

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA, MEXICALI**



**RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR
CON DEMENCIA Y LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR INFORMAL**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA
SALUD.

SUSTENTA:
LIC. JOSÉ ALBERTO AGÜERO GRANDE.

DIRECTOR DE TESIS:
M.C.E. MARÍA BETZABÉ ARIZONA AMADOR.

MEXICALI B.C., A 17 DE ABRIL DE 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTA DE DICTAMEN DE EVALUACIÓN DEL DOCUMENTO DE TESIS PARA
SUSTENTAR EL
EXAMEN DE GRADO

MEXICALI, B.C., A, 17 DE ABRIL DE 2015.

Los abajo firmantes miembros del Comité de Titulación nombrado por el Comité de Estudios de Posgrado de la Facultad de Enfermería y en respuesta a su solicitud para revisar la tesis:

“Relación entre el deterioro cognitivo del adulto mayor con demencia y la sobrecarga del cuidador informal.”

presentado por **JOSÉ ALBERTO AGÜERO GRANDE** para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud, le comunicamos que el trabajo cumple con los requisitos de contenido y presentación establecidos por este Comité, por lo tanto el dictamen que emitimos es de:

Aprobado

Por lo que puede proceder a la etapa de presentación y defensa del mismo.

Atentamente

Comité de Titulación
M.C.E. María Betzabé Arizona Amador

Directora de Tesis

M.D.A.E. Rosa Ícela Esparza Betancourt

Co Directora de Tesis

M.C. Gisela Ponce y Ponce De León

M.C.E. María José Aguilar Ayala

Sinodal

Sinodal

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	v
Lista de abreviaturas.....	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficas.....	viii
Resumen.....	x
Introducción.....	11
Capítulo I.	
1.1 Antecedentes.....	14
1.2 Planteamiento del problema.....	14
1.3 Justificación.....	19
1.4 Objetivos.....	21
1.5 Hipótesis.....	22
1.6 Definición de variables.....	23
Capítulo II. Marco Teórico.....	26
2.1 Cognición y deterioro cognitivo del adulto mayor.....	27
2.2 La demencia, concepto y clasificación.....	29
2.3 Impacto de la demencia en la autonomía del adulto mayor.....	30
2.4 La demencia y la familia.....	32
2.5 Impacto de la demencia en el cuidador.....	34
2.6 Cuidado informal vs estrés: La sobrecarga del cuidador.....	34
2.7 Las consecuencias de la sobrecarga.....	36
2.8 Factores predisponentes y protectores de la sobrecarga.....	37
2.9 Cuestionario de Zarit y la valoración de la carga en el cuidador.....	41
Capítulo III. Metodología.....	42
3.1 Tipo de estudio.....	43
3.2 Población, muestra, descripción de los participantes.....	43
3.3 Instrumentos.....	44
3.4 Procedimiento de recolección de datos.....	44
3.5 Análisis de datos.....	46
Capítulo IV. Resultados.....	48
Capítulo V. Discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.....	52
5.1 Discusión de resultados.....	53
5.2 Conclusiones.....	55

5.3 Recomendaciones.....	56
Referencias Bibliográficas.....	57
Anexos.....	62
Anexo 1. Escala MEC de Lobo.....	62
Anexo 2. Escala de Barthel.....	63
Anexo 3. Escala de Lawton y Brody.....	64
Anexo 4. Cuestionario de Zarit.....	65
Anexo 5. Carta de Consentimiento Informado.....	66

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, L.E. Catalina Grande e Ing. José Agüero por darme todo su apoyo y todo su amor incondicional y siempre creer en mí.

A Martin, por cada palabra de aliento y su cariño infinito, así como su apoyo y comprensión de mis ideales profesionales.

A mis hermanas y hermano, a toda mi familia y amigos que de alguna manera contribuyeron en la realización de mi maestría y tesis. Por sus buenos deseos de éxito y sus palabras de aliento, muchas gracias.

A mi asesora y directora de tesis, MCE Betzabé Arizona por su infinita paciencia y ayuda en este trabajo, por sus consejos, por confiar en mí, pero sobre todo por su amistad.

A todos mis profesores, sobre todo a MC Gisela Ponce y Dra. Angélica Pon por sus conocimientos y por haber sembrado en mí la semilla de la investigación.

A mis amigos, Karina Rivera y Ariel Villaseñor, y compañeros de la maestría que juntos recorrimos este camino, aprendiendo y dando cada uno algo de sí mismo para lograr nuestro objetivo.

Mil Gracias

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	Adulto Mayor(es)
AVD	Actividades de la vida diaria
AbVD	Actividades básicas de la vida diaria
AiVB	Actividades instrumentales de la vida diaria
AsVD	Actividades superiores de la vida diaria
CI	Cuidador informal
CD	Cuidador directo
CIN	Cuidador indirecto
DC	Deterioro cognitivo
DCL	Deterioro cognitivo leve
DM	Demencia
EA	Enfermedad de Alzheimer
PE	Proceso de envejecimiento
SC	Sobrecarga del cuidador

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores y cuidadores informales, en la ciudad Mexicali B C. en el año 2013.....	48
Tabla 2. Grado de deterioro cognitivo del adulto mayor con demencia frente al tiempo en años desde el diagnóstico y desarrollo de dependencia funcional en las AbVD, en la ciudad Mexicali B C. en el año 2013.....	49
Tabla 3. Tiempo en años como cuidador informal frente a cantidad de días a la semana y horas promedio dedicadas al cuidado, en la ciudad Mexicali B C. en el año 2013.....	49
Tabla 4. Nivel de sobrecarga del cuidador frente al grado de deterioro cognitivo, en la ciudad de Mexicali B C. en el año 2013.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Presencia de sobrecarga en el cuidador informal, en Mexicali B.C. en el año 2013.....	50
Gráfica 2. Nivel de sobrecarga en el cuidador informal del adulto mayor con demencia, en Mexicali B.C. en el año 2013.....	50

RESUMEN

Introducción: El aumento de los casos de DM está ligado al incremento de la población de AM, así como a su envejecimiento interno. El cuidado es dentro del círculo familiar, por lo tanto un integrante adopta el rol de cuidador. **Objetivo:** Analizar la relación del DC del AM con DM como factor desencadenante de la SC del CI, en la ciudad de Mexicali, B.C. durante el año 2013. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal y correlacional, con una población estudiada de 35 cuidadores de AM con DM, con DC moderado a severo, identificados en las estancias de Mexicali. **Material y Método:** El DC se midió aplicando el Miniexamen Cognitivo de Lobo, el deterioro funcional se estableció con el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody; la SC se identificó con el Cuestionario de Zarit. El procesamiento de datos fue con SPSS 20.0. **Resultados:** El 85.5% de los CI sufrieron una SC. El 100% de los AM presentó DC, con dependencia severa en sus AVD en el 80% de ellos. No se comprobó relación entre el DC y la SC. **Conclusión:** Se confirma el perfil sociodemográfico del cuidador, como su tendencia a la SC; se puede destacar que no se encontró relación entre el DC y el grado de SC, por lo que hay que estudiar otros elementos del fenómeno. Por lo tanto, el hecho de que exista un alto porcentaje de cuidadores con SC, debe ser una motivación para futuras investigaciones.

Palabras clave: Cuidador informal, adulto mayor, demencia, deterioro cognitivo, sobrecarga

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un importante desequilibrio entre las demandas sanitarias generadas por las crecientes patologías psico-geriátricas (en las que sobresale la demencia (DM) y los recursos disponibles para su manejo. Esta situación contribuye en gran medida a que la mayor parte de los adultos mayores (AM) enfermos demenciales sean atendidos en sus casas, de modo que se puede observar una mayor implicación de las familias en su cuidado, en donde un integrante del círculo familiar es el que toma la mayor responsabilidad del mismo, al cual se le da el nombre de cuidador informal (CI).¹

Surge así el concepto de sobrecarga (SC) del CI que hace referencia, de forma general, a los efectos de los cuidados sobre los familiares. Se distinguen entre carga objetiva o cambios comportamentales y de autonomía del paciente, con los problemas prácticos que llevan consigo y la carga subjetiva o reacción emocional del cuidador.^{1,2}

El proceso de cuidar a un anciano con DM en su domicilio es complejo; genera un estrés crónico que llega a afectar, en mayor o menor medida, a la salud física y mental de los cuidadores. Los factores que intervienen en este proceso son multicausales, por lo que existe una gran variabilidad en su desarrollo y a su vez en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a la situación.²

En algunas investigaciones se ha establecido la existencia de un sistema que engloba de forma esquemática las relaciones entre los factores de base (características socioeconómicas e historia del cuidador), los estresores primarios (deterioro cognitivo (DC) y funcional, problemas conductuales, sobrecarga y privación relacional del cuidador), los secundarios (tensión intrapsíquica, tensión en el rol) y por último, los mediadores (estrategias de afrontamiento y apoyo social) además de los niveles de estrés generados a partir de cuidado del paciente.³

En diferentes estudios sobre el tema, se ha observado fundamentalmente la influencia de los estresores primarios en el CI y se ha concluido que son los trastornos de conducta del paciente y el DC que impacta a la capacidad funcional del AM con DM, los que determinan una mayor sobrecarga con los cuidados. No obstante, existe

una gran variabilidad en la influencia de estos estresores en la salud del cuidador, en función del sentimiento de control de la situación que éste tiene, que englobaría tanto su propio control emocional como su capacidad de entender y manejar los trastornos conductuales y funcionales del paciente.⁴

Por todo lo anterior, ha nacido la inquietud de realizar un trabajo de investigación para establecer la relación del DC del AM con DM como factor en el nivel de sobrecarga de sus cuidadores informales, éstos identificados a través de los centros de día de la ciudad de Mexicali, B.C. durante el año 2013.

En este trabajo se describe la situación en la que vive un AM que ha presentado un DC a raíz del desarrollo de una DM, y cómo un integrante de la familia, ante las necesidades asistenciales y el poco recurso sanitario disponible y accesible, lo llevan a adoptar el rol del cuidador.

El documento consta de cuatro capítulos; en el primero, se encuentra una descripción de las características del crecimiento y transición demográfica de la población de AM, así como la tendencia al envejeciendo interno, contribuyendo a generar uno de los múltiples factores que llevan al aumento de casos de DM, principalmente el Alzheimer; en segundo lugar, se describen los aspectos conceptuales de la DM, el rol del CI, la mecánica del desarrollo de la sobrecarga y las repercusiones que tienen sobre el CI; posteriormente, se encuentra una explicación de la metodología de trabajo que se llevó a cabo; luego, se muestran los resultados obtenidos y por último, se concluye con la discusión de los resultados obtenidos, contrastándolos con otras investigaciones realizadas anteriormente, así como sus conclusiones y recomendaciones ante la problemática estudiada y para generar posibles nuevas líneas de investigación relacionadas al tema.

CAPÍTULO I

1.1 Antecedentes

El cuidador es aquel individuo que de forma cotidiana cubre las necesidades básicas y psicosociales del enfermo, supervisándolo día a día. Estas personas cambian su ritmo habitual de vida, llegando a tener limitantes personales y sociales lo que conlleva, con el paso del tiempo, a repercusiones negativas en su salud, manifestándose en problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos; a esto generalmente se le denomina “sobrecarga”.

1.2 Planteamiento del problema

El fenómeno mundial del envejecimiento está adquiriendo cada vez mayor importancia. Se observa día a día como la calidad y esperanza de vida mejoran gracias a los avances sociales, tecnológicos y científicos, así como la descendiente tasa de natalidad y mortalidad ⁵.

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual aumentará considerablemente en la primera mitad de este siglo, al pasar de alrededor de 65 años en 2000-2005, a 74 años en 2045-2050 ⁵. Actualmente, la esperanza de vida de las mujeres (77.8 años) es superior a la que se registra en los varones (73.1). Cabe resaltar que, en los países más desarrollados, la esperanza de vida al nacimiento promedio es de casi 76 años en el quinquenio 2000-2005 la cual podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo, a la vez que en los países en desarrollo se estima que aumentará de 63.4 a 73.1 años, durante el mismo periodo.⁶⁻⁸

Los incrementos absolutos en el número de adultos mayores son cada vez ascendentes. Mientras que en la década 1950-1960 se integraron al grupo de 60 años y más cuatro millones de personas al año, en la primera década de este siglo esta cifra ascendió a más de quince millones, alcanzando una cifra máxima de 32.6 millones anuales en la década de 2030. La tasa anual de crecimiento de este grupo, en la actualidad, es de 2.2 %, y llegará a ser hasta de 3% en la segunda década del siglo XXI. Debido a esta dinámica, el número de adultos mayores se triplicó entre

1950 y 2000, pasando de 205.3 a 606.4 millones. Asimismo, se espera que aumente a 1, 348.3 millones en 2030 y a 1, 907.3 millones en 2050.⁶

En los países desarrollados, la edad media de la población ha ido en ascenso constante desde 1950 hasta llegar en el año 2000 a 37.3 años. En los países en desarrollo, la edad media disminuyó de 21.6 a 19.2 años entre 1950 y 1970; a partir de entonces ha registrado un ascenso continuo, hasta alcanzar 25.2 años en 2000. Se estima que a mediados del siglo XXI la edad media será de 49.9 años en los países desarrollados y de 41.3 años en los países en desarrollo, por lo que la brecha que los separará será sólo de ocho años.⁸

México, como país en vías de desarrollo, ha experimentado importantes transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales a lo que este tema compete, también demográfico. Este último ha sido de los más importantes, debido a la plena y acelerada transición por la que está atravesando el país, que ha dado inicio en los años treinta con el descenso paulatino de la mortalidad y que se acentuó en los sesenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad aumenta de manera gradual y la de los menores tiende a disminuir.⁶

De acuerdo con los resultados del último recuento censal 2010, en México residen 112.4 millones de personas; de éstas, alrededor de 3.8 millones son mujeres de 60 años o más y 3.6 millones son hombres de este mismo tramo de edad. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la comunidad de la tercera edad es la que crece de manera más rápida desde hace veinte años. Su tasa de crecimiento pasó de 2.5% anual en 1970, a 3.5 en 2000 y a 3.6% en 2004. Mientras el incremento anual fue de 237 mil en 2000, en 2010 asciende a 381 mil.⁶

En los próximos 18 años prácticamente se triplicará la población de adultos mayores en el país. De acuerdo con las proyecciones de población del CONAPO, se estima que habrá 15 millones en el 2020 y vivirán poco más de 22 millones en el 2030; de modo que este grupo de población incrementará su peso a 12.5 y 17.5% del total de la población, respectivamente. Dentro de este grupo, los mayores de 60 años

suman ya 7.4 millones y se prevé que alcanzarán 8.5 millones en 2020 y 10.2 millones en 2030.⁶

Es importante señalar que no sólo ha aumentado el número de personas mayores con respecto a la población total, sino que ha incrementado la esperanza de vida, produciéndose cambios en la estructura interna de la población anciana; es decir, un envejecimiento interno, tanto en términos absolutos como relativos de la población de 80 y más años de edad y que ésto no es sólo exclusivo de países desarrollados.⁹

Las definiciones actuales dentro de la gerontología dan una visión distinta de la persona mayor, en la cual no necesariamente es presente un notable decaimiento de la funcionalidad. Sin embargo, no se puede dejar de mencionar que este grupo de población es más vulnerable al desarrollo de procesos patológicos de tipo crónico-degenerativos, a la hospitalización prolongada y a ritmos de curación lentos; esto se puede relacionar más comúnmente en ancianos-ancianos quienes, en su clasificación cronológica, son aquellos adultos mayores que sobrepasan los 80 años de edad.¹⁰

La DM es una de las principales patologías prevalentes en los adultos mayores, que a nivel mundial oscila en los 24.3 millones y esta crece rápidamente (4.6 millones de nuevos casos cada año) debido a lo cual, para el año 2040, se espera que 81.1 millones de personas la padezcan, de los cuales el 10% serán personas mayores de los 65 años y, alrededor del 50% a partir de los 85. La cifra cobra significado cuando se coloca en el contexto del incremento de la expectativa de vida y el envejecimiento de la población en países en desarrollo. En el presente, 66 % (11 millones) de las personas con DM vive en países en desarrollo y, para el 2025, esta cifra se elevará hasta 75 % (24 millones).¹¹

En México, no existen aún suficientes estudios que proporcionen datos específicos de la prevalencia de esta enfermedad en el país, pero se estima un número aproximado de 700 mil a 900 mil pacientes con DM y quizá no esté diagnosticado ni el 25 %¹². Esto se debe a que el médico de primer contacto, así como otros especialistas, subdiagnostican e incluso ignoran este padecimiento y, por lo tanto, no se puede establecer un número acertado de casos en el país. En un

estudio realizado en la ciudad de México, se encontró una prevalencia del 4.7%, mientras otro realizado en Guadalajara reportó 3.3 por mil habitantes.¹³

La DM constituye un serio problema de salud pública por ser una enfermedad de alto costo económico y social, por lo difícil y tardío de su diagnóstico y por su curso progresivo e invalidante.

En la actualidad se puede observar un importante desequilibrio entre las exigencias sanitarias que se generan en el manejo de esta patología psico-geriátrica y los recursos aprovechables para su cuidado. Esta situación lleva, en gran medida, a que la gran parte de estos adultos mayores con DM sean cuidados y atendidos dentro de sus casas, por lo que se produce una mayor implicación de las familias en su manejo.¹¹

El deterioro físico (dependencia funcional) y mental (DC) que acompaña a la DM es progresivo e irreversible, incapacitando al paciente para valerse por sí mismo. Esta situación implica un aumento de la demanda de ayuda médica y familiar. En la mayoría de los casos, el enfermo recibe todos los cuidados de un solo miembro de su familia, conocido como Cuidador Principal o, en otros casos, también se le nombra CI, debido al poco o nulo conocimiento que tiene del manejo asistencial que requiere el individuo receptor del cuidado.¹

El cuidado de un familiar con DM genera mayor estrés que el de un anciano sólo con patología física, lo cual podría explicarse porque el cuidador se ve obligado a introducir mayores cambios en su estilo de vida, a una mayor limitación social y a las alteraciones específicas de la relación interpersonal cuidador-enfermo.

El cuidado de la DM dentro de casa es altamente complejo y demandante, generando un estrés sostenido y crónico que impacta, en mayor o menor medida, la salud física y mental de los cuidadores, comprometiendo su calidad de vida. Frente a esta situación, nace el concepto de SC, el cual se puede definir según Zarit como “un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador”.¹⁴

La sobrecarga puede ser desencadenada por múltiples factores, por lo que existe una gran variabilidad en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a este fenómeno.

Ante esta situación se plantea lo siguiente:

¿El deterioro cognitivo del AM con demencia es un factor desencadenante de la sobrecarga del CI, en la ciudad de Mexicali, B.C. durante el año 2013?

1.3 Justificación

En México, la conformación etaria de la sociedad está cambiando, como producto de la reducción de las tasas de natalidad y mortalidad. Según la CONAPO, las personas mayores de 60 años superan el millón; esta cifra aumenta a un ritmo de 22 mil personas por año, de los últimos datos revisados el 7.5% de individuos del total de la población que se encuentran viviendo la tercera edad, condición que introduce al país a poseer una comunidad anciana joven o en transición de envejecimiento y se prevé que, para el año 2025, ésta aumente, hasta conseguir entre el 12.5% y el 15.7% y, por lo tanto, se alcanzará en ese momento el estándar establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ser clasificados como un país envejecido.⁹

Es importante resaltar que no sólo ha aumentado el número de personas ancianas con respecto a la población total, sino que se ha incrementado la esperanza de vida, produciéndose cambios en la estructura interna de la población anciana; es decir, un envejecimiento interno, tanto en términos absolutos como relativos de la población de 80 y más años de edad.⁹ Como resultado de este fenómeno se puede observar un aumento en la predisposición a las patologías asociadas a la edad, entre ellas la DM.¹¹

No existe suficiente investigación para conocer el número total de adultos mayores con DM en el país pero, en una aproximación, se habla de 700 mil a 900 mil, y quizá no esté diagnosticado ni el 25% de los casos.¹²

El deterioro funcional y mental que acompaña a esta progresiva e irreversible patología psico-geriátrica, lleva al AM a un estado de dependencia total. Esta situación aumenta la demanda de cuidados lo cual, ante un importante desequilibrio entre la demanda y recursos, hace que la asistencia de estos pacientes se lleve a cabo dentro del círculo familiar.^{14,15}

Por lo tanto, el dador de cuidados es un miembro de la familia al cual, por su poca o nula preparación para el cuidado de un AM con DM, se le conoce como CI.¹

El cuidado de la DM genera mucho estrés que, si no es liberado, condiciona una acumulación que a corto o largo plazo impactará su esfera biológica, psicológica y social, afectando a su calidad de vida; a esto se le conoce como SC. El concepto de sobrecarga ha sido clave en la investigación de las repercusiones del cuidado de personas mayores sobre sus familias.²

Por todo lo anteriormente expuesto, se realizó un estudio que permite identificar cómo el nivel de DC es el factor principal en modificación o destrucción de los mecanismos protectores de la salud física, psicológica y social del CI, lo que lo lleva al desarrollo de una sobrecarga.

1.4 Objetivos

Objetivo general:

Analizar la relación del deterioro cognitivo del adulto mayor con demencia como factor desencadenante de la sobrecarga del cuidador informal, en la ciudad de Mexicali, B.C. durante el año 2013.

Objetivos específicos:

- 1.- Identificar las características socio-demográficas del adulto mayor con demencia.
- 2.- Describir las características socio-demográficas del cuidador informal.
- 3.- Estimar el nivel de deterioro cognitivo en el que se encuentra el adulto mayor con demencia.
- 4.- Reconocer el nivel de dependencia funcional del adulto mayor con demencia.
- 5.- Determinar el nivel de sobrecarga desarrollado en el cuidador informal.
- 6.- Correlacionar al deterioro cognitivo del adulto mayor con demencia y la sobrecarga del cuidador informal.

1.5 Hipótesis

Hipótesis de Investigación.

El deterioro cognitivo del adulto mayor con demencia atendido en las estancias de día, es un factor desencadenante de la sobrecarga del cuidador informal en las estancias de día en la ciudad de Mexicali, B.C. durante el año 2013.

Hipótesis nula.

El deterioro cognitivo del adulto mayor con demencia atendido en las estancias de día, no es un factor desencadenante de la sobrecarga del cuidador informal en la ciudad de Mexicali, B.C. durante el año 2013.

1.6 Variables

Variable independiente:

Deterioro Cognitivo del adulto mayor con demencia.

Variable Dependiente:

Sobrecarga del Cuidador Informal.

1.6 Operacionalización de las variables

Variables socio-demográfica	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Sexo del cuidador.	División del género humano en dos grupos: mujer u hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos.	Sexo del cuidador.	1.- Masculino. 2.- Femenino.	Cualitativa Dicotómica
Sexo del adulto mayor.	División del género humano en dos grupos: mujer u hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos.	Sexo del adulto mayor.	1.- Masculino. 2.- Femenino.	Cualitativa Dicotómica
Edad del cuidador.	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Edad del cuidador.	Años cumplidos.	Cuantitativa Ordinal
Edad del adulto mayor.	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Edad del adulto mayor.	Años cumplidos.	Cuantitativa Ordinal
Estado civil del cuidador.	Clase o condición social de la vida de cada uno	Estado civil del cuidador.	1.- Soltero. 2.- Casado. 3.- Unión libre. 4.- Divorciado. 5.- Viudo.	Cualitativa Politómica
Estado civil del adulto mayor.	Clase o condición social de la vida de cada uno	Estado civil del adulto mayor.	1.- Soltero. 2.- Casado. 3.- Unión libre. 4.- Divorciado. 5.- Viudo.	Cualitativa Politómica
Número de hijos del cuidador.	Número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento en que registra su último hijo.	Cantidad de hijos que tiene el cuidador	Número de hijos	Cuantitativa Politómica
Número de hijos del adulto mayor.	Número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento en que registra su último hijo.	Cantidad de hijos que tiene el adulto mayor	Número de hijos	Cuantitativa Politómica
Actividad laboral del cuidador.	Se refiere a la labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada.	Actividad laboral que lleva a cabo el cuidador.	1.- Si 2.- No	Cualitativa Dicotómica
Variable Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
Deterioro Cognitivo del adulto mayor.	Déficit de las llamadas funciones intelectuales superiores (cognición) que aqueja a un adulto mayor. El más común es el declinar de la memoria.	Declinación cognitiva múltiple afectando fundamentalmente a la memoria junto con otras que llegan a causar un deterioro en el estado funcional.	1.- Deterioro moderado. 2.- Deterioro severo.	Cuantitativa Intervalar.
Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Subtipos y escala de medición
Sobrecarga del Cuidador.	Es aquella situación de tensión biopsicosocial, ocasionada por el nivel de responsabilidad y estrés generado por el trabajo agotador del cuidado de un individuo enfermo.	Estado generado por percepción de la carga objetiva originada por los cambios en el nivel funcional o autonomía del paciente.	1.- No Sobrecarga. 2.- Sobrecarga Leve. 3.- Sobrecarga Intensa.	Cuantitativa Intervalar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

Antecedentes.

Como referencia obligada y un antecedente de importancia, el estudio de la Gráfica del cuidador aparece por primera vez en los trabajos de Claussen y Yarrow en 1955 y, posteriormente, en los de Grad, Sinsbury y Kreitman, en los que se introduce el concepto de carga del cuidador, originalmente descrito por Freudenberguer en 1973, que indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También se ha relacionado con problemas en la salud física por acumulación de estresores.¹⁶

El concepto de carga ha sido clave para la investigación de las repercusiones del cuidado de personas mayores sobre sus familiares; también ha sido abundantemente utilizado en la investigación gerontológica en cuanto al proceso del cuidar y sus efectos; por tanto, es un factor importante en la calidad de vida de los cuidadores.¹⁶

Los avances científicos y tecnológicos han permitido el alargamiento de la esperanza de vida, por lo que la población de adultos mayores ha tenido un aumento considerable y constante a nivel mundial, principalmente en los países desarrollados y en vía de desarrollo; el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socio-económico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación activa en el ámbito social.⁸

Pero no sólo eso debe ser considerado en esta población, sino el envejecimiento interno que está sufriendo, por lo que es más común encontrarse con adultos mayores que sobrepasan los 80 años de edad; ésto da como resultado el aumento de aquellas enfermedades relacionadas con este grupo de edad, entre ellas la DM; esta patología es conocida como una de las más limitantes y que repercute de manera importante en la calidad de vida del AM debido al DC sostenido llevándolo de manera progresiva a un estado de dependencia y discapacidad funcional.

2.1 Cognición y deterioro cognitivo en el adulto mayor

La función cognitiva es esencial para que el AM sea capaz de tomar cierto sentido del ambiente circundante y responder de forma apropiada a él para satisfacer las necesidades diarias. La cognición se refiere a los procesos mentales complejos que tienen lugar entre la propia experiencia del entorno (estímulo) y la propia conducta observable (respuesta).¹⁷

Aquellos procesos abarcan la percepción del ambiente, la capacidad de recordar, razonar y pensar, para tomar decisiones y resolver problemas, además de formar patrones complejos de información que puedan ser acumulados en forma de conocimientos y éstos, a su vez, puedan ser almacenados en forma de símbolos y que sirven de base de lenguaje y la comunicación con el exterior.¹⁸

Para que el AM sea evidentemente funcional estos procesos cognitivos deben operar todos a un nivel efectivo. Los podemos enlistar en las siguientes áreas: memoria, inteligencia, aprendizaje, lenguaje, orientación, cálculo, construcción, entre otras. La función cognitiva en el AM se puede ver alterada por los cambios propios del proceso de envejecimiento (PE), pasando por el DC leve (DCL) hasta la DM. Uno de los cambios más reconocidos que acontecen durante el PE es el enlentecimiento de los procesos mentales. La velocidad de estos procesos depende de cuatro factores: órganos de los sentidos, atención, procesamiento central y respuesta motora; sin embargo, se ha determinado que es el procesamiento central el que se encuentra enlentecido en los adultos mayores.¹⁷

A mediados del siglo pasado, en el año 1963, se propuso el concepto clínico de olvido benigno del AM como una alteración aislada de la memoria, donde los cambios sufridos durante el PE y el nivel cultural así como el educativo, pudieran ser unos de sus factores desencadenantes importantes.¹⁹

A finales de los noventa, surge el concepto de DCL definido como la queja de pérdida de memoria subjetiva, con el resto de las funciones conservadas, con pruebas de rendimiento cognitivo con 1.5 desviaciones estándar por debajo de la media ajustada para edad y escolaridad, esbozándose de ella diversas subclasificaciones y

que hoy en día es la más utilizada. En estas denominaciones están incluidos aquellos que no presentan criterios clínicos de ninguna entidad neurodegenerativa, pero que presentan un rendimiento anormal en las baterías neuropsicológicas.²⁰

Inicialmente el punto clave para la detección de un DCL se centraba en la pérdida de memoria. En los últimos años, Petersen propuso tres clasificaciones: la primera y más frecuente, conocida como DCL amnésico en donde se observa afectada exclusivamente la memoria; por otro lado, tenemos el no amnésico, en donde la memoria no se ve alterada y, por último, el DCL de multidominio, en este se pueden encontrar problemas en otras áreas cognitivas distintas a la memoria que pueden ser dos o más de ellas, como la orientación, cálculo, concentración, entre otras; no se debe dejar de mencionar que independiente al subtipo de deterioro, el rendimiento cognitivo general es normal, no debe haber impacto en la autonomía funcional y no deben de existir criterios diagnósticos de DM.^{19,20,21}

La clasificación antes presentada favorece altamente a la identificación de posibles etiologías y/o factores que estén desencadenando el DCL, que pueden ir desde trastornos degenerativos, vasculares, metabólicos, psiquiátricos, entre otros. Pese a tener unas características muy heterogéneas, muchos estudios determinan la importancia de su detección precoz, debido a la alta probabilidad de conversión a DM, en donde se ha observado que el 23 a 47% de los casos, la desarrollan dentro de los 2 a 6 años posteriores a su diagnóstico.^{11,19,21}

La DM constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados. Dada su relación entre sí y con la edad, se constata que en la última década un continuo incremento tanto en su incidencia como en su prevalencia, es secundario al aumento progresivo de la longevidad en la población.²¹

2.2 La demencia, concepto y clasificación.

Al inicio de un nuevo siglo aparece como grave problema en el área de salud, sobre todo en los países más avanzados, el aumento vertiginoso de casos de individuos afectados por una enfermedad terriblemente incapacitante como es la DM. Se encuentra ligada a la edad, por lo que uno de los factores que han contribuido a

incrementar su incidencia y prevalencia en las últimas décadas se deriva del envejecimiento progresivo de la población en general e interna de la comunidad mayor.¹¹

La DM es un síndrome que ha de entenderse como un declinar de las funciones superiores (cognición), entre ellas la memoria, en relación con el nivel previo de los pacientes. Adicionalmente, completando el cuadro sintomático, se suelen sumar alteraciones psicológicas y del comportamiento, produciendo en el sujeto una discapacidad sostenida y progresiva.

El síndrome de DM debe cumplir las siguientes características: presentar un nivel de conciencia normal, ser adquirido y persistente en el tiempo, afectar a diferentes funciones de cognición y ser de suficiente intensidad como para tener repercusión en el funcionamiento personal, laboral o social.¹⁹

La DM es un síndrome que puede ser causado por múltiples etiologías que, a veces, más aún en el paciente AM, se llegan a interrelacionar. Por lo tanto, existen diferentes maneras de clasificarlas, siendo tres grupos los más conocidos y manejados en el área médica: las corticales, subcorticales y vasculares. En el primero se destaca el Alzheimer, en el cual se observa amnesia (pérdida de la memoria), desorientación en tiempo y espacio, afasia (incapacidad para el uso del lenguaje), apraxia (incapacidad para realizar movimientos previamente adiestrados) y agnosia (incapacidad para reconocer estímulos visuales); estos síntomas manifiestan disfunción de una extensa área de la corteza cerebral.²²

Las DM subcorticales se caracterizan por una pérdida de memoria, bradipsiquia (lentitud mental y de pensamiento), bradicinesia (disminución en la velocidad de los movimientos normales) alteraciones en la fluidez verbal y falta de iniciativa o de estímulo vital. Inicialmente se presentan desórdenes en la marcha y el movimiento y, a menudo, coexisten síntomas depresivos, algunas veces alucinaciones, trastornos del sueño y otras alteraciones del comportamiento. En esta clasificación se encuentra la enfermedad de Parkinson (del 20 al 30% cumplen con criterios de DM) y también la DM de cuerpos de Lewy.²²

La DM vascular se define como toda aquella secundaria a muerte neuronal derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos. Su presentación clínica varía de acuerdo al área afectada y, a su vez, de la magnitud del daño desarrollado por los multiinfartos. Se caracteriza por un comienzo más brusco, deterioro más escalonado, curso fluctuante y signos neurológicos focales (ceguera, déficits motores, pérdida de sensación táctil, etc).²²

La causa más frecuente de DM en el sujeto occidental es la enfermedad de Alzheimer (70 - 80%); de ahí le sigue la DM vascular y, posteriormente, otras formas de DM.²³

Por el alcance que posee la DM, ha sido denominada la epidemia del siglo debido a que se encuentra dentro de las 6 afecciones incluidas por la OMS como una prioridad en la salud mental, además del importante impacto que tiene en el orden económico, social y familiar, incluso ésta se encuentra dentro del tercer lugar en cuanto a gastos socio-económicos.¹¹

En los últimos veinte años se han conseguido impresionantes avances en el conocimiento de esta enfermedad en lo que concierne a la patología; no obstante, aún se desconocen ampliamente los factores que dan origen a esta común y devastadora afección cerebral. La DM ocurre en todo el mundo, sin preferencia de raza y es la causa del 50 al 70% de todos los trastornos que producen deterioro de las funciones intelectuales en la vida adulta.^{11,22}

2.3 Impacto de la demencia en la autonomía del adulto mayor.

La sintomatología de la DM se diferencia en gran medida de acuerdo a la etiología de la misma, pero una de las características comunes de una a otra es la afección del área cognitiva, conocida como el conjunto de todas aquellas funciones superiores que permiten relacionarse con el entorno. Por lo tanto, para llegar a un diagnóstico de esta enfermedad se debe observar y dar seguimiento a la declinación en la cognición.²²

No sólo la importancia del DC recae en la base diagnóstica de la DM sino que, durante la evolución de esta enfermedad y la pérdida de las funciones superiores, el

AM llega a un estado de dependencia en el que se ven principalmente afectadas las actividades de la vida diaria (AVD), las cuales son un importante indicador de autonomía funcional la cual refleja la calidad de vida del AM.¹⁷

Cuando se habla de autonomía funcional se refiere a la capacidad que tiene el individuo para desenvolverse de manera independiente en el entorno, cubriendo satisfactoriamente sus necesidades, que van desde la más básica (alimentarse) a la más compleja (escribir), a través del correcto desempeño de las ya mencionadas AVD.²⁴

Las AVD se conocen como todas aquellas que el AM desempeña en su quehacer diario para satisfacer sus necesidades y mantener su independencia; éstas se clasifican en tres:

Actividades Básicas de la Vida Diaria (AbVD) niveles más elementales y los inmediatamente superiores que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. (alimentarse, contener esfínteres, uso del baño, vestido, trasladarse de un lugar a otro, etc.).

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AiVD) funciones más importantes para que una persona permanezca independiente en la comunidad; es decir, aquellas actividades que permiten la relación con el entorno (capacidad para hacer compras, cocinar, realizar la limpieza doméstica, el manejo del dinero, medicación, etc.).

Actividades Superiores de la Vida Diaria (AsVD) que se conocen como las más complejas en función a su integración social, actividades ocupacionales y recreativas.²⁵

La relación entre el DC y las AVD ha sido ampliamente estudiada, especialmente cuando la American Psychiatric Association (APA), en el DSM-IV, establece que esta asociación es parte integral de los criterios diagnósticos de la DM, principalmente la de Alzheimer.²⁶

Las dificultades cognitivas asociadas a los trastornos demenciales llevan de la mano diversas limitaciones funcionales y que lleva a la dependencia en las AVD en el AM. En un estudio realizado por Giovannetti et al (2008) se efectuó una comparación de las dificultades en las AVD en un grupo de AM sanos y otro con DC secundario a una DM, encontrándose que en el segundo, presentaron dificultades en funcionalidad que, aunque en algunos fueron leves, son significativamente mayores a comparación con los saludables.^{27,28}

Es importante recordar que el AM con dificultades cognitivas tiende a desarrollar más problemas en su funcionamiento como individuo autónomo, que tanto los problemas cognitivos como los funcionales tienden a aparecer juntos en el tiempo y que las medidas del DC parecen ser más relevantes para predecir el nivel de cuidados requeridos durante el proceso de enfermedad.²⁷

2.4 La demencia y la familia.

El mayor costo en la atención de la DM es, sin duda, el referido a los recursos humanos ya que, en la actualidad, se vive un gran desequilibrio entre las demandas sanitarias para tratar y manejar esta enfermedad degenerativa con los recursos disponibles y alcanzables, más el inexistente tratamiento curativo; todo ello contribuye a que la gran mayoría de los adultos mayores con DM sean atendidos dentro de sus hogares (entre el 80% y 85%) y, por lo tanto, uno de los familiares debe adoptar el rol de cuidador.¹⁵

En 1999, la OMS definió al cuidador como: la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta.^{1,16}

De acuerdo a Flores Lozano, el cuidador comprende a familiares o personas cercanas al AM que lo asisten, realizando la tarea de cuidar, ya sea en casa del paciente o del cuidador.²⁹

En algunos estudios expresan que esta definición es insuficiente, principalmente por los diferentes grados de responsabilidad que se tienen en el cuidado del AM y más cuando éste sufre de alguna DM, en estas expresan o incluyen al Cuidador Directo (CD) y los Cuidadores Indirectos (CIN).¹⁶

El CD, también por algunos autores conocido como primario o principal, es aquel que da el cuidado asistencial de manera continua y éste puede ser formal e informal (CI); el primero es el que tiene una preparación asistencial o profesional, mientras que el segundo no tiene ningún tipo de preparación para desempeñar un rol de cuidador. A diferencia de éstos, los CIN o también conocidos como secundarios tienen un contacto indirecto, por lo que no mantiene ninguna responsabilidad total del cuidado del AM y que son los que comúnmente proporcionan los recursos materiales o económicos necesarios.^{1,16}

La solidaridad que se requiere para asumir el compromiso nace de valores culturales añejos como el amor, la convivencia, la paciencia, la tolerancia, el intercambio de servicios y de una conciencia de grupo que busca el bienestar de sus integrantes. Esta conciencia se intensifica cuando alguno de sus miembros sufre de alguna incapacidad, ya sea temporal o permanente.^{1,15,29}

La mayoría de los CI, al responsabilizarse de las personas enfermas, ignoran toda la carga y las implicaciones que conlleva el cuidado. El cuidador progresivamente incrementa el tiempo de cuidado y disminuye el tiempo de descanso, con tendencia a la sobreprotección, lo que implica mayor tiempo, trabajo y dedicación, enfrentando los riesgos asociados a estrés y/o agotamiento.³⁰⁻³²

El nivel de asistencia que requiere el AM con DC depende altamente del avance de la enfermedad, lo que implica contar con el conocimiento necesario para desarrollar tareas con mayor eficiencia, que como ya se observó, lamentablemente no posee.^{33,34}

Esto conduce a ocupar nuevas actividades para sustituir las funciones que realizaba el AM, ocasionando un importante impacto en la dinámica familiar y adaptarse a un nuevo estilo de vida con altos niveles de responsabilidad, genera

estrés. Estos cambios ocasionan ansiedad, temor, sentimiento de culpa, irritabilidad, tristeza, alteraciones a la salud y sensación de impotencia al enfrentarse a dichas situaciones.³²⁻³⁴

2.5 Impacto de la demencia en el cuidador.

El proceso de cuidar a un AM con DM es altamente complejo, principalmente por sus características clínicas que lo llevan a presentar una progresiva y sostenida dependencia funcional, afectando principalmente a las AVD, por lo tanto requiere más atención, ayuda y supervisión a medida que evoluciona la enfermedad, pero no sólo se enfrenta a eso el CI sino también a los cambios conductuales que se presentan en estos pacientes.^{30,35}

Consecuentemente se genera un alto grado de estrés crónico que con el tiempo, llega a afectar en mayor medida la salud física y mental del CI y surge así el concepto de Sobrecarga (SC).²

2.6 Cuidado informal vs estrés: La sobrecarga del cuidador.

Como se ha podido observar, el sistema de apoyo asistencial informal asume la mayor parte de la asistencia a las personas mayores. Este cuidado debe ser diario e intenso, implica una elevada responsabilidad, probablemente durante años. El cuidado se convierte por lo tanto en un estresor que impacta negativamente sobre el cuidador y que posiblemente le sobrecargará. En este sentido, el cuidado informal ha sido conceptualizado como un evento vital estresante.³⁴⁻³⁶

El término carga se ha utilizado ampliamente para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores. A principios de la década de los 70, Grad y Sainsbury mencionaron por primera vez este concepto en la bibliografía científica, al describir la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad mental en el domicilio.³⁶

Las aportaciones realizadas por Zarit y colaboradores fueron las que identificaron la carga de los cuidados como: un estado resultante de la acción de

cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador.³⁵

Por otro lado, la mayoría de la investigación realizada sobre las consecuencias negativas del cuidado informal recalca la existencia de cierta variabilidad individual existente entre los cuidadores respecto a la carga y el estrés, dado que los cuidadores no responden de la misma forma a los mismos estresores ni a los mismos niveles de demandas ni tampoco utilizan los mismos recursos para afrontarlos. En este sentido, se ha hecho hincapié en que existen diferencias individuales entre los cuidadores respecto a la carga y estrés percibidos.^{37,38}

Los modelos teóricos hoy en día desarrollados exploran las diferencias individuales encontradas en los estudios sobre las variables relacionadas con la carga del cuidador, que han emergido principalmente de las perspectivas psicológicas sobre el estrés.³⁷

En gran parte de los estudios de la SC se desarrolla un tipo de modelo de estrés, tanto explícita como implícitamente. Parte de la dificultad conceptual se presenta porque el evento estresante es típicamente una situación crónica. El Modelo Doble de ABCX de McCubbin y Patterson, el cual es continuamente citado por los gerontólogos; aquí “A” es el evento estresante, “B” son los recursos de la familia, “C” es la percepción familiar de la crisis, y “X” el sentido de la tensión o cantidad de crisis. “Doble” se refiere por un lado a la acumulación de problemas adicionales secundarios a la disrupción causada por la crisis inicial, y por otro al hecho de que el estrés no sólo resulta del evento original sino también de la continua combinación de cambios iniciados por los enfermos crónicos, en este caso la DM.³⁷

De igual manera, otro modelo altamente utilizado, es el Modelo de Proceso de Estrés elaborado por Pearlin y colaboradores, en este se presentan tres elementos: el primero, las variables contextuales, el cual se compone de las características sociodemográficas, económicas y vínculos familiares del cuidador. Como segundo componente se tienen los estresores primarios; estos pueden ser objetivos; aquí se incluyen la dependencia específica del sujeto así como las demandas o tareas de cuidado y las responsabilidades que derivan de ella (DC, dependencia funcional,

cambios conductuales, etc.); por otro lado, se encuentran los subjetivos o la valoración subjetiva del cuidador a las demandas del cuidado (cansancio físico y emocional, sentimientos de culpa, etc.). Como último elemento se tienen los estresores secundarios o también conocidos como tensiones del rol y éstos se refieren a conflictos familiares y laborales, problemas económicos y reducción del tiempo libre y de las actividades sociales.³⁸

Sin embargo, a pesar de las múltiples investigaciones realizadas en las tres últimas décadas, sobre todo en el campo de los cuidadores familiares de enfermos afectados de alguna DM, la carga del cuidador sigue siendo un término amplio con muchas definiciones y múltiples modelos conceptuales, lo que lleva a pensar que aún no existe homogeneidad en cuanto a su significado y uso.³⁵

2.7 Las consecuencias de la sobrecarga.

Actualmente los conceptos de salud-enfermedad se basan en un marco pluridimensional, por lo que se recogen aspectos bio-psico-sociales. Desde esta perspectiva se dice que los CI sobrecargados tendrán tres tipos de trastornos:

2.7.1. Alteraciones físicas.

Hay un aumento en la vulnerabilidad a los problemas físicos, en los que se pueden encontrar síntomas inespecíficos como la astenia y el malestar general, pasando a otros como alteraciones del sueño (hipersomnias diurnas, insomnio, alteraciones del ciclo sueño-vigilia), cefaleas, diabetes, úlcera gastroduodenal, anemia y alteraciones osteomusculares (tendinitis, dolor articular, cervialgias, dorsalgias, lumbalgias) e inclusive en algunos estudios se ha encontrado que existe un importante descenso de la protección inmune, lo que los lleva a múltiples procesos infecciosos.³⁵

2.7.2. Alteraciones psicológicas.

Son numerosos los estudios que evidencian el importante impacto dentro de esta esfera, en donde se han encontrado niveles

elevados de ansiedad y depresión. Llegan a surgir hiperfocalización de la atención, vivencia intensa de la presión del tiempo, baja autoestima, distorsión de la identidad personal, culpabilidad por no brindar un adecuado cuidado y, en los casos en los que se es un familiar, un enorme temor a heredar la devastadora enfermedad, además de sufrir reacciones de duelo constantes debido a las continuas pérdidas de la funcionalidad del AM hasta que éste fallece.³⁹

2.7.3. Alteraciones sociales.

Se presentan comúnmente aislamiento social, menor disponibilidad de tiempo libre, importante reducción de pasatiempos, pérdida de intimidad. Se podría mencionar, en este punto, que son frecuentes las pérdidas laborales debido a la falta de puntualidad, absentismo y dificultad de concentración.³⁹

No todo CI de un AM con DM presenta con igual rapidez o intensidad estos signos de SC, esto se puede ver influido por la presencia de factores que pueden colaborar a la aparición de esta situación biopsicosocial.²

2.8 Factores predisponentes y protectores de la sobrecarga.

2.8.1. Vivir solo con el enfermo, sin otra actividad

La soledad y la exclusividad son unos de los principales factores que resaltan en diferentes estudios. Si las tareas del cuidar las asume una persona que no mantiene una relación con otros individuos y sólo la tiene con el enfermo (por ejemplo, típicamente el otro cónyuge o una hija soltera-separada) y si además no trabaja fuera o dentro de casa, sino que solamente está al pendiente del AM, existe un aumento del riesgo de desarrollar problemas emocionales derivados de la acumulación de estresores primarios.³⁴

2.8.2. Tener una edad avanzada

Se ha observado, en diferentes investigaciones, que la edad del cuidador como variable contextual es un importante predictivo del

desarrollo de la carga, dado que si se es joven se percibe un mayor costo en pérdidas de oportunidades de crecimiento personal y profesional; por otro lado, dado que la DM es una patología ligada a la edad, es frecuente que la persona que cuida al enfermo sea el esposo(a) y que, por ende, también tenga edad avanzada, lo que impacta fuertemente en relación al estado de salud y salud auto-percibida.^{4,34,40}

2.8.3. Nivel de salud del CI

Correlacionado con el punto anterior (las personas mayores presentan mayor número de dolencias), los CI que a su vez muestran problemas previos de salud física o psíquica tienden a descompensarse antes frente al estrés producido por las responsabilidades del cuidar.^{34,40}

2.8.4. Disponer de familiares en el entorno cercano

Si el CI sabe que puede contar con unos de sus familiares que vivan suficientemente cerca de su domicilio, por ejemplo, en situaciones de crisis o en momentos de dobles tareas (cuidar y realizar otra actividad), psicológicamente la presión no resulta tan agobiante, independientemente del número de veces que el CI pida y se beneficie de estos apoyos.^{31,40,41}

2.8.5. Disponer de una persona íntima

Tener el CI por lo menos un amigo, familiar o vecino con quien poder hablar y descargarse emocionalmente y sentirse comprendido, aunque sea por vía telefónica y más aún si recibe por lo menos una visita a la semana, es un factor protector de suma importancia para evitar el rápido desencadenamiento de la SC.^{31,40,41}

2.8.6. Intensidad de la DM

En algunas investigaciones, más que el número de años dedicado a cuidar al AM con DM, sobrecarga el hecho de asistir a un afectado que se agrava rápidamente; esto lleva a no disponer del tiempo necesario para adaptarse psicológicamente y a tomar medidas

instrumentales, lo que condiciona a una acumulación de estresores tanto objetivos como subjetivos, que si no se liberan impactarán notablemente. Sin embargo, las DM de evolución muy rápida sobrecargan algo menos probablemente porque, debido a la gravedad del caso, tales pacientes son institucionalizados en breve y fallecen en pocos años.^{30,34,42}

Además de la rapidez con la que se pueda desarrollar la DM, con el paso de tiempo ésta se verá intensificada y, en el aspecto cognitivo, el AM perderá la capacidad de satisfacer las AVD, por lo que el cuidado debe ser mayor y de más horas empleadas.²⁶

2.8.7. Síntomas de agresividad, agitación intensa y psicosis

Un AM con DM que sólo muestra síntomas amnésicos, de lenguaje, de desorientación y déficits de comprensión, resulta que agobia, asusta menos y no genera acúmulo continuo de estresores primarios objetivos, a diferencia de los que sí presentan síntomas de agresividad verbal, física, o sexual; asimismo, si muestra agitación psicomotora intensa o arranques psicóticos asociados a la desorientación. No saber manejar o controlar estas situaciones, generará un intenso agobio.^{30,34,40}

2.8.8. Empeoramiento nocturno intenso

El CI necesita descansar y dormir suficientemente. Si este reposo se ve interferido por un frecuente y notable empeoramiento nocturno del estado del enfermo, como la deambulación y vagabundeo y obnubilación, este factor representa uno de los más significativos a la hora de predecir un mayor deterioro subjetivo de la calidad general de vida del CI.^{30,34,42}

2.8.9. Médico y enfermero(a) de cabecera inaccesible

Más que el neurólogo, el mejor apoyo médico posible para el CI resulta ser el de su médico de cabecera o un(a) enfermero(a) que esté apoyando el cuidado formal. Dadas las múltiples funciones clave de

estos profesionales, resulta la mejor inversión posible para la familia al encontrar un médico general y un(a) enfermero(a) que se involucre en el caso y que sea comprensivo y de fácil acceso.^{31,40}

2.8.10. Disponer de un Centro de Día para el enfermo.

Por costoso y culpabilizante que resulte para la familia, el hecho de que el enfermo de DM acuda diaria o, por lo menos, frecuentemente a un Centro de Día, resulta ser un factor protector en muchos estudios, ayuda a aliviar la presión ejercida por los estresores primarios a la que se ve sometido el CI, pero lo más satisfactorio es el tiempo libre para ocuparse de sus propios asuntos y retomar hábitos diarios saludables casi abandonados.^{31,40}

2.8.11. Información y formación sobre la enfermedad.

Los CI que han recibido pláticas y/o cursos sobre la DM sufren menos sensación subjetiva de impotencia y desesperación y se encuentran mejor preparados para reconocer, anticipar y resolver problemas propios de la enfermedad.^{31,33}

2.8.12. No pertenecer a una asociación.

El estado subjetivo de aislamiento y desamparo del CI se ve aliviado si el familiar logra integrarse en una red de auto-ayuda, tal como las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer, Grupos de Ayuda Mutua o incluso grupos religiosos de caridad. El no sentirse solo y el único en esa situación, más el apoyo emocional que pueda recibir dentro de éstos y ser un punto de referencia para orientarse de mejor manera para el manejo del AM con DM, son funciones clave que pueden cumplir estas organizaciones y que por lo tanto ayudan a aligerar la SC.^{31,40,43}

No se debe perder de vista que la percepción de carga depende de la interacción entre la carga física, la psicológica y la social. En este sentido, además del grado de dependencia del paciente, la percepción del cuidador de los problemas, de

la capacidad para afrontarlos y la percepción subjetiva de autoeficacia o del respaldo social también son determinantes fundamentales en la formación o no de la SC.^{4,30,42}

2.9 Cuestionario de Zarit y la valoración de carga en el cuidador

Es importante evaluar el estado de salud del cuidador de un enfermo con DM y conocer si padece sobrecarga debido a esta labor sumamente estresante.

Desde un punto de vista bioético personalista, se busca activamente el bien de ambas personas y que ellas vivan de la mejor manera posible; es decir, que su calidad de vida sea la mejor posible de acuerdo con la problemática que enfrentan. El conocimiento del grado de SC permitirá aportar elementos a nivel clínico para iniciar intervenciones en los aspectos psicológicos y sociofamiliar y así poder mejorar tanto el estado de salud del cuidador como la calidad de la atención al paciente.^{44,45}

No parece existir un estándar de oro para predecir SC. La investigación de sobrecarga familiar dentro del contexto gerontológico empezó a desarrollarse en la década de 1980. La escala de 22 elementos o ítems de Zarit y su grupo de colaboradores probablemente haya sido el instrumento más utilizado en Gerontología para evaluar la carga familiar y ha sido punto de referencia para otras escalas. Sin embargo, este instrumento sólo maneja dominios del cuidador como la salud física y psicológica, el área económica y laboral, las relaciones sociales y las relaciones con el familiar a su cuidado.¹⁴

Este cuestionario evalúa tanto dominios propios del enfermo como los del cuidador. Esta característica de la escala se considera enriquecedora porque otros instrumentos no contemplan la ventaja de señalar, con cierta precisión, la distinción entre lo que atañe al paciente y lo que es propio de su cuidador. Tomar en cuenta los dominios del paciente con DM puede ser determinante en el momento de tomar la decisión de institucionalizarlo o de planear una intervención terapéutica para el cuidador, además de ser un instrumento con alta fiabilidad para predecir los efectos del cuidado.^{14,36}

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño o tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, cuantitativo, transversal, correlacional.

3.2 Criterios de selección de la población

Criterios de inclusión

Personas que desempeñan el rol de cuidador informal de un AM que sufra DM con DC de moderado a severo y que asista a una estancia de día. Que el cuidador viva en el mismo domicilio que el AM enfermo.

Criterios de exclusión

Personas que desempeñan el rol de cuidador informal de un AM que no sufra DM con DC de moderado a severo. Que el cuidador no viva en el mismo domicilio que el AM enfermo.

Criterios de eliminación

Aquellas personas que no deseen cooperar o participar en el estudio. Adultos mayores que hayan fallecido durante la investigación.

3.2 Universo de estudio

Estancias de día de la ciudad de Mexicali: Casa del Abuelo y Alegre Amanecer.

3.2 Unidad de análisis:

Personas cuidadoras informales de un AM que sufra DM, que asistan a una estancia de día de la ciudad de Mexicali B. C.

3.2 Tamaño de la muestra.

El tamaño de muestra fue por conveniencia, tomando para el estudio el 100% de los adultos mayores localizados en las estancias de día que padezcan algún tipo de DM y que éstos fueran asistidos por un CI dentro de su domicilio. La cantidad obtenida fue de 35 AM.

3.3 Instrumentos.

Se diseñó un cuestionario de datos sociodemográficos del AM y el cuidador. Para la determinación de DC en el AM se utilizó el Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Lobo así como las escalas de Barthel y Lawton y Brody para valorar el nivel funcional en sus AVD y el Cuestionario de Zarit para medir la SC.

3.4 Procedimiento de captación de datos.

Se realizó un estudio de la medición de carga en los cuidadores informales de adultos mayores con alguna DM, fueron localizados con ayuda de las estancias de día ubicadas en la ciudad. Se contactaron un total de 35 AM, de los cuales 24 fueron de Casa del Abuelo y 11 del Alegre Amanecer cada uno de ellos con su respectivo cuidador familiar. La obtención de datos se llevó a cabo entre los meses de febrero y mayo de 2013.

Para la recolección de datos se elaboró un cuestionario que incluye las características sociodemográficas tanto del CI como del AM con DM. En ellos se incluye, por parte del CI: edad, sexo, estado civil, número de hijos, parentesco con el paciente, situación laboral, cantidad de tiempo que se tiene desempeñando el rol de cuidador, cuantos días a la semana lo realiza, incluyendo horario y cantidad de horas; los datos del AM se refieren a edad, sexo, estado civil, número de hijos y tiempo que ha pasado desde su diagnóstico.

Para medir el DC del AM se utilizó el MEC de Lobo (Anexo 1) (de dominio público). Este instrumento es una versión adaptada del Mini-Mental-State de Folstein, que ha demostrado su fiabilidad, con una sensibilidad del 90.7% y una especificidad del 69% así como un coeficiente de correlación de 0.87 altamente significativo ($p < 0.001$), así como su validez concurrente. Su puntuación máxima es de 35 puntos, a partir de 23 se sospecha DC; valorándose 7 diferentes áreas cognitivas: orientación, fijación, memoria, cálculo, concentración, lenguaje y construcción.^{25,46}

Para la determinación del nivel funcional del AM se utilizó la Escala de Barthel (Anexo 2) para las AbVD y la de Lawton y Brody (Anexo 3) para las AiVD. La Escala de Barthel es un instrumento que evalúa 10 AbVD (comer, bañarse, arreglarse,

vestirse, usar el baño, micción, deposiciones, trasladarse, deambulaci3n, subir escalones) y se califica de 0 a 100, lo que le otorga mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Las puntuaciones se otorgan segun el desempeño de las AbVD que van desde 0, 5, 10 y 15. Para una mejor interpretaci3n, sus resultados se han agrupado en cuatro categorías: Dependencia total, con una puntuaci3n menor de 20; dependencia grave, obteniendo la puntuaci3n de 20 a 35; dependencia moderada, con una puntuaci3n de 40 a 55 y dependencia leve, puntuaci3n igual o mayor de 60. Tiene una alta validez concurrente y un coeficiente de correlaci3n kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayor de 0.88 interobservador.^{24-26,46}

La Escala de Lawton y Brody mide la capacidad funcional instrumental mediante 8 ítems (usar el tel3fono, ir de compras, cocinar, realizar tareas en el hogar, lavado de ropa, control de medicaci3n, utilizaci3n de transporte, manejo de asuntos econ3micos). La puntuaci3n va de 0 a 8 puntos; otorgando el valor dicot3mico de 0 (dependiente) o 1 (independiente) segun el desenvolvimiento de cada una las AiVD que valora el instrumento, obteniendo así una puntuaci3n mínima de 0 y máxima de 8; se establecen los siguientes intervalos: de 0 a 1 indica máxima dependencia; 2 a 3, dependencia severa; 4 a 5, dependencia moderada; 6 a 7 dependencia ligera y 8 independencia. Presenta un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). No se han reportado datos de fiabilidad.^{24-26,46}

La SC familiar se midi3 con la escala de SC de Zarit (Anexo 4), siendo la más utilizada a nivel internacional; ha sido validada en diversos idiomas, incluyendo espaol. Es un instrumento autoadministrado del que existen varias versiones, la más extendida consta de 22 ítems. Se puntúa en tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos). La puntuaci3n mínima es de 22, y la máxima 110; se establecen los siguientes puntos de corte: entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve y de 56 a 110, sobrecarga intensa. Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlaci3n intraclase 0.71-0.85 en validaciones internacionales), consistencia interna (alfa de Cronbach 0.85-0.93 en varios países).⁴³

Con ayuda de los trabajadores sociales y psic3logos de los centros de día, se contactaron a los CI para invitarlos a participar en el estudio; posteriormente, fueron citados en la estancia para otorgarles una plática informativa detallada sobre la

investigación, incluyendo sus objetivos así como su importancia y relevancia, finalizando con la descripción detallada de los procedimientos que se llevarían a cabo; a aquellos que no pudieron asistir se les proporcionó la información por vía telefónica o se concretó una cita en su domicilio. Cuando se aseguró que el familiar comprendió toda la información del estudio y aceptado participar, se le solicitó que firmara la carta de consentimiento informado (Anexo 6), para dar inicio con la recolección de datos.

Las entrevistas a los AM se llevaron a cabo en las estancias de día, previamente autorizados por las autoridades correspondientes y familiares. Con ayuda de los instrumentos se determinó el nivel de DC y nivel de dependencia funcional. Cuando el AM reunía las características para ser incluido en el estudio (DC e impacto físico funcional), se contactó de nuevo al familiar, fue citado de nuevo en el centro de día o fue visitado en su domicilio para la aplicación del cuestionario de Zarit y determinar la existencia de sobrecarga.

3.5 Análisis de datos:

Para el análisis estadístico fue utilizado el paquete Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows versión 20.0 a través del cual se obtuvieron estadísticas descriptivas; también se empleó la prueba de correlación de Pearson para analizar la relación entre el DC del AM con DM y la sobrecarga en el cuidador.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4. RESULTADOS

Se realizó un estudio de 35 AM con DM y sus cuidadores, procedentes de diferentes estancias de día, de ellos 24 de Casa del Abuelo y 11 del Alegre Amanecer.

Empezando con el perfil sociodemográfico del paciente (Tabla 1) en su mayoría corresponden al sexo femenino (62.9%), con una edad media de 78.03 (± 6) años presentándose una mínima de 66 y una máxima de 88 años, con estado civil predominante de casados (60%), en donde el 51.4 % tiene de 4 a 6 hijos; por otro lado, en la escolaridad se encontró el nivel preparatoria y profesional como el máximo grado de estudios, en los cuales, ambos tienen el 31.4% (n=11) de la población estudiada.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores y cuidadores informales, en la ciudad Mexicali B. C. en el año 2013.

Género	Adulto Mayor (n=35)		Cuidadores (n=35)	
	n (%)		n (%)	
• Masculino	13 (37.1)		6 (17.1)	
• Femenino	22 (62.9)		29 (82.9)	
Edad	Media (DE)		Media (DE)	
	78.03 (± 6)		52.74 (± 10)	
Escolaridad	n (%)		n (%)	
• Primaria	7 (20.0)		2 (5.7)	
• Secundaria	6 (17.1)		3 (8.6)	
• Preparatoria	11 (31.4)		10 (28.6)	
• Profesional	11 (31.4)		20 (57.1)	
Estado Civil	n (%)		n (%)	
• Soltero	-		3 (8.6)	
• Casado	21 (60.0)		30 (85.7)	
• Divorciado	-		1 (2.9)	
• Viudo	14 (40.0)		1 (2.9)	
Número de Hijos	n (%)		n (%)	
	1 a 3	6 (17.1)	Sin hijos	2 (5.7)
	4 a 6	18 (51.4)	1 a 2	11 (31.4)
	Más de 6	11 (31.4)	3 a 4	16 (45.7)
			Más de 5	6 (17.1)
			Parentesco n (%)	
			Esposos	9 (25.7)
			Hijo(a)	26 (74.3)
			Actividad Laboral n (%)	
			Si	16 (45.7)
			No	19 (54.3)

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

Por parte de los CI, el 82.9% son mujeres con una edad media de 52.74 (± 10), años con edad mínima de 36 y una máxima de 70 años, siendo 53 años la edad prevalente (17.1%); estado civil de casadas(os) (71.4%), donde el 45.7% tiene de 3 a

4 hijos, el 74.3% son hijas(os) del AM y 25.7% son las esposas(os), cabe mencionar que el 47.5% de ellos mantienen una actividad laboral (Tabla 1).

De acuerdo a la evolución de la DM, se encontró que en 20 (57.1%) de los AM han pasado de 5 a 7 años desde su diagnóstico y de 8 a 10 años en el 28.6% (Tabla 2); tras la aplicación de la escala MEC de Lobo se encontró que el 82.9% sufre de un DC severo, que de ellos el 60% han desarrollado una dependencia severa en sus AbVD; tras la aplicación de la escala de Barthel, se puede mencionar que el 8.6% de los casos estudiados presentó una dependencia leve (Tabla 2).

Tabla 2. Grado de deterioro cognitivo del adulto mayor con demencia frente al tiempo en años desde el diagnóstico y desarrollo de dependencia funcional en las AbVD en la ciudad Mexicali B.C. en el año 2013.

Grado de deterioro cognitivo	Tiempo del diagnóstico				Dependencia funcional en las AbVD			
	2 a 4 años	5 a 7 años	8 a 10 años	Total	Leve	Moderada	Severa	Total
Moderado	3 8.6%	3 8.6%	-	6 17.1%	3 8.6%	3 8.6%	-	6 17.1%
Severo	2 40.0%	17 48.6%	10 28.6%	29 82.9%	-	8 22.9%	21 60.0%	29 82.9%
Total	5 14.3%	20 57.1%	10 28.6%	35 100%	3 8.6%	11 31.4%	21 60.0%	35 100%

Fuente: Escala MEC de Lobo e Índice de Barthel.

El familiar lleva dedicado al rol de cuidador: 4 a 6 años en un 51.4% y el 22.9% de 7 a 9 años, brindando el cuidado tres días de la semana en el 8.6% y en su mayoría (57.1%) durante toda la semana. De acuerdo a la cantidad de horas brindadas al día, se encontró que el 60% utiliza de 13 a 18 horas y, el 25.7%, de 19 a 24 horas (Tabla 3).

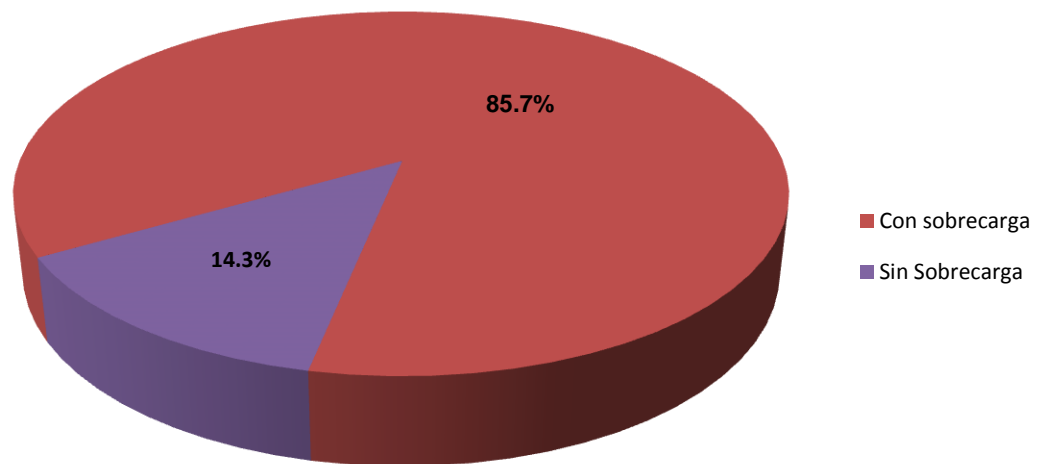
Tabla 3. Tiempo en años como cuidador informal frente a cantidad de días a la semana y horas promedio dedicadas al cuidado en la ciudad Mexicali B.C. en el año 2013.

Años como cuidador	Cantidad de días a la semana y horas de cuidado							
	Días a la semana				Horas de cuidado al día			
	3 días	5 días	7 días	Total	7 a 12 horas	13 a 18 horas	19 a 24 horas	Total
1 a 3 años	1 2.9%	5 14.3%	3 8.6%	9 25.7%	2 5.7%	4 11.4%	3 8.6%	9 25.7%
4 a 6 años	1 2.9%	5 14.3%	12 34.3%	18 51.4%	2 5.7%	13 37.1%	3 8.6%	18 51.4%
7 a 9 años	1 2.9%	2 5.7%	5 14.3%	8 22.9%	1 2.9%	4 11.4%	3 8.6%	8 22.9%
Total	3 8.6%	12 34.3%	20 57.1%	35 100%	5 14.3%	21 60.0%	9 25.7%	35 100%

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos.

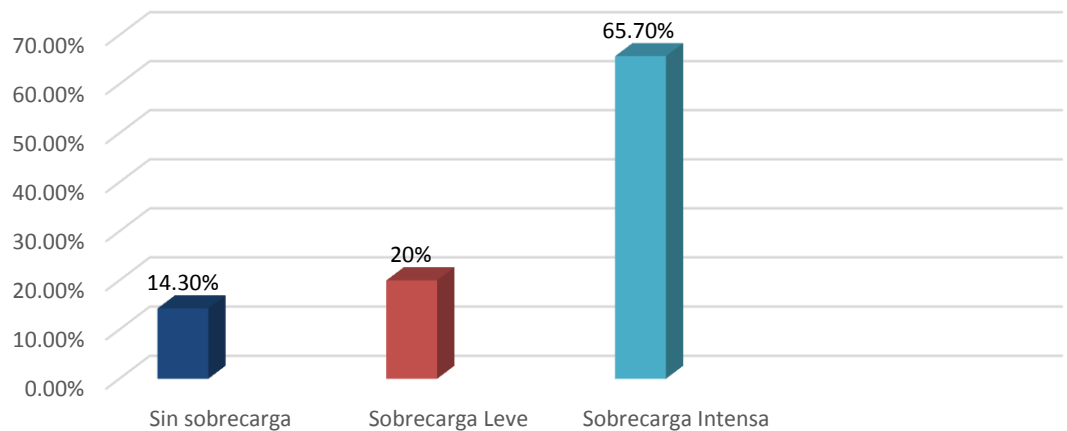
Si se considera la SC como una variable dicotómica, tenemos que el 85.7% de cuidadores tiene SC (n=30) y un 14.3% (n=5) no la sufren (Gráfica 1). De los pacientes con carga, en el 65.7% es intensa y en el 20% es leve, resultado obtenido con el uso de la escala de Zarit (Gráfica 2).

Gráfica 1. Presencia de sobrecarga en el cuidador informal en Mexicali B.C. en el año 2013



Fuente: Tabla 4. Nivel de sobrecarga del cuidador frente al grado de deterioro cognitivo del AM

Gráfica 2. Nivel de sobrecarga en el cuidador informal del adulto mayor con demencia en Mexicali B.C. en el año 2013



Fuente: Tabla 4. Nivel de sobrecarga del cuidador frente al grado de deterioro cognitivo del AM

Comparando los hallazgos con el nivel de DC, encontramos que sólo 3 (8.6%) de los CI tiene sobrecarga intensa cuando el AM tiene DC moderado y cuando ésta es intensa se observa en un 51.7% de los cuidadores. Cabe mencionar que los CI que no presentaron sobrecarga, en el 8.6% hay DC moderado y en el 5.7% se encontró severo (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de sobrecarga del cuidador frente al grado de deterioro cognitivo del AM, en la ciudad de Mexicali B.C. en el año 2013.

Nivel de deterioro cognitivo	Presencia de sobrecarga en el cuidador			Total
	No sobrecarga	Sobrecarga leve	Sobrecarga intensa	
Deterioro cognitivo moderado	3 8.6%	-	3 8.6%	6 17.1%
Deterioro cognitivo severo	2 5.7%	7 20.0%	20 51.7%	29 82.9%
Total	5 14.3%	7 20.0%	23 65.7%	35 100%

Fuente: Escala de MEC de Lobo y Cuestionario de Zarit.

Siguiendo el objetivo de la investigación, en donde se buscó relacionar el DC como factor desencadenante de la SC del CI, al correr la prueba estadística de Pearson no se encontró correlación en ambas variables, al obtener una $p > 0.05$.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión de resultados

El resultado que se destaca principalmente es que el 85.7% de los cuidadores experimentan algún nivel de sobrecarga, en donde el 65.7% es intensa. Este dato se podría explicar debido a los criterios utilizados para elegir la muestra de estudio en donde el CI es responsable del cuidado de su familiar con DM, en donde se han relacionado continuamente en investigaciones.³⁰ Por otra parte, el hecho de que se hayan identificado los AM demenciales a través de estancias de día, también influye en ese resultado, debido a que se ha demostrado que los cuidadores más sobrecargados buscan ayuda a través de recursos formales.³⁴

En este estudio se encontró que la mujer sigue siendo la destinada al trabajo de cuidar (82.9%), en concordancia con un estudio realizado en el EURO CARE (2008),⁴⁷ donde se incluyó a 14 países europeos y se observó que el sexo femenino constituyó el 71% de los CI; por otro lado, en México, en una investigación realizada en Tabasco (2009) de igual manera un alto porcentaje de mujeres (69%) eran las proveedoras de la asistencia del paciente con DM. Estos datos coinciden con las literaturas revisadas, en donde se refieren que a través de la historia, las mujeres actúan como proveedoras de cuidados familiares.^{48,49}

El promedio de las horas empleadas al cuidado informal es muy elevado, pero ciertamente se justifica debido al deterioro sostenido y creciente que sufre el AM en sus capacidades intelectuales y físicas, que conducen a una alta demanda de asistencia para la satisfacción de sus necesidades básicas y, como se observó en este estudio, el nivel de autonomía funcional se encuentra muy impactado al sufrir una dependencia grave tanto en sus AiVD como en AbVD, lo que conduce al CI a aumentar las horas dedicadas al desempeño de su rol;⁵⁰ fenómeno que constantemente se observa en las investigaciones realizadas y que dentro de la literatura lo manejan como un importante factor desencadenante de la SC^{30,38}.

En numerosos estudios se ha establecido una relación entre la carga percibida y el DC,^{15,33} que han sido el principal punto observado en el desarrollo de esta investigación, situación que no ha sido confirmada; dado que en los artículos revisados existían otros tipos de variables asociadas a la SC y que a su vez interactuaban con el DC,^{33-37,44,51} debido a que la SC es un fenómeno multi-dimensional.

5.2 Conclusiones

A través de esta investigación se confirma el perfil sociodemográfico del cuidador y del AM, destacando las características del CI, encontrando similitudes en relación a los estudios ya realizados a nivel nacional e internacional; donde sobresale el sexo femenino en un 82.9%, con una edad media de 52.74 (± 10) años.

Al estimar el nivel de DC del AM con DM se encontraron datos esperados, en donde, según el tiempo de evolución de la enfermedad, condicionaba el avance del deterioro, creándose así una tendencia progresiva a la dependencia funcional; este punto se puede reflejar en las actividades de cuidado en donde se ven aumentados los días y cantidad de horas empleadas al ejercicio del rol de cuidador.

Además se reafirma la tendencia al desarrollo de la SC y que en comparación a los datos revisados, la población se encuentra dentro de los porcentajes esperados.

3,30-34,51

En este punto, podemos recordar que el personal de enfermería es el más competente para coordinar y monitorear el cuidado en el hogar, brindando asesoría y apoyo a los cuidadores primarios en las tareas de la vida diaria y, a su vez, en la generación de su autocuidado.

Por lo tanto, hay que destacar que los trabajos encontrados han sido realizados por diferentes profesionales de la salud, existiendo un número reducido que han sido desarrollados por parte de enfermería, lo cual refleja la importancia de que estos profesionales centren su atención y esfuerzo al cuidado no sólo de la persona con DM sino a los familiares, específicamente a quienes desarrollen el rol de cuidador, por tener los conocimientos, las habilidades y la capacidad de intervenir en este binomio.

5.3 Recomendaciones

El conocer el nivel de sobrecarga de un CI es de suma importancia, debido a las grandes repercusiones que sufre en su calidad de vida, impactando notablemente todas sus esferas, deteriorando su salud.

Por lo tanto, el hecho de que exista un alto porcentaje de cuidadores con sobrecarga, debe ser una motivación para futuras investigaciones, donde se tomen en cuenta otros factores que la componen, lo que podría determinar asociaciones más precisas y significativas entre distintas variables.

Nuevas líneas de investigación sobre el tema que lleven a ampliar el panorama del cuidador, incluyendo más características, como tipos de personalidad del cuidador, modelos de afrontamiento ante el estrés, factores de carga, modificaciones de dinámica familiar, entre otras; con muestras más grandes y periodos de tiempo largos, sería de gran importancia y utilidad.

Conocer ampliamente las características de los cuidadores sobrecargados facilita la formulación de programas de intervención para mejorar su calidad de vida, enfocados a su preparación asistencial, educación para el autocuidado, apoyo domiciliario, entre otros.

Por otro lado, por la naturaleza multidimensional de la SC, es importante alentar la formación de equipos multidisciplinarios, para las detecciones oportunas de esta condición biopsicosocial, para el diseño de planes de actuación interdisciplinarias en busca de la reducción de estresores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Moorman. CG., Alexander. GF. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. Facultad Nacional de Salud Publica 2010 [cited 2013 Jun 1]; Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?Pid=S0120-386X2005000200002&script=sci_abstract
2. Plate S. La sobrecarga del cuidador; factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de Alzheimer. Anales de la Psicología 2009.56-62
3. Domínguez-Sosa G., Zavala-González MA., Ramírez-Ramírez MO. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas , Tabasco , México. Revista de los Estudiantes de Medicina de la UIS 2010;89(1):28–37.
4. Ferrer J, Gómez S, Rigla F, López V. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Población. 2010 [cited 2013 Jun 1]; Disponible en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social_nou/archives/polibien/estar_so.dir/polibienestar_sobrecarga.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Los Adultos Mayores en México. Perfil sociodemográfico al Inicio del Siglo XXI. 2010;26-32
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Panorama sociodemográfico de México. Chemistry & ... [Internet]. 2010 [cited 2013 Jun 1]; Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
7. (CONAPO) CN de P. El envejecimiento de la población en México. 2010;19–44.
8. Pymed WP., Tasa MN. El envejecimiento de la población mundial. Servicios de Investigacion y Analisis 2010;11–8.
9. Reyes M. En E. Análisis demográfico y socioeconomico del adulto mayor en Mexico. 2010;18-23
10. Gutiérrez-Robledo L. La geriatría en México. Medigraphic.com [Internet]. 2010 [cited 2013 Jun 1];V:43–8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102a.pdf>
11. Miguel L, Robledo G. Diagnóstico actual del problema de las Demencias. CONADI 2010;13-21
12. Navarro G., Durango E., Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. Rev Med Inst Mex Seguro Social 2008 [cited 2013 Jun 1];27–32. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081e.pdf>

13. Mejía-Arango S., Miguel-Jaimes A. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública* ... [Internet]. 2009 [cited 2013 Jun 1];49(1):475–81. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49s4/v49s4a06.pdf>
14. Zarit SH, Reever KE, Petersen J. Relatives of the impaired elderly and caregivers: Correlates of feelings of burden. *Implement scale Gerontologist*. 1980;649-655
15. Silla M. E El cuidador de enfermos con demencia. *Insp.mx*. 2012 [cited 2013 Jun 1]; Disponible en: http://www.insp.mx/geriatria/acervo/pdf/el_cuidador_de_enfermos_con_demencia.pdf
16. Reyes MD. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología do Mercosul 2009 [cited 2013 Jun 1]; Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/docspdf/Regiones/Mercosur/Brasil/06cuidadoresdeancianos.pdf>
17. Lobo A, Saz P, Roy J. Deterioro cognoscitivo en el anciano. Envejecimiento, hipertensión y deterioro cognitivo. 2008 [cited 2013 Jun 1]; Disponible en: http://red-am.com.ar/buscador/files/DC_anciano.pdf
18. Ayor ADM. Deterioro cognoscitivo en el adulto mayor. *Revista Salud Publica de Mexico* 2012; 2008 [cited 2013 Jun 1]
19. Espa S, Geriatr OLADE. Tratado de GERIATRÍA. Sociedad Española de Geriatria 2008.
20. Perez U, Zepeda P. Proposed criteria for the clinical diagnosis of mild cognitive impairment, dementia and Alzheimer's disease. *Journal Neural Transm Supplement* 1998;53:127-40. [cited 2013 Jun 1]
21. Galvez M., Pérez LV. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la Sociedad Peruana de Geriatria* 2008; 2008 [cited 2013 Jun 1]
22. Votano J, Parham M, Hall L. Demencia clasificacion etiológica y diferenciación cognitiva. 2010 [cited 2013 Jun 8]; Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
23. Martinez M., Comprender el Alzheimer. 2da ed. Dirección General de Salud Pública, editor. Valencia; 2006.
24. Parera E. Evaluación del estado de salud del anciano. *Gilant Geriatria Módulo 3: Valoración funcional del anciano*. 2010;
25. Ramos F. Valoración integral del adulto mayor a partir de la escalas de medición. *Revista EDU-FÍSICA*. 2009;1–15.
26. Sánchez FM, Gregorio PG. Valoración funcional en la demencia grave. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jun

27. González EN, Dolores M, García C, Díaz ÁL, Gómez L, Carbonell IT. Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. *Gerokomos* 2009;74–84.
28. Giovannetti AF, Uñoz BEM, Sabel YMI, Arcía BAG. Evaluación del nivel de autonomía funcional y del deterioro cognitivo en personas mayores. *Revista de la Asociación Valenciana de Gerontología* 2008;4:15–23.
29. Flores R., Vicet S. El adulto mayor y la familia. *Revista de Sociología Geriátrica–Estudio de caso*. 2012;33-38
30. Artaso B, Goñi A, Biurrun A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jun 1];38(4):212–8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v38n04a13050202pdf001.pdf>
31. Méndez L, Giraldo O, Aguirre-Acevedo D, Lopera F. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación del gen e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología* 2010;5:137–45.
32. Cepero FM. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jun 7];25. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Pid=S0864-03192009000200006&script=sci_arttext
33. Turró-Garriga O, Soler-Cors O. Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Madrileña de Neuropsicología* [Internet]. 2008 [cited 2013 Jun 1];46(10):582–8. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/distribucion_factorial_de_la_carga_en_cuidadores_de_pacientes_con_enfermedad_de_alzheimer.pdf
34. Fuentes AC, Aguilar Navarro SG. Síndrome de Colapso del Cuidador Primario del Anciano. *Asociación Brasileña de Gerontología* 2012;68-73
35. Zarit SH, Reever KE, Bach-Petersen J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;649-655
36. Grand R, Sainsbury A, O'Brien. Dementia Caregiver Intervention Research: in search of clinical significance. *J AM Geriatric Soc*. 1973;404-410
37. Almazán I, Deví J. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista multidisciplinar de gerontología* 2012 [cited 2013 Jun 1];12(1):31–7. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?Info=link&codigo=261115&orden=359>.

38. Morales A., Cabrera M. Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010;26(2):3–13.
39. Bimbela J. Cuidando al cuidador. *Counseling para profesionales de la Salud*. [Internet]. 2008 [cited 2013 Jun 1];38(4):189–91. Disponible en: <http://www.proyectohombre.es/archivos/7.pdf>
40. Caja C, Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo. 2010 [cited 2013 Jun 3];1–7. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.org/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO11.pdf
41. Roig M, Torres MA, Desfilis ES. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología: Universidad de Murcia* 2010 [cited 2013 Jun 1];215–27. Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/10155>
42. Molina L, Máximo J, Velasco M, Velasco B. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud*. 2011 [cited 2013 Jun 1]; 15:33–43. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnq=Search&q=intitle:El+apoyo+soci+al+como+modulador+de+la+carga+del+cuidador+de+enfermos+de+Alzheimer#0>
43. Gonzalez A., Alvarez L. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit . Cómo administrarlo e interpretarlo. *GAC SAINT* 2008;22(0):618–9.
44. Budinich M, Núñez-Huasaf J, Martorell B, Jiménez O, Calzada J, Chacón V, et al. Estudio de carga de cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Estudio piloto. *LXIV Congreso Chileno de Neurología Psiquiatría y Neurocirugía Libro de Resúmenes*. 2009. P. S42–S43.
45. Hayo BK, Vázquez HV, Mayanz SS, Guerra AC, Millán TK. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile* 2009;657–65.
46. Fernández LK. Valoración geriátrica integral. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2011 [cited 2013 Jun 8];V:55–65. Disponible en: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/15916.pdf#page=40>
47. Babarro A., Garrido Barral A., Díaz Ponce A., Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria* [Internet]. 2004 Jan;33(2):61–7. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265670479352X>
48. Cardona Arango D, Segura Cardona ÁM, Berbesí Fernández DY, Ordoñez Molina J, Agudelo Martínez A. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina* [Internet]. 2011;Vol. 13(Nº 22):178–93.

49. Espin A, Andrade E. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008;75-81
50. Estrada S., Rodenas F. Sobrecarga del cuidador primario de personas con DC y su relación con el tiempo de cuidado. 2010;7(4):35–41.
51. Hernández Zamora Z, Ehrenzweig Sánchez Y. Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en psicología* [Internet]. 2008;13:127–42. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/292/29213110.pdf>

ANEXOS

Anexo #1

Mini examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)

Orientación temporal		
Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1
Orientación espacial		
Hospital o lugar	0	1
Planta	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
Nación	0	1
Fijación		
Repita 3 palabras (repetir hasta que aprenda):		
Peseta	0	1
Caballo	0	1
Manzana	0	1
Concentración y cálculo		
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?	0	1 2 3 4 5
Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda)	0	1 2 3
Ahora hacia atrás	0	1 2 3
Memoria		
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0	1 2 3
Lenguaje		
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	0	1
Repetirlo con el reloj	0	1
Repita esta frase: «En un trigal había 5 perros»	0	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?	0	1
¿Qué son el rojo y el verde?	0	1
¿Qué son un perro y un gato?	0	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0	1 2 3
Lea esto y haga lo que dice:	0	1
CIERRE LOS OJOS		
Escriba una frase	0	1
Copie este dibujo	0	1



Anexo #2

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

Alimentación

- 10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.
- 5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
- 0 Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

- 5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Vestido

- 10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Aseo

- 5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.
- 0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición

- 10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
- 5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.
- 0 Incontinente.

Micción

- 10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.

Retrete

- 10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
- 5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
- 0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón-cama

- 15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
- 5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
- 0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación

- 15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
- 10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
- 5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
- 0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

Escalones

- 10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
- 5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
- 0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.

Anexo #3

Índice de Lawton & Brody (actividades instrumentales de la vida diaria)		
	Hombres	Mujeres
Teléfono		
Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números	1	1
Sabe marcar números conocidos	1	1
Contesta al teléfono, pero no sabe marcar	1	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0	0
Compras		
Realiza todas las compras necesarias de manera independiente	1	1
Sólo sabe hacer pequeñas compras	0	0
Ha de ir acompañado para cualquier compra	0	0
Completamente incapaz de hacer la compra	0	0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a	—	1
Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes	—	0
Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada	—	0
Necesita que le preparen y le sirvan la comida	—	0
Tareas domésticas		
Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional	—	1
Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...)	—	1
Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado	—	1
Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas	—	1
No participa ni hace ninguna tarea	—	0
Lavar la ropa		
Lava sola toda la ropa	—	1
Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)	—	1
La ropa la tiene que lavar otra persona	—	0
Transporte		
Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche	1	1
Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público	1	1
Sólo viaja en transporte público si va acompañado	1	1
Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a la medicación		
Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a	1	1
Toma la medicación sólo si se la preparan previamente	0	0
No es capaz de tomar la medicación solo/a	0	0
Capacidad de utilizar el dinero		
Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a	1	1
Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco	1	1
Incapaz de utilizar el dinero	0	0

Anexo #4

CUESTIONARIO –ZARIT-

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado**

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre _____ Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____

Registrado ante el Departamento de Posgrado e Investigación con el número: _____

El objetivo del estudio es: _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: _____

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el procedimiento a seguir así como los beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del Encuestado