



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA

031955
007



**CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS Y NIVEL DE DEPENDENCIA DEL
RECEPTOR DEL CUIDADO**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
LILIANA COVARRUBIAS DELGADO**

**DIRECTORA DE TESIS:
M.A.E. ROSA MA. GUADALUPE ANDRADE CEPEDA**

OCTUBRE DE 2011



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Calidad de Vida del Cuidador de Pacientes Hospitalizados y
Nivel de Dependencia del Receptor del Cuidado

T E S I S

Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
LILIANA COVARRUBIAS DELGADO

Aprobada por el Comité de Tesis:

Directora

M.A.E. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA**

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24, 826-23-25; Fax: 826-23-26
Posgrado e Investigación: Tel/fax: 826-24-27, 834-25-45 Y 834-25-46 Administración: Tel. 834-25-47
Dirección: Tel. 826-23-27 e-mail: enfermeriauaslp.mx
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**“Calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados
y nivel de dependencia del receptor del cuidado”**

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
LILIANA COVARRUBIAS DELGADO**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO

Dra. María Candelaria Betancourt Esparza

SECRETARIO

M.A.E. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

VOCAL

Dra. Martha Graciela Segovia Díaz de León

05 DE OCTUBRE DE 2011

Agradecimientos

A Dios, por permitirme llegar aquí y guiarme en el camino.

A mi Familia, por estar conmigo y apoyarme incondicionalmente en cada una de mis metas.

A mis amigos, Diana B. Cortes Montelongo, José Luis Nuncio Domínguez y Rubén A. Parra de la Cruz, quienes con su amistad, consejos, compañía me impulsan a seguir adelante.

A cada uno de los docentes que estuvieron a lo largo de estos dos años, especialmente a mi directora de tesis, que con su ayuda, paciencia y conocimientos lograron la culminación de éste proyecto.

Gracias...

Liliana Covarrubias D.

Índice General

	Pág.
I. Introducción	1
II. Justificación	4
III. Objetivos.....	6
IV. Hipótesis.....	6
V. Material y Métodos	7
VI. Marco Teórico.....	16
VII. Resultados.....	30
VIII. Discusión	378
IX. Conclusiones	401
X. Recomendaciones	42
XI. Bibliografía.....	43
XII. Anexos.....	49

Índice de Cuadros

	Pág.
Cuadro 1 Características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Marzo-Abril 2011.	31
Cuadro 2 Características sociodemográficas de los receptores del cuidado. Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Marzo-Abril 2011	32
Cuadro 3 Niveles de calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, presentada por indicadores. Marzo- Abril 2011	33
Cuadro 4 Niveles de calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” presentada por dimensiones, Marzo-Abril 2011.....	34
Cuadro 5 Nivel de la calidad de vida del cuidador del paciente hospitalizado de acuerdo al nivel de dependencia del receptor del cuidado. Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Marzo-Abril 2011	37

Índice de Gráficos

	Pág.
Grafico 1 Niveles de calidad de vida global del cuidador de pacientes hospitalizados. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Marzo-Abril 2011.....	355
Grafico 2 Niveles de dependencia de los receptores del cuidado. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Marzo-Abril 2011.....	366

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados y su asociación con nivel de dependencia de los receptores del cuidado. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo y correlacional, con una población de 106 cuidadores de pacientes hospitalizados en un hospital público de San Luis Potosí, se aplicaron los instrumentos Calidad de Vida del Cuidador Informal (CVCI) e Índice Katz, para determinar la asociación de variables se utilizó la prueba estadística de Ji Cuadrado (χ^2). **Resultados.** El nivel de calidad de vida resultó ser alta (60.4%), sin embargo en los indicadores Relaciones Interpersonales con Familiares y Amigos calificó como media en 47.2% y 40.6%, respectivamente en la dimensión Estado Social 37.7% obtuvieron calidad de vida media y en la dimensión Estado Emocional en 20.8% fue baja; en el receptor del cuidado predominó el estado totalmente dependiente (39.6%); se encontró que no existe asociación estadística entre la calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados y el nivel dependencia del receptor del cuidado. **Conclusiones.** La calidad de vida de los cuidadores en general fue alta no obstante la afectación en los aspectos emocionales y sociales los cuales se atribuyen al tiempo y la dedicación al cuidado, sin embargo no se encontró asociación estadísticamente entre las variables, aun cuando el nivel de dependencia predominante fue de totalmente dependiente lo que representa no solo compañía sino esfuerzos físicos por parte del cuidador.

Palabras clave: Calidad de vida del cuidador, Cuidadores en el hospital

Abstract

Objective: To determine the quality of life of caregivers of hospitalized patients and its association with level of dependence on care recipients. **Methodology.** Correlational, descriptive study, with a population of 106 caregivers of patients hospitalized in a public hospital in San Luis Potosi, applied the Quality of Life instruments informal caregivers (CVCI) and Katz index to determine the association of variables was used to test χ^2 statistic. **Results.** The level of quality of life was high (60.4%), however the indicators relationships with family and friends described as average with 47.2% and 40.6% in the social status dimension were 37.7% as mean and life 20.8% dimension emotional state was low, the state prevailed totally dependent (39.6%) in recipients of care, it was found that there was no statistically significant association between quality of life of caregivers of hospitalized patients and the dependence of receptor level given the value $\chi^2 = 4.5$ $p = 0.2$. **Conclusions.** The quality of life of carers in general was high but the affectation in the emotional and social aspects is attributed to the time and dedication to the care, however it was not established an association statistically both variables, even when the level of dependency predominant was totally dependent on what represents not only company, but physical effort on the part of the caregiver.

Keywords: Quality of life of caregivers, Caregivers at the hospital.

I. Introducción

Las instituciones de salud tienen características específicas diseñadas para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades; orientadas a dar respuesta a necesidades de salud de población que la demande; el hospital es una institución de estructura administrativa compleja, que labora los 365 días del año y las 24 horas del día.¹

En estas instituciones de salud, la hospitalización constituye una herramienta básica para el manejo de pacientes de cualquier especialidad y está reservada habitualmente para pacientes con enfermedades graves o de difícil manejo, de tal manera que cuando una persona se hospitaliza, adquiere el estado oficial de "paciente", se le proporciona una identidad pública con base en sus necesidades y circunstancias personales, que por su manejo clínico en parte pierde autonomía y se vuelve dependiente al ser sometido a un conjunto de rutinas hospitalarias establecidas como: horarios de comida, higiene, alimentación y sueño, aunado a la situación de desconocimiento de la enfermedad, del régimen terapéutico, de modo que alteran el ritmo de vida.^{2,3}

De manera que el hospital para un paciente se convierte en un nuevo entorno de atención en donde debe asumir nuevas normas, valores y símbolos, que implica un cambio en la vida cotidiana, tanto física como mental, para sobre llevar este período, está normada la presencia del acompañante que en este estudio se le denominó "cuidador", definido como la persona, familiar, cónyuge, amigo o vecino que proporciona apoyo y cuidado a la persona enferma hospitalizada; este apoyo es considerado de gran importancia para superar el miedo y la inseguridad que implica cualquier enfermedad.^{4,5,6}

Es por ello que durante la hospitalización la presencia del cuidador, está controlada por el horario de visita o de permanencia hasta 24 horas; el tiempo es determinado, por el estado de salud y dependencia del paciente. En estudios sobre éste tema han reportado que durante la estancia de hospitalización realiza actividades tendientes a satisfacer las necesidades básicas como: alimentación, movilización, apoyo en la eliminación, hidratación, higiene, entre otras, así colaborar en las medidas terapéuticas tales como: aplicación de medicamentos tópicos, colocación de nebulizaciones, vigilancia de oxígeno y de la venoclisis; también se ha señalado que brinda apoyo emocional, creando sentimientos de tranquilidad y seguridad hacia el paciente, así mismo es un vínculo de comunicación entre los familiares y el equipo de salud.^{7,8,9,10,}

Es importante destacar que la aportación de los cuidadores al cuidado, se caracteriza por no ser institucionalizado, no remunerado y no tiene límites de tiempo, es por ello que cuando la enfermedad se prolonga el cuidado de igual manera y se ha señalado en varios estudios que este puede presentar repercusiones en el cuidador a nivel físico, emocional y social.^{11,12,13}

Razón por la que algunos cuidadores buscan una red social generalmente constituida por la familia que una de sus funciones básicas es la formación y la protección física y emocional de sus miembros al constituir un intercambio que se produce en el cuadro de las relaciones interpersonales familiares, favorece la autoestima el sentido de pertenencia.^{14,15}

Contrariamente se ha reportado que por el aislamiento social que representa la hospitalización se ve afectado las relaciones familiares y sociales del cuidador al limitar las relaciones entre los familiares ya que se restringen las horas de visita, y el cuidador es el vínculo de comunicación entre el paciente, el resto de familiares y con el personal de salud.¹³

Desde esta perspectiva y por la trascendencia de la contribución de los cuidadores en el ámbito de la hospitalización, esta investigación tuvo como propósito brindar datos sobre la calidad de vida de los cuidadores de pacientes hospitalizados y su asociación con el nivel de dependencia de los receptores del cuidado a fin de que los resultados apoyen a los administradores en enfermería en la toma de decisiones y hacer visible la presencia del cuidador en el hospital.

II. Justificación

Cualquier persona que visite los servicios de hospitalización se encontrará con la figura del cuidador especialmente al lado de aquellos pacientes con algún tipo de dependencia física los cuales requieren de una persona que les apoye en las actividades encaminadas a su bienestar.

La hospitalización representa una experiencia única e inesperada tanto para las personas enfermas como para los familiares que apoyan al cuidado, lo que conlleva alteraciones en la vida diaria de los cuidadores por la dinámica propia del hospital, la comunicación con los familiares en algunas ocasiones se torna insuficiente de tal forma que la relación que lleva el receptor del cuidado es únicamente a través de la persona cuidadora volviéndose éste el apoyo principal.¹

Por su importancia en el cuidado en Canadá se ha mencionado que los cuidadores no remunerados le ahorran al sistema de salud más de cinco millones de dólares anuales, lo que representa un beneficio para las instituciones hospitalarias, de igual manera en Estados Unidos se ha reportado que los cuidadores permiten un ahorro anual de 257mil millones de dólares al presupuesto gubernamental.¹⁶

En México no se ha estudiado el costo beneficio de este tipo de cuidado, solo se ha reportado el perfil del cuidador, así como el tipo de actividades que realiza en el hospital, resultados que tienen similitud con estudios realizados en España, otro aspecto estudiado del cuidador es en el ámbito domiciliario específicamente cuidadores de enfermos crónicos o con afecciones de salud mental.^{13,17}

Sin duda la colaboración del cuidador es determinante ya que asume la responsabilidad del cuidado sobre todo en los pacientes con problemas crónicos, las investigaciones al respecto ponen de manifiesto que el cuidado informal tradicionalmente recae en las mujeres, esposas, hijas o hermanas, que dejan

hogar e hijos, trabajo, por lo que se ha destacado que esta función de cuidados tiene dos características: primero es ilimitada en tiempo, y la segunda es que no es remunerado, aunado a que tiene que adaptarse al espacio y ambiente del hospital, que en estudios cualitativos, los cuidadores han expresado que no tienen condiciones favorables ya que su lugar en el hospital se reduce a una silla al lado del paciente, además en salas generales, el ruido por llanto o quejidos de otros enfermos y olores, no les permite descansar o comer.^{12,18,19}

Estos aspectos aunados a lo que representa la hospitalización al ser un acontecimiento estresante en la vida de la familia, por enfrentar la posibilidad de perder a uno de sus miembros, le acarrea sentimientos duales; positivos por la satisfacción por el cuidado del ser querido y negativos por las condiciones medio ambientales y sobrecarga de actividades para el cuidado realizadas en el hospital; situaciones que en ocasiones acarrea impotencia y tristeza, de tal forma que en ocasiones se genera una fuerte codependencia de la persona cuidada, con el cuidador convirtiéndose en la voz, manos y pies del enfermo.^{20,21.}

Se sabe que la enfermedad afecta tanto al paciente como a su cuidador principal, de tal forma que cuando el cuidado es continuo, se reconoce que hay sobrecarga del cuidador o cansancio de rol de cuidador que inicia durante la hospitalización.²²

En este trabajo se reportan los hallazgos sobre el nivel de calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados y la asociación con el nivel de dependencia del receptor del cuidado a fin de que los resultados de este estudio podrán sumarse como una fuente de datos estructurada para las estrategias de los administradores de los servicios de enfermería en relación a la mejora de la atención de los pacientes en situación de dependencia.

III. Objetivos

Objetivo General

- Determinar la calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados y su asociación con nivel de dependencia de los receptores del cuidado.

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes hospitalizados y los receptores del cuidado.
2. Conocer el nivel de calidad de vida de los cuidadores de pacientes hospitalizados.
3. Conocer el nivel de dependencia de los receptores del cuidado.
4. Establecer la asociación entre la calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados y el nivel de dependencia de los receptores del cuidado.

IV. Hipótesis

- **Hipótesis de Investigación (H_1)**

Existe asociación entre la calidad de vida del cuidador de paciente hospitalizado y el nivel de dependencia del receptor del cuidado.

- **Hipótesis Nula (H_0)**

No existe asociación entre la calidad de vida del cuidador de paciente hospitalizado y el nivel de dependencia del receptor del cuidado.

V. Material y Métodos

Tipo de estudio

De enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional.

Límites de Tiempo y Espacio

Fue realizado en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" en la ciudad de San Luis Potosí en el período de septiembre 2010 a septiembre 2011

Universo

Cuidadores de Pacientes Hospitalizados del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto".

Población

Conformada por 106 cuidadores de pacientes hospitalizados, en el área de Cirugía (Hombres y Mujeres), Medicina Interna (Hombres y Mujeres) seleccionados por un muestreo no probabilístico por conveniencia o dirigido, que cumplieron con los criterios de inclusión y que dieron su consentimiento informado por escrito.

Criterios de Inclusión

- Cuidadores de pacientes hospitalizados que contaron con mínimo de 8 días de estancia.
- Cuidadores de ambos sexos.
- Cuidadores que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Cuidadores que recibían retribución económica.

Criterios de Eliminación

- Cuidadores que decidieron abandonar el estudio.
- Cuidadores a los que en el momento del estudio su receptor de cuidado contaran con alta voluntaria o trasladado a otra unidad hospitalaria.
- Cuidadores de pacientes que fallecieron en el transcurso del estudio.

Criterios de inclusión para receptor del cuidado

- Todos los receptores independientemente de su diagnóstico médico.
- Todos los receptores que cuenten con un cuidador.

Variables de estudio

- Calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados.

Para este estudio la calidad del vida del cuidador de pacientes hospitalizados se define como la percepción que el cuidador tiene, de su posición en la vida en el contexto de la cultura y del sistema de valores, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones abarca la salud física, estado emocional, las relaciones sociales y las modificaciones del entorno.

- Nivel de dependencia del receptor del cuidado.

El nivel de dependencia del receptor del cuidado es la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad que se considera normal de la vida diaria (asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), así como participar en la movilidad.

Unidad de Análisis

- Cuidador del paciente hospitalizado.

Unidad de Observación

- Calidad de vida del cuidador del paciente hospitalizado.
- Nivel de dependencia del receptor del cuidado.

Descripción de instrumentos

Se utilizó el instrumento *Calidad de Vida del Cuidador*, diseñado en el 2009 por MAAE. Laura Trejo Morales con una confiabilidad sustentada con un alpha de Cronbach de 0.78, considerada como aceptable,²³ en él se abordan las características sociodemográficas del cuidador y del paciente o receptor del cuidado y la calidad de vida del cuidador (Anexo 1) el instrumento consta de 4 dimensiones, 10 indicadores y 35 ítems, distribuidos de la siguiente forma.

Instrumento Calidad de Vida del Cuidador de acuerdo a dimensiones, indicadores e ítems.

Dimensión	Indicador	No. de ítems
Estado físico	Percepción de salud	2
	Síntomas de enfermedad	4
	Cambios fisiológicos	7
Estado emocional	Tristeza	4
	Temor	2
Estado social	Relaciones interpersonales con familiares	4
	Relaciones interpersonales con amigos	2
	Relaciones interpersonales con pareja sentimental	3
Modificaciones del entorno	Trabajo	4
	Modificaciones en el entorno	3

Medido con una escala de tipo ordinal tipo Likert con las siguientes opciones de respuesta:

- 1) Siempre 2) Casi siempre 3) Algunas veces 4) Nunca

Para medir el nivel de dependencia se utilizó el Índice Katz²⁴ es un instrumento que evalúa seis actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, uso del sanitario, movilidad, mantener la continencia y alimentarse. Este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal, las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico.

El índice de Katz²⁵ (Anexo 2) está validado con una confiabilidad sustentada con un alpha de Cronbach de .905

Prueba Piloto

El protocolo de esta investigación obtuvo el aval del Comité Académico de la Maestría en Administración de la Atención de Enfermería, fue registrado en la Unidad de Posgrado, y se solicitó el campo clínico en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, en donde fue autorizado por el Comité de Investigación del Departamento de Enfermería, (Anexo 4) se procedió a establecer coordinación con los jefes de piso de los servicios de Cirugía (Hombres y Mujeres), Medicina Interna (Hombres y Mujeres) en donde se aplicó la prueba piloto a 20 cuidadores los cuales fueron los informantes de ambas variables, y que se encontraron en el periodo comprendido en los meses de Marzo–Abril del 2011, en los turnos matutino y vespertino.

Como resultado de la prueba piloto se hicieron modificaciones en la redacción de dos preguntas, porque inducían la respuesta, aspecto en el instrumento y en la base de datos.

Procedimiento para la recolección de datos definitivos

Posterior a la evaluación de la prueba piloto, se precedió a la recolección definitiva de los datos, para lo cual nuevamente se estableció coordinación con los jefes de piso de los servicios de medicina interna (hombres y mujeres) y cirugía (hombres y mujeres) del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” quienes proporcionarían el censo de pacientes cada tercer día (lunes, miércoles y viernes) durante el período establecido para esta actividad en los turnos matutino y vespertino respectivamente.

Una vez identificados a los cuidadores que cumplían con los criterios de inclusión, se les pidió consentimiento informado (Anexo 3) mismo que firmaron; los instrumentos “Calidad de Vida del Cuidador Informal” e “Índice Katz” fueron aplicados al cuidador empleando la técnica de entrevista, llevado a cabo fuera de la sala del paciente, se leyeron de forma individual a los cuidadores y se marcó la respuesta que ellos emitieron, el tiempo de aplicación de los instrumentos fue de 20 a 25 minutos.

Procesamiento de Datos

Para las características sociodemográficas de los cuidadores se utilizó estadística descriptiva en frecuencias absolutas y relativas.

De igual manera para los niveles de calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados estimados por indicadores, dimensiones y global se utilizó estadística descriptiva en frecuencias absolutas y relativas.

Para ponderar la calidad de vida por indicadores se sumaron el número de ítems contenido en cada uno de ellos, posteriormente el resultado se multiplica por 1 como probabilidad de calidad de vida baja y por 4 con la probabilidad de calidad de vida alta, enseguida se dividió entre los tres que son los rangos que se establecieron como calidad de vida alta, media y baja.

Ponderación de la Calidad de Vida según Indicadores

Indicador	No. Ítems	Rango de Ponderación	
Percepción en salud	2	Alta	7-8
		Media	5-6
		Baja	2-4
Síntomas de enfermedad	4	Alta	13-16
		Media	9-12
		Baja	4-8
Cambios fisiológicos	7	Alta	21-28
		Media	14-20
		Baja	7-13
Tristeza	4	Alta	13-16
		Media	9-12
		Baja	4-8
Temor	2	Alta	7-8
		Media	5-6
		Baja	2-4
Relaciones Interpersonales con familiares	4	Alta	14-18
		Media	9-13
		Baja	4-8
Relaciones interpersonales con amigos	2	Alta	8-10
		Media	5-7
		Baja	2-4
Relaciones interpersonales con la pareja sentimental	3	Alta	9-12
		Media	6-8
		Baja	3-5
Trabajo	4	Alta	13-16
		Media	9-12
		Baja	4-8
Modificaciones en el entorno	3	Alta	9-12
		Media	6-8
		Baja	3-5

Para determinar la calidad de vida por dimensiones, se estimó la suma de los indicadores y se elaboró el siguiente rango de ponderación el cual se determinó a partir de multiplicar por 1 para determinar el puntaje más bajo y por 4 para el nivel de calidad de vida más alto.

Ponderación de los niveles de calidad de vida según dimensiones

Dimensión	Ponderación	
Estado físico	Alto	40-52
	Medio	27-39
	Bajo	13-26
Estado emocional	Alto	19-24
	Medio	13-18
	Bajo	6-12
Estado social	Alto	27-36
	Medio	18-26
	Bajo	9-17
Modificaciones del entorno	Alto	21-28
	Medio	14-20
	Bajo	7-13

Para obtener la calidad de vida global, los 35 ítems se multiplicaron por 4 que corresponde a calidad de vida alta. Posteriormente se dividió entre 3 que es el número de rangos que se establecieron (alto, medio, bajo) quedando de la siguiente manera:

Ponderación Global de Niveles de Calidad de Vida

Calidad de Vida Global
Alta 106-140
Media 71- 105
Baja 35-70

Nivel de dependencia del receptor del cuidado.

El nivel de dependencia de los receptores del cuidado fue procesado a través de estadística descriptiva en frecuencias absolutas y relativas, obtenidas de la suma de cada uno de los indicadores los cuales tienen una calificación que va de dependiente =10, moderadamente dependiente =5 y dependencia total = 0 y se especificó la siguiente clasificación:

Ponderación de los Niveles de Dependencia

Ponderación	Niveles de Dependencia
Menor a 10	Dependiente
De 15 a 25 puntos	Dependencia moderada
De 30 a 40 puntos	Dependencia leve
De 45 a 60 puntos	Independiente

Para la prueba estadística de hipótesis y buscar la asociación entre la calidad de vida del cuidador y el nivel de dependencia del receptor del cuidado, se utilizó la prueba estadística de Ji cuadrado (X^2).

Este procesamiento se apoyó el paquete estadístico Statistical Package For the Social Sciences (SPSS) Versión19 para Windows y Microsoft Excel 2010.

Consideraciones Éticas y Legales

El presente estudio se basa en los lineamientos dispuestos en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987 Últimas reformas publicadas DOF 10-06-2011)²⁶. En su Título Quinto, Investigación para la salud, Capítulo Único (Artículo 100, fracciones IV, V).

Se contó con el consentimiento por escrito de los sujetos en quienes se realizó la investigación (Anexo 3). Se le explicó en qué consistió el estudio y cuáles son los objetivos del mismo. Antes de que los participantes en el estudio dieran respuesta al instrumento, se especificó que no existía riesgo alguno y que su participación sería voluntaria, por lo que tenía la libertad de retirarse del estudio si así lo deseaba.

La presente investigación se llevó a cabo en un hospital de segundo nivel contando con vigilancia y consentimiento de las autoridades sanitarias correspondientes.

VI. Marco Teórico

6.1 Generalidades del Cuidado

6.1.1 Concepto

Los seres humanos de diferentes culturas en el mundo han cuidado y siguen cuidando la mayor parte del tiempo. Sin cuidado, según Leonardo Boff “el ser humano deja de serlo, si no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano se desestructura, pierde el sentido y muere”.²⁷

Cuidado (del latín *cogitatus*) se refiere a la solicitud y atención para hacer bien algo y a la acción de cuidar. Según la Real Academia Española también denota estar obligado a responder por aquello que es objeto del cuidado, pese a que el objetivo fundamental del cuidado es la vida, se debe partir de una filosofía de cuidado que acepte la muerte como proceso natural y componente de la vida. De tal modo que el cuidado no se enfoca a un determinado elemento. Según Martín Heidegger “*el cuidado, en su sentido más general, requiere no sólo de cuidarse a sí mismo, sino también cuidar de los demás y del medio o espacio circundante en el cual se vive*”, mientras que en el ámbito de la salud “*el cuidado le muestra al profesional de la salud que su labor depende de un análisis preliminar de su voluntad, puesto que se trata de determinar si su querer es dedicarse al cuidado del otro, el cuidado adquiere un carácter ético, de labor profesional, que se encamina a propiciar el cuidado que se quisiera para sí mismo*”²⁸

6.1.2 Tipos de cuidado proporcionado

El cuidado es considerado una respuesta personal, es una acción específica que representa una intención de curar, surgida de un deseo consiente de hacerlo²⁹ cuidar, como la actividad dirigida a hacer algo por alguien, cuando éste no pueda hacerlo solo, es en particular aquello relacionado a sus necesidades básicas y educación para la prevención de la salud, con el propósito de mejorar su calidad

de vida, para Zabalegui³⁰, los tipos de cuidado proporcionado se centran en cuatro categorías:

Soporte emocional, representa el sentimiento personal del ser humano, crea un espacio de escucha, seguridad y apoyo en el que las personas puedan expresarse libremente. Este tipo de cuidado incita a las personas a encontrar herramientas en ellas mismas con las que poder superar las diversas dificultades que se presentan en la vida: situaciones de estrés y ansiedad, falta de autoestima, autocontrol. El sistema informal es la más influyente en el estado emocional del cuidado puesto que parte de las personas que lo configuran están vinculadas afectivamente a éste, familia, amigos, vecinos y son quienes prestan mayor apoyo.

Servicios básicos, que a su vez se divide en dos tipos de servicios básicos, en primer lugar las actividades básicas de la vida diaria (AVD), entre las que se encuentran, dar la comida, bañar, ayudar con la movilidad, la eliminación, suministrar medicación y tratar las úlceras y heridas; en segundo lugar, se encuentran las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), tales como cocinar, limpiar la casa, usar el teléfono, lavar la ropa y planchar.

Actividades de preservación de la salud. Es un tipo de cuidado que se centra en las actividades que intentan fomentar la salud de los individuos, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria.

Es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del ser humano, actuando como gestor y coordinador de casos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Soporte económico. Es un apoyo que se brinda a las personas con escasos recursos, determinadas ayudas pueden estar ligadas a prestaciones técnicas, esto

es el pago de transporte con el fin de posibilitar el desplazamiento a las personas dependientes, ayudas para el pago de alimentos, o el pago de los medicamentos.

Este tipo de apoyo se puede clasificar de diversas maneras y en función de la regularidad con que se pagan pueden ser:³¹

Periódicas: su cobro es regular, cada determinado período de tiempo (cada mes, trimestre, etc).

No periódicas: se pagan de una sola vez.

Sin embargo existen ayudas económicas brindadas por la misma familia o del grupo social al cual pertenece esto representa, en muchos de los casos un deshago cuando la persona cuenta con los recursos mínimos para cubrir sus necesidades y las de la persona dependiente.

6.1.3 Cuidado en situación de Hospitalización

La enfermedad crónica es un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, lo que causa deterioro físico, mental o ambos, en la que el individuo enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de una enfermedad, ser sometido a una cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo o bien, incapacidad física; estos hechos sumergen a la persona y a las que se encuentran a su alrededor en un estado general de desorganización.²

El proceso crónico, es un término que engloba las enfermedades de larga duración, las cuales se asocian con un grado de incapacidad o dependencia y tienen diferentes repercusiones sobre la persona, la familia y la comunidad a la cual pertenece, estos problemas generalmente requieren de múltiples fuentes de cuidado y apoyo, situación que se acentúa al momento de la hospitalización ya que en el desarrollo de la enfermedad el punto de interés se centra en la interacción entre ésta, el individuo, la familia y el sistema biopsicosocial.³²

6.2 Cuidador

6.2.1 Tipos

Sistema Informal

Los cuidadores, integran lo que se denomina Sistema Informal de Cuidados de Salud, y se han agrupado aquellos cuidados que son prestados por familias, amigos, vecinos o compañeros de trabajo estas personas se encargan habitualmente de brindar apoyo a las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio y sin limitaciones de tiempo.²

Estos cuidadores cuentan con un conjunto de destrezas y capacidades para realizar acciones de ayuda y cuidado.^{30,33}

Mayeroff lo define de la siguiente manera: *"es el que involucra un reconocimiento del otro como un algo con necesidades únicas. Implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas y debilidades, y lo que refuerza su bienestar"*

Sistema Formal

Está conformado por el sistema de salud, estos cuidadores son representados por el personal asistencial, médicos, enfermeras y las propias instituciones sanitarias comprenden una gama de acciones, desde la gestión de los servicios hasta la provisión directa del cuidado durante el ingreso del paciente. Estos cuidadores se caracterizan por tener un conocimiento formal basado en normas, reglamentos, leyes y procedimientos. Se considera que el sistema formal aporta solo una pequeña parte de las necesidades de cuidado de las personas ya que se enfoca en curación mientras que el realizado por el cuidador informal se enfoca en vigilancia y apoyo al receptor.³⁰

Quero Rufián considera que en el marco de los cuidados domésticos, éstos se amplían, extienden y trasladan al entorno hospitalario y el cuidador familiar se convierte en cuidador hospitalario, de esta forma se produce la unión entre el

sistema informal y el sistema formal, ambos conviven y comparten el mismo espacio.³⁴

6.2.2 Perfil del cuidador

De acuerdo con la literatura se menciona que el perfil de cuidador es mujer en la mayoría de los casos, con una edad media de 50 años, amas de casa y con nivel escolar diverso, tiene sus raíces en el sistema familiar ya que destacan esposas, madres e hijas. En algunos casos la responsabilidad del cuidado es compartida con alguna persona cercana amigo, vecino o miembro de la familia. Los cuidadores tienen dedicación de tiempo significativo, y esto se suma a otras actividades y cargas dentro y fuera de la familia, con relaciones sociales limitadas que a lo largo del período de hospitalización se debilitan y estos cuidadores pueden llegar al aislamiento.¹²

Sin embargo el cuidador crea un vínculo al asumir las responsabilidades del cuidado de un ser querido, especialmente si éste enfrenta un proceso de cronicidad, y participa en la toma de decisiones de su cuidado. El cuidador realiza, supervisa o apoya las actividades de la vida diaria del receptor del cuidado.

6.2.3 Actividades del cuidador

El tipo de cuidados así como las actividades que realiza el cuidador depende de las características y nivel de dependencia del receptor del cuidado, de la relación y la edad de ambos así como de la disponibilidad del cuidador para realizar el cuidado

Cuidador es la persona encargada de ayudar al paciente hospitalizado en las necesidades básicas de la vida diaria, estas se definen como aquellas actividades orientadas hacia el cuidado propio del cuerpo e interactuar con el entorno, enlistadas de la siguiente manera:

- Apoyo para bañarse, ducharse, que incluye enjabonado, y secado de las partes del cuerpo; mantenimiento de la posición de baño y desplazamiento hacia el lugar de reposo.
- Arreglarse, selección de vestido y accesorios adecuados al momento del día, al clima, a la ocasión; vestirse y desvestirse de una forma secuencial: abrocharse, ajustarse el vestido y calzado, ponerse y quitarse dispositivos personales, prótesis u órtesis.
- Alimentación capacidad para mantener y manipular comida y líquidos en la boca e ingerirlos. Proceso de colocar, preparar y conducir la comida y los líquidos desde el plato o vaso a la boca.
- Apoyo para la movilización, moverse desde una posición, o lugar a otro, ya sea la movilidad n cama, silla, silla de ruedas así como desempeñar la deambulaci3n.
- Dispositivos para el cuidado personal, uso, limpieza y mantenimiento de instrumentos de cuidado personal, tales como audífonos, lentes de contacto, lentes, órtesis, prótesis, equipamiento adaptado y anticonceptivos.¹⁴

Estas actividades, en las personas hospitalizadas son vigiladas y apoyadas por los cuidadores, como lo señala López en el 2009, donde destaca que las actividades más realizadas por los cuidadores tienen que ver con una dedicaci3n exclusiva en el acompa1amiento, la vigilancia en la toma de medicamentos, y apoyo en las necesidades de alimentaci3n, excreci3n e higiene.³⁵

6.2.4 Impacto del cuidado en el cuidador

La vida de los cuidadores cambia y es necesario hacer reorientaciones que permitan al cuidador tambi3n llevar una vida que le garantice ser y hacer lo que le gusta, sin embargo existen algunos problemas identificados como son:

- El cuidador y el paciente desarrollan una relaci3n muy estrecha quedando excluido el resto de los miembros de la familia
- Abandono de las propias necesidades del cuidador, lo que aumenta el cansancio y la situaci3n se vuelva m3s difícil y estresante.

- Sobreprotección del enfermo, tratándolo como un minusválido físico o mental.
- Aislamiento social. Ya que las familias con un paciente en situación de hospitalización tienen menos tiempo para las relaciones sociales.

El cansancio del cuidador suele estar presente en casi 50% de los cuidadores estando asociado con la incapacidad física y con el nivel cognoscitivo del cuidador.³⁶

En el medio hospitalario, es común en los cuidadores el cansancio físico y el sentir que su salud no es la misma, acuden más al médico y tardan más en recuperarse, tienen dificultad de realizar ciertos movimientos, y se incrementa el riesgo de padecer enfermedades.³⁷ El cuidador se ve expuesto a una elevada carga física y psíquica ante la que es fácil que presente un patrón disfuncional y esto afecte su calidad de vida. Si no se le garantiza una aceptable calidad de vida al cuidador, puede verse debilitado en el papel que desempeña.³⁸

Por lo que cuidar de una persona dependiente tiene un impacto en distintas esferas de la vida, como lo son el bienestar físico y emocional, a nivel familiar, racional y materias, esferas que se relacionan y están influidas por factores personales y del entorno.

6.3 Calidad de Vida

6.3.1 Definición

La calidad de vida es el concepto que surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas, es decir, las condiciones de vida, como la salud, consumo de alimentos, seguridad, tiempo libre o derechos humanos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y

el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones".³⁹

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían en cada persona, grupo social y lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien" incorpora la posibilidad de que la persona sea gestora de la satisfacción de sus necesidades básicas. Marín Sevilla, considera que la calidad de vida depende de la situación funcional, del grado de comodidad y del nivel de autoestima de la persona. Por otro lado Canam C. y Acorn S. Se refieren a la calidad de vida como el bienestar psicológico entendido como la satisfacción con la vida, metas alcanzadas y felicidad; bienestar físico que incluye la realización de las actividades de la vida diaria, el apetito y el sueño, el bienestar social e interpersonal, el bienestar financiero y material.^{40,41,42}

De la Cuesta, describe como el hecho de cuidar a una persona dependiente afecta negativamente la salud física y mental del cuidador, así mismo altera sus relaciones sociales y su situación financiera, señala que el ser cuidador expone a la persona a sufrir dificultades económicas y lo hace vulnerable al aislamiento y la exclusión social afectando así su calidad de vida.⁴³

6.3.2 Dimensiones de calidad de vida

La calidad de vida es un modelo que integra las condiciones objetivas de vida, la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida y los valores personales. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del cuidador especialmente cuando se dedica al cuidado de personas con algún tipo de dependencia física.⁴⁴ La calidad de vida evalúa una amplia gama de dimensiones, con el fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La

importancia de esta medición permite destacar el estado funcional que refleje su estado físico, emocional, social y las modificaciones del entorno.

- a) Estado físico, Entendido como la percepción del estado físico o la salud, como ausencia de enfermedad, lesiones y dolores previos o como consecuencia del cuidado, los cuales están directamente relacionados con las cargas y esfuerzos físicos que implican las movilizaciones de la persona en situación de dependencia. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Se ha señalado que entre los problemas físicos más frecuentes como consecuencia del cuidado aparecen los problemas osteomusculares, sobre todo en espalda, brazos y hombros que suelen ser de tipo crónico.⁴⁵

- b) Estado emocional, hace referencia a la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

La literatura señala que los cuidadores asimilan la tarea de cuidar como una obligación moral, y algunas ocasiones se acentúa el sentimiento de culpa causado por una sensación de insuficiencia con relación a los cuidados que proporciona o por la enfermedad que padece la persona dependiente⁴⁵

- c) Estado social, Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

El apoyo que reciben los cuidadores es uno de los factores que influyen en la calidad de vida del mismo ya que los cuidadores se sienten apoyados y acompañados en el proceso, lo que hace que la carga sea menor.

- d) Modificaciones del entorno, La adaptación al entorno representa uno de los principales elementos que puede paliar o mitigar el grado de dependencia de las personas. Este concepto engloba todas aquellas modificaciones que se pueden acometer en el ambiente físico que rodea a la persona y que le permiten la realización de las actividades cotidianas.

El ser cuidador, especialmente de personas con algún nivel de dependencia, tiene consecuencias en el bienestar y a su vez afectan la calidad de vida del mismo, sin embargo las consecuencias en la calidad de vida no son iguales para todos los cuidadores, ya que se ven acentuadas o atenuadas en función de los elementos mediadores propios o externos del cuidador, como lo son los recursos psicológicos, sociales o económicos con los que cuenta.⁴⁵

6.4 Nivel de dependencia del receptor del cuidado

6.4.1 Definición

La dependencia, desde 1998 es definida por el Consejo de Europa como: “El estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria”, mientras que la OMS, en su clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación la define como: “la restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal; entre las actividades observadas se encuentran las actividades de la vida diaria (asearse, vestirse, comer y beber y cuidar del propio bienestar), preparar la comida y cuidar de la vivienda, así como participar en la movilidad”.⁴⁶

La deficiencia y el origen de la discapacidad definen el grado de dependencia de una persona. Esta dependencia se manifiesta en las actividades cotidianas, de alimentación, higiene, comunicación y traslado y emplea los siguientes términos para describir sus consecuencias: a) *deficiencia*, es la pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica (en los niveles de órgano y función), b) *discapacidad*, es toda restricción resultado de una deficiencia, de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse, o comprender; y c) *minusvalía*, es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal.

6.4.2 Actividades de la Vida diaria

El índice Katz surge en 1956 con el fin de delimitar y definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera, es probablemente la escala más utilizada. El Índice de dependencia en las Actividades de la escala de la vida diaria desarrollado por Sydney Katz es uno de los más utilizados, fue publicado por primera vez en 1963.²⁴

Mide dependencia de otros y pretende ser jerárquica, permitiendo categorizar en niveles de dependencia. Considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad.

Valora seis funciones básicas (baño, vestido, uso del sanitario, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación).¹⁵

Inicialmente se basaba en la observación directa del paciente por el personal sanitario durante las dos semanas previas a la evaluación. Actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de sus cuidadores.

El índice Katz_ tiene confiabilidad sustentada en un Alpha de Cronbach de .90 la concordancia con otros test de Actividades de la Vida Diaria es alta. Además es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados así como la eficacia de los tratamientos.²⁵

Estudios Relacionados:

García-Calvente¹⁰ realizó un estudio en el 2006 con el objetivo de analizar la distribución del papel de cuidadores entre hombres y mujeres y sus consecuencias respecto a su calidad de vida, ésta investigación pone de manifiesto el predominio de las mujeres como cuidadoras informales, se trata de una revisión sistemática de las bases de datos MedLine, PubMed, Scielo, ISOC e IME así como datos de estudios realizados por la autora sobre cuidadores informales en Andalucía.

Señala que la calidad de vida de las mujeres se ve afectada principalmente por el uso de tiempo para esta actividad, en Andalucía cerca del 50% de los cuidadores entrevistaron reportaron consecuencias negativas en su propia salud debido a la alta dedicación a los cuidados lo que conlleva restricciones en la vida familiar y social disminuyendo así el cuidado a la propia salud al hacerse cargo de un familiar dependiente.

Giraldo M.⁴⁷ en el 2006 realizó un estudio etnográfico en Colombia, sobre la calidad de vida de los cuidadores familiares cuyo objetivo fue describir, cómo podría estar afectada la calidad de vida de los cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia funcional, como consecuencia del desempeño del rol del cuidador, según su percepción. Los resultados de esta investigación muestran las principales consecuencias del rol del cuidador, en los que destacan el olvido de sí mismo, soledad, aislamiento social, la sobrecarga del trabajo habitual, deterioro de su salud física y mental. Por otra parte los cuidadores manifestaron sentirse satisfechos con el deber cumplido, sentirse útiles, poder retribuir a alguien que le

aporto algo significativo durante su vida y los aprendizajes que adquirieron sobre el mundo del cuidado.

William M⁴⁸ en el 2009 elaboró un estudio descriptivo con la finalidad de evaluar la calidad de vida de los cuidadores de ancianos institucionalizados en la ciudad de Pereira, Colombia, en cuanto a los cuidadores hombres reportó que 50% se encuentran en un nivel bajo; 40% en un nivel medio y solo el 10% en un alto nivel, respecto a las mujeres 32.2% de las cuidadoras presentaron un nivel bajo de calidad de vida, 39% un nivel medio y 28.8% un alto nivel, destaca que la calidad de vida como concepto multidimensional afecta principalmente los aspectos físicos y psicológicos del cuidador, por lo que el cuidado a los ancianos influye de manera negativa en la vida de los cuidadores

Flores ML.¹² en el 2002 realizó un estudio cualitativo en Granada, con el objetivo de conocer la calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia. Destaca el perfil del acompañante el cual corresponde a una mujer entre 50 y 60 años, esposa del enfermo ingresado, de procedencia rural, el sueño y los momentos de descanso tienen lugar al lado de la cama del enfermo, en un sillón. La mitad de los acompañantes reciben información sobre los cuidados del enfermo por parte del personal de enfermería y refieren problemas debido a timidez, vergüenza o miedo. Todos participan en el cuidado del enfermo y creen que su ayuda es necesaria ya que se encargan de actividades específicas.

En este estudio los acompañantes manifestaron que su calidad de vida es en términos generales satisfactoria, mientras que desde el punto de vista del autor como observadores se considera baja ya que prácticamente todos hablan de preocupación, cansancio o sentimientos de soledad y desprotección y destaca la importancia de permanecer junto al paciente el mayor tiempo posible para sentirse seguro tanto uno como el otro.

Andrade C⁴⁹. En el 2010 en un estudio exploratorio, describe el apoyo de enfermería en las actividades que realiza el cuidador informal del paciente hospitalizado y el nivel de dependencia del paciente, aplicó el Inventario de Actividades del Cuidador Informal y el Índice Katz de dependencia a 120 cuidadores informales, en dos instituciones de salud. En cuanto al nivel de dependencia del paciente reportó que 34% contaban con dependencia leve, 29.2% eran totalmente dependientes y 17% tenían un nivel de dependencia moderado, mientras que de las actividades que realiza el cuidador 52.26% son relativas a satisfacer las necesidades fisiológicas como la alimentación. Destaca, que las enfermedades crónicas producen una discapacidad paulatina e irreversible por lo que se necesitan cuidados en la misma proporción para asegurar la calidad de vida con el mayor grado de independencia posible, por lo que la hospitalización es el espacio ideal para la capacitación al cuidador.

VII. Resultados

Los resultados de este estudio corresponden a 106 cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital "Dr. Ignacio Morones Prieto" de la ciudad de San Luis Potosí, de los cuales 51% pertenecieron al servicio de medicina interna y 49% al servicio de cirugía, la mayoría de estos cuidadores le dedicaron de 20 a 24 horas al cuidado, de estos cuidadores, 78% fueron mujeres y 22% hombres.

Las características sociodemográficas de los cuidadores como se observa en el cuadro 1, predominaron las mujeres, en edad promedio de 42 años, estado civil casadas, con primaria como escolaridad y de ocupación labores del hogar. También se visualiza la inclusión de los hombres como cuidadores, 39.1% se encontraban en el rango de edad de 31 a 43 años y en el mismo porcentaje de 44 a 56 años, con estado civil casados, con escolaridad de secundaria y de ocupación empleados.

Cuadro 1 Características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes hospitalizados en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Marzo-Abril 2011.

n=106					
Características	Mujeres n=83		Hombres n=23		
	Fr	%	Fr	%	
Edad	18 a 30	12	14.5	0	0
	31 a 43	30	36.1	9	39.1
	44 a 56	33	39.8	9	39.1
	57 a 69	7	8.4	5	21.7
	70 a 82	1	1.2	0	0
Total	83	100	23	100	
Estado Civil	Soltero	9	11	3	13.0
	Casado	60	72.3	18	78.3
	Viudo	2	2.4	0	0
	Divorciado	3	3.7	0	0
	Unión Libre	9	10.8	2	8.7
Total	83	100	23	100	
Escolaridad	Analfabeto	3	3.6	0	0
	Sabe leer y escribir	4	4.8	4	17.4
	Primaria	37	44.6	6	26.1
	Secundaria	24	28.9	9	39.1
	Bachillerato	4	4.8	2	8.7
	Técnico	5	6.0	0	0
	Licenciatura	6	7.4	2	8.7
Total	83	100	23	100	
Ocupación	Labores del Hogar	70	84.3	0	0
	Empleado	9	13.2	10	43.5
	Con Oficio	2	2.4	7	30.4
	Profesionista	2	2.4	0	0
	Labores del Campo	0	0	6	26
Total	83	100	23	100	

Fuente: Instrumento Calidad de Vida de Cuidador Informal (CVCI)

En el receptor del cuidado el promedio de edad fue de 55 años, predominaron como causas de hospitalización, los problemas médicos como: neumonía y angina de pecho inestable y entre los problemas quirúrgicos se encontraron las cirugías de abdomen, fracturas, y traumatismo craneoencefálico

Cuadro 2 Características sociodemográficas de los receptores del cuidado. Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Marzo-Abril 2011.

n=106			
	Características	Fr	%
Sexo	Femenino	42	39.6
	Masculino	64	60.4
	Total	106	100
Edad	15 a 27	17	16.0
	28 a 40	9	8.5
	41 a 53	19	17.9
	54 a 67	21	19.8
	68 a 80	31	29.2
	81 a 93	9	8.5
	Total	106	100
Estado Civil	Soltero	19	17.9
	Casado	61	57.5
	Viudo	12	11.3
	Divorciado	4	3.8
	Unión Libre	10	9.4
	Total	106	100
Escolaridad	Analfabeto	19	17.9
	Sabe leer y escribir	21	18.9
	Primaria	37	34.9
	Secundaria	22	20.8
	Bachillerato	2	1.9
	Técnico	1	0.9
	Licenciatura	4	3.7
	Total	106	100

Fuente: Instrumento Calidad de Vida de Cuidador Informal (CVCI)

Los receptores del cuidado en su 60.4%, fueron hombres, el grupo de edad que predominó fue de 68 a 80 años con 29.2% siendo el promedio de edad de 56 años, en cuanto al estado civil 57.5% era casado, y 34.9% con escolaridad de primaria. (Cuadro2)

Una de las variables de este estudio fue la calidad de vida del cuidador, los resultados de su medición se presentan a continuación por indicadores, dimensiones y finalmente de manera global.

Cuadro 3 Niveles de calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", presentada por indicadores. Marzo- Abril 2011.

n=106

Indicadores del calidad de vida del cuidador	Niveles de calidad de vida del cuidador							
	Alta		Media		Baja		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Percepción de Salud	74	69.8	26	24.5	6	5.7	106	100
Síntomas de Enfermedad	73	68.9	27	25.5	6	5.7	106	100
Cambios Fisiológicos	72	67.9	32	30.2	2	1.9	106	100
Tristeza	48	45.3	36	34.0	22	20.8	106	100
Temor	55	51.9	26	24.5	25	23.6	106	100
Relaciones Interpersonales con familiares	38	35.8	50	47.2	18	17.0	106	100
Relaciones Interpersonales con amigos	27	25.5	43	40.6	36	34.0	106	100
Relaciones Interpersonales con pareja sentimental	91	85.8	13	12.3	2	1.9	106	100
Trabajo	82	77.4	16	15.1	8	7.5	106	100
Modificaciones del entorno	69	65.1	19	17.9	18	17.0	106	100

Fuente: Instrumento Calidad de Vida de Cuidador Informal (CVCI)

Como se observa en el cuadro 3, en la mayoría de los indicadores predominó el nivel de calidad de vida alta, en el indicador tristeza menos del 50% presento un nivel de calidad de vida media y baja; los indicadores que presentaron un nivel de calidad de vida medio fueron las relaciones interpersonales con familiares y amigos con 47.2% y 40.6% respectivamente.

En lo relativo a las dimensiones de calidad de vida del cuidador los resultados muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 4 Niveles de calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados presentada por dimensiones. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Marzo-Abril 2011.

n=106

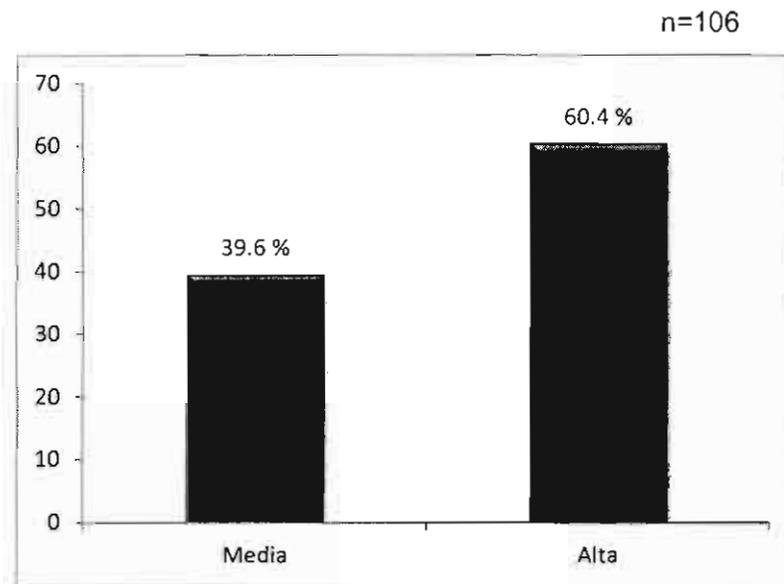
Dimensiones de calidad de vida del cuidador	Niveles de calidad de vida del cuidador							
	Alta		Media		Baja		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Estado Físico	75	70.8	29	27.4	2	1.9	106	100
Estado Emocional	52	49.1	32	30.2	22	20.8	106	100
Estado Social	61	57.5	40	37.7	5	4.7	106	100
Modificaciones en el Entorno	72	67.9	29	27.4	5	4.7	106	100

Fuente: Instrumento Calidad de Vida de Cuidador Informal (CVCI)

El nivel de calidad de vida alta destaca en las cuatro dimensiones, como se muestra en el cuadro 4, sin embargo se identifica que los cuidadores presentaron un nivel de calidad de vida media en la dimensión estado social con 37.7%, mientras que el nivel de calidad de vida baja se presenta en la dimensión estado emocional con 20.8%.

La calidad de vida global de los cuidadores de pacientes hospitalizados se presenta en el gráfico 1 donde 60.4% obtuvieron calidad de vida alta.

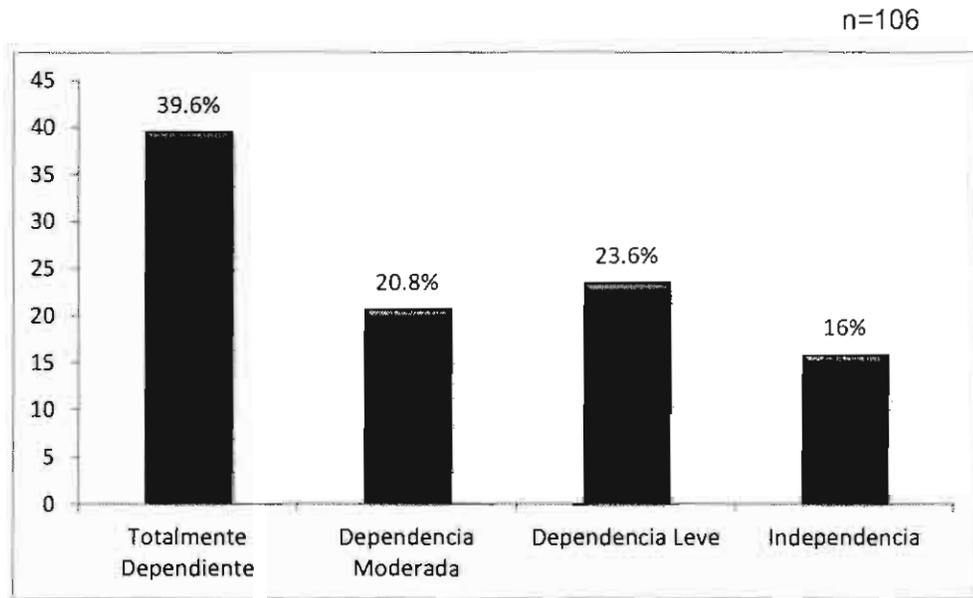
Gráfico 1 Niveles de calidad de vida global del cuidador de pacientes hospitalizados. Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Marzo-Abril 2011



Fuente: Instrumento Calidad de Vida de Cuidador Informal (CVCI)

En el presente estudio otro de los objetivos fue medir el nivel de dependencia de los receptores del cuidado, esto con la utilización del Índice Katz, los resultados se muestran en el gráfico 2.

Grafico 2 Niveles de dependencia de los receptores del cuidado. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Marzo-Abril 2011.



Fuente: Índice Katz

Los receptores del cuidado en su mayoría fueron totalmente dependientes (39.6%) para realizar las actividades básicas de la vida diaria, seguido de dependencia leve y moderada, y en menor proporción presentaron un nivel de independencia.

Cuadro 5. Niveles de la calidad de vida del cuidador del paciente hospitalizado de acuerdo al nivel de dependencia del receptor del cuidado. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Marzo-Abril 2011.

n=106

Niveles de dependencia del receptor del cuidado	Niveles de calidad de vida del cuidador					
	Alta		Media		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Totalmente Dependiente	21	20%	21	20%	42	40%
Dependencia Moderada	13	12%	9	8%	22	20%
Dependencia Leve	19	18%	6	6%	25	24%
Independiente	11	10%	6	6%	17	16%
Total	64	60%	42	40%	106	100%

Fuente: Instrumento Calidad de Vida del Cuidador Informal / Índice Katz

Con respecto a los niveles de calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados se obtuvo que 60% de los cuidadores presentaron calidad de vida alta, aún cuando la mayoría (20%) tenía un receptor de cuidado totalmente dependiente, presentándose este mismo porcentaje aún cuando la calidad de vida del cuidador fue media. (Cuadro 5)

Al analizar la asociación de las variables mediante la prueba estadística de χ^2 se obtuvo un valor de $\chi^2 = 4.5$ y un valor de $p = 0.2$ lo que indica que entre la calidad de vida de los cuidadores de pacientes hospitalizados y el nivel de dependencia de los receptores del cuidado no existe una asociación estadísticamente significativa.

Dado este resultado, se acepta la hipótesis de nulidad: no existe una asociación entre la calidad de vida del cuidador del paciente hospitalizado y el nivel de dependencia del receptor del cuidado.

VIII. Discusión

Este capítulo se discutirá en función de los resultados de acuerdo a los objetivos e hipótesis dado que el objetivo principal de este estudio fue establecer la asociación entre la calidad de vida de los cuidadores de pacientes hospitalizados y el nivel de dependencia de los receptores del cuidado.

En esta investigación se encontró que la calidad de vida en lo general fue alta y por dimensiones el estado emocional y social resultaron con calidad de vida media y baja respectivamente, en cuanto al nivel de dependencia los receptores del cuidado fueron en su mayoría totalmente dependientes, éstos resultados fueron determinantes ya que en la prueba de hipótesis para la asociación entre la calidad de vida del cuidador de pacientes hospitalizados y el nivel de dependencia del receptor del cuidado donde se encontró que no hay relación estadísticamente significativa.

Situación contraria a lo descrito por De la Cuesta¹¹, Andrade¹³ y Maldonado²⁹ donde se menciona que los receptores del cuidado específicamente los adultos mayores, requieren la ayuda de un cuidador para realizar las actividades básicas de la vida diaria y como es sabido esta etapa de la vida está estrechamente asociada a la dependencia.

Velasco², García-Calvente¹⁰ y Moreno²⁰ señalan que durante el proceso de hospitalización hay un cambio de entorno que exige una adaptación, el sujeto vive el ingreso hospitalario como una situación de estrés, ansiedad y vulnerabilidad, también señala que el hospital como organización burocrática el paciente es el objeto de la actividad, y no es considerado como parte de la escena social, de manera que no solo está privado para intervenir en su propio cuidado, sino que para la satisfacción de las necesidades básicas depende de otras personas, por ello se le permite un acompañante el cual hace funciones de cuidador quien además de colaborar en la satisfacción de las necesidades, apoya con las

medidas terapéuticas y como facilitador de la comunicación entre el resto de la familia y el equipo de salud.

En cuanto al estado físico, el cuidador obtuvo una calidad de vida alta, este resultado difiere con lo descrito por Zea⁵⁰ quien ha señalado que las consecuencias van desde desequilibrio en la alimentación, en el sueño y descanso, que esto generalmente lo hacen al lado del paciente. Estudios realizados por Robles¹⁷, Ríos⁴⁹ y Quero⁵¹ mencionan que el entorno físico para el cuidador se reduce a una silla y rededor de la cama, de acuerdo a la normativa de la institución, no se le permite deambular en los pasillos, y el personal le asigna la función de vigilar constantemente al paciente, y reportar al cambios, lo que le impide desplazarse.

En lo que respecta a la dimensión social, coincide con lo obtenido en estudios de cuidadores de pacientes hospitalizados en España por Quero³⁴ y Expósito⁵² quienes señalan que cuidar a una persona hospitalizada, genera aislamiento social en el cuidador, debido a la normativa de la institución y al horario de visita es corto, a diferencia del cuidado domiciliario, el hospital exige cambios en la organización de su tiempo, para cubrir sus actividades cotidianas y las propias del cuidado, en estudios cualitativos como el del Zea⁵¹. señalan que el cuidador debido a la permanencia en el hospital tiene que hacer esfuerzos para equilibrar el hogar, trabajo, y familia.

Por otro lado cabe destacar que en esta investigación se encontró que en su mayoría fueron mujeres las cuidadoras, de estas las esposas, madres e hijas proporcionaban el cuidado; al igual que en otros estudios sobre este tema es la mujer quien ejerce la función de cuidadora³⁰, Robles menciona que en la elección de un cuidador se sigue un orden preferentemente de acuerdo con la relación de parentesco en primer término se prefiere la ayuda del cónyuge; en su ausencia, los hijos.¹⁷

En general, en este estudio al igual que en el de Andrade⁵⁰, se destaca que el cuidador es considerado fundamental e insustituible ya que facilita la adaptación al medio hospitalario y proporciona seguridad al receptor del cuidado además de brindar protección física y emocional, para afrontar la enfermedad y la dependencia, así mismo en estudios de costo beneficio⁴³ realizados en norte américa señalan el beneficio económico que representan los cuidadores en instituciones sanitarias; en Estados Unidos se reportó que permiten un ahorro anual de 257 mil millones de dólares al presupuesto gubernamental, en Canadá se menciona que ahorraron al sistema de salud más de cinco millones de dólares anuales lo que representa un beneficio para las instituciones hospitalarias.

Finalmente aunque la calidad de vida fue alta se reconoce que la labor de proporcionar cuidados por un tiempo prolongado, como lo describen Flores¹² y Giraldo⁴⁷ con frecuencia se produce en el cuidador, fatiga, pérdida del sentido de la prioridad, aislamiento social y deterioro de su salud física y mental, situaciones que son superadas por los valores y la satisfacción con el deber cumplido, sentirse útiles, poder retribuirle a quien en otro momento le aportó a su vida destacando la importancia de permanecer junto al paciente para sentirse seguro, tanto uno como el otro.

De forma tal que entre las características favorables del cuidado según lo descrito por Expósito⁵³ y el Grupo de Cuidado³² se encuentra la satisfacción de poder ayudar, el saber que están proporcionando un buen cuidado, el sentimiento de sentirse útiles e importantes y la relación cercana con el receptor del cuidado.

IX. Conclusiones

Se concluye que la calidad de vida de los cuidadores de manera global fue alta, sin embargo se presentó como media y baja especialmente en las dimensiones aspectos sociales y emocionales, de la misma manera en el indicador relaciones interpersonales con amigos y familiares la calidad de vida de los cuidadores resulto media, esto es atribuible a la dedicación que tienen a esta tarea aunado a la nueva organización de las actividades cotidianas y los nuevos estilos de vida para su inclusión en el cuidado hospitalario.

En cuanto al nivel de dependencia de los receptores del cuidado, en su mayoría fueron totalmente dependientes lo que representa para el cuidador además de la compañía y brindar apoyo emocional realizar actividades para ayudar en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Sin embargo, al establecer la asociación entre el nivel de calidad de vida de los cuidadores de pacientes hospitalizados y el nivel de dependencia de los receptores del cuidado se encontró que no existe una asociación estadísticamente significativa por lo que la calidad de vida del cuidador puede ser determinada por causas no contempladas en el presente estudio.

Cabe señalar que el cuidador en el ámbito de la hospitalización es un tema aún poco explorado en México y brinda un amplio panorama para seguir esta línea de investigación ya que la salud de los cuidadores tiene importancia como recurso para cuidar y al mejorar su calidad de vida como consecuencia se preservará el bienestar de las personas que cuidan.

X. Recomendaciones

Profundizar el estudio de los cuidadores desde un punto de vista cualitativo, donde se identifique la percepción que tienen los cuidadores sobre las actividades que realizan, y su aporte al cuidado.

Impulsar el trabajo multidisciplinario en las instituciones de salud con los cuidadores donde se establezcan actividades específicas que permitan potenciar sus habilidades y obtener como beneficio la mejoría del receptor del cuidado en la evolución del tratamiento, así como la disminución de complicaciones en los pacientes hospitalizados.

Implementar planes de cuidado al alta donde se brinde educación y apoyo al cuidador especialmente aquellos que proporcionan cuidado a enfermos con patologías crónicas e incapacitantes debido a que hacen la transferencia del cuidado hospitalario hacia el domicilio y lo anterior se traduciría en la disminución de las reincidencias hospitalarias por complicaciones.

XI. Bibliografía

- 1 Rodríguez MJ, Zurriaga LR. Estrés, enfermedad y hospitalización. (España): Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.
- 2 Velasco ML, Sinibaldi J. Manejo del enfermo crónico y su familia. (México): Manual Moderno; 2001.
- 3 García CM, Mateo RI, Gutiérrez CP. Cuidados y cuidadores en el sistema Informal de Salud. 2da ed. (España): Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
- 4 Alvarado GA. Adquiriendo habilidad en el cuidado: "De la incertidumbre al nuevo compromiso". Aquichán 2007; 7 (1): 25-36.
- 5 Pacheco D, Álvarez ME, Vizcarra G, Fuente-Alba C, Marinovic M, Ballesteros F. Características de la hospitalización reumatológica en un hospital de nivel terciario. Rev. Méd. Chile 2001. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000600009&lng=es. Consultado en agosto 2011.
- 6 Yeheskel H. Organizaciones al servicio del hombre. (México): Fondo de la cultura económica; 1983.
- 7 Quero RA, Los cuidadores familiares en el Hospital Ruíz de Alda de Granada. [Tesis Doctoral] (España): Editorial de la Universidad de Granada; 2007.
- 8 Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. El arte y la ciencia del cuidado. (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- 9 Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. Dimensiones del Cuidado. (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 1998.

-
- 10 García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0213-91112004000800011&script=sci_artt Consultado en octubre 2010.
- 11 De la Cuesta BC. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm*. 2007; 25(1): 106-12.
- 12 Flores ML, Cano-Caballero MD, Caracuel A, Castillo A, Mezcua A, Osorio MV. et al. La Calidad de Vida de los acompañantes de paciente hospitalizados de media y larga estancia. *Index Enferm* 2002;38:18-22
- 13 Andrade RMG. Apoyo de enfermería en las actividades que realizan los cuidadores informales de adultos mayores hospitalizados. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2007; 15(2): 52-55.
- 14 Heierle C. Cuidando a Cuidadores intercambio de apoyo en la familia. (España): Index; 2004.
- 15 Chadi M. Redes sociales en el trabajo social. 2ª ed. (Argentina): Editorial Espacio; 2007.
- 16 De la Cuesta BC. El cuidado familiar: una revisión crítica. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 2009; 27 (1): 96-102.
- 17 Robles S. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos.(México): Editorial Universitaria Universidad de Guadalajara; 2007.
- 18 Programa "Cuidando a Cuidadores Familiares". *Medwave*. 2008; 11(7) Disponible en: [http://calidad.de.vida.cuidador/Programa "Cuidando a Cuidadores Familiares"](http://calidad.de.vida.cuidador/Programa%20Cuidando%20a%20Cuidadores%20Familiares) - Medwave.mht consultado en octubre 2010.

-
- 19 Montalvo PA, Flores TI. Características de los cuidadores de personas en situaciones de cronicidad. *Salud Uninorte Barranquilla* 2008; 24(2): 181-190.
- 20 Moreno ME, Náder A, López MC. Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances en Enfermería*. 2004; 21 (1): 27-38.
- 21 Sienna-Monge JJ, Río NB, Álvarez AM, Blandon VV, Gómez CR. Calidad de Vida del Cuidador del niño asmático. *Gac. Méd. Méx* 2004; 140 (2): 139-145.
- 22 Marco NE. Calidad de Vida del Cuidador Hemipléjico Vascular. [Tesis Doctoral] España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2004.
- 23 Hernández SR, Fernández C, Baptista L. Metodología de la Investigación. México. 5ta Ed. Mc Graw Hill Interamericana; 2010.
- 24 Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B, Jaffe M. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963; 185(12):914-919.
- 25 Trigas M. Índice de Katz Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf> Consultado en diciembre 2010.
- 26 Cámara de diputados (México). Ley General de Salud. Título Quinto. Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación, México: Secretaría General, 2011.
- 27 Cátedra MA. Cuidado de la vida. 1ª ed. Colombia: Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería; 2007.
- 28 Heidegger M. Ser y tiempo. (Chile). Editorial Universitaria; 1998.

29 Maldonado GG, Medrano MM, Mendiola IS, Nieto LM, Flores RG. El cuidado del Adulto Mayor. *Desarrollo Cientif Enferm* 2005; 13(6): 169-173.

30 Zabalegui YA, Juando PC, Saenz A, Ramírez LA, López RL, Bover Ba, et al. Los cuidadores Informales en España. *Rev. ROL Enf* 2007; 30(7): 513-518.

31 Moruno M, Romero A. actividades de la vida diaria. (España): MASSON; 2006.

32 Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. Cuidado y Práctica de Enfermería. (Colombia): Universidad Nacional de Colombia; 2006.

33 Venegas B. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichán* 2006; 6(1): 137-47.

34 Quero RA. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure Investigación*. 2004 Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Originales_Imagenes/Original9.pdf. consultada en marzo 2011.

35 López G, Orueta SR, Gomez-Caro S, Sánchez OA, Carmona MJ, Alonso MF. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam* 2009; 2(7) 332-34

36 Ríos OA, Rueda LG, Valverde OA, Mohamed HF. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador". *Metas de Enfermería*, 2001; 4(7):30-36.

37 Vázquez SM, Casals SJ, Aguilar TP, Aparicio BP, Estébanez CF, Luque EA. et al. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. *Enfermería Clínica* 2005; 15(2): 63-70.

38 Flores AM, Cano-Caballero G, Caracuel RA, Castillo, FA, Mezcuca FA, Osorio A. et al. La Alimentación del Acompañante del paciente hospitalizado. *Enfermería Clínica* 1999; 10(1): 3-8.

-
- 39 Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud, Glosario. 1998 disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf consultado en septiembre de 2010.
- 40 Marín J, Adsuara MJ, Bernat A, Avariento B, Montes P, et al. Pacientes y calidad de vida. Evolución tras el alta de UCI. Rol de Enfermería. 1995; 18(202):24.
- 41 Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex 2002; 44:349-361.
- 42 Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. Rehabilitation Nursing 1999; 24(5):194.
- 43 De la Cuesta BC. El cuidado familiar: una revisión crítica. Universidad de Antioquia Colombia. Revista Investigación y Educación en Enfermería 2009; 27(1): 96-102.
- 44 Rodríguez PM, Rodríguez DA, Valle AA. Actividades Físicas: alternativa para mejorar la calidad de vida de cuidadores de enfermos de Alzheimer en el consejo popular Capitán San Luis del municipio Pinar del Río. Disponible en: <http://afide.inder.cu/PDF/AREA%201/AFC/AFC019.pdf> Consultado en octubre 2011.
- 45 Secretaría de Estado de Seguridad Social (España). La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración. Pere Tarrés; 2009.
- 46 Berjano PE. Dependencia y calidad de vida en las personas mayores. Rev Mult Gerontol 2005; 15(3):144-154.
- 47 Giraldo M, Franco AG. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Aquichán 2006; 6(1): 38-53.

48 William MJ, Albán CA, Arcos MF, Calvachi JJ, Giraldo DL, Jojoa SJ. Calidad de vida y adaptación social de los cuidadores de adultos mayores. *Rev Colomb Psiquiat* 2009; 38(4): 645-53.

49 Andrade RMG. Experiencia de los cuidadores de enfermos crónicos en el hospital. *Enf Neurol* 2010; 9(1): 54-58.

50 Zea HM, Torres MP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. *Investigación y educación en enfermería* 2007; 25(1):40-49.

51 Quero RA. Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica* 2003; 13(6): 348-56.

52 Expósito C. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=en Consultado en diciembre 2010.

ANEXOS

Anexo 1



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería
Unidad de Posgrado
Maestría en Administración de la Atención de Enfermería



“Calidad de Vida del Cuidador de Pacientes Hospitalizados, Nivel de Dependencia y Red de Apoyo”

INSTRUCCIONES: Lea las siguientes preguntas al cuidador y anote la respuesta emitida según corresponda:

I. Características Sociodemográficas del Receptor del Cuidado

1.-Edad _____ 2.-Sexo _____ 3.-Estado civil _____ 4.-Escolaridad _____

5.- Diagnostico de hospitalización: _____

II. Características Sociodemográficas del Cuidador

1.-Edad _____ 2.-Sexo _____ 3.-Estado civil _____ 4.-Escolaridad _____

5.- Parentesco con el receptor del cuidado: _____ 6.- Ocupación _____

7.- ¿Cuántas horas del día dedica al cuidado de su paciente? _____

III. Red de Apoyo

1. ¿Recibe apoyo para cuidar a su paciente por parte de alguna institución o asociación?

SI _____ NO _____

2. En caso de responder SI ¿Cuál? _____

3. Esta Institución o Asociación ¿cómo le ayuda al cuidado de su paciente?

1) En Tiempo 2) Especie 3) Económico 4) Otro _____

4. ¿Cuántas personas le ayudan a cuidar a su paciente? _____

Distribución de cuidado en los diferentes turnos:

4. ¿Quién le ayuda a cuidar en el turno Matutino? _____

5. ¿Quién le ayuda a cuidar en el turno Vespertino? _____

6. ¿Quién le ayuda a cuidar en el turno Nocturno? _____

7. ¿Quién le ayuda a cuidar en los Fines de Semana? _____

8. Otras personas que le ayudan en el cuidado ¿de qué manera lo hacen?

1) Especie 2) Económico 3) Otro _____



Calidad de Vida del Cuidador Informal



INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las preguntas al cuidador y marque con una "X" el número de la respuesta indicada.

No.	PREGUNTAS	RESPUESTAS			
		Siempre 1	Casi Siempre 2	Algunas Veces 3	Nunca 4
1	¿He variado su salud desde que cuida a su enfermo?	1	2	3	4
2	¿Ha presentado alguna enfermedad desde que cuida a su enfermo?	1	2	3	4
3	¿Ha presentado dolores de cabeza?	1	2	3	4
4	¿Ha presentado dolores musculares?	1	2	3	4
5	¿Se siente cansado para realizar algunas actividades diarias?	1	2	3	4
6	¿Ha presentado alta o baja presión?	1	2	3	4
7	¿Ha tenido variaciones en su peso corporal?	1	2	3	4
8	¿Ha tenido variaciones en el sueño?	1	2	3	4
9	¿Ha cambiado su patrón de sueño a partir de que cuida?	1	2	3	4
10	¿Ha tenido estreñimiento?	1	2	3	4
11	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
12	¿Se le hinchan los pies?	1	2	3	4
13	¿Tiene problemas para orinar?	1	2	3	4
14	¿Se ha sentido triste?	1	2	3	4
15	¿Se siente desmotivado para realizar sus actividades diarias?	1	2	3	4

		Siempre 1	Casi Siempre 2	Algunas Veces 3	Nunca 4
16	¿Ha sentido ganas de llorar?	1	2	3	4
17	¿Se siente sin ganas de realizar sus actividades?	1	2	3	4
18	¿Ha presentado miedo cuando realiza algún cuidado?	1	2	3	4
19	¿Ha tenido miedo de causarle algún daño a su familiar al realizarle algún procedimiento?	1	2	3	4
20	¿Ha disminuido la relación con sus otros familiares?	1	2	3	4
21	¿Dificultad para cumplir con sus diferentes roles dentro de su familia?	1	2	3	4
22	¿Se ha afectado la relación con otros miembros de su familia?	1	2	3	4
23	¿Ha disminuido las reuniones familiares?	1	2	3	4
24	¿Ha modificado la convivencia con sus amistades?	1	2	3	4
25	¿Se ha distanciado de sus amistades?	1	2	3	4
26	¿Ha variado la dinámica con su cónyuge?	1	2	3	4
27	¿No ha tenido apoyo suficiente para poder cuidar?	1	2	3	4
28	¿Ha tenido dificultades con su pareja?	1	2	3	4
29	¿Es difícil compatibilizar su trabajo con su rol de cuidador?	1	2	3	4
30	¿Ha tenido dificultades en su trabajo?	1	2	3	4
31	¿Ha tenido que hacer ajustes en su trabajo?	1	2	3	4
32	¿El ingreso mensual es insuficiente para cubrir los gastos??	1	2	3	4
33	¿Considera que tendrá que hacer alguna modificación en su casa para que su paciente esté cómodo?	1	2	3	4
34	¿Ha pensado en adquirir o adaptar mobiliario para el cuidado de su familiar?	1	2	3	4
35	¿Ha pensado en la dificultad para adaptarse a las modificaciones que hará en su hogar para el cuidado?	1	2	3	4



Anexo 2



Índice Katz

INSTRUCCIONES: Lea las los recuadros al cuidador y marque con una "X" en el recuadro de la derecha la situación que más se acerque a las actividades que realiza cotidianamente al receptor del cuidado.

Baño	
Se le ayuda en el baño únicamente en algunas zonas	10
Necesita ayuda para bañarse, en una o más partes del cuerpo. Entrar o salir de la regadera	5
No se baña por si solo	0
Vestido	
Toma la ropa por sí solo, y se la coloca	10
Solo para ponerse de pie y colocársela por sí mismo	5
No se viste solo	0
Uso del Sanitario	
Va al sanitario solo, se limpia y arregla su ropa	10
Necesita ayuda: sólo para apoyarlo y bajar de la cama	5
Necesita ser llevado al sanitario, se le tiene que acomodar la taza y limpiarlo	0
Movilidad	
Se levanta y se acuesta de la cama por sí mismo y se levanta de la silla por si solo	10
Requiere ayuda para bajarse de la cama se apoya	5
Necesita ayuda para levantarse, acostarse de la cama y/o silla, no se mueve	0
Continencia	
Tiene control completo de micción y defecación	10
Necesita ayuda: sólo cuando requiere que le acerquen el cómodo o pato	5
Tiene incontinencia parcial o total de la micción o defecación y requiere pañal	0
Alimentación	
Lleva la comida del plato o similares a la boca	10
Necesita ayuda: Sólo en ocasiones para acarrear los utensilios de cocina	5
Necesita ayuda en la comida, no come en lo absoluto o requiere alimentación parenteral	0

Anexo 3

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA



San Luis Potosí; SLP

Fecha: _____

Folio: _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de Investigación titulado: *Calidad de Vida de Cuidador de Paciente Hospitalizado, Nivel de Dependencia y Red de Apoyo* mi participación consistirá en contestar verazmente la información que se me solicite

Se me ha explicado que mi participación permitirá determinar la Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados y la relación con el Nivel de Dependencia y Red de Apoyo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias o beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos o cualquier otro asunto derivado de esta investigación.

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

El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones derivadas de este estudio y de los datos relacionados con mi privacidad.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esto pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

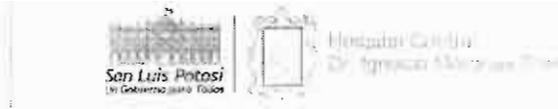
LE. Liliana Covarrubias Delgado.

Nombre y firma del participante.

Investigador principal.

En caso de dudas, aclaraciones o preguntas relacionadas con el estudio comunicarse a: liliana_cd@hotmail.com

Anexo 4



25 de mayo de 2011.

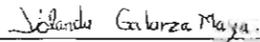
LIC. ENF. LILIANA COVARRUBIAS DELGADO
PRESENTE:

Estimada Lic. Covarrubias

Por medio del presente se le informa que su protocolo de investigación titulado "*Calidad de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo*", ha sido *revisado y aprobado* por el Comité de investigación del Departamento de Enfermería, para su implementación en los servicios de cirugías y medicina interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

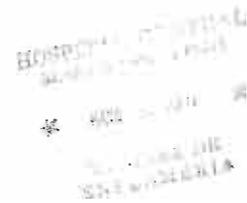
Atentamente:



Lic. Enf. Yolanda Galarza Maya, MAAE.
Jefa del Departamento de Enfermería.



Lic. Enf. Dora Alicia Díaz Saucedo, MAAE.
Subjefa de Enseñanza.



c.c.p. Dr. Carlos Gilberto Alcázar Rivera, Subdirector de Enseñanza e Investigación del Hospital Central.
c.c.p. Lic. Enf. Rosa Ma. Guadalupe Andrés Cepeda, MAAE, Jefa de la Unidad de Asesoría e Investigación de la Facultad de Enfermería de la U.A.S.L.P.
c.c.p. Subjefatura de Enseñanza.