confiabilidad de los test se estimó a través del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. Las pruebas de hipótesis incluyeron chi cuadrada para comparar proporciones en búsqueda de asociación entre variables categóricas y para comparar diferencias de dos promedios se usó t de Student y para tres o más promedios el Análisis de Varianza de un factor. Las correlaciones se efectuaron con el estadístico r de Pearson y para controlar las variables confundidas a fin de seleccionar las predictoras del colapso/riesgo de colapso del cuidador se utilizó el modelo de regresión logística binaria no condicional. Un error alfa igual o menor a 0.05 se tomó como límite para rechazar las hipótesis nulas. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS ver 17.0 para Windows.

RESULTADOS

Según género, 47 pacientes corresponden al femenino (55.3%) y 38 al masculino (44.7%) con una edad promedio de 78.9 y desviación estándar de 6.3 años (rango 70-95). El cuidador primario fue el hijo/hija en 60% de los casos, en 25.9% el esposo/esposa y sólo en 2.4% un familiar mientras que otros cuidadores corresponde al 11.8%.

El test de Zarit de 22 ítems tuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.85 (IC95% 0.85-0.89, $p = 0.0001$) dando como resultado una tasa de prevalencia de colapso del cuidador de 15.3% y en riesgo de colapso 9.4%.

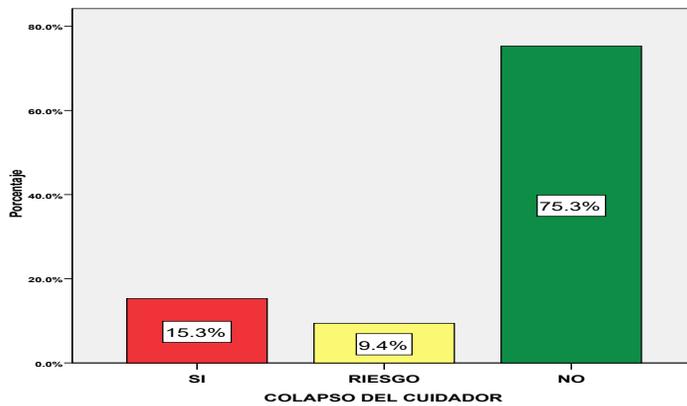
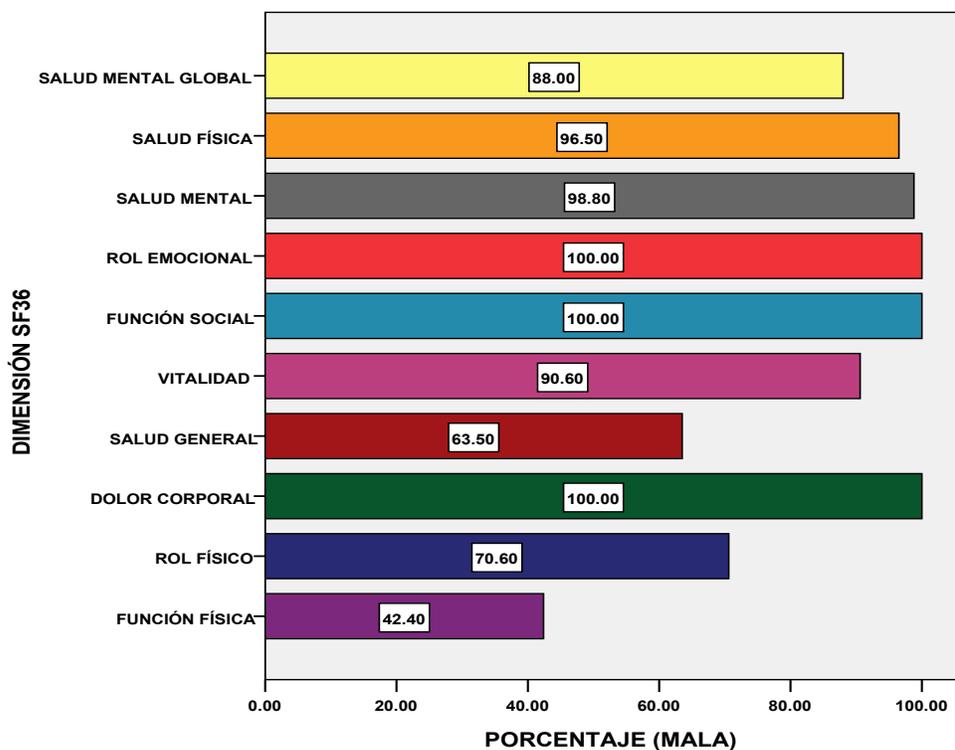


Gráfico 1. Tasa de prevalencia de colapso del cuidador obtenida por el test de Zarit

El test SF36 para la calidad de vida del paciente obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.48 (IC95% 0.31-0.63, $p = 0.0001$) dando las siguientes tasas de calidad de vida por dimensión del test, obsérvese (gráfico 2) que en tres dimensiones (dolor corporal, función social y rol emocional) la calidad de vida fue mala en el 100% de los pacientes, 98.8% tuvieron mala calidad de vida en salud mental, 96.5% mala en salud física y 90.6% mala en vitalidad; adviértase que sólo en cuatro de las diez dimensiones la mala calidad de vida estuvo por debajo del 90% (salud mental global 88.0%, rol físico 70.6%, salud general 63.5% y función física 42.4%).

Gráfico 2. Resultados de la calidad de vida (mala) por dimensiones medida con el test SF36



Con excepción de función física y de salud mental general, en las ocho dimensiones restantes no hubo asociación entre la calidad de vida y el colapso del cuidador; véase (tabla 1) que en los cuidadores sin colapso sólo el 32.8% de los pacientes tenían mala calidad de vida en función física mientras que los cuidadores en riesgo de colapso el porcentaje ascendió a 62.5% de los pacientes y en los cuidadores con colapso hasta el 76.9% de los pacientes cuidados tenían mala calidad en función física ($p = 0.002$). Por otra parte, en salud mental global los porcentajes correspondientes fueron 84.1%, 100% y 100% respectivamente ($p = 0.05$). Nótese que en las demás dimensiones no se observaron diferencias significativas.

Tabla 1. Asociación entre la calidad de vida (mala) por dimensiones medidas con el test SF36 y el colapso del cuidador medido con el test de Zarith.

Dimensión SF36	Colapso del cuidador			P
	NO (n = 64)	En riesgo (n = 8)	SI (n = 13)	
Función física	21 (32.8%)	5 (62.5%)	10 (76.9%)	0.006

Rol físico	42 (65.6%)	7 (87.5%)	11 (84.6%)	0.21
Dolor corporal	64 (100%)	8 (100%)	13 (100%)	-
Salud general	38 (59.4%)	6 (75%)	10 (76.9%)	0.38
Vitalidad	64 (100%)	8 (100%)	13 (100%)	-
Función social	64 (100%)	8 (100%)	13 (100%)	-
Rol emocional	64 (100%)	8 (100%)	13 (100%)	-
Salud mental	64 (100%)	8 (100%)	13 (100%)	-
Salud física	62 (96.9%)	7 (87.5%)	13 (100%)	0.30
S. mental global	53 (84.1%)	8 (100%)	13 (100%)	0.05

Sin embargo, si se comparan las medias de los puntajes brutos obtenidos por grupo de colapso del cuidador, sólo en tres dimensiones (rol físico, rol emocional y salud mental) no se observan diferencias significativas; nótese (tabla 3) que en casi todas las dimensiones los pacientes de los cuidadores con colapso obtuvieron promedios más bajos tanto en relación a los pacientes de los cuidadores en riesgo de colapso como en aquellos sin colapso que, de hecho, obtuvieron las medias más altas. Llama la atención que los pacientes de los cuidadores en riesgo de colapso puntuaron más bajo en dos dimensiones que aquellos con cuidador colapsado, una fue en función social y la otra en salud mental global.

Tabla 3. Diferencias de medias en los puntajes brutos por dimensión del SF36 según colapso del cuidador medido con el test de Zarith.

		N	Media	Desviación típica	P
FUNCION FISICA	SIN COLAPSO	64	41.448	10.6205	0.008
	RIESGO DE COLAPSO	8	36.700	15.0545	
	COLAPSO	13	31.031	10.1300	
	Total	85	39.408	11.5271	
ROL FISICO	SIN COLAPSO	64	42.539	11.8487	0.07
	RIESGO DE	8	35.975	11.0621	

	COLAPSO				
	COLAPSO	13	35.592	11.3224	
	Total	85	40.859	11.9382	
DOLOR CORPORAL	SIN COLAPSO	64	46.105	11.5604	0.05
	RIESGO DE COLAPSO	8	39.125	13.9302	
	COLAPSO	13	38.231	15.4159	
	Total	85	44.244	12.6918	
SALUD GENERAL	SIN COLAPSO	64	42.842	9.5122	0.02
	RIESGO DE COLAPSO	8	36.550	11.1851	
	COLAPSO	13	36.000	9.3073	
	Total	85	41.204	9.9479	
VITALIDAD	SIN COLAPSO	64	53.833	9.0941	0.001
	RIESGO DE COLAPSO	8	44.925	14.1820	
	COLAPSO	13	43.246	11.4239	
	Total	85	51.375	10.7806	
FUNCION SOCIAL	SIN COLAPSO	64	49.236	10.2631	0.01
	RIESGO DE COLAPSO	8	38.013	17.6236	
	COLAPSO	13	41.262	16.1931	
	Total	85	46.960	12.6070	
ROL EMOCIONAL	SIN COLAPSO	64	46.264	11.3816	0.10
	RIESGO DE COLAPSO	8	40.838	12.5103	
	COLAPSO	13	39.108	14.6531	
	Total	85	44.659	12.2063	
SALUD MENTAL	SIN COLAPSO	64	48.709	9.1302	0.06
	RIESGO DE COLAPSO	8	68.275	85.4381	
	COLAPSO	13	40.469	8.6842	
	Total	85	49.291	26.9856	

SALUD GLOBAL	FISICA	SIN COLAPSO	64	39.62	10.603	0.02
		RIESGO DE COLAPSO	8	34.59	13.104	
		COLAPSO	13	31.03	9.838	
		Total	85	37.83	11.093	
SALUD GLOBAL	MENTAL	SIN COLAPSO	64	52.381	9.9057	0.007
		RIESGO DE COLAPSO	8	42.238	12.7415	
		COLAPSO	13	45.069	11.2109	
		Total	85	50.308	10.8996	

Cinco factores del paciente estuvieron significativamente asociados al colapso del cuidador: el estado civil de viudez, familia monoparental, presencia de estreñimiento, inmovilidad y funcionalidad dependiente; no obstante, otros factores del paciente tuvieron asociaciones importantes con el colapso del cuidador aunque no significativas. Véase (tabla 4) que 76.9% de los pacientes asociados al cuidador colapsado eran viudos comparados contra 25% de los de riesgo de colapso y 42.2% de aquellos sin colapso ($p = 0.03$); de manera similar el 69.2% de los pacientes del cuidador colapsado eran de familia monoparental contra sólo 12.5% de familias monoparentales de los cuidadores en riesgo de colapso y 48.8% de aquellos sin colapso ($p = 0.03$); el estreñimiento estaba presente en el 92.3% de los pacientes de los cuidadores colapsados comparados con el 100% de aquellos en riesgo de colapso y 75% en aquellos sin colapso ($p = 0.04$); además, 30.8% de los pacientes del cuidador colapsado sufrían inmovilidad contra 0% en el cuidador en riesgo y sólo 9.4% de pacientes con inmovilidad en los cuidadores sin colapso ($p = 0.05$); finalmente, el 92.3% de los pacientes del cuidador colapsado tenían algún grado de dependencia funcional mientras que en los cuidadores en riesgo sólo 37.5% de sus pacientes eran dependientes y en el caso de los cuidadores sin colapso el 76.6% de sus pacientes sufrían dependencia funcional ($p = 0.01$); nótese que el sexo femenino y mayor edad del paciente predominaron en los cuidadores colapsados.

Tabla 4. Factores del paciente asociados al colapso del cuidador

Factores del paciente	Colapso del cuidador			P
	NO (n = 64)	En riesgo (n = 8)	SI (n = 13)	
Sexo femenino	34 (53.1%)	3 (37.5%)	10 (76.9%)	0.15
Edad	78.2 +/- 6.2	79.8 +/- 7.9	81.8 +/- 4.7	0.15
Viudo	27 (42.4%)	2 (25%)	10 (76.9%)	0.03
F. Monoparental	31 (48.4%)	1 (12.5%)	9 (69.2%)	0.03
Estreñimiento	48 (75%)	8 (100%)	12 (92.3%)	0.04
Inmovilidad	6 (9.4%)	0	4 (30.8%)	0.05
F. Dependiente	49 (76.6%)	3 (37.5%)	12 (92.3%)	0.01

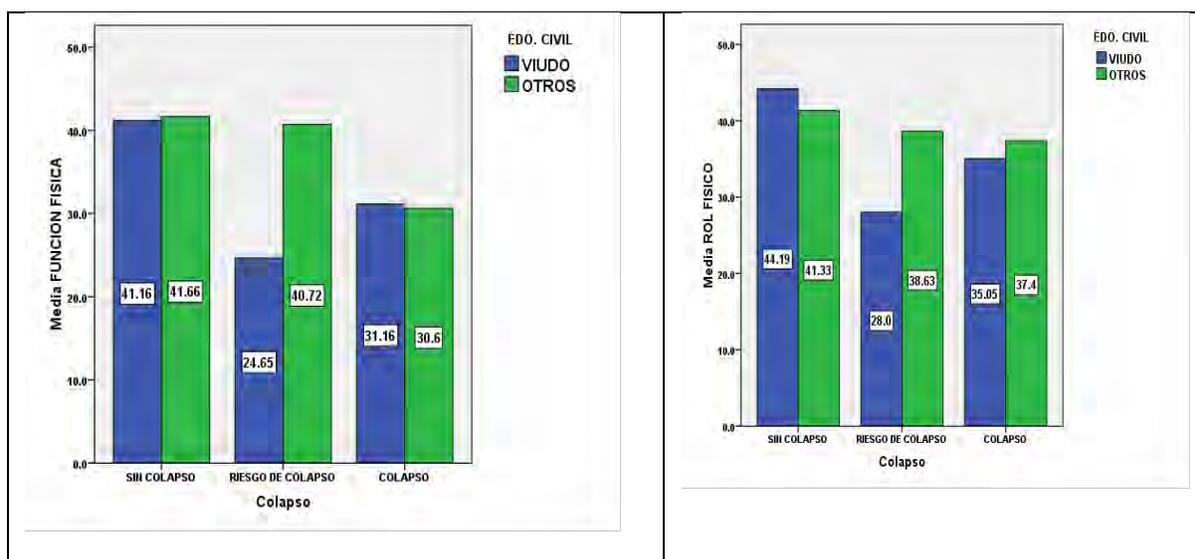
Por el lado del cuidador hubo cinco factores asociados a su colapso: el parentesco hijo, compartir la misma vivienda, las horas de cuidado, el tiempo de cuidado y la ausencia de enfermedades en el propio cuidador; como se aprecia la mayor parte de los cuidadores eran el sexo femenino sobre todo los que colapsaron con una edad cercana a los 50 años siendo fundamentalmente hijas del paciente cuidado, compartiendo la misma vivienda con muchísimo más tiempo y horas de cuidado y la mayor parte aparentemente sin enfermedades (tabla 5) .

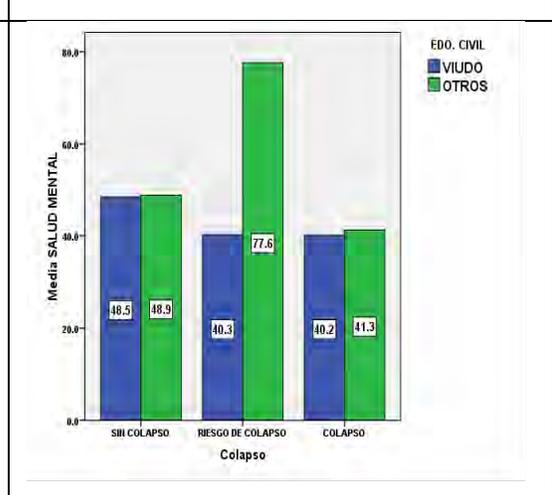
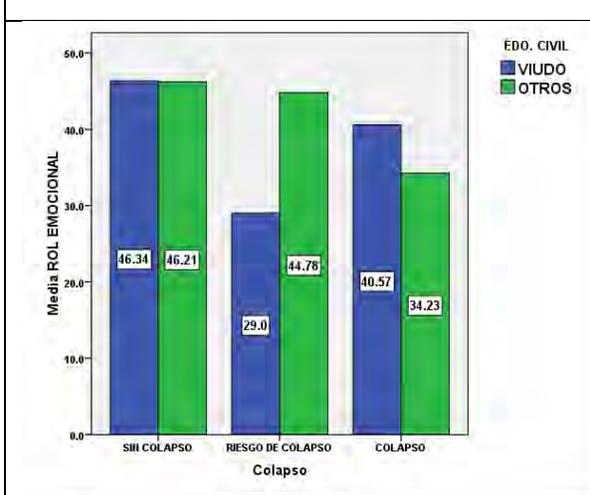
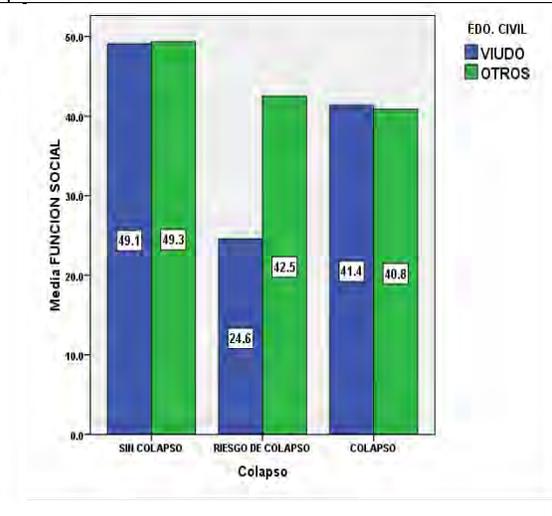
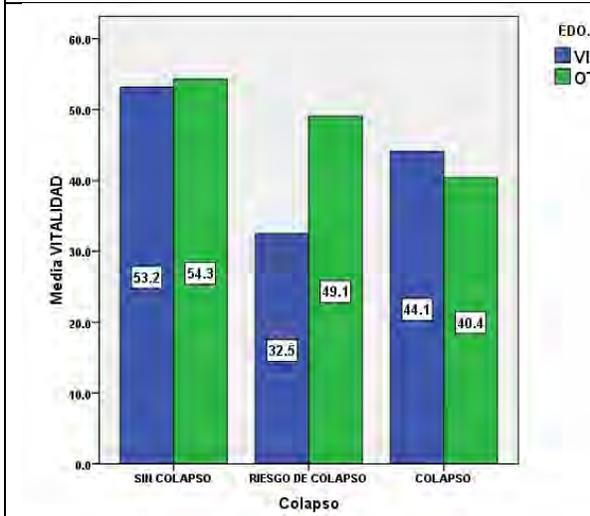
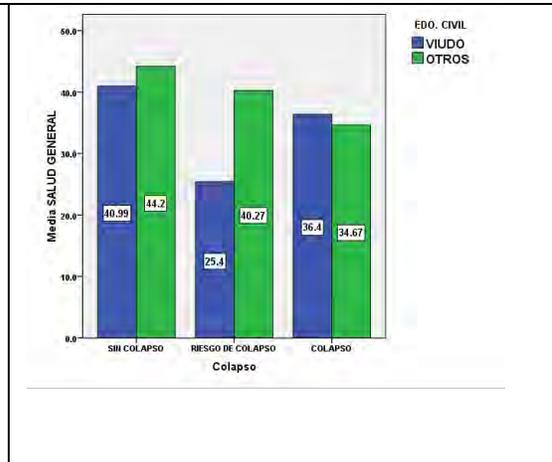
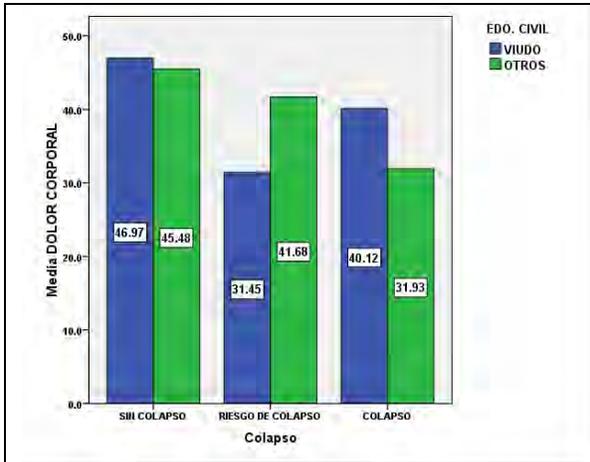
Tabla 5. Factores del cuidador asociados a su colapso

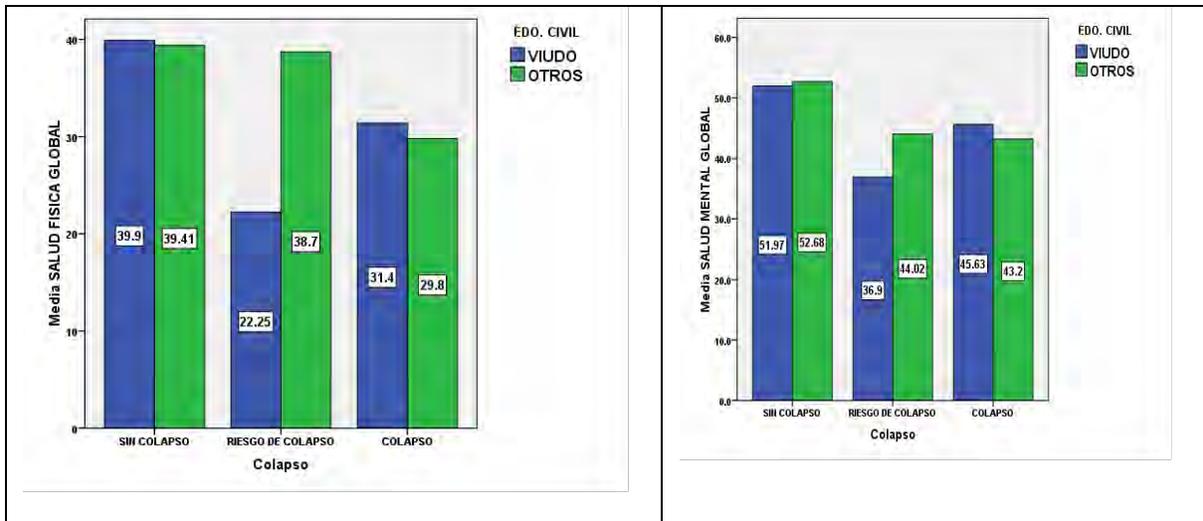
Factores del cuidador	Colapso del cuidador			P
	NO (n = 64)	En riesgo (n = 8)	SI (n = 13)	
Sexo femenino	45 (70.3%)	7 (87.5%)	12 (93.2%)	0.12
Edad	53.2 +/- 15.1	44.0 +/- 18.3	49.7 +/- 16.6	0.26
Parentesco (hijo)	39 (60.9%)	2 (25%)	11 (84.6%)	0.05
Misma vivienda	50 (78.1%)	7 (87.5%)	13 (100%)	0.05
Tiempo cuidado	34.4 +/- 39.7	41.5 +/- 58.0	67.7 +/- 48.9	0.04
Horas cuidado	15.5 +/- 6.9	11.3 +/- 5.9	20.3 +/- 5.7	0.01
No enfermedad	40 (62.5%)	7 (87.5%)	12 (92.3%)	0.03

En general, los puntajes de la función física del test SF36 correlacionaron negativamente con las horas de cuidado ($r = -0.209$, $p = 0.05$) es decir que a menor puntuación en la función física más horas de cuidado se le dispensaba; por otra parte, el tiempo de cuidado correlacionó positivamente con la edad del paciente ($r = 0.289$, $p = 0.006$) o sea que a mayor edad del paciente más tiempo de cuidado se le ha proporcionado; y, por último, las horas de cuidado correlacionaron con el tiempo de cuidado ($r = 0.212$, $p = 0.05$) de manera que a mayor tiempo de haberse cuidado al paciente más horas de cuidado al día se le proporciona. Un aspecto importante es que los cuidadores en riesgo de colapso se caracterizan por cuidar pacientes con muy bajas puntuaciones en el test SF36 cuando el paciente es viudo (gráficos 3-12 del panel A), conviene subrayar que las puntuaciones son mucho menores cuando el cuidador es del sexo masculino y el paciente es del sexo femenino y viuda.

Gráfico Panel A. Puntuaciones promedio en las dimensiones del SF36 según colapso del cuidador y estado civil del paciente.







Si se reduce la escala de colapso a sólo dos niveles de resultado como: colapso SI/y en riesgo contra otro nivel que sería aquellos sin colapso, entonces los factores asociados a colapso SI/y en riesgo son los de la tabla 6:

Tabla 6. Factores asociados al colapso (Si/riesgo vs No) del cuidador.

Factores asociados	Colapso del cuidador		OR (IC95%)	P
	Si/y en riesgo (n = 21)	No (n = 64)		
Sexo Fem del cuidador	19 (90.5%)	45 (70.3%)	4.0 (0.8-18.9)	0.06
Edad del paciente	81.0 +/- 6.0	78.2 +/- 6.2	0.9 (0.8-1.7)	0.06
Edad del cuidador	47.5 +/- 17.1	53.2 +/- 15.1	1.02 (0.9-1.09)	0.15
DM2 del paciente	15 (71.9%)	31 (48.4%)	2.6 (0.9-7.7)	0.05
Estreñimiento	20 (95.2%)	45 (75%)	6.6 (0.8-53.7)	0.03
Misma vivienda	20 (95.2%)	50 (78.1%)	5.6 (0.6-45.4)	0.06
Enfermedad del cuidador	2 (9.5%)	24 (37.5%)	0.1 (0.03-0.80)	0.01
Tiempo de cuidado	57.7 +/- 52.8	34.4 +/- 39.7	0.98 (0.97-1.0)	0.04

Horas de cuidado	16.9 +/- 7.2	15.5 +/- 6.9	0.97 (0.90-1.0)	0.42
------------------	--------------	--------------	-----------------	------

A través de regresión logística binaria no condicional con el método Wald hacia atrás se introdujeron todas las variables independientes de la tabla 6 para pronosticar el colapso/riesgo del cuidador. En el último paso del método de Wald el modelo seleccionó cuatro variables significativas para el pronóstico de colapso/riesgo del cuidador siendo éstas: primero la presencia de enfermedad del cuidador como el factor de mayor poder pronóstico de colapso, segundo la presencia de estreñimiento del paciente y al final bajas puntuaciones en la función física del SF36 y menos horas de cuidado como factor de protección (tabla 7)

DISCUSIÓN

Según género, 47 pacientes corresponden al femenino (55.3%) y 38 al masculino (44.7%), lo que concuerda con la literatura. Pero llama la atención que se empieza a incrementar el número de cuidadores hombres. En cuanto a la edad la mayoría son cuidadores añosos. Y El cuidador primario fue el hijo/hija en 60% de los casos. En la literatura se reporta alta sobrecarga en un 32 %, y en nuestra encuesta solo del 15.3%, con un riesgo de colapso del 9.4%. Encontramos una tasa de prevalencia del 15.3% y en riesgo de colapso 9.4%.

El test SF36 para la calidad de vida del paciente fue mala, dentro de las esferas mala en el aspecto mental, salud física y vitalidad; adviértase que sólo en cuatro de las diez dimensiones la mala calidad de vida estuvo por debajo del 90% (salud mental global 88.0%, rol físico 70.6%, salud general 63.5% y función física 42.4%). En los valores de puntaje de calidad de vida podemos notar que hay una disminución evidente, debido a que ellos empiezan con disminución de la fuerza, vitalidad y cansancio.

No se encontró asociación entre la calidad de vida y el colapso del cuidador; en los cuidadores sin colapso sólo el 32.8% de los pacientes tenían mala calidad de vida en función física mientras que los cuidadores en riesgo de colapso el porcentaje ascendió a 62.5% de los pacientes y en los cuidadores con colapso hasta el 76.9% de los pacientes cuidados tenían mala calidad en función física, la calidad de vida de los pacientes se vio afectada sin relacionarse con el colapso o riesgo de colapso del cuidador.

Llama la atención que los pacientes de los cuidadores en riesgo de colapso puntuaron más bajo en dos dimensiones que aquellos con cuidador colapsado, una fue en función social y la otra en salud mental global. Quizá se debería investigar sobre estos aspectos en específico y la calidad de vida, como predictores del riesgo de colapso.

Cinco factores del paciente estuvieron significativamente asociados al colapso del cuidador: el estado civil de viudez, familia monoparental, presencia de estreñimiento, inmovilidad y funcionalidad dependiente; lo que nos dice la literatura, que entre mas ayuda requiere el paciente, hay mas probabilidad de colapso; nótese que el sexo femenino y mayor edad del paciente predominaron en los cuidadores colapsados.

Por el lado del cuidador hubo cinco factores asociados a su colapso: el parentesco hijo, compartir la misma vivienda, las horas de cuidado, el tiempo de cuidado y la ausencia de enfermedades en el propio cuidador; como se aprecia la mayor parte de los cuidadores eran el sexo femenino sobre todo los que colapsaron con una edad cercana a los 50 años siendo fundamentalmente hijas del paciente cuidado, compartiendo la misma vivienda con muchísimo más tiempo y horas de cuidado y la mayor parte aparentemente sin enfermedades, sobre lo cual podríamos tenerlo como factores que predisponen la presencia de colapso.

En general, los puntajes de la función física del test SF36 correlacionaron negativamente con las horas de cuidado, a menor puntuación en la función física más horas de cuidado se le dispensaba; por otra parte, el tiempo de cuidado correlacionó positivamente con la edad del paciente y se correlacionó que a mayor tiempo de haberse cuidado al paciente más horas de cuidado al día se le proporciona.

Un aspecto importante es que los cuidadores en riesgo de colapso se caracterizan por cuidar pacientes con muy bajas puntuaciones en el test SF36 cuando el paciente es viudo.

Las variables significativas para el pronóstico de colapso/riesgo del cuidador siendo éstas: primero la presencia de enfermedad del cuidador como el factor de mayor poder pronóstico de colapso, segundo la presencia de estreñimiento del paciente y al final bajas puntuaciones en la función física del SF36 y menos horas de cuidado como factor de protección.

CONCLUSIONES

El colapso del cuidador es mayor en mujeres 55.3%, pero notamos un incremento en el género masculino, por lo que debemos de realizar intervención en todos los cuidadores, sin importar género.

La mayoría son añosos, lo cual implica instaurar capacitación, para evitar en ellos la presencia de colapso, mediante programas sobre cómo dar el cuidado y evitar la sobrecarga.

Los adultos mayores tienen mala calidad de vida, debemos de recordar que el test SF36 es específico y abarca varia 8 áreas, pero estas en el adulto mayor se encuentran disminuidas, por lo que deberíamos buscar un instrumento basado en los cambios en estos pacientes, ya que los valores de puntaje de calidad de vida podemos notar que hay una disminución evidente.

Es importante poder determinar si hay riesgo de colapso, para poder intervenir. No se encontró asociación entre la calidad de vida y el colapso del cuidador; en los cuidadores sin colapso sólo el 32.8% de los pacientes tenían mala calidad de vida en función física mientras que los cuidadores en riesgo de colapso el porcentaje ascendió a 62.5% de los pacientes y en los cuidadores con colapso hasta el 76.9% de los pacientes cuidados tenían mala calidad en función física, la calidad de vida de los pacientes se vio afectada sin relacionarse con el colapso o riesgo de colapso del cuidador.

Llama la atención que los pacientes de los cuidadores en riesgo de colapso puntuaron más bajo en dos dimensiones que aquellos con cuidador colapsado, una fue en función social y la otra en salud mental global. Quizá se debería investigar sobre estos aspectos en específico y la calidad de vida, como predictores del riesgo de colapso.

Cinco factores del paciente estuvieron significativamente asociados al colapso del cuidador: el estado civil de viudez, familia monoparental, presencia de estreñimiento, inmovilidad y funcionalidad dependiente; lo que nos dice la literatura, que entre mas ayuda requiere el paciente, hay mas probabilidad de colapso; nótese que el sexo femenino y mayor edad del paciente predominaron en los cuidadores colapsados.

Por el lado del cuidador hubo cinco factores asociados a su colapso: el parentesco hijo, compartir la misma vivienda, las horas de cuidado, el tiempo de cuidado y la ausencia de enfermedades en el propio cuidador; como se aprecia la mayor parte de los cuidadores eran el sexo femenino sobre todo los que colapsaron con una edad cercana a los 50 años siendo fundamentalmente hijas del paciente cuidado, compartiendo la misma vivienda con muchísimo más tiempo y horas de cuidado y la mayor parte aparentemente sin enfermedades, sobre lo cual podríamos tenerlo como factores que predisponen la presencia de colapso.

los cuidadores en riesgo de colapso se caracterizan por cuidar pacientes con muy bajas puntuaciones en el test SF36 cuando el paciente es viudo; y llama la atención que es más evidente cuando las puntuaciones son mucho menores cuando el cuidador es del sexo masculino y el paciente es del sexo femenino y viuda.

Debido a las variables sobre el pronóstico de colapso/riesgo del cuidador son primero la presencia de enfermedad del cuidador como el factor de mayor poder pronóstico de colapso, segundo la presencia de estreñimiento del paciente y al final bajas puntuaciones en la función física del SF36 y menos horas de cuidado como factor de protección.

Es importante realizar una valoración al cuidador, para detectar si presenta riesgo de colapso y de ser así, realizar intervenciones mediante capacitación sobre el cuidado y lo principal explicar la enfermedad, tratamiento y evolución del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Fuentes C, García JE, Suarez S, López R. Proyecciones de la población de México [Internet]. 1ª Edición. México: CONAPO; 2013. [Actualizado 25 Abril 2014; citado 15 Mayo 2015]. Disponible en <http://www.conapogob.mx/es/conapo/proyecciones>.
2. INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Internet]. Aguascalientes; [Actualizado 25 Septiembre 2014; citado 20 Mayo 2015]. www.inegi.org.mx; [14 pagines]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos>.
3. Gutiérrez-Robledo, García-Peña, Arango Lopera. Geriatria para el médico familiar. 1ª Edición. México, Manual Moderno. 2012.
4. ONU: World Health Organization. [Internet]. Nueva York; [Actualizado Diciembre 2013; citado 2 Junio 2015]. Mental health: a state of well-being [2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
5. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa Methods for quality of life assessment. Salud Pública Mex. 2002; 44:349-361.
6. Duran-Arenas, Salinas-Escudero, Gallegos-Carrillo. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México.[Internet]. 1ª Edición. México. Instituto Mexicano del Seguro Social; [Actualizado Diciembre 2003; citado 20 Mayo 2015]. Disponible en: <file:///C:/Users/jorge/Downloads/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20CALIDAD%20DE%20VIDA.PDF>.
7. Arostegui-Madariaga, Nuñez-Anton. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36. Estadística española.2008;50;47-192.
8. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex 2002;44:349-361.

9. Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fos PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Health status evaluation with the SF-36 Survey: Preliminary results in Mexico. *Salud Pública Mex* 1999; 41:110-118.
10. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Towards a Mexican normative standard for measurement of the Short Format 36 health-related quality of life instrument. *Salud Pública Mex* 2004; 46:306-315.
11. Esquivel JH, Cortes RM, Duran V, Martínez F. Guía de práctica clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. México. 1ª Edición. México: CENETEC; [Actualizado 2010; citado 18 Mayo 2015]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/190_GPC_EvaGeriatrica/IMSS-190-10-GER_Evaluacion_geriatrica_integral.pdf.
12. Cid- Ruzafa, Damián-Moreno. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:177-137.
13. Collin C, Wade D T, Davies S, Horne V. The Barthel ADL index: A reliability study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;10;61-63.
14. Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, et al. Chronic non-communicable diseases in Mexico: epidemiologic synopsis and integral prevention. *Salud Pública Mex* 2008;50:419-427.
15. ONU: World Health Organization. [Internet]. Nueva York; [Actualizado Agosto 2014; citado 8 Junio 2015]. Mental health: a state of well-being [2 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
16. Ávila-toscano JH, Vergara-Mercado. Quality of life of informal caregivers of chronically ill persons. *Aquichan*. 2014;14:417-429.
17. Rodríguez Medina, Landeros-Perez. Overload in the dependent care agent and its relation to the elder adult functional dependency. *Enferm Universitaria*. 2014;11:87-93.
18. Morales Cariño, Enríquez Sandoval, Jiménez Herrera, Miranda Duarte, Serrano Miranda. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2010;22:96-100.

19. Zoila-Romero, Cuba Maria. Somatic symptoms in overloaded or not overloaded caregivers of geriatric patients in an urban-rural area of Payet, Independencia, Lima, Perú. *Rev Med Hered.* 2013;24;204-209.
20. Alonso-Babarro, Garridoñ-Baral, Martin Martínez, Francisco-Morejón. Evaluation of a psychoeducational intervention in the principal caregivers of patients with dementia (ALOIS program) through a quality of life questionnaire. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40;40-45.
21. Mar, Arantzazu-Arrospide, Begiristain JM, Larrañaga, Sanz-Guinea. Quality of life and burden of carers of patients with acquired brain injury. *Rev Esp Gerontol.* 2011;46:200-205.
22. Kim, Mido-Chang, Rose, Suh Kim. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nur.* 2011;68;846-855.
23. Ronald D, Adelman, MD, Tmanova, Delgado, D, Dion, BA. Caregiver Burden. A Clinical Review. *JAMA.* 2014;311;1052-1059.
24. Babarro, A. Garrido, A. Díaz, A. Casquero, R. y Riera, M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria.* 2004;33;61-68.
25. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist.* 1986;26;260-266.
26. Mendoza Sánchez, Hernandez-Garcia, Gómez Perera, Suarez-Pérez, Navarro-Vázquez. Perfil del Cuidador en área de Salud. *Rev Enfermería.* 2014;8;8-12.
27. Alpuche Ramírez V J, Ramos del Rio B, Rojas Russele M E, Figueroa López C G. Validity of the Zarit Burden Interview in a sample of informal primary caregivers. *Psicología y Salud.* 2008;18;237-245.
28. Regueiro Martínez A, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona S M, Ferreiro Cruz M C. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria.* 2007;39;185-188.

ANEXOS

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIATRICO CON ENFERMEDADES CRONICAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGR. NO. 72

Nombre del paciente: _____ NSS: _____ Edad: _____ Sexo: F M
 Fecha: _____

1. Estado Cognitivo (Pfeiffer)

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono o su dirección?		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes, año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el presidente anterior?		
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
10. Reste de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0		
TOTAL		

Si presento menos de 4 errores continuar con la siguiente parte

2. Estado afectivo (cuestionario para la salud del paciente PHQ-2)

	Ningún día (0)	Varios días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1. ¿Ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas?				
2. ¿Se siente triste, deprimido o sin esperanza?				

En caso de tener puntuación menor a 3, continuar con el cuestionario.

3. Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	4. Ocupación: Hogar <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro: _____	5. Escolaridad: Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Otra: _____	6. La casa donde vive es? Propia <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Estancia temporal con familiar <input type="checkbox"/>	7 Tipo de familia: Nuclear simple <input type="checkbox"/> Nuclear extensa <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Monoparental extensa <input type="checkbox"/> No parental <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	--

8. ¿Cuántos hijos tiene? _____

9. ¿Quién es su cuidador principal? Hijo(a) Espos(a) Familiar Vecino Otro: _____

13. ¿Qué enfermedades crónicas padece?

Diabetes mellitus Sí No Años _____
 Hipertensión arterial Sí No Años _____
 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Sí No Años _____
 Cardiopatía isquémica Sí No Años _____
 Osteoartritis Sí No Años _____
 Secuelas de EVC Sí No Años _____
 Insuficiencia renal Sí No Años _____
 Insuficiencia hepática Sí No Años _____

Sx. Geriátricos

14. ¿En los últimos 6 meses se ha caído? Sí No
 ¿Cuántas veces? _____
 15. Estreñimiento Sí No
 16. Fractura de cadera Sí No
 17. Inmovilidad Sí No
 18. Fragilidad Sí No
 19. Déficit visual Sí No
 20. Déficit auditivo Sí No
 21. Polifarmacia Sí No
 22. Incontinencia urinaria Sí No
 24. Problema de boca Sí No
 25. Problema de pies Sí No

Funcionalidad

25. Índice de Barthel:

Independiente 100
 Dependiente Leve 91-99
 Dependiente moderado 61-90
 Dependiente grave 21-60
 Dependiente total 0-20

Nombre del paciente: _____ NSS: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Fecha: _____

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

1. En general, usted diría que su salud es: 1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año? 1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año 3. Más o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año 5. Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores? 1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios metros)?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? 1. Sí 2. No
14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
1. Sí 2. No
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
1. Sí 2. No
16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física? 1. Sí 2. No
17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional? 1. Sí 2. No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1. Sí 2. No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? 1. Sí 2. No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? 1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
1. No, ninguno 2. Sí, muy poco 3. Sí, un poco 4. Sí, moderado 5. Sí, mucho 6. Sí, muchísimo
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? 1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera. 1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar. 1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente. 1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE GERIATRICO CON ENFERMEDADES CRONICAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HGR. NO. 72

Nombre del cuidador: _____ Edad: ____ Sexo:

F	M
---	---

 Fecha: _____

1. Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	2. Ocupación: Hogar <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro: _____	3. Escolaridad: Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Otra: _____	4. Parentesco del Cuidador: Esposo (a) <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____	5. ¿Cuánto tiempo lleva cuidándolo? _____ años _____ meses
6. ¿Recibe ayuda para su cuidado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
7. ¿Cuántas horas al día lo cuida? _____				
8. Si la pregunta 9 fue positiva: ¿cuántos días a la semana descansa usted? _____				

Escala de Sobrecarga del cuidador Zarit	Puntuación
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda que la que realmente necesita?	
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a si familia no tiene suficiente tiempo para usted?	
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o familia?	
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente su relación con otros miembros de la familia?	
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara a su familia?	
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10. ¿Cree que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar al familiar?	
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que lo cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16. ¿Cree que será incapaz de cuidarlo por mucho más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros?	
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar?	
22. ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

Respuestas: 1. Nunca 2. Rara vez 3. Algunas veces 4. Bastantes veces 5. Casi siempre