

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO ASOCIADO A
DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA, EN EL CENTRO MEDICO LIC. ADOLFO LÓPEZ
MATEOS.”**

**CENTRO MEDICO “LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS”
I.S.E.M.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
M.C. RODOLFO ESTEBAN SANTIAGO BAUTISTA.**

**DIRECTOR DE TESIS
E. EN .M.F. MONICA LOPEZ GARCIA**

**ASESOR DE TESIS
M. EN C.S. LAURA SORAYA GAONA VALLE.**

**REVISORES DE TESIS
DRA. EN HUM. MARIA LUISA PIMENTEL RAMIREZ.**

**“NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO ASOCIADO A
DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA, EN EL CENTRO MEDICO LIC. ADOLFO LÓPEZ
MATEOS.”**

ÍNDICE

Cap.	Pág.
I. MARCO TEÓRICO.	
I.1.- Cuidador Primario.	1-3.
I.1.1. Cuidador Primario y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	3-4.
I.2.- Familia y Cuidador Primario.	4-5.
I.3.- Sobrecarga Emocional.	5.
I.3.1.- Síndrome de Sobrecarga Emocional.	5.
I.3.1.1. Cuadro Clínico de Sobrecarga del Cuidador Primario.	6-8.
I.4.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	9.
I.4.1.- Epidemiología.	9-10.
I.4.2.- Diagnostico.	11-12.
I.4.3.- Deterioro Cognitivo y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	13.
I.5.- Deterioro Cognitivo.	13-15.
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
II.1 Argumentación.	16.
II.2 Pregunta de Investigación.	17.
III. JUSTIFICACIONES.	
III.1 Académica.	18.
III.2 Científica.	18.
III.3 Social.	18.
III.4 Económica.	19.
IV. HIPÓTESIS.	20.
IV.1 Elementos de la hipótesis.	20.
IV.1.1 Unidades de Observación.	20.
IV.1.2 Variables.	20.
IV.1.2.1 Dependiente.	20.
IV.1.2.2 Independientes.	20.
IV.1.3 Elementos lógicos de relación.	20.
V. OBJETIVOS	21.
V.1 General.	21.
V.2.Específicos.	21.
VI. MÉTODO.	
VI.1.- Tipo de estudio.	21.
VI.2.- Diseño del estudio.	21.
VI.3.- Operacionalización de variables.	22, 23.
VI.4.- Universo de Trabajo.	24.
VI.4.1 Criterios de inclusión.	24.
VI.4.2 Criterios de exclusión.	24.
VI.4.3 Criterios de eliminación.	24.
VI.5. Instrumento de Investigación	
VI.5.1 Descripción	25.
VI.5.2 Validación	25.
VI.5.3 Aplicación	26.
VI.6 Desarrollo del proyecto.	27.
VI.7 Límite de espacio.	28.
VI.8 Límite de tiempo.	28.
VI.9 Diseño de análisis.	29.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	30.
VIII. ORGANIZACIÓN.	31.
IX. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	32-50.
X.- CUADROS Y GRÁFICOS.	51.
XI.- CONCLUSIONES.	52.
XII.- RECOMENDACIONES.	53-54.
XIII. BIBLIOGRAFÍA.	55-58.
XIV. ANEXOS.	

DEDICATORIA.

La familia es una de las joyas más preciadas que uno puede tener, sin la familia uno no puede conseguir la fuerza necesaria para lograr las metas. Este documento es un esfuerzo grande que involucra a muchas personas cercanas a mí. Es por eso que dedico esta tesis a mi Esposa (Magdalena), a mi Padre y Madre, y a mis hijos Xel-Hà, Facundo y Rolfi, que son el motor que me obliga a funcionar y ser cada día mejor.

Xel-Hà, Facundo y Rolfi, son el amor de mi vida y todo lo hago por ustedes, gracias por haberme permitido salirme 3 años de sus vidas para cumplir una meta en mi vida, recuerden que siempre cuentan conmigo y siempre los amare.

I. MARCO TEÓRICO.

I.1.- Cuidador Primario.

A finales de 1970 el Consejo de Desarrollo Social en Nueva Zelanda llevó a cabo una revisión temprana en familias con responsabilidades de cuidado especial. El Consejo de Desarrollo Social, define familias con responsabilidades de cuidado especiales como: aquellos cuyos hogares se encuentran las personas que requieren más que la asistencia habitual y atención de los demás. Incluyen las familias cuidadoras de ancianos, los discapacitados físicos, el enfermo crónico, la discapacidad intelectual, los enfermos mentales, y el emocionalmente perturbado. Algunos autores observaron a familias que a menudo son pasados por alto por una sociedad que hace la suposición de que la familia puede hacer frente a la prestación de cuidados. Los autores concluyen que la responsabilidad del cuidado de pacientes dependientes tiene profundas implicaciones y mucho más se necesita saber acerca de tales familias.⁽¹⁾

En la década de los ochenta, comenzaron a publicarse en países anglosajones y europeos, estudios y reflexiones acerca de la atención informal de la salud. Así en los últimos años, debido al envejecimiento progresivo de la población y la mayor supervivencia de personas con enfermedades crónicas, entre ellas la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ha surgido un gran número de personas que necesitan ser asistidas o cuidadas por otra persona, llamadas Cuidador Primario Informal (CPI), que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente el CPI es un miembro de la red

social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente.

La persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo, se le denomina “cuidador primario”. Desde hace varios años, la necesidad de contar con el apoyo estructurado de cuidadores se ha incrementado considerablemente⁽²⁾ El Cuidador primario es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su vida diaria. Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina “carga”.

Más recientemente, Winder y Bray, definen un cuidador informal como: Una persona que realiza tareas de otra persona que el receptor no puede realizar de forma independiente y por lo general debe ser capaz de realizarlo debido a su edad y etapa de desarrollo⁽¹⁾

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. Sin embargo y paradójicamente a las repercusiones negativas que se tienen tanto en la atención de los enfermos como en las del deterioro de las redes sociales primarias, las publicaciones centradas en esta figura son pocas.

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⁽³⁾

Cuidador se utiliza para referirse a los familiares no remunerados o amigos de una persona discapacitada que ayudan a que la persona con sus actividades de la vida diaria. Las palabras pueden ser precedidas de "familia", "cónyuge", "niño", "padre", "joven" o "adulto".

I.1.1. Cuidadores Primarios y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La carga de la atención indica "el grado en que los cuidadores perciben su salud emocional o física, la vida social, y la situación financiera que sufre como consecuencia de cuidar a su familiar".

Los cuidadores de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica también tienen funciones adicionales, tales como la toma de decisiones y la gestión de las finanzas y que también tienen que hacer frente con actitudes e irritabilidad del paciente.

Los cuidadores informales proporcionan una amplia gama de apoyo emocional e instrumental que permitan a las personas mayores a permanecer en los que la mayoría quieren ser en casa. Los Cuidadores informales pueden ayudar con: Actividades instrumentales de la vida diaria, la coordinación de servicios y la gestión formal.

Además de proporcionar ayuda a corto plazo, como la cirugía, o el apoyo a largo plazo para las personas con disminución de la capacidad mental y / o física u otras condiciones de salud a largo plazo.

Es importante destacar también, los cuidadores informales proporcionan apoyo social a través de visitas y excursiones. Estas actividades mantienen a las personas mayores participan, socialmente estimulado y mentalmente activo.⁽⁴⁾

Un estudio transversal realizado en 46 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y sus cuidadores mostraron que la enfermedad afecta la calidad de vida de los pacientes como así como los cuidadores de los pacientes. Los resultados mostraron que los cuidadores tenían una calidad de vida comprometida comparable a la vida como pacientes como es evidente por las puntuaciones. Los cuidadores de los pacientes que sufren de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica durante más de un año tuvieron mayores puntuaciones de acuerdo a la escala de Zarit y tenido una peor calidad de vida.

⁽⁵⁾

I.2.- Familia y cuidador primario.

Los términos familia y el cuidador de la familia se refieren a familia de origen, familia, hogar, socios, amigos u otras personas que apoyan a una persona mayor. Estos individuos pueden cruzar la esperanza de vida desde la infancia hasta la edad avanzado, en conjunto, constituyen el sistema familiar. En su mayor parte, los cuidadores familiares apoyan el envejecimiento de sus miembros de la familia sin compensación financiera, aunque algunos miembros de la familia pueden recibir una remuneración por sus servicios a través de programas dirigidos al consumidor. Sin embargo, a los efectos de estas normas, la familia no incluye a personas cuya principal relación con el adulto mayor se basa en un acuerdo financiero o profesional.

En algunas familias, un adulto mayor designa una persona como cuidador principal o tomador de decisiones, o un individuo asume voluntariamente tal papel. En muchas familias, los diferentes individuos asumen la responsabilidad de una serie de cuidados⁽⁶⁾

En diversas investigaciones realizadas en España, confirman que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud a personas de la tercera edad, o individuos con algún tipo de dependencia física. En Estados Unidos, se estima que existen 5.2 millones de cuidadores primarios, mientras que en Reino Unido se calculan 5.7 millones. En México, son diversos los estudios sobre las redes de apoyo familiar a enfermos de diversa naturaleza, pero son pocos los que se enfocan a los que requieren cuidados paliativos (CP).

I.3.- Sobrecarga Emocional

El concepto de “sobrecarga emocional” ha sido utilizado ampliamente en trabajos como los de Hunt y Argimón. Zarit, define este constructo como el grado en que los que proporcionan un cuidado (cuidadores primarios), perciben que su salud, vida social y personal, así como situación económica se deterioran por realizar esta tarea⁽²⁾

I.3.1.- Síndrome de Sobrecarga.

Se caracteriza por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa, con repercusiones médicas, sociales, económicas, y otras que pueden llevar al "cuidador primario" a tal grado de frustración que finalmente colapse, evidenciando la enfermedad.⁽⁷⁾

La “sobrecarga emocional” utilizado ampliamente en trabajos Zarit, que define este constructo como el grado en que los que proporcionan un cuidado, perciben que su salud, vida social y personal, así como situación económica se deterioran por realizar esta tarea⁽⁸⁾

La sobrecarga del cuidador primario suele estar provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver como un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas; pasando, conforme avanza el curso de la enfermedad, de ser un mero supervisor de las actividades del paciente al que le procura los cuidados más básicos.

El cuidado de las personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica pueden presentar desafíos especiales tales como las tecnologías complejas (por ejemplo, oxígeno domiciliario), múltiples regímenes de medicamentos y tratamientos para el control de síntomas (por ejemplo, drenaje postural).⁽⁹⁾

I.3.1.1.- Cuadro Clínico de Sobrecarga del Cuidador Primario.

La característica más prevalente del cuidador primario son: trastornos en el patrón de sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio, y aislamiento. ⁽⁷⁾

En cuanto al nivel socioeconómico predominante de quien cuida es el medio-bajo o bajo; se ubican en la mediana edad, comparten su responsabilidad con

otras personas de familia y dedican muchas horas al cuidado lo que las lleva a renunciar a otras actividades sociales. ⁽⁷⁾

La investigación sobre el impacto de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en las familias de los pacientes, es limitada en comparación con la investigación sobre el impacto de otras enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades del corazón o demencia. La escasez de literatura en esta área es particularmente notable ya que los investigadores han encontrado que los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica fueron significativamente menos satisfechos con la vida, menos activos socialmente, y más discapacitados que las personas con enfermedad de la arteria coronaria, y tienen un estado de salud mental más baja que las personas con enfermedad vascular periférica.

El grado en que los miembros de la familia están dispuestos y son capaces de ayudar con las actividades diarias y proporcionar apoyo emocional puede afectar en gran medida la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. La Presencia de una pareja en el hogar es importante para el ajuste y la capacidad del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Los miembros de la familia están generalmente disponibles en un orden jerárquico, con el cónyuge es la persona más probable que proporcione cuidados. ⁽¹⁰⁾

Se informó que las esposas de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se sentían culpables sobre la causa de su marido. La experiencia de una esposa cuidador ha sido descrito como una mezcla de ira, impotencia, culpa e insolución. Las Esposas de los pacientes con Enfermedad

Pulmonar Obstructiva Crónica se considera que han perdido la libertad, porque había renunciado a actividades recreativas y sociales. También se describen aspectos positivos de los cuidados, que contó con la satisfacción de aliviar sus maridos el sufrimiento y ayudar a que se queden en su casa el mayor tiempo posible. ⁽¹¹⁾

La edad media de los miembros de la familia mayor de 65 años en nueve de los estudios, en un estudio refieren que, las esposas que conviven con familiares con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica viven en lo que se denominó familias disfuncionales, los mayores problemas que han experimentado como consecuencia de la enfermedad de sus maridos fueron el cambio de estilo de vida y se preocupan por dejar a sus maridos, las esposas en todas las situaciones, ya sea disfuncional o han experimentado sentimientos de ansiedad que van desde el miedo constante de tener que abandonar al marido a limitar los viajes a causa de enfermedad.⁽¹²⁾

El autor conjetura que, aun cuando los atributos físicos como dificultad para respirar son el sello distintivo de la enfermedad, puede ser aspectos cognitivos que ponen a prueba las relaciones familiares. ⁽¹²⁾

La trayectoria impredecible de la Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica se asocia con desafíos para los profesionales de la salud en la prestación de un pronóstico claro para los pacientes, incluso en la enfermedad en etapa terminal dejando los pacientes y sus cuidadores con importantes lagunas en la información en el curso de la enfermedad. En consecuencia, los pacientes y sus cuidadores viven con incertidumbre y el deteriorado estado de salud,

mientras que los profesionales sanitarios son a menudo incapaces de hacer frente a necesidades de información debido a la complejidad inherente de definición de enfermedad terminal. Las implicaciones de esta incertidumbre y que viven en la sombra del miedo de disnea agravan aún más la carga pesada de la enfermedad para pacientes y cuidadores.⁽¹³⁾

I.4.-Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad inflamatoria prevenible y tratable. Se caracteriza por obstrucción persistente al flujo aéreo por lo general progresiva y parcialmente reversible. Esta limitación está asociada a una reacción inflamatoria pulmonar exagerada frente al humo del tabaco y biomasa principalmente.

La epidemiología internacional reporta que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica ocupa los primeros cinco lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo y su prevalencia en personas mayores de 40 años de edad es más del 10%.

A pesar de la complejidad para medir su prevalencia, se puede afirmar que en muchos países desarrollados está aumentando, que es mayor en fumadores que en exfumadores, en individuos de más de 40 años de edad y es mayor en hombres que en mujeres; sin embargo, el perfil etario está cambiando, y si bien antes se consideraba a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica como una enfermedad de los fumadores viejos, actualmente los datos muestran una alta prevalencia de la enfermedad en edad laboral, donde el 70% de los pacientes son menores de 65 años.

I.4.1.- Epidemiología.

Se sabe que los casos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica están aumentando, especialmente en los países en vías de desarrollo, tanto por los daños del tabaquismo como por la exposición a factores de riesgo no tabáquicos.

Sin embargo, son necesarios más estudios para conocer la carga real de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en individuos no fumadores en los diferentes países:⁽¹⁴⁾

El impacto económico de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en México, un estudio de costos de atención médica atribuibles al tabaco, realizado en el año 2001 en el IMSS, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica tuvo un costo promedio de 73,303 pesos mexicanos anuales por paciente. La cifra puede subir hasta 139,978 pesos cuando el paciente requiere hospitalización por una exacerbación. Como en el resto del mundo, el costo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en México varía de acuerdo al grado de gravedad de la enfermedad, donde los pacientes que se hospitalizan son los que se encuentran en estadios más graves:⁽¹⁵⁾

El incremento en la mortalidad ha sido sustancial en los últimos 30 años; en 1990 ocupaba el sexto lugar y se considera que para el año 2020 ocupará el tercer lugar como causa de mortalidad general. En términos de morbilidad, transitará del cuarto al tercer lugar a nivel mundial, y la causa del aumento en la morbilidad y mortalidad se debe principalmente a la epidemia mundial del tabaco.

En México, como en otros países de Latinoamérica, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una enfermedad importante por su morbilidad y mortalidad; sin embargo, permanece sub-diagnosticada y sin ser reconocida como un problema de salud pública⁽¹⁶⁾

I.4.2.-Diagnostico

El diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se debe sospechar en: Pacientes mayores de 40-45 años, fumadores o ex-fumadores asintomáticos que presentan cualquiera de los siguientes síntomas: Disnea de esfuerzo, Tos crónica, Expectorcación habitual, Frecuentes bronquitis invernales y/o sibilancias⁽¹⁷⁾ La exploración física es prácticamente normal en la fase leve de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En fases más avanzadas aparecen sibilancias y espiración alargada. En la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica grave aparecen signos más persistentes como roncus, cianosis, hepatomegalia, insuflación del tórax, edemas y pérdida de peso. El estudio de la función pulmonar mediante espirometría forzada, que es imprescindible, permite confirmar el diagnóstico así como para valorar el grado de severidad, pronóstico y control evolutivo.

De acuerdo a las guías GOLD, se clasifica de la siguiente manera según el patrón espirómetro⁽¹⁷⁾

Nivel de gravedad	Estadio	FEV1/FVC	FEV1
LEVE	I	FEV1/FVC < 70%	FEV1 > 80%
MODERADO	II	FEV1/FVC < 70% -50 % <	FEV1 < 80%
GRAVE	III	FEV1/FVC < 70% 30 % <	FEV1 < 50%
MUY GRAVE	IV	FEV1/FVC < 70% y FEV1 < 30 % ó FEV1 < 50% + Insf.C.C.	

La prevalencia calculada para México por el estudio PLATINO y de acuerdo al criterio GOLD es de 7.8% en personas mayores de 40 años de edad.⁽¹⁶⁾

La prevalencia de la EPOC aumenta con la edad, llegando a casi 14% entre los mayores de 75 años. Se exacerba una serie de problemas que carga los adultos mayores, incluyendo la discapacidad funcional, la morbilidad cardiovascular y la mortalidad, y la depresión y la ansiedad.

Las intervenciones dirigidas a reducir los síntomas y mejorar el bienestar conllevar comportamientos promoción de la salud tales como animar a los pacientes a dejar de fumar, participar en ejercicio regular y una dieta nutritiva , así como las drogas terapias y seguimiento periódico

Por supuesto, además de participar en otra promoción de la salud, tiene el comportamiento potencial de revertir los síntomas negativos y retrasar el deterioro del funcionamiento que la mayoría de las personas con EPOC va a experimentar.⁽¹⁸⁾

Por otro lado, es una preocupación importante para los adultos mayores, debido a que puede causar incapacidad funcional y la calidad de disminución de la vida. Estudios previos han observado una mayor tasa de deterioro cognitivo en los adultos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en particular entre los que la enfermedad grave requieren oxígeno.

Algunos estudios con neuro-imagen encontraron que los adultos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica grave pueden desarrollar alteraciones en la perfusión cerebral como consecuencia de hipoxemia, y este cambio se ha considerado que afectan rendimiento y causa deterioro cognitivo.

I.4.3.-Deterioro Cognitivo y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo. Entre los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, la hipoxemia es un factor importante y el uso regular de oxígeno en el hogar tiene un efecto protector. Los proveedores de Salud y la atención médica deben tener en cuenta la detección de sus pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica para el deterioro cognitivo.

I.5.-Deterioro Cognitivo

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial⁽¹⁹⁾ En las últimas décadas, varios estudios han demostrado la presencia de deterioro cognitivo causado por hipoxia leve a hipoxia moderada y/o hipercapnia en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Los sujetos expuestos a inducción a hipoxia artificial y a gran altura, desarrollaron de manera significativa disminución en la velocidad de procesamiento mental y de tiempo de reacción, estas alteraciones se ha presentado en los individuos en diversos niveles de la hipoxia.

La prevalencia del Deterioro Cognitivo Leve se ha estimado que varía entre el 17% y 34% en la población de adultos mayores. Los trastornos cognitivos

suponen una de las patologías crónicas más frecuentes en la población geriátrica. Según estudios epidemiológicos, el 10% de los individuos mayores de 65 años presentan, disfunción cognitiva clínicamente significativa y este porcentaje aumenta exponencialmente con la edad.⁽²⁰⁾

En el deterioro cognitivo Moderado a deterioro cognitivo grave se ha encontrado alteración en el pensamiento abstracto y complejo perceptual-motor integración fueron los dominios más afectados. Los pacientes presentaron disminución de la velocidad motora y alteración en la coordinación de la mano. Algunos autores consideran que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es un modelo de estudio para deterioros cognitivos secundarios a la hipoxia crónica debido de enfermedad pulmonar. El deterioro de la memoria, pérdida de lenguaje verbal, perturbaciones en la atención, y dificultades en pensamiento abstracto eran encontrados, mientras que la atención visual se puede relativamente preservada.

El deterioro cognitivo se ha demostrado en 77% de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e hipoxemia. Por otra parte, se ha sugerido que la alteración en el rendimiento en las pruebas neuropsicológicas puede ser un predictor de mortalidad y discapacidad en cierta Poblaciones con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Sin embargo, a pesar de su potencial importancia, la comprensión incompleta de las capacidades cognitivas sigue siendo problemas en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.⁽²¹⁾

La prevalencia de deterioro cognitivo fue mucho mayor entre los sujetos con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En un análisis multivariable, la

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se asoció con un riesgo mayor de la función del deterioro cognitivo, incluso después de controlarla por la edad, el sexo, la raza, los antecedentes de tabaquismo y el nivel de instrucción.

La discusión de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica a menudo se considera una enfermedad que afecta exclusivamente a los pulmones, sin embargo, sus efectos extra pulmonares son profundas e incapacitante, indica que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica está fuertemente asociada con el deterioro cognitivo. La hipoxemia en reposo fue el factor de riesgo más importante para el desarrollo de alteración cognitiva, el tratamiento con oxígeno suplementario significativamente disminuido el riesgo.

El deterioro cognitivo puede interferir con la capacidad del paciente a que se adhieran a su régimen de medicación, ajustar sus medicamentos en respuesta a los síntomas respiratorios, y realizar otros aspectos de la autogestión. En términos más generales, el deterioro cognitivo puede crear dificultades con la realización de las actividades diarias, especialmente aquellos que involucran la memoria o razonamiento complejo. Se es probable que el deterioro cognitivo tiene efectos importantes en muchos aspectos del funcionamiento del paciente y el estado de salud. ⁽²²⁾

II.-PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación.

Conocer el nivel de sobrecarga, el apoyo social percibido, la capacidad de agencia de autocuidado y otros factores relacionados, de los cuidadores de pacientes dependientes es importante ya que es una tarea del médico familiar el detectar oportunamente. Habitualmente el cuidador inmediato suele ser el cónyuge, en segundo lugar los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros familiares y personas allegadas. La tendencia a cuidar a la persona mayor en casa y por la familia se ve favorecida por motivos individuales como: el sentimiento de corresponder recíprocamente, la creencia de que los cuidados familiares son mejores, el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales y cumplir con sus deberes. El deterioro cognitivo es cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que aqueje a un adulto mayor siendo el más común de memoria; es por esto que el deterioro cognitivo se puede caracterizar como un síndrome geriátrico. La función cognitiva puede verse afectada por los cambios propios del envejecimiento, pasando por el deterioro cognitivo leve hasta la demencia. Uno de los cambios más reconocidos que suceden con el envejecimiento es el enlentecimiento de los procesos mentales. Por lo antes mencionado es importante conocer:

II.2 Pregunta de Investigación.

¿Cuál es el nivel de sobrecarga del cuidador primario asociado a deterioro cognitivo en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en el Centro Medico Lic. Adolfo López Mateos?

III. JUSTIFICACIONES.

III.1.-Justificación académica:

Necesidad de realizar esta investigación como parte de mi formación académica de la especialidad de Medicina Familiar, para lograr identificar al Cuidador Primario con sobrecarga ante los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica e identificar el Deterioro Cognitivo.

III.2.-Justificación familiar y social:

El impacto de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en las familias de los pacientes es limitada en comparación con la investigación sobre el impacto de otras enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades del corazón, rol de las esposas con maridos con discapacidad o con enfermedades crónicas es similar a un cuidador secundario y que en su momento no existe ninguna gratificación llegando a presentar sobrecarga en su rutina diaria ocasionando problemas de salud vinculados a tener una enfermedad crónica degenerativa mal tratada y sin seguimiento alguno. Siendo el EPOC una de las enfermedades más demandantes para cuidados por la sintomatología que llegan a presentar ya sea aguda o crónica y que amerita que exista un cuidador las 24 hrs del día, sin dejar de mencionar cuando se afecta lo cognitivo que se caracteriza por pérdida de la memoria y esto condiciona a incapacidad funcional y disminución en la calidad de vida del paciente y la de su cuidador primario ocasionando crisis paranormativas familiares.

III.3.-Justificación Económica: En tanto en cuestión económica, varía de acuerdo al grado de la gravedad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica e incrementa más los costos si es que el paciente presenta exacerbación de la enfermedad, esto condiciona una mayor estancia intrahospitalaria, aun así en la fase de convalecencia continúan con oxígeno suplementario dentro de su vivienda y eso aumenta más los costos, por otra parte los pacientes que no tienen posibilidades económicas para adquirir el oxígeno suplementario condiciona que desarrollen deterioro cognitivo secundario a hipoxia cerebral, de igual manera conlleva a que el cuidador primario tenga amplia responsabilidad y repercuta hacia su salud, por los múltiples cuidados que requieren este tipo de pacientes, lo que condicionaría una mala calidad de vida, tanto para el mismo paciente como para el cuidador primario.

IV. HIPÓTESIS

En el cuidador primario de pacientes de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con deterioro cognitivo, presentaran algún nivel de sobrecarga.

IV.1 Elementos de la hipótesis.

IV.1.1 Unidades de Observación.

Cuidador Primario.

Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

IV.1.2 Variables.

IV.1.2.1 Dependiente.

Sobrecarga del cuidador primario.

IV.1.2.2 Independientes.

Deterioro Cognitivo.

IV.1.3 Elementos lógicos de relación.

El, a, en, con, que.

V. OBJETIVOS

V.1 GENERAL

Determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario asociado a Deterioro Cognitivo en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, en el Centro Medico Lic. Adolfo López Mateos.

V.2.- ESPECÍFICOS.

Identificar al cuidador primario.

Evaluar nivel de sobrecarga del cuidador primario.

Identificar el género, edad, estado civil, ocupación y escolaridad del cuidador primario.

Identificar tiempo de diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Identificar el género, edad, estado civil, ocupación y escolaridad de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Identificar la prevalencia y evaluación de déficit cognitivo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

VI. MÉTODO.

VI.1 Tipo de estudio. : Observacional prospectivo.

VI.2.Diseño del estudio. Transversal analítico

VI.3 Operacionalización de variables.

Variabes del Cuidador Primario.

Variable	Definición Teórica.	Definición Operacional	Tipo de variable	Ítem.
Sobrecarga del cuidador primario.	Se define este constructo como el grado en que los que proporcionan un cuidado, perciben que su salud, vida social y personal, así como situación económica se deterioran por realizar esta tarea.	0: < De 47: No Sobrecarga. 1: 47-55: sobrecarga leve. 2: >55: sobrecarga intensa.	Cualitativa ordinal	1-22
Cuidador primario Informal.	Es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres.	1: Relacion conyugal. 2: Relacion paterno-filial. 3: Relacion filial. 4: Otro.	Cualitativa nominal	Cedula de identidad o pregunta
Edad.	Tiempo transcurrido desde el inicio de un evento; Una de las partes de la vida de una persona; Un período en la historia; Avance del tiempo o de la vida.	Es el término que se utiliza para hacer mención para el tiempo que ha vivido.	Cuantitativa discreta.	Cedula de identidad o pregunta
Género.	Está directamente relacionado con la biología y la identidad sexual de los seres vivos.	0: Hombre. 1: Mujer.	Cualitativa Nominal	Cedula de identidad o pregunta
Estado civil.	Son los vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo sexo.	1: Soltero. 2: Casado. 3: Unión libre. 4: Divorciado. 5: Viudo.	Cualitativa Nominal	Cedula de paciente o pregunta
Ocupación.	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura.	1: Hogar. 2: Obrero. 3: Estudiante. 4: Técnico. 5: Profesional y otros.	Cualitativa nominal.	Cedula de identidad o pregunta
Escolaridad.	Tiempo durante en el que un alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza.	1: analfabeta. 2: Primaria Completa e Incompleta. 3: Secundaria Completa e Incompleta. 4: Preparatoria completa e Incompleta. 5: Técnicas. 6: Profesional.	Cualitativa Nominal	Cedula de Identificación

Variables de Deterioro Cognitivo y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Variable	Definición Teórica.	Definición Operacional	Nivel de Medición.	Ítem.
Deterioro Cognitivo.	Síndrome clínico caracterizado por pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, orientación, calculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.	0: 30: Normal. 1: 29-24: Déficit leve. Puede ser provocado por estado depresivo o bajo nivel cultural 2: <24: deterioro cognitivo. Puntaje de corte 23/24 1: 19 a 23: Deterioro cognitivo leve. 2: 14 a 18: Deterioro moderado. 3: Menos de 14: deterioro grave.	Cualitativa ordinal	1-30
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define actualmente como una patología prevenible y tratable, caracterizada por una limitación progresiva al flujo aéreo, no completamente reversible, asociada a una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos.	1: Leve. 2: Moderado. 3: Grave. 4: Muy Grave.	Cualitativa Ordinal.	
Edad.	Tiempo transcurrido desde el inicio de un evento; Una de las partes de la vida de una persona; Un período en la historia; Avance del tiempo o de la vida.	Es el término que se utiliza para hacer mención para el tiempo que ha vivido.	Cuantitativa discreta.	
Género.	Está directamente relacionado con la biología y la identidad sexual de los seres vivos.	0: hombre. 1: mujer.	Cualitativa nominal.	Cedula de identidad.
Estado Civil.	Son los vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo sexo.	1: Soltero. 2: Casado. 3: Unión libre. 4: Divorciado. 5: Viudo.	Cualitativa nominal	Cedula de identidad.
Ocupación.	Aquella actividad con sentido en la que la persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura.	1: Hogar. 2: Obrero. 3: Técnico. 4: Profesional y otros.	Cualitativa nominal.	Cedula de identidad.
Escolaridad.	Tiempo durante en el que un alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza	1: analfabeta. 2: Primaria Completa e Incompleta. 3: Secundaria Completa e Incompleta. 4: Preparatoria completa e Incompleta. 5: Técnicas. 6: Profesional.	Cualitativa Nominal	Cedula Identificación

VI.4 Universo de Trabajo. Pacientes en control y vigilancia con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en la consulta externa de Medicina Familiar, en el periodo Junio a Noviembre del 2013

VI.4.1 Criterios de inclusión.

Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con diagnóstico ya establecido.

Pacientes con diagnóstico establecido de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y que estén al cuidado de un familiar.

Paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica sin otra patología crónica degenerativa. [Ej. E.V.C., I.A.M., D.M2., H.A.S.]

Pacientes que cuenten con Espirometría.

VI.4.2 Criterios de exclusión.

Pacientes con otras comorbilidades crónicas.

Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica independientes.

Pacientes que no sean atendidos en CMLALM.

VI.4.3 Criterios de eliminación.

Pacientes que no hayan contestado completamente los cuestionarios

Pacientes que ya no deseen continuar en la investigación.

VI.5. Instrumento de Investigación

VI.5.1 Descripción Instrumentos de Medición.

Se aplicaron dos encuestas dirigidas, una para el cuidador primario y un segundo cuestionario para el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y detectando algún nivel de deterioro cognitivo, como se explica a continuación:

VI.5.2 Validación Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: (EZ)

Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español. EZ consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga leve” (47-55) o “sobrecarga intensa” (≥ 56). “Sobrecarga leve” representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa”.

Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlación intercalase (CCI) 0,71 en su estudio original y 0,71-0,85 en validaciones internacionales, consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países). Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. En validez de criterio, EZ muestra alta correlación con instrumentos afines ($r = 0,71$ con Índice Global de Carga; $r = 0,41$ con Inventario Breve de Síntomas²⁹). También se relaciona estrechamente con detección de otras patologías, principalmente en salud mental

Escala Minimental.

Es dirigida a todos los pacientes que estén con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y a los cuales se les aplicara una valoración mediante un examen llamado La Mini prueba del estado mental (en Inglés Mini-mental state examination (por sus siglas MMSE), es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución, sobre todo en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.

Es una herramienta de función tipo screening, es decir, de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo pero que, sin embargo, no permite detallar qué dominio está alterado ni conocer su causa, por lo que nunca debe utilizarse para reemplazar a una evaluación clínica completa del estado mental. Varios estudios de validación demuestran que esta escala tiene una buena sensibilidad y especificidad para detectar el deterioro cognitivo.

El Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) es un instrumento de cribaje que el Prof. Lobo derivó del Mini-Mental Status Examination (MMS). El MMS fue desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico para facilitar al clínico el graduar el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. El MMS evalúa la orientación espacial y temporal, el recuerdo inmediato (fijación), la memoria a medio término y habilidades de sustracción serial o el deletreo hacia atrás. También mide capacidades constructivas (la habilidad de copiar una figura de Bender), y el uso del lenguaje. La puntuación total se obtiene sumando los puntos alcanzados en cada tarea y puede ir de 0 a 30.

El estudio de fiabilidad del MMS se llevó a cabo en muestras de pacientes psiquiátricos y neurológicos. La fiabilidad test-re test no baja de 0.89, y la fiabilidad inter-examinador de 0.82 (Folstein et al. 1975; Folstein & McHugh, 1979).

También existe información acerca de la especificidad, esto es, la habilidad del instrumento de clasificar correctamente como "no caso" a aquellas personas que están libres de estos trastornos (Folstein y col., 1975; De Paulo & Folstein, 1978).

- Puntuar cada alternativa de respuesta.
- Luego deberá sumar todas las respuestas dadas por el paciente (puntuación máxima 30).
- Buscar el puntaje total obtenido en la parte posterior del protocolo.
- Pero puede indicar únicamente un problema de tipo visual, por lo que se debe siempre pedir a la persona que si utiliza lentes, los use al realizar esta prueba.
- Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada una vez habiendo hecho la prueba, como se menciona a continuación:

0: 30: Normal.

1: 29-24: Déficit leve. Puede ser provocado por estado depresivo o bajo nivel cultural.

2: <24: deterioro cognitivo.

Puntaje de corte 23/24

1: 19 a 23: Deterioro cognitivo leve.

2: 14 a 18: Deterioro moderado.

3: Menos de 14: deterioro grave.

VI.6 Desarrollo del proyecto

En el estudio se incluyeron a pacientes con diagnóstico previo de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, previamente diagnosticados que acudieron a la consulta externa de medicina familiar turno matutino con un familiar que se identifique como cuidador primario, solicitándose su valiosa participación en el estudio. Posterior se les solicito un consentimiento para el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y a su cuidador primario y así iniciar el protocolo de estudio de esta investigación, a los pacientes y cuidadores primarios que acepten se les indico que autorizaran una carta de consentimiento informado, explicándoles ampliamente el objetivo de la investigación.

Teniendo como objetivo general la identificación de Sobrecarga del Cuidador Primario además de identificar a los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica algún nivel de Deterioro Cognitivo.

Se invitaron a todos los pacientes que ya tengan el diagnostico establecido de EPOC, sin que tengan alguna otra comorbilidad asociada, (ej. Obesidad, DM2, H.A.S., Secuelas de Evento Vascular Cerebral, Alzheimer) así como también a su cuidador primario. Durante la entrevista, se aplicó la escala de Mini mental Test, en la cual se determinó si el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica cumple con criterios de deterioro cognitivo de acuerdo a la puntuación señala de la escala, de ser así, se continuo aplicando la escala de evaluación de Zarit para identificar el nivel de la sobrecarga del cuidador primario.

En caso de que el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica presente algún nivel de deterioro cognitivo participara el cuidador para continuar con la investigación caso contrario si el paciente no cuenta con criterios de deterioro cognitivo serán descartados, de igual manera que si el cuidador presenta sobrecarga pero el paciente que está a cargo de él no presenta déficit cognitivo será motivo de eliminación, ya que podrían presentarse casos de cuidadores que presentan algún nivel de sobrecarga sin ser motivo el paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica que lo estaría ocasionando.

Posterior a la entrevista se realizó evaluación estadística para así mismo relacionar el nivel de sobrecarga del cuidador y del paciente con deterioro cognitivo en paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

VI.7 Límite de espacio Consulta Externa de Medicina Familiar del
Centro Medico Lic. Adolfo López Mateos, Toluca de Lerdo

VI.8 Límite de tiempo

Junio 2013 a Noviembre del 2013

VI.9 Diseño de análisis

Para el análisis Univariado: previo análisis de los datos se verificará la normalidad de los mismos usando la prueba de Shapiro-Wilk.

Las variables edad se describirán usando media, desviación estándar, mínimo y máximo y se graficaran usando un histograma y/o Box plot de acuerdo a los resultados del conjunto de datos.

Las variables, género, estado civil, escolaridad y ocupación, se describirá con distribuciones de frecuencia y porcentajes representados a través de gráficos de sectores.

Para el análisis Bivariado:

Se realizaran tablas y gráficos para representar el cruce de variables.

Se analizará la distribución de los datos para determinar si se emplea estadística paramétrica o no paramétrica. Una $p \leq 0.05$ será considerada como significativa.

En cuanto se tengan los resultados de los cuestionarios se realizaran tablas, cuadros y gráfica, apoyándonos con el programa SPSS Versión 20.0.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación, se sometió a juicio y aprobación del comité de Ética en investigación y Ética, así como el Centro Médico “Adolfo López Mateos”. La investigación se llevara a cabo con los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki y su modificación en Tokio, para la investigación en humanos también cumple las normas establecidas en la ley de reglamento en materia de investigación científica en humanos de la Ley General de Salud. Así mismo después de revisar y confrontar los principios y las bases legales que nos rigen en la actualidad el presente proyecto se apega a las normas en materia de investigación, así como respetando los derechos humanos de la familia se entregara a cada participante un consentimiento informado guardando confidencialidad de los datos.

VIII. ORGANIZACIÓN

Tesista: M.C. Rodolfo Esteban Santiago Bautista.

Director de Tesis: E en MF Mónica López García.

IX.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la presente investigación con objetivo primordial de conocer la presencia de en el cuidador primario de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y asociarlo con el nivel de Deterioro Cognitivo de estos pacientes para conocer si existe relacion en los pacientes que presentan algún nivel de deterioro cognitivo y la presencia de sobrecarga del cuidador primario en estos pacientes, obteniéndose los resultados en el periodo de Junio a Noviembre 2013, en la consulta externa de Medicina Familiar del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, el cual se conformó de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cada paciente con su respectivo cuidador primario, con una población de 130, excluyéndose una sola encuesta ya que el cuidador primario se retiró, quedando como población total de 129, en donde obtuvimos los siguientes resultados: de acuerdo a lo que se muestra en los grafico.

Se observó que en el rango de edad del cuidador primario fue como máximo de 72 años de edad y con un mínimo de 20, con una media de 47 años. **(Gráfico 1 y 2)**

El género para el cuidador primario, tuvo predominio en el sexo masculino con una frecuencia de 93 (72%), en tanto el sexo femenino la frecuencia fue de 36 (27.9%) **(Gráfico 3)**

En cuanto al estado civil de los cuidadores primarios, se determinó por su frecuencia y respectivos porcentajes, detectando que el cuidador primario es de predominio en los casados con una frecuencia de 102 (79.1%) de la población estudiada, le siguen los que están en unión libre con una frecuencia de 13 (10.1%), seguido de los solteros en frecuencia de 12 (9.3%), por último la frecuencia de los viudos fue de 2 (1.6%). **(Gráfico 4)**

La ocupación del cuidador primario, se distribuyó de la siguiente manera, los cuidadores primarios que se dedican al hogar fue el más alto en cuanto a la frecuencia con un 64 (49.6%), seguido de los obreros u obreras con frecuencia de 52 (40.3%), los que tienen una actividad técnica con frecuencia de 5 (5.4%), por último los profesionales fueron los de menor frecuencia 6 (5.7%). **(Gráfico 5)**

En cuanto a su escolaridad del cuidador primario, se distribuyó con la siguiente frecuencia y porcentajes, los que predominan los que tienen algún grado de escolaridad secundaria con una frecuencia de 44 (34%), seguido de los que tienen algún nivel de escolaridad primaria la frecuencia es de 43 (33%), los cuidadores analfabetas con una frecuencia de 16 (13%) así como los que tenían algún grado más de escolaridad bachillerato la frecuencia es de 13(10%), carreras técnicas con frecuencia de 8 (6%) y los de carrera profesional en menor frecuencia 5(4%).**(Gráfico 6)**

La relacion que guardan los cuidadores primarios con el paciente se distribuye de la siguiente frecuencia y porcentaje. La relacion paterno-filial es la de mayor predominio con frecuencia de 60 (46.5%), seguido de la relacion conyugal con una frecuencia de 52 (40.3%), la variable Otro (nuera, amigo, vecino o cuñado) con la frecuencia de 9 (7.0%) y por último la relacion filial con frecuencia de 8 (6.2%). **(Gráfico 7)**

La sobrecarga de cuidador primario del total de la muestra, se obtuvo la siguiente frecuencia de la siguiente manera; la frecuencia de los cuidadores primarios que no presentaron Sobrecarga fue de 86 (66.7%), seguido por cuidadores primarios con Sobrecarga Leve con frecuencia de 26 (20.2%) y por último los cuidadores primarios con sobrecarga intensa fue de 17(13.2%) **(Gráfico 8)**

En los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la frecuencia y los porcentajes de las variables Univariadas se distribuyeron de la siguiente manera.

La variable deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se distribuyó de acuerdo a frecuencia y porcentajes de la siguiente manera, la mayor frecuencia se presentó en pacientes que no presentaban deterioro cognitivo que fue de 57 (44.2%), seguido de deterioro cognitivo leve 47 (36.4%), en cuanto al deterioro cognitivo moderado la frecuencia fue de 21 (16.2%), en pacientes con deterioro cognitivo grave la frecuencia fue de 4 (3.1%). **(Gráfico 9)**

En cuanto al género de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, tuvo una mayor frecuencia en el sexo masculino que en el sexo femenino, para el género masculino la frecuencia fue de 74 (57.4%), en tanto que el género femenino la frecuencia fue de 55 (42.9%).**(Gráfico 10)**

El estado civil de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el de mayor frecuencia fue en los casados con un 79 (61.2%), siguiendo con los viudos con una frecuencia de 37 (28.7%), y ese mismo orden los solteros con una frecuencia de 6 (4.7%), los de Unión Libre con frecuencia de 5 (3.9%) y terminando con los divorciados con una frecuencia de 2(1.6%) **(Gráfico 11)**

Dentro de la ocupación laboral de los pacientes, tuvo una distribución de la siguiente manera, en cuanto a los labores del hogar fue la de mayor frecuencia con 64 (49.6%), seguido de los obreros con una frecuencia de 58 (45.0%), en cuanto a la ocupación de escolaridad profesional la frecuencia fue de 6 (4.7%), y por último los que tiene una carrera técnica la frecuencia fue de 1(.8%). **(Gráfico 12)**

La escolaridad de los pacientes con EPOC, tuvo la siguiente distribución de frecuencia con respectivos porcentajes; la mayor frecuencia fue en pacientes con algún grado de escolaridad primaria con una frecuencia de 59 (45.7%), seguido de los analfabetas con una frecuencia de 39 (29.5%), los que tienen algún grado escolar de secundaria la frecuencia fue de 19 (14.7%), los que tienen algún nivel de escolaridad profesional la frecuencia fue de 5 (3.9%), los que tienen alguna carrera técnica se presentó la frecuencia de 5 (3.9%), y por último los pacientes con algún grado de bachillerato se presentó una frecuencia de 3 (2.3%).**(Gráfico 13)**

X.- CUADROS Y GRÁFICOS

Tabla 1.

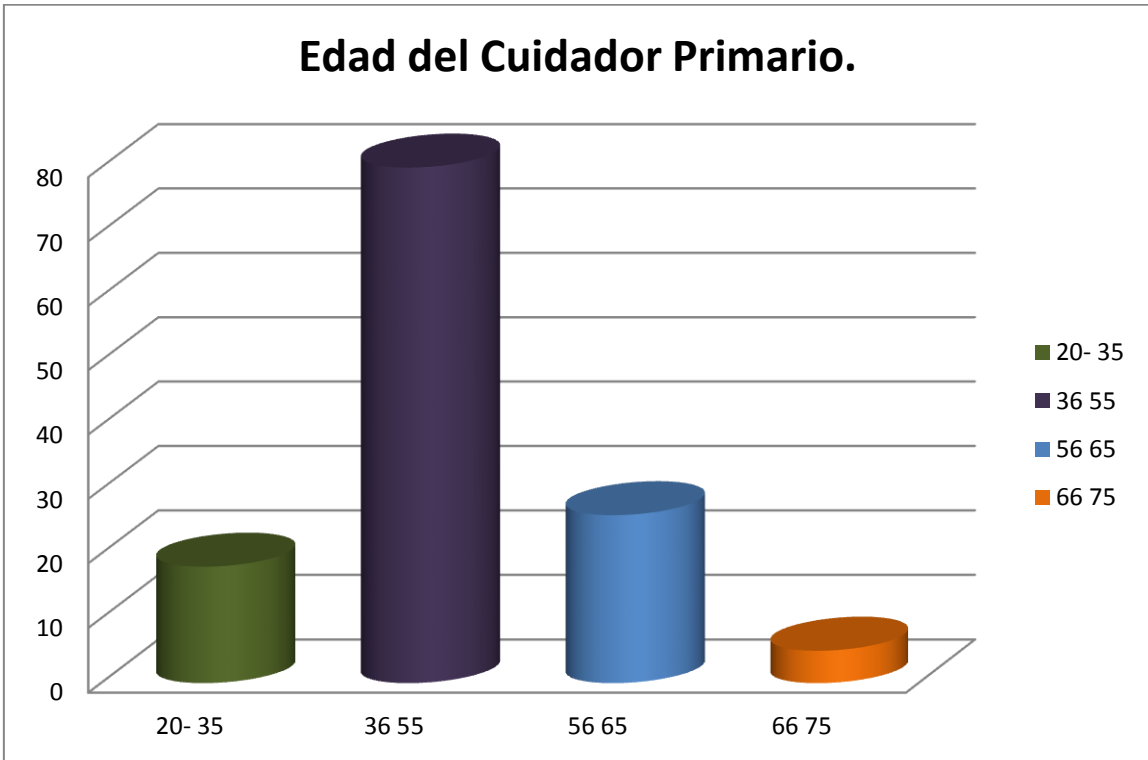
Edad.	N	Mínimo	Máximo	Media
Cuidador Primario.	129	20	72	47,23
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	129	37	96	65,39

FUENTE: Ficha de identificación de anexo II y III.

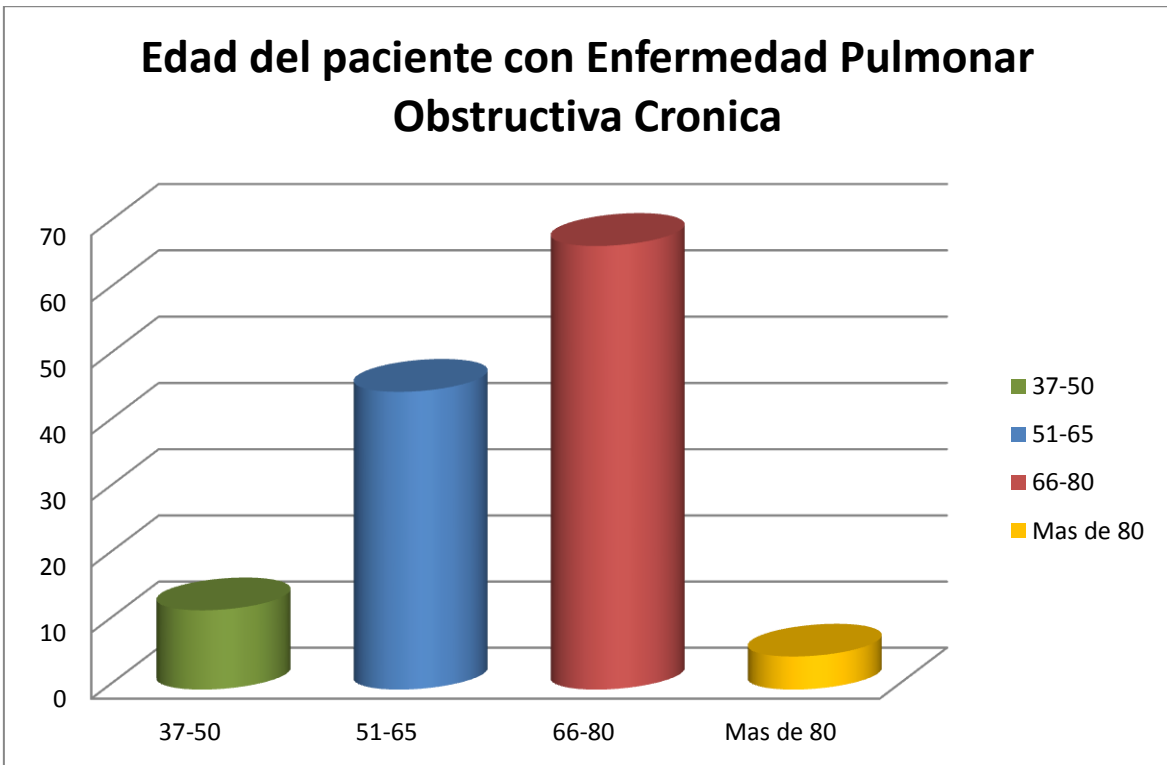
TABLA 2.- NIVEL DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO ASOCIADO A DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA SEGUN LA EDAD.

EDAD	CUIDADOR PRIMARIO		EDAD	PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA	
	N	%		N	%
20-35	18	14	37-50	12	9
36-55	80	62	51-65	45	35
56-65	26	20	66-80	67	52
66-75	5	4	más de 80	5	4
Total	129	100	Total	129	100

FUENTE: Ficha de identificación de anexo II y III.



Fuente: Tabla 2.

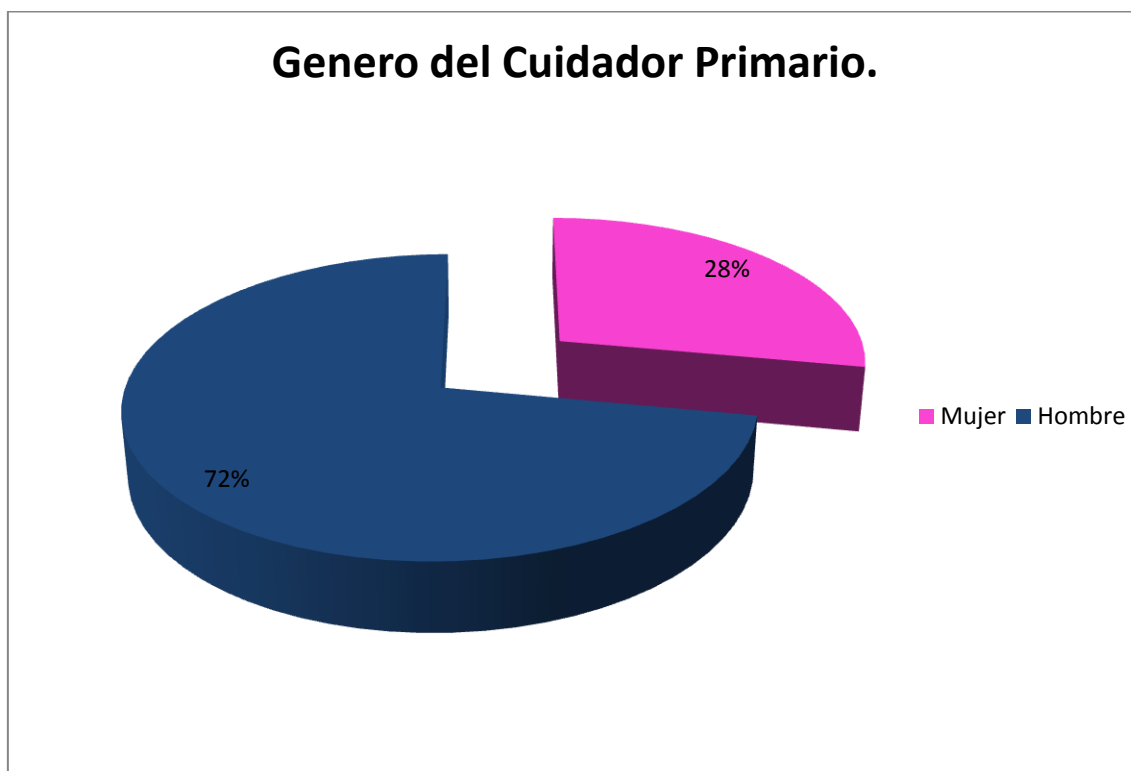


Fuente: Tabla 2.

Tabla 3.

Género.	N	%	% válido
Mujer	36	27,9	27,9
Hombre	93	72,1	72,1
Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de Anexo III.



Fuente: Tabla 3.

Tabla 4.

Estado Civil del Cuidador Primario	N	%	% VÁLIDO
Soltero	12	9,3	9,3
Casado	102	79,1	79,1
Unión Libre	13	10,1	10,1
Viudo	2	1,6	1,6
Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de anexo III.

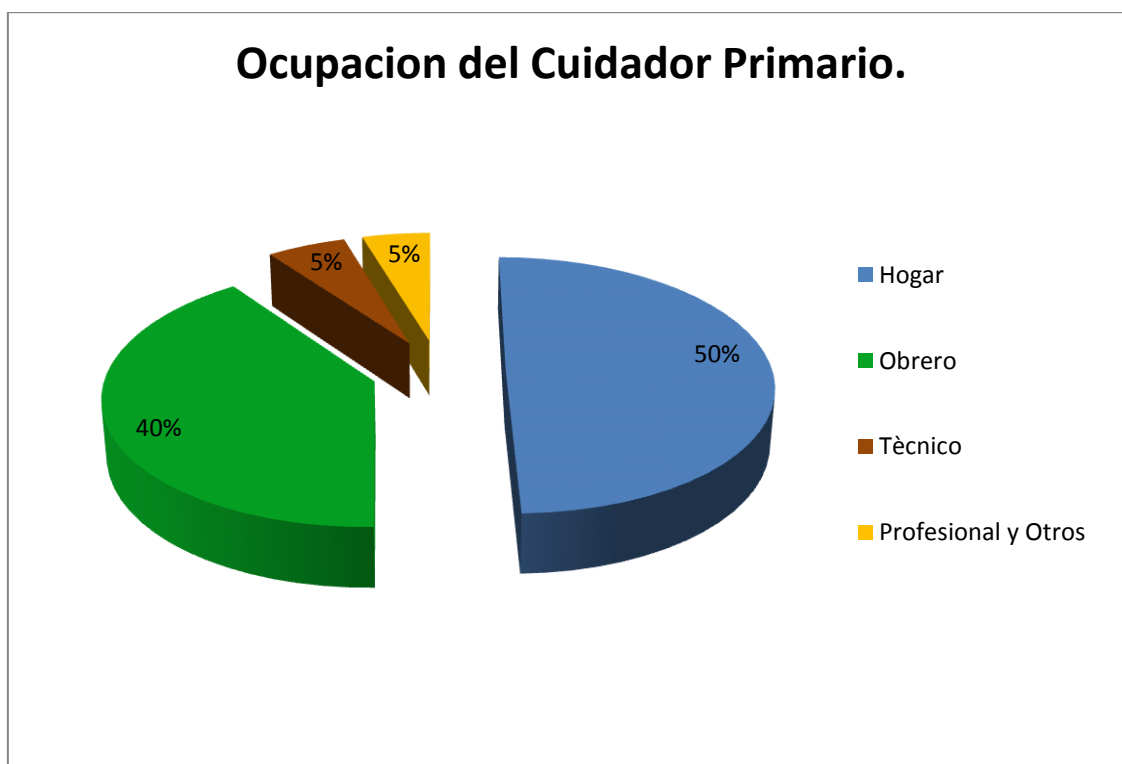


Fuente: Tabla 4.

Tabla 5.

Ocupación del Cuidador Primario.		N	%	% válido
Válidos	Hogar	64	49,6	49,6
	Obrero	52	40,3	40,3
	Técnico	7	5,4	5,4
	Profesional y Otros	6	4,7	4,7
	Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de anexo III.

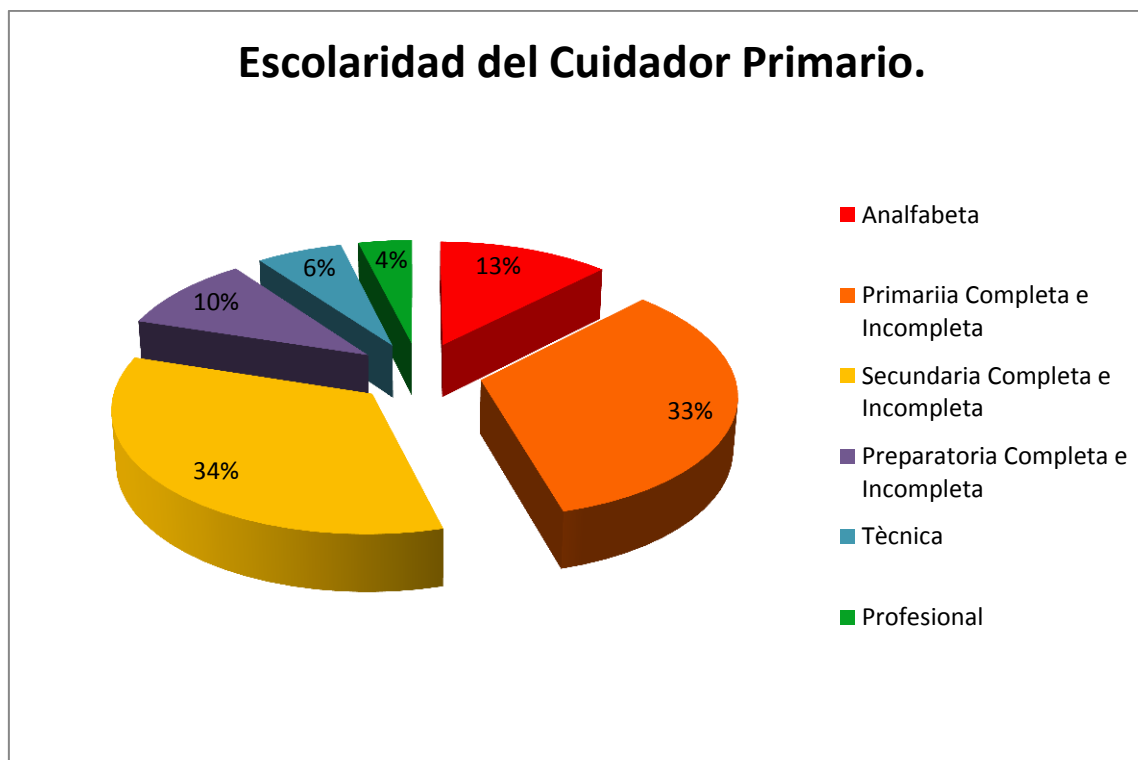


Fuente: Tabla 5.

Tabla.6.

Escolaridad del Cuidador Primario.	N	%	% válido
Analfabeta	16	12,4	12,4
Primaria Completa e Incompleta	43	33,3	33,3
Secundaria Completa e Incompleta	44	34,1	34,1
Preparatoria Completa e Incompleta	13	10,1	10,1
Técnica	8	6,2	6,2
Profesional	5	3,9	3,9
Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de anexo III.

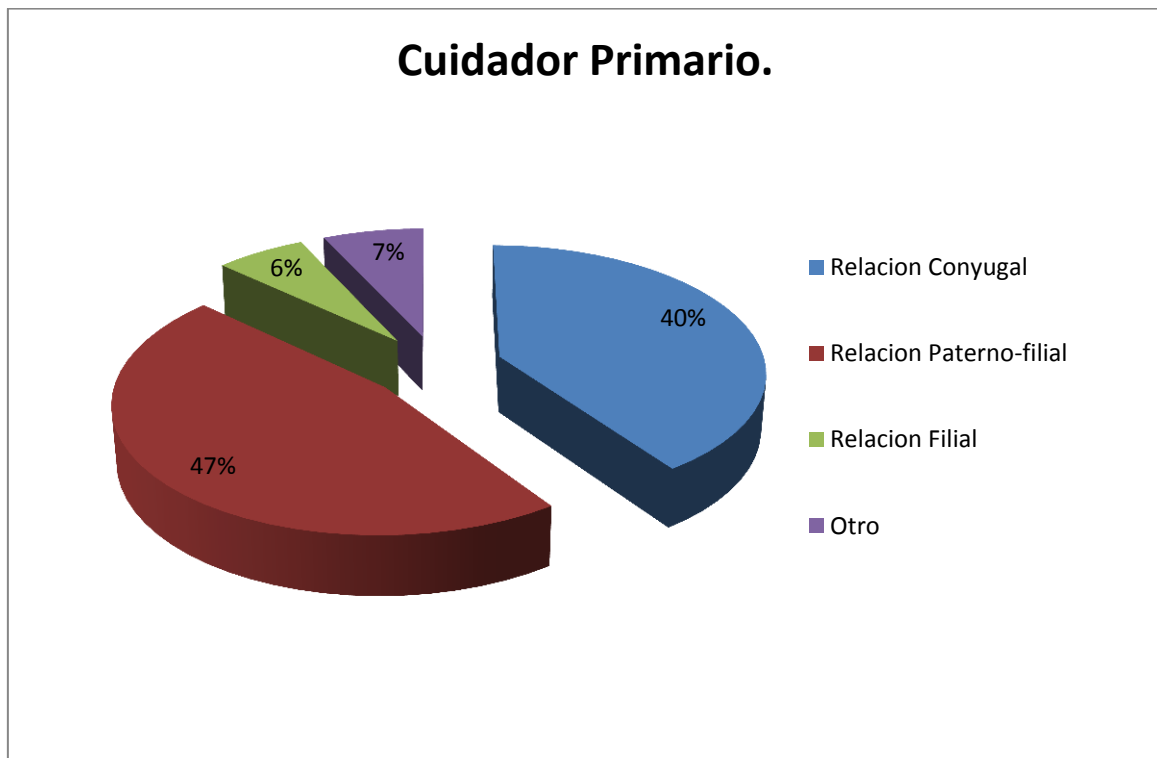


Fuente: Tabla 6.

Tabla 7.

Relacion Cuidador/E.P.O.C.	N	%	% válido
Relacion Conyugal	52	40,3	40,3
Relacion Paterno-filial	60	46,5	46,5
Relacion Filial	8	6,2	6,2
Otro	9	7,0	7,0
Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de anexo III.

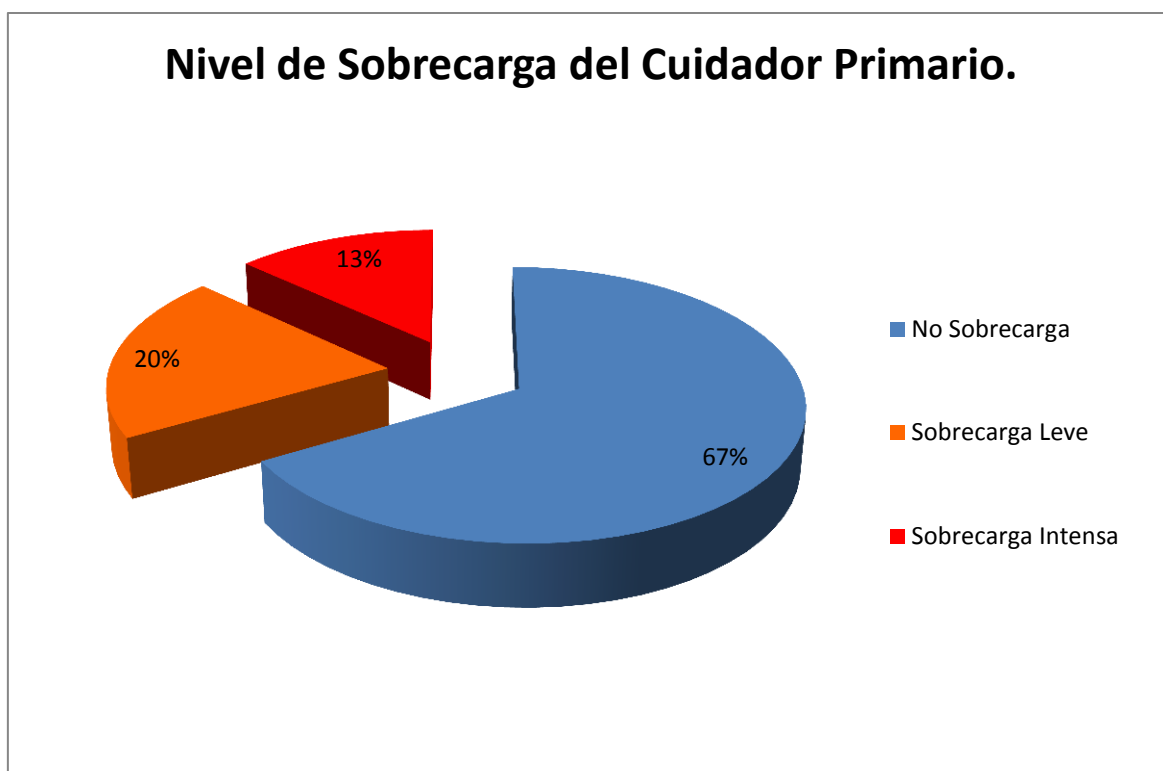


Fuente: Tabla 7.

Tabla 8.

Nivel de Sobrecarga del Cuidador Primario.	N	%
No Sobrecarga	86	66,7
Sobrecarga Leve	26	20,2
Sobrecarga Intensa	17	13,2
Total	129	100,0

Fuente: Escala de Zarit, anexo III, sección II.

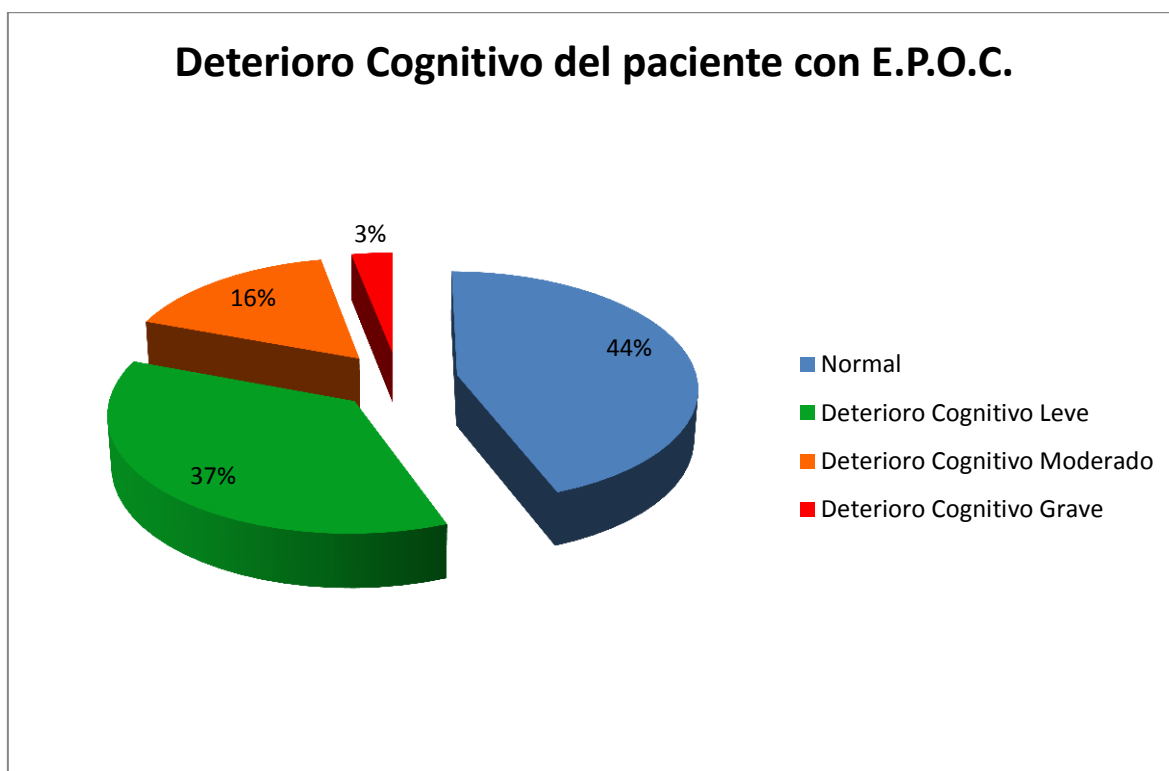


Fuente: Tabla 8.

Tabla 9.

Nivel de Deterioro Cognitivo.	N	%	% válido
Normal	57	44,2	44,2
Deterioro Cognitivo Leve	47	36,4	36,4
Deterioro Cognitivo Moderado	21	16,3	16,3
Deterioro Cognitivo Grave	4	3,1	3,1
Total	129	100,0	100,0

Fuente: Sección II, de anexo II.

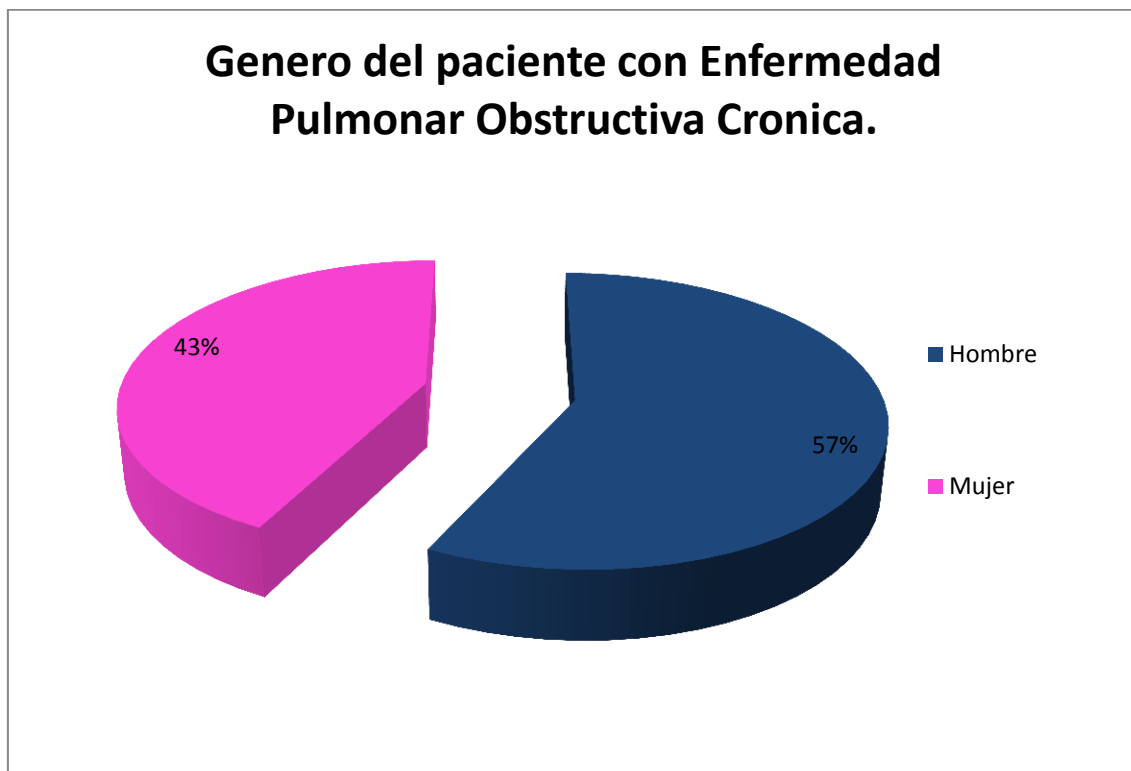


Fuente: Tabla 9.

Tabla 10.

Género.		N	%	% válido
Válidos	Hombre	74	57,4	57,4
	Mujer	55	42,6	42,6
	Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de anexo II.

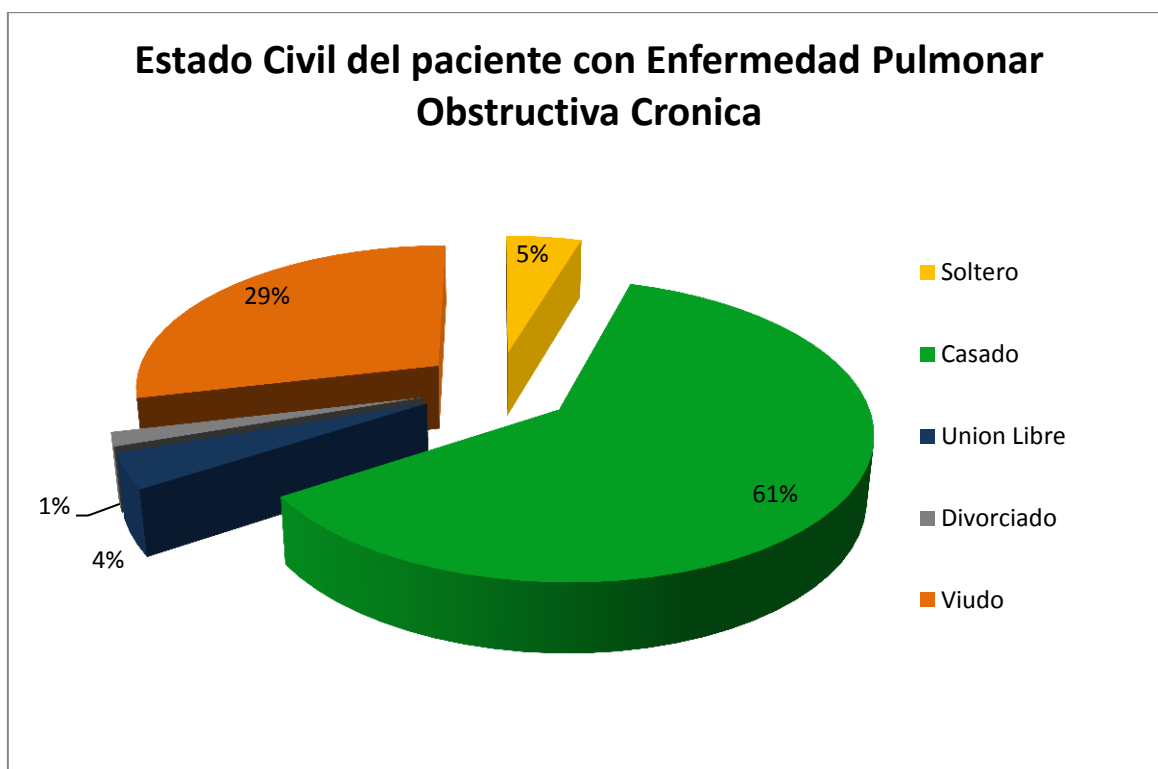


Fuente: Tabla 10.

Tabla 11.

Estado Civil.	N	%	% válido
Soltero	6	4,7	4,7
Casado	79	61,2	61,2
Unión Libre	5	3,9	3,9
Divorciado	2	1,6	1,6
Viudo	37	28,7	28,7
Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de anexo II.

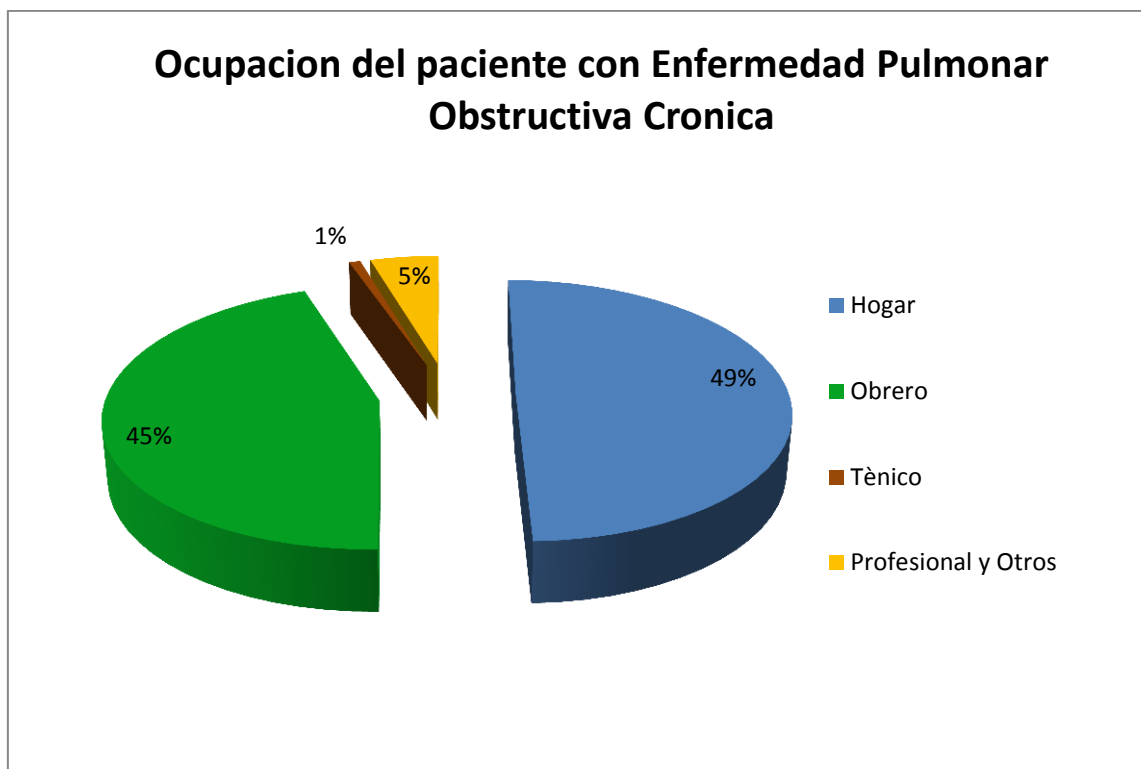


Fuente: Tabla 11.

Tabla 12.

Ocupación.	N	%	% válido
Hogar	64	49,6	49,6
Obrero	58	45,0	45,0
Técnico	1	,8	,8
Profesional y Otros	6	4,7	4,7
Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de anexo II.

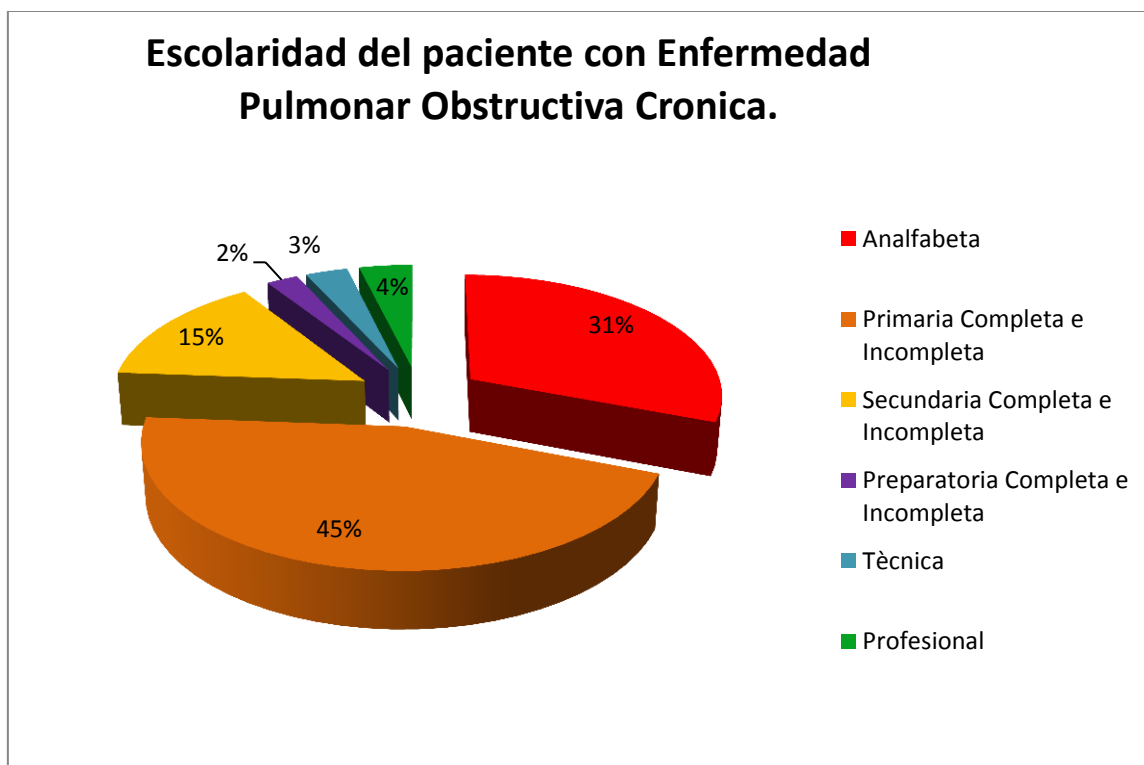


Fuente: Tabla 12.

Tabla 13.

Escolaridad	N	%	% válido
Analfabeta	40	30,3	29,5
Primaria Completa e Incompleta	59	45,7	45,7
Secundaria Completa e Incompleta	19	14,7	14,7
Preparatoria Completa e Incompleta	3	2,3	2,3
Técnica	4	3,1	3,1
Profesional	5	3,9	3,9
Total	129	100,0	100,0

Fuente: Ficha de identificación de anexo II.



Fuente: Tabla 13.

Correlaciones Bi-variadas.

Tabla 14.

Variables		Deterioro Cognitivo	Edad del E.P.O.C.	Escolaridad E.P.O.C.	Nivel .GOLD		
Sobrecarga cuidador primario	Correlación de Pearson	,394**	,243**	-,215*	,317**		
	Sig. (bilateral)	,000	,005	,014	,000		
	N	129	129	129	129		
	Bootstrap ^c	Sesgo	,001	-,002	,003	-,003	
		Típ. Error	,081	,063	,068	,075	
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior	,237	,119	-,342	,164
			Superior	,550	,367	-,073	,451

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

c. A no ser que se indique lo contrario, los resultados autodocimantes se basan en 1000 bootstrap samples

Tabla 15.

Variables		SC cuidprim	Cuidado prim	Edad EPOC	Edo civ EPOC	Ocup EPOC	Escol EPOC	Niv. GOLD		
Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	,394**	,250**	,535**	,294**	-,348**	-,517**	,432**		
	Sig. (bilateral)	,000	,004	,000	,001	,000	,000	,000		
	N	129	129	129	129	129	129	129		
	Bootstrap ^c	Sesgo	,001	-,004	-,001	-,002	,004	-,002	-,002	
		Típ. Error	,081	,085	,071	,088	,060	,038	,070	
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior	,237	,070	,388	,112	-,455	-,590	,278
			Superior	,550	,415	,658	,458	-,230	-,441	,560

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

c. A no ser que se indique lo contrario, los resultados autodocimantes se basan en 1000 bootstrap samples

Tabla 16.

Variables		Deterioro Cognitivo	edad cuidador	escolaridad	edad EPOC	gene EPOC	Edo civil EPOC	escolaridad EPOC		
Cuidador primario	Correlación de Pearson	,250**	-,497**	,227**	,403**	,282**	,344**	-,204*		
	Sig. (bilateral)	,004	,000	,010	,000	,001	,000	,020		
	N	129	129	129	129	129	129	129		
	Bootstrap ^c	Sesgo	-,004	,001	,001	-,002	,001	-,001	-,003	
		Típ. Error	,085	,067	,060	,070	,082	,081	,063	
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior	,070	-,626	,105	,264	,119	,177	-,327
			Superior	,415	-,349	,340	,532	,440	,495	-,072

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

c. A no ser que se indique lo contrario, los resultados autodocimantes se basan en 1000 bootstrap samples

Tabla 17.

Variables		Det Cogn	edad cuid	escol cuid	edad EPOC	gene EPOC	Edo civil EPOC	escol EPOC		
Cuidador primario	Correlación de Pearson	,250**	-,497**	,227**	,403**	,282**	,344**	-,204*		
	Sig. (bilateral)	,004	,000	,010	,000	,001	,000	,020		
	N	129	129	129	129	129	129	129		
	Bootstrap ^c	Sesgo	-,004	,001	,001	-,002	,001	-,001	-,003	
		Típ. Error	,085	,067	,060	,070	,082	,081	,063	
		Intervalo de confianza al 95%	Inferior	,070	-,626	,105	,264	,119	,177	-,327
			Superior	,415	-,349	,340	,532	,440	,495	-,072

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

c. A no ser que se indique lo contrario, los resultados autodocimantes se basan en 1000 bootstrap samples

Análisis Bi-variadas.

La correlación de Pearson, variables independiente, se describe de la siguiente manera; la variable de sobrecarga de cuidador primario, reporta que a mayor deterioro cognitivo (.394**) es mayor la sobrecarga del cuidador primario, y que de igual manera influye en la edad (.243**) del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, en cuanto a la Espirometria para clasificación de GOLD (.317**) establece que tuvo una gran significancia para mayor sobrecarga del cuidador primario. **(Gráfico 14)**

La correlación de Pearson de la variable dependiente Deterioro Cognitivo, en relacion con la sobrecarga del cuidador primario la correlación es significativa (.394**), también establece que a mayor deterioro cognitivo hay mayor sobrecarga del cuidador primario (.250**) de igual manera influye que a mayor deterioro cognitivo es mayor en pacientes con mayor edad (.535**) así como a mayor deterioro cognitivo es mayor el nivel de obstrucción por la clasificacion GOLD (.317**) por Espirometria. **(Gráfico 15)**

La correlación de Pearson para la variable cuidador primario, en relacion con el deterioro cognitivo, la correlación fue significativa (.250**) es decir a mayor deterioro es más la mayor sobrecarga. **(Gráfico 16)**

La correlación de Pearson para variables cuidador primario y la edad del Cuidador Primario, la correlación fue significativa (.497%), al igual; el cuidador primario correlacionada con la edad del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica fue significativa (.403**). **(Gráfico 17)**

XI.- CONCLUSIONES

En base a la hipótesis planteada, que refiere que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica pueden llegar a cursar deterioro cognitivo y que requerirán a largo tiempo ser cuidados por algún miembro de la red familiar o por algún otro personaje, llamado cuidado primario.

Se concluyó con respecto al estudio realizado, que la incidencia máxima de edad en el cuidador primario es de 72 años, y una edad mínima de 20, quedando como media la edad de 47 años, en contraste con los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con una edad máxima de 96 años, la mínima de edad es de 37 y como media la edad de 65 años de edad.

De los cuidadores primarios estuvo a cargo mas por el sexo masculino, su gran mayoría casado y que se dedican a las labores del hogar, la mayoría de la veces están bajo el cuidado de alguno de los hijos, la escolaridad influye de manera importante ya que los cuidadores primarios tienen nivel escolar de secundaria y esto implica que los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica tengan buen apego al tratamiento,

Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, concluimos que en la población estudiada predomino que el 44.2% no presentara deterioro cognitivo, en menor porcentaje pero si es significativo presentaron deterioro cognitivo leve, lo que nos puede indicar que están bajo una buena supervisión de sus cuidadores primarios

Se observa que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica predomina en pacientes del sexo masculino, con la incidencia máxima en casados, en cuanto a su ocupación estos pacientes ya se dedican a las labores del hogar y se sigue presentando más en pacientes con bajo nivel cultural.

Por lo que se concluye que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica se presentan desde edad muy tempranas, solo que no son detectados a tiempo, y que en la mayoría de los paciente esta sub-diagnosticado, y esto hace que a lo largo de la evolución del este padecimiento puede desarrollar a más temprana edad deterioro cognitivo en alguno de sus niveles.

De esta manera concluimos que la Sobrecarga de Cuidador Primario, reporta que a mayor deterioro cognitivo es mayor la sobrecarga del cuidador primario, de igual manera influye en la edad del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

XII.- RECOMENDACIONES

1. Orientar al cuidador para que descanse cada día y evitar el alcohol, tabacos excesos de medicamentos controlados.
- 2.- Planear el Médico Familiar en la familia del cuidador primario para conservar su propia salud y proporcionarle periódicamente, citas para consultar sus signos y síntomas, y explicar su situación personal.
- 3.-Vigilar siempre la prescripción médica, de medicamentos para el insomnio, la angustia o la depresión. También es frecuente la aparición de lesiones musculares, dolores de espalda, cervicales, etc., por el esfuerzo de mover al enfermo, para levantarlo, ducharlo, etc., que deben de ponerse en conocimiento del médico familiar.
4. Evitar que se aislé a pesar de falta de apoyo familiar, debe continuar con los buenos amigos que le quedan, acudir a reuniones sociales. El cuidador necesita tener amigos y también nuevos amigos relacionados con la situación que está viviendo.
5. Indicar alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, hacer punto, hacer crucigramas.
6. La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para la vida con el enfermo. Procurar buscar personas, cosas, situaciones y actividades que le satisfagan ya que una persona serena irradia armonía, y si además se ríe, relajará el ambiente. El enfermo vivirá mejor con su alegría del cuidador
7. Procurar un tiempo semanal para el cuidador, buscando a un familiar, asistente enfermera etc., que cuide del enfermo unas horas a la semana para que pueda salir y relajarse y no olvidar tomarse unas vacaciones, al menos anualmente o algunos días alejarse de su cuidador.
- 8.-El médico familiar debe detectar oportunamente y evaluar la sobrecarga y calidad de vida en el cuidador primario de adultos mayores dependientes.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

:

- 1.- McDonald J, Informal Caregivers Literature Review, A report prepared for the National Health Committee. July 2007; pag.16.
- 2.- García M.G y cols. Sobrecarga emocional en cuidadores de mujeres que requieren cuidados paliativos. Hosp Gen Méx, 2012; (75); 140-147.
- 3.- Islas SL. Perfil Psicosocial del Cuidador Primario Informal del paciente con EPOC, Rev. Inst nal enf resp Méx: 2006;(19): 266.
- 4.- Lum J et al, In Focus Informal Caregiving, leading knowledge exchange on home and community care; July 2011; pag.1.
- 5.- Sanjeev K. To Assess the Quality of Life (QOL) of Caregivers and Patients Suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): 2012, S2.
- 6.- NASW, standards for social work practice with family caregivers of older adults; 2010; pag.11.
- 7.- Domínguez S.G Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México.2008.
- 8.- Barrón RBS Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario. Instituto Nacional de Cancerología de México: 2009: 39-46
- 9.- Ann LC , Luker KA , Chalmers K, Salmon MP, A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease; Journal of clinical nursing; 2009; pag.2.
- 10.- Anne H. B. An Integrative Review of the Impact of COPD on Families. Southern online journal of nursing research: (9): Number 3.
- 11.- Lee E, Lum CM, psychosocial condition of family caregivers of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Hong Kong; East Asian arch psychiatry; 2010; 20; 3.
- 12.- Ann LC et al, A review of the information and support needs of family carers of patients with chronic obstructive pulmonary disease; Journal of Clinical Nursing; 2009.
- 13.- Hynes G, Informal care-giving in advanced chronic obstructive pulmonary disease: lay knowledge and experience; Journal of clinical nursing; 2010.
- 14.- Rubio MC, EPOC en individuos no fumadores; Arch Bronconeumol; 2010; (4): 16-21

- 15.- Panorama epidemiológico e impacto económico actual, *Neumología y Cirugía de Tórax*; 2007; (66): 13-16.
- 16.- Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Derived from the Fourth Mexican Consensus on the Diagnosis and Treatment of COPD. *Neumol Cir Torax*; 2012; (71).
- 17.- Bernardo MB, *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*, actualizado Julio 2011.
- 18.- Ann C et al, Promoting the health of people with chronic obstructive pulmonary disease: patients and carers views; *Journal of clinical nursing*; 2009.
- 19.- Pérez MV. El deterioro cognitivo: una Mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2005; 21: 1-2.
- 20.- Hernández, A.E. Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México, *Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.* 2008: (10): 127-132.
- 21.- William H.W. *Cognitive Decline among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Department of Geriatrics and Adult Development, and Department of Medicine, Divisions of General Internal Medicine and of Pulmonary, Mount Sinai School of Medicine, New York, Medical Center.
- 22.- *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* Dovepress submit your manuscript, Dovepress, Original Research open access to scientific and medical research, COPD and cognitive impairment: the role of hypoxemia and oxygen therapy.

XIV. ANEXOS

**ANEXO I CENTRO MEDICO LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS.
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION.
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

Nombre del Cuidador Primario.....Edad.....

Nombre del paciente con enfermedad pulmonar.....Edad.....

En este acto médico el (la) doctor(a) _____ me realizará la atención y la aplicación de un cuestionario de mi actual proceso de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Entiendo que se me informo adecuadamente y con la veracidad adecuada el objetivo principal de esta investigación <otorgare información necesaria, para evitar confusión en la detección del deterioro cognitivo y de la sobrecarga del cuidador primaria ya que se me apoyara en parte del tratamiento en busca de mi bienestar, sin que estos resultados sean atribuibles a mi médico.

En este proceso de información no pueden ocurrir complicaciones que me pongan en peligro mi vida o mi salud.

- 1.- Se explicó ampliamente sobre las preguntas a contestar, resolviéndome las dudas existentes en el momento que se me cuestione.
- 2.- Si al término de contestar los cuestionarios se me identifica que debo acudir con alguna otra especialidad para mi atención integral, se me brindara el apoyo necesario para evitar complicaciones futuras.
- 3.- El estudio no representará ningún riesgo para mi salud, ni para mi familia ya que la información no se divulgará, siendo de carácter de investigación y confidencial.
- 4.- No se me obligará a seguir en la investigación si por algún motivo personal no deseara continuar, no habrá ninguna represalia en su contra mía o de mi familia.
- 5.- Manifiesto que estoy satisfecha (o) con la información recibida para este estudio entendiendo el objetivo principal de esta investigación, conociendo que el encargado es el Residente de 3er año de la especialidad de Medicina Familiar, Rodolfo Esteban Santiago Bautista. Por lo que estoy conforme en proporcionar información requerida.

FIRMA DEL PACIENTE.

_____	_____	_____
TESTIGO.	TESTIGO.	INVESTIGADOR.
_____	_____	_____

**ANEXO II CENTRO MEDICO LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION.ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ESCALA DE MINI EXAMEN COGNOCITIVO.**

SECCION I

Paciente.....Edad.....Genero.....EstadoCivil.....
Ocupacion.....Escolaridad.....Fecha.....

Espirometria:.....

SECCION II

Instrucciones: Preguntar al paciente si tiene algún problema con su memoria. Luego si puede preguntarle algunas preguntas acerca de su memoria.

ORIENTACIÓN

Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año.....**5**
Dígame el hospital (o lugar).....
Planta.....ciudad.....Provincia.....Nación.....**5**

FIJACIÓN

Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)..... **3**

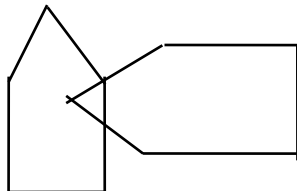
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO INSTRUCCIONES: Hacer restas de menos 3 (ej. 9-3=6)
Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando.....**5**

MEMORIA. INSTRUCCIONES: Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.

¿Recuerda las tres palabras de antes?.....**3**

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN. Instrucciones: pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte posterior del papel, para que los vea perfectamente.

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj.....**2**
Repita esta frase: En un trigal había cinco perros.....**1**
Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad?
¿Qué son el rojo y el verde?.....**2**
Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa.....**1**
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS.....**1**
Escriba una frase.....**1**
Copie este dibujo.....**1**



PUNTUACION TOTAL:

**ANEXO III CENTRO MEDICO LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS.
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION.ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR.
ESCALA DE ZARIT PARA EL CUIDADOR PRIMARIO.**

I.- Instrucciones: Responda en los siguientes espacios de acuerdo a lo que se le pregunte:

- 1.- Cual es su edad? _____
- 2.- Cual es su sexo? _____
- 3.- Su Estado civil cuál es? _____
- 4.- Cual es su Escolaridad? _____
- 5.- A qué se dedica usted? _____
- 6.- Tiempo de cuidar al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva _____
- 7.- Relacion con el paciente: _____

II.- Señale con una X el número que usted crea correcto, de acuerdo a como usted se siente al cuidar a su paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, siendo lo más franco(a) posible:

1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
8	¿Siente que su familiar depende de usted? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).

9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar? 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) 4 (casi siempre).

PUNTUACION TOTAL: