



RIESGO A ENFERMAR Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DEL ANCIANO DEPENDIENTE

ILLNESS RISK AND OVERBURDEN AMONG CAREGIVERS OF DEPENDENT ELDERLY

Bertel De la Hoz, Anyel María¹

Correspondencia: anyelbertel@yahoo.es

Enviado para evaluación: septiembre – 20 – 2010; aceptado para publicación: marzo -20- 2012

RESUMEN

Introducción: la edad mayor y la ancianidad aumentan la probabilidad que se presenten problemas de salud, que implican necesariamente dependencia. Un familiar suele asumir el rol de cuidar al anciano, convirtiéndose en cuidador informal.

Objetivo: establecer el riesgo de sobrecarga y de enfermar de cuidadores informales de personas adultas mayores dependientes.

Metodología: estudio descriptivo, en el cual se incluyeron cuidadores informales de pacientes ancianos, que asistieron a consulta en un programa de promoción y prevención del riesgo cardiovascular en Cartagena de Indias, Colombia, durante el periodo de mayo a octubre del 2008. Se les aplicó el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit y la escala de reajuste social (SRRS).

Resultados: participaron 52 cuidadores informales que acompañaban a pacientes ancianos a consulta externa: 6 (11.5%) varones y 46 (88.5%) mujeres. Sus actividades principales y habituales era ama de casa, asesor comercial, asesor por catálogo, comerciante independiente, conductor de taxi, contador, desempleado, diseñadora de modas, docente, enfermera, estilista, madre comunitaria, modista, obrero o pensionado. El rango de edades estaba entre 25 y 81 años. Se observó que el 42% tenía sobrecarga intensa y el 30% sobrecarga leve. El 64% tenía riesgo moderado o mayor de enfermar en los próximos meses.

Conclusión: la actividad de cuidador informal suelen ser realizada por mujeres. Asumir esta responsabilidad familiar se acompaña de elevada presencia de sobrecarga intensa e importante riesgo de enfermar. **Rev.cienc.biomed. 2012;3(2):77-85**

PALABRAS CLAVES

Familia; Cuidador principal; Anciano dependiente; Geriatria; Gerontología.

SUMMARY

Introduction: old age increase the likelihood that health problems arise, which necessarily involve greater dependency. The family usually assumes the role of caring for the elderly, becoming informal caregivers.

Objective: to determine the risk of overload and illness among informal caregivers of dependent elderly.

Methodology: this is a descriptive study, which included informal caregivers of elderly patients attending a program of promotion and prevention of cardiovascular disease in

¹ Médico. Especialista en Salud Familiar. Maestría en Gerontología social aplicada. Jefa Departamento Académico. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena. Colombia

Cartagena, Colombia, from May to October 2008. The Zarit scale for assessing caregiver burden and the social readjustment rating scale were administered (SRRS).

Results: fifty two informal caregivers of outpatient elderly were assessed, of which 6 (11.5%) were males and 46 (88.5%) were women, their main activity were housewives, business advisor, advisors through catalogs, traders, taxi driver, accountant, unemployed, fashion designers, teachers, nurses, hairdressers, community mothers, dressmaker, worker or pensioner, with age range from 25 to 81 years. It was observed that 42% had greater burden and 30% minimum burden; 64% had moderate or greater risk of disease in coming months.

Conclusion: informal care-giving is usually performed by women and this responsibility is accompanied by high prevalence of overburden and disease. **Rev.cienc.iomed. 2012;3(2):77-85**

KEYWORDS

Family; Primary Caregiver; Elder dependent; Geriatrics; Gerontology.

INTRODUCCIÓN

La familia soporta el peso que genera el cuidado de los ancianos. Se estima que la familia se responsabiliza de más del 80% de esta actividad (1). Los cuidadores familiares o informales, que la mayoría de las veces hacen parte del núcleo del anciano, son partícipes de la estructura social básica del cuidado a las personas mayores (2). Cuidar al anciano es una responsabilidad con implicaciones en la salud de las personas que la asumen, si no existe la preparación y orientación respectiva.

Existe compromiso mundial para la existencia de normatividad y políticas que generen la presencia de instituciones o espacios que faciliten el cuidado integral del adulto mayor. Colombia (3) ha declarado compromiso con estos fines. No obstante, es generalizada la presencia de cuidador informal, que se constituye como tal, sin preparación y sin orientación, cuando surgen las necesidades familiares y del anciano.

La función familiar del cuidado y protección de los niños y los enfermos usualmente se asume sin demasiada carga emocional, lo que no sucede cuando se trata del cuidado de los ancianos (2,4). Por razones de índole cultural, el envejecimiento se asocia a dependencia, deterioro físico y mental, incapacidad y enfermedad. La sociedad en general ha condicionado al anciano a la pérdida de su rol social y al aislamiento. Existe desvalorización y desfase cultural. Es notoria la presencia de ruptura en la relación inter generacional. La familia, considerada formadora y producto del individuo, debe

continuar teniendo relevancia como núcleo de apoyo emocional y de inserción social para el anciano (1, 2, 5).

La promoción de la salud, así como la prevención de la enfermedad, deben ocupar lugar esencial en el cuidado sanitario del individuo, la familia y la comunidad (6,7). Es fundamental propender por un estado saludable de la persona que asume el papel de cuidador del anciano dependiente. El cuidador informal o familiar, ocupará la mayor parte de su tiempo en esa labor, con riesgo de sobrecarga y consecuencias adversas para su salud física y psicológica, lo que puede generar la necesidad de atención médica. Esas necesidades serán más evidentes si carece de las estrategias adecuadas para entender los cambios biológicos y psicológicos que presenta el anciano, y sobre todo si no tiene las herramientas para conducir adecuadamente la atención del mismo (6).

El objetivo del estudio es establecer los riesgos de sobrecarga y de enfermar que tienen cuidadores informales de personas adultas mayores dependientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, en el cual se incluyeron cuidadores informales de pacientes ancianos que asistieron a la consulta médica del programa de promoción y prevención del riesgo cardiovascular en una empresa promotora de salud, de la ciudad de Cartagena, Colombia, durante el periodo mayo a octubre del 2008.

A los cuidadores se les realizaron charlas de sensibilización grupal y posteriormente

en una reunión individual se les aplicó el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit y la escala de reajuste social (SRRS). Se incluyeron aquellos cuidadores que manifestaron el deseo de colaborar libre y espontáneamente. Se excluyeron los que no comprendieron el formulario. Los formularios fueron explicados por la investigadora y auto aplicados por los cuidadores.

Escala de Zarit

Es el cuestionario de sobrecarga del cuidador, instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga es el más utilizado (8-

11) y validado en inglés (versión original), francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, mandarín y japonés. Está compuesto de 22 ítems o preguntas que evalúan los efectos emocionales adversos vividos por el cuidador, al incluir en su rutina diaria el cuidado del paciente dependiente. Para cada pregunta se realiza una puntuación así: 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman y el valor final representa el grado de sobrecarga del cuidador. La puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Una cifra inferior a 47 indica ausencia de sobrecarga. Entre 47 y 55: sobrecarga leve y más de 55: sobrecarga intensa. (Tabla N° 1)

TABLA N° 1 ESCALA DE ZARIT CUESTIONARIO DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR					
Nº	ÍTEMS	0	1	2	3 4
1	¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?				
2	¿Cree que, debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene tiempo suficiente para usted?				
3	¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir con otras responsabilidades en su trabajo o en su familia?				
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?				
5	¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?				
6	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?				
7	¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara a su familiar?				
8	¿Cree que su familiar depende de usted?				
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?				
10	¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?				
11	¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?				
12	¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?				
13	¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?				
14	¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuida como si fuera la única persona de la que depende?				
15	¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?				
16	¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho tiempo?				
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?				
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a alguien?				
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?				
20	¿Cree que debería hacer algo más por su familiar?				
21	¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?				
22	Globalmente, ¿qué grado de carga experimente por el hecho de cuidar?;				
	PUNTAJE TOTAL				

Escala de reajuste social (SRRS)

Social Readjustment Rating Scale (SRRS) conocida en español como escala de reajuste social es un instrumento que busca aportar mayor precisión a los estudios que tratan de demostrar asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y la enfermedad. Compuesto por los 43 eventos vitales más representativos, cada uno tiene un valor entre 0 y 100, denominados Life Change Units (LCU) o Unidades de Cambio Vital (UCV). Esta escala, creada y propuesta por Thomas Holmes y Richard Rahe, desde 1967 ha tenido gran difusión y aceptabilidad (11,12). Puede ser llevada a cabo mediante entrevista o auto administrada. Se pregunta al paciente si ha pasado, en los últimos doce meses, por alguna de las situaciones que se enumeran. Cada una de estas tiene un valor específico, en unidades de cambio vital (UCV), que se representan a la derecha. Los resultados de la evaluación vienen expresados en número de eventos registrados -índice de sucesos vitales (ISV), y en la suma del UCV de los mismos, resultando así el índice de reajuste social (IRS). Sus autores proponen que los pacientes que tienen una puntuación del índice de reajuste social (IRS) mayor de 300 constituyen un grupo de alto riesgo, con un 80% de probabilidad de sufrir alguna enfermedad en un futuro próximo; en el grupo de personas con una puntuación entre 150 y 300, el riesgo es aproximadamente del 50%; el grupo de bajo riesgo (30%) corresponde a las personas con una puntuación menor de 150. Una acumulación de 200 o más puntos en un solo año, incrementa la incidencia de trastornos psicósomáticos. Se recomienda realizar por lo menos dos evaluaciones por año (11,12). La escala original fue propuesta para adultos, validada en diferentes idiomas incluidos el español. Versiones especiales para niños y adolescentes han sido propuestas y validadas siguiendo el mismo procedimiento metodológico utilizado en la original (11). (Tabla N° 2)

RESULTADOS

Participaron en el estudio 52 cuidadores informales que acompañaban a pacientes ancianos a la consulta externa. 6 (11.5%) varones y 46 (88.5%) mujeres. Según su ocupación diaria: veinte eran ama de casa,

uno asesor comercial, nueve asesores por catálogos, dos comerciantes independientes, uno conductor de taxi, uno contador, uno desempleado, dos diseñadoras de modas, seis docentes, una enfermera, dos estilistas, una madre comunitaria, una modista, uno obrero, dos pensionados y uno no declaró su ocupación. El rango de edades estaba entre 25 y 81 años, todos eran de nivel socio-económico medio y bajo. No se precisó el tiempo que llevaban ejerciendo el rol de cuidador.

En la evaluación de la Escala de Zarit se observó que 22 cuidadores (42.4%) tenían sobrecarga intensa, 16 (30.7%) sobrecarga leve y los 14 restantes (26.9%) no tenían sobrecarga. Sobrecarga intensa tenían la mitad de las docentes, el 44% de las asesoras por catálogos y el 40% de las ama de casa. La Tabla N° 3 presenta la distribución de la sobrecarga, según grupos de edades. 22 cuidadores (42.4%) estaban entre 52 y 60 años de edad; 35 (67.3%) eran mayores de 52 años de edad y 6 (11.5%) tenían setenta o más años. Entre los cuidadores que presentaban sobrecarga intensa, 14 (63.6%) estaban entre 43 y 60 años de edad. Un cuidador de más de 79 años de edad está incluido en el estudio y tenía ausencia de sobrecarga.

De acuerdo con la evaluación de la escala de reajuste social (SRRS), 18 cuidadores (34.6%) tenían bajo riesgo de enfermar, con una probabilidad del 30% de estar enfermos en un futuro próximo. 28 (53.8%) tenían moderado riesgo es decir, una probabilidad del 50% de estar enfermos en los próximos meses y 6 (11.5%) tenían riesgo mayor con probabilidad del 80% de perder la salud en los siguientes meses.

Entre las ama de casa: 8 (40%) tenían bajo riesgo, 9(45%) riesgo moderado y 3 (15%) mayor riesgo. Tenían riesgo moderado el 66% de los asesores por catálogos, el 50% de los docentes y el 58% del resto de las ocupaciones.

El 44% de los cuidadores del grupo etario entre 52-60 años tenía riesgo bajo de enfermar en los próximos meses, igual riesgo tenían el 27% de los incluidos entre 43 y 51 años y el 16% de los que tenían entre 70 a

78 años. Riesgo moderado de enfermar en los próximos meses tenía el 29% de los cuidadores entre 52-60 años, el 25% entre 43 a 51 años y el 22% entre 61 a 69 años. Riesgo mayor de enfermar en los próximos meses tenía el 40% de los cuidadores entre 43 a 51 años y el 60% de los que tenían entre 52 a 60 años de edad.

TABLA N° 2			
ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL (SRRS)			
	Acontecimiento	Unidades de cambio vital (UCV)	UCV Personal
1	Muerte del cónyuge	100	
2	Divorcio	73	
3	Separación matrimonial	65	
4	Encarcelamiento	63	
5	Muerte de familiar cercano	63	
6	Accidente o enfermedad grave	53	
7	Boda	50	
8	Pérdida del empleo	47	
9	Reconciliación conyugal	45	
10	Jubilación	45	
11	Enfermedad de la familia	44	
12	Embarazo	40	
13	Problemas sexuales	39	
14	Nuevo miembro en la familia	39	
15	Reajuste profesional	39	
16	Cambio del nivel económico	38	
17	Muerte de un/a amigo/a íntimo/a	37	
18	Cambio de actividad en el trabajo	36	
19	Disputas con el cónyuge	35	
20	Adquisición de deuda hipotecaria	31	
21	Falta de pago de préstamo	30	
22	Cambio de función en el trabajo	29	
23	Marcha de un hijo o hija	29	
24	Problemas con los suegros	29	
25	Logro personal importante	28	
26	Comienzo/cese del trabajo del cónyuge	26	
27	Comienzo/final del curso escolar	26	
28	Cambio de condiciones de vida	25	
29	Reajuste de hábitos personales	24	
30	Disputa con el jefe	23	
31	Cambio de horario	20	
32	Cambio de domicilio	20	
33	Cambio de colegio	20	
34	Cambio de actividad recreativa	19	
35	Cambio de actividad eclesial	19	
36	Cambio de actividad social	18	
37	Adquisición de pequeño préstamo	17	
38	Cambio de horas de sueño	16	
39	Cambio en las reuniones de familia	15	
40	Cambio de hábitos alimentarios	15	
41	Vacaciones	13	
42	Navidad	12	
43	Infracción legal menor	11	
Total Promedio Personal			

**TABLA N° 3
ESCALA DE ZARIT. DISTRIBUCION SEGÚN GRUPOS ETARIOS Y CLASIFICACIÓN DE LA SOBRECARGA**

Grupos etarios	< 45 N (%)	46-54 N(%)	>55 N (%)	Total N (%)
25 -33	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (9)	2 (3.8)
34 -42	0 (0.0)	2 (12.5)	1(4.5)	3 (5.7)
43 -51	4 (28.5)	3 (18.75)	5 (22.7)	12 (23)
52 -60	6 (42.6)	7 (43.75)	9 (40.9)	22 (42.3)
61 -69	1(7.1)	4 (25)	2 (9)	7 (13.4)
70 -78	2 (14.3)	0 (0.0)	3 (13.6)	5 (9.6)
79 -87	1(7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1(1.9)
Total	14 (100)	16 (100)	22 (100)	52 (100)

DISCUSIÓN

El censo del año 2005 realizado en Colombia por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], señala que la población total era 42.090.005 personas, de los cuales eran adultos mayores de 65 años: 2.617.240 (6%). El 54.6% mujeres, el 45.4% varones, 98.8% residentes con sus familiares y 1.2% en centros geriátricos. La proyección al año 2012 indica que la población colombiana es de 46.581.823 habitantes, mayores de 65 años 3.259.546 (6.9%), siendo masculinos 1.464.806 y femeninos 1.794.740. La proyección poblacional para la ciudad de Cartagena, es 967.103 habitantes de los cuales 94.395 son mayores de 60 años, masculinos 40.947 y femeninos 53.448. (http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/VisorCertificaPPO_Oct11.xls).

Estas cifras permiten deducir la cantidad de personas que se requieren para cumplir labores de cuidadores de ancianos.

En Colombia los ancianos son asistidos por personal no entrenado en la atención de los mismos. Se establece de hecho y sin preparación conceptual del binomio entre cuidador y anciano que amerita ser cuidado, sin que exista el entorno favorable que genere el bienestar que ambos necesitan. La carencia de conocimientos, estrategias y medidas de atención hacen que el cuidador esté expuesto a situaciones que lo llevan a un progresivo deterioro de su salud física, mental y social. Ello a su vez conlleva detrimento del proceso de cuidado con el probable abandono del anciano enfermo o dependiente.

En Colombia la tradición es que la mujer asuma el papel de cuidador familiar, no por conocimientos sino por condicionamiento social (14). Ello se observa en el presente estudio, donde más del 85% de los cuidadores informales eran mujeres.

No se exploró si entendían el valor y la importancia del papel social y familiar que jugaban. No se interrogó sobre la conciencia que tenían del papel adelantado y no se preguntó si conocían de sitios o instituciones que ofreciesen capacitación en el oficio de cuidadores de adultos mayores dependientes. Ese desconocimiento e informalidad obliga a enfrentar problemas y situaciones que pueden ser adversas para el anciano y para el mismo cuidador. La ocupación de cuidador informal es una actividad llena de estrés (14-16), como se observó en las personas estudiadas.

A lo largo de la vida los seres humanos pasan por distintos ciclos (niñez, adolescencia, la vida en pareja, los hijos, etc.) en los que les ocurren acontecimientos que recuerdan como decisivos, a esto se le conoce como suceso vital. Así la muerte de familiares, las buenas o malas experiencias académicas, los cambios de residencia, etc., son datos importantes para las personas que pueden influir en sus comportamientos posteriores con otras personas o en la forma en que afrontan determinadas situaciones. La escala de reajuste social (SRRS) es uno de los instrumentos válidos que hace cuantificable la magnitud del ajuste individual a situaciones estresantes (11-13).

El 73.1% de los estudiados tenía sobrecarga moderada o intensa, que puede estar causada por la actividad asistencial del cuidado del anciano y por las limitaciones y privaciones físicas, emocionales, sociales e incluso económicas propias que debe asumir (9-12,15-17). Se ha señalado la presencia de desgaste y agotamiento tanto en los cuidadores familiares como profesionales. Ello es un fenómeno complejo con tres componentes principales: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de logros personales (17,18).

Otro aspecto importante es el hecho de que la persona cuidada pueda subvalorar y criticar la ayuda que le brinda el cuidador. Sin suficientes comentarios positivos por parte de la persona cuidada, el cuidador puede desarrollar un comportamiento de respuesta agresiva, intolerancia y abandono. Se presenta especialmente por la falta de formación y preparación del cuidador para comprender el comportamiento biológico y/o psicológico del adulto mayor (17-23). El adulto mayor por condiciones biológicas propias de su edad puede adelantar comportamientos que no sean fácilmente comprendidos por sus familiares o personas encargadas de su cuidado. Es fundamental que se creen programas de formación para las personas que transitoria o permanentemente realizan labores de cuidadores de adulto mayores. Y cada vez más deben existir mayor número de cuidadores profesionales con la adecuada formación en gerontología, debido a los cambios que se suceden en la pirámide poblacional (4,12,17-26).

Los actuales reformas al sistema de salud enfatizan en la atención en la salud en el domicilio, con lo que, en cierto modo, se están devolviendo a los individuos y a las familias tareas que anteriormente habían sido asumidas por los servicios formales. Esta medida tiene efectos positivos para el sistema como la disminución de la necesidad de llevar al adulto mayor a los centros de atención, con ahorro en cuanto a transporte y tiempos de atención, acompañados de ahorro en el gasto económico empresarial que implica la misma. En cambio para los familiares puede suponer una sobrecarga respecto a la responsabilidad de los cuidados que deben asumir, para los

cuales no han recibido los esquemas y los protocolos a aplicar.

En Colombia existen normas (Artículo 46, Constitución Política de Colombia, artículo 8, Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud de Colombia, Ley 1251 de 2008) que obligan a la familia a asumir la responsabilidad del cuidado del adulto mayor y del adulto discapacitado, no obstante la familia carece de la instrucción adecuada sobre cómo cumplir su papel a cabalidad. Lo cual en muchas situaciones lleva al estrés del cuidador, a todo el núcleo familiar y puede ser evento condicionante para maltrato (15-21); siendo el adulto mayor víctima del proceso de cuidado, ya que el binomio cuidador y adulto mayor dependiente no está realmente integrado.

Se desconoce la prevalencia real del maltrato al adulto mayor, ya que se carece de estudios fiables en este medio. Para el caso de la violencia contra el adulto mayor, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses señala que desde enero y hasta diciembre de 2010 se presentaron 1382 casos. El concepto de maltrato incluye el abuso físico, psíquico, sexual y económico, aunque el más frecuente es el maltrato por negligencia (49% de los casos), es decir, el provocado por fallos o por omisión en la provisión de cuidados que requiere el adulto mayor. El maltrato en los mayores se observa en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico, en más de la mitad de los casos, los maltratadores son los hijos y en el 10% están implicados los cónyuges (27).

El cuidado del anciano dependiente se viene adelantando como una actividad privada, de la familia y no pública o del Estado. El cuidador familiar o informal no está siendo valorado por los otros miembros del grupo familiar, ni por la sociedad civil, política ni por la economía de muchos países latinoamericanos. El cuidador está expuesto a sufrir dificultades económicas, aislamiento, exclusión social (28), a sobrecarga e incremento en el riesgo de enfermar.

El escaso número de personas involucradas en el estudio limitan la obtención de ci-

fras extrapolables. Se hace necesario realizar evaluaciones con mayor cantidad de participantes y con herramientas metodológicas adecuadas para explorar aspectos sanitarios, psicológicos y sociales que permitan medir mejor los riesgos a los cuales están expuestos los cuidadores informales de ancianos dependientes.

Existe la necesidad de capacitar al cuidador para atender las necesidades del anciano dependiente, ilustrarlo sobre acciones preventivas y generar espacios políticos de discusión que permitan estudiar la posibilidad de institucionalización. Es también importante atender las necesidades del cuidador familiar, quien de alguna manera ha tenido que renunciar a una vida propia, para enfrentarse a fuertes y profundas tensiones que evidencian su sentido de ser y de lo que le toca hacer (15). Los profesionales de la salud deben valorar el esfuerzo de los cuidadores y darles las herramientas necesarias para educarse en el cuidado del anciano dependiente y la enseñanza de habilidades para el autocuidado y afrontamiento al estrés.

La experiencia del envejecimiento en la vida familiar demanda tiempo y espacio social, pero también puede demarcar y proyectar un envejecimiento digno (18). La emocionalidad de la familia, configura un escenario de interacciones complejas donde circula la mezcla de la emoción, su intensidad y la interpretación otorgada (19-22).

CONCLUSIONES

Las mujeres eran quienes desarrollaban con mayor frecuencia la actividad de cuidador informal del adulto mayor, sin distinciones de edades. Prácticamente la mitad de todos los cuidadores tenía sobrecarga intensa de acuerdo a la evaluación con la Escala de Zarit y dos terceras partes estaban en riesgo moderado a mayor de enfermar en los próximos meses, al evaluarse con la escala de reajuste social (SRRS).

CONFLICTOS DE INTERÉS: ninguno que declarar.

FINANCIACIÓN: recursos propios de la autora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plata Rueda E, Leal Quevedo F, et al. *Hacia una medicina más humana*. Bogotá: Panamericana; 1997.
2. Gutiérrez V. *Familia y cultura en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1994.
3. Ministerio de la Protección Social. *Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019*. Diciembre de 2007. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Paginas/PolíticaNacionaldeEnvejecimiento.aspx>
4. Molina de Uriza J, Arias Castillo L, et al. *Salud familiar, guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. Bogotá: ASCOFAME, ISS; 1998.
5. Esmir Aroca F, Cante S, et al. *Calidad de vida más allá de la memoria*. Bogotá: Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica. 2005;9(1):737-741.
6. The California Association of Area Agencies on Aging [homepage de internet]. Sacramento. *The burden interview (for caregivers)*. [Citado 28 Mar 2008.] Disponible en: <http://www.c4a.info/lsadocs/thecaregiverburdeninterview.doc>
7. Barna R, Concha I. *Salud familiar*. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Corporación Promoción Universitaria. Santiago de Chile. 1986.
8. Vitaliano PP, Young HM, Russo J. *Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia*. *Gerontologist*. 1991;31:67-75.
9. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. *El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres*. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:83-92.
10. Zarit S H. *The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress*. New York: University Press; 1985.
11. Holmes TH, Rahe RH. *The social readjustment rating scale*. *J Psychosom Res*. 1967;11:213-218.
12. Rahe RH. *Epidemiological studies of life change and illness*. *Int J Psychiatric Med* 1975; 6:133-146
13. Mejía Gómez D. *Salud familiar para América Latina*. Bogotá: ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO; 1991.
14. Valderrama Ponce MJ. *El cuidado ¿Una tarea de mujeres?* *BIBLID* [1136-6834. 2006;35:373-85.
15. Velandia A. *Interrelaciones entre calidad de vida y nivel de salud de la familia*. *Memorias II Congreso colombiano de salud familiar*. Medellín: Confamiliar; 1989.

16. Dueñas E, Martínez M A, Morales B y et al. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Rev. Colombia Médica. 2006;37(2-Supl 1):31-38.
17. Díez Espino J, Redondo Valdivieso ML, Arróniz Fernández de Gaceo C, Giacchi Urzainqui A, Zabala C, Salaberri Nieto A. Malestar psíquico en cuidadores familiares de personas confinadas en su domicilio. Medifam; 1995;3:124-130.
18. Montorio I, Díaz P, Fernández de Trocóniz MI. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1995;30:157-168.
19. Escuredo-Rodríguez B, Díaz-Álvarez E, Pascual-Cortés O. Cuidadores informales: necesidades y ayudas. Rev. Rol de enfermería. 2001;24(3):183-189.
20. Garrido Barral A, Cubero González P. Trastornos de conducta en blanco y negro. Madrid: SCM; 2003.
21. Ballone GJ. Síndrome de Burnout. Psiqweb Psiquiatria Geral, 2002. Disponible en: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>. Aceso en: 22 feb 2006.
22. Sánchez-Herrera B. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de ancianos. Av. Enferm. 2004;22(1):61-67.
23. Medina M. Vida familiar en la vejez. Memorias II Congreso colombiano de salud familiar. Medellín: Corfamiliar;1989.
24. Osorno Chica A. Acerca de la vejez y el proceso de envejecer. Rev. Asoc.Colomb. Gerontol. Geriatr. 2006;20(3):46-53.
25. Del Pino Casado B, Casado Lollano A, et al. El paciente en su domicilio, caso clínico. Rev. ROL Enfermería. 2006;29(4):13-16.
26. Gil Gregorio P, et al. La familia: el actor no protegido. Guía práctica para cuidadores de enfermos de Alzheimer. Madrid: Just in time; 2004.
27. Grupo de trabajo de Atención al mayor de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona:SemFyC; 2010.
28. De la Cuesta Benjumea C. "Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada [50 párrafos]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research. 2006. 7(4), Art. 5. Disponible en <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs060458>.



**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES**

Realiza permanentemente cursos y talleres para docentes y estudiantes del área de la salud de la Universidad de Cartagena.

- BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y NORMAS DE VANCOUVER.
- MODELOS DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
- COMPRENSIÓN DE TEXTOS CIENTÍFICOS
- EPI-INFO, HERRAMIENTA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
- TALLER DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Informes: jefedeinvestigaciones@gmail.com