



**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #1 EN EL ESTADO
AGUASCALIENTES.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

ALUMNA: DRA. CAROLINA UGALDE OBREGÓN

ASESOR:

DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ.

AGUASCALIENTES, AGS., JULIO DEL 2011

CAROLINA UGALDE OBREGÓN
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #1 EN EL ESTADO AGUASCALIENTES.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 29 de Julio de 2011.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD



CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITILACIÓN

PRESENTE

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 "Dr. José Ávila Pardo" de la Delegación de Aguascalientes.

CAROLINA UGALDE OBREGÓN.

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #1 EN EL ESTADO AGUASCALIENTES.

No de registro: R-2011 -101 – 11

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS la residente Carolina Ugalde Obregón asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado para su evaluación,

Sin otro particular agradezco a usted la atención que se sirva presente y quedo de usted.

Atentamente.

DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ.

C.c.p. Dr. Alejandro Farias Zaragoza. Coordinador delegacional de educación médica.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITILACIÓN
Aguascalientes, Ags., a 27 de julio de 2011

Dr. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR DELEGACIONAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 "Dr. José Ávila Pardo" de la Delegación de Aguascalientes.

CAROLINA UGALDE OBREGÓN.

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #1 EN EL ESTADO AGUASCALIENTES.

No de registro: R-2011 -101 – 11. Elaborado de acuerdo a la opción de titulación:

TESIS

La residente CAROLINA UGALDE OBREGÓN asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside para que sea nombrado el jurado para su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted la atención que se sirva presente y quedo de usted.

Atentamente.

DRA. ANA HORTENCIA RAMÍREZ LOPEZ.
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

**CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #1 EN EL ESTADO AGUASCALIENTES**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. CAROLINA UGALDE OBREGÓN.

ASESOR:

DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ RAMÍREZ

SINODALES

PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

SINODAL 1: _____

SINODAL 2: _____

SINODAL 3: _____

Carlos Alberto Prado Aguilar

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

ÍNDICE

I. Introducción	1
II.-Planteamiento del Problema	2
III.- Marco Teórico	15
IV.- Justificación.....	25
V.- Objetivos	26
VI.- Hipótesis.....	26
VII.- Material y métodos.....	28
VII 1.- Diseño metodológico	28
VII.2.- Criterios de selección.....	29
VII 3.- Tipo de estudio	30
VII 4.- Universo y Muestra	30
VIII- Plan de Recolección de datos “Tipo de instrumento”	31
IX.- Logística	33
X.- Técnica de recolección de datos	33
XI. Consideraciones éticas	35
XII. Resultados	36
XIII. Discusión	49
XIV. Conclusiones	51
Bibliografía.....	53
Anexos	
ANEXO A Operacionalizacion de variables	
ANEXO B Instrumento	
ANEXO C Consentimiento informado	
ANEXO D Cronogramas de Actividades	
ANEXO D Plan Presupuestal	

RESUMEN.

Título: Calidad de vida del cuidador del adulto mayor hipertenso de la UMF #1 en el estado de Aguascalientes.

Introducción: Vivir con una enfermedad crónica provoca alteraciones en las funciones, algún grado de limitación en la actividad. Esto puede requerir de largos períodos de cuidado, tratamiento paliativo y seguimiento permanente. Por lo que se desconoce el grado de afectación en la salud y las necesidades de la persona que debe asumir el nuevo rol de cuidador.

Objetivo. Identificar y determinar si existe relación entre su condición de salud y la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes adulto-mayor hipertensos en la UFM No.1, en Aguascalientes.

Material y Métodos: Se realizara un estudio descriptivo transversal simple con un muestreo probabilístico aleatorio simple, con un universo de 13,494 de pacientes y una muestra de 388 pacientes, se utilizara como instrumento el cuestionario SF36; el análisis estadístico se realizara con el programa SPSS V15

Resultados: Los resultados muestran que los cuidadores tienen un rango de edad 30-49, tienen trabajo y una familia, son básicamente familiares del paciente (hijos o esposo/esposa), que han estado al cuidado del paciente durante 1 a 5 años dedicándole 1-2 horas a cuidarlo por lo menos 6 días de la semana, teniendo de 1-3 horas de descanso, la mayoría presenta alguna enfermedad, acompañándose de cefaleas, lumbalgias o depresión refiriendo que es por el cuidado del paciente además de que ya se muestra el consumo de algún medicamento como son analgésicos, antidepresivos y antihipertensivos..

Conclusiones: Algunos cuidadores ya refieren cierto tipo de enfermedad que se puede prevenir con dieta y ejercicio lo cual traerá un beneficio a su salud y se pueden prevenir muchas enfermedades a futuro y reducir el consumo de medicamentos.

Palabras clave: Cuidador, calidad de vida

I. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades crónicas han alcanzando proporciones epidémicas con múltiples consecuencias para la salud y la vida de las personas, como son: discapacidad y años de vida productivos perdidos y pérdidas de vidas humanas, muchas se inician en edades tempranas. El costo social es incalculable y representan una problemática ética hasta ahora no abordada.

Vivir con una enfermedad crónica discapacitante se refiere a la experiencia de padecer un trastorno orgánico y funcional que provoca alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales y algún grado de limitación en la actividad de la persona. Esto puede requerir de largos períodos de cuidado, tratamiento paliativo y seguimiento permanente por parte de los profesionales de la salud.

Establecer la enfermedad como un cambio súbito de la cotidianidad de un grupo social, como lo es el familiar, a manera de gran condicionante o factor que altera de una u otra manera la calidad de vida tanto del individuo implicado directamente con la enfermedad como de las personas que están a su alrededor, nos lleva a pensar y a indagar por un problema grave que cada día se está volviendo más frecuente

El cuidado a las personas en estado de cronicidad, generalmente, lo brinda la familia. Por lo general, se desconocen las necesidades de la persona que debe asumir el nuevo rol de cuidador.

Al hablar de cuidadores familiares se hace referencia a las personas adultas, con vínculo de parentesco o cercanía, que asumen las responsabilidades del cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante y participa con él en la toma de decisiones. Los cuidadores realizan o supervisan las actividades de la vida diaria y buscan compensar las disfunciones que existen en el receptor del cuidado.

Las características inherentes a la enfermedad crónica generan impactos diferentes en los cuidadores familiares, el rol de cuidador y su habilidad de cuidado.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Objeto de estudio: calidad de vida

Sujeto de estudio: cuidadores de pacientes hipertensos.

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DE LA UMF #1 EN AGUASCALIENTES.

II.1.- Características socioeconómicas y culturales de la población de estudio

Se ha registrado un evidente aumento en el número de personas de 60 años y más. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) prevé que en el año 2025 habrá 875 millones de adultos mayores en el mundo, lo que significa un incremento de 281% con relación a la cifra registrada de 1970 (OMS, 2002). De acuerdo con los datos de la Secretaría de Gobernación (2007), en el año 2005 había 28 personas de la tercera edad por cada 100 menores de 15 años, en 2035 habrá la misma cantidad de niños y adultos mayores, y en 2050 el país tendrá 165 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. ¹

El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva a riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.

Tras el diagnóstico de una discapacidad severa o de una enfermedad crónica, o potencialmente mortal, suele modificarse significativamente la dinámica familiar, pues gran parte de la atención y la energía se dirigen hacia el cuidado del enfermo. Acorde con las costumbres mexicanas, es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el apoyo principal de la persona enferma, es decir, en su cuidador principal.

Algunos estudios refieren que 70% de las personas de 65 años o más tienen hijos vivos que le brindan la tercera parte de la atención informal. Estudios realizados atestiguan que más del 80% de los cuidadores experimentan frecuentemente altos niveles de estrés y, casi la mitad, sufren depresión. Esto se debe a la sobrecarga del trabajo del cuidador ya

que esto se refleja como una amenaza de la salud tanto física, psicológica y emocional a la que está expuesta una persona como consecuencia de cuidar a un adulto mayor con enfermedades crónicas degenerativas o a una persona dependiente.

II.2. Panorama del estado de salud.

La hipertensión arterial sistémica constituye una epidemia mundial que padecen más de 1 500 000 000 de personas, tanto en países desarrollados como subdesarrollados. La prevalencia mundial actual según diferentes estudios regionales es de 30 %, pero en las personas mayores de 60 años, su prevalencia se eleva a 50 %.

El Estado de Aguascalientes cuenta con una población total de 1, 124,288 habitantes. ⁴

En México se estima que 15 millones de personas padecen hipertensión arterial sistémica (HAS).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006, la población más afectada por HAS es la de varones, pero que al llegar a los 50 años la prevalencia se equipara en ambos sexos.

Las entidades con mayores índices son Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora, estados donde se detecta un mayor consumo de alimentos ricos en grasas. ⁵

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. Y con esto los cuidadores están propensos a padecer también enfermedades crónicas o degenerativas lo cual nos indica que ocupan un lugar dentro de las estadísticas.

Tras el diagnóstico de una enfermedad crónica, o potencialmente mortal, suele modificarse significativamente la dinámica familiar, pues gran parte de la atención y la energía se dirigen hacia el cuidado del enfermo. Acorde con las costumbres mexicanas,

es común observar que sea alguien de la familia quien se convierta en el apoyo principal de la persona enferma, es decir, en su cuidador principal.

El cuidador asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que éste por sí mismo no puede llevar a cabo; en este rol es común que el cuidador sea un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), y que, por lo general, no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del enfermo.

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados.

La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, destacando por su frecuencia el malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica.

II 3. Descripción del sistema de atención en salud

El IMSS registro casi 3mil defunciones por Hipertensión Arterial en los primeros 7 meses de 2009. Tan solo de Enero a Julio del 2009 en el Seguro Social se registraron 2 mil 915 defunciones por hipertensión arterial en mayores 60 años, de los cuales fueron 1505 mujeres y 1410 hombres.

En el IMSS se cuenta la Guía Practica clínica de Diagnostico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención 2009, la cual proporciona a los médicos de primer nivel información sobre la prevención, diagnostico oportuno, detección

temprana de complicaciones y el tratamiento adecuado de los pacientes hipertensos no complicados.

Además de que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con el Programa de Prevención (PREVENIMSS), el cual fomenta la importancia de mantener una vida saludable a través de una alimentación balanceada, actividad física y visitas periódicas al médico para conocer las condiciones de salud, el cual hace referencia a las acciones de carácter preventivo para mejorar la salud de sus derechohabientes. 6

Aunado a esto, el IMSS cuenta también con una Guía de la Salud de la Mujer, del Hombre y del Adulto Mayor en la cual se da la promoción a la salud, en donde se puede encontrar información útil sobre acciones encaminadas a promoción de la salud, prevenir, identificar y controlar en forma oportuna enfermedades, mejorar su nutrición, salud reproductiva y esquema básico de vacunación.

El IMSS en Aguascalientes cuenta con 2 Hospitales Generales de Zona y 10 Unidades de Medicina Familiar, 5 en el estado y 5 foráneas, además de médicos especialistas en Medicina Familiar, Medicina Interna, y otras especialidades

Anualmente, en sus unidades médicas el IMSS brinda más de 13 millones de consultas por este padecimiento y se reportan 85 mil egresos hospitalarios de personas que fueron tratadas por esta enfermedad, que se caracteriza por la elevación de la presión arterial.

También se cuenta con Programas prioritarios de ISEA para enfermedades crónico degenerativas en cumplimiento al mandato constitucional que otorga a la población residente en la República Mexicana el derecho a la protección de la salud, y en concordancia con el PRONASA 2007-2012, se establece la necesidad de democratizar la atención de la salud, para mejorar la salud de los mexicanos y las mexicanas en el cual se encuentran los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica.

II.4. Descripción de la Naturaleza del problema.

La enfermedad crónica produce un impacto sobre la familia y el cuidador, cuya magnitud y consecuencias dependen de: el tipo de enfermedad (diabetes mellitus, Hipertensión, cáncer); el estado de la enfermedad (inicial o terminal); la estructura familiar (familia completa, madre soltera, hijo único); el rol de la persona enferma crónica (hijo, abuelo, padre); del ciclo vital individual y familiar (criando niños, ancianos). Todos estos aspectos se deben tener en cuenta al abordar a los cuidadores.⁷

Las condiciones en las que se desarrollan estos cuidados no son, en muchas ocasiones, las más adecuadas, y cuando se trata de analizar las consecuencias que tiene el hecho de ser la cuidadora principal de una persona dependiente una de las palabras clave es la de sobrecarga.

El término sobrecarga empezó a emplearse a principios de los años 70's para estudiar el efecto que tenía en la familia el hecho de mantener a pacientes psiquiátricos en la comunidad. En el ámbito de los cuidadores informales, el término ha sido muy utilizado desde la década de los 80's para referirse al impacto que tiene cuidar a una persona diagnosticada de demencia.

La sobrecarga tiene componentes objetivos y subjetivos. Los primeros se refieren directamente a las tareas que tiene que asumir la cuidadora principal, en especial el tiempo de dedicación a los cuidados, la carga física que comportan y la exposición a situaciones estresantes derivadas de la presencia de determinados síntomas o comportamientos del paciente. Por tanto, nos referimos a las demandas, en el sentido más amplio del término, a las que está expuesta la cuidadora por el hecho de cuidar a una persona dependiente.

Los componentes subjetivos hacen referencia a la forma en que la cuidadora percibe las tareas de cuidado y, en concreto, a la respuesta emocional a la experiencia de cuidar a un familiar. Diferentes autores apoyan la relevancia de este concepto, insistiendo en que lo importante no es tanto el número de situaciones a las que la cuidadora está expuesta como el grado en que ésta las valora negativamente. Cuando la activación emocional es muy intensa, muy frecuente o cuando se mantiene durante mucho tiempo, la salud, el bienestar y el comportamiento de la cuidadora pueden afectarse. Sin embargo, otros

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

autores han cuestionado el concepto de sobrecarga como una variable útil para medir los efectos que puede tener el cuidado de un paciente discapacitado en las cuidadoras principales, por el hecho de que no existe un modelo conceptual claro que diferencie la sobrecarga objetiva de la subjetiva. 8

El aumento de la dependencia del paciente produce un aumento en el grado de esfuerzo de la cuidadora, que genera en ella sentimientos contrapuestos, como cólera, dolor, aislamiento y resentimiento, que afectan a su salud y bienestar y, en definitiva, hasta el punto de que el hecho de ser cuidador se ha relacionado con una mayor mortalidad.

II.5. Descripción de la distribución del problema.

El Cuidador informal es aquella persona que procede del círculo familiar (en más del 80% de los casos), de amistades o vecinos, que asume los cuidados de una o más personas no autónomas que viven a su alrededor, y que no recibe remuneración alguna por realizar estas tareas. Habitualmente, es una mujer.

El cuidador es un familiar que toma decisiones y asume responsabilidades de cuidado con respecto a un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica. *Tomar decisiones* es una actividad de gran trascendencia, más en este caso en que el cuidador debe decidir no sólo sobre acciones de la vida diaria, sino que incluso debe decidir sobre el pronóstico de la enfermedad. Los cuidadores surgen de la necesidad de ayudar a un ser querido, un hijo, un padre, etc., que padecen una enfermedad que necesita de cuidados permanentes; otros cuidadores responden espontáneamente a esta necesidad debido a que sienten un amor incondicional por esa persona; otros se vuelven cuidadores porque en la familia no hay otra persona que asuma ese rol; otros cuidadores además atienden las necesidades del resto de la familia, como ocurre generalmente con las mujeres, que además de ser trabajadoras y amas de casa cuidan a sus familiares enfermos. Lo importante es que el cuidador es quien decide dónde y cuándo invertir los esfuerzos. 7

II.6. Descripción de la Gravedad del problema

La experiencia de ser cuidador implica hacer cambios en el estilo de vida y reorganizar la vida laboral y social, lo que resulta en una tendencia al aislamiento, ya que se dedica

principal o exclusivamente a cuidar al familiar enfermo; además, el cuidador debe distribuir los recursos personales y los económicos y afrontar las sobrecargas que se producen; finalmente, está expuesto a fuertes emociones y sentimientos encontrados, especialmente cuando se contraponen el deseo de cuidar a su familiar y el cansancio. El cuidador se ve obligado a cambiar los escenarios de su casa, a sacar el cuadro de la mesa de noche o de la pared para poner en su lugar la lista de todas las cosas que tiene que hacer; su casa se convierte en un pequeño hospital, debe reorganizar camas, sillas y muebles para instalar los implementos y medicamentos que el enfermo utiliza y debe reorganizar los horarios en función de sus necesidades. 5

La experiencia de ser cuidador acarrea sensaciones positivas: satisfacción por el cuidado del ser querido, búsqueda de su bienestar; pero desafortunadamente suelen ser más intensos los sentimientos negativos de sobrecarga, depresión, impotencia, tristeza y también de culpabilidad, sobre todo cuando se requiere una toma de decisiones. A esto se agrega la censura y reclamos de otros familiares, que muchas veces critican el manejo del cuidador. Los cuidadores, por lo tanto, tienen una serie de necesidades: soporte social; conocimiento de la enfermedad de su familiar; apoyo financiero; y reconocimiento, tanto de su familia como de quien recibe el cuidado.

II.7. Factores más importantes que pueden influir en el problema

La sobrecarga del cuidador opera algún tipo de estrés y afrontamiento, tanto explícita como implícitamente.

Muy a menudo la atención de cuidar a un enfermo crónico se prolonga durante cinco o siete años, pero algunos cuidadores pueden asumir este papel durante 15 a 20 años.

La mayoría de los cuidadores cuentan con poca o ninguna ayuda", dijo Zarit. "La familia tiene que pagar el costo físico, emocional y financiero de la atención, que puede ser desorbitado. Cuando el cuidador se abruma, se eleva la probabilidad de tener una grave deficiencia en la situación de cuidado." En algunos casos, hay informes de negligencia, abuso o incluso homicidio.

El estrés del cuidador se entiende como consecuencia de un proceso que comprende un número de condiciones interrelacionadas, incluyendo características socioeconómicas, recursos de los cuidadores y estresores primarios y secundarios a los que están expuestos. El afrontamiento y el soporte social pueden potencialmente intervenir en múltiples puntos a lo largo del proceso de estrés.

El hecho de dar cuidados y sus consecuencias está potencialmente influenciado por características clave del cuidador. Los efectos de estatus, como la edad, género, etnia, la educación, ocupación, económicos, etc. 9

- Se sienten agobiados por las demandas de cuidar;
- Se les hace difícil compartir con familiares y amigos;
- No tienen tiempo para hacer ejercicio u otras actividades de preferencia; o
- Se sienten enfadados, tristes y solos algunas veces

Los cuidadores expuestos a las muchas demandas del cuidado, normalmente experimentan sobrecarga. Esto significa que el cuidador empieza a sentir que el cuidar de otros empieza a traer impactos negativos para sus estados emocionales, salud física o estatus económico. Por ejemplo, algunos cuidadores se dan cuenta que estas demandas de cuidado disminuyen el tiempo y la energía para realizar actividades personales y relaciones con amigos. Los cuidadores pueden también dejar sus labores de cuidado a un familiar. Les puede preocupar que de pronto no les alcance el dinero para sus gastos del hogar debido al costo del cuidado médico. Estos cambios en la vida del cuidador pueden durar hasta que la ayuda para él sea necesaria.

Otro de los factores se llama estrés en el cual el cuidador puede sentir presión, fatiga, y depresión. El estrés es la respuesta emocional a corto plazo para situaciones de cuidado a otros. Por ejemplo, un cuidador podría experimentar estrés si tuviese que cancelar una salida con amigos porque la persona que cuida se siente desorientada o deprimida. La sobrecarga, se refiere al impacto a largo plazo producido por esta situación en la vida del cuidador. El cuidador sobrecargado podría pensar “Por cuidar a Sam, ya no tengo una vida social.

II.8. Argumento convincente

En Aguascalientes, las publicaciones acerca del tema son realmente escasas o simplemente no se tiene información sobre la calidad de vida del cuidador en el adulto mayor hipertenso ya sea con esta sola patología o con otras agudas o crónicas agregadas a su patología de base.

Los cambios adaptativos que deben llevar a cabo los familiares de enfermos crónicos discapacitados son, en muchos casos, de magnitud igual o superior a los del paciente y, con frecuencia, se pueden observar niveles mayores de estrés en los cuidadores que en los propios enfermos, a pesar de lo cual el cuidador solicita menos atención sanitaria de lo que cabría esperar. ¹⁰

Cuidar a un mayor dependiente afecta a la estabilidad psicológica. Así, por ejemplo, los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión, ansiedad e ira. Sin embargo, muchos cuidadores muestran problemas emocionales sin llegar a cumplir criterios diagnósticos de trastorno clínico del estado de ánimo o de ansiedad. Así, es frecuente la presencia de síntomas como problemas de sueño, sentimientos de desesperanza, preocupaciones por el futuro, etc. ¹¹

El cuidador presenta una serie de alteraciones físicas y de su salud como son las quejas somáticas, el dolor crónico del aparato locomotor, la cefalea tensional, la astenia y la fatiga crónica, la alteración del ciclo sueño-vigilia, el deterioro de la función inmune y una mayor predisposición a úlcera péptica y a enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Por otra parte, el cuidador puede presentar problemas psíquicos como depresión, ansiedad, insomnio, y una alta tasa de automedicación. Los problemas de índole socioeconómicos son otro grupo de alteraciones que puede presentar el cuidador de un enfermo. Estos son conflictos familiares, problemas laborales, dificultades económicas y disminución de actividades sociales y de ocio

Cuidar de otros es un trabajo difícil. Los cuidadores sienten un profundo sentido de cuidado, amor y orgullo. Ellos también pueden sentir rabia de la gran cantidad de demanda que hay hacia su tiempo. Se sienten apenados de que el anciano ya no es el

mismo de antes. Se sienten sobrecargados por presiones financieras. Los cuidadores también pueden sentir que todas las cosas que ellos hacen no son valoradas. Todos estos sentimientos son normales. Sentimientos de rabia, frustración, impotencia no significan que usted como cuidador quiera menos a esta persona.

Reconocer y aceptar estos sentimientos es un paso necesario para resolver problemas, disminuir estrés y prevenir problemas físicos y emocionales.

Los cuidadores esperan mucho de ellos mismos y se preocupan constantemente por no perjudicar a los demás. Puede que ellos no reconozcan sentimientos de estrés o sobrecarga en ellos mismos y a la larga terminan afectando su propia salud física y emocional.

Síntomas de estrés que el cuidador suele presentar son:

- Dolor de cabeza
- Fatiga
- Insomnio
- Cambio en su peso
- Molestias digestivas
- Incremento en el uso de alcohol, drogas, tabaco
- Cuello y hombros tensos
- Ansiedad
- Cambios de humor
- Llanto
- Irritabilidad
- Depresión
- Pérdida de memoria
- Poca concentración
- Baja productividad
- Actitud negativa
- Confusión
- Letargo
- Aburrimiento

- Sentimientos de aislamiento
- Hipertensión

Por todo lo anterior es necesario llevar a cabo acciones encaminadas a elevar la calidad de vida de estos cuidadores lo cual a su vez redundará en un cuidado mejor y en el mayor bienestar de la familia.

II.9. Descripción de proyectos relacionados.

Algunos estudios que hablan sobre lo antes mencionado:

Astudillo, et. al. (2008), definen al cuidador primario, como: la persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/ la esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente. ¹²

Muñoz *et al.* (2004), en su estudio realizado en la ciudad de Chillán, observaron que el 72% de los cuidadores informales presentaba algún grado de sobrecarga y un 48% tenía sobrecarga intensa. Concluyeron, además, que la existencia de parentesco, condición de pareja, presencia de patología no transmisible, síntomas de ansiedad y/ o depresión incrementan notablemente el nivel de sobrecarga del cuidador. ¹³

Muñoz *et al.*, (2004), en el estudio “Factores que influyen en el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, adscritos al Consultorio Violeta Parra de Chillán”, observaron mayores niveles de sobrecarga, ya que el 72% de los cuidadores informales presentaba sobrecarga (48% intensa), mientras que en la presente investigación, se encontró un 58% de sobrecarga (38% intensa). ¹³

Valles y cols, 2000. Difundieron que el cuidador no sólo es el que cuida al paciente, sino que también es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa, que incluye el conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos pacientes, facilitando la integración del paciente en su entorno y en la realidad. El cuidador crucial soporta cada día retos imprevistos y sufre pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional ¹⁰

Lara *et al.* (2001), en Cuba, realizaron una investigación descriptiva prospectiva Entre los años 1998-1999 denominada “Síndrome del Cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica”. Estos autores plantearon la importancia de la pesquisa precoz de los síntomas de sobrecarga que llevan al denominado Síndrome del Cuidador y la relevancia de conocer los factores que predisponen a padecer este mal, que convierte al cuidador en un paciente silencioso, afectando la calidad de los cuidados otorgados al anciano 13

Un estudio similar, realizado por Méndez y Moraga, (2005) con cuidadores informales de Collipulli, se determinó que un 70,49% de los cuidadores presentaba algún nivel de sobrecarga y alrededor del 50% de ellos tenía sobrecarga intensa, situación similar a la encontrada por Muñoz *et al.* (2004). 13

Armstrong, et al (2005) señala algunas de las características demográficas de los cuidadores informales: en su gran mayoría lo constituyen mujeres (83.6%); destacando las amas de casa (44.25%), que van de los 45 a los 65 años de edad, un importante sector los constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada. Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%). 11

Dueñas y cols., en el 2006, desarrollaron un estudio donde el objetivo fue describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores, estudiaron a 102 cuidadores y encontraron que, de acuerdo a la escala de Golberg, 87 (85.2%) de los cuidadores presentaban ansiedad y 83 (81.3%) depresión.

Torres y cols (2007) por su parte sustenta que la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden: físico, psíquico y sociofamiliar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. 10

Chang y cols. (2007), realizaron un estudio donde concluyen que la calidad del sueño puede tener un impacto sobre varios aspectos de la calidad de vida de los cuidadores y que la ayuda al mejoramiento del sueño, brinda capacidad para atender a los pacientes y así mismos.

II.10 .Información que se espera obtener.

Se identificara la calidad del vida de los cuidadores de pacientes hipertensos, determinando así la escolaridad, rango de edad, además de cuidar al paciente, el cuidador presenta alguna enfermedad que le dificulte su actividad, si toma un medicamento, si realiza alguna actividad, si tiene algún problema en el trabajo, y su estado de animo.

Se considera que el presente estudio pueda ayudar a nuevas investigaciones en las cuales se vea necesario realizar intervenciones educativas a nuestros médicos con el fin de mejorar la calidad de vida del cuidador del paciente hipertenso.

II.11. Conceptos indispensables:

- Cuidador: aquella persona que asume los cuidados de una o más personas no autónomas que viven a su alrededor, y que no recibe remuneración alguna por realizar estas tareas.
- Calidad de vida: percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

Por lo antes mencionado se hace la siguiente pregunta a investigar:

¿Cual es la calidad de vida del cuidador del adulto mayor hipertenso de la UMF #1 en el estado Aguascalientes?

III. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

La búsqueda de información nos permite referir los siguientes trabajos de investigación relacionados con el problema de estudio.

Rogero-García en el 2009, utilizó una muestra de personas mayores de 64 años dependientes procedente de la Encuesta Nacional de Salud 2003. Se realizaron tablas de contingencia para conocer la distribución del cuidado entre las personas mayores españolas. En donde los Resultados que se obtuvieron fueron que El 7,5% de las personas mayores que necesitan cuidado no lo reciben. De quiénes lo reciben, el 89,4% recibe cuidado informal, el 14,8% servicios privados y el 8,1% servicios públicos. Cuidado formal e informal se combinan en el 11,9% de los casos. ¹⁴

Beltrán Guzmán, Torres Fermán et al, realizaron un estudio en donde analizaron los efectos sobre la calidad de vida de los cuidadores de menores asmáticos en el hogar. Participaron cincuenta y dos cuidadores de pacientes con enfermedades respiratorias, se utilizó el Cuestionario de la Calidad de Vida de Personas Encargadas del Cuidado del Niño con Asma (PACQLQ), de Junniper. Los resultados permiten afirmar que los cuidadores de pacientes infantiles con asma sufren afectaciones emocionales y la limitación de su actividad. ¹⁵

Lluch Bonet; Morales López' et al. Realizaron un estudio con diseño descriptivo de corte transversal en 116 cuidadores, del área de salud "Finlay, municipio Camagüey, entre Julio 2006 y diciembre 2008. Se obtuvo como resultados valores significativos en las correlaciones realizadas, y se observó un nivel de capacitación inadecuado del 78,1%, ausencia de un cuidador sustituto en el 81,6%, con una relación entre el tiempo como cuidador y el grado de sobrecarga percibida en el 75,8 % de los casos. Esto resultados que nos permitieron proponer recomendaciones preliminares, en aras de mantener o restablecer los factores protectores de la salud física, psicológica y social de los cuidadores cruciales y su repercusión en la atención y el cuidado al anciano con demencia en el hogar. ¹⁶

Martínez González, Robles Rendón et al realizaron un estudio en el cual se evaluó la carga percibida por los CPIF de niños con Parálisis Cerebral Infantil Severa (PCIS). En donde Participaron 102 cuidadores de pacientes, Se aplicó la Entrevista de carga del cuidador de Zarit y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados muestran que el 12 % de los cuidadores no presentan sobrecarga; el 24 % sobrecarga leve; el 47 % perciben una sobrecarga moderada y el 17% presentan un nivel de sobrecarga severa. Se concluye que la sobrecarga percibida por los cuidadores puede ser un indicador de estrés relacionado con el cuidado de un niño con PCIS. 17

Montalvo Prieto, Flores Torres, realizaron un estudio descriptivo de corte transversal para comparar las características de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, niños en situación de discapacidad y enfermedad cerebro vascular, y las características de los cuidadores de personas que conviven con el virus del VIH-sida. Para la caracterización de los cuidadores se utilizó la encuesta diseñada por el grupo de cuidado al paciente crónico en donde Participaron 294 cuidadores. Un total de 85 cuidadores de pacientes con Alzheimer; 96, de niños en situación de discapacidad; 58, de pacientes con enfermedad cerebrovascular; y 55, de personas que conviven con el virus del VIH-sida. Se encontró heterogeneidad entre las características de los cuidadores de personas que conviven con el virus del VIH y los tres grupos de cuidadores restantes en la ciudad de Cartagena. 18

Espinoza Lavoz, Méndez Villarroel realizaron una investigación en donde tuvo por objetivo determinar el nivel de sobrecarga del cuidador informal y relacionarla con características del cuidador y del adulto mayor. Es un estudio analítico de corte transversal, cuya muestra estuvo compuesta por 80 cuidadores informales de adultos mayores dependientes. Los datos se obtuvieron de la aplicación de la Escala de sobrecarga de Zarit y de una encuesta de caracterización sociodemográfica. La información fue procesada en el programa EPIINFO 2000, se usó estadística descriptiva, prueba χ^2 y Coeficiente Gamma. Los resultados relacionados con los cuidadores mostraron que 79% eran mujeres, 56% tenían entre 20 y 50 años, 49% presentaba escolaridad básica, 55% tenía pareja y 75% hijos. El 85% realizaba cuidados día y noche, 90% percibió su estado de salud buena o regular, 20% tiene sobrecarga leve y 38%

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sobrecarga intensa. Respecto a los adultos mayores, 62% eran mujeres, 82% tenían entre 70 y 84 años, 54% sin escolaridad y 44% escolaridad básica, 87% controlaba esfínteres, 24% presentaba patologías cardiovasculares. Resultó significativa la relación entre sobrecarga y presencia de hijos y entre sobrecarga y existencia de otra actividad laboral del cuidador. Se concluye que tener hijos y desarrollar otra actividad laboral influyen negativamente en el nivel de sobrecarga del cuidador informal. 19

William Martínez, Ángela María Albán Campo aplicaron test de calidad vida y adaptación social a los cuidadores de adultos mayores en centros de bienestar de Pereira y Santa Rosa de Cabal. *En donde* se evaluaron 69 cuidadores institucionalizados. Los test tuvieron un alto índice de confiabilidad interna. Se identificaron los componentes de las pruebas y se encontró que la gran mayoría de los cuidadores tenían adaptación social y que la calidad de vida oscilaba entre baja y mediana calidad de vida. En donde se concluyo que a pesar de ser una población con adecuadas condiciones sociales, se presentan riesgos por adaptación patológica e inadecuada calidad de vida. 6

El cuidador es la persona que no recibe paga, que tiene un contacto regular con el sujeto y fue o estuvo involucrado en las actividades del cuidado con el sujeto... el cual asume el cuidado del enfermo y se encarga del cuidado físico y psicológico del en enfermo.

J. Glean define al cuidador crucial como la persona o familia que mantenga el contacto humano con el paciente incapacitado, el que a diario le satisface sus necesidades básicas, lo mantiene vinculado a la sociedad y lo provee de afecto.

Por otro lado se entiende por persona dependiente aquella que por motivos de edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión, ansiedad e ira. Los porcentajes de trastornos clínicos del estado de ánimo son especialmente frecuentes, alcanzan el 53%, entre quienes buscan ayuda en programas psicoeducativos de manejo del estrés. 11

Las investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica en cuidadores de pacientes con algún tipo de demencia, trastornos de tipo psiquiátrico, cáncer, HIV y adultos mayores en su gran mayoría lo constituyen mujeres (83.6%); destacando las amas de casa (44.25%), que van de los 45 a los 65 años de edad, un importante sector los constituyen individuos sin estudios (17.1%) y con parentesco directo con la persona cuidada.

Estos datos confirman que la gran mayoría son individuos que no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración.

En la población española, las mujeres representan el 84% de las personas encargadas de atender a otras dependientes, y en particular en la Comunidad Autónoma del País Vasco un 73%; el predominio femenino se constata en cualquier relación de parentesco entre persona cuidada y cuidadora.²

Los cuidadores viven en el domicilio del paciente, por lo general tiene que compaginar sus labores de cuidador con el trabajo fuera del domicilio. En el IMSS se cuenta con 2334,340pacientes hipertensos. De los cuales 28,310 residen en el estado de Aguascalientes, otorgándose en las umf 109,811 consultas a pacientes hipertensos, 3.9 consultas diarias por paciente hipertenso.

Algunos cuidadores tiene a su cargo 2 discapacitados, cada uno sin recibir ayuda de ninguna persona para su labor de cuidador, la mayoría de los cuidadores no tienen ningún día libre a la semana para descansar de su función. Un numero de días libres a la semana se asocio con un superior índice de esfuerzo del cuidador.

La definición de calidad de vida es abordada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

La calidad de vida se ve claramente relacionada con momentos en que los seres humanos deben afrontar situaciones de cambio en su rol cotidiano, en su maduración o en el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

cumplimiento de su ciclo vital, y esto se puede ver afectado en la salud mental. Por ello la aparición de una enfermedad grave en un miembro de un grupo familiar implica grandes cambios.

La calidad de vida de una persona, la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos. Existen varias dimensiones para medir la calidad de vida entre estas se encuentran la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, relacionado a la calidad de vida..

Se realizó un estudio en el cual se aplicó un cuestionario de calidad de vida el cual abarca 36 preguntas (SF-36) a 294 pacientes y a 153 cuidadores se observó que existe una fuerte carga emocional para los cuidadores de pacientes diabéticos, afectando la calidad de vida en las 3 subescalas del SF36. Así mismo se realizó otro estudio en Taiwán en el cual se usó el cuestionario SF36 para determinar el decremento en la calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con accidente cerebrovascular o diabetes mellitas comparada con la población normal de Taiwán e identificar los factores determinantes de este decremento. Concluyéndose que los cuidadores primarios de pacientes con EVC o dm hospitalizados obtuvieron bajos resultados en la escala mental, pero mejores resultados en la escala física que la población en general. Existen muchos factores responsables de la pérdida de la calidad de vida de los cuidadores, tales como visitas frecuentes al hospital, problemas de movilidad del paciente, desarrollo de complicaciones secundarias a la hipertensión, estado de salud, tiempo libre aficiones, intimidad, perturba de modo intenso en su equilibrio personal y familiar, dañando gravemente la relación cuidador-paciente.

El cuidador debe combinar sus obligaciones de la vida diaria con las responsabilidades del cuidado del paciente, por lo que la salud del cuidador agotado se deteriora y cada vez es menos capaz de cumplir con las crecientes exigencias del familiar enfermo, llegando a sufrir principalmente cefaleas, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias, artrosis, insuficiencia venosa crónica y algias musculares inespecíficas, incluso pueden sufrir síntomas depresivos tales como trastornos del sueño tristeza, fatiga que no corresponde a la actividad, molestias abdominales, mareos, síntomas cardiovasculares y respiratorios,

cambios en los patrones de sexualidad, pérdida de independencia, modificaciones en la escala de valores y filosofía de la vida, alteraciones en la autoimagen, sentimientos de impotencia desesperanza, miedo a lo desconocido, negación e incluso agresividad. Se realizó un estudio con un grupo constituido por 79 cuidadores principales de pacientes en programa de atención domiciliaria, en una comunidad de España observándose que los cuidadores presentan significativamente mayor proporción de enfermedades crónicas, con posible relación con el esfuerzo y reciben poca ayuda para su labor.

La calidad de vida de los cuidadores esta correlacionada con la calidad de vida de los pacientes. Con frecuencia se pueden observar niveles mayores de estrés en los cuidadores que en los propios pacientes. Es frecuente que el cuidador y el enfermo desarrollen una relación sumamente estrecha en la que los restantes miembros de la familia quedan excluidos.

En ocasiones actitudes disfuncionales como sobreproducción pueden dificultar las áreas de autonomía del paciente y ser fuente de conflictos, existe una correlación positiva entre el indica del esfuerzo del cuidador y el grado de incapacidad física y psíquica del paciente cuidado.

La frecuencia media a consulta por el cuidador fue de 2.7 visitas en 6 meses, así como el 64% de los cuidadores tomaban algún medicamento habitualmente. Los cuidadores que tomaban fármacos frecuentaban en los últimos 6 meses un promedio de 2.4 veces mas que los que no tomaban fármacos....

Ya con todo esto por eso es importante identificar cual es la calidad de vida del cuidador en el paciente hipertenso adscrito en una umf1...

Definiciones:

Calidad de vida :Se define 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

Cuidador: es aquella persona que procede del círculo familiar (en más del 80% de los casos), de amistades o vecinos, que asume los cuidados de una o más personas no autónomas que viven a su alrededor.

TEORÍAS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

La calidad se define como los atributos, características o propiedades de determinado fenómeno, en este caso de la vida. El concepto calidad califica al elemento que lo precede.

Gomez-Vela y Sabeth (2007). El concepto de calidad de vida empieza a popularizarse en la década de los 60's hasta convertirse hoy en un concepto bastante utilizado en varios ámbitos como la salud, economía y política. A mediados de los 70's el término comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida englobando diversas dimensiones, tanto objetivas como subjetivas, pero es fundamentalmente la percepción del individuo lo que refleja la calidad de vida que experimenta. ²⁶

Marin Sevilla considera que la calidad de vida depende de la situación funcional, del grado de comodidad y del nivel de autoestima de la persona. ²¹

Badia (1995) define a la calidad de vida relacionada con la salud agrupa elementos que forman parte del individuo, así como aquellos que, externos al individuo interactúan con el y pueden llegar a cambiar su estado de salud. ²⁶

Schwartzmann (2003) relaciona a la calidad de vida con la salud incorporando la percepción subjetiva de la persona para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. ²⁶

Lepelge y Hun definen que las evaluaciones de la calidad de vida relacionada con la salud asumen que las personas son capaces de analizar aspectos de su estado de salud en forma aislada, separándolas de otros aspectos de la vida humana (ingresos, situación laboral, relaciones interpersonales, estrategias personales de afrontamiento). ²⁶

Canam y Cols. Definen 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. ²¹

Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida; en donde definen a la Calidad de Vida como; como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

Como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. ²²

Patrick y Erikson (2003) definen la calidad de vida como el valor asignado a la duración de la vida, modificada por las oportunidades sociales, la percepción, el estado funcional que puede ser influenciada por la enfermedad traumatismos o tratamientos. En su medición incluye las funciones físicas, estado psicológico, síntomas somáticos tales como dolor, funciones sociales incluyendo las familiares, funciones sexuales, ocupacionales y posiblemente estado financiero. ²³

Jalowiec (2008) sugirió la existencia de componentes primarios que afectan la calidad de vida y entre los que se incluyen salud, capacidad funcional y la satisfacción por la vida. Padilla y col. (1992) señalaron las cualidades principales de la calidad de vida identificándolas como: bienestar psicológico (satisfacción, significado de la vida, logro de la meta y felicidad); bienestar físico (actividades de la vida, del apetito y del sueño diario); bienestar social e interpersonal; y bienestar financiero y material. ²⁴

Minayo y col. (2000) señalan la relatividad del concepto de calidad de vida, el cual posee tres marcos de referencia: histórico, donde cada sociedad tiene parámetros de calidad de vida en distintos momentos históricos; cultural, dependientes de sus tradiciones culturales, y clase social, donde las expectativas que cada uno tiene están en estrecha relación con los niveles económicos, educacionales y oportunidad de acceso. ²⁵

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Schalock y Verdugo (2002) definen a la calidad de vida como el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos, en tanto que sus indicadores son las percepciones comportamientos o condiciones específicas de una dimensión de la calidad de vida que reflejan la percepción de una persona o su verdadera calidad de vida, relacionados ambos funcionalmente de un modo válido y sensible. 25

Ventegodt et al (2003) intentaron explicar, casi con un sofisma, el significado de calidad de vida, y en una traducción libre afirmaban que calidad de vida es "tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad". 29

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". 22

La calidad de vida permite conocer la efectividad de la terapia, valorar el costo/beneficio emocional y realizar análisis económicos. 15

EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA

Los cuestionarios de calidad de vida (Health Related Quality of Life [HRQL]) no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud. Por tanto, la cuantificación de calidad de vida (HRQL) "es una compleja medida sobre la satisfacción de bienestar físico, mental y social, un concepto que aglutina las expectativas, deseos y necesidades en la vida del paciente". En el fondo, la calidad de vida intenta caracterizar y reflejar un balance entre lo bueno y lo malo en la vida en relación con la salud, y el término refleja los sentimientos de bienestar del sujeto relacionados con su percepción individual y con sus objetivos en la vida. 29

Los estudios de calidad de vida HRQL intentan reflejar el impacto de la enfermedad sobre el paciente y su sensación sobre el estado general de salud. Básicamente hay 2 tipos de instrumentos para analizar la calidad de vida: los cuestionarios genéricos y los específicos

COMO MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

En la actualidad hay muchos instrumentos de medida para cuantificar la calidad de vida, y todos ellos tienen en común 2 hechos fundamentales:

1. Son cuestionarios que rellenan los pacientes y cuya realización se facilita mediante diferentes escalas e ítems.
2. La mayoría tiene en cuenta 2 perfiles de salud, denominados dominios, que corresponden a 2 aspectos-resumen trascendentes, como son el componente físico y el componente mental. ²⁹

El cuestionario debe ser:

- Amplio, que incorpore una parte considerable de los aspectos de la salud.
- Seguro, en el que se pueda precisar conceptos, que sea reproducible y que tenga consistencia interna, de manera que no haya contradicciones en las respuestas y, en caso de haberlas, que puedan ser detectadas.
- La correlación entre los dominios puede contrastarse mediante el test de Cronbach.
- Sensible, capaz de detectar variaciones incluso pequeñas en el estado de salud y, por tanto, capaz de reflejar las variaciones sintomáticas tras un determinado tratamiento.

CUESTIONARIO SF36

La encuesta de Salud SF36 fue diseñada en Estados Unidos y esta conformada por una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable a los pacientes y a la población en general para medir la calidad de vida en enfermos crónicos.

El SF-36 tiene 8 dominios, 4 corresponden a aspectos físicos (función física, actividad física laboral, índice de dolor, percepción de salud) y 4 a aspectos del área psíquica o mental (vitalidad, función social, actividad psíquica laboral, índice de salud mental). Cada

uno de los dominios tiene varios ítems que suman en conjunto 36, y cada uno de los ítems tiene una escala de puntuaciones.

Con la suma de los puntos de cada uno de los ítems se obtiene una puntuación global (escala entre 0 y 100, donde una mayor puntuación indica un mejor estado de salud).

La ventaja del SF-36 es su facilidad, su comodidad y que está suficientemente validado. Además, es bastante corto y se puede realizar tanto en pacientes ingresados como en las consultas ambulatorias. Como termino medio, los pacientes tardan 10-20 min en rellenar por completo el cuestionario. El SF-36 es un cuestionario muy utilizado por su facilidad, comodidad y validez. De hecho, es el más usado para la validación de otros cuestionarios diseñados con posterioridad y para la valoración de los cuestionarios específicos.

IV. JUSTIFICACIÓN.

Vivir con una enfermedad crónica discapacitante se refiere a la experiencia de padecer un trastorno orgánico y funcional que provoca alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales y algún grado de limitación en la actividad de la persona. Esto puede requerir de largos períodos de cuidado, tratamiento paliativo y seguimiento permanente por parte de los profesionales de la salud

Cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que el cuidador primero debe conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacerlas. En función de la naturaleza del problema, cuidar puede requerir una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, puede ser algo breve o que no se sabe cuándo va a finalizar. Cuando es una gran tarea o se prolonga durante mucho tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador.

La calidad de vida de los cuidadores esta directamente relacionado con la calidad de vida de los pacientes. Desgraciadamente en México no existen estudios suficientes sobre las características afectivas de la persona que asume el papel del cuidador

Se pretende en este estudio medir y conocer la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes con hipertension independientemente que tengan otra enfermedad concomitante ya que a pesar de tener varios estudios sobre la calidad de vida sin embargo no se ha estudiado de manera profunda la calidad de vida de este tipo de cuidadores en pacientes hipertensos y de la forma en como influye el tener que cuidar a este tipo de pacientes.

V. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

1. Identificar la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes HAS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar Factores que afectan la calidad de vida
- Identificar las actividades físicas del cuidador
- Identificar el rol físico del cuidador
- Identificar el efecto del dolor en el trabajo
- Identificar la percepción de la salud actual del cuidador
- Identificar el grado en que los problemas interfieren en la vida social del cuidador
- Identificar el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias
- identificar las Características sociodemográfica de los cuidadores

Hipótesis

- Hipótesis nula

“Los cuidadores no presentan afectación en su condición de salud y calidad de vida por el cuidado del paciente adulto-mayor con hipertensión.”

- Hipótesis de trabajo

“Los cuidadores presentan algún grado de afectación en su condición de salud y calidad de vida por el cuidado del paciente adulto-mayor con hipertensión.”



VII. MATERIAL Y MÉTODOS

VII. 1. Diseño metodológico.

Diseño del estudio

- Descriptivo transversal, ya que se tiene que conocer características acerca de los cuidadores y recopilar información sobre sus condiciones de salud y calidad de vida.

Población

- Pacientes adulto-mayor hipertensos derechohabientes IMSS de la UMF#1 de Aguascalientes.

La población adscrita a la UMF No.1, es de 121, 432 derechohabientes y adscrita a consultorio (usuaria) es de 96,392. El 14% de la población usuaria corresponde a personas de la tercera edad que son 13,494 usuarios según las estadísticas de la UMF No.1.

Población Derechohabiente:

Asegurados: 60,371

Beneficiarios: 56,939

Población adscrita a consultorio: 96,392

Población usuaria adulto-mayor: 13,494

Población adscrita a UMF: 121,432

Peso Específico: 26.6 %

Unidades de observación

- Cuidador de pacientes adulto-mayor hipertensos derechohabientes de la UMF No.1 en Aguascalientes.

Unidad de análisis

- Cuidador de pacientes adulto-mayor hipertensos derechohabientes de la UMF No.1 en Aguascalientes y que acuden con ellos a consulta.

VII.2.- Criterios de selección

La ubicación de cuidadores de los pacientes adulto-mayor se hará en las consultas externas, ya que regularmente los cuidadores son los que acompañan a sus consultas a este tipo de pacientes y están al tanto de su salud física, además, se tiene información por parte del UMF No.1 sobre la población a evaluar dentro de sus datos de consulta externa.

La selección de los cuidadores de los pacientes adulto-mayor con hipertensión de la UMF No.1 se realizara bajo los siguientes términos de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Cuidadores de pacientes adulto-mayor con hipertensión adscritos a la UMF#1 y que vayan a consulta con su paciente.
- Cuidadores de pacientes hipertensos con mas de 5 años evolución
- Pacientes que acuden a su UMF para control y que sean adulto-mayores
- Pacientes adulto-mayores que tengan un cuidador.

Criterios de exclusión

- Cuidadores de pacientes hipertensos con menos dos años de evolución
- Cuidadores de pacientes en etapas terminales
- Pacientes que no tengan cuidador

Criterios de eliminación

- Cuidador muera
- Cuidador no acepte participar

VII 3.- Tipo de estudio

Tipo de muestreo.

- Aleatorio simple

VII 4.- Universo y Muestra

Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizaron los siguientes datos por parte de la UFM No.1 y formulas:

$p=90\% = 0.90$ (Probabilidad de ocurrencia)

$Se = 1.495\% = 0.01495$ (Error standard)

$N= 13,494$ Población adulto-mayor en la Unidad de Medicina Familiar No 1 (ver Población)

Para determinar el tamaño de la muestra utilicé la siguiente formula:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}} \quad \text{Siendo que} \quad n' = \frac{S^2}{E^2}$$

Para obtener la varianza de la muestra uso la formula:

$$S^2 = p(1 - p)$$

Para obtener la varianza de la población se utilizo:

$$V^2 = (S_e)^2$$

Se obtuvieron los siguientes resultados:

$N = 13,494$
$se = 0.015$
$\sigma^2 = (se)^2 = (0,015)^2 = 0.000225$
$s^2 = p(1 - p) = 0,9(1 - 0,9) = 0,09$
por lo que $n' = \frac{s^2}{\sigma^2} = \frac{0,09}{0,000225} = 400$
$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}} = \frac{400}{1 + \frac{400}{13,494}} = 388$

Es decir, es necesaria una muestra de al menos **388** cuidadores de adulto-mayores hipertensos, para obtener información confiable de acuerdo al tamaño de la población adulto-mayor en la Unidad de Medicina Familiar No. 1

VIII. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS “TIPO DE INSTRUMENTO”

Se realizo una entrevista con los cuidadores de pacientes con hipertensión arterial adulto-mayor, se aplico la ficha de identificación y el cuestionario SF-36 (Calidad de vida).

El cuestionario SF-36, pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional.

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

1. **Función física**: grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el auto cuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.
2. **Rol físico**: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menos que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.
3. **Dolor corporal**: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
4. **Salud general**: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. **Vitalidad**: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
6. **Función social**: grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. **Rol emocional**: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.

Salud emocional: salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.

Plan De Análisis:

Los datos obtenidos en la encuesta se capturarán y se almacenarán en forma cotidiana, con un proceso de captura – recaptura para validar la confiabilidad del proceso usando la base de datos SPSS.

IX.-LOGÍSTICA

En el presente proyecto se realizaran encuestas para tener información más confiable acerca del cuidador del paciente adulto-mayor, mediante el siguiente procedimiento.

- Presentación al jefe de la clínica el proyecto y se autorice la realización de las encuestas.
- Capacitación de los encuestadores para la aplicación correcta de las encuestas.
- Aplicación de encuestas (serán realizadas a la salida del consultorio del medico familiar).
- Se explicará el propósito de la investigación y en caso de aceptación se solicitará el consentimiento informado, se garantizará el anonimato y confidencialidad.

Definición De Variables:

Calidad de vida: la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses

Cuidador: es la persona que mantiene estrecho contacto humano con el paciente, el que a diario le satisface sus necesidades básicas, lo mantiene vinculado a la sociedad y lo provee de afecto.

X.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se asistirá a la UMF# 1 en horario mixto para la aplicación del cuestionario a pacientes que acudan con su cuidador, se les informará en que consiste la encuesta y se llevará a cabo el cuestionario bajo la supervisión de la investigadora. Además se reclutara a personas para que ayuden a aplicar las encuestas.

Las encuestas se realizaran mientras espera o a la salida de la consulta del paciente.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó una base de datos en el programa SPSS16, introduciendo los datos obtenidos de las fichas de identificación y del cuestionario SF-36, se determinarán características sociodemográficas del cuidador y su estado de salud.

Para el cuestionario SF-36 se hizo la evaluación de la siguiente forma:

Las preguntas que tienen 3 posibles respuestas, tendrán la siguiente puntuación 0-50-100; las preguntas con 5 posibles respuestas tendrán la puntuación 0-25-50-75-100; y las preguntas con 6 posibles respuestas serán evaluadas con 0-20-40-60-80-100; los puntajes de la misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

La escala de evaluación del cuestionario es de 0-100, siendo 100 la calificación más alta.

Las preguntas no respondidas no se consideraran.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

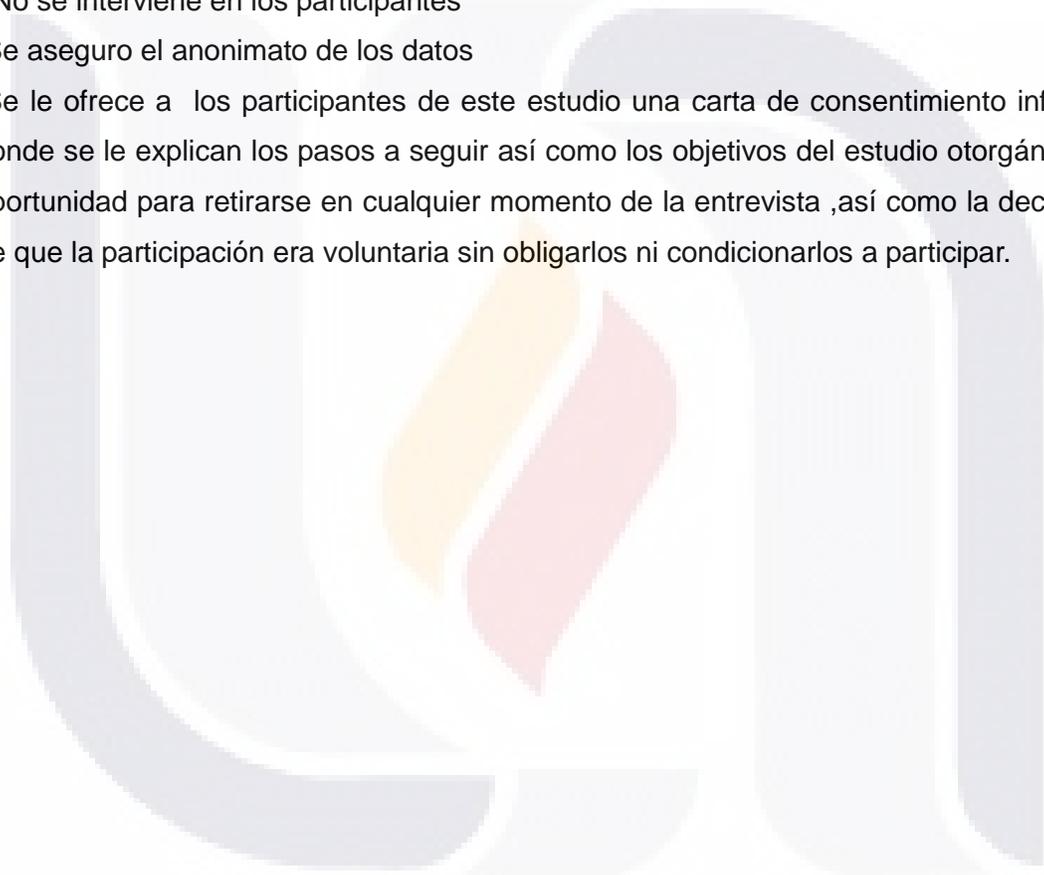
El tamaño de la muestra puede representar sesgos, por lo que se tratara de tener una muestra con suficientes participantes y que sea representativa.

XI.-CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente proyecto de investigación se ajusta a las normas éticas para la investigación en seres humanos.

El estudio cumple con los parámetros establecidos en el reglamento de la ley General de Salud en el apartado de investigación (artículos 1 al 27).

- No se interviene en los participantes
- Se aseguro el anonimato de los datos
- Se le ofrece a los participantes de este estudio una carta de consentimiento informado donde se le explican los pasos a seguir así como los objetivos del estudio otorgándoles la oportunidad para retirarse en cualquier momento de la entrevista ,así como la declaración de que la participación era voluntaria sin obligarlos ni condicionarlos a participar.

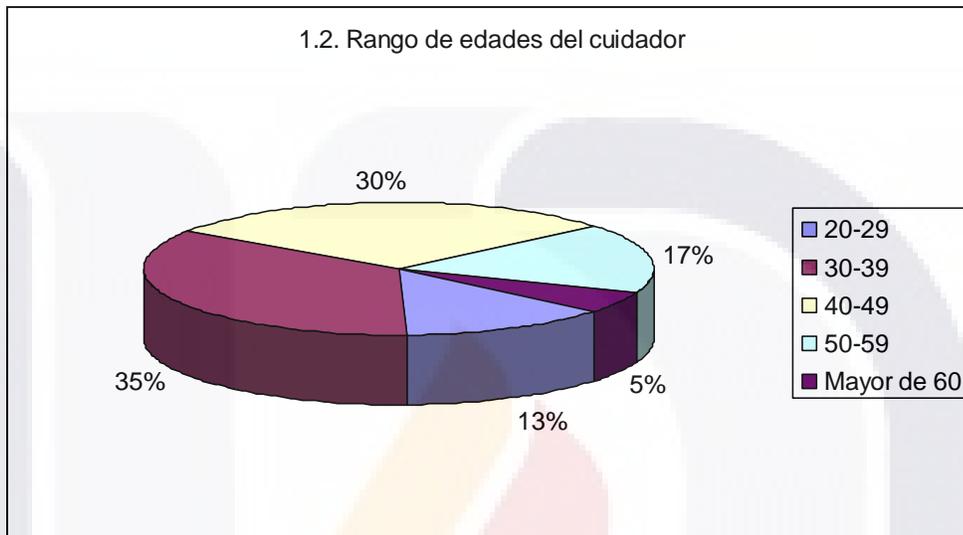


XII. RESULTADOS

CUESTIONARIO 1

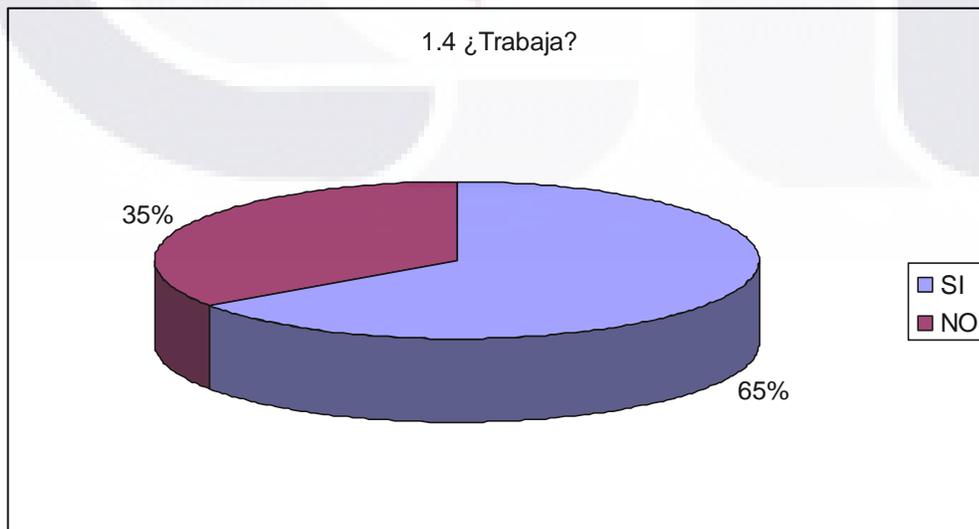
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR

Figura 1.



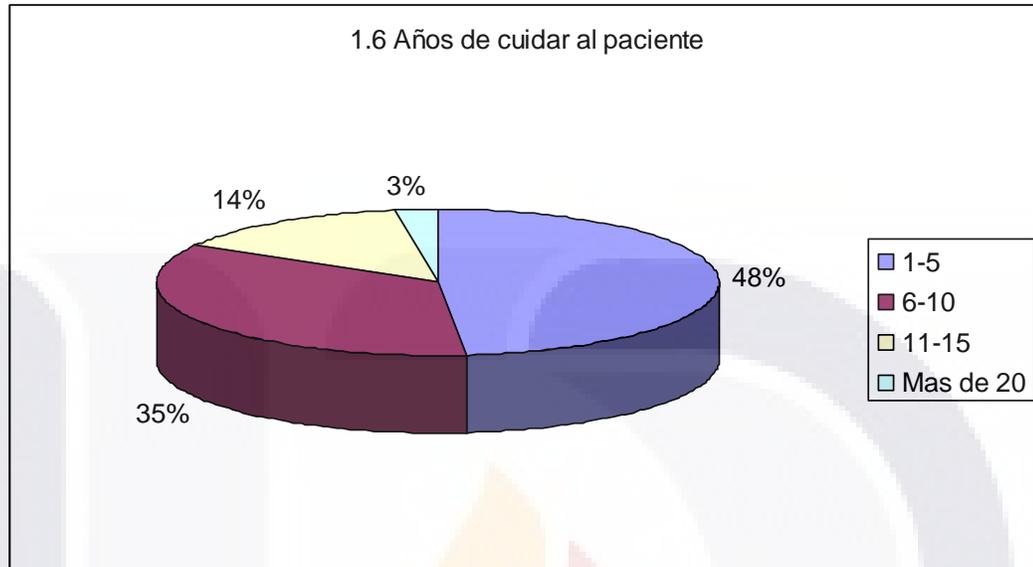
Durante este estudio se observo que el rango de edad del cuidador oscila entre 30-39 años (35%), pero también tenemos otro indicador representativo que es el rango de edad de 40-49 (30%).

Figura 2.



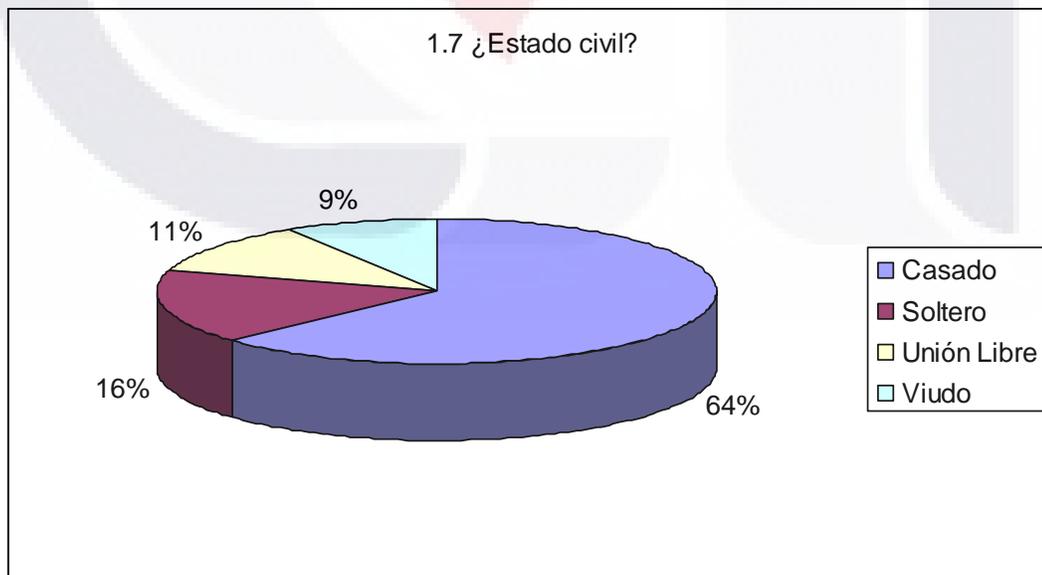
El 65% de las personas de la encuesta trabaja, lo cual representa que además de sus actividades laborales, cuida del paciente.

Figura 3.



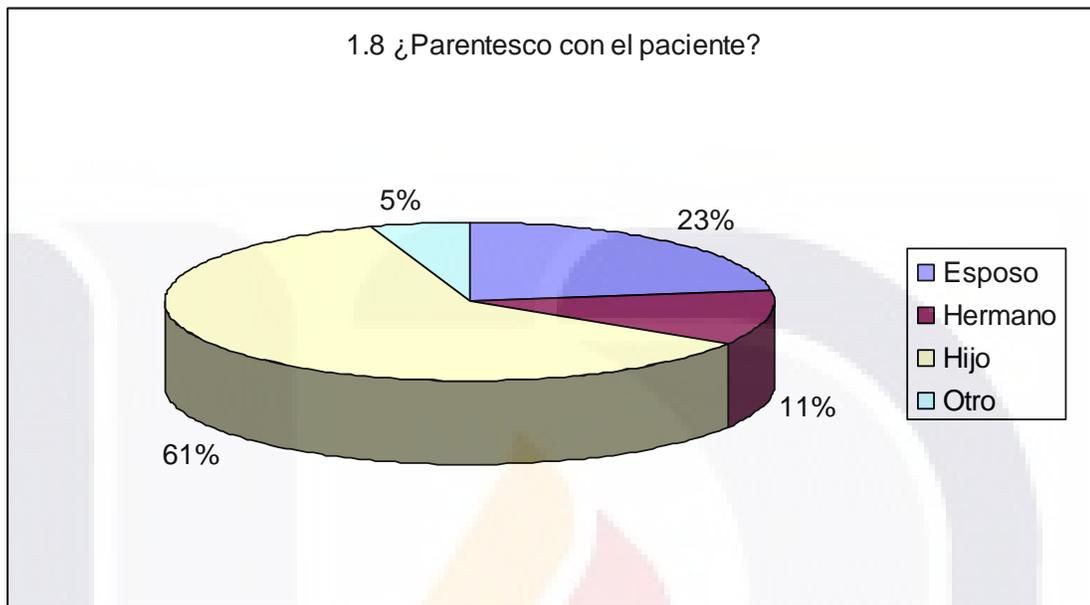
El cuidador le ha dedicado al cuidado del paciente, aproximadamente de 1-5 años (48%) y en algunos casos son mas años al cuidado del paciente (35%), lo cual también es un indicador representativo, para nuestro caso de estudio por la cantidad de tiempo que ha estado al cuidado de paciente.

Figura 4.



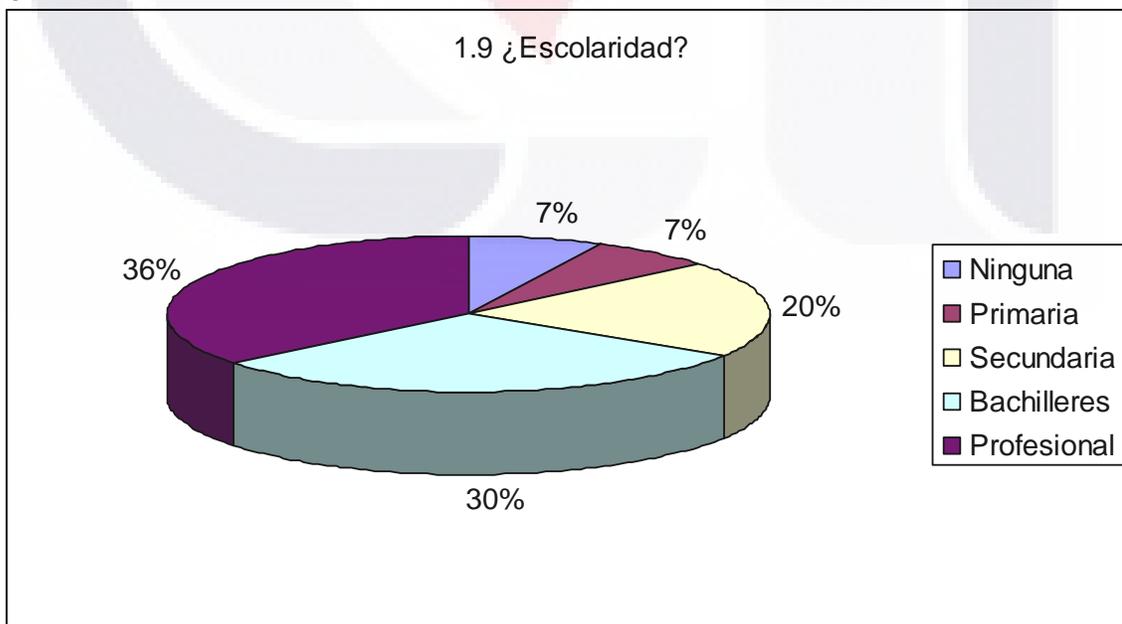
El 64% de la encuesta esta casado, pero también se presenta el indicador del 16% que son solteros.

Figura 5.



Los cuidadores en su mayoría resultaron ser los hijos (61%), y se presenta el indicador que las parejas del paciente (23%) también ayudan al cuidado del paciente.

Figura 6.



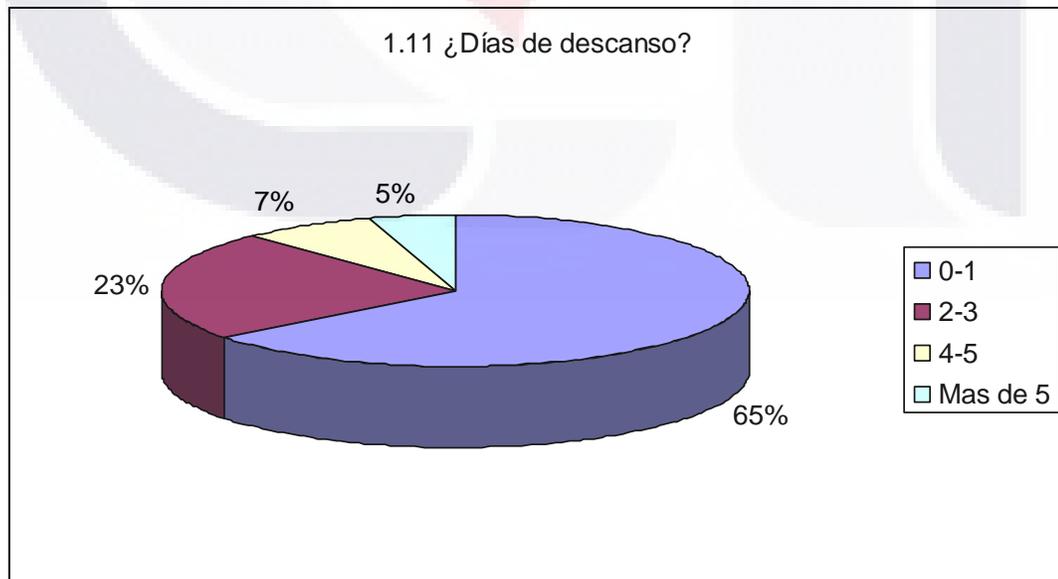
Los cuidadores tienen en su mayoría una carrera profesional (36%) siguiéndoles un nivel bachillerato (30%), sin embargo, se encargan del cuidado del paciente.

Figura 7



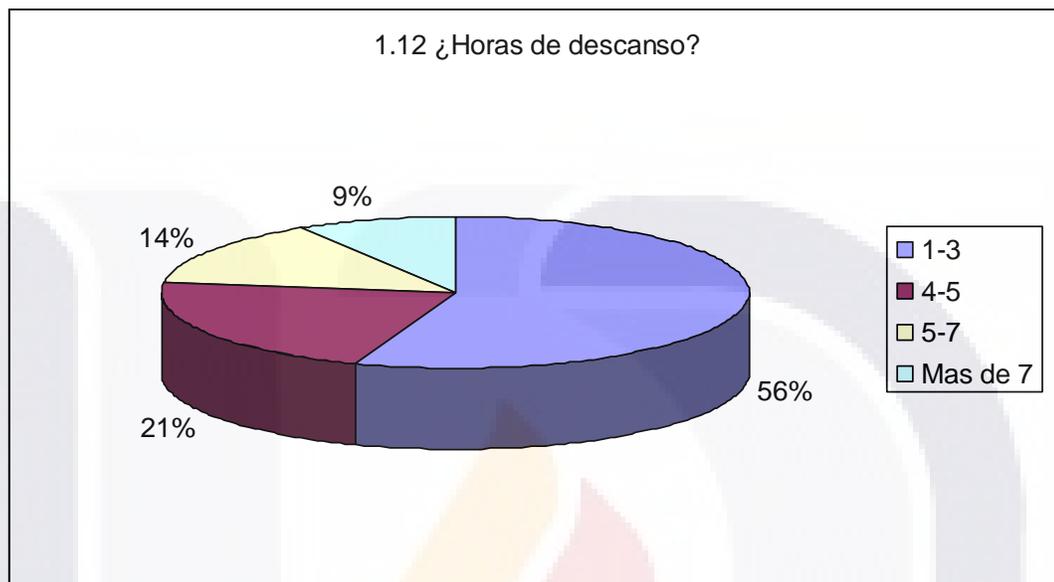
Se estima que el tiempo que se invierte en cuidar al paciente oscila entre 1-2 horas con un 63%, existe el indicador de 3-5 horas al cuidado del paciente con un 29% de la muestra.

Figura 8



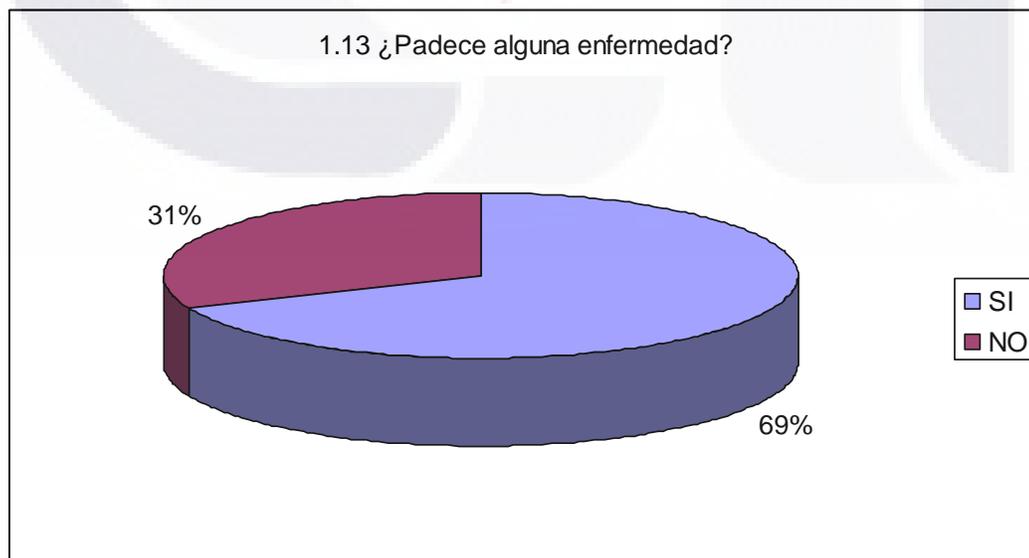
En su mayoría los cuidadores solo cuentan con un día de descanso (65%), o a lo mucho 2-3 días (23%)

Figura 9.



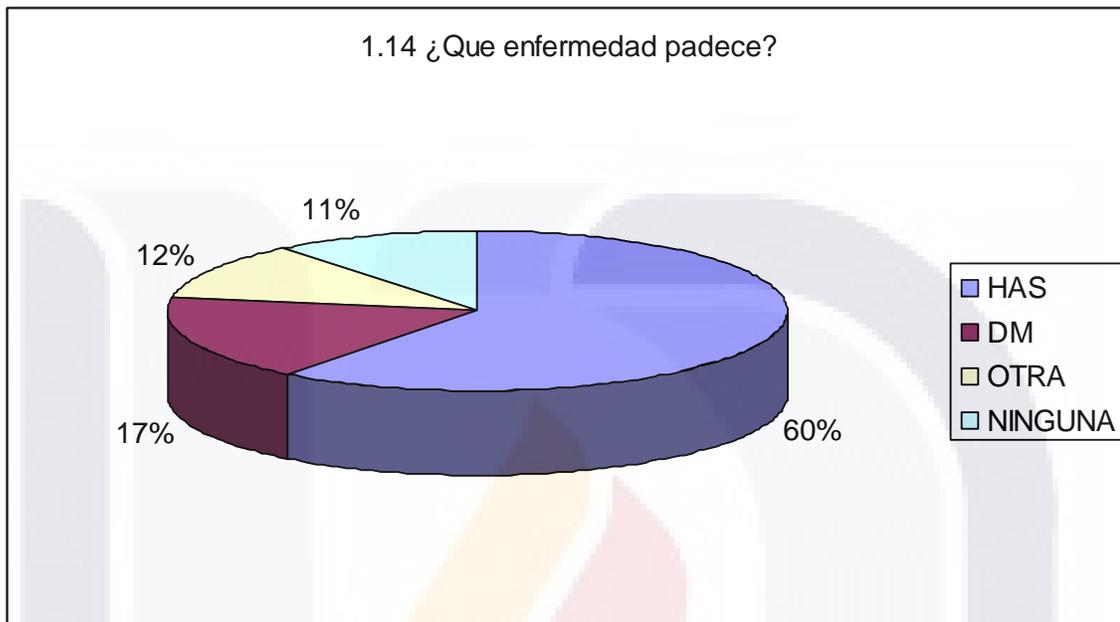
Las horas de descanso que los cuidadores mencionaron tener son de 1 a 3 hrs, teniendo este rango el mayor porcentaje de la muestra.

Figura 10.



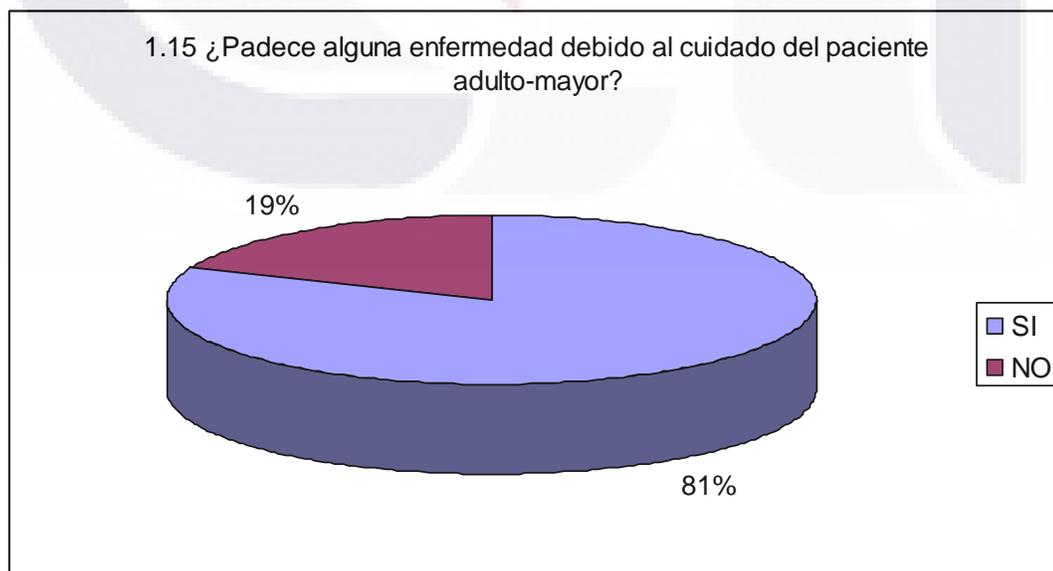
Durante la encuesta se observo que 69% de los encuestados padece una enfermedad.

Figura 11.



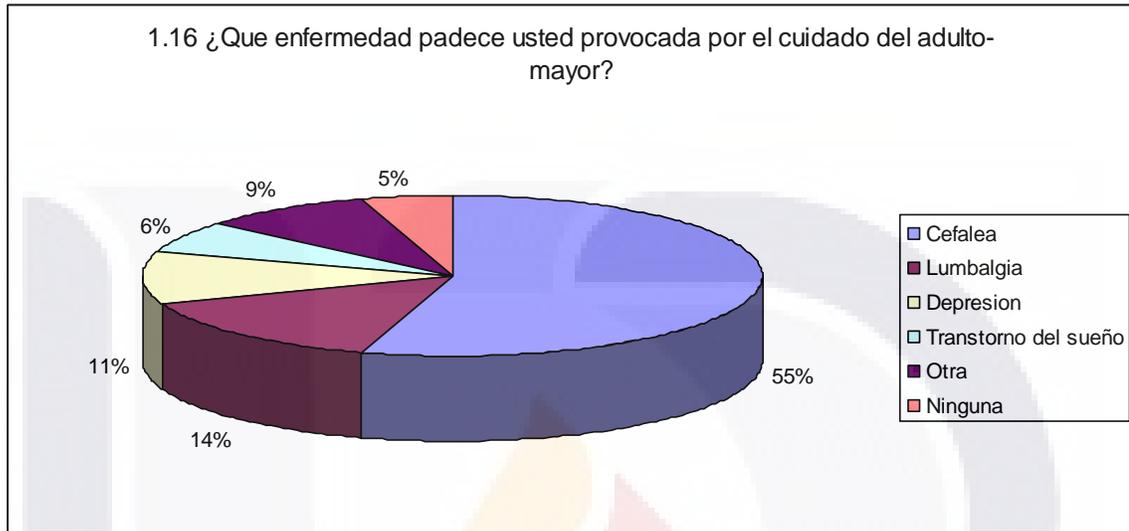
La enfermedad mas recurrente es Hipertensión Arterial Sistémica en un 60% seguida por la Diabetes 17%

Figura 12.



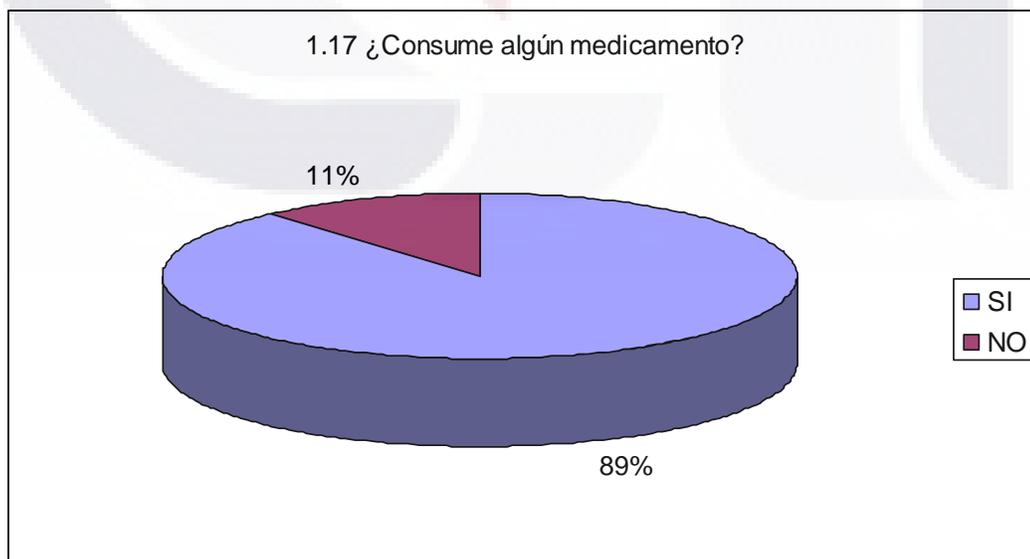
El 81% refirió que si padece una enfermedad ocasionada por el cuidado del paciente

Figura 13.



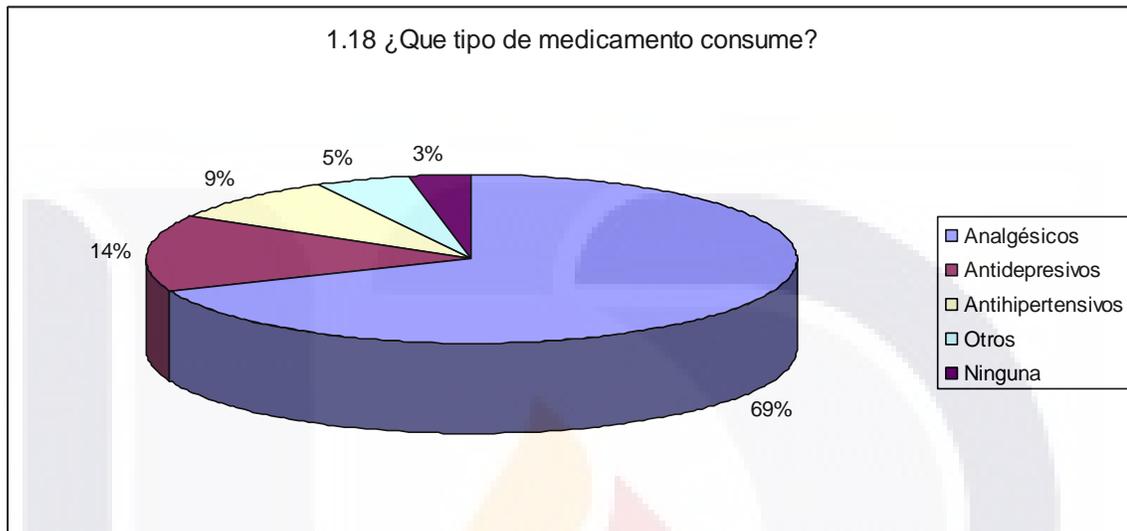
Los resultados muestran que el cuidador presenta las siguientes enfermedades cefalea con un 55%, seguida de lumbalgia (14%), depresión (11%) y en un 6% trastornos del sueño.

Figura 14.



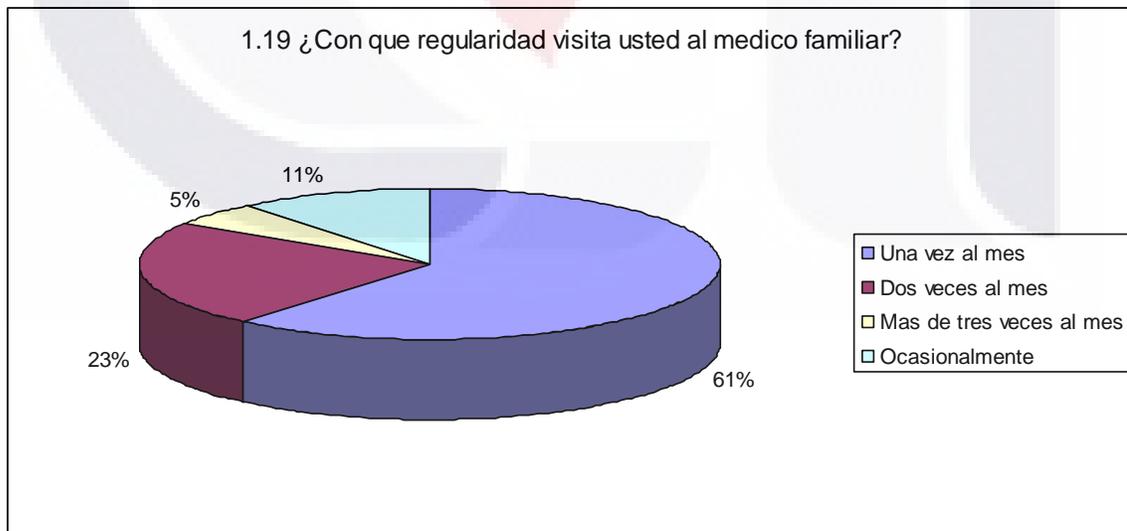
El 89% consume un medicamento algún tipo de medicamento.

Figura 15.



Y en su mayoría resultaron ser los analgésicos los más consumidos con un 69%, seguidos por los antidepresivos con un 14% y el uso de hipertensivos 9%.

Figura 16.



La mayoría va a consulta una vez al mes y representa el 61% de la muestra.

Los resultados del cuestionario no. 1 nos dieron información sobre el cuidador, su tipo de entorno y la condición de su salud actual, ahora analizaremos el cuestionario SF-36.

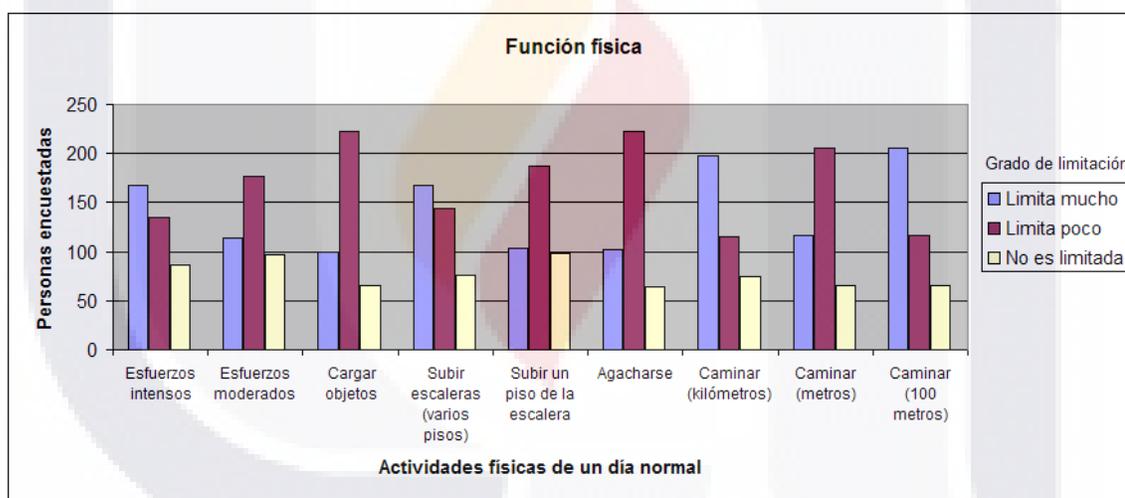
RESULTADOS

CUESTIONARIO SF-36

CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE DEL ADULTO-MAYOR HIPERTENSO.

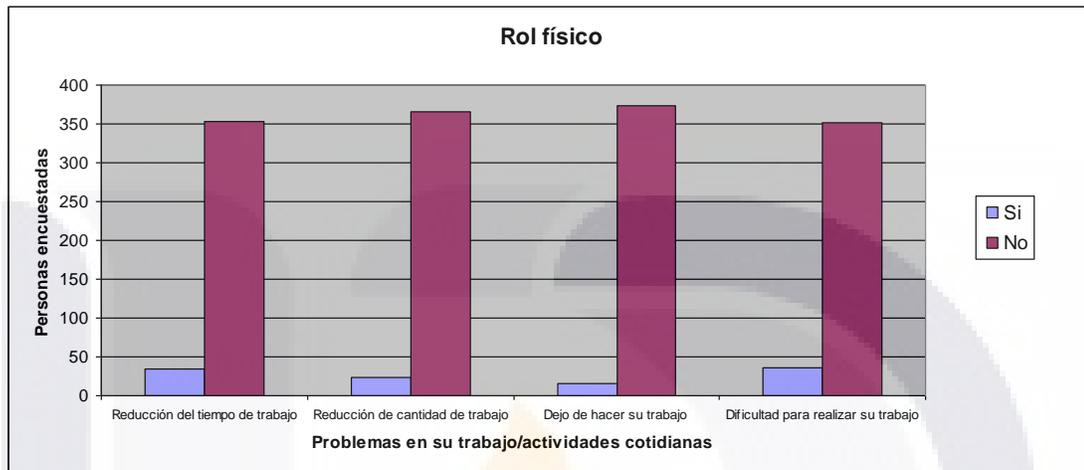
Los ocho conceptos de salud determinados en este cuestionario se representaran en graficas para una mejor comprensión de estos datos, ya que se evalúan tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional.

Figura 17.



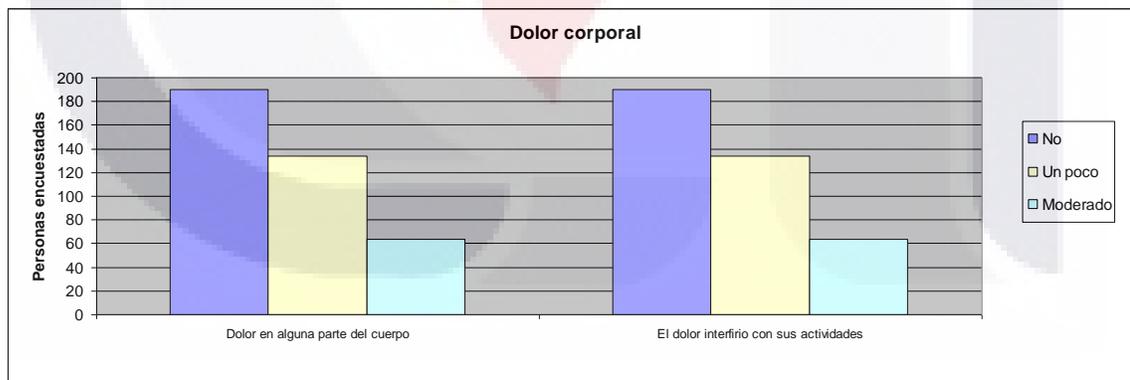
La mayor parte de los encuestados refieren un grado de limitación en sus actividades físicas de un día normal, lo cual es preocupante, porque son personas que no tiene tiempo de realizar alguna actividad física como el ejercicio lo cual aminora su rendimiento.

Figura 18.



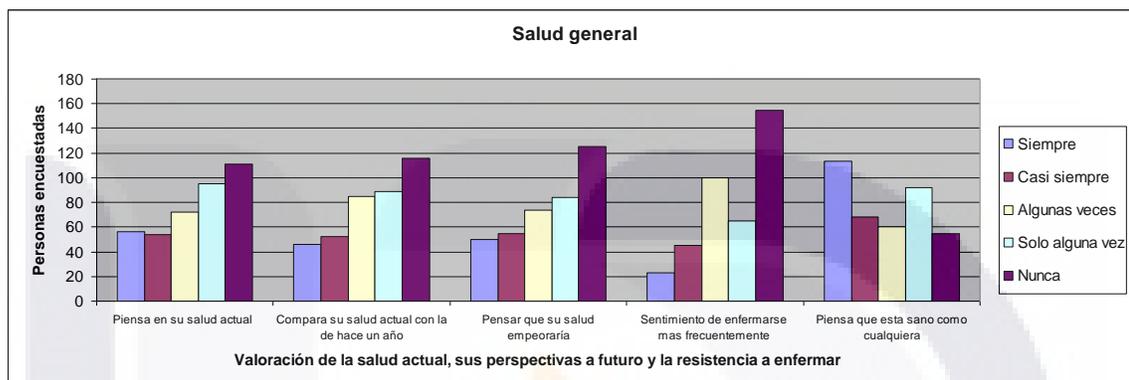
Por el momento no hay mayores indicios de que los cuidadores tengan problemas para realizar su trabajo, con excepción de algunos que ya manifiestan tener algún tipo de bajo rendimiento laboral.

Figura 19.



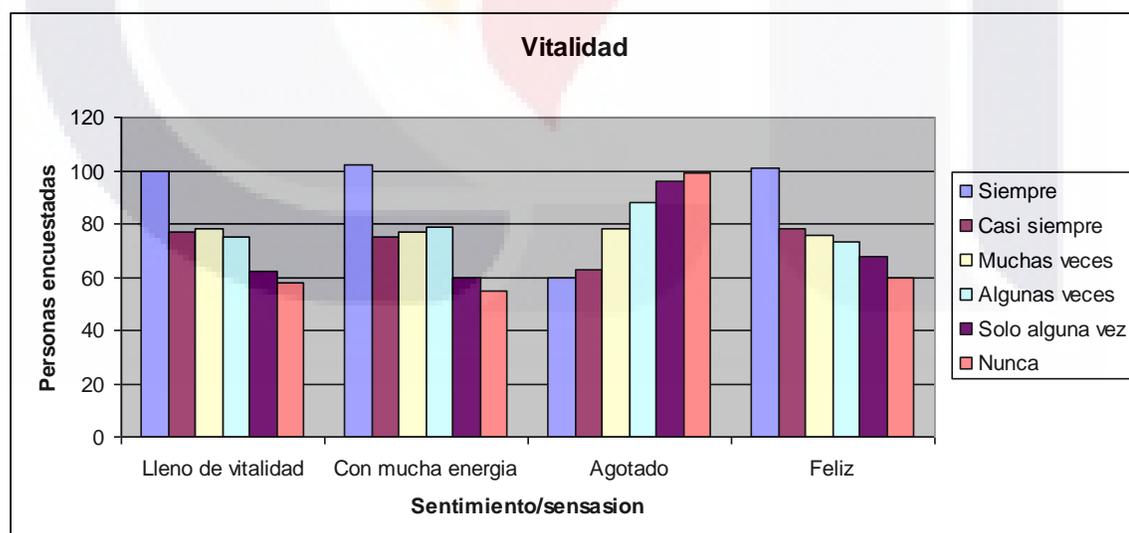
Algunos cuidadores empiezan a referir dolor corporal de poco a moderado en alguna parte del cuerpo lo cual ha interferido de alguna forma en sus actividades.

Figura 20.



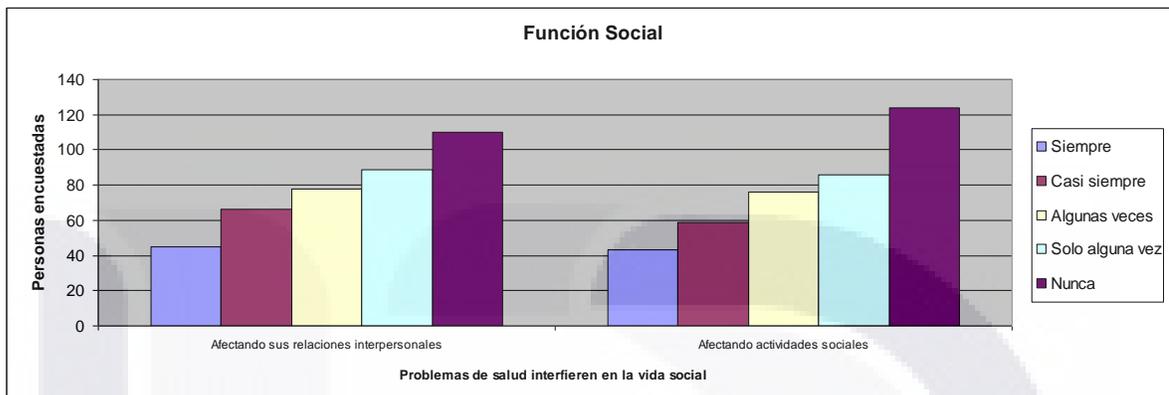
Los cuidadores no perciben por el momento un deterioro alguno de su salud debido a que en esta etapa de su vida no piensan o comparan su salud actual con la de hace algunos años.

Figura 21.



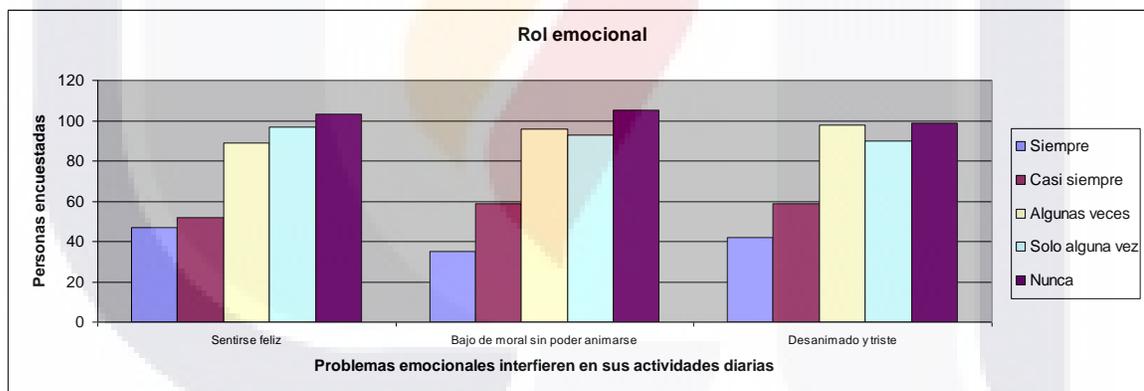
Los cuidadores reflejan un grado de vitalidad de moderado a alto, ya que cuentan con las fuerzas todavía para realizar varias actividades que les causa alegría y se sienten con energía.

Figura 22.



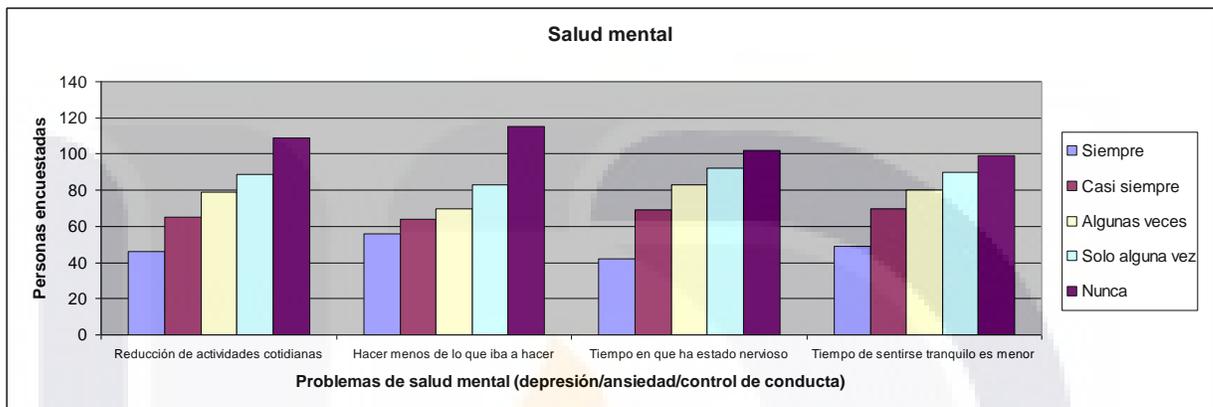
Los cuidadores en la encuesta reflejan una vida social activa y no refieren algún problema en cuanto a su vida social.

Figura 23.



Los cuidadores en cuestión del rol emocional reflejan un grado desanimo por sus actividades diarias aunadas al cuidado del paciente.

Figura 24



Empiezan a haber indicios de problemas de depresión en algunos de los cuidadores, aumentando su grado de ansiedad y teniendo problemas para controlar su conducta.

XIII. DISCUSIÓN

A partir del cuestionario, se pudo determinar las características sociodemográficas del cuidador, además de que nos ayudo a comprender un poco más de su entorno y sus necesidades de acuerdo a las actividades que realiza.

El siguiente cuadro es un compendio de los resultados obtenidos, el cual, nos ayuda a visualizar mejor las características del cuidador.

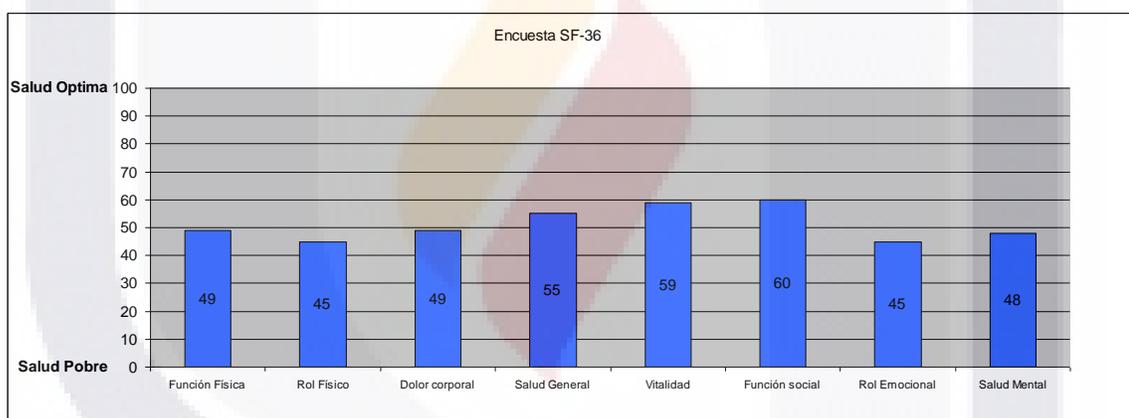
Características	Resultado	Porcentaje
Rango de edades del cuidador	30-39 años	35%
	40-49 años	30%
Trabaja	Si	65%
Años de cuidado del paciente	1-5 años	48%
Estado Civil	Casado	64%
Parentesco	Hijos	61%
	Esposo/Esposa	23%
Escolaridad	Profesional	36%
	Bachilleres	30%
Tiempo al cuidado del paciente	1-2 horas	63%
Días de descanso	0-1 día	63%
Horas de descanso	1-3 horas	56%
Padece alguna enfermedad	Si	69%
Tipo de enfermedad	HAS	60%
Enfermo por cuidar del paciente	Si	81%
Enfermedades por el cuidado del paciente	Cefalea	55%
	Lumbalgia	14%
	Depresion	11%
Consumo de medicamento	Si	89%
Medicamento mas utilizado	Analgésico	69%
	Antidepresivos	14%
	Antihipertensivos	9%
Visita al medico-familiar	Una vez al mes	61%

Los cuidadores están en un rango de edad 30-49, tienen trabajo y una familia a la cual mantienen, son básicamente familiares del paciente (hijos o esposo/esposa), han estado

al cuidado del paciente durante 1 a 5 años dedicándole 1-2 horas de su tiempo a cuidarlo por lo menos 6 días de la semana, teniendo ellos de 1-3 horas efectivas de descanso, la mayoría presenta alguna enfermedad (HAS), también presentan cefaleas, lumbalgias o depresión refiriendo que es por el cuidado del paciente además de que ya están consumiendo algún tipo de medicamento como son analgésicos, antidepresivos y antihipertensivos y su visita al medico es de una vez al mes.

Si los cuidadores no prestan atención a su cuidado y siguen con las mismas sintomatología, a largo plazo su salud se vera mas y mas deteriorada, lo cual, requerirá mas medicamentos o incapacidades por las enfermedades.

En la siguiente grafica se presenta el porcentaje que obtuvieron los cuidadores en la encuesta SF-36.



Esto significa que las condiciones de salud están empezando a deteriorarse, algunos índices están por debajo de la media, lo cual es grave, ya que se empieza a ver en que niveles hay deterioro, los cuales concuerdan con la sintomatología antes mencionada y aun estamos a tiempo de prevenir que la salud de los cuidadores aminore.

De acuerdo a los resultados anteriores podemos afirmar que nuestra hipótesis de trabajo en donde los cuidadores presentan algún grado de afectación en su condición de salud y calidad de vida por el cuidado del paciente adulto-mayor con hipertensión es cierta.

XIV. CONCLUSIONES

El perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras se caracteriza por ser familiares (hijos/esposos) de edad 30-49, estado civil casadas, con estudios profesionales y de bachillerato, los cuales tienen que combinar sus actividades con el cuidado del paciente.

La calidad de vida se refleja como regular ya que los valores de la Encuesta SF-36 están alrededor o por debajo de la media, lo cual indica deterioro.

La actividad física no es una limitante para realizar las actividades de trabajo todavía, pero es necesario que se realice algún tipo de ejercicio diario por 30 minutos mínimo para que no haya una vida sedentaria y también haya un desfogue a la ansiedad que reflejan algunos cuidadores.

Algunos cuidadores ya refieren cierto tipo de enfermedad que se puede prevenir con dieta y ejercicio lo cual traerá un beneficio a su salud y se pueden prevenir muchas enfermedades a futuro y reducir el consumo de medicamentos.

Por el momento los cuidadores no están muy concientes de que si siguen con el mismo ritmo de vida a largo plazo va a tener mayores problemas, de ahí, que es necesario que asistan mas con el medico para un mejor control y prevención de enfermedades.

RECOMENDACIONES.

A pesar que nuestros cuidadores son personas relativamente jóvenes y en edad laboral, el cuidado de sus pacientes no interfiere en la realización de sus actividades pero debe de existir un control de sus padecimientos y tratar de que cambie su forma de vida, propiciando cambio de dieta, forma de vida, mayor ejercicio y actividades recreativas así como descanso para que su salud no se deteriore.



Bibliografía.

1. López D, Domínguez G, Ochoa M, et al. Validación de la Escala de Bienestar Subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. *Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 1: 13-22, enero-junio de 2010.
2. Larrañaga, B, Unai Martín, Baci A, 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):443-50
3. Velázquez-Monroy, Martín Rosas Peralta, Agustín Lara Esqueda, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 Vol. 73 Número 1/Enero-Marzo 2003:62-77
4. Vásquez Vi, Fernández A, Cruz Álvarez, et al. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo. Aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. *Rev cubana med v.45 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2006.*
5. <http://www.imss.gob.mx>
6. Sánchez Herrera, Pinto Afanador, Mabel Carrillo, et al. Cuidando a Cuidadores Familiares”. *Medwave.* 2008 Año VIII, No. 11.
7. JM Argimon a, E Limón a, T Abós a Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados. *Aten Primaria.* 2003; 32:84-5.
8. Josep Deví, Isabel Ruiz Almazán. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Mult Gerontol* 2002; 12(1):31-37
9. Chartrand Vázquez, Angel Arias Sánchez. Deterioro psicosomático del cuidador crucial ante la enfermedad discapacitante del adulto mayor

10. Calero RM, Fernández C, Roa JM. Cuidador informal de personas mayores dependientes y estrés percibido: intervención psicoeducativa. *Scientia*, 2009, 14(1), 9-19.
11. Barrón y Alvarado, Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología* 4 (2009): 39-46
12. Espinoza Lavoz, Méndez Villarroel, Lara Jaque, et al. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio “José Durán Trujillo”, San Carlos, Chile *Theoria*, vol. 18 (1): 69-79, 2009
13. Rogero-García. Distribución En España Del Cuidado Formal E Informal A Las Personas De 65 Y Más Años En Situación De Dependencia. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 393-405
14. Beltrán Guzmán¹, Torres Fermán, et al. Calidad de vida en cuidadores de enfermos asmáticos: un estudio comparativo. *Psicología y Salud*, 2008. 18 (182); 181-187.
15. Lluch Bonet¹; Alfredo Morales López Factores previsible en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar. *Sociedad Española de Nefrología*. 2006; 26(1): 74-83.
16. Martínez González, Robles Rendón et al. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación* 2008; 20: 23-29
17. Montalvo Prieto, Inna E. Flores Torres. Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia) Un estudio comparativo. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2008; 24 (2): 181-190

18. Espinoza Lavoz, Méndez Villarroel. Factores Asociados Al Nivel De Sobrecarga De Los Cuidadores Informales De Adultos Mayores Dependientes, En Control En El Consultorio “José Durán Trujillo”, San Carlos, Chile. *Theoria*, Vol. 18 (1): 69-79, 2009
19. William Martínez, Albán Campo. Calidad de vida y adaptación social de los cuidadores de adultos mayores. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, vol. 38 / No. 4 / 2009
20. Giraldo Molina, Franco Agudelo. Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Rev. Aquichan*. 2006. vol 6 (6)38-56
21. Nery E, Cruz J. implicaciones filosóficas de La calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2007; (6):34-44.
22. Leung, K. F. A Systemic model for Health-Related Quality of Life. *Newsletter for ISOQOL Members* 2007. 7 (3), 2-3.
23. Lugones, M. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 2002. 4.
24. Guzmán B., Torres F., Vázquez N. Calidad de vida en cuidadores de enfermos asmáticos: un estudio comparativo. *Psicología y Salud*. 18 (2); 2008:181-187.
25. Sentis V., Valles S. Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Universidad de Barcelona*. 2009. 87-88.
26. Fernandez Suárez, Blum Grunberg, Aguilar Villalobos. Validacion de un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (2):133-138.
27. Romero M, Romero Z. Reflexiones sobre La calidad de vida relacionada con La salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (1):91-102
28. Joan Monés ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004;76(2):71-77

				Lograr subir escaleras	1.4 ¿su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?	1.5.2 si me limita un poco 1.5.3 no me limita nada
				Lograr inclinarse	1.5 ¿su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera?	1.6.1 si me limita mucho 1.6.2 si me limita un poco 1.6.3 no me limita nada 1.7.1 si me limita mucho 1.7.2 si me limita un poco 1.7.3 no me limita nada
				Realizar caminata	1.6 ¿su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?	1.8.1 si me limita mucho 1.8.2 si me limita un poco 1.8.3 no me limita nada 1.9.1 si me limita mucho 1.9.2 si me limita un poco 1.9.3 no me limita nada
				Realizar caminata	1.7 su salud actual le limita a caminar 1 km o mas	1.10.1 si me limita mucho 1.10.2 si me limita un poco 1.10.3 no me limita nada
				Realizar caminata	1.8 su salud actual le limita ahora caminar varias manzanas (varios metros)	
				autocuidado	1.9 su salud actual le limita para caminar una manzana	

					(100mts)	
					1.10 ¿su salud actual le limita para bañarse o vestirse por si mismo?	
			2. rol Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades	Limitación física	2.1 ¿durante las 4 ultimas semanas tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a su causa de su salud física?	2.2.1 si 2.2.2 no
				Rendimiento	2.2 ¿ durante las 4 ultimas semanas, hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	2.2.1 si 2.2.2 no
				Limitación	2.3 ¿durante las 4 últimas semanas tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	2.3.1 si 2.3.2 no
					2.4 ¿durante las	

					4 ultimas semanas tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, por ejemplo: le costo mas de lo normal a causa de su salud física?	2.4.1 si 2.4.2 no
			3. DOLOR CORPORAL: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de la casa como en el hogar.	Intensidad Efecto en el trabajo	3.1 ¿tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? 3.2 ¿durante las 4 ultimas semanas Hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domesticas?	3.1.1 no, ninguno 3.1.2 si, muy poco 3.1.3 si, un poco 3.1.4 si, moderado 3.1.5 si, mucho 3.1.6 si, muchísimo i. nada ii. un poco iii. regular iv. bastante v. mucho
			4. salud general: valoración personal de la salud que incluye la	Resistencia a la enfermedad	4.1 Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	4.1.1 totalmente cierta 4.1.2 bastante cierta 4.1.3 no lo se 4.1.4 bastante falsa 4.1.5 totalmente falsa

			salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a la enfermedad	Salud actual	4.2 Estoy tan sano como cualquiera	4.2.4 totalmente cierta 4.2.2 bastante cierta 4.2.3 no lo se 4.2.4 bastante falsa 4.2.5 totalmente falsa
				Salud en el futuro	4.3 creo que mi salud va a empeorar	4.3.4 totalmente cierta 4.3.2 bastante cierta 4.3.3 no lo se 4.3.4 bastante falsa 4.3.5 totalmente falsa
				Salud actual	4.4 mi salud es excelente	4.4.4 totalmente cierta 4.4.2 bastante cierta 4.4.3 no lo se 4.4.4 bastante falsa 4.4.5 totalmente falsa
					4.5 ¿en general usted diría que su salud es?	4.5.1 excelente 4.5.2 muy buena 4.5.3 buena 4.5.4 regular 4.5.5 mala
						4.6.1 mucho mejor ahora que hace un año 4.6.2 algo mucho mejor ahora que hace un año 4.6.3 más o menos igual que hace un año. 4.6.4 algo peor ahora que hace un año 4.6.5 mucho peor ahora que hace un año

					4.6 ¿como diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?	
			5. vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento	<p>Vitalidad</p> <p>Energía</p> <p>Agotamiento</p> <p>Cansancio</p>	<p>5.1 ¿durante las 4 ultimas semanas cuanto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</p> <p>5.2 ¿durante las 4 ultimas semanas cuanto tiempo tuvo mucha energía?</p> <p>5.3 ¿durante las 4 ultimas semanas, cuanto tiempo se sintió agotado?</p> <p>5.4 ¿durante las 4 ultimas semanas, cuanto tiempo se sintió cansado?</p>	<p>5.1.1 siempre</p> <p>5.1.2 casi siempre</p> <p>5.1.3 muchas veces</p> <p>5.1.4 algunas veces</p> <p>5.1.5 solo alguna vez</p> <p>5.1.6 nunca</p> <p>5.2.1 siempre</p> <p>5.2.2 casi siempre</p> <p>5.2.3 muchas veces</p> <p>5.2.4 algunas veces</p> <p>5.2.5 solo alguna vez</p> <p>5.2.6 nunca</p> <p>5.3.1 siempre</p> <p>5.3.2 casi siempre</p> <p>5.3.3 muchas veces</p> <p>5.3.4 algunas veces</p> <p>5.3.5 solo alguna vez</p> <p>5.3.6 nunca</p> <p>5.1.1 siempre</p> <p>5.1.2 casi siempre</p> <p>5.1.3 muchas veces</p> <p>5.1.4 algunas veces</p> <p>5.1.5 solo alguna vez</p> <p>5.1.6 nunca</p>
			6. Función	Problemas de	6.1 ¿durante las	6.1.1 siempre

			social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual	salud física	últimas 4 semanas con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales como visitar a los amigos o familiares?	6.1.2 casi siempre 6.1.3 algunas veces 6.1.4 solo alguna vez 6.1.5 nunca
				Control de la conducta	6.2 ¿durante las 4 últimas semanas hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	6.2.1 nada 6.2.2 un poco 6.2.3 regular 6.2.4 bastante 6.2.5 mucho
			7. rol emocional: grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.	Grado de interferencia	7.1 ¿durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo estuvo muy nervioso?	7.1.1 siempre 7.1.2 casi siempre 7.1.3 muchas veces 7.1.4 algunas veces 7.1.5 solo alguna vez 7.1.6 nunca
				Grado de interferencia	7.2 ¿durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarla?	7.2.1 siempre 7.2.2 casi siempre 7.2.3 muchas veces 7.2.4 algunas veces 7.2.5 solo alguna vez 7.2.6 nunca

			<p>8. salud mental: aquí incluye depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general,</p>	<p>Bienestar general</p> <p>Depresión</p>	<p>7.3 ¿durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</p> <p>8.1 ¿durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo se sintió feliz?</p> <p>8.2 ¿durante las 4 últimas semanas tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste o deprimido o nervioso)?</p>	<p>7.3.1 siempre 7.3.2 casi siempre 7.3.3 muchas veces 7.3.4 algunas veces 7.3.5 solo alguna vez 7.3.6 nunca</p> <p>8.1.1 siempre 8.1.2 casi siempre 8.1.3 muchas veces 8.1.4 algunas veces 8.1.5 solo alguna vez 8.1.6 nunca</p> <p>8.2.1 si 8.2.2 no</p>
--	--	--	---	---	---	--

					<p>8.3 ¿durante las 4 últimas semanas hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?</p> <p>8.4 ¿durante las 4 últimas semanas no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?</p> <p>8.5 ¿durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo se sintió desanimado y triste?</p>	<p>8.3.1 si 8.3.2 no</p> <p>8.4.1 si 8.4.2 no</p> <p>8.5.1 siempre 8.5.2 casi siempre 8.5.3 muchas veces 8.5.4 algunas veces 8.5.5 solo alguna vez 8.5.6 nunca</p>
Edad	Cualitativa nominal					
Escolaridad	Cuantitativa nominal					
Sexo	Cuantitativa nominal					

ANEXO B

INSTRUMENTO

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CALIDAD DE VIDA EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE HIPERTENSO**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.1 NOMBRE DEL CUIDADOR: _____

1.2 EDAD: _____

1.3 DIRECCIÓN: _____

1.4 ¿TRABAJA? SI NO

1.5 NOMBRE DEL PACIENTE: _____

1.6 AÑOS DE CUIDAR AL PACIENTE

- a)1-5 b) 6-10 c)11-15 d) MAS 20

1.7 ¿ESTADO CIVIL?

1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre 4. Viudo

1.8 ¿PARENTESCO CON EL PACIENTE?

1. Esposo (a) 2. Hermano (a) 3) Hijo (a) 4. Otro

1.9. ¿ESCOLARIDAD?

1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachilleres 5. Profesional

1.10 ¿TIEMPO DE HORAS QUE CUIDA AL PACIENTE?

1. 1-2 2.3-5 3. 5-8 4. Más de 8hrs

1.11 ¿DIAS DE DESCANSO?

1. 0-1 2. 2 a 3 3. 4 a 5 4. Más 5

1.12 ¿HORAS DE DESCANSO?

1. 1 A 3 2. 4 A 5 3. 5 a 7 4. Más 7

1.13 ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?

1. SI 2. NO

1.14 ¿QUE ENFERMEDAD PADECE?

1. HÁS 2. DM 3. OTRA 4. NINGUNA

1.15 ¿PADECE USTED ALGUNA ENFERMEDAD DEBIDO AL CUIDADO DEL PACIENTE ADULTO-MAYOR?

1. SI 2. NO

1.16 ¿QUE ENFERMEDAD PADECE USTED QUE SEA PROVOCADA POR EL CUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR?

1. Cefalea 2. Lumbalgia 3, Depresión 4. Trastorno del sueño 5. Otra
6. Ninguna

1.17 ¿CONSUME ALGUN MEDICAMENTO?

1. si 2. no

1.18 ¿QUE TIPO DE MEDICAMENTO CONSUME?

1. Analgésicos 2. Antihipertensivos 3. Antidepresivos 4.Otros
6. Ninguno

1.19 ¿CON QUE REGULARIDAD VISITA USTED A SU MEDICO FAMILIAR?

1. Una vez al mes 2. Dos veces al mes 3. Más de tres veces al mes
4. Ocasionalmente



II. SF36 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA.

FAVOR DE MARCAR UNA SOLA RESPUESTA

2.1 En general, usted diría que su salud es:

- 1. Excelente
- 2. Muy buena
- 3. Buena
- 4. Regular
- 5. Mala

2.2 Como diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1. Mucho mejor ahora que hace un año
- 2. Algo mejor ahora que hace un año
- 3. Más o menos igual que hace un año
- 4. Algo peor ahora que hace un año
- 5. Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DIA NORMAL.

2.3 su salud actual, le limita hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.4 Su salud actual, le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar mas de una hora?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.5 Su salud actual, le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.6. Su salud actual, le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.7. Su salud actual, le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1. si me limita mucho

- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.8 Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.9. Su salud actual le limita para caminar un kilómetro o mas?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.10 Su salud actual, le limita para caminar varias manzanas (varios mts)?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.11 Su salud actual, le limita para caminar una sola manzana (unos 100 mts)?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

2.12. su salud actual, le limita para bañarse o vestirse por si mismo?

- 1. si me limita mucho
- 2. si, me limita un poco
- 3. no, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

2.13. Durante las 4 ultimas semanas, tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

- 1. si
- 2. no

2.14. Durante las 4 ultimas semanas, se hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

- 1. si
- 2. no

2.15. Durante las 4 ultimas semanas tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. si
2. no

2.16. durante las 4 ultimas semanas, tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costo mas de lo normal), a causa de su salud física?

1. si
2. no

2.17 durante las 4 ultimas semanas, tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

1. si
2. no

2.18 durante las 4 ultimas semanas hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?

1. si
2. no

2.19. durante las 4 ultimas semanas no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido o nervioso?

1. si
2. no

2.20. durante las 4 ultimas semanas, hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. nada
2. un poco
3. regular
4. bastante
5. mucho

2.21. tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 ultimas semanas?

1. no, ninguno
2. si, muy poco

3. si, moderado
4. si, mucho
5. si, muchísimo

2.22. Durante las 4 ultimas semanas, hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de la casa y tareas domesticas)?

1. nada
2. un poco
3. regular
4. bastante
5. mucho

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO Y COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MAS A COMO SE HA SENTIDO USTED.

2.23 durante las 4 ultimas semanas cuanto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. siempre
2. casi siempre
3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

2.24. Durante las 4 ultimas semanas, cuanto tiempo estuvo muy nervioso?

1. siempre
2. casi siempre
3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

2.25. durante las 4 ultimas semanas, cuanto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 siempre
- 2 casi siempre
- 2 muchas veces
- 3 algunas veces
- 4 solo alguna vez
- 5 nunca

2.26. durante las 4 ultimas semanas cuanto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. siempre
2. casi siempre

3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

2.27. durante las 4 últimas semanas cuanto tiempo tuvo mucha energía?

1. siempre
2. casi siempre
3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

2.28. durante las 4 ultimas semanas cuanto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. siempre
2. casi siempre
3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

2.29. Durante las 4 ultimas semanas cuanto tiempo se sintió agotado?

1. siempre
2. casi siempre
3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

2.30. Durante las 4 ultimas semanas cuanto tiempo se sintió feliz?

1. siempre
2. casi siempre
3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

2.31. durante las 4 ultimas semanas cuanto tiempo se sintió cansado?

1. siempre
2. casi siempre
3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

2.32. durante las 4 ultimas semanas con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales como visitar a los amigos o familiares?

1. siempre
2. casi siempre
3. muchas veces
4. algunas veces
5. solo alguna vez
6. nunca

DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

3.33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas,

1. totalmente cierta
2. bastante cierta
3. no lo se
4. bastante falsa
5. totalmente falsa

3.34. Estoy tan sano como cualquiera

1. totalmente cierta
2. bastante cierta
3. no lo se
4. bastante falsa
5. totalmente falsa

3.35. Creo que mi salud va a empeorar.

1. totalmente cierta
2. bastante cierta
3. no lo se
4. bastante falsa
5. totalmente falsa

3.36. Mi salud es excelente

1. totalmente cierta
2. bastante cierta
3. no lo se
4. bastante falsa
5. totalmente falsa



ANEXO C

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Aguascalientes. Ags.

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

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR HIPERTENSO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #1 EN EL ESTADO AGUASCALIENTES.

Este estudio tiene como objetivo identificar la calidad de vida del cuidador de este tipo de pacientes

Se me ha informado que mi participación en el estudio consiste en responder a las preguntas del cuestionario.

Declaro que se me ha informado sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios de mi participación en el proyecto de investigación.

El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario así como a responder cualquier duda sobre procedimientos que se llevaran a cabo riesgo, beneficio o aclaración relacionada con el proyecto de investigación.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del investigador.

ANEXO D. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010	SEP 2010	OCT 2010	NOV 2010	DIC 2010	ENE 2011	FEB 2011	MAR 2011	ABR 2011	MAY 2011	JUN 2011	JUL 2011	
Acopio de bibliografía	X																				
Revisión de literatura	X	X																			
Diseño de protocolo			X	X																	
Antecedentes				X	X																
Justificación						X															
Introducción						X															
Hipótesis							X														
Revisión de protocolo							X														
Registro del protocolo ante el comité de investigación local								X													
Aprobación del protocolo									X												
Financiamiento									X	X											
Capacitación encuestador										X											
Trabajo de campo										X	X										
Acopio de datos											X										
Captura de datos											X										
Tabulación de datos												X									
Revisión de resultados												X									
Análisis de resultados												X									
Validación de resultados													X	X							
Interpretación de resultados														X	X						
Revisión de la investigación															X	X					
Autorización																	X				
Elaboración de tesis																		X			
Formulación de informe final																		X	X		
Difusión de resultados																					X

ANEXO E
Plan Presupuestal

Hoja de Gastos

En el plan de trabajo de este estudio, participa 1 médico residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encarga de entregar y recoger personalmente los cuestionarios a los participantes.

El mismo de encarga de realizar las encuestas de los pacientes, mediante el instrumento previamente realizado.

Se realizó múltiples visitas a cada UMF, ambos turnos para la recolección de datos.

Categoría	Costo Unitario	Factor Multiplicador	Costo Total
Lapiceros	\$ 10.00	6	\$ 60.00
Gomas	\$ 20.00	1	\$ 20.00
Hojas	\$ 70	2 paq c/500	\$ 140.00
Cartucho de Tinta	\$ 350.00	6	\$ 2,100.00
Memoria USB	\$ 400.00	1	\$ 400.00
Engrapadoras	\$ 50.00	1	\$ 50.00
Grapas	\$ 20.00	1 caja	\$ 20.00
Fotocopias	\$0.50	1,000	\$ 500.00
Carpetas	\$ 70.00	3	\$ 140.00
Laptop Hp Pavilion	\$ 14,000.00	1	\$14,000.00
Alimentos			
Agua Embotellada	\$ 14.00	1x30 – 30	\$ 420.00
Refrigerio	\$ 30.00	1x30 - 30	\$ 900.00
SUBTOTAL \$ 18,750.00			
5% CONTINGENCIA \$ 931.25			
TOTAL \$ 19,681.25			