Artículo original

Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE

Hilda Rivera Mora,* Rocío Dávila Mendoza,** Alberto González Pedraza Avilés***

RESUMEN

Objetivo: conocer el perfil del cuidador primario del paciente geriátrico y relacionar la sobrecarga del cuidador con su calidad de vida.
Participantes y método: se hizo un estudio transversal analítico de los cuidadores primarios de pacientes atendidos en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez. Se utilizó la escala de Zarit para calcular la sobrecarga de cuidador y el perfil de salud de Nottingham para valorar la calidad de vida. Para vincular las variables sociodemográficas y de salud, y las características de la actividad con la carga del cuidador, se utilizaron las pruebas de U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis; en tanto que para relacionar la carga del cuidador con la calidad de vida se utilizó sólo Kruskal-Wallis. En todos los casos se obtuvo un nivel de significancia de 0.05, mediante el programa estadístico SPSS versión 15.
Resultados: de los 100 cuidadores incluidos en el estudio, 11% eran hombres, con edad promedio de 52.9 años; 26% tenía estudios profesionales. En cuanto a la salud, 27% sufría hipertensión arterial y 18%, diabetes mellitus. Según la escala de Zarit, 14% de los cuidadores experimentaba sobrecarga leve y 11%, sobrecarga intensa. Se obtuvo la relación con significado estadístico entre la carga de cuidador y el nivel de escolaridad, la hipertensión arterial y el parentesco, así como con todas las dimensiones de la calidad de vida.
Conclusión: el aumento en el desgaste del cuidador afecta su calidad de vida.
Palabras clave: cuidador primario, carga de cuidador, calidad de vida relacionada con la salud, adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: To know the profile of the primary caregiver of the geriatric patient and to relate caregiver burden with the quality of life.
Participants and method: Analytical cross-sectional study in primary caregivers of clinic Dr. Ignacio Chávez who accepted to participate in the study. The Zarit scale was used for caregiver's burden and the Nottingham Health Profile for quality of life. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test were used to examine the relationships among demographic and health variables, and the characteristics of the activity with the caregiver's burden. The level of significance for all the statistical analyses was 0.05, using the statistical program SPSS version 15.
Results: 100 caregivers were included in the study, 11% men and 89% women with an average age of 52.9 years; 26% of them were professionals, and 27% suffered arterial hypertension and 18% diabetes mellitus. According to the Zarit scale, 14% of the caregivers referred light burden and 11% intense burden. Relation to statistical significance was obtained between caregiver's burden and educational level, arterial hypertension and relationship, as well as with all the dimensions of quality of life.
Conclusion: Being caregiver affects the quality of life.
Key words: primary caregiver, caregiver's burden, health-related quality of life, elderly.

* Licenciada en trabajo social, Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE.
** Química bacterióloga y parasitóloga. Investigadora de tiempo completo.
*** Maestro en ciencias. Investigador de tiempo completo. División de Estudios de Posgrado, Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia: Biól. Alberto González Pedraza Avilés. Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Calle Oriental 10, esquina Tepetlapa, colonia Alianza Popular Revolucionaria, CP 04800, México, DF.

Correo electrónico: albemari@correo.unam.mx
Recibido: enero, 2010. Aceptado: diciembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Rivera-Mora H, Dávila-Mendoza R, González-Pedraza Avilés A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Rev Esp Med Quir 2011;16(1):27-32.

www.nietoeditores.com.mx

Con el progresivo envejecimiento de la población y el incremento en las tasas de supervivencia a enfermedades crónicas y discapacidades físicas o psíquicas, se ha elevado el número de sujetos dedicados al cuidado de familiares enfermos.[1]

Cuidar de una persona envejecida dependiente es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para las que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito y despierta sentimientos conflictivos. Los propios intereses y dolencias pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona. Los roles se alteran; ser cuidador implica perder actividades y oportunidades. Se debe enfrentar un reto mayor y echar mano de todos los recursos interiores y exteriores a fin de sobrellevar el cambio y mantener un equilibrio entre la atención a la persona dependiente y la conservación de la vida y salud propias.[2]

En diversos estudios se muestra que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica. Algunos autores hablan del "síndrome del cuidador" como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en paciente y se produzca la claudicación familiar.[3]

El perfil típico del cuidador principal es ser mujer, ama de casa, con una relación de parentesco directa (madre, hija o esposa) y que convive con la persona que cuida. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clase social baja conforman el gran colectivo de cuidadoras.[4,5]

El tipo de tareas que se realizan está determinado por las necesidades del beneficiario, y en ocasiones la demanda puede superar las propias posibilidades de la cuidadora. Muchas de ellas cuentan con escasa ayuda para llevar a cabo todas las tareas, algunas difíciles de asumir por una sola persona; también deben enfrentarse a situaciones especialmente complicadas, sobre todo en caso de agravamiento o crisis del beneficiario.[4]

La repercusión negativa de cuidar es identificado por una gran proporción de cuidadoras; las consecuencias en la salud son también asociadas con alta sobrecarga. Las características de las cuidadoras y la situación en que se proporcionan los cuidados influyen en el grado de sobrecarga.[4] A medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su calidad de vida.[2] Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue conocer las características del cuidador primario y relacionar los resultados de carga del cuidador con éstas y con la calidad de vida vinculada con la salud.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal analítico con 100 cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez del ISSSTE, elegidos por muestreo por conveniencia, de uno y otro sexo, que firmaron su consentimiento informado antes de participar.

Se recabaron datos personales de cada cuidador, como: edad, género, estado civil, nivel educativo, ocupación, parentesco con el paciente, tiempo que llevaba como cuidador y si padecía alguna afección crónica como diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades articulares. Para determinar la carga del cuidador se utilizó la escala de Zarit,[6] encuesta validada y autoadministrada. Para medir la calidad de vida se utilizó el perfil de salud de Nottingham,[7] instrumento validado para evaluar el estado general de salud percibido por el paciente. Para relacionar las variables sociodemográficas con la carga del cuidador, se usaron las pruebas de U de Mann-Whitney y el análisis de variancia de una clasificación por rangos de Kruskal-Wallis. Para vincular el grado de carga del cuidador con las diferentes dimensiones del perfil de salud de Nottingham se utilizó Kruskal-Wallis, pues ninguna de las dimensiones de dicho perfil resultó normal y no fue posible transformar los datos. En todos los casos se encontró un nivel de significado de 0.05. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15.

El protocolo fue presentado en la Dirección General Médica, en el Departamento de Investigación del ISSSTE, y se registró con el número 40.2008.

RESULTADOS

Se incluyeron 100 cuidadores primarios, 11 hombres y 89 mujeres, de 21 a 82 años de edad (media de 52.93 ±

12.9). El 50% de ellos estaban casados o en unión libre, 52% se dedicaba al hogar y 26% había cursado estudios a nivel superior o posgrado. En cuanto a las enfermedades crónicas, 27% tenía hipertensión arterial y 18%, diabetes mellitus (Cuadro 1).

De acuerdo con la escala de Zarit, 25% de los cuidadores sufría algún grado de sobrecarga; 14%, sobrecarga leve y 11%, sobrecarga intensa. El 68% recibía el apoyo de algún familiar. Respecto al parentesco, 73% eran hijos (as) del paciente, 44% tenía uno a cinco años ejerciendo como cuidadores y 9% vivían solos (Cuadro 2).

Al relacionar la carga de cuidador con las variables sociodemográficas, de salud y del perfil del cuidador, se obtuvo significado estadístico con la escolaridad ($p = 0.04$) en relación inversa: a mayores estudios menor carga del cuidador; con la hipertensión arterial ($p = 0.02$) y con el parentesco ($p = 0.00$), ya que la pareja es la que soportaba mayor carga (Cuadro 3).

Al vincular el grado de sobrecarga del cuidador con la calidad de vida se encontraron diferencias estadísticamente significativas con cada una de las dimensiones del perfil (Cuadro 4).

Cuadro 1. Características sociodemográficas y de salud de los cuidadores primarios

	Porcentaje	*Porcentaje acumulado*
Género		
Masculino	11.0	11.0
Femenino	89.0	100.0
Edad por grupos		
21 a 40 años	16.0	16.0
41 a 60 años	58.0	74.0
61 o más años	26.0	100.0
Estado civil		
Casado o unión libre	50.0	50.0
Divorciado o viudo	14.0	64.0
Soltero	36.0	100.0
Escolaridad		
Hasta 6 años	20.0	20.0
Hasta 9 años	11.0	31.0
Hasta 12 años	43.0	74.0
13 o más años	26.0	100.0
Ocupación		
Ama de casa	52.0	52.0
Pensionado o jubilado	16.0	68.0
Empleado	28.0	96.0
Profesionista	4.0	100.0
Diabetes mellitus		
Sí	18.0	18.0
No	82.0	100.0
Enfermedades articulares		
Sí	16.0	16.0
No	84.0	100.0
Hipertensión arterial		
Sí	27.0	27.0
No	73.0	100.0

DISCUSIÓN

Con el progresivo envejecimiento de la población y el incremento en las tasas de supervivencia a enfermedades crónicas y discapacidades aumenta el número de personas que necesitan cuidados; esto, además, se acompaña de una mayor complejidad y exigencia. Diversas investigaciones confirman que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud, y que el cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco.[4,5]

En este estudio, 89% de los cuidadores eran mujeres, cifra cercana al 84.1% encontrado por Crespo y col.[8]

Cuadro 2. Resultados de la escala de Zarit y el perfil del cuidador primario

	Porcentaje	*Porcentaje acumulado*
Escala de X Zarit		
Sin sobrecarga	75.0	75.0
Sobrecarga leve	14.0	89.0
Sobrecarga intensa	11.0	100.0
Perfil del cuidador		
Parentesco		
Hijo (a)	73.0	73.0
Pareja	13.0	86.0
Otros	14.0	100.0
Tiempo de cuidado		
1 a 5 años	44.0	44.0
6 a 10 años	33.0	77.0
11 o más años	23.0	100.0
Con quién vive		
Sólo	9.0	9.0
Pareja	39.0	48.0
Familiares	52.0	100.0
Apoyo familiar		
Sí	68.0	68.0
No	32.0	100.0

Cuadro 3. Resultados con significado estadístico de la relación entre las características sociodemográficas, de salud y el perfil del cuidador con la sobrecarga del cuidador

	Frecuencia	*Rango promedio*	*Valor de significado*	*Probabilidad*
Escolaridad				
Hasta 6 años	20	60.53		
Hasta 9 años	11	38.00	0.04[a]	ES
Hasta 12 años	43	49.22		
13 o más años	26	50.19		
Hipertensión arterial				
Sí	27	58.91	0.02[b]	ES
No	73	47.39		
Parentesco				
Hijo (a)	73	49.39		
Pareja	13	66.77	0.00[a]	ES
Otros	14	41.18		

[a]: Kruskal-Wallis; [b]: U Mann-Whitney; ES: estadísticamente significativo.

Cuadro 4. Resultados de la relación entre la sobrecarga de cuidador y las dimensiones de calidad de vida

Dimensión del perfil de salud de Nottingham	*Rango promedio*	*Valor de significado*	*Probabilidad*
Energía			
Sin sobrecarga	42.23		
Sobrecarga leve	72.75	0.000	ES
Sobrecarga intensa	78.59		
Dolor			
Sin sobrecarga	45.79		
Sobrecarga leve	62.50	0.015	ES
Sobrecarga intensa	67.36		
Sueño			
Sin sobrecarga	44.25		
Sobrecarga leve	63.68	0.000	ES
Sobrecarga intensa	76.36		
Aislamiento social			
Sin sobrecarga	44.73		
Sobrecarga leve	62.86	0.000	ES
Sobrecarga intensa	74.14		
Reacciones emocionales			
Sin sobrecarga	41.01		
Sobrecarga leve	73.18	0.000	ES
Sobrecarga intensa	86.32		
Movilidad			
Sin sobrecarga	45.67		
Sobrecarga leve	58.79	0.005	ES
Sobrecarga intensa	72.86		

Prueba: Kruskal-Wallis.
ES: estadísticamente significativo.

Otros investigadores, como Pérez[9] y Larrañaga y col.[2] reportaron 79 y 61%, respectivamente. Lo anterior concuerda con la mayoría de los autores, quienes refieren que la responsabilidad de cuidar es fundamentalmente femenina.[4,5]

La principal actividad de los cuidadores fue la de ama de casa (52%), lo que concuerda con la mayor parte de los reportes.[5,10] Las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, también se responsabilizan de tareas más pesadas y demandantes, y dedican más tiempo a cuidar que los hombres, lo que genera una clara inequidad de género.

La edad promedio de los cuidadores fue de 52.9 años, similar a lo reportado por Sánchez y col.[10] (52 años). Al realizar el análisis por grupos se encontró que 56.6% tenía entre 41 y 60 años de edad; en tanto que en la muestra de Crespo y col.[8] el promedio de edad de los hombres era de 67 años y de las mujeres de 54; 60% tenía entre 40 y 59 años. Otros autores[2,9] refirieron una edad promedio de 60 a 64 años. Estos datos reflejan la complejidad de la edad del cuidador, cercana a la del adulto mayor, con toda la carga de problemas de salud y de desgaste emocional. Y aunque en este estudio no hubo diferencias significativas, los grados de sobrecarga aumentaron conforme aumentó la edad.

En cuanto a las enfermedades crónico-degenerativas, 27% tenía hipertensión, 18%, diabetes mellitus y 16%, afecciones articulares. Sánchez y col.[10] manifestaron

que más de la mitad de los cuidadores primarios tenía algún padecimiento crónico; los más frecuentes fueron los osteoarticulares (52%), la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares (19.2%), y la diabetes (8.9%).

Respecto al perfil del cuidador, hay una relación directa de hija (o) en 73% y de pareja en 13%. En diversos estudios[2,8,9] se ha comprobado el predominio de las hijas (de 38 a 62.9%) como cuidadores primarios, seguido de la pareja (29.3 a 47%). Sánchez y col[10] mencionaron que en la mitad de los casos se cuida al cónyuge o al progenitor.

En cuanto a la carga del cuidador, en 14% fue leve y en 11%, intensa; esto es, 25% de los cuidadores experimentaban algún grado de sobrecarga. Sánchez y col.[10] refirieron 28% con sobrecarga leve y 22% con sobrecarga intensa; Lara Palomino y col.[11] encontraron 20% con sobrecarga leve y 11.7% con intensa, y López Gil y col.[12] observaron 23.7% con sobrecarga leve y 32.7% con sobrecarga intensa.

En cuanto a la relación entre la escolaridad y la carga de cuidador, Rezende y col.[13] y Tang[14] obtuvieron significado estadístico, lo que significó que a menor escolaridad mayor era la carga del cuidador; esto concuerda con los resultados del estudio.

De las enfermedades analizadas, sólo con la hipertensión se observaron diferencias significativas, ya que hubo mayor sobrecarga en los cuidadores hipertensos. Ho y col.[15] registraron una relación entre la sobrecarga del cuidador y las enfermedades crónico-degenerativas. Éstas representan, de por sí, una carga adicional al desgaste natural de ser cuidador. El deterioro de la salud de los cuidadores y el alto grado de sobrecarga al que se ven sometidos puede tener repercusiones negativas en el cuidado que prestan.[4]

Aunque sólo en 13% de los casos el cuidador era la pareja del enfermo, el desgaste resultó mayor en este grupo, e incluso con diferencias estadísticamente significativas. Lara Palomino y col.,[11] en su estudio de 60 cuidadores de adultos mayores, no hallaron esta asociación.

Al relacionar los resultados de calidad de vida con la carga del cuidador, se determinó que en todas las dimensiones del perfil de salud de Nottingham hubo diferencias significativas, ya que la calidad empeoró al aumentar la carga del cuidador. López Gil y col.,[12] utilizando también este perfil, obtuvieron el mismo significado en las dimensiones de energía, sueño, relaciones sociales y emocionales. Ho y col.,[15] usaron el cuestionario SF-36, y observaron un vínculo entre la carga del cuidador y los ocho dominios, principalmente en salud física y mental. Larrañaga y col.,[2] con el mismo cuestionario, destacaron resultados similares. Tang[14] también percibió relación con la salud física y espiritual, y Rezende y col.[13] la asociaron con la movilidad y las actividades de la vida diaria.

Cuando se asumen cargas elevadas de cuidado, el riesgo de deterioro de la calidad de vida aumenta, lo que evidencia una relación dosis-respuesta entre cantidad y calidad de cuidados y riesgo de deterioro de la salud.[2]

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de este estudio, es claro que el aumento en el desgaste del cuidador afecta la calidad de vida en todas las dimensiones analizadas.

Se remarca la importancia de trabajar integralmente con estos sujetos en particular, ya que cerca de 25% sufren desgaste, lo que los convierte en cuidadores enfermos y evita que su actividad sea desarrollada convenientemente.

Si bien es cierto que en el ISSSTE ya existe una escuela para formar cuidadores, es fundamental generar programas y estudios que no sólo analicen en número los resultados, sino que puedan medir la repercusión en la salud del paciente y del cuidador.

REFERENCIAS

1. Alpuche-Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas-Russell ME, Figueroa-López CG. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicología y Salud 2008;18:237-245.
2. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristain J, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit 2008;22(5):443-450.
3. Bermejo CC, Martínez MM. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Investigación, diciembre 04-enero 05;11:1-7. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO11.pdf

4. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit 2004;18(Supl 2):83-92.
5. García-Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac Sanit 2004;18(Supl 1):132-139.
6. Álvarez L, González A, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit 2008;22(6):618-620.
7. Alonso J, Anto J, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity. AJPH 1990;80(6):704-708.
8. Crespo LM, López MJ. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias. IMSERSO 2008; 35. 1ª edición. Madrid, Ministerio de educación, política social y deporte. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf
9. Pérez PA. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental [Tesis]. Universidad de Salamanca. Facultad de Medicina, 2006.
10. Sánchez-Guevara L, Gómez-Gómez C, Gutiérrez-Herrera RF, Riquelme-Heras HM, Garza-Elizondo T. Perfil y sobrecarga del cuidador principal informal del adulto mayor [Edición Especial] Rev Salud Publica Nutr 2006;(4). Disponible en: www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-04-2006/documentos/gerontologia.htm
11. Lara PG, González Pedraza AA, Blanco LA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Rev Esp Med Quir 2008;13(4):159-166.
12. López-Gil MJ, Orueta-Sánchez R, Gómez-Caro S, Carmona de la Morena J, et al. 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):332-334.
13. Rezende TC, Coimbra AM, Costallat LT, Coimbra IB. Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. Arch Gerontol Geriatr 2009;51(1):76-80.
14. Tang WR. Hospice family caregiver's quality of life. J Clin Nurs 2009;18(18):2563-2572.
15. Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2009;64(8):873-879.