



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE
MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL

**NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN RELACION AL
GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIATRICO CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL ISSSTE.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

AVALOS VEGA YESICA GUADALUPE

DIRECTOR DE TESIS:
MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ
DISTRITO FEDERAL

2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN RELACION AL GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL ISSSTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

AVALOS VEGA YESICA GUADALUPE

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR(A).

DIRECTORA: MARIA LUISA VILLASEÑOR.

Dr. CARLOS CENTURION VIGIL

PROFESOR (A) TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
(SEDE)

Dr. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ

DIRECTOR DE TESIS
(Cargo del asesor)

DR. GUSTAVO A CASTRO HERRERA.

JEFE DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL ISSTE.

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN RELACION AL GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL ISSSTE.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

AVALOS VEGA YESICA GUADALUPE

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

ELEMENTOS QUE DEBE CONTENER EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL

- 1. Título**
- 2. Índice general (*)**
- 3. Marco teórico (marco de referencia o antecedentes: revisión bibliográfica de los antecedentes y de las variables que investiga el trabajo)**
- 4. Planteamiento del problema**
- 5. Justificación**
- 6. Objetivos**
 - General
 - Específicos
- 7. Hipótesis (no necesaria en estudios descriptivos)**
- 8. Metodología**
 - Tipo de estudio
 - Población, lugar y tiempo de estudio
 - Tipo de muestra y tamaño de la muestra
 - Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación
 - Información a recolectar (Variables a recolectar)
 - Método o procedimiento para captar la información
 - Consideraciones éticas
- 9. Resultados**
 - Descripción (análisis estadístico) de los resultados
 - Tablas (cuadros) y gráficas
- 10. Discusión (interpretación analítica) de los resultados encontrados**
- 11. Conclusiones (incluye sugerencias o recomendaciones del investigador)**
- 12. Referencias bibliográficas**
- 13. Anexos**

Nota Aclaratoria: El planteamiento del problema debe ser contextualizado adecuadamente, no basta la redacción de una pregunta aislada (debe tratar de señalar de dónde nace el problema observado, a qué necesidades responde o pretende responder y que permita advertir las variables que aspira estudiar). La sección de justificación deberá incluir por lo menos el señalamiento de la magnitud que posee el problema investigado (datos estadísticos existentes en la literatura), así como la trascendencia que

puede tener el estudio de dicho problema.

1.-Titulo .

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL EN RELACION AL GRADO DE DEPENDENCIA DEL PACIENTE GERIATRICO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR MARINA NACIONAL ISSSTE.

3. MARCO TEORICO.

PACIENTE GERIATRICO.

El proceso de envejecimiento que está experimentando la población a nivel mundial es responsable de la emergencia de nuevos problemas de salud y de necesidades sociales y económicas que los países de América Latina y en vías de desarrollo no están preparados para resolver.(8) Existen numerosas definiciones del proceso de envejecimiento, enfocadas desde distintos puntos de vista. Una de las más aceptadas es la que conceptúa al envejecimiento como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.(18) El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. (16) Se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (acuerdo en Kiev, 1979, OMS). En 1994 la OPS ajustó la edad de 65 y mas para considerarlo adulto mayor.(9) Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia o la madurez), con sus características propias, unas más agradables y otras menos, que se irán presentando de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida. Tiene, por tanto, mucho de verdad, la frase que dice que se envejece tal y como se vive.

Con el avance de la medicina y la mejoría de la calidad de vida, se está produciendo un aumento progresivo del grupo de personas mayores en nuestra sociedad. La mayoría de ellos son personas con muchas potencialidades por desarrollar, a los cuales nuestra sociedad tiende a desestimar por el solo hecho de haber llegado a cierta edad cronológica. De hecho, se sabe que de todos los adultos mayores, el 60 - 70% son personas independientes, el 30% se clasifica como frágiles o en riesgo, y sólo un 3% son adultos mayores postrados o inválidos.(17)

El rápido crecimiento de la población juvenil que se observó en el pasado se desplaza hacia la cúspide de la pirámide con un incremento de la población de edades medias y de viejos. El descenso de la mortalidad y de la fecundidad no sólo mantendrá el ritmo que sigue el proceso de envejecimiento de la población mexicana, sino que incluso la acelerarán. El

rápido crecimiento de la población senescente (65 años o más) implica que, entre 1995 y 2014, esta población duplicará su tamaño, cuando su volumen ascenderá a 8.1 millones, se habrá quintuplicado en 2034 (20.2 millones) y se habrá multiplicado ocho veces en 2050 cuando su monto superará 32 millones.⁴ La proyección para la primera mitad del siglo XXI es que la población envejecida (mayor de 65 años) llegará a representar la cuarta parte del total. Los “más viejos de los viejos”, aquellos mayores de 80 años, experimentan el crecimiento demográfico más rápido.⁽²⁾

Características del envejecimiento:

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Irreversible: A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Deletéreo: Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- Intrínseco: No debido a factores ambientales modificables.⁽¹⁷⁾

En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevida del ser humano se manifiesta fija alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.

Teorías del envejecimiento

Se han propuesto muchas teorías para explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías: Las que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo (teorías estocásticas), y las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado (teorías no estocásticas).

I. Teorías estocásticas: Envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.

A. Teoría del error catastrófico

B. Teoría del entrecruzamiento

C. Teoría del desgaste

D. Teoría de los radicales libres (envejecimiento como producto del metabolismo oxidativo).

II. Teorías no estocásticas: El envejecimiento estaría predeterminado.

A. Teoría del marcapasos

B. Teoría genética

I. Teorías estocásticas

1. Teoría del error catastrófico: Orgel, 1963 (poca evidencia científica lo apoya). Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular. Se sabe que

se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo (en contra de esta teoría está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes, no aumenta la cantidad de tRNA defectuoso con la edad, etc.

2. Teoría del entrecruzamiento: Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad. Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de "cataratas" es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro.

3. Teoría del desgaste: Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Estudios animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación de ADN en los animales que envejecen. Faltan aún más estudios para saber si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

4. Teoría de los radicales libres: Denham Harman, 1956. Esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofuscina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde a la acumulación de organelos oxidados.(17)

II. Teorías no estocásticas (Genéticas y del desarrollo). Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

1. Teoría del marcapasos: (Poco probable). Los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento", según Burnet,

1970.

2. Teoría genética: Es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados.(17)

Es importante conocer los cambios anatómicos y fisiológicos que tienen lugar con el envejecimiento. La mayoría de estos cambios contribuyen al desarrollo de la enfermedad cardiovascular y a las Manifestaciones clínicas peculiares en este tipo de pacientes (3). Las enfermedades cardiovasculares constituyen en la actualidad la primera causa de muerte en la población adulta en los países industrializados y en gran parte de aquellos en vías de desarrollo. También representan un importante problema de atención primaria, tanto por la frecuencia de situaciones clínicas que plantean como por la elevada cifra de recursos humanos y materiales necesarios para su diagnóstico y tratamiento. (1)

El envejecimiento es un proceso con una gran variabilidad individual y, por tanto, no debemos esperar encontrar en nuestros mayores las mismas características en todos. Además, el envejecimiento no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos nuestros órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo y, por consiguiente, en una misma persona, no aparecerán todas estas características de forma conjunta. Existen modificaciones en ciertos enfoques:

1. Apariencia física, postura y marcha

En cuanto a la composición corporal, el envejecimiento condiciona una disminución de la masa muscular y del agua corporal total. Aumenta de forma relativa la grasa, cuya distribución se modifica también con los años (disminuye en cara y cuello, acumulándose en abdomen y caderas). Estos cambios, aparte de modificar la apariencia física, disminuyen de forma importante la fuerza muscular y suponen una menor resistencia frente a la deshidratación. La piel sufre un importante proceso de atrofia. Disminuyen el número de melanocitos y se atrofian estructuras anexas. Disminuyen los capilares dérmicos encargados de la nutrición cutánea. Estas modificaciones determinan cambios importantes en la apariencia y predisponen a la aparición de fragilidad capilar, mayor sensibilidad a lesiones por el sol, escaras por presión. La talla disminuye debido a una disminución de altura de los discos intervertebrales, lesiones osteoporóticas o artrósicas. La pérdida de estatura se cuantifica en 5-6 cm para las mujeres y 3-5 cm para los hombres, y se ve favorecida por anomalías posturales frecuentes, como son el aumento de la cifosis dorsal y una ligera flexión de rodillas y caderas, que se da fundamentalmente en mujeres. La marcha se modifica debido a cambios en el sistema nervioso y muscular pérdidas neuronales diversas, disminución de reflejos posturales, incoordinación de movimientos. La persona mayor tiende a inclinarse hacia adelante, anda a pasos cortos, aumentando la separación de los dos pies y con pobre balanceo de brazos acompañante. Tiene dificultades para girar o modificar, en general, su actitud en la marcha. Cuando se dan todas estas características podemos hablar de marcha senil.

Sistema nervioso

A nivel cerebral se produce una pérdida neuronal variable, disminuyen el riego sanguíneo cerebral, el número de conexiones interneuronales, los neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos. Mecanismos de control como el de la sed, la temperatura

o la regulación autonómica, están menoscabados. Estas modificaciones hacen a la persona mayor susceptible, en determinadas circunstancias, a la aparición de cuadros de confusión mental, lentitud en los movimientos y respuestas, incoordinación en la marcha, propensión a la aparición de hipotensión postural, aparición de tics o temblor senil, etc.(18)

Sistema cardiovascular

A nivel cardíaco se produce una disminución de las células miocárdicas, con fibrosis moderada. Aumenta la resistencia al llenado ventricular. Disminuye la actividad del marcapasos aurículoventricular y la velocidad de conducción de los impulsos. Con frecuencia encontramos calcificación de las válvulas. Estas modificaciones determinan una disminución de la reserva cardíaca y una respuesta escasa a situaciones de estrés. Tendencia a disminución de la frecuencia cardíaca y mayor frecuencia de arritmias. El gasto cardíaco disminuye y, por tanto, la sangre que se distribuye a los distintos órganos. A nivel vascular se produce un fenómeno de engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial, en la que se depositan con frecuencia calcio y grasa. La onda del pulso es más perceptible, debido a la rigidez. Aumenta de forma progresiva la presión arterial, fundamentalmente la sistólica. Con frecuencia se producen dilataciones del sistema venoso, por pérdida de tono parietal e incompetencia de las válvulas, facilitando la aparición de varices y edemas en extremidades inferiores sobre todo.

Aparato respiratorio

Disminuye la distensibilidad de la pared torácica por calcificación de los cartílagos costales y atrofia de los músculos respiratorios. También se produce una disminución de la distensibilidad pulmonar, el número de alveolos y la actividad de los cilios vibrátiles. Tendencia al cierre de pequeños bronquiolos. Disminuye el flujo sanguíneo que llega a los pulmones. Estas modificaciones determinan una disminución de la capacidad vital que se manifiesta, ante situaciones de estrés, con déficit de oxigenación. Hay una mayor propensión a infecciones y el mecanismo de la tos es menos efectivo.(18)

Aparato digestivo

A nivel bucal, se produce disminución de la producción de saliva, lo que junto a la frecuencia de pérdida de piezas dentarias contribuye a una masticación deficiente. Hay una disminución del peristaltismo a todo lo largo del tubo digestivo, esto condiciona un enlentecimiento del tránsito digestivo, facilitando la aparición de alteraciones como el estreñimiento. En general, disminuye la secreción de sustancias necesarias para los procesos digestivos (ácido clorhídrico, pepsina, etc.) Aparato génitourinario

Disminuye el peso y volumen de los riñones, reduciéndose, así mismo, el número de nefronas. Junto al menor aporte de sangre a los riñones y las propias alteraciones vasculares intrarrenales, estas modificaciones condicionan la pérdida de la capacidad de reserva funcional del riñón, hecho particularmente importante por el papel de este órgano en la eliminación de sustancias y mantenimiento del equilibrio de numerosas sustancias claves en el medio interno. La capacidad de la vejiga urinaria se encuentra disminuida, junto al tono de su musculatura y esfínteres de salida. El aumento de tamaño de la próstata en los hombres y la debilidad muscular del en las mujeres, contribuye, junto a las modificaciones anteriores, a la aparición de alteraciones tan frecuentes como la incontinencia, la retención urinaria o la aparición de infecciones recidivantes. La disminución en la producción de hormonas sexuales condiciona modificaciones en los caracteres sexuales. Así, en la mujer disminuye el vello púbico, aumenta la flaccidez de los senos, se estrecha y acorta la vagina,

disminuyen el tamaño de la vulva y clítoris. La mucosa vaginal se atrofia. En el hombre disminuye el tamaño del pene y testículos, distendiéndose la bolsa escrotal.

Sistema endocrino

Hay una disminución en la producción de las diferentes hormonas y una menor respuesta a su acción. Habitualmente, estas modificaciones se detectan o tienen repercusión en circunstancias de sobrecarga.

Sistema inmunitario y hematológico

No existen modificaciones significativas en los valores hematológicos. A nivel inmunitario, la respuesta frente a estímulos está enlentecida y disminuida en intensidad. Aumenta por tanto la susceptibilidad a padecer infecciones. (18)

Debido a la declinación progresiva de la fertilidad y al constante aumento en la esperanza de vida, la población del mundo presentará un proceso de envejecimiento más rápido en la mitad del siglo que ahora comienza, en comparación a lo ocurrido en épocas anteriores. Como resultado, el patrón mundial de aumento de la población mostrará un incremento progresivo de adultos y un número cada vez mayor de personas mayores de 65 años. Sin embargo, los patrones de crecimiento de la población varían considerablemente de acuerdo con los diferentes niveles de desarrollo económico. Los países industrializados encabezan el proceso de envejecimiento, mientras que el aumento progresivo en el número de ancianos lleva un ritmo más lento en las poblaciones de los países en desarrollo. (2)

El proceso del envejecimiento es un proceso continuo que progresa durante la vida del individuo. En igualdad de condiciones patológicas, el proceso del envejecimiento afecta a todos los individuos. Es un proceso que está genéticamente programado pero se modifica por influencias ambientales, así que el grado del envejecimiento puede variar ampliamente entre individuos. Por lo tanto, el envejecimiento fisiológico en cualquier individuo puede ocurrir más o menos rápido que la edad cronológica, dando lugar a la gente que es «vieja» a los 60 años y a otras que sean «jóvenes» a los 75 años. El estado del condicionamiento físico del individuo puede afectar radicalmente las medidas de la función cardiovascular en los ancianos y los cambios en actividad física pueden modificar la función cardiovascular (3).

El Cuidador principal

se refiere a la persona que están en contacto directo con el paciente la mayor parte del día, es quien atiende las necesidades básicas que requiere el paciente, como pueden ser alimentación, aseo, vestido, traslado, generalmente es asumido por los hijos o esposos (as) del paciente, incluso una nuera. Aunque cabe mencionar que el menos común en los hijos varones.(1)

En México, al ser la familia la unidad básica de convivencia, puede constituir una fuente de apoyo y cariño o ejercer una influencia destructora y opresora para la salud del adulto mayor; y además es fundamental para la obtención de buenos resultados en los tratamientos muestran que atender a un miembro en la familia demanda apoyo físico, emocional y financiero por parte de los cuidadores(6,11).

El cuidador manifiesta malestar físico y mental, que tiene estrecha relación con sus actividades como cuidadores.(2)

cuidador principal, quien facilita actividades como el aseo, alimentación, traslados, entre

otros; las cuales dependiendo del grado de discapacidad del paciente pueden ser de difícil ejecución, requerir fuerza y una disposición corporal inadecuada, que con el tiempo pueden repercutir de manera negativa en la salud física y emocional del cuidador, que de no ser atendidos se traducirían tarde o temprano en el llamado síndrome de sobrecarga del cuidador principal (4); por lo tanto es indispensable identificar algunas características de dicho síndrome en la población.

añadir el esfuerzo y la sobrecarga física constante, con poco tiempo dedicado al descanso y sueño, y en un entorno donde en ocasiones existen barreras arquitectónicas importantes (camas bajas, bañeras, escaleras, etcétera) que pueden ocasionar en el cuidador posibles lesiones músculo-esqueléticas (11).

La labor que realiza el cuidador se debe tomar como un trabajo en el cual está expuesto a factores de riesgo procedentes de la carga física, la cual se define como el conjunto de requerimientos físicos a los que está sometido el trabajador durante la jornada laboral. La carga física y el esfuerzo no son considerados riesgosos por sí mismos, se consideran éstos como un factor de riesgo, cuando superan las capacidades de esfuerzo del individuo expuesto. De acuerdo con lo anterior los factores de riesgo derivados de la carga física se clasifican en: Posturas incorrectas, requerimientos excesivos de fuerza, y requerimientos excesivos de movimiento (13).

La evaluación de la carga física en el cuidador, servirá para determinar si el nivel de exigencias físicas impuestas por la atención hacia el paciente y el entorno en el cual se desenvuelve están dentro de los límites fisiológicos y biomecánicos aceptables o, por el contrario, pueden llegar a sobrepasar las capacidades físicas de la persona con el consiguiente riesgo para su salud.(14)

No se han determinado las características del cuidador principal y las funciones que desempeña, así como las consecuencias psicológicas y físicas a las cuales se ve sometido. Además su labor no es tomada en cuenta por parte del equipo de salud y mucho menos por el sistema general de salud dejando de lado a una pieza clave de la triada terapéutica, equipo de salud-paciente-cuidador primario, por lo cual se considera necesario identificar el síndrome de sobrecarga del cuidador principal desde el campo de la Fisioterapia ya que esta tiene como referente epistemológico el estudio, la conservación y el desarrollo del movimiento corporal humano y su recuperación en situaciones de discapacidad; generando en este tipo de población una atención integral que busque mejorar su calidad de vida de tal forma que el cuidador primario y su familia pueda contar con el apoyo, ayuda, preparación y formación que proporcionen el soporte y apoyo efectivo.(15)

Escala de zarit

Su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con Demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la Entrevista sobre la Carga del Cuidador es, probablemente, el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar. Un estilo importante, claramente establecido en la literatura sobre el concepto de carga, se refiere a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; la carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en

diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Además de la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, la totalidad de los estudiosos del tema han considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la misma (costes económicos del cuidado, carga física asociada con el cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etcétera). Las respuestas a los elementos se sumaban para obtener un índice único de la carga. En una revisión posterior se redujo el número de elementos a 22. Distintos trabajos que han utilizado este instrumento informan de unas buenas propiedades psicométricas. Las puntuaciones de carga se correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y la salud física de éste, así como la calidad de la relación

El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado. Cada respuesta se clasifica como nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, muchas veces = 3 y casi siempre=4.

Esto nos permite identificar con qué frecuencia se siente afectado el cuidador por cada ítem en particular, mientras que el ítem 22 nos ofrece una valoración global de la sobrecarga que percibe el cuidador y la califica en nada = 0, poco = 1, moderada = 2, mucha = 3 y extremada=4.

Se deben sumar todos los puntos para el resultado. No existen normas o puntos de corte establecidos.22-46: No sobrecarga.47-55: Sobrecarga leve.56-110: Sobrecarga intensa.

Escala de Barthe

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después(1965) .

Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y Fisioterapeutas. En 1979 Granger publicó la modificación del índice de Barthel. El cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países.

Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda y por los autores británicos. En España , es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación .

VERSIÓN EN ESPAÑOL

La traducción al español se publicó en el año 1993 y se comenzó a utilizar en unidades de agudos en pacientes geriátricos con accidente vascular cerebral y posteriormente en otros niveles asistenciales

NORMAS DE APLICACIÓN Y PUNTUACIÓN

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse,vestirse, arreglarse,

deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulaci3n y escaleras; y les asigna una puntuaci3n (0,5,10,15) en funci3n del tiempo empleado en su realizaci3n y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuaci3n final que varía de 0 a 100. La puntuaci3n total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situaci3n funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

Grado de dependencia según puntuaci3n de la escala

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).

- Dependiente leve: 91-99

- Dependiente moderado: 61-90

- Dependiente grave: 21-60

- Dependiente total : 0-20

INDICE DE BARTHEL.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretaci3n con un punto de corte en 60 (por encima de 60 implica independencia)

Al principio el Índice de Barthel se evalu3 mediante la observaci3n directa , hoy en día se ha generalizado la obtenci3n verbal de informaci3n directamente del individuo de su cuidador principal. Ambos métodos ofrecen fiabilidad similar.

o Fácil de aplicar, aprender y de interpretar por cualquier miembro del equipo con un tiempo medio requerido de cinco minutos. Su aplicaci3n no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Puede ser repetido periódicamente.

o Fácil adaptaci3n a diferentes ámbitos culturales.

Aunque no es una escala jerarquizada como el índice de Katz, las actividades medidas sí tienen una relaci3n jerarquizada de máxima recuperaci3n

En cuanto a su validez es un buen predictor de mortalidad y de respuesta a los tratamientos de rehabilitaci3n.

Valora con precisi3n la duraci3n de la estancia hospitalaria, la necesidad de hospitalizaci3n el resultado funcional final y la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y para regresar a la vida laboral.

Algunos parámetros concretos del índice como la continencia, la transferencia y la movilidad han demostrado tener un elevado poder de predicci3n de la puntuaci3n total a alcanzar por los pacientes en el momento del alta hospitalaria. De la misma forma, la capacidad de independencia para vestirse y subir escaleras previa a la fractura de cadera en ancianos son predictores de recuperaci3n funcional tras ella.

Existe una buena relaci3n entre el índice de Barthel y la evaluaci3n realizada por el clínico al alta.

• LIMITACIONES

Detecta fácilmente cambios en personas con puntuaciones intermedias aunque presenta limitaciones para detectar cambios en situaciones extremas (próximas a 0 o a 100). Estos inconvenientes no son problemáticos en la práctica clínica pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigaci3n. o El contenido fundamental descansa en tareas dependientes de extremidades inferiores.

• Utilidad actual

Evaluación de la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y dependencia.
 Estimar la necesidad de cuidados personales y organizar ayudas a domicilio.
 En unidades geriátricas dentro del protocolo de valoración geriátrica.
 Como criterio de eficacia de los tratamientos.

FAMILIA.

Conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran un grupo familiar.

Según la organización Mundial de la salud : señala que por familia se entiende a los miembros del hogar emparentados entre si, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. Se ve a la familia como el grupo que en la mayoria debe predominar dentro de la sociedad, y que cada uno de sus roles de cada uno de los integrantes está determinado según la estructura y conformación de la misma.

El censo canadiense , defino a la familia como aquella que consiste en un marido y una esposa, con o sin hijos o un padre con un hijo no casado o niños que viven bajo el mismo techo.

El censo estadounidense, se reconoció como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que tienen relación entre si, por matrimonio o adpcion. Aquí se nos permite incluir a familias con uno o ambos padres, abuelos o mas personas relacionadas por sangre que vivan techo.

Tipología de las familias:

La Familia es una unidad microsociaI totalmente dependiente de la estructura global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales.

- Parentesco
- presencia física en el hogar
- medios de subsistencia
- nivel económico
- nuevos tipos de convivencia individual- familiar – originados por cambios sociales.

Clasificación con base al parentesco.

El parentesco es el vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta , la trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de la familia que influyen el proceso de salud y enfermedad , y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

Con parentesco	características
Nuclear	Hombre mujer sin hijos.
Nuclear simple	Madre y padre con 1 a 3 hijos
Nuclear numerosa	Madre y padre con 4 o mas hijos
Recosntruida (binuclear)	Madre y padre alguno de los dos ha sido divorciado o viudo y tienen hijos de su unión anterior.
Monoparetal	Padre o madre con hijos
Monoparental extendida	Padre o madre con hijos más otra persona con parentesco.

Monoparental extendida compuesta	Padre o madre con hijos más otra persona con o sin parentesco.
Extensa	Padre y madre con hijos más otra persona con parentesco.
Extensa compuesta	padre y madre con hijos más otra persona con o sin parentesco.
No parental	Familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos etc)

Sin parentesco	Características.
Monoparental extendida sin parentesco	Padre o madre con hijos, mas otras personas sin parentesco.
Grupos similares a familias	Personas sin vinculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares . por ejemplo grupo de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en asilos u hospicios etc.

Clasificación de las familias con base a la presencia física.

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la Medicina Familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros familiares.

Presencia física en el hogar	características
Núcleo integrado	Presencia de ambos padres en el hogar
Núcleo no integrado	No hay la presencia física de alguno de los dos padres en el hogar.
Extensa ascendente	Hijos casados o unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.
Extensa descendente	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos.
Extensa colateral	Nucleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos etc)

Clasificación de la familia con base a sus medio de subsistencia.

La inserción de las familias en los procesos productivos pueden proporcionar una clasificación en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y precarias.
- Industriales.

-Comercial

-Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias de las familias, combinación de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignara la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia.

Genograma.

El genograma es un instrumento imprescindible para el medico de familia, ya que permite conocer datos de la familia de forma “visible”, adquiriendo información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones. Permite, en fin, recoger, registrar y exponer información familiar en la practica de la atención orientada a la familia.

Se ha definido el genograma como la representación grafica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas. Igualmente lo podemos considerar como un excelente sistema de registro, donde no solo encontramos

información sobre aspectos demográficos, tipología estructural estadios del ciclo vital, acontecimientos vitales, etc., sino que también nos da noticias sobre otros miembros de la familia que no acuden a la consulta y sobre todo nos permite relacionar al paciente con su familia.

El genograma puede ayudar a los componentes de la familia a verse como parte de un todo y a reconocer que la familia en su conjunto participa activamente en el proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros. Pero el genograma adquiere su máxima importancia cuando se le utiliza como herramienta para detectar problemas emocionales “ocultos” o problemas psicosociales que de otra manera podrían pasar desapercibidos.

Según la definición propuesta por Fleitas (1), sirve para “recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento determinado de su evolución y utilizarlas para la resolución de problemas clínicos”

Tratándose de un instrumento tan extendido y usado por numerosos profesionales que trabajan con familias llama la atención que no exista aun consenso sobre el modo de construir un genograma. McGoldrick y Gerson (2), ya llamaron la atención, hace años, sobre la falta de acuerdo para configurarlo, destacando además las discrepancias sobre el tipo de información que ofrece y la manera de interpretarla.

Desde que en 1994 comencé a usar el genograma para el estudio de las familias(3) he mantenido el criterio de utilizar siempre los mismos símbolos y procedimientos, ya que es la única forma de permitir su lectura, con independencia de quines sean los que lo realizan. Esto no es óbice para que ante nuevas necesidades y exigencias clínicas creamos otros elementos, que permitan nuevas lecturas e interpretaciones del genograma (4).

El médico cuando construye el genograma se encuentra con un dibujo que modifica la relación tradicional con su paciente, ya que tiene frente a sí, una gran cantidad de información que hace referencia tanto al enfermo como a su familia.

Así con su lectura podemos conocer el tipo de hogar, las etapas de desarrollo y los eventos

estresantes recientes. Pero además nos permite ver al paciente dentro de un contexto más amplio, el constituido por sus parientes, sus amigos o vecinos y las instituciones sociales, escuela, trabajo, etc. La obligación de incluir en el genograma al menos tres generaciones nos facilita tener información sobre creencias, mitos y experiencias transgeneracionales sobre la salud y la enfermedad y de determinadas pautas repetitivas sobre aspectos estructurales, hábitos y conductas. Además permite entender determinadas pautas relacionales o estilos de afrontar situaciones críticas que tienen los miembros de una familia

¿CÓMO REALIZARLO?

La realización del genograma es sencilla, sólo requiere conocer una breve relación de símbolos, y aporta la gran ventaja de incorporar en un único diagrama elementos estructurales y dinámicos o relacionales. En síntesis esta herramienta se basa en la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.

Todo genograma bien construido tiene que incluir, como mínimo, tres generaciones.

Los aspectos básicos que debemos considerar al realizar un genograma son:

Miembros de la familia:

- Se representan con un círculo (mujer) o un cuadrado (hombre).
- Al paciente índice, alrededor del cual se diseña el genograma, se le reconoce por una doble línea.
- Para señalar fallecimiento se coloca una X dentro del símbolo.
- Un embarazo se representa con un triángulo.
- Un aborto se representa con un círculo pequeño negro

Relaciones biológicas y legales de la pareja:

- Las relaciones al interior de la familia se representan por líneas conectadas a los símbolos.
- Matrimonio: dos líneas verticales unidas por una horizontal.
- Pareja no casada: dibujar unión con línea discontinua.
- Separación: dos líneas diagonales paralelas.
- Sobre la línea horizontal anotar año casamiento y/o separación.
- En el caso de casamientos múltiples: conviene registrar el más reciente al centro y los otros lateralmente.

Subsistema fraternal:

- Cuando la pareja tiene hijos se representan uniéndolos con una línea vertical a la horizontal de la pareja.
- Siempre de mayor (izquierda) a menor (derecha).
- Los gemelos con una "V" invertida.
- Los hijos adoptivos con una flecha.

El hogar:

- Para señalar a las personas que viven en el mismo hogar se traza una línea continua alrededor de ellas.

Información demográfica:

- La edad se representa dentro del símbolo de cada miembro.
- Sobre él la fecha de nacimiento (izquierda) y de muerte (derecha) cuando corresponde.

Enfermedades y problemas:

- Anotarlos a la derecha del símbolo de que se trate.
- Es conveniente usar abreviaturas para ahorrar espacio (Ej: beber problema □ BP; hipertensión arterial □ HTA; cáncer □ Ca; problema psicosocial □ PS; violencia intrafamiliar □ VIF, etc.), indicando el significado de ellas al pie de la página.

Acontecimientos vitales estresantes:


- Algunos como los nacimientos y las muertes se incluyen en la información demográfica.
- Otros como las separaciones quedan reflejados al anotar las relaciones de la pareja.
- Los restantes sucesos familiares críticos se reflejan con la abreviatura AV, seguido de un número cuando se trata de más de una crisis. En un margen inferior derecho se describe el tipo de conflicto.

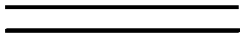
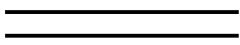


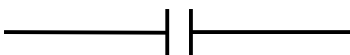
RELACIONES FAMILIARES.

Es muy importante que se registren las relaciones entre los miembros de la familia. Para conocer estas relaciones recurriremos tanto a la información aportada por los miembros de la familia como a nuestras propias observaciones.

Podemos representar las relaciones familiares dibujando un mapa familiar, donde graficamos quienes viven juntos, con quienes establecen contacto y que tipo de relaciones tienen (cercanía / distancia, presencia de conflictos, ruptura de relaciones, etc.).

Líneas para indicar relaciones familiares:

Muy unidos o fusionados:	Unidos y conflictivos: 
--------------------------	---

	
Unidos: 	Distantes: 
Pobre o conflictivo: 	Apartados o separados: 

CRISIS NORMATIVAS Y NO NORMATIVAS.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los pacientes geriátricos tienen una alta demanda en la consulta externa del módulo de gerontología, esta alta demanda surge por parte de los pacientes, es tanto para llevar un control adecuado de sus padecimientos crónicos, prevenir complicaciones y estar pendiente de la aparición de síndromes geriátricos. La mayoría de estos pacientes acuden acompañados regularmente de un familiar quien se hace cargo del dar el tratamiento al paciente, acompañarlo a sus citas médicas, asistirlo en actividades de la vida diaria; estos cuidadores se convierten el brazo derecho de nuestros pacientes muchas veces sin derecho a la atención institucional. Al asumir los familiares este papel desconocen que todas estas actividades pueden alterar su estado de salud, enfermarlos desgastarlos poniendo en casos excepcionales peligro su vida debido al descuido de su propio bienestar. En la clínica familiar de Marina nacional del ISSSTE hay gran cantidad de familiares que desempeñan ese rol y se ha indagado la relación entre la sobrecarga del cuidador principal y el grado de dependencia del paciente de esto surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador principal en relación al grado de dependencia del paciente geriátrico en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional del ISSSTE en mayo del 2013 a junio de 2013?.

5.-JUSTIFICACIÓN

La transición demográfica y epidemiológica que experimenta la población mundial, incluyendo a los países de América Latina y el Caribe, está asociada con el envejecimiento de la población y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas que condicionan dependencia funcional e incremento en los costos directos e indirectos de la atención médica. En México se espera que para el año 2050 uno de cada cuatro habitantes tenga más de 60 años de edad.(7) (La población Mexicana está experimentando un cambio demográfico debido al incremento de la población mayor de 60 años y la disminución del número de nacimientos lo que condiciona un requerimiento de atención medica enfocado al

adulto mayor.) El proceso de envejecimiento que está experimentando la población a nivel mundial

Se pretende realizar el presente estudio en busca de causas por las que un paciente ya sea adulto mayor o con alguna discapacidad pierde el apoyo por parte de su cuidador, pasa de ser un miembro de la familia para convertirse en un estorbo para estas l o su cuidador, lo que conlleva a complicaciones de patologías de base y disminución de calidad de vida y tiempo de vida funcional.

Con los datos obtenidos se podrán intervenir en la problemática familiar y saber cuales son las principales causas de colapso de cuidador dependiendo del grado de dependencia del paciente, saber a qué nivel intervenir ya sea el médico especialista en medicina familiar , con ayuda de redes de apoyo o trabajo social de nuestra unidad, de esto depende que el número de pacientes geriátricos que respondan mejor a tratamientos sea mayor y evitar complicaciones o progresión de síndromes geriátricos.

Se realizara mediante la realización de encuestas como el índice de Barthell y la escala de zaritt las cuales serán respondidas por el cuidador principal, lo que no es muy factible por el grado de sinceridad de los pacientes.

Las entrevistas son medios fáciles de realizar con menor grado de complicación para el entrevistador y el paciente de esta manera es muy fácil la aplicación de estas y su interpretación.

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. Sin embargo y paradójicamente a las repercusiones negativas que se tienen tanto en la atención de los enfermos de cáncer como en las del deterioro de las redes sociales primarias, las publicaciones centradas en esta figura son pocas. En la literatura se describe el “síndrome del cuidador primario”, fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel. Se insiste en los textos especializados en la necesidad de atender el cuidado que el cuidador requiere para que éste pueda soportar el sobre esfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario. (6)

Entre los cuidadores existe un predominio de mujeres, con una edad media de 60 años, casadas, estudios primarios, hijas del paciente

Los pacientes que colaboran en este estudio acuden regularmente a la consulta externa de gerontología a su consulta de control programada, por lo que no existe problema en la aplicación de los cuestionarios encaminadas a detectar el grado de dependencia del paciente geriátrico y el grado de colapso del cuidador.

6.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador principal en relación al grado de dependencia del paciente geriátrico en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional del ISSSTE de mayo 2013 a junio 2013

Objetivos específicos:

- 1.- Clasificar por sexo al paciente geriátrico encuestados.
- 2.- Detectar el grado de sobrecarga del cuidador principal.
- 3.- Identificar el grado de dependencia del paciente Geriátrico.
- 4.- Relacionar grado de sobrecarga del cuidador principal y grado de dependencia del paciente geriátrico
- 5.- Identificar el parentesco entre el paciente y cuidador.
- 6.- Clasificar a la familia del cuidador principal y/o del paciente
- 7.- Identificar crisis normativas y paranormativas por las que este cursando la familia.

7. Hipótesis.

No es necesario formular una hipótesis para este tipo de estudio descriptivo

8.-METODOLOGIA

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, transversal, cuali-cuantitativo.

Población, lugar y tiempo.

Población: un total de 519 pacientes 282 mujeres y 227 hombres que acuden al módulo de gerontología de la CMF Marina Nacional ISSSTE.

Lugar se realizara la recolección: En la CMF Marina Nacional ubicada en Av. Marina Nacional número 261 colonia Anáhuac. Delegación Miguel Hidalgo, CP 11320, Distrito Federal

Tiempo: De 4 de mayo al 30 de junio del 2013.

Tipo y tamaño de la muestra: No probabilístico por cuotas hasta completar 100 pacientes

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

- 1.- paciente derechohabientes de la clínica de Medicina Familiar "Marina Nacional. Que se encuentre en tratamiento en el módulo de gerontología del turno matutino que deseen participar en la investigación.
- 2.- Ser cuidador principal de pacientes geriátricos

3.-Firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1.-Ser cuidador profesional.

2.-Paciente con deterioro cognitivo que no pueda aportar datos a la investigación.

Criterios de eliminación.

3.- Encuestas incompletos.

INFORMACION A RECOLECTAR.

VARIABLE	DEFICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA.
SINDROME DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	CONJUNTO DE PROBLEMAS, DE ORDEN FISICO, PSIQUICO Y EMOCIONAL QUE PUEDA EXPERIMENTAR EL CUIDADOR.	AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR.	CUALITATIVA NOMINAL	1.-SIN SOBRECARGA. 2.-CON SOBRECARGA
DEPENDENCIA	CUANTA AYUDA SE NECESITA PARA REALIZAR SU ACTIVIDADES, DE LA VIDA DIARIA.	FUNCIONALIDAD ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	CUALITATIVA NOMINAL.	1.-INDEPENDIENTE, 2.-DEPENDIENTE, LEVE , - MODERADO, 3.-GRAVE. 4.-TOTAL
RELACION FAMILIAR DEL CUIDADOR Y EL ENFERMO	NEXOS FAMILIARES QUE UNEN AL ENFERMO Y AL CUIDADOR	QUE PARENTESCO TIENE EL CUIDADOR CON EL PACIENTE GERIATRICO	NOMINAL.	HIJO(A) ESPOSO(A) HERMANO(A) SOBRINO(A)
CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS CON BASE AL PARENTESCO	EL PARENTESCO ES UN VÍNCULO POR CONSANGUINIDAD , AFINIDAD, ADOPCIÓN, MATRIMONIO U OTRA RELACIÓN ESTABLE DE AFECTIVIDAD		CUALITATIVA . NOMINAL.	1.-NUCLEAR 2.-NUCLEAR SIMPLE 3.NUCLEAR NUMEROSA 4.-RECONSTRUIDA 5.MONOPARENTAL EXTENSA 6.-NO PARENTAL
CLASIFICACION DE LA FAMILIA SIN PARENTESCO	UNION LIBREMENTE DE INDIVIDUOS.	CON QUIEN VIVE EL PACIENTE Y EL CUIDADOR	CUALITATIVA NOMINAL	1.- MONOPARENTAL EXTENDIDA SIN PARENTESCO. 2.- GRUPOS SIMILARES A FAMILIAS.
CLASIFICACION EN BASE A LA PRESENCIA FISICA EN EL HOGAR	ALGUN GRADO DE CONVIVENCIA CON EL JEFE DE FAMILIA Y LA INTERACCION	CON QUIEN VIVE EL PACIENTE Y EL CUIDADOR	CUALITATIVA NOMINAL.	1.- NUCLEO INTEGRADO 2.- NUCLEO NO INTEGRADO 3.- EXTENSA ASCENDENTE.

	PSICOSOCIAL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.			4.-EXTENSA COLATERAL.
CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN BASE AL DESARROLLO	SEGUN LAS FUNCIONES DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	CON QUIEN VIVE EL PACIENTE Y EL CUIDADOR	CUALITATIVA NOMINAL	1.- MODERNA 2.-TRADICIONAL
CLASIFICACION DE LA FAMILIA EN BASE A SU DEMOGRAFIA	ACCESO Y A LA DISPOSICION A SERVICIOS EN LA COMUNIDAD	CON QUIEN VIVE EL PACIENTE Y EL CUIDADOR	CUALITATIVA NOMINAL	1.- urbana 2.- rural
EVENTOS CRÍTICOS EN LA FAMILIA.	CRISIS: EVENTO DE LA VIDA PRESENTE Y PASADO QUE OCASIONA CAMBIOS EN LA FUNCIONALIDAD DE LOS MIEMBROS FAMILIARES.	CRISIS NORMATIVAS: SITUACIONES PLANEADAS ESPERADAS QUE FORMAN PARTE DE LA EVOLUCIÓN DE LA VIDA FAMILIAR. CAMBIOS QUE OBLIGADAMENTE SE SUCITAN DENTRO DE LA FAMILIA CRISIS PARANORMATIVAS : EXPERIENCIAS ADVERSAS O INESPERADAS. EVENTOS PROVENIENTES DELEXTERIOR, IMPREDESIBLES PARA LA FAMILIA.	CUALITATIVA	CRISIS NORMATIVA: 1.- MATRIMONIO 2.-DEPENDENCIA ECONÓMICA 3.-NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO. 4.-HIJOS SE VAN A LA ESCUELA. 5.-MATRIMONIO DE UNO DE LOS HIJOS. 6.-JUBILACION 7.-MUERTE EL CONYUGE. CRISIS PARANORMATIVAS : 1.-DIVORCIO 2.-EXPULSION DE LA ESCUELA. 3.-ENFERMEDADES 4.-ACCIDENTES 5.- PROBLEMAS ECONÓMICOS. 6.-CONDUCTAS DELICTIVAS 7.-PERDIDA DE TRABAJO 8.- CAMBIOS DE RESIDENCIA 9.-PROBLEMAS ECONÓMICOS.

Método y procedimiento para la captura de información

El estudio de investigación se realizara en la Clínica de Medicina Familiar “Marina Nacional” en el consultorio de Gerontología. Esta recolección se realizara del 4 de mayo al 30 de junio del 2013, en un horario de 8:00 a 14:00 hrs de lunes a viernes. Esto con previa Autorización del Jefe de Enseñanza (Dr. Carlos Centurión Vigil) así como la Dra. Encargada del modulo (Dra. Margarita Arenas Cedillo)

Para recabar los datos se van a requerir de recursos materiales: hojas de papel. Fotocopias de las encuestas que serán aplicados (escala de Zarit y Barthel), consentimiento informado, lápices, computadora personal, para recolectar los datos, lápices.

Recursos físicos, consultorio y sala de espera del módulo de gerontología, escritorio y silla
Recursos humanos: un investigador (médico residente), médico de base del módulo de gerontología, enfermera del módulo

Se localizará a los pacientes geriátricos que cuenten con cuidador principal para poder obtener los datos de las encuestas. Se les explica verbalmente el propósito del estudio y su participación en el mismo, luego se entrega la hoja de consentimiento informado recabando su firma. Se aplica el índice de Barthel para determinar el grado de dependencia del paciente, y la escala de Zarit para valorar el nivel de sobrecarga del cuidador.

Se realizará el familiograma del paciente.

Este procedimiento se realizará en cada paciente que acude a la consulta del módulo de gerontología hasta obtener la muestra que se requiere para continuar con el estudio. Será de 100 entrevistados, posteriormente ya recabada la información se procederá a descargar los datos y realizar gráficos de los mismos en el programa SPSS 17.0, posteriormente se realizará la discusión y conclusión del estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

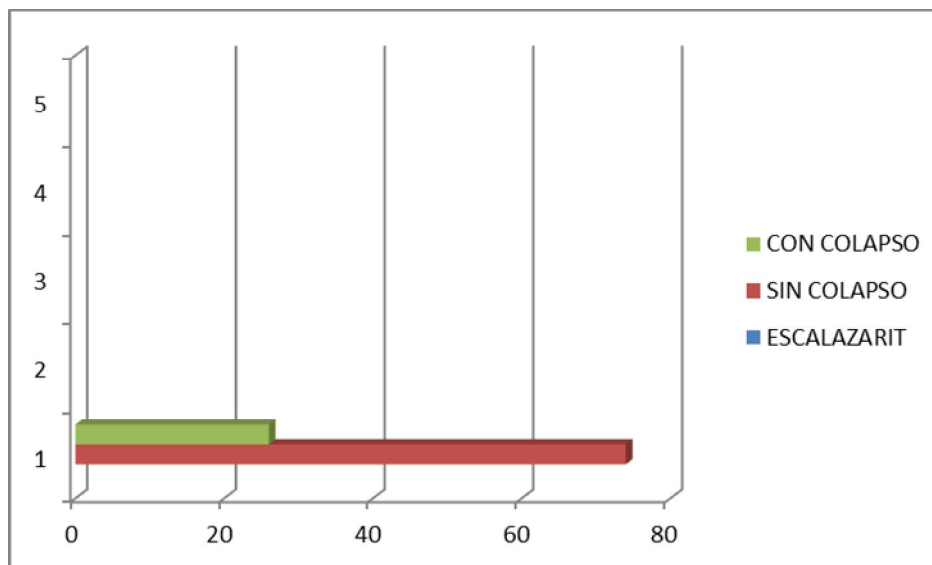
El presente trabajo de investigación se realizó con estricto apego a la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos en su Título Quinto: Investigación para la Salud (Capítulo Único), tomando en cuenta los artículos 100 y 101 que a letra dicen: Artículo 100: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica. II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo. III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación. IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de Investigación. VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación. Mejorar redacción: Este estudio de investigación no afecta a la población en estudio no hay riesgo de lesiones, invalidez ni muerte.

RESULTADOS

El presente estudio fue realizado en 100 pacientes del módulo de gerontología, encontrando un 26% con datos de colapso y un 74% sin datos de colapso. Se realizó en ---- pacientes de sexo femenino y en ---- pacientes de sexo masculino. Tabla 1, grafica 1

	FRECUENCIA
SIN COLAPSO	74
CON COLAPSO	26
Total	100

TABLA 1. NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL



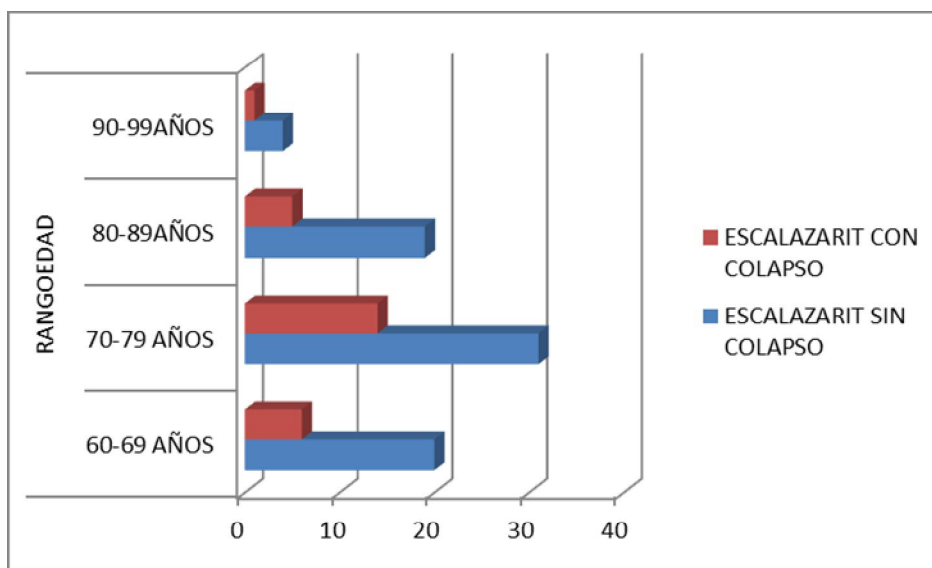
GRAFICA 1. NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Con la realización de entrevistas con la escala de Zarit se determinó el grado de sobrecarga del cuidador principal por rango de edad de la siguiente manera: de 60-69 años un total de 26 (26%) de la muestra total 6 (23%) con colapso y 20 (76.9%) sin colapso, en el rango de edad de 70-79 años se realizaron 45 estudios se obtuvieron 14 (31.1%) con colapso y 31 (68.88%) sin colapso, en le rango de edad 80-89 años se realizaron 24 entrevistas encontrando 5 (20.8%) con colapso y 19 (79.16%) sin colapso, en el último grupo de edad 90-99 años se realizaron 5 (5%) de la muestra total observando 1 (20%) con colapso y 4

(80%) sin colapso dando un total de 74 pacientes sin colapso y 26 con colapso. Tabla 2, grafica 2.

	ESCALAZARIT		Total
	SIN COLAPSO	CON COLAPSO	
RANGOEDAD 60-69 AÑOS	20	6	26
70-79 AÑOS	31	14	45
80-89AÑOS	19	5	24
90-99AÑOS	4	1	5
Total	74	26	100

TABLA 2. NIVEL DE SOBRECARGA POR RANGO DE EDAD.



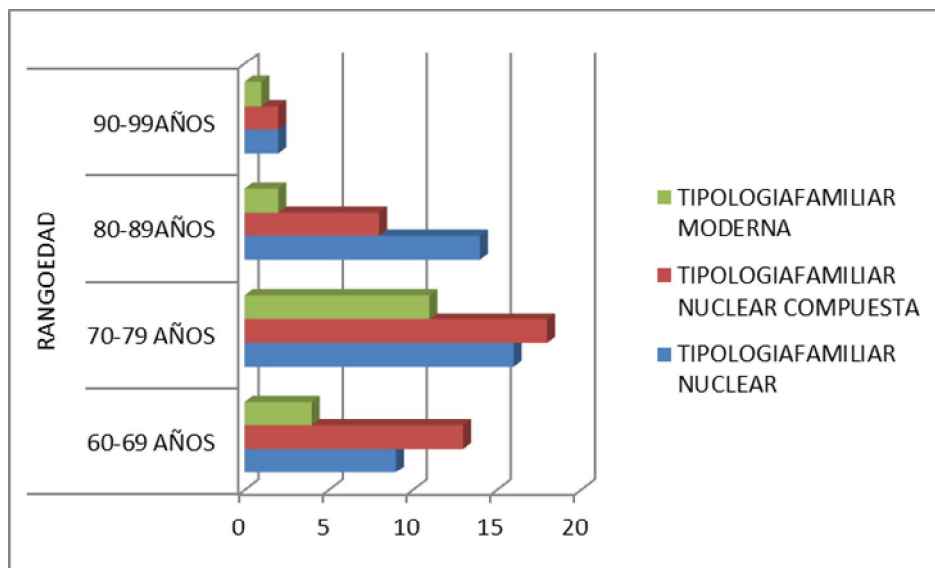
GRAFICA 2. TABLA 2. NIVEL DE SOBRECARGA POR RANGO DE EDAD.

Se estudió la tipología familiar en la muestra de 100 (100%)pacientes, por rango de edad se encontró: 60-69 años 26 (26%) entrevistas con 4(15.38%) familia moderna, 13 (50%) familia nuclear compuesta, 6 (23.%) familia nuclear, en el rango de edad de 70-79 años 45 (45%) entrevistas de las cuales 11(24.44%) familia moderna, 18 (40%) familia nuclear compuesta, 16 (35.5%) familia nuclear, en el rango de edad 80-89 años, se realizaron 24

(24%) entrevistas encontrando 2 (8.3%) familia moderna, 8 (33.3%) nuclear compuesta, 14 (58.3%) nuclear, en el rango de edad 90-99 años se realizaron 5 entrevistas encontrando 1 (20%) familia moderna, 2 (40%) nuclear compuesta, 2 (40%) nuclear. Tabla 3, Grafica 3.

	TIPOLOGIAFAMILIAR			Total
	NUCLEAR	NUCLEAR COMPUESTA	MODERNA	
RANGOEDAD 60-69 AÑOS	9	13	4	26
70-79 AÑOS	16	18	11	45
80-89AÑOS	14	8	2	24
90-99AÑOS	2	2	1	5
Total	41	41	18	100

TABLA 3. TIPOLOGIA FAMILIAR POR RANGO DE EDAD.

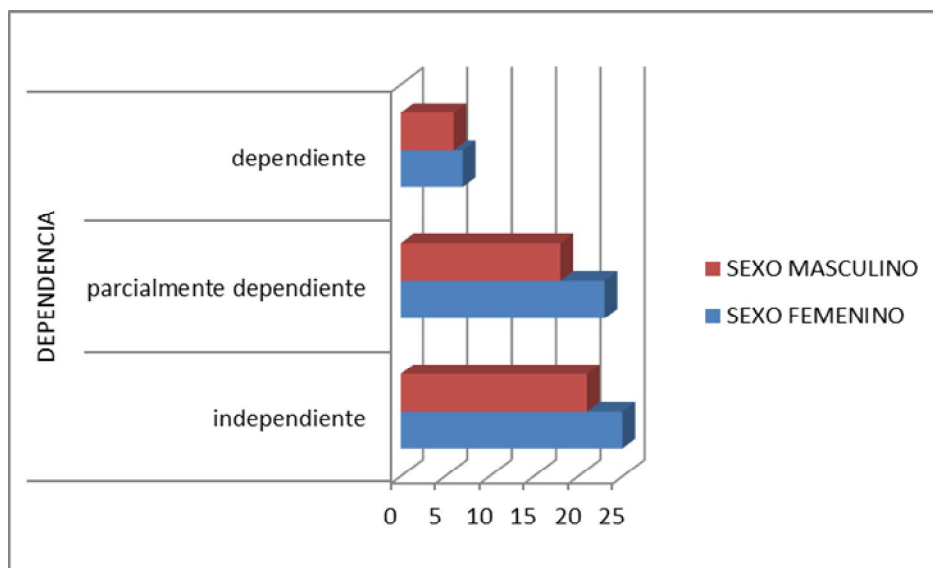


GRAFICA 3. TIPOLOGIA FAMILIAR POR RANGO DE EDAD

El grado de dependencia del paciente se obtuvo lo siguiente de una muestra de 100 (100%) pacientes: 55 (55%) de sexo femenino , 25 (45.4%) independientes, 23 (41.8%) con dependencia parcial, 7 (12.7%) dependientes. 45 (45%) en sexo masculino de estos 21 (46.6%) independientes, 18 (40%) parcialmente dependientes, 6 (13.3%) dependientes. En total 46 (46%) independientes, 41 (41%) dependencia parcial y 13 (13%) dependientes con un total de 100 (100%) encuestas realizadas. Tabla 4, Grafica 4.

	DEPENDENCIA			Total
	independiente	parcialmente dependiente	dependiente	
SEXO FEMENINO	25	23	7	55
MASCULINO	21	18	6	45
Total	46	41	13	100

TABLA 4. GRADO DE DEPENDENCIA POR SEXO.

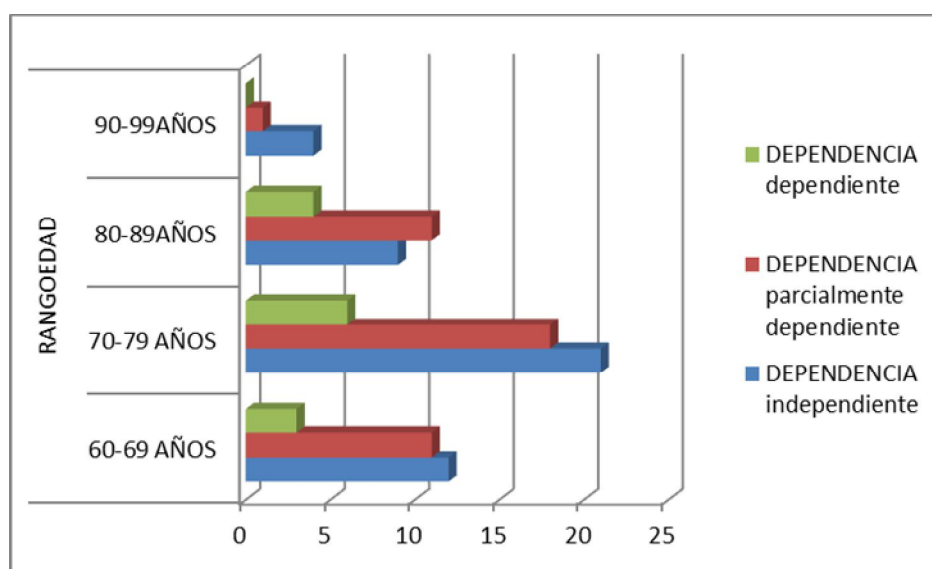


GRAFICA 4. GRADO DE DEPENDENCIA POR SEXO.

El grado de dependencia por rango de edad se obtuvo de las 100 (100%) encuestas realizadas: 26 (26%) de 60-69 años : 12 (46.1%) independientes, 11(42.3%) parcialmente dependientes, 3 (11.5%) dependientes, 45 (45%) en el rango de 70-79 años: 21 (45.6%) independientes, 18 (85.7%) parcialmente dependientes, 6 (28.5%) dependientes. 24 (24%) en el rango 80-89 años con 9 (37.5%) independientes, 11 (45.8%) parcialmente dependientes, 4 (16.6%) dependientes. 5 (5%) en el rango 90-99 años 4 (80%) independientes, 1 (10%) parcialmente dependiente, 0 (0%) dependiente. Tabla 5, grafica 5

	DEPENDENCIA			Total
	independiente	parcialmente dependiente	dependiente	
RANGOEDAD 60-69 AÑOS	12	11	3	26
70-79 AÑOS	21	18	6	45
80-89AÑOS	9	11	4	24
90-99AÑOS	4	1	0	5
Total	46	41	13	100

TABLA 5. GRADO DE DEPENDENCIA POR RANGO DE EDAD.

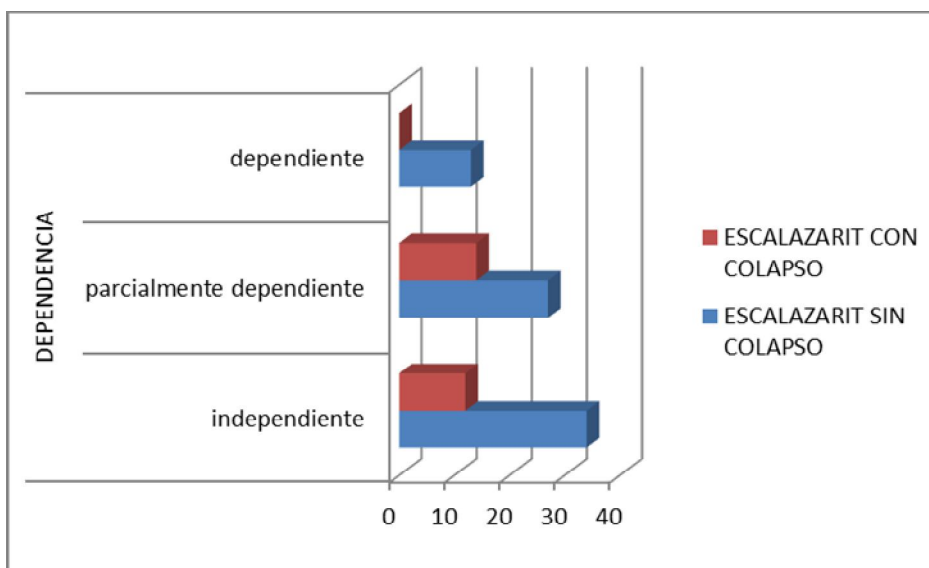


GRAFICA 5. GRADO DE DEPENDENCIA POR RANGO DE EDAD.

En relación del grado de sobrecarga del cuidador principal y grado de dependencia se encontró en la escala de Zarit sin colapso 74 (74%) encuestas de las cuales 13 (17.5%) independiente, 27 (36.4%)parcialmente dependientes, 13 (17.5%) dependientes. En la escala de zarit con colapso se realizaron 26 (26%) encuestas de las cuales 12 (46.1%) independientes, 14 (53.8%) dependientes, 0 (0%) dependientes. Tabla 6, grafica 6.

		DEPENDENCIA			Total
		independiente	parcialmente dependiente	dependiente	
ESCALAZARIT	SIN COLAPSO	34	27	13	74
	CON COLAPSO	12	14	0	26
Total		46	41	13	100

TABLA 6. RELACION DEL GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL Y GRADO DE DEPENDENCIA.

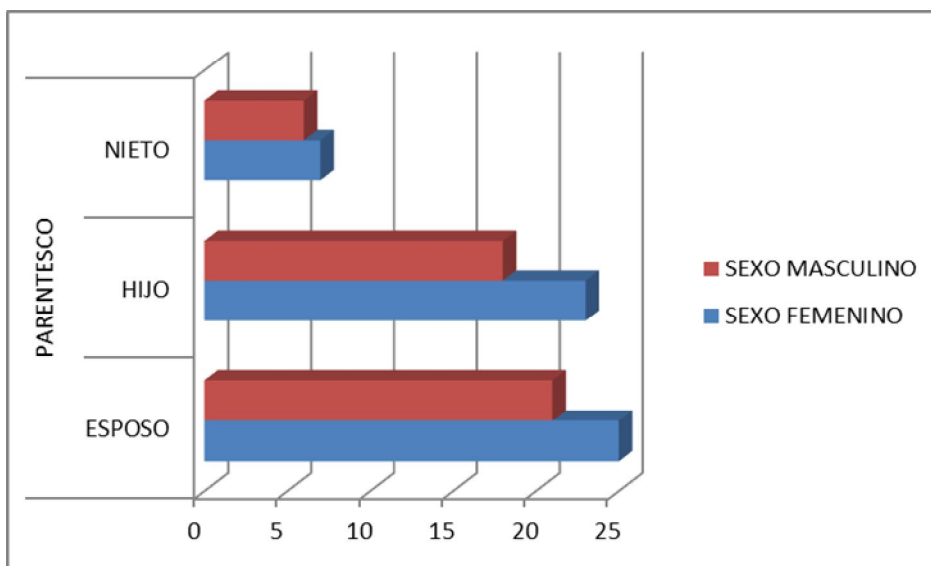


GRAFICA 6. RELACION DEL GRADO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL Y GRADO DE DEPENDENCIA.

En relación del parentesco entre el paciente y el cuidador se clasifico de acuerdo al sexo encontrando: en sexo femenino 55 (55%) encuestas , 25 (45.4%) esposo, 23 (41.8%) hijo, 7 (12.7%) nieto. En sexo masculino 45 (45%) encuestas, de las cuales 21 (46.6%) en esposo, 18(40%) hijo, 13 (28.8%) nieto. Tabla 7, grafica 7

		PARENTESCO			Total
		ESPOSO	HIJO	NIETO	
SEXO	FEMENINO	25	23	7	55
	MASCULINO	21	18	6	45
Total		46	41	13	100

TABLA 7. PARENTESCO ENTRE PACIENTE Y CUIDADOR

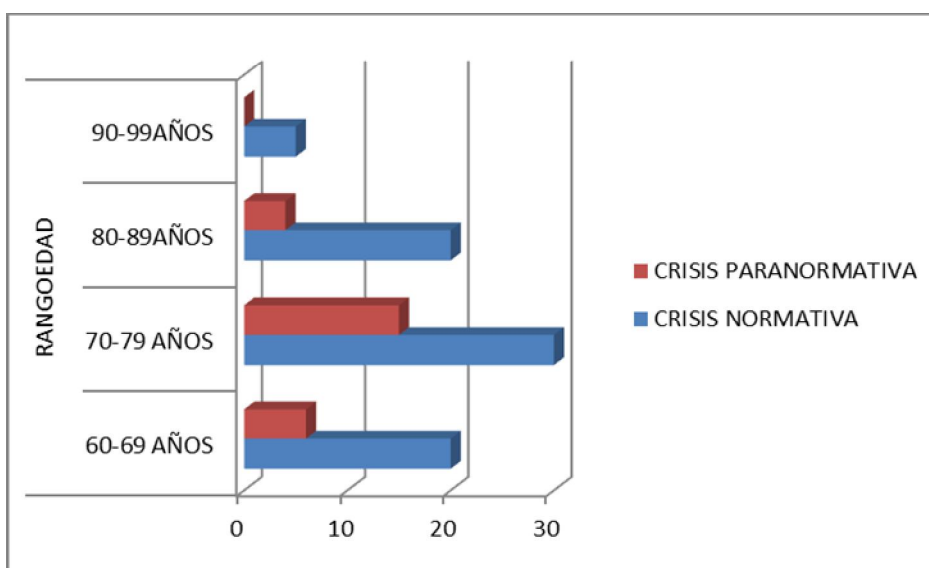


GRAFICA 7. PARENTESCO ENTRE PACIENTE Y CUIDADOR

Las crisis familiares se clasificaron por rango de edad encontrando: en rango 60-69 años 26 (26%) encuestas de las cuales: 20 (76.9%) normativas, 6 (23%) paranormativas. Rango 70-79 años 45 (45%) encuestas de estas: 30 (66.6%) normativas, 15 (33.3%) paranormativas, del rango 80-.89 años 24 (24%) encuestas 20 83.3%) normativas, 4 (20%) paranormativas, rango 90-99 años 5 (5%) encuestas: 5 (100%) normativas 0 paranormativas. Tabla 8, grafica 8.

	CRISIS		Total
	NORMATIVA	PARANORMATIVA	
RANGOEDAD 60-69 AÑOS	20	6	26
70-79 AÑOS	30	15	45
80-89AÑOS	20	4	24
90-99AÑOS	5	0	5
Total	75	25	100

TABLA 8. TIPO DE CRISIS FAMILIARES POR RANGO DE EDAD.



GRAFICA 8. TIPO DE CRISIS FAMILIARES POR RANGO DE EDAD.

ANALISIS DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó en 100 pacientes que acuden al módulo de gerontología. Se realizó en 55 pacientes femenino y en 45 pacientes de sexo masculino. El rango de edad fue 60-99 años con un promedio de 75 años.

En el estudio titulado “Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología” se estudiaron pacientes traumatológicos mayores de 75 años que ingresaron a una unidad hospitalaria de traumatología en España , 195 pacientes estudiados la edad media ha sido de 83.7 años con un intervalo de 75 años mínimo y 99 años máximo. El 28,7 % corresponden al sexo masculino y el 71,3% corresponden al sexo femenino. El grado de dependencia con respecto al grado de dependencia se obtienen los siguientes porcentajes: Al ingreso son independientes el 1,5% presentan una dependencia leve el 28% , moderada el 14% , grave el 33% y dependencia total el 23%. En el momento del alta los porcentajes son los que se detallan a continuación: Son independientes el 0,5%, presentan dependencia leve el 35% , dependencia moderada también el 35%, dependencia grave el 19% y total el 10%. La media de edad en los pacientes con una dependencia leve y moderada fue de 82,7 y la media de edad de los pacientes con un nivel de dependencia grave y total de 86,1.²⁰ El presente estudio solo se realizó en población geriátrica que asiste al módulo de gerontología y se realizó ahí la escala de Barthel, no se realizó en pacientes hospitalizados que presentaban algún tipo de discapacidad por intervención quirúrgica reciente o traumatismo mayor, la escala fue utilizada en ambos estudios , lo que aporta información certera sobre los datos de dependencia del paciente, ambos estudios se utilizaron en población geriátrica, ellos en mayores de 75 años y en el presente estudio mayores de 60 años. Ambos aportan información sobre el grado de dependencia como que en sexo femenino es mayor y el rango de edad con mayor dependencia es entre 80- 89 años.

En el artículo “Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008” Se estudiaron 100 cuidadores primarios de adultos mayores, de los cuales 69% fueron femeninos y 31% masculinos, quienes tuvieron una edad media de $40,2 \pm 12,8$ años, presentándose una mínima de 18 y una máxima de 75 años, es decir, adultos mayores cuidando de adultos mayores. Con respecto a la percepción de los cuidadores sobre la funcionalidad de su núcleo familiar, determinada mediante la aplicación del Apgar Familiar, se encontró que el 62% percibe su núcleo como funcional mientras que el 31% lo consideró disfuncional moderado, y el 7% lo manifestó como disfuncional severo. Es decir, la prevalencia de percepción disfuncional del núcleo familiar, fue de 38%. Al respecto del síndrome de sobrecarga, el análisis de la aplicación de la Escala de Zarit & Zarit, permitió observar que el síndrome se encontró ausente en el 85% de los cuidadores primarios encuestados, es decir, la prevalencia del Burnout del cuidador primario en la muestra estudiada, fue de 15%, de los cuales, el 80% fueron casos de sobrecarga leve-moderada, y el 20% restante, fueron casos de sobrecarga intensa con riesgo de colapso.²¹ El presente estudio también se realizó en población adulta mayor , de la misma forma se realizaron más encuestas en población femenina que masculina, no se buscó por nuestra parte la edad del cuidador ni el sexo solo se buscó el parentesco , se investigó la tipología familiar no la funcionalidad familiar, se realizó de la misma manera la aplicación de la escala de Zarit encontrando una prevalencia < solo del 26% y ausente en 74% lo que se acerca a los resultados en el estudio de Tabasco, lo que indica que los resultados muy parecidos.

El presente estudio da una expectativa de la calidad de vida que tienen los adultos mayores en relación del nivel de dependencia que presentan ya sea por las enfermedades crónicas degenerativas que padece y las complicaciones de estas al igual que aquellos que sufrieron algún tipo de accidente discapacitante o simplemente por el envejecimiento en toda su economía por la edad transcurrida y la relación que tiene el nivel de sobrecarga del cuidador primario lo que impide una adecuada relación entre el paciente y su cuidador lo que se denota en mal apego al tratamiento, complicaciones prevenibles de enfermedades crónicas degenerativas, mal dosificación medicamentosa, secuelas neurológicas y motoras que podrían retrasarse en su aparición. Como especialista en medicina familiar somos los encargados de realizar de manera rutinaria el índice de Barthell y la escala de Zarit, de esta manera podremos identificar la verdadera problemática en una patología de adulto mayor con polifarmacia o con síndromes geriátricos y síndromes mentales asociados, el interrogatorio directo y dirigido al paciente o su cuidador no siempre es el más adecuado para el diagnóstico de el grado de dependencia o de sobrecarga, y no siempre el cuidador se sincera de manera total con el médico enmascarando la verdadera relación entre estos.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se pretendió Evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador principal en relación al grado de dependencia del paciente geriátrico en la Clínica de Medicina Familiar Marina Nacional del ISSSTE encontrando que la población con más dependencia es en sexo femenino y en rango de edad de 70 a 79 años.

En el grado de sobrecarga del cuidador se encontró que el 26% de la población presentaba colapso.

El grado de dependencia del paciente Geriátrico es del 13% y en estos sus cuidadores primarios no presentan dependencia, en pacientes parcialmente dependientes se encontraron 41% de los cuales 14% presentaron cuidadores con colapso.

El parentesco entre el paciente y cuidador, en primer lugar es esposo, segundo lugar hijo en tercer lugar nieto.

La clasificación de la familia del cuidador principal y/o del paciente en primer lugar se encuentran nuclear y nuclear compuesta y por último moderna.

La crisis más encontradas en las familias son normativas y en segundo lugar paranormativas.

El presente estudio se observa que la mayoría de la población mantiene a su paciente con dependencia en las mejores condiciones posible , pero que sucede realmente con aquello que no es así, el deber del médico especialista en medicina familiar es reconocer cuando el cuidador principal no puede realizar de manera adecuada el cuidado necesario para el paciente geriátrico, nuestro deber es identificar esta problemática para mantener una buena calidad de vida del paciente y su familia a pesar de las patologías que esté presente. A las familias que presentan un familiar dependiente que está formada por varios miembros, cada uno debe de realizar alguna tarea de esta manera se evitaría todo el peso en una sola persona al igual que los gastos.

ANEXOS.

ESCALA DE ZARIT

- 1.- ¿Siente que por el tiempo que dedica a su familiar sienten que ya no tiene tiempo para usted?
- 2 ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
- 3 ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
- 4 ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
- 5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
- 6 ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
- 7 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
- 8 ¿Siente que su familiar depende de usted?
- 9 ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
- 10 ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
- 11 ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
- 12 ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
- 13 ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
- 14 ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
- 15 ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
- 16 ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
- 17 ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se

manifestó?

- 18 ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
19 ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20 ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
21 ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22 En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3

ESCALA DE BARTHEL.

COMER:

(10)Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.(5)Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla,etc., pero es capaz de comer solo.(0)Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

(5)Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño.Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.(0)Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

(10)Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.(5)Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.(0)Dependiente.

ARREGLARSE:

(5)Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.(0)Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

(10)Continente. Ningún episodio de incontinencia.(5)Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.(0)Incontinente.

MICCIÓN

(Valorar la semana previa):(10)Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.(5)Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas.Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.(0)Incontinente..

USAR EL RETRETE:

(10)Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.(5)Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.(0)Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

(15)Independiente. No precisa ayuda.(10)Minima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.(5)Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.(0)Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

(15)Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón,muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.(10)Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.(5)Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.(0)Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

(10)Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.(5)Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.(0)Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:1-Independiente: 100 pts (95 si permanece en silla de ruedas).2-Dependiente leve: >60 pts.3-Dependiente moderado: 40-55 pts.4-Dependiente grave: 20-35 pts.5-Dependiente total: <20 pts.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1. Molina J, Iáñez M, Iáñez B.** El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud de la Universidad de Veracruz*, 2005; 15: 33 – 43.
- 2. Sánchez J.** Paciente geriátrico: ¿qué es?, ¿qué no es? *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2007; 9 (supl. 2).
- 3. Narayanan U, Fehlings D, Weir S, Knights S, et al.** Initial development and validation of the Caregiver Priorities and Child Health Index of life with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2006; 48: 804-812
- 4. Bermejo C, Martínez M.** Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, 2004-2005; 11: 1
- 5. González F, Graz A, Pitiot D, Podestá J.** Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía* edición Electrónica, 2004; IX – Nº 4.
- 6. Fuentes A, Aguilar S, Mercado M, Gutiérrez L.** Síndrome del colapso del cuidador primario del anciano. *Archivo Geriátrico*, Enero-Marzo 2003; 6: 24-26.
- 7. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Viafara A, Herrera J.** Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, Cali Junio 2006; 37(2): supl.1.

- 8. Torres I, Beltrán F, Perales G, Atenógenes H, Gonzáles S, Quesada J, Cruz L.** Cuidar a un enfermo ¿pesa? La Ciencia y el Hombre; *Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad de Veracruz*, Mayo–Agosto 2006; XIX N°2. Disponible en: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html> Consultado en Febrero del 2007
- 9. Artaso B, Goñi A, Biurrun A.** Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 2001-2002, 60/61: 38-45
- 10. Paleo N, Rodríguez L.** Sobrecarga de los cuidadores de pacientes con enfermedad de alzheimer. *Revista electrónica de Geriatria y Gerontología*, 2006; 8 N° 2: 9. Disponible en <http://www.geriatrianet.com>. Consultado en Febrero del 2007
- 11. Peón M.** Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el “síndrome del cuidador”. *Enfermería Científica*, Marzo-Abril 2004; 16-22.
- 12. Pinilla J, López R, Cantero R.** Lesiones musculoesqueléticas de espalda, columna vertebral y extremidades. Instituto canario de seguridad social, 2003; 115
- 13. Campo C, Cruz D, Restrepo C.** Conductas de riesgo ergonómico derivados de la carga física en los trabajadores de las ladrilleras artesanales del barrio Pueblillo de la ciudad de Popayán. *Rev Fac Cienc Salud Univ Cauca*, 2005; 7: 15-22
- 14. Molina J, Iáñez M, Iáñez B.** El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud de la Universidad de Veracruz*, 2005; 15: 33 – 43.
- 15.-Profile and burden of care in caregivers of patients with dementia included in the ALOIS program. ATENCIÓN PRIMARIA.** 2004 FEB; 33(2):61 - 66.
- 16.Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) (Zarit, Reeve, y Bach-Peterson, 1980).**
- 17.Carod Artal FJ, Egido Navarro JA, González Gutiérrez JL, Varela de Seijas E.** Percepción de sobrecarga a largo plazo en cuidadores de pacientes con ictus. *Rev. Neurología* 1999; 28 (12): 1130-8.
- 18.Boada Rovira M, Caballero García JC, Flores Tascon F.** El ABC de las demencias. Ediciones Mayo: 1-93.Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid- Ruzafa et al.*Revista Española de Salud Pública.* Feb 2007. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. A J Cruz et al.2006, Prous Science SA.
- 19.Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano.** E Valderrama et al. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*; 32 (5): 297-306 1997 . El índice de Katz. A J Cruz. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*, 26.5 (338-348) 1991.
- 20.- García G. M.A.,** Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología, enfermería Global, Octubre 2011, pag. 19-25.
- 21.-Domínguez G., Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008,**

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

Ítem		Puntuación
1		
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	

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

Ítem		Puntuación
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. 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.