

**NIVELES DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y SU RELACIÓN CON EL
GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

NIVELES DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y SU RELACIÓN CON EL
GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para obtener el título de Especialista
en Medicina Interna

Autor:

Med. Laima Di Stasio

Bárbula, julio 2020



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

NIVELES DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y SU RELACIÓN CON EL
GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

Autor:

Med. Laima Di Stasio

Tutor:

Dra. Mirecly Guzmán

Bárbula, julio 2020



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

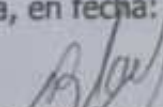
"NIVELES DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE"

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

DI STASIO P., LAIMA G.
C.I. V - 21030152

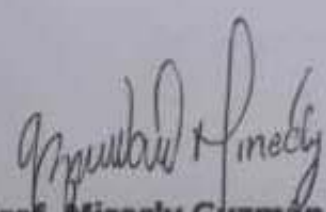
Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Mirecly Guzmán C.I. 13625787, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **29/01/2021**


Prof. José Blanca (Pdte)

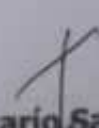
C.I. 1636193

Fecha 29/01/2021


Prof. Mirecly Guzmán

C.I. 13625787

Fecha 29/01/2021


Prof. Darío Saturno

C.I. 486320

Fecha 29-01-21

TG:



Valencia – Venezuela



Dirección de Postgrado

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Los Miembros de la Comisión Coordinadora de la Especialización en: **MEDICINA INTERNA** hacen constar que han leído el Proyecto de Grado, presentado por la ciudadana **Laima Gabriela Di Stasio Peña** cédula de identidad N° **21.030.152** para optar al título de ESPECIALISTA EN: **MEDICINA INTERNA** cuyo título es: "**NIVELES DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE"**", y que el mismo está APROBADO ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación: "**Autocuidado**", establecida por esta Especialidad. Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajos de grado para esta Especialización. La profesora: **Dra. Mirecly Guzmán Ramos C.I: V-13.625.787** aceptó la tutoría de éste trabajo.

En Valencia, a los 08 días del mes de Enero del año 2020.

Comisión Coordinadora

Prof. _____

Nombre: *Luis M. Pérez Carreño* Dr. Luis M. Pérez - Carreño
C.I. *15.722.071* Medicina Interna
C.I. 15.722.071
M.P.P.S. 69.565 C.M. 8.566



Prof. _____

Nombre:

C.I.

Prof. _____

Nombre:

C.I.

Francisco J. Torres S
12448229. D. Francisco J. Torres S
Medicina Interna
C.I. 47000 C.I. 47000
M.P.P.S. 47000 C.I. 47000
R.R. 47000

Sello

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

La realización de un trabajo de investigación siempre es una ardua tarea, y éste trabajo especial de grado no dejó de serlo, por lo que agradezco enormemente a Dios por haber puesto en mi camino este trabajo de investigación, estar encantado con él y haberme permitido concluir en el tiempo solicitado. Así mismo, agradezco a mi madre y a mi hermano por estar siempre para mí sin importar la situación. Agradezco mucho a las dos personas que se sentaron conmigo a hacer esto posible, mi tutor clínico Dra. Mirecly Guzmán, y mi tutor metodológico Dra. Liliana Mayorga, gracias por su paciencia y dedicación. Agradezco a quienes me apoyaron y mantuvieron interés y palabras de aliento para mantener el buen ánimo Yudith Leticia, Liz Brenda y Carmen Cenobia. Gracias a Daniela Reyes, quien estando fuera del país me ayudó con su tecnicismo psicológico. Y finalmente gracias a la institución (HUAL) que me permitió realizar dicho trabajo y a cada uno de los que allí laboran, mis compañeros de post-grado y especialistas.

Dedicado a cada uno de los pacientes que participaron en mi muestra de trabajo y que el día de hoy ya no están.

Laima Di Stasio

ÍNDICE GENERAL

	Pp.
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	8
RESULTADOS.....	11
DISCUSIÓN.....	20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	33

ÍNDICE DE TABLAS

	Pp.
TABLA N° 1. CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL (del paciente institucionalizado en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” febrero-junio 2020).....	11
TABLA N° 2. CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO (en el IVSS Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” febrero-junio 2020).....	13
TABLA N° 3. NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR A TRAVÉS DE LA ESCALA DE ZARIT.....	15
TABLA N° 4. GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE A TRAVÉS DEL ÍNDICE DE BARTHEL BASAL Y ACTUAL.....	16
TABLA N° 5. SÍNTOMAS EN EL CUIDADOR PRIMARIO ASOCIADOS AL CUIDO DEL PACIENTE SEGÚN EL GÉNERO.....	17
TABLA N° 6. SOBRECARGA DEL CUIDADOR CON RESPECTO AL GRUPO ETARIO DEL PACIENTE.....	18
TABLA N° 7. RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE.....	18



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”



**Niveles de sobrecarga del cuidador y su relación con el grado de dependencia física
del paciente institucionalizado en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”**

Autor: Med. Laima Di Stasio

Tutor: Dra. Mirecly Guzmán

RESUMEN

Los pacientes comúnmente se encuentran bajo el cuidado de segundos y terceros, que bien pueden ser familiares directos, amigos, o terceros en instituciones, en vista de esta necesidad de asistencia por un segundo sujeto, nace el llamado Cuidador Primario Informal (CPI) quien asume esta responsabilidad, muchas veces desconociendo el manejo. Es preciso evaluar la sobrecarga del CPI, a través de escalas, como la de Zarit y relacionar esta con el grado de dependencia física del paciente cuidado, esto último a través del índice de Barthel. En función a lo anterior, se tuvo como objetivo general estimar el nivel de sobrecarga del cuidador primario informal y su relación con el grado de dependencia física del paciente institucionalizado. Como resultados, se evidenció que la edad promedio del CPI fue de 44,86 años, en donde el género que predominó fue el femenino en 74,7%, siendo los hijos 53,84% los responsables del cuidado. Se evidenció sobrecarga intensa en 35 cuidadores (38,4%) distribuidos en 29 de sexo femenino (31,9%) y 6 masculinos (6,6%). Sobrecarga ligera en 25 cuidadores (27,5%), y ausencia de sobrecarga en 31 CPI con 34,1%. En la dependencia física del paciente institucionalizado a través del índice de Barthel predominó el rango *válido* en 69,2%, mientras que *asistido* fue de 30,8%. Por lo cual se recomienda para los CPI, roles de pausas saludables, tanto físicas como emocionales que van destinadas a tener un desprendimiento total de la carga de cuidado, así como la creación de un manual de protocolo para el CPI.

Palabras clave: cuidador, sobrecarga, dependencia física.

Línea de Investigación: Autocuidado.



**UNIVERSITY OF CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
POSTGRADUATE ADDRESS
INTERNAL MEDICINE SPECIALIZATION PROGRAM
UNIVERSITY HOSPITAL “DR. ANGEL LARRALDE”**



**Levels of caregiver overload and its relationship with the degree of physical
dependence of the institutionalized patient at the Hospital Universitario “Dr. Ángel
Larralde”**

Author: Med. Laima Di Stasio
Clinical Tutor: Dra. Mirecly Guzmán

ABSTRACT

Patients are commonly under the care of second and third parties, who may well be direct relatives, friends, or third parties in institutions, in view of this need for assistance by a second subject, the so-called Informal Primary Caregiver (CPI) is born who assumes this responsibility, often ignoring the handling. It is necessary to evaluate the overload of the CPI, through scales, such as the Zarit one, and to relate this with the degree of physical dependence of the patient being cared for, the latter through the Barthel index. Based on the above, the general objective was to estimate the level of overload of the informal primary caregiver and its relationship with the degree of physical dependence of the institutionalized patient. As results, it was evidenced that the average age of the CPI was 44.86 years, where the predominant gender was the female in 74.7%, being the children 53.84% responsible for the care. Intense overload was evidenced in 35 caregivers (38.4%) distributed in 29 female (31.9%) and 6 male (6.6%). Light overload in 25 caregivers (27.5%), and absence of overload in 31 CPI with 34.1%. In the physical dependence of the institutionalized patient through the Barthel index, the valid range prevailed in 69.2%, while the assisted one was 30.8%. Therefore, it is recommended for the CPI, roles of healthy pauses, both physical and emotional, that are destined to have a total detachment of the care burden, as well as the creation of a protocol manual for the CPI.

Keywords: caregiver, overload, physical dependency.

Research line: Self-care.

INTRODUCCIÓN

La palabra *paciente* es del origen latín “*patiens*” que significa *sufriente o sufrido* y cuya definición según la Real Academia Española (RAE) en la cultura médica se puede definir como aquella persona que sufre de dolor y malestar y quien por ende, solicita asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud¹. El individuo para adquirir la nominación de paciente debe pasar por una serie de etapas (síntomas, diagnósticos, tratamiento y resultado), así como el derecho de ser informado de su enfermedad y los posibles tratamientos para la cura, elegir a su médico y recibir una asistencia médica eficaz y un trato digno general.

De igual manera, se pueden observar diferentes tipos de pacientes, según la existencia de su clínica, como: el paciente en estado crítico, el cual se caracteriza por sus signos vitales que no son estables y la muerte es un desenlace posible e inminente. El paciente paliativo, que padece de enfermedades graves y/o terminales, es aquel que se encuentra en cuidados médicos con el fin de buscar calidad de vida y confort².

El paciente en estado estuporoso es aquel que presenta disminución de la lucidez y agilidad mental con pérdida del estado de consciencia. El paciente ambulatorio que acude a centros de salud para el suministro de tratamiento, sin necesidad de ser internado. El paciente internado, institucionalizado u hospitalizado que debe pasar toda la noche o más de un día en el hospital, por su cambio de estado de salud habitual por un estado de salud que comprometa la vida o que amerite una intervención quirúrgica. El paciente cero, indica la primera persona confirmada de un nuevo virus o epidemia, el cual se deduce que fue el primer infectado y que de poseer el virus en su forma más pura se pueda hallar una cura. Por último, el paciente geriátrico aquel mayor de 75 años con diferentes grados de dependencia física².

Dentro de la categoría de paciente, se encuentra todo aquel sin importar la edad, su clase social o estado económico y que en sí infunda un bienestar comprometido. Los

pacientes en la mayor parte de los casos se encuentran bajo el cuidado de segundos y terceros, que bien pueden ser familiares directos, amigos, o terceros en instituciones (ancianatos), privados o financiados por la red pública. En vista de esta necesidad de asistencia por un segundo, hace aparición el llamado cuidador o cuidador primario informal (CPI) quien asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar las actividades que no puede llevar a cabo, generalmente el CPI es un miembro de la red social inmediata (familiar o amigo), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente. Muchas veces desconociendo el manejo y apreciación para éstos³.

El cuidado de un paciente o enfermo es siempre una dura carga para cualquier persona que se vea sometida a esa tarea y es frecuente que en algún momento el cuidador se sienta incapaz de afrontarlo, ya que compromete su bienestar e incluso su salud. En donde realizar una evaluación precoz podría ayudar a evitar el deterioro de su capacidad física y/o mental.

El concepto de carga (tomado del inglés *burden*, traducido libremente como “estar quemado”) originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberger, quien indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. Esta *carga del cuidador* fue definida “como el conjunto de problemas del orden médico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados”⁴. Sin embargo, el estrés y el desconocimiento pueden hacer frente a las complicaciones con discapacidad de las funciones, desconociendo estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación.

La capacidad del cuidador para afrontar las necesidades y cubrir la carga del enfermo se ve proporcionada por la dependencia física que éste tenga, la cual puede medirse a través de un instrumento destinado a evaluar ésta dependencia en el paciente, siendo el más ampliamente utilizado el índice de Barthel también conocido como el “índice de discapacidad de Maryland”. Es una medida genérica que valora el nivel de

independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado⁵.

El índice de Barthel se desarrolló inicialmente para su uso en pacientes en rehabilitación con eventos cerebrovasculares y otros trastornos neuromusculares o musculoesqueléticos, posteriormente se amplió su uso en pacientes de otra índole, (oncológicos, traumáticos, neuro-cognitivos, ancianos, entre otros). Consiste en evaluar 10 ítems, los cuales se clasifican en términos de si los individuos pueden realizar actividades de forma independiente, con alguna ayuda, o si son dependientes (con una puntuación de 10, 5 o 0 puntos). Los ítems se ponderan de acuerdo con el nivel de atención de enfermería requerido. La puntuación del índice de Barthel es una suma y hay una ponderación preferente sobre la movilidad y la continencia⁶.

El índice de Barthel es un buen predictor de la mortalidad pues mide la discapacidad y esta última está asociada fuertemente con la mortalidad. También está relacionada con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, aquellos pacientes con mayores puntuaciones (menor grado de discapacidad), presentan mejor respuesta a la rehabilitación. Es fácil de aplicar, con una duración de entre 2 a 5 minutos, con buena validez y fiabilidad⁷.

La apreciación sobre la eficacia del cuidador es determinante y las respuestas emocionales tales como: frustración, depresión, ansiedad, estrés, y culpa; son algunas de las secuelas asociadas al cuidado y su función al lado del paciente, dando paso a una entidad clínica conocida como Síndrome de Carga del Cuidador caracterizado principalmente por: trastornos en el patrón del sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza gran parte del tiempo, resentimiento hacia la persona a su cuidado, pensamientos de suicidio o abandono, cefalea, lumbalgia, astenia, aislamiento, anhedonia y alteraciones de la memoria⁸.

Para la medición de la sobrecarga se han desarrollado numerosos instrumentos los cuales han intentado objetivar la sobrecarga del cuidador; sin embargo, estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Zarit diseñó la Escala de Sobrecarga del Cuidador, uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sobrecarga, que ha sido validado y adaptado al castellano⁸.

La escala de Zarit es un test psicológico creado por Steven H. Zarit en 1980 y modificado en 1985 (el cual ha perpetuado hasta la actualidad) y que se utiliza para medir el grado de bienestar de los cuidadores de personas dependientes. La escala de Zarit es de gran ayuda para determinar si un cuidador sufre el famoso “síndrome del cuidador quemado”, el cual se trata de un estado de afectación generalizado, que es provocado por la carga que supone cuidar a una persona dependiente⁹. Convirtiéndose dicha escala en la más popular en el ámbito gerontológico debido probablemente a la adecuación de sus propiedades psicométricas y a su robusta fundamentación teórica¹⁰.

Sin embargo, cuando el sujeto se encuentra cuidando a un ser querido, es difícil hacerle entender que no es sano entregarse a tiempo completo en estas labores. En estos casos, existe un sesgo emocional que bloquea la objetividad de los cuidadores. Por lo que se deberá aplicar las técnicas y tratamientos tomando en cuenta la intensidad de la dependencia que presenta el cuidador por el sujeto a quien cuida. En ocasiones, los cuidadores crean un ambiente disfuncional, donde sus actos resultan contraproducentes para todas las partes involucradas (cuidador, familiares y paciente)¹¹.

Se ha comprobado que los cuidadores con mayor nivel de sobrecarga, medida mediante este instrumento, muestran peor autopercepción de salud y más

probabilidad de tener problemas emocionales; además, manifiestan deseos de transferir su responsabilidad de cuidar a otros en mayor medida que las cuidadoras con menor sobrecarga.

En nuestro país la Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo en el 2015 realizó un consenso nombrado “Estrés, sobrecarga e interleuquina pro-inflamatoria (IL-1) y anti-inflamatoria (IL-4) en cuidadores de pacientes oncológicos” en donde una población de 85 cuidadores, el 88,75% tenía sobrecarga y el 83,75% tenía estrés; se observó una moderada correlación significativa entre la IL-1 y el estrés emocional, total y somático. En la mayoría de los cuidadores se observó sobrecarga y estrés severo, situación que se asoció con alteración de su sistema inmune, haciendo a este grupo de individuos susceptibles a padecer cualquier patología¹².

En la Fundación Universitaria Sanitas de Bogotá en el 2016 con un título que define “Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto” reportó que el 88% de los cuidadores eran mujeres, con edad media de 52 años, que dedicaban 24 horas al cuidado. El 100% de receptores de cuidado eran dependientes del cuidador. Las intervenciones de enfermería disminuyeron la sobrecarga percibida por los cuidadores¹³.

En Zaragoza, España para el 2017 realizaron un estudio comparativo denominado “Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género” en donde alrededor de la mitad de los cuidadores presentaba algún tipo de morbilidad siendo la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y la dislipemia las enfermedades más incidentes. El tiempo medio dedicado al cuidado del dependiente se situó cerca de las 16 horas al día. La puntuación media de sobrecarga de los cuidadores se situó en 55,13 puntos, un valor crítico en esta escala. Por géneros, se observó una sobrecarga superior en el grupo de mujeres respecto al de varones. Se infiere que las características asociadas a los roles de género determinan un mayor nivel de sobrecarga en las mujeres cuidadoras que en los varones. Siendo

necesaria la inclusión de la perspectiva género en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la sobrecarga del cuidador por parte de los profesionales sanitarios¹⁴.

En el Seguro Social de Tabasco, México en el 2017 evaluaron los “Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores” y concluyeron que la terapia cognitivo-conductual tuvo efectos positivos en la disminución de la sobrecarga del cuidador primario y sus dimensiones; casi la mitad de los cuidadores fueron cuidadores únicos, y la problemática familiar fue causa del alejamiento de los familiares hacia el adulto mayor; el cuidador refirió que haría más por el paciente, sin embargo no sabe cómo¹⁵.

En el 2018 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, España, realizaron un estudio denominado “Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis” en donde refiere que la sobrecarga está presente en la mayoría de cuidadores del paciente en diálisis, predominando los grados moderado y leve de sobrecarga. El cuidador principal suele ser mujer, de mediana edad, con un parentesco de hijas/os o esposas/os. Mayor dependencia y supervivencia del paciente en diálisis y menor apoyo social parecen ser las variables más influyentes en la aparición de sobrecarga¹⁶.

Dentro de las estrategias a desarrollar para el apoyo de estos cuidadores se pueden ampliar habilidades de detección de sobrecarga en el cuidador primario desde el primer nivel de atención, mejorando la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente, sin embargo, en el presente trabajo nace una interrogante de; ¿cómo ayudar a ese cuidador informal a enfrentar mejor esa carga de cuidado?

Ante todo lo anteriormente escrito, se plantea como objetivo general: estimar el nivel de sobrecarga del cuidador primario informal y su relación con el grado de dependencia física del paciente institucionalizado. Como objetivos específicos, se tienen: 1) Caracterizar el perfil del cuidador primario informal (CPI) del paciente institucionalizado según: edad, género, ocupación, grado de instrucción, promedio de

ingresos mensuales y comorbilidades. 2) Caracterizar el perfil del paciente institucionalizado según: edad, género, ocupación, grado de instrucción, promedio de ingresos mensuales, diagnóstico de ingreso y servicio por el cuál ingresó. 3) Determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario según su género, a través de la escala de Zarit. 4) Precisar el nivel de dependencia física del paciente institucionalizado según su género, a través del índice de Barthel. 5) Establecer la presencia de síntomas en el cuidador primario asociado al cuidado del paciente según los géneros. 6) Relacionar el nivel de sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia física del paciente institucionalizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación, se ubicó en un estudio de campo descriptivo, correlacional, de corte transversal, dentro del paradigma positivista. La población general estuvo constituida por quinientos catorce (514) pacientes institucionalizados en el IVSS Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en los Servicio de Medicina Interna, Cirugía y Traumatología. La muestra estuvo comprendida por noventa y un (91) pacientes y sus respectivos cuidadores, utilizándose el muestreo no probabilístico intencional según los siguientes criterios de inclusión: edad mayor o igual a 21 años, institucionalizado en el IVSS Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” entre los meses de Febrero-Junio 2020, presencia del cuidador principal al momento de realizar la entrevista y voluntad del cuidador y del paciente a participar en el estudio.

Las variables a estudiar fueron: los niveles de carga del cuidador; aplicando la escala de Zarit y recurriendo como instrumento de recolección de datos, la historia clínica del cuidador como ficha patronímica, nombre y apellido, fecha de nacimiento, dirección de habitación, género, número de teléfono, ocupación, grado de instrucción, presencia de comorbilidades, cantidad de descendientes, síntomas asociados al cuidado, ingresos mensuales y parentesco con el paciente. Mientras que en el grado de dependencia física del paciente se le aplicó a cada uno el índice de Barthel tanto basal (antes de su ingreso a la institución) y el actual durante la hospitalización (institucionalizado), así como la recolección de datos con ficha patronímica nombre y apellido, fecha de nacimiento, dirección de habitación, género, ocupación, grado de instrucción, presencia de comorbilidades, cantidad de descendientes, ingresos mensuales, servicio por el que ingresó y diagnósticos.

En el caso del cuidador se utilizó la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” (EZ), compuesta de veintidós (22) preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46 puntos), “sobrecarga ligera”

(47 – 55 puntos) o “sobrecarga intensa” (≥ 56 puntos). La “sobrecarga ligera” representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa”. Esta última se asocia a mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador⁸.

El cuidador tiene unos valores de frecuencia para responder a la escala de Zarit, entre el 1 (nunca) y el 5 (casi siempre). Los ítems de esta herramienta de análisis también tienen en cuenta los recursos financieros y sociales que se invierten para facilitar y mejorar las labores de cuidado⁹. La aplicación de este instrumento puede ser de múltiples formas. Desde la aplicación colectiva en caso de que se esté realizando un estudio a una muestra de población. Hasta el de ser autoaplicado¹⁰. En esta investigación se aplicó por parte del investigador.

Así mismo, en el caso del paciente se utilizó el índice de Barthel, siendo una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado, valorando comida, lavado, baño, vestido, arreglo, incontinencia o no en la deposición y micción, ir al retrete, traslado de la cama a la silla, deambulación y subir y bajar escaleras. Esta prueba se divide en dos apartados: el parámetro (aquello que se quiere medir) y la situación (el estado del paciente). En una puntuación que va de 0 a 100 puntos, valorando la incapacidad funcional como severa <45 puntos; grave entre 45 – 59 puntos: catalogando como *asistido*. Moderada de 60 – 80 puntos y ligera de 80 – 100 puntos catalogando como *válido*⁵.

Shah, Vanclay y Cooper (1989) sugirieron un sistema de puntuación modificado que utiliza una escala ordinal de 5 niveles para cada elemento con el fin de mejorar la sensibilidad a la detección de cambios (1=incapaz de realizar una tarea, 2=intentos de realizar una tarea pero de forma insegura, 3=ayuda moderada requerida, 4=ayuda mínima requerida, 5=totalmente independiente). La administración del índice de

Barthel no requiere capacitación y se ha demostrado que es igualmente fiable cuando es administrada por personas capacitadas y no capacitadas (Collin & Wade, 1988)⁶.

Una vez aplicado el instrumento, se realizó la organización de los datos en una hoja de Excel, los cuales fueron analizados mediante la utilización del procesador estadístico SPSS en su versión 25 (software libre). Los resultados se presentaron mediante las técnicas estadísticas descriptivas conforme a los objetivos específicos propuestos. En cuanto a la variable edad se le calculó promedio $\pm$ error típico, valor mínimo, valor máximo y la desviación estándar, tanto de los pacientes ingresados como a los cuidadores a fin de establecer la dispersión de los datos alrededor de la media aritmética.

La estadística inferencial con la aplicación de la prueba Tau-b de Kendall, permitió su comprensión cualitativa y cuantitativa, con la finalidad de relacionar el nivel de sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia física del paciente.

RESULTADOS

TABLA N° 1

CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL (del paciente institucionalizado en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” febrero-junio 2020)

VARIABLE	$\bar{X} \pm Es$	MIN.	MÁX.
Edad (años) Cuidador	44,86 $\pm$ 1,383	19	84
Sexo	<i>f</i>	%	
Femenino	68	74,7	
Masculino	23	25,3	
TOTAL	91	100	
Ocupación	<i>f</i>	%	
Del Hogar	26	28,57	
Profesional	27	29,67	
Contratado	9	9,9	
Trabajador informal	29	31,86	
Grado de instrucción	<i>f</i>	%	
Bachillerato incompleto	39	42,86	
Bachillerato	24	26,37	
Universitaria	28	30,77	
Ingresos salariales	<i>f</i>	%	
> Sueldo mínimo	63	69,23	
sueldo mínimo	2	2,2	
Pensionado	11	12,09	
Sin ingreso	15	16,48	
Capacidad económica para cubrir gastos	<i>f</i>	%	
Con Capacidad	10	10,9	
Sin Capacidad	81	89,1	
Comorbilidades	<i>f</i>	%	
Diabetes Mellitus	3	3,28	
Hipertensión Arterial	15	16,49	
Otros	3	3,3	
No manifiesta	70	76,93	
Parentesco	<i>f</i>	%	
Hijos/as	49	53,84	
Esposos/as	17	18,68	
Hermanos/as	11	12,08	
Padre/Madre	6	6,6	
Otros	8	8,8	

Nota: $\bar{X}$: media aritmética, *Es*: error estándar.

Fuente: Datos propios de la investigación (Di Stasio, 2020).

En la tabla N° 1 tenemos que la edad promedio del cuidador es de 44 años con una mínima de 19 y máxima de 84 años, con una desviación estándar de 13,193; indicando que la serie de datos es homogénea entre sí, siendo el género predominante el sexo femenino con 74,7% sobre el masculino en 25,3%.

En cuanto a la ocupación del CPI se evidenció que un 31,86% pertenecían al trabajo informal, 29,67% eran profesional y 28,5% del hogar. Asimismo, en cuanto al grado de instrucción, se tiene bachillerato incompleto con 42,86%, bachillerato completo 26,37% y universitario con 30,77%. El 69,23% tenían ingresos superiores al salario mínimo, 16,48% sin ingresos y el 12,09% pensionados. En donde el 89,9% de los cuidadores manifestaron no estar en capacidad económica para cubrir los gastos de la hospitalización, seguido de 10,9% que si tenían capacidad para hacerlo.

En cuanto a las comorbilidades, el 76,3% de los CPI niegan presentar patologías de base, mientras que los que presentaron patologías correspondía a Hipertensión Arterial en 16,49%, seguido de Diabetes Mellitus en 3,28% y otras patologías 3,3% como anemia, taquicardia e hipertiroidismo, cabe señalar que sólo un CPI refiere no estar cumpliendo con su tratamiento de base.

En relación al parentesco de los CPI con los pacientes se evidenció que 53,84% está representado por los hijos, seguido de un 18,68% representado por los esposos, un 12,08% representado por los hermanos, un 6,6% representado por los padres (padre o madre) y 8,8% siendo representado por otros (incluyendo nietos, sobrinos, primos y yernas).

TABLA N° 2
CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO (en el IVSS
Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” febrero-junio 2020)

VARIABLE	$\bar{X} \pm Es$	MIN.	MÁX.
Edad (años) Paciente	62,71 $\pm$ 1,829	20	94
Sexo del Paciente	<i>f</i>	%	
Femenino	41	45,1	
Masculino	50	54,9	
TOTAL	91	100	
Ocupación	<i>f</i>	%	
Del Hogar	31	34,06	
Profesional	16	17,58	
Contratado	23	25,27	
Trabajador informal	21	23,09	
Grado de instrucción	<i>f</i>	%	
Bachillerato incompleto	45	49,45	
Bachillerato	18	19,78	
Universitaria	28	30,77	
Ingresos salariales	<i>f</i>	%	
Sueldo mínimo	3	3,3	
> sueldo mínimo	34	37,36	
Pensionado	40	43,96	
Sin ingreso	14	15,38	
Diagnóstico de ingreso	<i>f</i>	%	
Patologías neurológicas	21	23,08	
Patologías cardiovasculares	15	16,48	
Patologías gastrointestinal	12	13,19	
Patologías metabólicas	4	4,4	
Patología infecciosas	16	17,58	
Patologías traumáticas	12	13,19	
Patologías quirúrgica	6	6,59	
otros	5	5,49	
Servicio hospitalario	<i>f</i>	%	
Medicina Interna	66	72,5	
Cirugía	10	11,0	
Traumatología	15	16,5	
TOTAL	91	100	

Nota: $\bar{X}$: media aritmética, Es: error estándar.

Fuente: Datos propios de la investigación (Di Stasio, 2020).

En cuanto a la caracterización de los pacientes, se tiene con respecto a la edad promedio de 62,71 años $\pm$ 1,829; con una edad mínima de 20 años y máxima de 94 años; con una desviación estándar de 17,445. Con respecto a la variable de género, se logró evidenciar que la mayoría de pacientes son del género masculino registrando 50 personas, representando un 54,95%; en contraposición a 41 pacientes femeninos con un 45,1%.

En cuanto a los pacientes se tienen que 34,06% tienen ocupación del hogar, 25,27% tienen un trabajo contratado, 23,09% realizan trabajos informales y 17,58% son profesionales. De acuerdo al grado de instrucción con bachillerato incompleto en 49,45% y universitaria de 30,77%. Los ingresos salariales corresponden a pensionado en 43,96%, más de sueldo mínimo 37,36% y sin ingresos económicos 15,38%.

Con respecto a los diagnósticos de ingreso se encontró que 23,08% tenían patologías neurológicas, 17,58% tenían patología infecciosas y 16,48% tenían patologías cardiovasculares.

Finalmente, la muestra de pacientes institucionalizados en este centro, se distribuyeron en los diferentes servicios: Medicina Interna, la cual contó con la gran mayoría de los pacientes entrevistados, al presentar 66 casos; lo que representó un 72,53%; seguidamente de Traumatología con 15 pacientes, representando esto un 16,48% y finalmente Cirugía con un 10,99%, lo que se traduce en 10 pacientes.

TABLA N° 3
NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR A TRAVÉS DE LA ESCALA
DE ZARIT

NIVEL DE SOBRECARGA	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		<i>f</i>	%
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Ausencia de sobrecarga	23	25,3	8	8,7	31	34,1
Sobrecarga ligera	<u>16</u>	<u>17,6</u>	<u>9</u>	9,9	<u>25</u>	27,5
Sobrecarga intensa	<u>29</u>	<u>31,9</u>	<u>6</u>	<u>6,6</u>	<u>35</u>	38,4
TOTAL	68	74,8	23	25,3	91	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Di Stasio, 2020).

A través de la Escala de Zarit, se pudo determinar el nivel de sobrecarga que presenta el cuidador del paciente institucionalizado; evidenciándose sobrecarga intensa en 35 cuidadores (38,4%) distribuidos en 29 de sexo femenino (31,9%) y 6 masculinos (6,6%). Sobrecarga ligera, con 25 cuidadores (27,5%), distribuidos en 16 femeninos (17,6%) y 9 masculinos (9,9%).

Ausencia de sobrecarga, en 31 CPI con 34,1%, predominando el género femenino con 23 cuidadores (25,3%) sobre el masculino en 8 casos, lo que representó un 8,7% de la muestra.

TABLA N° 4
GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE A TRAVÉS DEL
ÍNDICE DE BARTHEL BASAL Y ACTUAL

GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA BASAL (Puntos)		SEXO				TOTAL	
		FEMENINO		MASCULINO			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Asistido	Severa (< 45)	1	1,1	2	2,2	8	8,8
	Grave (45-59)	3	3,3	2	2,2		
Válido	Moderada (60-80)	4	4,4	3	3,3	<u>83</u>	91,2
	Ligera (80-100)	<u>33</u>	<u>36,3</u>	<u>43</u>	47,2		
	TOTAL	41	45,1	50	54,9	91	100
GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA ACTUAL (Puntos)		SEXO				TOTAL	
		FEMENINO		MASCULINO			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Asistido	Severa (< 45)	7	7,7	7	7,7	28	30,8
	Grave (45-59)	10	10,98	4	4,4		
Válido	Moderada (60-80)	9	9,9	10	10,98	<u>63</u>	69,2
	Ligera (80-100)	<u>25</u>	<u>27,47</u>	<u>19</u>	20,87		
	TOTAL	51	56,05	40	43,95	91	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Di Stasio, 2020).

En el grado de dependencia física basal se evidenció en el rango *asistido* 1,1% en género femenino en el grado severo y 2,2% en el género masculino. Mientras que en el grado grave se evidenció 3,3% en el género femenino y 2,2% en el género masculino. En el rango válido se evidenció 4,4% en el grado moderado en género femenino y 3,3% en el género masculino y en el grado ligero 36,3% en el género femenino y 47,2% en el género masculino.

En cuanto al grado de dependencia física del paciente institucionalizado obtenida a través del índice de Barthel se consiguió en la evaluación actual lo siguiente: en asistido predominó la dependencia grave en 10,98% de las mujeres seguido del 4,4% en los hombres. Y severa en 7,7% tanto en los hombres como en las mujeres. Válido predominó la dependencia física ligera en un 27,47% en las mujeres y 20,87% de los hombres y dependencia moderada el 10,98% en los hombres y 9,9% en las mujeres.

TABLA N° 5
SÍNTOMAS EN EL CUIDADOR PRIMARIO ASOCIADOS AL CUIDO DEL
PACIENTE SEGÚN EL GÉNERO

SÍNTOMAS	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Astenia	<u>26</u>	<u>28,57</u>	2	2,2	<u>28</u>	<u>30,77</u>
Cefalea	9	9,89	1	1,1	10	10,99
Cansancio	0	0	1	1,1	1	1,1
Lumbalgia	9	9,89	0	0	9	9,89
Depresión	9	9,89	0	0	9	9,89
Insomnio	<u>13</u>	<u>14,29</u>	3	3,3	<u>16</u>	<u>17,59</u>
Cervicalgia	1	1,1	0	0	1	1,1
Pérdida de Peso	0	0	1	1,1	1	1,1
Niega	20	21,98	17	18,68	37	40,66

Fuente: Datos propios de la investigación (Di Stasio, 2020).

En la tabla N° 5, en relación a los síntomas presentes en el CPI asociado al cuidado del paciente institucionalizado se encontró la presencia de 26 casos con Astenia en el sexo femenino lo que representa un 28,57%; seguido de insomnio en un 14,29% de 13 CPI y 40,66% en su mayoría de género femenino, manifestaron no presentar síntoma alguno.

TABLA N° 6
SOBRECARGA DEL CUIDADOR CON RESPECTO AL
GRUPO ETARIO DEL PACIENTE

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	RANGO DE EDADES DEL PACIENTE								TOTAL	
	20≤x<39		39≤x<58		58≤x<77		x≥77			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ausencia de sobrecarga	3	3,3	4	4,4	16	17,6	8	8,9	31	34,1
Sobrecarga ligera	2	2,2	7	7,7	<u>10</u>	10,9	6	6,6	25	27,4
Sobrecarga intensa	3	3,3	<u>13</u>	14,3	<u>11</u>	12,1	<u>8</u>	8,8	35	38,5
TOTAL	8	8,8	24	26,4	37	40,6	22	24,2	91	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Di Stasio, 2020).

En relación al nivel de sobrecarga del cuidador con respecto al grupo etario del paciente: Sobrecarga intensa, en el 38,5% de los CPI siendo la edad del paciente que producía mayor sobrecarga entre 39-58 años con 14,3%, seguido de pacientes con edad entre 58 y 77 años con un 12,1%. Sobrecarga ligera en un 27,4% de los CPI, siendo la edad más frecuente entre 58 a 77 años con 10,9%, seguida de 39 a 58 años con 7,7% y luego mayores de 77 años con 6,6%. Ausencia de sobrecarga estuvo presente en el 34,1%.

TABLA N° 7
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR
CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE

NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE				TOTAL	
	Asistido		Válido			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Ausencia de sobrecarga	3	3,3	28	30,8	31	34,1
Sobrecarga ligera	1	1,1	<u>24</u>	26,4	25	27,5
Sobrecarga intensa	5	5,5	<u>30</u>	32,9	<u>35</u>	38,4
Total	9	9,9	82	90,1	91	100

Fuente: Datos propios de la investigación (Di Stasio, 2020).

Al relacionar el nivel de sobrecarga con el grado de dependencia física del paciente cuidado se evidenció: sobrecarga intensa en el 38,4% de los CPI, siendo más frecuente con la dependencia válido en 32,9%. Sobrecarga ligera en un 27,5% siendo más frecuente con nivel de dependencia válido.

Con los datos obtenidos en la tabla anterior, se procedió a calcular la relación existente entre el grado de dependencia física del paciente con el nivel de sobrecarga del cuidador, donde se corroboró la existencia de una asociación entre dichas variables; a través de la prueba Tau-b de Kendall un valor de 0,478; indicando que existe una asociación media entre ambas variables analizadas.

DISCUSIÓN

Uno de los temas de estudio más importantes en las investigaciones sobre cuidadores de personas dependientes es la sobrecarga. Esto es debido a las repercusiones negativas que conlleva la carga, tanto en el cuidador como en el paciente¹⁷.

La edad promedio del cuidador primario informal de 44,86 años, mostrando cercanía al trabajo realizado por Betzi Rodríguez y Francys Mármol (2014) de la Universidad de Carabobo, “La sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor desde la percepción subjetiva” en donde precisan una edad promedio entre 55 y 64 años¹⁸. Así mismo, en el trabajo de Anaysa Rizo y Marlén Molina (2016) de La Habana, “Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado” encuentran una población media de cuidadores de entre 55 y 59 años¹⁹, por encima de la muestra de esta investigación, lo que pudiera estar relacionado a que la mayoría de los pacientes eran adultos mayores. Por otra parte, en el estudio realizado por Jack Silva Fhon y Judyth Gonzales Janampa (2016) Perú, “Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor” encuentran que los cuidadores tenían una edad promedio de 44 años que concuerda con este estudio²⁰.

La presencia de mayor carga de cuido está a cargo del género femenino en 74,7% en donde el 31,9% presenta sobrecarga intensa, en correlación con el estudio previo de Rodríguez-González y Rodríguez-Míguez (2017) España, “Estudio observacional de la sobrecarga en cuidadoras informales” en donde el 95% de los cuidadores está representado por el género femenino²¹. Pudiendo estar ligado al papel sociocultural de la mujer en la sociedad, dado a que la responsabilidad del cuidado de los hijos la hace más preparada para desempeñar ese rol, y dado que el hombre suele mantenerse en la disposición de proveedor financiero de la familia²⁰.

La ocupación de cada uno de los cuidadores se ve reflejada en que el 31,86% son trabajadores informales y 28,57% son del hogar, por ende no tienen un horario

establecido de trabajo y tienen más disposición a la hora de realizar el cuidado, mientras que 29,67% son profesionales y 9,9% son contratados. Al relacionar con el estudio de Yuneisi Velázquez y Ana Espín (2014) La Habana “Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal” refieren que la mayoría son cuidadores universitarios, lo que difiere con nuestro estudio²². Así mismo, el estudio de María Flores y Haydeé Fuentes (2017) México, “Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados” en donde el 50% de los cuidadores son profesionales²³.

Se evaluó el grado de instrucción de los cuidadores teniendo en cuenta que el 42,8% tienen el bachillerato incompleto, así como también el 49,45% de los pacientes, lo que pudiera repercutir en los trabajos de cuidado en algún hecho, no comparándose en este caso con el estudio de Jack Silva Fhon y Judyth Gonzales Janampa (2016) Perú, “Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor” en donde el grado de instrucción es mayor entre secundaria completa y profesionales lo que proporciona manejo y cuido del paciente²⁰.

El 69,23% de los cuidadores tienen ingresos salariales mayor al sueldo mínimo de base, sin embargo, sólo el 10,9% del total de la muestra está en la capacidad de cubrir los gastos de cuido, bien sea por el poco alcance económico de los artículos o el arduo acceso al mismo, esto difiere en este caso con el estudio de Rodríguez-González y Rodríguez-Míguez (2017)²¹.

El 76,93% niegan comorbilidades previas, esto difiere con el estudio de Rodríguez-González y Rodríguez-Míguez donde en un 82% de los cuidadores tiene alguna enfermedad crónica previa²¹. Al igual que el estudio de Yuneisi Velázquez y Ana Espín en donde reporta que la cifra de cuidadores que padecían enfermedades era mucho mayor (91,6%) que la de aquellos que no presentaban ninguna afección (8,3%)²². Probablemente por la dominancia de mayor edad en el grupo etario de los cuidadores en dichos estudios.

Por otro lado, se evaluó el parentesco del cuidador de cada paciente y en este estudio se evidenció que el 53,84% está a cargo de los hijos, quedando la responsabilidad en los mismos, presentando correlación notoria a cada estudio y antecedente anteriormente descrito, sin embargo, en el estudio de M.C. Valencia y G. Meza-Osnaya (2016) México “Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer” en donde el parentesco principal del paciente son los cónyuges, probablemente por el grupo etario de pacientes de edad adulta en dicho estudio²⁴.

Dentro de los diagnósticos de ingreso de cada paciente el 23,08% estuvo relacionado a patologías neurológicas, el 17,58% a patologías infecciosas y el 16,48% a patologías cardiovasculares, correlacionando resultados con el estudio de Aníbal Pérez (2006) Salamanca-España, “El cuidador primario de familiares con dependencia” en donde refiere que las enfermedades cerebrales o neurológicas son las patologías más frecuentes (33,7%), le siguen los problemas circulatorios (17,4%) y los del Sistema Nervioso y/o Sentidos (12%)²⁵.

Se relacionó en el cuidador la presencia de síntomas asociados al cuidado del paciente, en donde astenia (cansancio, debilidad, fatiga) es el más asociado en los cuidadores con un 29,67% seguido de insomnio en el 17,59% de los cuidadores y 9,89% refieren depresión, caso contrario al estudio de Navarro y Uriostegui (2017) México, “Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos” en donde el 44% presenta como primer síntoma depresión²⁶. Y en otro estudio de Alfaro et col. (2008), México “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores” refieren que entre 46 y 59% de los cuidadores primarios se encuentran clínicamente deprimidos²⁷.

Se efectuó una valoración de los niveles de sobrecarga del cuidador, y se relacionó la sobrecarga del cuidador con el grado de dependencia física del paciente encontrando que el 38,5% de los cuidadores tienen sobrecarga intensa, seguido de 34,1% que

refieren ausencia de sobrecarga y 27,5% que refieren sobrecarga ligera; mientras que el grado de dependencia física del paciente data en que en el rango de *asistido* predominó la dependencia grave en el 10,98% de las mujeres seguido del 4,4% en los hombres y en donde severa fue de 7,7% tanto en los hombres como en las mujeres. Para el rango *válido* predominó la dependencia física ligera en un 27,47% en las mujeres y 20,87% de los hombres y moderada el 10,1% en los hombres y 9,9% en las mujeres, lo que difiere con lo encontrado en el estudio de Giraldo y Zuluaga (2018) “Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio” quienes encontraron que gran parte de los cuidadores de pacientes con dependencia permanente, no presentaron sobrecarga, esto quizá porque en su estudio tenían el acompañamiento de otras personas para el cuidado²⁸. Por otra parte, en el estudio de Rodríguez-González y Rodríguez-Míguez refieren que las cuidadoras informales de personas dependientes presentan un alto nivel de sobrecarga, sin embargo, dicho estudio el 95% de cuidadores es de género femenino, encontrando correlación con nuestra investigación²¹.

Es necesario considerar algunos aspectos y tener en cuenta que la carga de cuidado está relacionado con la dependencia física del paciente según varias investigaciones donde se ve que hay mayor sobrecarga en aquellos cuidadores que tienen pacientes con dependencia de tipo asistido, sin embargo, en nuestra investigación se encontró todo lo contrario, en donde la dependencia mayor estaba presente en cuidadores con pacientes que tenían una dependencia de tipo válido, llamando la atención, dado a ser pacientes con dependencia leve a moderada, lo cual pudiera estar influenciado por la situación epidemiológica actual, dado por la Pandemia de Coronoravirus (Covid-19) iniciada en la ciudad de Wuhan-China en Diciembre de 2019, donde posteriormente el 30 de Enero de 2020, declaró al COVID-19 una emergencia de salud pública internacional, convirtiéndose en Pandemia y decretado por la OMS el 11 de Marzo de 2020, propagándose a diferentes partes del mundo, Europa, Estados Unidos y Latinoamérica, reportando el primer caso en Venezuela el 13 de Marzo de 2020, iniciando un período de cuarentena hasta la actualidad y que hasta el momento cuenta

con 35.697 casos confirmados y 297 fallecidos. Siendo el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” Centro Centinela para los pacientes covid-19. Teniendo un impacto significativo desde todos los ámbitos, político, económico y en especial de salud, en donde los pacientes no sólo infectados por Coronavirus sino aquellos hospitalizados por otras patologías que no dejan de acontecer, agregan otra dificultad y una preocupación adicional al cuidador en la búsqueda de resolver a su enfermo y al paciente mismo. Así también lo señalan múltiples estudios actuales, incluyendo el de Samantha Brooks y Rebecca Webster (2020) En The Lancet “The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence (El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia)” en donde refieren que el impacto psicológico de la cuarentena es amplio y sustancial²⁹.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La edad promedio del cuidador primario informal fue de 44,86 años, en donde el género que predominó fue el femenino en el 74,7% del total de la muestra, siendo los hijos la gran mayoría 53,84% responsables del cuidado, en donde el 31,86% de los cuidadores son de trabajo informal, con bachillerato incompleto 42,86%, con un sueldo mayor al salario mínimo de base en 69,23% y con poca capacidad para cubrir los gastos tanto del paciente como los propios del cuidador 89,1%.

La muestra de pacientes institucionalizados, se distribuyó en su mayoría en el servicio de Medicina Interna, al presentar 66 casos representando el 72,53%; seguido del servicio de Traumatología con 15 pacientes, en un 16,48% y finalmente el servicio de Cirugía con 10 pacientes en un 10,99%.

En relación a los síntomas asociados al cuidado del paciente se evidenció que el 40,66% de los CPI afirmaron no tener ningún tipo de síntoma, sin embargo, el 30,77% de los cuidadores refieren presentar astenia, como el síntoma más asociado al cuidado del paciente, seguido de insomnio en el 17,59% de los casos, de los cuales tiene mayor prevalencia en el género femenino 14,29% que en el masculino 3,3%.

En relación al parentesco del cuidador con el paciente, se encontró que el 53,84% estaba a cargo de los hijos, seguido de 18,68% representado por los esposos, el 12,08% representado por los hermanos, el 6,6% representado por los padres (padre o madre) y 8,8% siendo representado por otros que incluyen nietos, sobrinos, primos y yernos. Así mismo, la sobrecarga del cuidador primario informal en relación al grupo etario del paciente refleja que hay sobrecarga intensa en el 38,5% de los CPI siendo la edad del paciente que producía mayor sobrecarga entre 39-58 años con un 14,3%, seguido de pacientes con edad entre 58 y 77 años con 12,1%. Sobrecarga ligera en un 27,4% de los CPI, siendo la edad más frecuente entre 58 a 77 años con 10,9%,

seguida de 39 a 58 años con 7,7% y luego mayores de 77 años con 6,6%. Ausencia de sobrecarga estuvo presente en el 34,1%.

Según la Escala de Zarit, se evidenció una alta frecuencia de sobrecarga intensa en 38,4% cuidadores primarios informal, distribuidos en 29 cuidadores de género femenino (31,9%) y 6 cuidadores de género masculino (6,6%). Asimismo el nivel de sobrecarga ligera, el cual según la Escala de Zarit se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa, se observó en el 27,5% de cuidadores primarios informal, distribuidos en 16 femeninos (17,6%) y 9 masculinos (9,9%). Finalmente, en cuanto a la Ausencia de sobrecarga, se encontró la presencia de 34,1% de CPI con predominio de género femenino en 23 cuidadores (25,3%) sobre el masculino en 8 cuidadores (8,7%) de la muestra.

En tanto al grado de dependencia física del paciente institucionalizado, se evidenció en el grado *Válido* la presencia de 63 pacientes distribuidos en la clasificación ligera (80-100 puntos), prevaleciendo con 25 personas (27,47%) de género femenino, en contraposición al género masculino en 19 casos (20,87%) y en el grado *Asistido* predominó la dependencia grave en 10,98% de las mujeres seguido del 4,4% en los hombres. Y severa en 7,7% tanto en los hombres como en las mujeres.

Por todo esto el desafío de estudio encontró la relación existente entre el grado de dependencia física del paciente con el nivel de sobrecarga del cuidador, en donde se corroboró la existencia de una asociación media entre ambas variables analizadas.

Respondiendo a la interrogante de trabajo, emergen las siguientes recomendaciones: puesto que la sobrecarga del cuidador se ve envuelto en una serie de factores que pueden dejar secuelas y daño al cuidador es importante dejar claro que existen emociones que no deberían suscitarse entre el cuidador y el paciente cuidado, como el de desarrollar un apego patológico que ponga en evidencia la capacidad del cuidador

y que afecte a todas las partes involucradas, tanto a familiares, equipo de salud, como al mismo paciente.

Por tanto en cuanto al personal de salud, específicamente el médico, debe hacer una evaluación general de cada cuidador, evaluar comorbilidades y realizar una evaluación psicológica al CPI por parte del psiquiatra. De igual forma se recomienda una comunicación tangible y eficaz con el cuidador a cargo del paciente y demás familiares dado que los resultados son mejores cuando el personal del hospital encuentra tiempo para colaborar con los cuidadores en la planificación del alta. Los cuidadores informan que se sienten más en control cuando tienen la información adecuada y menos estresados cuando creen que están adecuadamente preparados para administrar el cuidado en el hogar³⁰.

Implementar grupos de apoyo para el cuidador primario informal en las instituciones refiriendo como “Dosis de tratamiento”, en donde las intervenciones que brindan más tratamiento generalmente tienen mejores resultados. Los estudios de Mittelman son un buen ejemplo. Después de completar el programa de tratamiento básico (alrededor de seis sesiones), los participantes fueron remitidos a grupos de apoyo continuo. Los consejeros también pueden participar en sesiones de seguimiento adicionales por teléfono o en persona, de acuerdo con las necesidades del cuidador³¹.

Creación de un “Programa piloto de evaluación y seguimiento del Cuidador Primario Informal en pacientes del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde”, el cual debe ser multidisciplinario, creado en conjunto con el Servicio de Medicina Interna (valoración general y de comorbilidades) con la creación de una consulta primaria para el cuidador. Psicología y Psiquiatría (evaluación y capacidad mental), Nutrición y Dietética (estado y apoyo nutricional) y Traumatología (posturas, fisioterapia, etc.). Con el fin de detectar a tiempo las sobrecargas y corregirlas. Que sea realizado en la medida de lo posible al ingreso y durante la estancia hospitalaria.

Elaboración y distribución de un manual de bolsillo a cada cuidador llamado “¿Cómo ser un cuidador de paciente y no fallar en el intento?” el cual se entregue a cada cuidador primario informal al momento de su ingreso en la institución y que pueda utilizar en su beneficio en cualquier momento. Se anexa a este trabajo el prototipo de este manual.

Así mismo, existen unos roles de “pausas activas” o pausas saludables, pausas físicas y emocionales que van destinadas a tener un desprendimiento total del paciente y de la carga de cuidado, siendo muy funcional sobre todo para aquellas jornadas de cuidado mayor a 12 horas.

Las pausas físicas trabajan en evitar el agotamiento o desgaste físico por malas posturas, sedentarismo, o dependiendo del tipo de jornada. Tomar una pausa con intervalos de tiempo de entre 5 a 10 minutos diarios dentro de cada jornada (se recomienda realizar dos veces si la jornada supera las 12 horas diarias) y aislarse para evitar que el cuidador desarrolle un apego, o algún tipo de transmisión emocional. Alejarse del entorno de trabajo (salir a un pasillo, patio o simplemente moverse de cubículo).

Realizar una secuencia de respiraciones profundas en 4 tiempos (inhala contando hasta 4 y exhala contando hasta 4) y realizar en 3 repeticiones. Relajar el cuerpo con movimientos sueltos, incluso el paciente también puede realizar los mismo ejercicios, con movilidad localizada individual en manos pies o realizando gestos faciales. Realizar una actividad física o caminata en plano con zapatos deportivos, por lo mínimo de 20 minutos.

Las pausas emocionales van más hacia el enfoque de liberación de estrés por medio de la meditación, respiración controlada o lo que llaman soliloquio (conversación con uno mismo). Enfocar 3 pensamientos positivos (estoy mejor, todo está bien hoy, yo puedo), son ejemplos y siempre en tiempo presente.

Importante el uso del teléfono, PC o Tablet, el cual debe estar suspendido durante el intervalo de tiempo en pausa saludable, a menos que sea para uso de música. Antes de regresar a la jornada, tomar una respiración profunda mantener el aire por 8 tiempos (8 segundos) y soltar todo el aire soltando el cuerpo. Generalmente los niveles de estrés están enfocados en la atención (en el atender), saltando horas de comida y de sueño, y todo lo que "debe ser" normal en una jornada laboral, lo que se recomienda cumplir con las horas de sueño (mínimo 8 horas al día) y de las tres comidas diarias principales para que ayude a una mejor toma de decisiones.

En última instancia al realizar las pausas saludables, cada individuo pueda actuar sólo, o de hecho también puede ser funcional en pareja, y es válido compañeros de turno, no indicando que sean obligatorias, manteniendo siempre las sugerencias de optar por el alivio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23ª ed., [versión 23.3 en línea]. [consultado paciente en 05.05.2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
2. Significados.com "Paciente". [Última actualización 05.05.2016. Consultado 28 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.significados.com/paciente/>
3. Islas S. Noemí L., Ramos Bertha, Aguilar E. María G. y colaboradores. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.* v.19 n.4 México oct./dic. 2006
4. Zambrano C. Renato, Ceballos C. Patricia. Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat*, vol. XXXVI, Suplemento No. 1 / 2007
5. Javier Cid-Ruzafa, Javier Damián-Moreno. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Publica* vol.71 no.2 Madrid mar. 1997
6. Psicología-online “¿Qué es la escala de Barthel y para qué sirve?”. [Última actualización 12.12.2018. Consultado en 24 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-escala-de-barthel-y-para-que-sirve-4258.html>
7. Claudia L. Barrero, Servando García, Alejandro Ojeda. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*. Vol. 4 Núms. 1-2 Enero-Junio, Julio-Diciembre 2005.
8. Hayo Breinbauer K, Hugo Vásquez V, Sebastián Mayanz S, Claudia Guerra, Teresa Millán K. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 657-665.
9. Rois Medical “¿Qué es y para qué sirve la escala de Zarit?”. [Última actualización 27.09.2019. Consultado en 24 de junio de 2020]. Disponible en: <http://roismedical.com/escala-de-zarit/>
10. María Crespo, María Teresa Rivas. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Revista Scielo. Clínica y Salud* vol.26 no.1 Madrid mar. 2015

11. Psicología y Mente “Escala de Zarit: ¿qué es y para qué sirve este test psicológico?. [Última actualización no refiere]. Disponible en:
<https://psicologiymente.com/clinica/escala-de-zarit>
12. Emy González de Mirena, Yris Gil, Tania Younes, et al. Estrés, sobrecarga e interleuquina pro-inflamatoria (Il1) y anti-inflamatoria (Il4) en cuidadores de pacientes oncológicos. *Rev Venez Endocrinol Metab* 2015;13(2): 78-85.
13. Sánchez RT, Molina EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid.* 2016; 7(1): 1171-84.
14. Enrique Ramón Arbués, Blanca Martínez Abadía y Susana Martín Gómez. Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género. *Aten Primaria.* 2017;49(5):308-309.
15. Inocente García, Rosario Vázquez, Valentina Rivas, et al. Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horizonte sanitario/vol. 17, no. 2, año 2018.* Consultado en 06.2020 Disponible en:
<http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
16. Estefanía Arroyo, Ana Arana y Rubén Garrido. Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enferm Nefrol vol.21 no.3.* Consultado en junio 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000300002>
17. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud* 2015; 26(1):9-15.
18. Betzi Rodríguez, Francys Mármol. La sobrecarga del cuidador informal del adulto mayor desde la percepción subjetiva: propuesta de un programa de orientación para su abordaje. *Universidad de Carabobo* 2014.
19. Anaysa Rizo, Marlén Molina. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Rev Cubana Med Gen Integr vol.32 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2016.*
20. Jack Silva Fhon, Judyth Gonzales Janampa. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Perú, Av Enferm.* 2016;34(3):251-258.

21. Ana Rodríguez-González y Eva Rodríguez-Míguez. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Rev. Elsevier. Atención Primaria*, Vol. 49. Núm. 3. páginas 156-165 (Marzo 2017).
22. Yuneisi Velázquez, Ana Espín. Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40(1):3-17.
23. Valencia MC, et al. Factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario del paciente con cáncer. *Rev Calid Asist*. 2017
24. María Flores, Haydeé Fuentes. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *México Nure Inv*. 14(88) junio-julio 2017.
25. Aníbal Pérez. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. *Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina*, Mayo 2006.
26. Cristina Navarro, Lisbeth Uriostegui. Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(1):25-31.
27. Alfaro O, Morales T, Vázquez F. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(5):485-494.
28. Giraldo DI, Zuluaga S, Uribe V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. *Med U.P.B*. 2018;37(2):89-96.
29. Samantha Brooks, Rebecca Webster, Louise Smith. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. Volume 395, issue 10227, p912-920, march 14, 2020.
30. Nigolian Cynthia. Apoyando a los cuidadores familiares: Enseñar habilidades esenciales a los cuidadores familiares. *The American Journal of Nursing: noviembre de 2011 - Volumen 111 - Número 11 - p 52-58*.

31. Steven Zarit y Elia Femia. Intervenciones conductuales y psicosociales para cuidadores familiares. *American Journal of Nursing*: 09 2008. Vol 108. N° 9. p47-53.



**ANEXO N°1 UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”
CARTA INSTITUCIONAL**

Naguanagua, 12 de febrero de 2020

Ciudadano:

Dr. Luis Miguel Pérez-Carreño P.

Jefe del Departamento de Medicina Interna del HUAL

Presente.

Ante todo reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente solicito de su autorización para aplicar un instrumento de recolección de datos a los pacientes pluripatológicos hospitalizados en el servicio de Medicina interna, el cual fue elaborado con el fin de obtener información necesaria para el logro de los objetivos propuestos de la investigación titulada: **“NIVELES DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE”**. La cual es realizada como requisito fundamental para optar al título de Especialista en Medicina Interna.

Esperando su valiosa colaboración y sin otro particular a que hacer referencia, queda de Usted.

Dr. Luis Miguel Pérez-Carreño P.
C.I. V- 15.722.071

☐

Aprobado

☐

No Aprobado

ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO

Yo, _____ he leído la información proporcionada y/o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, por parte de Med. Laima Di Stasio, Residente del Tercer Nivel del Postgrado de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, decido de forma consciente voluntaria participar en este estudio titulado:

“NIVELES DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DEPENDENCIA FÍSICA DEL PACIENTE INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE”

No teniendo este hecho ningún beneficio económico ni riesgo potencial para mi salud, sin implicar complicaciones o costos personales que puedan desprenderse de dicho acto. Teniendo conocimiento de que la información que sea recogida en esta investigación se mantendrá confidencial, y que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y como participante entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento in que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

En caso del participante no saber leer ni escribir. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre y Apellido del Testigo: _____

Cédula de Identidad: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____



Huella dactilar de la participante
testigo



Huella dactilar del

ANEXO N° 3

Anexo 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
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 Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de 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 su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

ANEXO N° 4

FICHA DEL CUIDADOR			
Nombre y Apellido			
Género		Edad	
FN		Hijos	
Dirección			
Teléfono			
Ocupación			
Grado de Instrucción			
Promedio de ingresos mensuales			
Comorbilidades			
Limitaciones funcionales			
Parentesco			
Escala Zarit			

ANEXO N° 5

INDICE DE BARTHEL			
Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo/a (botella, sonda, orinal ...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
	0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos.	Puntuación Total:
	* Grave: 45 - 59 puntos.	* Ligera: 80 - 100 puntos.	
	ASISTIDO/A	VÁLIDO/A	

ANEXO N° 6

FICHA DEL PACIENTE			
Nombre y Apellido			
Género		Edad	
FN		Hijos	
Dirección			
Ocupación			
Grado de Instrucción			
Promedio de ingresos mensuales			
Comorbilidades			
Limitaciones funcionales			
Fecha de Ingreso			
Servicio que Ingresó			
Diagnósticos			
Índice de Barthel			