



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SIGLO XXI
DIRECCIÓN

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN INVESTIGACIÓN EN SALUD
"UNIDAD CERTIFICADA POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL"

**FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE
PACIENTES CON EVENTO VASCULAR CEREBRAL EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION SIGLO XXI 2010**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACIÓN

P R E S E N T A
DRA. ROQUE VELASCO DIANA LIZBETH

ASESORES:
DRA. GARCÍA PÉREZ ANGÉLICA ELIZABETH
DR. MONTAÑA ÁLVAREZ MARIANO
LIC. DE LA ROSA PEÑA NORMA



MÉXICO, D. F.

2011



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.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SIGLO XXI
DIRECCIÓN
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
“UNIDAD CERTIFICADA POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL”

Título:

“FACTORES ASOCIADOS A LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES CON EVENTO VASCULAR CEREBRAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION SIGLO XXI 2010“

Investigador principal:

DIANA LIZBETH ROQUE VELASCO.

Residente de tercer año de la especialidad de Medicina de Rehabilitación.

Asesores:

DRA. ANGÉLICA ELIZABETH GARCÍA PÉREZ.

Médico especialista en Medicina de Rehabilitación, Médico adscrito de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

DR. MARIANO MONTAÑA ÁLVAREZ.

Médico especialista en Medicina Interna y Geriátrica, Médico adscrito a la Dirección de Enseñanza y Divulgación, Instituto de Geriátrica.

LIC. NORMA DE LA ROSA PEÑA.

Psicóloga clínica y Neuropsicóloga, adscrita al servicio de Psicología de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SIGLO XXI

HOJA DE AUTORIZACIÓN

DR. MARIO IZAGUIRRE HERNÁNDEZ

Médico especialista en Audiología y Otoneurología
Director Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

DR. JAIME ALFREDO CASTELLANOS ROMERO

Médico especialista en Medicina de Rehabilitación
Subdirector Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

DRA. ANGÉLICA ELIZABETH GARCÍA PÉREZ

Médico especialista en Medicina de Rehabilitación
Encargada de la Coordinación Clínica en Educación e Investigación en Salud de la
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION SIGLO XXI

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE ASESORES

DRA. ANGÉLICA ELIZABETH GARCÍA PÉREZ

Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Médico adscrito a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social
Correo electrónico: peatc2003@yahoo.com.mx

DR. MARIANO MONTAÑA ÁLVAREZ

Médico Especialista en Medicina Interna y Geriátría
Médico adscrito a la Dirección de Enseñanza y Divulgación
Instituto de Geriátría
Correo electrónico: drmontanaalvarez@yahoo.com

LIC. NORMA DE LA ROSA PEÑA

Psicóloga clínica y Neuropsicóloga
Adscrita al servicio de Psicología Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social
Correo electrónico: normadelarosa0816@hotmail.com

DEDICATORIA

A mi padre: por ser el gran ejemplo de mi vida promoviendo la motivación interna de superación diaria, te extraño.

A mi madre y mis hermanos: por su cariño, fortaleza, enseñanzas, sonrisas y su apoyo incondicional.

A mi esposo: por crecer juntos y compartir esta experiencia de vida, por tu ternura, paciencia y amor.

A mis abuelas: por cuidarme y por su afecto.

A la vida: por permitirme la oportunidad de concluir una etapa más en mi formación.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros por compartir y saber transmitir sus conocimientos.

A mis asesores por su apoyo, dedicación y valioso tiempo.

A mis compañeras y amigas por compartir el camino y apoyarnos.

A los pacientes por permitirme seguir aprendiendo.

ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2
3. Marco teórico.....	3
3.1. Evento Vascular Cerebral.....	3
3.2. Sobrecarga del cuidador.....	5
3.3. Herramientas para evaluar la sobrecarga del cuidador.....	8
4. Justificación.....	11
5. Pregunta de investigación.....	12
6. Objetivos.....	13
7. Material y métodos.....	14
7.1. Tipo y diseño del estudio.....	14
7.2. Muestreo y tamaño de la muestra.....	15
7.3. Criterios de selección.....	16
7.4. Variables.....	17
7.5. Consideraciones éticas.....	26
7.6. Descripción general del estudio.....	27
7.7. Análisis estadístico.....	30
8. Resultados.....	31
9. Discusión.....	41
10. Conclusión.....	45
11. Bibliografía.....	46
12. Anexos.....	50

RESUMEN

Factores Asociados a la Sobrecarga del Cuidador de Pacientes con Evento Vascular Cerebral en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI.

Roque-Velasco D¹, García-Pérez A², Montaña-Álvarez M³, De la Rosa N⁴. Unidad de Medicina Física y Rehabilitación SXXI ^{1,2 y 4}. Instituto de Geriatria ³

Palabras clave: Cuidador, sobrecarga, colapso, evento vascular cerebral.

INTRODUCCIÓN: 80% de los sobrevivientes de un EVC retornan a la comunidad, recayendo el apoyo emocional y para las actividades cotidianas en cuidadores que frecuentemente son miembros de su familia. La sobrecarga del cuidador representa el costo físico, psicológico, emocional, social y económico que puede experimentar el cuidador de un paciente discapacitado o con una enfermedad crónica. La importancia en la identificación y tratamiento temprano del cuidador con sobrecarga radica en el incremento de su propia morbilidad y mortalidad, convirtiéndose en un paciente en potencia, así como influyendo en la respuesta al tratamiento rehabilitatorio del paciente.

OBJETIVO: Identificación de los factores asociados con la severidad de la percepción de la sobrecarga del cuidador primario del paciente con EVC.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, se realizó muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Sujetos: 76 pacientes y sus cuidadores primarios. Procedimientos: Al paciente se le realizó historia clínica, MMS, Barthel, Lawton, GDS y EQ VAS. Al cuidador primario se aplicó ficha de identificación, escala Zarit, INP-Q, inventario de depresión y ansiedad de Beck. Se realizó estadística descriptiva estimándose frecuencias y porcentajes y pruebas de correlación con rho de Spearman.

RESULTADOS: Los factores de riesgo asociados a la percepción de la severidad de la sobrecarga fueron género y parentesco del cuidador, horas dedicadas al cuidado, resultado del inventario de depresión y ansiedad de Beck y número de síntomas neuropsiquiátricos. Del paciente fueron la comorbilidad, la posibilidad de marcha, el Brunnstrom, índice de Barthel, Lawton, EQ VAS, y GDS con una $p < .05$.

CONCLUSIÓN: La sobrecarga del cuidador primario del paciente con EVC está asociada a la comorbilidad, el estado funcional y emocional del paciente con EVC; así como al género, parentesco, horas de cuidado, la depresión y ansiedad del cuidador.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que anualmente 15 millones de personas en todo el mundo sufren un Evento Vascular Cerebral (EVC), de los cuales 5 millones mueren y otros 5 millones de personas quedan con discapacidad permanentemente¹, lo cual supone una carga para la familia y la comunidad. El accidente cerebrovascular es poco frecuente en personas menores de 40 años, sin embargo, el número de eventos cerebrovasculares sigue en aumento debido al envejecimiento mundial de la población² (Ramos Verduzco y cols 2007).

La alta incidencia y prevalencia del EVC tiene un impacto trascendental ya que 80% de los sobrevivientes retornan a la comunidad, recayendo el apoyo emocional, informativo y para las actividades de la vida diaria e instrumentales en cuidadores que frecuentemente son miembros de su familia, los cuales tienen que hacer frente no sólo a las dificultades en la movilidad, el autocuidado y la comunicación, sino también a las relacionadas a su deterioro cognitivo, depresión y cambios de personalidad³ (Han y cols 1999).

La importancia en la identificación y tratamiento temprano del cuidador con sobrecarga radica en el incremento de su propia morbilidad y mortalidad, convirtiéndose en un paciente en potencia, Schultz y colaboradores observaron un aumento de la mortalidad hasta del 63% en los cuidadores dentro de los cuatro años posteriores al EVC¹⁴ (Ostwald y cols 2009).

No existe evidencia científica en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI que establezca los factores asociados a la sobrecarga del cuidador de paciente con EVC, por lo que el presente trabajo de investigación tiene como propósito identificar estos factores, lo cual podría establecer líneas estratégicas para incidir sobre ellos.

MARCO TEÓRICO

EVENTO VASCULAR CEREBRAL

Una de las consecuencias más trascendentes de la transición demográfica es el cambio en la composición de la estructura por edad de la población, este proceso implica el envejecimiento demográfico, cuyas características impactan directamente a las personas, los hogares, las comunidades y prácticamente a todos los sectores del gobierno y la sociedad. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en México el grupo de adultos mayores (65 años y más) tendrá el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI, el monto actual de 5.8 millones se verá cuadruplicado en 2050, cuando la población anciana ascienda a 25.9 millones⁴.

El proceso de envejecimiento es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que se complican con la aparición de patologías que contribuyen en gran medida a la pérdida de capacidades. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta que las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor son las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, los tumores malignos y padecimientos cerebrovasculares. Entre las diez principales causas de egresos hospitalarios que afectan a este grupo de población sobresalen en primer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio, le siguen la diabetes mellitus, las enfermedades del sistema urinario, traumatismos y envenenamientos, fracturas y las enfermedades cerebrovasculares, que en conjunto representan poco más de 50% del total de egresos en este grupo⁵. En el 2008 México registró una morbilidad total por eventos cerebrovasculares de 33 675 casos, la mayoría de ellos en personas mayores de 60 años de edad⁶.

De acuerdo a las memorias estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del 2008, el EVC figuró como sexta causa de dictamen por invalidez en 607 casos, es decir el 3.8% de todos los dictámenes del respectivo año,

precedido en orden de frecuencia por la diabetes mellitus, los tumores malignos, dorsopatías, insuficiencia renal y artropatías.²⁷

La OMS define al EVC como un síndrome clínico caracterizado por el desarrollo rápido de síntomas y signos de una afección neurológica focal, y en ocasiones global, de la función cerebral que persiste más de 24 horas o conduce a la muerte sin ninguna causa aparente más que la de origen vascular. Las dos categorías más amplias del EVC son isquémica (trombosis o embolia) y hemorrágica (parenquimatosa o subaracnoidea); siendo los eventos trombóticos los más frecuentes casi en el 65%, los embólicos en 20% y los hemorrágicos un 5%. Los perfiles sintomáticos varían según el tipo de EVC y territorio vascular afectado^{2,7} (Ramos Verduzco y cols 2007, Leyva Rendon y cols 2007).

El EVC es una de las enfermedades con mayor mortalidad y morbilidad a nivel mundial, es la principal causa de incapacidad a nivel mundial en población adulta y la segunda causa de demencia. De los supervivientes a la fase aguda de un ictus, aproximadamente el 40 al 53% serán total o parcialmente dependientes a los seis meses, porcentaje que se reduce al 33% transcurrido el primer año y se mantiene sin cambios en los cinco años siguientes. Después del primer año, en más del 50% de los casos existe déficit motor, y entre el 30 y el 35% presentan déficit cognitivo. En un menor porcentaje de los pacientes quedan trastornos visuales, sensitivos, del lenguaje, de la deglución y de la marcha, así como del control esfinteriano. Otros elementos como el hombro doloroso o las caídas frecuente se suman a las dificultades que afrontan estos pacientes, que los lleva a una situación de dependencia funcional y a la imposibilidad de una vida social plena⁸ (Fernández Concepción y cols 2001), así como un impacto mayor a nivel socioeconómico en más del 50% de los sobrevivientes, todo en conjunto afectando la calidad de vida del paciente y del cuidador⁹ (Caleffi Segura y cols 2006).

Otro punto importante es la presencia de afasia o disartria, se estima que el 23% a 33% de los sobrevivientes de un EVC se ven afectados por esta discapacidad para comunicarse, ya que además del apoyo a los pacientes con sus actividades

de la vida diaria, los cuidadores a menudo asumen la responsabilidad para interpretar las señales no verbales y la comunicación. La discapacidad para comunicarse puede ser devastadora y frustrante tanto para el sobreviviente de un EVC como para su cuidador, generándoles miedo, sentimientos de impotencia y depresión¹⁰ (Rombough y cols 2007).

La importancia de la dependencia funcional que ocasiona el EVC está dada por las consecuencias que conlleva, entre las que destacan las de carácter personal (como la disminución del autoestima y del bienestar autopercibido), las de carácter familiar (como el cambio de las rutinas y las relaciones entre los miembros de la familia), la prestación de cuidados especiales, el colapso del cuidador, la institucionalización y, finalmente las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud¹³ (Dorantes Mendoza y cols 2001). Cabe resaltar que son muchos los factores que determinan la funcionalidad de un paciente con EVC, incluyendo la rehabilitación posterior y las condiciones físicas y sociales que le circundan²³ (Kelly Hayes y cols 1998).

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

La "sobrecarga del cuidador" engloba un constructo que representa el costo físico, psicológico, emocional, social y económico que puede experimentar la familia o el cuidador primario de un paciente discapacitado o con una enfermedad crónica. Hablamos de colapso del cuidador cuando éste ha estado sometido a un agotamiento constante por la sobrecarga de su capacidad y recursos, así como a los sentimientos negativos y la tensión posterior que experimenta como resultado de cuidar a una persona con una enfermedad crónica^{11,12} (Cousineau y cols 2003, Belle y cols 2006). Con mucho los estados patológicos que se relacionan más con esta entidad son las demencias y los síndromes de inmovilidad como las amputaciones, evento vascular cerebral, etcétera^{13,19} (Dorantes Mendoza y cols 2001, Carod Artal 1999).

La importancia en la identificación y tratamiento temprano del cuidador con sobrecarga radica en el incremento de su propia morbilidad y mortalidad,

convirtiéndose en un paciente en potencia, Schultz y colaboradores observaron un aumento de la mortalidad hasta del 63% en los cuidadores dentro de los cuatro años posteriores al EVC¹⁴ (Ostwald y cols 2009).

La sobrecarga de los cuidadores puede conducir a estrés crónico, respuesta que puede empeorar la salud, habiéndose encontrado según Jönsson y cols que existe un deterioro más marcado en el ámbito psicológico¹⁵ (Jönsson y cols 2005), o bien se asocia frecuentemente a depresión, con el conocimiento de que la depresión del cuidador empeora la depresión del sobreviviente del EVC y predice una pobre respuesta al tratamiento rehabilitatorio¹⁶ (Ozge y cols 2009). La depresión del cuidador puede estar asociada con muchas variables relacionadas al paciente, por ejemplo se ha observado que las cuidadoras esposas de pacientes con EVC severo o con mayor dependencia física tuvieron síntomas depresivos en la mayoría de los casos en varios estudios. La asociación entre la depresión del cuidador y la severidad del EVC fue mayor en el período agudo y no tan significativa a los 18 meses. Los factores asociados con la sobrecarga no son idénticos a los asociados con la depresión, es posible que la sobrecarga sea una de las causas de la depresión¹⁷ (Berg y cols 205).

Se han encontrado factores que influyen en el agotamiento del cuidador, a saber: la cantidad de estrés que causan las demandas del paciente, la manera en la que el cuidador maneja y afronta el estrés, la cantidad de ayuda social-familiar que el cuidador recibe, el nivel de interacción social negativa y la cantidad de actividades suspendidas; la percepción de agotamiento del cuidador y el resentimiento que esto ocasiona; la presencia de personalidad optimista y la propia percepción de la calidad de la relación que existe entre el cuidador y el paciente¹⁴ (Ostwald y cols 2009).

Se ha distinguido entre una sobrecarga objetiva (cantidad de tiempo y dinero invertido en cuidados, problemas conductuales del enfermo, disrupción de la vida social, etcétera) y una sobrecarga percibida o subjetiva referida a la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar. La sobrecarga percibida tiene una repercusión

mayor sobre la vida de los pacientes y de los familiares. Además el cuidador influye en el reajuste personal tras el EVC y éste es defectuoso cuando una conducta patológica o una reacción emocional persiste y rompe la interacción familiar postictus del paciente¹⁹ (Carod Artal y cols 1999).

En función al origen de los recursos para el cuidado brindado al paciente, existen dos tipos: los formales, que comprenden las prestaciones y servicios sociales que proporcionan los organismos públicos y privados; y los cuidadores informales, que se refieren a la ayuda proporcionada por todos los proveedores no profesionales, incluidos los miembros de la familia, amigos, vecinos, o los miembros de tipo religioso o de otro tipo de comunidad¹⁸ (Schumacher y cols 2006).

En la mayoría de los casos el cuidador principal es una mujer, promedio de 46-50 años, a menudo suele ser la esposa del paciente¹⁶ (Ozge y cols 2009), si el cuidador es el cónyuge el cuidado se vuelve recíproco. En caso de que sean niños o adolescentes los cuidadores pueden ver afectado su desarrollo escolar. Si el cuidador es un adulto mayor puede tener padecimientos de salud crónicos, los cuales se podrían agravar y esto conllevaría a un detrimento en la calidad de la atención brindada al paciente¹⁸ (Schumacher y cols 2006).

El efecto del trabajo de los cuidadores trae cambios drásticos a su estilo de vida, puede afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y estabilidad emocional¹⁹ (Carod Artal y cols 1999). En el estudio de Ory y colaboradores, más de la mitad de los cuidadores de personas con demencia habían restado tiempo a las actividades laborales y de ocio, al igual que pasaron menos tiempo con otros miembros de la familia debido a las responsabilidades del cuidado. Loos y Bowd informaron sobre la pérdida de empleo y de relaciones sociales. Globerman y Wilson informaron de la suspensión de tareas de desarrollo, tales como la actualización profesional y el trabajo voluntario²⁰ (Hasselkus y cols 2007).

El cuidador puede ser de cualquier origen racial o étnico, en culturas en las que el respeto a las personas mayores es importante, el cuidado de los padres a cambio

de la atención recibida de niño puede ser una parte normal y un valor en la vida de los adultos. En cambio, en las culturas que hacen hincapié en el logro individual, el cuidado de la familia puede ser percibida como perjudicial¹⁸ (Schumacher y cols 2006).

En el estudio realizado por Grant y colaboradores, los tres problemas más frecuentes mencionados por los cuidadores resultaron ser los referidos a la seguridad y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, así como a los cambios cognitivos, conductuales y emocionales (por ejemplo, inestabilidad emocional, falta de motivación, olvido o pérdida de memoria, depresión, demandas continuas al cuidador, etc.) del sobreviviente de EVC. Otros problemas fueron los relativos a la pérdida de independencia o el confinamiento del propio cuidador, a su cansancio y a la falta de tiempo disponible para realizar sus tareas como tal y para ocuparse de los síntomas físicos del paciente, como dolor, inapetencia, etcétera²¹ (Grant y cols 2004).

En el estudio de Belciug que investigó las preocupaciones de los cuidadores de pacientes con EVC se observó que éstas eran en relación a la seguridad del paciente, saber cuál es el futuro de los pacientes y sus necesidades, saber qué hacer en situaciones específicas en las que el paciente es incapaz de realizar la tarea de forma independiente y tratar con los aspectos emocionales del paciente. Un cuidador que está bien informado sobre el nivel de funcionamiento de su paciente y las necesidades de cuidado que requiere está mejor preparado para afrontar las necesidades específicas de cuidado²² (Belciug y cols 2006).

HERRAMIENTAS PARA EVALUAR LA SOBRECARGA

La entrevista para identificación del agobio del cuidador del Dr. Steven H. Zarit, efectuado por primera vez en 1980 es el más conocido y empleado. Este instrumento fue revisado en 1987 y evolucionó de 29 reactivos a los 22 que actualmente se utilizan con una puntuación total máxima de 88, no existen normas ni puntos de corte establecidos, sin embargo, suele considerarse

indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56. Cabe mencionar que este cuestionario no fue diseñado para su aplicación como tal, y esto se manifiesta por la extensión del mismo, que lo convierte en poco práctico cuando se aplica en ambientes clínicos o de investigación. En 1991 se propuso una tercera revisión de 18 reactivos sin lograr la misma difusión que la versión previa. Posteriormente se han propuesto versiones para tamizaje y otras más cortas -de 4 y 12 reactivos-, logrando producir resultados idénticos a la versión completa en estudios diagnósticos y longitudinales²⁴ (Higginson y cols 2010). Las puntuaciones de carga tienen buena correlación con síntomas psicopatológicos, con la salud física y el estado de ánimo del cuidador, así como de la relación entre éste y el enfermo al que asiste²⁵ (Zarit y cols 1980).

El inventario neuropsiquiátrico en su versión de sobrecarga del cuidador (NPI-D) es una modificación realizada por D.I. Kaufer junto con el equipo de J.L. Cummings al inventario original en su versión corta, que permite detectar el agobio asociado con la presencia de síntomas neuropsiquiátricos en los pacientes con demencia. Tomando como base el Inventario neuropsiquiátrico versión corta (NPI-Q) se agregó un apartado que evalúa la percepción de agobio del cuidador asociada a cada uno de los síntomas presentes. El inventario evalúa la presencia de 12 posibles síntomas neuropsiquiátricos (ideas delirantes, alucinaciones, tristeza/apatía, agitación/agresión, ansiedad, apatía/indiferencia, euforia, irritabilidad/labilidad, desinhibición, actividades motoras aberrantes, trastornos del sueño y la alimentación), así como la intensidad de agobio emocional y psicológico que experimenta el cuidador con cada uno de los síntomas. La intensidad del agobio se determina en base a 6 posibles puntuaciones que van del 0-5, siendo 0 la ausencia de agobio y 5 agobio extremo o muy severo²⁶ (Kaufer y cols 1998).

Es imprescindible evaluar la depresión y ansiedad del cuidador, para lo cual se utilizan herramientas con el inventario de Beck. En relación a la depresión del cuidador el inventario estandarizado de depresión de Beck (BDI) ya fue validado en población de la Ciudad de México en 1508 personas adultas de entre 15 y 65

años de edad. La confiabilidad por consistencia interna obtenida fue: alfa de Cronbach= 0.87, $p < 0.0001$. El análisis factorial mostro que la versión mexicana, al igual que la original, se compone por tres factores altamente interrelacionados: actitudes negativas hacia uno mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática³³ (Jurado y cols 1998). Con una puntuación posible de 0 a 63 puntos, calificándose como depresión leve de 14 a 19 puntos, moderada de 20 a 28 y severa $>$ de 29 puntos³⁶ (Pool y cols 2006).

La ansiedad del cuidador se puede evaluar mediante el inventario de ansiedad de Beck (BAI), el cual fue desarrollado en 1988, y es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la severidad de los síntomas ansiosos³⁴ (Robles y cols 2001). El BAI consta de 21 elementos o ítems; cada uno puede ser calificado según la intensidad de su presentación: cero corresponde a poco o nada; 1 corresponde a más o menos; 2 corresponde a moderado; y 3 corresponde a severo, aunado a que es una escala autoaplicable. El instrumento en su validación en población mexicana demostró una alta consistencia interna, con un valor de alfa de Cronbach de 0.84. La validez del constructo se determinó con base en el análisis factorial de componentes principales, mostrando cuatro factores principales con cargas factoriales que van de 0.35 a 0.65. Con una puntuación posible de 0 a 63 puntos, calificándose como ansiedad baja de 0 a 21 puntos, moderada de 22 a 35 y severa $>$ o igual a 36 puntos.

JUSTIFICACIÓN

El EVC es la causa más frecuente de discapacidad en adultos a nivel mundial. En el 2008 México registró una morbilidad total por EVC de 33 675 casos, la mayoría de ellos en personas mayores de 60 años de edad⁶. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2008, el EVC figuró como sexta causa de dictamen por invalidez en 607 casos, es decir el 3.8% de todos los dictámenes del respectivo año, precedido en orden de frecuencia por la diabetes mellitus, los tumores malignos, dorsopatías, insuficiencia renal y artropatías.²⁷

En el 2009 en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI (UMFRSXXI) se otorgaron 731 consultas a pacientes que acudieron por primera vez por este padecimiento²⁸; teniendo que las alteraciones acarreadas por la discapacidad recaerán y repercutirán directamente en el entorno familiar y psicosocial.

Parte del éxito de la intervención en los pacientes con EVC se basa en la participación de los cuidadores, que constituyen un apoyo valioso, sin embargo ellos mismos necesitan de ayuda a fin de evitar su sobrecarga; respuesta que puede empeorar la salud con un marcado deterioro en el ámbito psicológico y asociarse frecuentemente a depresión, conociendo que la depresión del cuidador empeora la depresión del sobreviviente del EVC y predice una pobre respuesta al tratamiento rehabilitatorio¹⁶, por lo cual es de suma importancia detectar los factores que pueden generar sobrecarga y/o colapso en el cuidador primario de estos pacientes en una población dentro de la UMFRSXXI para permitir el desarrollo de un modelo de intervención disciplinaria para su manejo.

El objetivo del tratamiento médico rehabilitatorio de estos pacientes y sus familias es en primer lugar lograr la supervivencia y funcionalidad, posteriormente permitir la reincorporación a la vida normal para lo que se realizan diversas estrategias en el aspecto médico, psicológico y social tanto del paciente con EVC como de su familia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores se encuentran asociados a la percepción de la severidad de la sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad vascular cerebral?

OBJETIVOS

General:

Identificar los factores asociados con la severidad de la percepción de sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes con EVC.

Específicos:

- Registrar los factores sociodemográficos y comorbilidades crónico degenerativas del paciente.
- Registrar datos referentes al tipo de EVC, tiempo de evolución y hemicuerpo afectado.
- Establecer el nivel de funcionalidad para sus actividades de la vida diaria básicas e instrumentales del paciente con EVC mediante escala de Barthel y Lawton.
- Establecer la función cognitiva del paciente con EVC con el uso del examen Mínimo del Estado Mental.
- Establecer el estado depresivo de los pacientes con la Escala de Depresión Geriátrica.
- Establecer la calidad de vida con el uso de la escala análoga de la EuroQol-5D.
- Registrar los factores sociodemográficos y comorbilidades crónico degenerativas del cuidador principal
- Registrar el tiempo invertido por el cuidador para su paciente y redes de apoyo alternas.
- Registrar la frecuencia y severidad de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con EVC percibidas por su cuidador mediante el NPI-Q y NPI-D.
- Identificar si el cuidador primario se encuentra en riesgo de sobrecarga o en colapso con la escala Zarit.
- Determinar el grado de depresión y ansiedad del cuidador primario mediante el inventario de Beck.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Clínico.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal, observacional, prolectivo, descriptivo.

MUESTREO

Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para estimar el tamaño de la muestra se tomó como referencia la prevalencia del EVC en la UMFRRSSXXI, aplicando fórmula para estudios transversales, con un resultado de 102.

$$n = \frac{N p q}{(N - 1) D + p q}$$

$$D = \frac{B^2}{4}$$

N= Total poblacional.

p = Proporción de interés.

$$q = 1 - p$$

B = Magnitud del límite de error

N = 731 individuos anuales en la UMFRRSSXXI

p = 12 % prevalencia de Enfermedad Vascular Cerebral en la UMFRRSSXXI

$$q = 1 - p = 0.988$$

$$B = 2 \% = .02$$

$$n = \frac{N p q}{(N - 1) D + p q} \quad D = \frac{B^2}{4} = \frac{(.02)^2}{4} = 0.0001$$

$$n = \frac{(731) (.012) (0.988)}{(730) (.0001) + (.012) (0.88)} = \frac{866.739}{0.084856}$$

$$n = 102$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

❑ Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabiente del IMSS con EVC de 1 mes o más de evolución, estables, admitidos para tratamiento rehabilitatorio en la UMFRSXXI, cualquier género, mayores de edad.
- Cuidador primario de pacientes con EVC.
- Cuidadores con capacidad de comprensión, que sepan leer y escribir.
- Cuidadores que acepten participar en el estudio mediante firma de carta de consentimiento informado.

❑ Criterios de exclusión:

- Paciente con afasia de cualquier tipo.
- Cuidadores con enfermedades terminales.
- Cuidadores con problemas para la lecto-escritura y dificultad para comprender indicaciones.

❑ Criterios de eliminación:

- Cuidadores primarios que no completen información requerida.

SUJETOS DE ESTUDIO

Previa autorización del comité local de investigación del HGZ 32 se aceptaron 76 pacientes con diagnóstico de EVC y sus respectivos cuidadores primarios para participar en el presente trabajo de investigación. Los sujetos de estudio fueron captados en la consulta externa y áreas de terapia de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

VARIABLES METODOLÓGICAS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Edad del paciente con EVC y de su cuidador primario

Definición conceptual: cantidad de años y meses que ha vivido una persona.

Definición operacional: se determinará por interrogatorio directo.

Indicador: diferencia de años transcurridos desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de la entrevista.

Tipo de variable: cuantitativa discontinua.

Escala de medición: razón.

Género del paciente con EVC y de su cuidador primario

Definición conceptual: condición orgánica relacionada con las características fenotípicas, ya sea masculino o femenino.

Definición operacional: se determinará por interrogatorio directo.

Indicador: masculino, femenino.

Tipo de variable: cualitativa dicotómica.

Escala de medición: nominal.

Estado civil del paciente con EVC y de su cuidador primario

Definición conceptual: relación de unión de una pareja.

Definición operacional: se determinará por interrogatorio directo.

Indicador: soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, otro.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Escolaridad del paciente con EVC y de su cuidador primario

Definición conceptual: conjunto de cursos dedicados al estudio formal.

Definición operacional: se determinará por interrogatorio directo.

Indicador: años cursados de estudios formales.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Ocupación del paciente con EVC y de su cuidador primario

Definición conceptual: actividad laboral desempeñada por el paciente previo al EVC.

Definición operacional: se determinará por interrogatorio directo.

Indicador: desempleado, jubilado, pensionado, comercio informal, campesino, obrero, empleado de oficina, profesionista independiente, patrón jefe o empresario, ama de casa, otra.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

VARIABLES INDEPENDIENTES DEL PACIENTE CON EVC

Evento Vascular Cerebral (EVC)

Definición conceptual: síndrome clínico caracterizado por el desarrollo rápido de síntomas y signos de una afección neurológica focal, y en ocasiones global, de la función cerebral que persiste más de 24 horas.

Definición operacional: se establecerá por diagnóstico en hoja de referencia o expediente clínico del paciente.

Tipo de variable: Cualitativa.

Escala de medición de la variable: Nominal.

Lateralidad

Definición conceptual: predominio funcional de un lado del cuerpo humano sobre otro.

Definición operacional: se determinará por interrogatorio directo.

Indicador: diestro o zurdo.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Tipo de EVC

Definición conceptual: las dos categorías más amplias son isquémica causada por trombosis o embolia y hemorrágica ya sea parenquimatosa o subaracnoidea.

Definición operacional: esta información se extraerá de la hoja de envío o expediente.

Indicador: isquémico o hemorrágico.

Tipo de variable: cualitativa dicotómica.

Escala de medición: nominal.

Tiempo de evolución

Definición conceptual: período transcurrido desde el inicio de la afección neurológica y/o diagnóstico de EVC hasta el momento de la entrevista.

Definición operacional: diferencia de tiempo transcurrido en meses desde el evento hasta la fecha de la entrevista.

Indicador: meses.

Tipo de variable: cuantitativa discontinua.

Escala de medición: razón.

Barreras arquitectónicas

Definición conceptual: todos aquellos elementos que obstaculizan, impiden el libre acceso o movilidad, comunicación e integración de personas y entorpecen la circulación normal por el interior de una edificación.

Definición operacional: se interrogará al paciente y/o cuidador para conocer esta información.

Indicador: ausencia o existencia.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Marcha

Definición conceptual: proceso de locomoción en posición erguida del cuerpo humano, durante el movimiento el peso del cuerpo es soportado alternativamente por ambas piernas.

Definición operacional: se valorará por observación directa del paciente.

Indicador: posible o no.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Escala de Brunnstrom

Definición conceptual: describe de forma cualitativa los estadios de la recuperación motora después de un EVC.

Definición operacional: se valorará por observación y exploración del paciente.

Indicador: se clasifica del 1 al 6 según la evaluación, la cual evalúa tono, sinergias, arcos de movilidad y funciones específicas de mano.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Comorbilidad

Definición conceptual: coexistencia en el mismo individuo de dos o más enfermedades al mismo tiempo.

Definición operacional: se obtendrá a partir de la información del índice de Charlson (ver anexo 2).

Indicador: índice de Charlson.

Tipo de variable: cuantitativa discontinua.

Escala de medición: razón.

Actividades de la vida diaria (AVD)

Definición conceptual: actividades encaminadas al autocuidado y movilidad, permiten el grado de autonomía e independencia elemental necesarios para que la persona pueda vivir sin ayuda continua de otros. Se consideran propias de este grupo la alimentación, higiene, vestido, transferencias y traslados.

Definición operacional: se evaluará mediante la aplicación del índice de Barthel (ver anexo 5).

Indicador: índice de Barthel.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Actividades instrumentales

Definición conceptual: actividades que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Dependen al igual que las AVD del estado de salud del individuo, pero también del estado afectivo, rendimiento cognitivo y aspectos del entorno social. Tienen connotaciones diferentes para cada individuo en función del género, edad, circunstancias personales o familiares y el estilo de vida. Incluyen tareas tales como el uso del teléfono y medios de transporte, compras, labores domésticas, manejo de la medicación, gestión de los asuntos económicos, etc.

Definición operacional: se valorará mediante la aplicación del índice de Lawton y Brody (ver anexo 6).

Indicador: índice de Lawton.

Tipo de variable: cuantitativa discontinua.

Escala de medición: razón.

Función cognitiva

Definición conceptual: funciones intelectuales que se dividen en funciones receptivas (permiten la adquisición, procesamiento, clasificación y la integración de la información), la memoria y el aprendizaje (permiten el almacenamiento y el acceso a la información), el pensamiento o la razón (relacionadas con la organización y la reorganización mental de la información) y las funciones expresivas (permiten la comunicación o la acción).

Definición operacional: se valorará mediante el Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) (ver anexo 4).

Indicador: Examen Mínimo del Estado Mental.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Depresión

Definición conceptual: trastorno mental que se presenta con el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía, y falta de concentración.

Definición operacional: se valorará mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (ver anexo 7).

Indicador: el GDS.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Calidad de vida

Definición conceptual: percepción individual de posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive la persona, relacionado con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Definición operacional: se valorará con la aplicación del EQ VAS (ver anexo 8).

Indicador: EuroQol 5D.

Tipo de variable: cuantitativa continua.

Escala de medición: razón.

VARIABLES INDEPENDIENTES DEL CUIDADOR PRIMARIO

Cuidador primario

Definición conceptual: persona encargada de otorgar la ayuda necesaria a un paciente enfermo o discapacitado, usualmente familiar cercano o persona de confianza que no recibe remuneración económica siendo un cuidador informal o formal en caso de percibir un sueldo por el cuidado.

Definición operacional: se conocerá a través de interrogatorio directo.

Indicador: se conocerá mediante interrogatorio directo.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Comorbilidad

Definición conceptual: coexistencia en el mismo individuo de dos o más enfermedades al mismo tiempo.

Definición operacional: se obtendrá a partir de la información del índice de Charlson.

Indicador: se determinará a través de interrogatorio directo.

Tipo de variable: cuantitativa discontinua.

Escala de medición: razón.

Parentesco con el paciente

Definición conceptual: vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.

Definición operacional: se determinará a través de interrogatorio directo.

Indicador: esposa(o), hija(o), hermana(o), sobrina(o), nuera, amiga(o), otros.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Cuidador alternativo

Definición conceptual: persona que apoya en el cuidado de un enfermo.

Definición operacional: se determinará por interrogatorio directo.

Indicador: número de cuidadores.

Tipo de variable: cuantitativa discontinua.

Escala de medición: razón.

Tiempo que ejerce como cuidador

Definición conceptual: número de días y horas al día dedicadas al cuidado.

Definición operacional: se determinará por interrogatorio directo.

Indicador: número de días y horas.

Tipo de variable: cuantitativa discontinua.

Escala de medición: razón.

Forma en que apoyan al cuidado

Definición conceptual: interacción de los cuidadores con el paciente, ya sea en ayuda física, afectiva o económica.

Definición operacional: se determinará mediante interrogatorio directo.

Indicador: apoyo física, emocional, económica.

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Número de síntomas neuropsiquiátricos

Definición conceptual: los síntomas neuropsiquiátricos son catalogados como delirios, trastornos perceptivos, alteraciones del humor y trastornos conductuales.

Definición operacional: se determinará por aplicación de cuestionario para síntomas neuropsiquiátricos.

Indicador: Inventario Neuropsiquiátrico versión corta (NPI-Q) (ver anexo 10).

Tipo de variable: cuantitativa discontinua.

Escala de medición: razón.

Depresión

Definición conceptual: trastorno mental que se presenta con el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía, y falta de concentración.

Definición operacional: se valorará mediante aplicación de cuestionario específico para depresión.

Indicador: Inventario de Beck para Depresión (ver anexo 11).

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Ansiedad

Definición conceptual: reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias.

Definición operacional: se valorará mediante aplicación de cuestionario para ansiedad.

Indicador: Inventario de Beck para Ansiedad (ver anexo 12).

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

VARIABLE DEPENDIENTE

Sobrecarga

Definición conceptual: síndrome que representa el costo físico, psicológico, emocional, social y económico que puede experimentar la familia o el cuidador primario de un paciente discapacitado o con una enfermedad crónica.

Definición operacional: se valorará mediante aplicación de cuestionario específico para sobrecarga.

Indicador: Escala Zarit (ver anexo 9).

Tipo de variable: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a lo que norma la Declaración de Helsinki y la Ley general de Salud de nuestro país, así como previa aprobación por el Comité Local de Investigación de la UMFRSXXI y en vista de que no se aplicó ninguna maniobra experimental, solamente se solicitó la autorización por escrito de los pacientes y cuidadores interesados en participar a través del formato de consentimiento informado.

Este proyecto de investigación cumplió con los puntos básicos de la declaración de Helsinki:

1. Se protege la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
2. Se apoya en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes.
3. Los individuos son participantes voluntarios e informados.
4. Se protege la integridad de los individuos, tomándose toda clase de precauciones para resguardar su intimidad, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.
6. Cada individuo está informado acerca de los objetivos, beneficios y riesgos, pudiendo retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

La ley general de salud en materia de investigación para la salud dentro de su artículo 17 considera investigaciones sin riesgo a los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, en los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa firma de consentimiento informado e identificación de paciente con diagnóstico de EVC y su cuidador primario por interrogatorio directo se procedió a realizar la historia clínica y aplicación de formularios al paciente y posteriormente al cuidador por parte del investigador principal, previa orientación para la resolución de los instrumentos de medición.

PROCEDIMIENTOS APLICADOS AL PACIENTE CON EVC

1. HISTORIA CLÍNICA: Se realizó interrogatorio directo y exploración física para obtener las variables como nombre, género, edad, estado civil, escolaridad, lateralidad, ocupación previa al EVC, dependencia económica actual, posibilidad de marcha, existencia de barreras arquitectónicas dentro de su hogar, tiempo de evolución, tipo de EVC, hemicuerpo afectado, Brunnstrom y comorbilidades actuales. La comorbilidad se determinará a partir de la información del índice de Charlson²⁹ (Charlson y cols 1987), el cual es un sistema que incluye diferentes enfermedades, se considera ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos.

2. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN:

- Examen Mínimo del estado mental (MMSE), prueba utilizada para valorar la función cognitiva, validado y adaptado a población mexicana³² (Mejía y cols 2004), teniendo un rango de 0 a 30 puntos, siendo normal de 25 a 30 puntos, deterioro cognitivo leve de 20 a 24, moderado de 10 a 19 y severo de 0 a 9 puntos.
- Índice de Barthel, es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con patología cerebrovascular aguda³⁰ (Baztán y cols 1993), con el cual se evaluó las actividades de la vida diaria o AVD (alimentación, higiene, vestido, transferencias y traslados), consta

de 10 ítems que clasifican al paciente como independiente si obtiene 100 puntos, dependencia leve > 60, moderada 40-55, grave 20-35, severa < 20 puntos.

- Índice de Lawton y Brody se usó para valorar las actividades instrumentales (uso del teléfono y medios de transporte, compras, preparar comida, realizar labores domésticas y lavado de ropa, manejo de la medicación, gestión de los asuntos económicos). Tiene una buena validez concurrente con otras escalas de AVD y con escalas de valoración cognitiva como el MMSE³¹ (Lawton y cols 1969). La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total.
- Escala de Depresión Geriátrica (GDS) consta de 15 ítems, tiene una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad entre el 70 y el 80 %. Se considera normal una puntuación de 0-5, depresión leve 6-9 puntos y depresión establecida de 10 a 15 puntos.
- EuroQol-5D, instrumento estandarizado y validado en español aplicable a una amplia variedad de condiciones de salud y tratamientos manejado en su forma de escala análoga visual (EQ VAS) para determinar calidad de vida, en el cual se obtuvo el número exacto de 0 a 100 donde el paciente asignó su estado de salud y se registró la respuesta dada en una línea vertical donde las partes finales se nombran como “mejor estado de salud concebible” y “peor estado de salud concebible”³⁶.

PROCEDIMIENTOS APLICADOS AL CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON EVC

1. DATOS DEL CUIDADOR: las variables de estudio a conocer fueron nombre, género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación actual, parentesco con el paciente con EVC, comorbilidad de acuerdo a índice de Charlson, características

del cuidado brindado (número de días, horas y tipo de ayuda), presencia de cuidador alternativo y en caso de haberlos número y tipo de apoyo brindado.

2. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN:

- Escala de Zarit, utilizada para identificar la severidad de percepción de sobrecarga del cuidador, consta de 22 reactivos con una puntuación total máxima de 88, no existen normas ni puntos de corte establecidos, para este estudio se considerará la mediana como punto de corte para clasificar la percepción de sobrecarga en los cuidadores siendo una sobrecarga alta con 21 o más puntos y baja menos de 21 puntos.
- Inventario neuropsiquiátrico, se utilizó para determinar la existencia de síntomas neuropsiquiátricos en el paciente con EVC referido por su cuidador. El inventario evaluó la presencia de 12 posibles síntomas neuropsiquiátricos (ideas delirantes, alucinaciones, tristeza/apatía, agitación/agresión, ansiedad, apatía/indiferencia, euforia, irritabilidad/labilidad, desinhibición, actividades motoras aberrantes, trastornos del sueño y de la alimentación), se asignó a los síntomas presentes 1 punto, con 12 puntos como máximo.²⁶ (Kaufert y cols 1998).
- Inventario de depresión de Beck, ya fue validado en población mexicana con una puntuación posible de 0 a 63 puntos, calificándose como depresión leve de 14 a 19 puntos, moderada de 20 a 28 y severa > de 29 puntos³⁶ (Pool y cols 2006).
- Inventario de ansiedad de Beck, consta de 21 elementos, cada uno puede ser calificado según la intensidad de su presentación: cero corresponde a poco o nada, 1 corresponde a más o menos, 2 corresponde a moderado, y 3 corresponde a severo; tiene una puntuación posible de 0 a 63 puntos, habiéndose calificado como ansiedad baja de 0 a 21 puntos, moderada de 22 a 35 y severa > o igual a 36 puntos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva estimándose frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y en las variables ordinales también se estimaron medianas. Para el índice de Lawton se obtuvieron las percentilas 25 y 75. En las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Se efectuaron cuadros y gráficos y prueba de correlación con rho de Spearman.

El análisis de la información se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS 18.

RESULTADOS

PACIENTES CON EVC

El total de la población fueron 76 pacientes, 51 fueron masculinos (67.1%) y 25 femeninos (32.9%). El promedio de edad fue de 61 años \pm 12.5 (29 a 87).

Predominan los pacientes casados en 52 casos (68.4%), nivel de escolaridad primaria en 25 pacientes (32.9%) y hogar como ocupación en 15 pacientes (19.7%). El paciente fue dependiente económicamente de forma principal de un hijo o hijos en 26 casos (34.2%) y con independencia económica en 17 pacientes (22.4%).

El EVC de tipo isquémico se presentó en 56 pacientes (73.7%) y el tipo hemorrágico en 20 pacientes (26.3%). El tiempo de evolución predominante fue de 4 a 6 meses en un 48% de pacientes, siguiéndole de 1 a 3 meses en 30.3% de pacientes. El promedio de comorbilidad del paciente fue 2.96 ± 1.2 (1 a 5).

La lateralidad fue derecha en 73 pacientes (96.1%) e izquierda en 3 (3.9%). El hemicuerpo afectado en 58 pacientes fue el derecho (76.3%) y el izquierdo en 18 pacientes (23.7%). El Brunnstrom predominante fue 5 en 34.2% y 4 en 25%.

57 pacientes (75%) mantuvieron la capacidad para deambular y 19 pacientes no deambulaban. En el 78.9% existieron barreras arquitectónicas dentro de su hogar.

El Examen Mínimo del estado mental mostró en 23 pacientes (30.2%) un estado mental normal, en 29 pacientes (38.2%) un deterioro cognitivo leve, en 22 pacientes (28.9%) un deterioro cognitivo moderado y deterioro severo en 2 pacientes (2.6%).

Para el índice de Barthel se encontró independencia para sus AVD en 6 pacientes (7.9%), dependencia leve en 45 pacientes (59.2%), dependencia moderada con un 10.5%, grave en un 14.5% y severa en un 7.9%. Mientras que

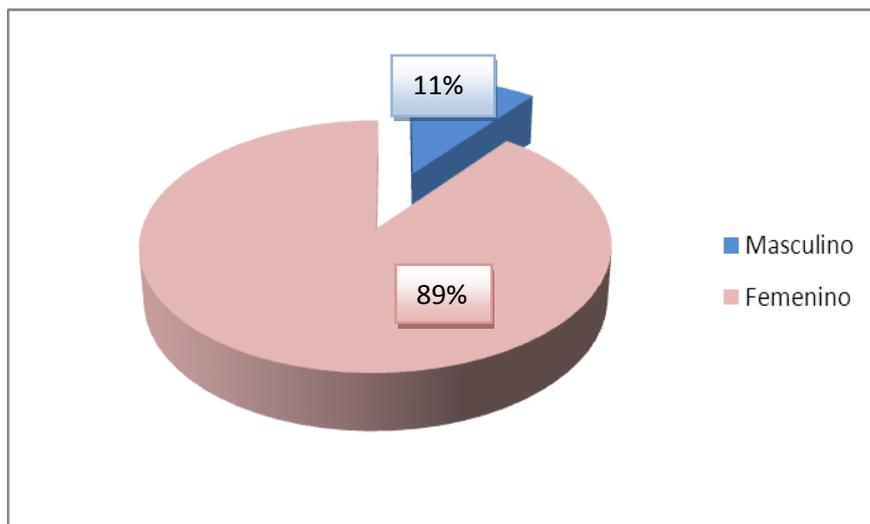
el índice de Lawton y Brody presentó una mediana de 2 y percentila 25 de 1 y en la percentila 75 de 3.75.

En la Escala de Depresión Geriátrica se encontraron 40 pacientes (52.6%) con síntomas depresivos leves a moderados y 16 pacientes (21.1%) con síntomas depresivos severos. El EQ VAS presentó un promedio de 58.13 ± 18.9 (10 a 98).

CUIDADOR PRIMARIO DEL PACIENTE CON EVC

En relación al género de los cuidadores primarios el femenino fue del 89% con 68 casos y masculinos 8 (11%) lo cual se muestra en la gráfica1, el promedio de edad fue de 47 años, rango de 15 a 83 años.

Gráfica 1. Género del cuidador primario de pacientes con EVC en la UMFRSXXI 2010.



Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

El parentesco principal del cuidador primario con el paciente fue la esposa(o) en un 46.1%, seguido de cuidador hija(o) en un 34.2%.

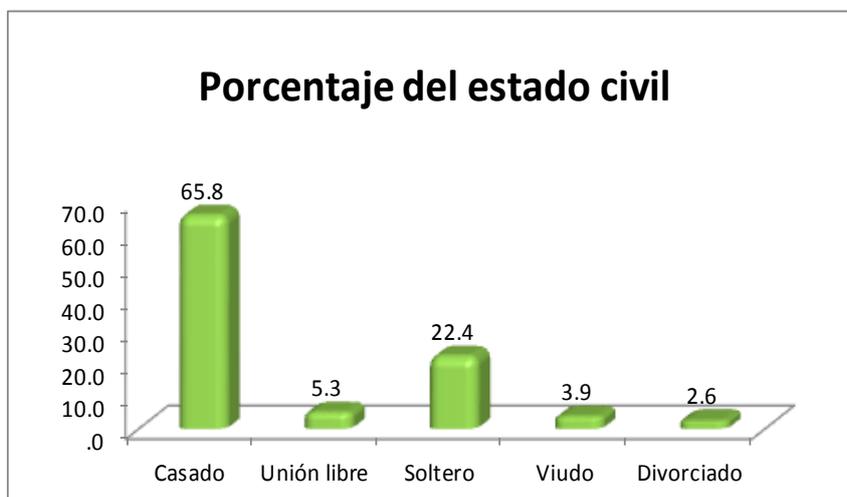
Tabla 1. Parentesco del cuidador primario con el paciente con EVC en la UMRSXXI 2010.

Parentesco del cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Esposa(o)	35	46.1
Hija(o)	26	34.2
Hermana(o)	5	6.6
Madre	3	3.9
Nuera	2	2.6
Nieta	1	1.3
Amiga	1	1.3
Cuidadora	3	3.9
Total	76	100.0

Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

El estado civil del cuidador primario en mayor porcentaje fue casado en un 65.8%.

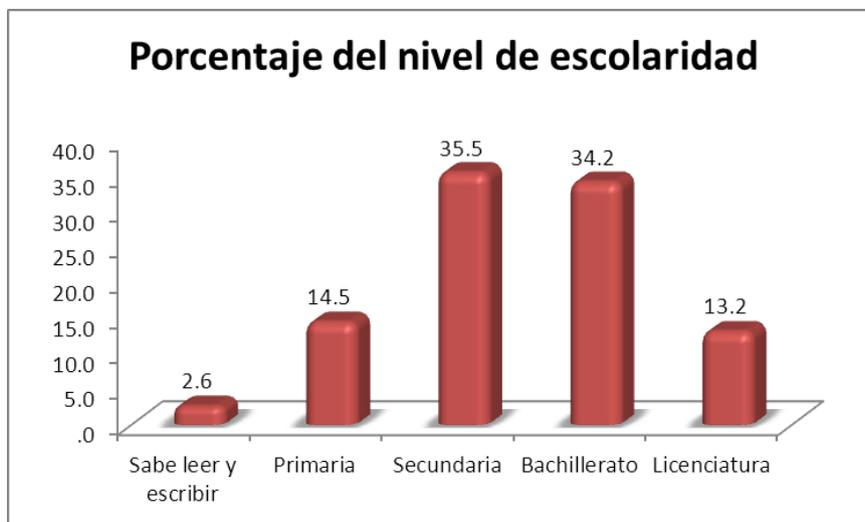
Gráfica 2. Estado civil del cuidador primario del paciente con EVC en la UMFRSXXI 2010.



Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

La escolaridad más frecuente fue secundaria en un 35.5%, seguida de nivel bachillerato o carrera técnica por un 34.2%.

Gráfica 3. Escolaridad del cuidador primario del paciente con EVC en la UMFRSXXI 2010.



Fuente: encuesta realizada en MFRSXXI IMSS.

La ocupación de los cuidadores primarios con mayor registro fue hogar en 52.6%.

Tabla 2. Ocupación del cuidador primario del paciente con EVC en la UMFRSXXI 2010.

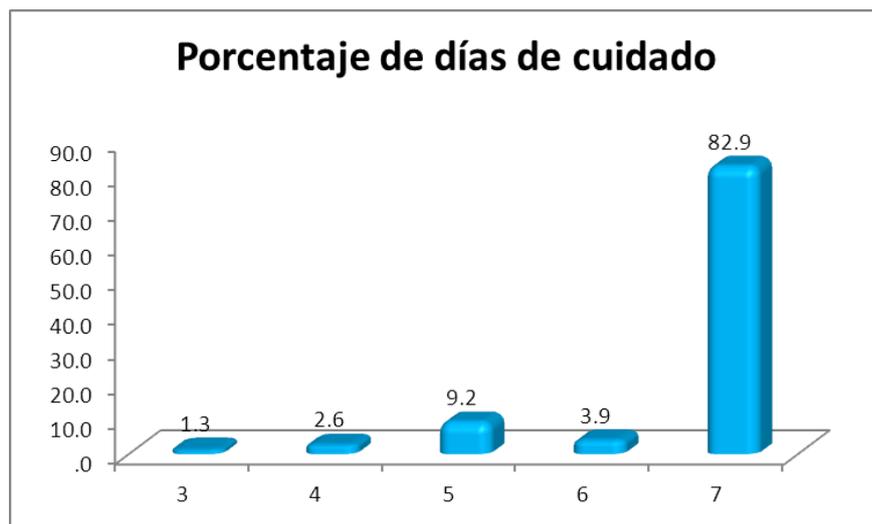
Ocupación del cuidador	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	9	11.8
Hogar	40	52.6
Otro	8	10.5
Jubilado	5	6.6
Pensionado	3	3.9
Comercio informal	7	9.2
Obrero	2	2.6
Empleado de oficina	2	2.6
Total	76	100.0

Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

Se encontró un promedio de comorbilidad del cuidador de 0.78 ± 0.52 (0 a 3) padecimientos agregados en el cuidador primario.

El promedio de días dedicados al cuidado del paciente con EVC por parte de su cuidador principal fue de $6.64 \text{ días} \pm 0.860$ (3 a 7). 81.8% de los cuidadores primarios cuidaron 7 días de su paciente.

Gráfica 4. Días a la semana destinados al cuidado del paciente con EVC por parte de su cuidador primario en la UMFRSXXI 2010.

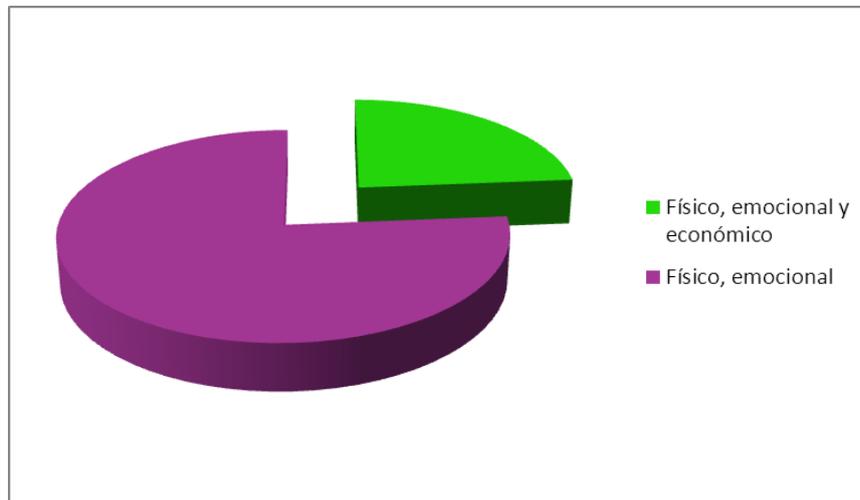


Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

El promedio de horas al día destinadas al cuidado del paciente por EVC por parte del cuidador primario fue de $11.70 \text{ horas} \pm 5.838$ (3 a 24 horas).

El tipo de cuidado brindado por el cuidador primario más frecuente fue el físico y emocional en 58 casos (76.3%), seguido de 18 cuidadores primarios (23.7%) que apoyaron al paciente con EVC de forma física, emocional y económica.

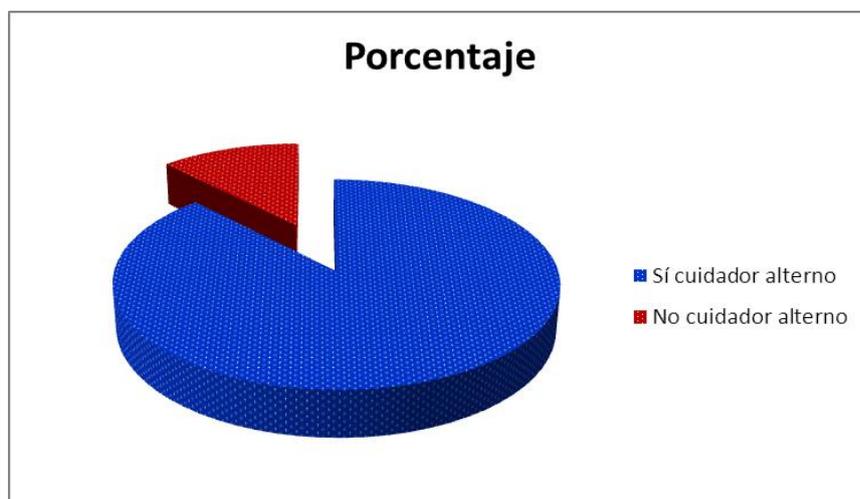
Gráfica 5. Tipo de cuidado brindado por el cuidador primario del paciente con EVC en la UMFRSXXI 2010.



Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

Se encontró la presencia de un cuidador alternativo en 67 casos (88%) y ausencia de cuidador alternativo en 9 pacientes con EVC (12%).

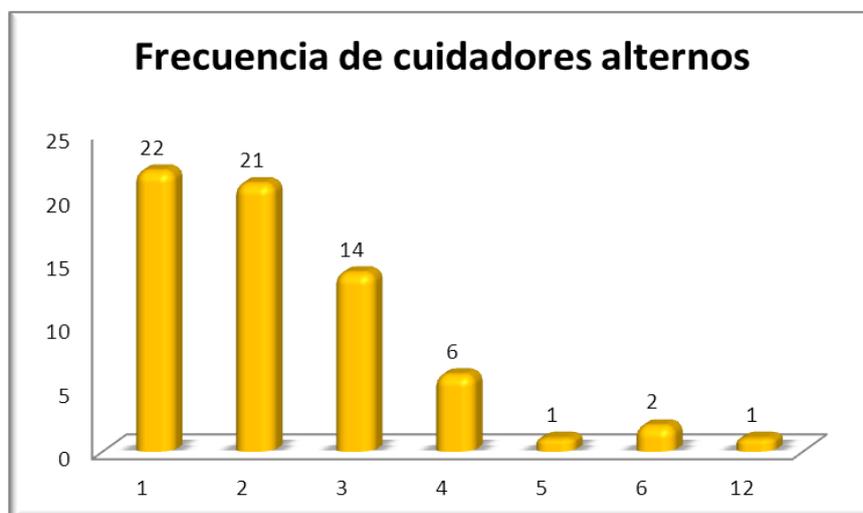
Gráfica 6. Existencia de cuidador alternativo en los pacientes con EVC en la UMFRSXXI 2010.



Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

El número de cuidadores alternos con el que se contó fue de 1 cuidador en 28.9% y de 2 cuidadores en 27.6%.

Gráfica 7. Número de cuidadores alternos del paciente con EVC en la UMFRSXXI 2010.



Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

El tipo de cuidado brindado por el cuidador alternativo con mayor registro fue físico, emocional y económico en 38 casos (50%).

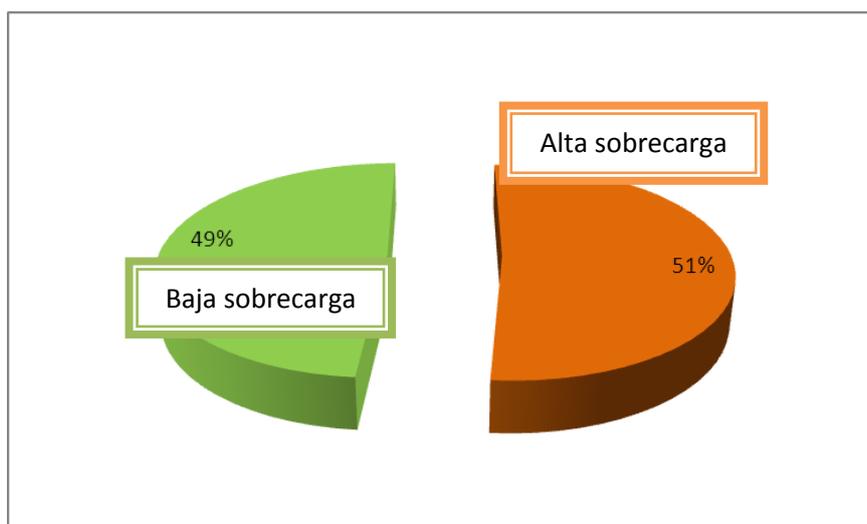
Tabla 3. Tipo de cuidado brindado por cuidador alternativo de pacientes con EVC en la UMFRSXXI.

Tipo de cuidado brindado por cuidador alternativo	Frecuencia	Porcentaje
Físico	1	1.5
Físico y emocional	14	20.8
Físico, emocional, económico	38	56.7
Físico, económico	6	8.9
Emocional	1	1.5
Emocional, económico	1	1.5
Económico	6	8.9

Fuente: encuesta realizada en UMFRSXXI IMSS.

La mediana de la escala de Zarit fue 21, lo cual se tomó como punto de corte para establecer el grado de percepción de sobrecarga. La escala tuvo un promedio de 20.95 ± 9.71 (0 a 53). Reportó alta percepción de sobrecarga en 39 cuidadores primarios (51.3%) y baja percepción de sobrecarga en 37 cuidadores primarios (48.7%).

Gráfica 8. Percepción de la sobrecarga evaluada por la escala de Zarit en cuidadores primarios de pacientes con EVC en la UMFRSXXI 2010.



Fuente: encuesta UMFRSXXI IMSS.

El 15.8% de los pacientes presentaron 3 síntomas neuropsiquiátricos, 35.5% de presentaron 2 síntomas y 21.1% presentaron al menos 1 síntoma. Se encontró un promedio de 2.51 ± 1.62 (0-7) síntomas neuropsiquiátricos por paciente.

El inventario de Beck para depresión mostró que 64 cuidadores (84.2%) no reportaron depresión y 12 cuidadores (15.8%) sufren depresión leve. En el inventario de Beck para ansiedad se evidenció que el 100% de los cuidadores mostraron un grado de ansiedad baja.

Tabla 4. Depresión y ansiedad en el cuidador primario de pacientes con EVC medido por el inventario de Beck en la UMFRSXXI 2010.

	Inventario de Beck para depresión	Inventario de Beck para ansiedad
Puntuación	8.13 ± 4.05 (0-17)	5.55± 3.66(0 – 18)

Fuente: encuesta UMFRSXXI IMSS.

Se realizó prueba de correlación bivariada mediante la prueba rho de Spearson encontrándose significancia estadística entre la escala de Zarit y la comorbilidad del paciente ($p = .010$), la posibilidad de marcha ($p = .046$) y la escala de Brunnstrom ($p = .008$).

En relación a los índices de Barthel ($p = .009$), Lawton ($p = .004$), el EQ VAS ($p = .006$) y la escala de depresión geriátrica ($p = .000$) también existió asociación estadísticamente significativa con la percepción de sobrecarga en los cuidadores primarios.

Para las variables del cuidador primario se encontró asociación estadísticamente significativa para el género del cuidador con una $p = .036$, el parentesco con una $p = .002$, las horas del día dedicadas al cuidado con una $p = .048$, la percepción de síntomas neuropsiquiátricos del paciente por parte del cuidador con una $p = .002$, la depresión y la ansiedad ambas con una $p = .000$.

Tabla 5. Correlación entre la sobrecarga evaluada por la escala de Zarit y diversas variables en la UMFRSXXI 2010.

Variable	Alta sobrecarga n = 39	Baja sobrecarga n = 37	p
Comorbilidad del paciente	3.28 ± 1.12 (1-5)	2.62 ± 1.14 (1-4)	.011
Marcha			.020
Posible	26 (66.6%)	31 (83.8%)	
No posible	13 (33.3%)	6 (16.2%)	
Escala de Brunnstrom	3.59 ± 1.45 (1-6)	4.3 ± 1.19 (1-6)	.003
Índice de Barthel	57.18 ± 27.26 (15-85)	67.03 ± 23.7 (40-100)	.007
Independiente		6 (16.2%)	
Dependencia leve	18 (46.2%)	27 (72.9%)	
Dependencia moderada	4 (10.2%)	4 (10.8%)	
Dependencia grave	11 (28.2%)		
Dependencia severa	6 (15.3%)		
Índice de Lawton	2.23 ± 1.93 (0-4)	3 ± 2.54 (0-8)	.020
EQ VAS	56.46 ± 18.98 (10-90)	59.89 ± 18.92 (10-98)	.017
GDS	7.82 ± 2.76 (0-13)	6.49 ± 3.05 (0-13)	>.0001
Normal	5 (12.8%)	15 (40.5%)	
Depresión leve	23 (59%)	17 (45.9%)	
Depresión establecida	11 (28.2%)	5 (13.5%)	
Género del cuidador			.017
Femenino	38 (97.4%)	30 (81.1%)	
Masculino	1 (2.6 %)	7 (18.9%)	
Parentesco del cuidador			.040
Esposa	18 (46.2%)	17 (45.9%)	
Hija	16 (41%)	10 (27%)	
Otros	5 (12.8 %)	10 (27%)	
Horas dedicadas a cuidar	12.51 ± 5.76 (4-24)	10.84 ± 5.87 (3-24)	.004
Depresión del cuidador	9.82 ± 3.73 (3-17)	6.35 ± 3.63 (0-16)	>.0001
Sin depresión	29 (74.4%)	35 (94.6%)	
Depresión leve	10 (25.6%)	2 (5.4%)	
Ansiedad	6.95 ± 3.89 (2-18)	4.08 ± 2.76 (0-12)	>.0001
Leve	39 (100%)	37 (100%)	
INP-Q	2.85 ± 1.61 (0-6)	2.16 ± 1.57 (0-7)	.004

Fuente: encuesta UMFRSXXI IMSS.

DISCUSIÓN

El evento vascular cerebral figura entre las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo y es la causa más frecuente de discapacidad en adultos en edad productiva en muchos países^{1, 6, 13, 16}. La transición demográfica se pone de manifiesto también en este estudio, donde de acuerdo con otras referencias^{2,5,6} se observa que la presentación del EVC es predominante en el grupo etario de mayores de 60 años y más del 50% de los sobrevivientes a los 6 meses serán dependientes de otra persona⁹.

Fernández en 2001⁸ y Caleffi en 2006⁹ observaron que la inestabilidad emocional, la dependencia física y económica que genera este padecimiento son capaces de contribuir a generar sobrecarga en el cuidador del paciente con EVC, en este caso se encontró asociación entre los dos primeros factores y la percepción de la severidad de la sobrecarga.

Ozge en 2009¹⁶, Ocampo en 2007³⁷, Lara en 2001³⁹ y Dueñas en 2006³⁸ en sus reportes establecen que el mayor porcentaje de los cuidadores primarios fueron mujeres de la quinta década de la vida y casadas. Ocampo en 2007³⁷ y Barrón en 2009⁴² mencionaron que la escolaridad primaria o secundaria son las más frecuentes en los cuidadores primarios. Ozge en 2009¹⁶, Dueñas en 2006³⁸ y Schumacher en 2006¹⁸ establecieron que los cuidadores primarios suelen ser familiares de los pacientes teniendo como parentesco el de ser esposas o hijas. Los hallazgos del actual trabajo están en relación con los previamente mencionados, cabe citar que el hecho del cuidado por parte de la mujer tiene bases históricas por ser ella la que juega el papel principal de apoyo emocional en el núcleo familiar y la que suele estar más avocada a labores del hogar.

Barrón en 2009⁴² comentó en su revisión que los cuidadores primarios prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración, lo cual concuerda con nuestros resultados.

Ostwald en 2009¹⁴ efectuó un estudio donde se midió el estrés de los cuidadores cada 3 meses por espacio de 1 año, hallando que los cuidadores cónyuges presentaron mayores niveles de estrés que los sobrevivientes de un EVC; aunque en este estudio no se evaluó como tal el estrés del cuidador se relaciona con la severidad de la percepción de la sobrecarga medida por la escala Zarit.

Ocampo en 2007³⁷ y Carod en 1999¹⁹ mencionaron que existe asociación entre el grado de dependencia física y la percepción de la sobrecarga manifestada por el cuidador, lo cual se correlaciona en este estudio con una p significativamente estadística.

Jönsson en 2005¹⁵ y Carod en 1999¹⁹ citaron que los cuidadores que tienen a su cargo enfermos crónicos con discapacidad sufren un deterioro psicológico y estrés, que es consecuencia de un proceso que engloba variables interrelacionadas como el nivel socioeconómico, el hecho de cuidar a un sujeto discapacitado y su funcionalidad inherente, así como la carga intrapsíquica.

Han en 1999³ llevó a cabo una revisión de artículos de la cual derivó que la prevalencia de la depresión entre cuidadores de pacientes con EVC fue de un 30 a 50% y que los cuidadores con menor apoyo social fueron más proclives a la depresión. Berg en 2005¹⁷ evaluó la depresión en el evento agudo, a los 6 y 18 meses en los cuidadores de pacientes con EVC hallando que los cuidadores cónyuges tenían más síntomas depresivos que otros familiares y que la depresión se agravó durante el seguimiento. Asimismo se evaluó la depresión y su asociación con el estado funcional, cognitivo y emocional viéndose que la dependencia en cualquiera de los rubros anteriores se asoció con depresión y agotamiento del cuidador durante los 6 primeros meses. Carod en 1999¹⁹ confirmó que el estado anímico y la percepción de la sobrecarga se correlacionaba positivamente conforme pasaba el tiempo tras el EVC.

En este estudio se observó alta percepción de sobrecarga en un 51% de los cuidadores primarios evidenciado por la escala de Zarit, así como asociación positiva entre ésta última y el estado funcional y emocional, el género del

cuidador, la relación de parentesco y la depresión del cuidador, lo cual está en concordancia con los autores anteriormente descritos. En nuestro país existe poca evidencia científica en relación a la sobrecarga del cuidador de pacientes con EVC, este trabajo a diferencia de los anteriores evaluó la frecuencia y asociación de la sobrecarga con el uso de varios indicadores tanto para el paciente como para el cuidador.

La principal limitación del presente estudio fue la incapacidad para completar la muestra estimada durante el diseño, sin embargo, dada la homogeneidad de los datos que se obtuvieron en los pacientes y cuidadores incluidos se puede tomar como suficiente la información recabada. Por las características temporales (estudio transversal) de la tesis sería conveniente realizar un seguimiento prospectivo, particularmente de la presencia de síntomas depresivos en el paciente con EVC, ya que pueden relacionarse con un trastorno de adaptación por su enfermedad y no de un trastorno depresivo en sí, siendo necesario revaloraciones al menos cada 6 meses en 2 ocasiones más. En el caso de los cuidadores, también sería de mucha utilidad realizar un seguimiento prospectivo para evaluar la tendencia en la severidad de la percepción de sobrecarga y los cambios en los síntomas depresivos y ansiosos, con la dificultad de poder reevaluar al mismo cuidador en cada uno de las evaluaciones de seguimiento ya que la persona que funge como cuidador primario suele cambiar con frecuencia en su rol y no permitiría evaluar un fenómeno continuo.

El aumento continuo de personas discapacitadas sobrevivientes de un EVC está produciendo un aumento de las demandas de los cuidadores; es por ello que se requiere de apoyo social por parte de la familia o las instituciones de salud. Como sugerencias están que el cuidador debe seguir haciendo su vida normal, planificar su asistencia y cuidados al enfermo dejando un tiempo para sí mismo, estableciendo límites en el desempeño de su tarea, delegando funciones en otros miembros de la familia o en amigos, dejando de lado su papel de persona indispensable o de que nadie más podrá hacer las cosas mejor, y sobre todo recordando que eso no quiere decir que ame menos al enfermo.

Es saludable que mantenga su círculo de amigos y que pueda contar con una persona de confianza para hablar abiertamente sobre sus sentimientos y encontrar una salida a sus preocupaciones. También es una buena opción ponerse en contacto con otras personas que se encuentran en la misma situación para intercambiar impresiones, lo cual se puede realizar mediante la creación de grupos de autoapoyo en las instituciones de salud. Aunado a que puedan crearse grupos de terapia psicológica para los cuidadores y programas educativos para los familiares con el fin de crear redes de apoyo más amplias tendientes a aumentar la participación de cuidadores alternos.

La intervención del equipo de salud para detección temprana y manejo de los cuidadores primarios promoverá un mejor pronóstico para el paciente y una mejor calidad de vida para paciente y cuidador.

,

CONCLUSIÓN

Este trabajo de investigación concluye que la percepción de sobrecarga del cuidador primario del paciente con EVC está asociada a los siguientes factores: la comorbilidad, el estado funcional y emocional del paciente con EVC; así como al género, parentesco, la depresión y ansiedad del cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Global burden of stroke disponible en: <http://www.who.int/cardiovascular diseases/en/cvdatlas15burdenstroke.pdf>
2. Ramos Verduzco JM, Rodríguez García R. Enfermedad vascular cerebral. En: Práctica de la geriatría. México: Mc Graw-Hill, 2007: 271-273.
3. Han B, Haley W. Family caregiving for patients with stroke. Review and analysis. Stroke 1999; 30: 1478-1485.
4. El cambio demográfico y el envejecimiento en México disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2008/02cepal.pdf>
5. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad datos nacionales disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2007/edad07.pdf>
6. Anuario de morbilidad 2008 disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
7. Leyva Rendón A. Epidemiología y factores de riesgo de la enfermedad vascular cerebral isquémica. En: Tratamiento agudo de la enfermedad vascular cerebral. México: Series del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, 2007: 5-23.
8. Fernández-Concepción O, Fiallo-Sánchez MC, Álvarez-González MA, Roca MA, Concepción-Rojas M, Chávez L. La calidad de vida del paciente con accidente cerebrovascular: una visión desde sus posibles factores determinantes. Rev Neurol 2001; 32: 725-731.
9. Caleffi Segura A, Veloso Fontes S, Maiumi Fukujima M, Luiz de Andrade S. The impact evaluation of physical therapy on the quality of life of cerebrovascular stroke patients. International Journal of Rehabilitation Research 2006; 29: 243–246.
10. Rombough R, Howse E, Bagg S, Bartfay W. A comparison of studies on the quality of life of primary caregivers of stroke survivors: s systematic review of the literature. Top Stroke Rehabil 2007; 14 (3): 69–79.

11. Cousineau N, McDowell I, Hotz S, Hébert P. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregiver. Development and preliminary validation of a scale. *Medical Care* 2003; 41 (1): 110–118.
12. Belle H, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja, Gallagher-Thompson D, et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups. a randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine* 2006; 145: 727-738.
13. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional de salud y envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22(1): 1-11.
14. Ostwald SK, Bernal MP, Cron SG, Godwin KM. Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Top Stroke Rehabil* 2009 ; 16(2): 93–104.
15. Jönsson A, Lindgren I, Björn H, Norrving B, Lindgren A. Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke* 2005; 36: 803-808.
16. Ozge A, Ince B, Somay G, Erol S, Uludüz D, Bulkan M, et al. The caregiver burden and stroke prognosis. *Journal of Neurological Sciences*. 2009; 26 (2): 139-152.
17. Berg A, Palomäkki H, Lönnqvist J, Lehtihalmes M, Kaste M. Depression Among Caregivers of Stroke Survivors. *Stroke*. 2005; 36: 639-643.
18. Schumacher K, Beck C, Marren J. Family caregivers. Caring for older adults, working with their families. *American Journal of Nursing* 2006; 106 (8): 40-49.
19. Carod-Artal FJ, Egio-Navarro JA, González-Gutiérrez JL, Varela E. Percepción de la sobrecarga a largo plazo de los cuidadores de sobrevivientes a un ictus. *Rev Neurol* 1999; 28: 1130-1138.
20. Hasselkus BR, Murray BJ. Everyday occupation, well-being, and identity: The experience of caregivers in families with dementia. *American Journal of Occupational Therapy* 2007; 61: 9–20.
21. Grant J, Glandon G, Elliott T, Newman Giger J, Weaver M. Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the

- first month after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research* 2004; 27:105–111.
22. Belciug M. Concerns and anticipated challenges of family caregivers following participation in the neuropsychological feedback of stroke patients. *International Journal of Rehabilitation Research* 2006; 29: 77–80.
 23. Kelly-Hayes M, Robertson JT, Broderick JP, Duncan PW, Hershey LA, Roth EJ, et al. The American Heart Association Stroke Outcome Classification. *Stroke* 1998; 29: 1274-1280.
 24. Higginson I, Gao W, Jackson D, Murray J, Harding R. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *Journal of Clinical Epidemiology* 2010; 63: 535-542.
 25. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-655.
 26. Kaufer DI, Cummings JL. Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: The Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. *JAGS* 1998; 46: 210-215.
 27. Memorias estadísticas IMSS 2008 disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/183047A0-819C-4882-918A-4A785F35B6A6/0/ME2008CapVI.pdf> Estadística de la UMFRSXXI 2009.
 28. Estadística de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI 2009.
 29. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40: 373–383.
 30. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40.
 31. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
 32. Mejia S, Gutierrez-Robledo LM, Villa A, Ostrosky-Solis. Cognition, functional status, education, and the diagnosis of dementia and mild cognitive impairment in spanish-speaking elderly. *Applied Neuropsychology* 2004; 11(4): 194–201.

33. Jurado S, Villegas, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21(3): 26-31.
34. Robles R, Varela R, Jurado S, Paez F. Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología* 2001; 18(2): 211-218.
35. EQ VAS disponible en: http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Office/User_Guide_v3_April_2010_.pdf
36. Poole H, Bramwell R, Murphy P. Factor structure of the Beck Depression Inventory II in patients with chronic pain. *Clin J Pain* 2006; 22: 790-798.
37. Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Lobo L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med* 2007; 38 (1): 40-46.
38. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera J. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med* 2006; 37 (2): 31-38.
39. Lara-Pérez L, Díaz-Díaz M, Herrera-Cabrera E, Silveira-Hernández P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enfermer* 2001; 17 (2): 107-111.
40. Ley general de salud. Últimas reformas publicadas DOF 14-07-2008. Capítulo quinto, título único.
41. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Escocia. Octubre 2000.
42. Barrón Ramírez B, Alvarado Aguilar S. Desgaste físico y emocional del cuidador primario em câncer. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología* 2009; 4: 39-46.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

Nombre del paciente: _____ Edad:

Nombre de familiar responsable: _____ Relación:

Manifiesto que he sido informado (a) sobre los beneficios que podría tener mi participación en el proyecto de investigación titulado “Factores asociados a la sobrecarga del cuidador del pacientes con EVC en la UMFRSXXI 2010”.

Me fue explicado que el proyecto consiste en contestar una serie de preguntas encaminadas a detectar el estado funcional de mi paciente y situaciones que percibo estresantes en el cuidado de mi familiar con evento vascular cerebral.

También me fue informado que en cualquier momento puedo abandonar el estudio, sin represalias y sin perder los derechos como paciente de la UMFRSXXI y que mi participación es anónima y confidencial. Todos los datos que proporcione serán para fines de investigación, donde se busca sean publicados en revistas de especialización así como expuesto en conferencias científicas, respetando el anonimato del paciente.

Al firmar esta hoja otorgo mi consentimiento al personal de la UMFRSXXI para realizar las pruebas necesarias para que se lleve a cabo este estudio, así como para que todo el material sea utilizado para cubrir los objetivos especificados en el proyecto y acepto que no habrá remuneración alguna por el uso y publicación de los mismos.

Familiar responsable

Testigo

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____.

No de afiliación: _____.

Edad: _____ años. Año de nacimiento: _____.

Estado civil: Soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a), unión libre.

Lateralidad: diestro o zurdo.

Escolaridad: _____ años cursados.

Ocupación previa al EVC: Desempleado, jubilado, pensionado, comercio informal (ambulante), jornalero/campesino, obrero(a), empleado de oficina(a), profesionalista independiente, patrón(a) jefe o empresario(a), hogar, otra _____.

¿De quién depende económicamente? _____.

Barreras arquitectónicas: _____.

Tiempo de evolución del EVC:

Tipo de EVC: isquémico, hemorrágico.

Marcha: posible o no, independiente o dependiente, auxiliada o no.

Brunnstrom: _____.

Comorbilidades: 1.- ¿Padece el paciente algún tipo de enfermedad crónica además de su EVC?

Sí No

2.- ¿Cuál(es) enfermedad(es) padece?

1. Artritis o artrosis

2. Hipertensión arterial

3. Cardiopatía isquémica (infarto, angina de pecho)

4. Insuficiencia cardíaca

5. Diabetes mellitus

6. Colesterol elevado

7. Nefropatía (problemas con los riñones)

8. Alguna enfermedad hepática

9. Cáncer (tumores), leucemias, linfomas

Con metástasis?

10. EVC

11. Gastritis (enfermedad ácido-peptica, reflujo GE, úlcera) Otras (especifique) _____

12.. Enfermedad arterial periférica

13. Algún tipo de neuropatía?

14. VIH o SIDA

Otra (especifique) _____

ANEXO 3

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre:

_____.

Edad: _____ años. Año de nacimiento: _____.

Parentesco: _____.

Estado civil: Soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a), unión libre.

Escolaridad: _____ años cursados.

Ocupación actual: Desempleado, jubilado, pensionado, comercio informal (ambulante), jornalero/campesino, obrero(a), empleado de oficina(a), profesionista independiente, patrón(a) jefe o empresario(a), hogar, otra _____.

¿Padece alguna enfermedad crónica?
_____.

Número de días a la semana dedicados al cuidado: _____.

Número de horas a la semana dedicadas al cuidado: _____.

Tipo de cuidado brindado: físico, emocional, económico.

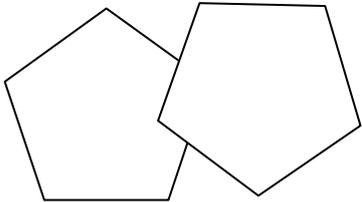
Cuidador alternativo: Sí No

Número de cuidadores alternos: _____.

Tipo de apoyo brindado por cuidador alternativo: físico, emocional, económico.

ANEXO 4

EXAMEN MÍNIMO DEL ESTADO MENTAL

	Puntuación
1. Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación)	/5
2. En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país)	/5
3. Repita estos 3 objetos? (MESA, LLAVE, LIBRO)	/3
4. Reste 7 a 100 y al resultado vuelva a restar 7 (93, 86, 79, 72, 65) O deletree la palabra M-U-N-D-O al revés	/5
5. Cuáles fueron los 3 objetos mencionados anteriormente?	/3
6. Muestre una Pluma y un Reloj y pida que los identifique	/2
7. Repita la siguiente frase: “ <i>NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS</i> ”	/1
8. Cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente): “ <i>Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en la mesa</i> ”	/3
9. Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice “ <i>CIERRE LOS OJOS</i> ”	/1
10. Escriba una Frase, Enunciado u Oración con cualquier cosa que me quiera decir	/1
11. Copie estos dibujos 	/1
TOTAL	30

ANEXO 5
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (BARTHEL)

Comida Independiente. Capaz de comer por sí solo usando cualquier instrumento en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer sólo. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	10 5 0
Lavado (baño) Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	5 0
Vestido Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda, amarrarse zapatos, abotonarse. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. Dependiente. Necesita ayuda para la mayoría de las tareas.	10 5 0
Arreglo Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda, incluye lavarse la cara, manos y dientes, maquillarse, afeitarse, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona Dependiente. Necesita alguna ayuda.	5 0
Deposición Continente. No presenta episodios de incontinencia Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. Incontinente. Más de un episodio semanal	10 5 0
Micción Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado. Incontinencia ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector. Incontinente. Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas Incapaz de manejarse solo con sonda o colector.	10 5 0
Uso del retrete (taza de baño) Independiente. Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo. Ayuda. Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa. Dependiente. Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.	10 5 0
Traslado cama-sillón Independiente. No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se traslada a la cama independientemente. Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda para el traslado. Gran ayuda. Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda. Dependiente.- Requiere de 2 personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.	15 10 5 0
Desplazamiento Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis, puede ponérsela y quitársela solo. Ayuda. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal), o utiliza andador. Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión. Dependiente. No camina solo o no propulsa su silla solo.	15 10 5 0
Uso de escaleras Independiente. Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita. Ayuda. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras. Dependiente. Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.	10 5 0
T O T A L	100

ANEXO 6

ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON)

1	Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza y marca el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	1 1 1 0
2	Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	1 0 0 0
3	Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1 0 0 0
4	Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	1 1 1 1 0
5	Lavado de la ropa: - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	1 1 0
6	Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja	1 1 1 0 0
7	Responsabilidad respecto a su medicación: - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación	1 0 0
8	Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos. - Incapaz de manejar dinero	1 1 0

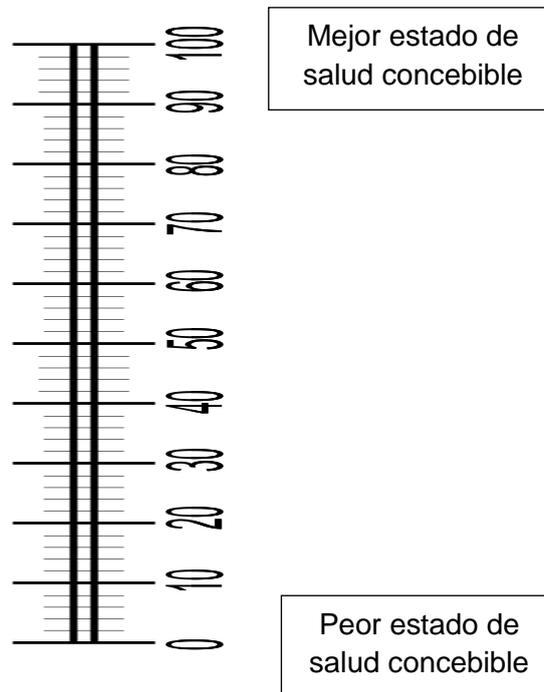
ANEXO 7

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

	Sí	No
1. En general, .está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3. Siente que su vida esta vacía?	1	0
4. Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5. Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6. Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
9. Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. En estos momentos, .piensa que es estupendo estar vivo/a?	0	1
12. .Actualmente se siente inútil?	1	0
13. .Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. .Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15. .Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
T O T A L (15)		

ANEXO 8

CALIDAD DE VIDA EQ VAS



ANEXO 9

ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	0	1	2	3	4
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	0	1	2	3	4
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

ANEXO 10

INVENTARIO NEUROPSIQUIÁTRICO

A continuación por favor responda las siguientes preguntas con respecto a los cambios que han ocurrido desde que el paciente comenzó a tener los problemas de memoria. Marque “**sí**” sólo cuando el síntoma haya estado presente en el último mes. De no ser así, marque “**no**”.

Para aquellas preguntas a las que haya respondido “**sí**”:

a) Califique la severidad del síntoma (**cómo afecta al paciente**):

1= Leve (tiene el síntoma, pero no muestra un gran cambio)

2= Moderado (es significativo el síntoma, pero no tiene un cambio muy marcado)

b) Califique el malestar que usted como experimenta debido a ese síntoma (**como lo afecta usted**):

0= No le molesta

1= Mínima (muy poca molestia, se puede sobrellevar)

2= Leve (poca molestia, generalmente se puede sobrellevar)

3= Moderado (regular molestia, no siempre se puede sobrellevar)

4= Severa (mucha molestia, difícil de sobrellevar)

5= Extrema o muy severa (demasiada molestia, no se puede sobrellevar)

Por favor responda cada pregunta con mucho cuidado. Pida ayuda en caso de tener alguna duda.

Pregunta	Sí/No	Severidad	Molestia del cuidador
A. Ilusiones. ¿Tiene creencias falsas, como pensar que otros están robándole o planeando hacerle daño de alguna manera?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
B. Alucinaciones. ¿Tiene alucinaciones como imágenes o voces inexistentes? ¿Aparenta ver o escuchar cosas que no están presentes?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
C. Agitación/Agresión. ¿Se niega algunas veces a recibir ayuda de otros, o es difícil de manejar?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
D. Depresión/Disforia. ¿Se encuentra triste o ha dicho que se siente triste?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
E. Ansiedad. ¿Se altera al separarse de usted? ¿Tiene algunos otros signos de nerviosismo como falta de aire, imposibilidad para relajarse, suspiros o se siente muy tenso?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
F. Euforia/Exaltación. ¿Aparenta sentirse muy bien o actúa demasiado contento?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
G. Apatía/Indiferencia. ¿Aparenta estar menos interesado/a en sus actividades cotidianas o en las actividades o planes de otros?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
H. Desinhibición. ¿Actúa impulsivamente, por ejemplo, habla con extraños como si los conociera, o dice cosas que hieren los sentimientos de los demás?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
I. Irritabilidad/Labilidad. ¿Se encuentra impaciente o enojón? ¿Tiene dificultades para sobrellevar retrasos o en la espera de actividades planeadas?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
J. Conducta motora aberrante. ¿Realiza actividades repetitivas como caminar por la casa, agarrar botones de la ropa, enredar un hilo o cualquier otra actividad repetidamente?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
K. Sueño y trastornos conductuales nocturnos. ¿Lo despierta durante la noche, se levanta muy temprano por la mañana o hace siestas durante el día?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)
L. Apetito y trastornos de la alimentación. ¿Ha perdido o ganado peso, o ha tenido un cambio en el tipo de comida que le gusta?	Sí No	(1) (2) (3)	(0)(1)(2)(3)(4)(5)

ANEXO 11

CUESTIONARIO INVENTARIO DE BECK

En el siguiente cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY. Marque con una "x" el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió.** Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso marque la que más se aplique a usted. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

A.-

- (0) Yo no me siento triste.
- (1) Me siento triste.
- (2) Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
- (3) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

B.-

- (0) En general no me siento descorazonado por el futuro.
- (1) Me siento descorazonado por mi futuro.
- (2) Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
- (3) Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

C.-

- (0) Yo no me siento como un fracasado.
- (1) Siento que he fracasado más que las personas en general.
- (2) Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
- (3) Siento que soy un completo fracaso como persona.

D.-

- (0) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
- (1) Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
- (2) Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
- (3) Estoy insatisfecho o aburrido con todo.

E.-

- (0) En realidad yo no me siento culpable.
- (1) Me siento culpable una gran parte del tiempo.
- (2) Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- (3) Me siento culpable todo el tiempo.

F.-

- (0) Yo no me siento que esté siendo castigado.
- (1) Siento que podría ser castigado.
- (2) Espero ser castigado.
- (3) Siento que he sido castigado.

G.-

- (0) Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
- (1) Estoy desilusionado de mí mismo.
- (2) Estoy disgustado conmigo mismo.
- (3) Me odio.

H.-

- (0) Yo no me siento que sea peor que otras personas.
- (1) Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
- (2) Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
- (3) Me culpo por todo lo malo que sucede.

I.-

- (0) Yo no tengo pensamientos suicidas.
- (1) Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo.
- (2) Me gustaría suicidarme.
- (3) Me suicidaría si tuviera oportunidad.

J.-

- (0) Yo no lloro más de lo usual.
- (1) Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
- (2) Actualmente lloro todo el tiempo.
- (3) Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

K.-

- (0) Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
- (1) Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
- (2) Me siento irritado todo el tiempo.
- (3) Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.

L.-

- (0) Yo no he perdido el interés por la gente.
- (1) Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
- (2) He perdido en gran medida el interés en la gente.
- (3) He perdido todo el interés en la gente.

M.-

- (0) Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
- (1) Pospongo tomar decisiones más que antes.
- (2) Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
- (3) Ya no puedo tomar decisiones.

N.-

- (0) Yo no siento que me vea peor de como me veía.
- (1) Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
- (2) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
- (3) Creo que me veo feo (a)

O.-

- (0) Puedo trabajar tan bien como antes.
- (1) Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.
- (2) Tengo que obligarme para hacer algo.
- (3) Yo no puedo hacer ningún trabajo.

P.-

- (0) Puedo dormir tan bien como antes.
- (1) Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
- (2) Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
- (3) Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.

Q.-

- (0) Yo no me canso más de lo habitual.
- (1) Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
- (2) Con cualquier cosa que haga me canso.
- (3) Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.

R.-

- (0) Mi apetito no es peor de lo habitual.
- (1) Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
- (2) Mi apetito está muy mal ahora.
- (3) No tengo apetito de nada.

S.-

- (0) Yo no he perdido mucho peso últimamente.
 - (1) He perdido más de dos kilogramos.
 - (2) He perdido más de cinco kilogramos.
 - (3) He perdido más de ocho kilogramos.
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
- Sí_____ No_____

T.-

- (0) Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
- (1) Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
- (2) Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
- (3) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

U.-

- (0) Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- (1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- (2) Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- (3) He perdido completamente el interés por el sexo.

TOTAL:

ANEXO 12

INVENTARIO DE BECK

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una "X" según la intensidad de la molestia.

	Poco o nada	Más o Menos	Moderado	Severo
1. Entumecimiento, hormigueo.	0	1	2	3
2. Sentir oleadas de calor (bochorno).	0	1	2	3
3. Debilitamiento de las piernas.	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse.	0	1	2	3
5. Miedo a que pase lo peor.	0	1	2	3
6. Sensación de mareo.	0	1	2	3
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.	0	1	2	3
8. Inseguridad.	0	1	2	3
9. Terror.	0	1	2	3
10. Nerviosismo.	0	1	2	3
11. Sensación de ahogo.	0	1	2	3
12. Manos temblorosas.	0	1	2	3
13. Cuerpo tembloroso.	0	1	2	3
14. Miedo a perder el control.	0	1	2	3
15. Dificultad para respirar.	0	1	2	3
16. Miedo a morir.	0	1	2	3
17. Asustado.	0	1	2	3
18. Indigestión o malestar estomacal.	0	1	2	3
19. Debilidad.	0	1	2	3
20. Ruborizarse, sonrojamiento.	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor).	0	1	2	3

TOTAL _____