

Evaluación del colapso del cuidador en el paciente adulto mayor con osteoartritis

Dra. Elizabeth María Morales Cariño,* Dra. Matilde L Enríquez Sandoval,** Dra. Blanca L Jiménez Herrera,*** M. en C. Antonio Miranda Duarte,**** M. en C. Tirzo Aurelio Serrano Miranda*****

RESUMEN

Antecedentes: Se ha comprobado que personas que cuidan a pacientes adultos mayores presentan colapso del cuidador. **Metodología:** El objetivo es evaluar repercusiones en el cuidador de pacientes adultos mayores con osteoartritis. Es un estudio prospectivo, observacional y descriptivo, se aplicó escala Zarit (colapso del cuidador) e índice de Katz y escala Lawton-Brody (valorar funcionalidad). **Resultados:** Del total de 55 pacientes 78.2% eran mujeres; edad promedio 75.8; y su padecimiento más frecuente fue gonartrosis. El principal cuidador fue la hija (58.18%); con edad promedio 52.78 años, de ellas el 30.91% presentó colapso. **Conclusiones:** Es necesario buscar mayores asociaciones entre el colapso del cuidador y el paciente, aumentando el tamaño de la muestra; además se recomienda establecer programas preventivos para el cuidador.

Palabras clave: Adulto mayor, colapso del cuidador, osteoartritis.

ABSTRACT

Introduction: It has been proven that people who take care of elderly patients develop caregiver burnout. **Methodology:** **Objective:** To evaluate the repercussions on the caregiver of elderly patients with osteoarthritis. A prospective, observational and descriptive study. Caregiver burnout was assessed by the Zarit Interview and functionality by Katz Index and Lawton - Brody Scale. **Results:** There were 55 elderly patients in the study, 78.2% women, average age 75.8, most common illness gonarthrosis. The main caregiver was the patients' daughter (58.18%), average age 52.78, out of which 30.91% developed caregiver burnout. **Conclusions:** A greater connection between caregiver burnout and their patients should be established by increasing the sample size. Implementing preventive care programs for the caregiver is advisable.

Key words: Elderly, caregiver burden, osteoarthritis.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es de gran trascendencia por sus repercusiones en la economía de la familia y del país, así como en los sistemas de salud y en general en todas las áreas, por las necesidades sociales que demandan. En el año de 1900

el porcentaje de personas mayores de 60 años en el mundo era de 5.2% y para el año 2000 el porcentaje aumentó a 18% (590 millones de personas mayores de 60 años); en la actualidad hay 91 millones de adultos mayores en el continente americano con una tasa que se incrementa del 3 al 5% anual¹. El proceso de envejecimiento se caracteriza por favorecer la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas que son causa de discapacidad². México no es la excepción, según CONAPO (Consejo Nacional de Población y Vivienda) menciona que en el 2000 vivían en México, 6.9 millones de personas mayores de 60 años, lo que equivale a una proporción del 7%; además, según sus estimaciones, la discapacidad se incrementa con la edad presentándose alrededor de un 5% en los adultos de 60 a 64 años y alcanzando más de un 15% en los mayores de 70 años. En cuanto al tipo de discapacidad más frecuente en los adultos mayores, se encuentra la discapacidad motriz que afecta en un 56% a los hombres y en un 62% a las mujeres; seguidas de la discapacidad visual en un 33 y 32% respectivamente y la auditiva en un 27 y 19% respectivamente³. Entre las principales causas de discapacidad motriz, está la osteoartritis, la cual se presenta en el 85% de los mayores de 75 años^{4,5}. Cuando el paciente desarrolla sus actividades de la vida diaria

* Médico adscrito al Servicio de Rehabilitación Geriátrica, Instituto Nacional de Rehabilitación.

** Directora de Enseñanza, Instituto Nacional de Rehabilitación.

*** Jefa del Servicio de Rehabilitación Geriátrica, Instituto Nacional de Rehabilitación.

**** Investigador Asociado, Servicio de Genética Médica, Instituto Nacional de Rehabilitación.

***** Investigador Asociado, Servicio de Epidemiología Sociomédica, Instituto Nacional de Rehabilitación-Fac. de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Servicio de Rehabilitación Geriátrica del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Recibido para publicación: junio, 2010.

Aceptado para publicación: septiembre, 2010.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

y mantiene su autonomía no hay problemas familiares, éstos se dan cuando existe deterioro funcional^{6,7}.

En México, al ser la familia la unidad básica de convivencia, puede constituir una fuente de apoyo y cariño o ejercer una influencia destructora y opresora para la salud del adulto mayor; y además es fundamental para la obtención de buenos resultados en los tratamientos de rehabilitación⁸⁻¹⁰. Investigaciones muestran que atender a un miembro discapacitado en la familia demanda apoyo físico, emocional y financiero por parte de los cuidadores^{6,11}.

El cuidador principal, es toda persona que asume la responsabilidad del cuidado, siendo en la mayoría de los casos una mujer mayor entre 50 y 60 años, suelen ser las hijas o las esposas, con un bajo nivel educativo y generalmente dedicadas a las labores del hogar¹²⁻¹⁶; dentro de su responsabilidad está el realizar actividades que en ocasiones no son agradables y que afectan su salud física y mental, alterando roles familiares, su actividad laboral, su tiempo libre y sus relaciones sociales. El término ampliamente utilizado para referirse a dichos efectos sobre el cuidador es «colapso» o «sobrecarga»¹⁷⁻²².

El colapso del cuidador se ha estudiado en enfermedades como la demencia, la enfermedad vascular cerebral, la enfermedad de Parkinson, y la artritis reumatoide^{1,11,23-25}, siendo medido con escalas como el Caregiver Burden Scale y su versión española «Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit»^{22,26}. En ellas se han encontrado alteraciones en la estructura y roles familiares, además de efectos sobre la salud física, emocional, laboral y social de los cuidadores, ocasionada principalmente por personalidad premórbida, trastornos de conducta, deterioro cognitivo y funcional en el paciente. Además la estabilidad del cuidador está relacionada con la funcionalidad de la familia, el apoyo social, el tiempo de evolución de la discapacidad del paciente y en algunas enfermedades como la artritis reumatoide con el grado de discapacidad^{10,11,18,19,23,27}.

El colapso del cuidador tiene efectos secundarios como lo es el incremento en la recurrencia de ingresos hospitalarios del paciente. Además el cuidador como consecuencia y para aliviar sus sentimientos puede reaccionar a través del sobrecuidado o sobreprotección, lo cual contribuye más a la discapacidad^{16,24,25,28-32}. Otra de las consecuencias de la sobrecarga del cuidador, sobre el paciente cuidado, es el maltrato, que emerge desde hace algunos años como un problema social y que con mucha frecuencia se oculta por temor a denunciarse^{7,16}. Se han identificado algunos factores de riesgo para el maltrato hacia el adulto mayor, los relacionados al cuidador son: sobrecarga física y emocional, problemas socioeconómicos y antecedentes de violencia familiar; algunos inherentes al paciente son: edad avanzada, deficiente estado de salud, incontinencia urinaria, trastornos de conducta y deterioro cognitivo. Este maltrato puede ser físico, psicológico o emocional y económico a

través de la explotación y mala utilización de su dinero y propiedades^{12,33,34}.

La literatura científica muestra poca información sobre la osteoartritis y el colapso de cuidador, por lo que el objetivo de este estudio es evaluar la relación entre el colapso del cuidador y el deterioro funcional del paciente adulto mayor con osteoartritis, ya que consideramos que existe una relación entre ambas. Las principales variables independientes que se estudiaron son la independencia en actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, el estado cognitivo y el tiempo de evolución de la osteoartritis; otras variables a estudiar son la edad tanto del paciente como del cuidador, el tipo de familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

Participantes: Fueron pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, con diagnóstico de osteoartritis, del Servicio de Rehabilitación Geriátrica del Instituto Nacional de Rehabilitación durante el periodo de marzo 2006 a febrero 2007, que eran apoyados por un cuidador primario y que no presentasen alteraciones neurológicas (enfermedad vascular cerebral, enfermedad lateral amiotrófica, Parkinson), artritis reumatoide o amputaciones.

Instrumentos: Al paciente se le aplicó la escala de Katz para valorar la independencia funcional de las actividades de la vida diaria básicas, como son baño, vestido, acudir al sanitario, movilización, alimentación y continencia; los resultados se expresan en 6 categorías que van desde la independencia hasta la dependencia total en las actividades antes descritas. La escala de Lawton y Brody para valorar las actividades de la vida diaria instrumentales como: usar teléfono, salir fuera de casa, ir de compras, realizar quehaceres en casa, preparación de alimentos, manejo de medicamentos; se otorgan 3 puntos por pregunta al paciente que logra hacer la actividad de forma independiente, 2 parcialmente dependiente y 1 si no puede realizar la actividad, puntaje final máximo es 29. El examen minimal para identificar deterioro cognitivo: valora orientación, cálculo, atención, memoria y lenguaje; la puntuación máxima son 30 puntos, menos de 24 puntos, sugiere deterioro cognitivo. Al cuidador primario se le aplicó la «escala de sobrecarga del cuidador de Zarit» para valorar la presencia de colapso del cuidador, el cual consta de 22 preguntas sobre problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos que experimenta el cuidador por su función de cuidar y el puntaje va de 22-46 puntos sin colapso, 47-55 colapso leve y 56-110 colapso moderado-severo.

Procedimiento: Se les explicó al paciente y su cuidador, el proyecto de investigación y tomando en cuenta los aspectos éticos según la Declaración de Helsinki, antes de aceptar participar en esta investigación se les informa que su intimidad e

integridad están protegidas, así como la confidencialidad de la información proporcionada; que no hay consecuencias físicas o mentales para el paciente y su cuidador; sobre los riesgos e incomodidades de la investigación se les informa que si el paciente decide no aceptar, no habrá ninguna represalia en cuanto a su atención médica. Cuando el paciente tiene toda la información y nos muestra que ha comprendido la misma se le solicita su consentimiento por escrito.

A los pacientes se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y las escalas para valorar la funcionalidad y el deterioro cognitivo, al cuidador primario se le aplicó una ficha de identificación para obtener datos sobre el parentesco con el paciente, ocupación y edad; además de la escala de Zarit.

Cuadro 1. Datos generales de los pacientes con osteoartritis y sus cuidadores.

Datos generales	Años promedio	Valor mínimo	Valor máximo
Edad paciente	75.78	66	96
Escolaridad paciente	4.14	0	12
Tiempo evolución osteoartritis	7.70	0.25	20
Edad del cuidador	52.78	30	81

Cuadro 2. Principales padecimientos de los pacientes.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Gonartrosis	18	32.73
Espondiloartrosis	16	29.02
Osteoartritis generalizada	14	25.45
Coxartrosis	4	7.27
Conducto lumbar estrecho	2	3.64
Conducto cervical estrecho	1	1.82
Total	55	100.00

Cuadro 3. Parentesco del cuidador con el paciente.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hija	32	58.18
Esposa	7	12.73
Esposo	6	10.91
Hermana	3	5.45
Hijo	2	3.64
Vecina	2	3.64
Nieto	2	3.64
Yerno	1	1.82
Total	55	100.00

Se realizó análisis estadístico descriptivo. La prueba de Kruskal-Wallis se realizó para variables continuas y la prueba exacta de Fisher para variables dicotómicas.

RESULTADOS

Se revisaron 55 pacientes, del sexo femenino fueron 43 (78.2%) y 12 (21.8%) del masculino. Situación que muestra que es mayor la cantidad de mujeres que acuden a tratamiento médico; otra posible causa puede ser su mayor esperanza de vida. Edad promedio del paciente 75 años y del cuidador de 52.78 (*Cuadro 1*). Padecimiento más frecuente, gonartrosis con 32.73% (*Cuadro 2*). Ocupación más frecuente del paciente fueron actividades del hogar con 72.73%. De los pacientes 45 (81.82%) eran dependientes económicos, lo que pudiera favorecer el desarrollo de colapso del cuidador. Tipo de familia más frecuente, la monoparental, es decir el adulto mayor que no tiene pareja y que vive con sus hijos u otros miembros de la familia, con 14 (25.45%). El 18.18% de los pacientes presentaron deterioro cognitivo y 14.55% dependencia funcional.

El principal cuidador fue la hija con 58.18%, esposa 12.7% (*Cuadro 3*). La ocupación más frecuente del cuidador fue el hogar con 36.36%, comerciante 18.18%, es decir, una tercera parte de los cuidadores permanecen en casa con su paciente y no realizan actividades fuera de casa; lo que puede explicar que al estar más tiempo en el hogar sean más susceptibles de presentar colapso. En los cuidadores 30.91% presentaron colapso, de los cuales 14.5% presentaron colapso leve y 16.3% colapso moderado.

Se encontró una diferencia significativa entre el colapso del cuidador y el deterioro cognitivo, $p = 0.058$, no así entre el colapso del cuidador y la dependencia funcional ($p = 0.7$); tampoco entre el colapso del cuidador y el tiempo de evolución ($p = 0.3$); ni tampoco entre el colapso del cuidador y el tipo de familia ($p = 0.4$) (*Cuadro 4*).

DISCUSIÓN

Al igual que los resultados mostrados por trabajos de diversos investigadores como Elmstahl 1996, Valles 1998, Zúñiga 2004 e Islas 2006, encontramos que el cuidador principal, es una mujer aunque no mayor de 60 años, más del 50% son hijas del paciente; al igual que Artaso (2001) y Elmstahl (1996) no se encontró relación entre el colapso del cuidador y la dependencia funcional, sin embargo contrario a lo que ellos mencionan en sus estudios no encontramos relación entre el colapso del cuidador y el tiempo de evolución de la enfermedad; a diferencia de lo que menciona Chagas 2000, tampoco encontramos relación entre el colapso del cuidador y el tipo de familia. Entre el deterioro cognitivo y el colapso del cuidador, encontramos diferencia

Cuadro 4. Relación colapso-cuidador.

	Sin colapso	Con colapso	P =
Deterioro cognitivo del paciente	7.27	10.9	0.058*
Deterioro funcional del paciente	9.09	5.46	0.7*
Tiempo evolución enfermedad (promedio)	7.4	7.7	0.3**
Tipo de familia	29.09	14.54	0.4*

* Prueba exacta de Fisher

** Kruskal-Wallis

significativa, la $p = 0.058$, es probable que al aumentar el tamaño de la muestra se hagan más evidentes las diferencias. El deterioro cognitivo puede provocar en el paciente actitudes negativas que puedan afectar al cuidador como lo menciona Perea 1999.

Sería importante en otro estudio evaluar las características psicológicas premórbidas del paciente y las psicosociales del cuidador para buscar otra posible causa del colapso en el cuidador de pacientes con osteoartritis, ya que como lo menciona Artaso 2001, Perea 1999 y Elmstahl 1996, existe una relación entre el colapso del cuidador y características psicosociales del cuidador, así como actitudes negativas del paciente.

CONCLUSIÓN

Los cuidadores de pacientes adultos mayores con osteoartritis presentan colapso del cuidador. Nuestros resultados no mostraron una relación entre el colapso del cuidador y la dependencia funcional; pero sí con el deterioro cognitivo. Además es importante buscar otras posibles causas en las actitudes negativas del paciente, así como características físicas y psicosociales del propio cuidador. Por la presencia de colapso del cuidador en la osteoartritis, es necesario incluir dentro del programa de rehabilitación, a la familia y principalmente al cuidador, para que dicho programa se lleve a cabo adecuadamente; es necesario establecer programas de apoyo a los cuidadores para prevenir la presencia del colapso y cuando éste ya se presentó minimizar el impacto sobre el paciente.

REFERENCIAS

1. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, Viáfara AS, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica* 2006; 37: 31-38.
2. Alva RC, Gorroñoigoiía CA. Actividades preventivas en los ancianos. *Aten Primaria* 2001; 28 (Supl. 2): 161-190.
3. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>
4. Günther K, Stümer T, Sauerland S, Zeissing I, Sun Y, Kessler S et al: Prevalence of generalized osteoarthritis in patients with advanced hip and knee osteoarthritis: The Ulm Osteoarthritis Study. *Ann Rheum Dis* 1998; 57: 717-723.
5. Jakobsson U, Rahm I. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: A literature review. *J Clin Nurs* 2002; 11: 430-443.
6. Hernández G, Millán J. La familia. En: Hernández G, Millán J. Ancianidad, familia y Enfermedad de Alzheimer. *Madrid; Universidad de Coruña*, 2000: 57-78.
7. Teubal R. Maltrato del anciano en la familia. En: Teubal R. Violencia familiar, trabajo social e instituciones. *Argentina; Paidós* 2001: 243-271.
8. Arriagada I. Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la CEPAL* 2002; 77: 143-161.
9. Medalie JH. ¿Es la familia una realidad en la medicina familiar? Editorial. *Medifam* 2000; 10: 7-16.
10. Molina-Linde JM, Iáñez-Velazco MA, Iáñez-Velazco B. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud* 2005; 15: 33-43.
11. Pedroso II, Padrón A, Álvarez L, Bringas ML, Díaz de la Fé A. El cuidador: su papel protagónico en el manejo de las demencias. *Revista Mexicana de Neurociencias* 2005; 6: 162-164.
12. Artaso B, Goñi A, Gómez AR. Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. *Rev Psicogeriatría* 2001; 1: 18-22.
13. Gallagher-Thompson D, Coon DW, Solano N, Ambler C, Rabinowitz Y, Thompson LW. Change in indices of distress among latino and anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: site-specific results from the reach national collaborative study. *Gerontologist* 2003; 43: 580-591.
14. Horowitz A. Sons and daughters as caregivers to older parents: differences in role performance and consequences. *The Gerontologist* 1985; 25: 612-617.
15. Islas NL, Ramos B, Aguilar MG, García ML. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Rev Inst Natl Enf Resp Mex* 2006; 19: 266-271.
16. Zúñiga-Santamaría ST, Rodríguez-García R, Torres-Pizano P, Mendoza-Martínez L, Galicia-Tapia J, Hernández-Tapia N et al. Prevalencia del agotamiento del cuidador primario en el Servicio de Geriatría. *Psiquis* 2004; 13: 147-154.
17. Anderson CS, Linto J. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995; 26: 843-849.
18. Elmstahl S, Malmberg B. Caregiver's burden of patients 3 years after Stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 177-182.
19. Evans RL, Bishop DS, Ousley RT. Providing care to persons with physical disability. *Am J Phys Med Rehabil* 1992; 71: 140-144.
20. Lieberman MA, Fisher L. The impact of chronic illness on the health and well-being of family members. *The Gerontologist* 1995; 35: 94-102.
21. Valles-Fernández MN, Gutiérrez-Cillan V, Luquín-Ajuría AM, Martín-Gil MA, López de Castro F et al. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria* 1998; 22(8): 481-485.
22. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(Supl. 1): 132-9

23. Jacobi CE, van den Berg B, Boshuizen HC, Rupp I, Dinant HJ, van den Bos GAM. Dimension-specific burden of caregiver among partners of rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology* 2003; 42: 1226-1233.
24. Scholte op RWJM, De Hann RJ, Rijnders PT, Limburg M, Van den Bos GAM. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke* 1998; 29: 1605-1611.
25. Whetten K, Sloan F, Kulas E, Cutson T, Schenkman M. The burden of Parkinson's disease on society, family and individual. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 844-849.
26. Martin M, Salvador I, Nadal S. Adaptación a nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996; 6: 338-346.
27. Perea C, Prada MA, Actis W. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. *Madrid; Ministerio de trabajo y asuntos sociales* 1999: 55-74
28. Chagas MM, Bosi M, Rodrigues M. The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers. *J Rheumatol* 2000; 27: 76-83.
29. Done DJ, Thomas JA. Training in communication skills for informal carers of people suffering from dementia: a cluster randomized clinical trial comparing a therapist led workshop and a booklet. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 816-821.
30. Flick CL. Stroke rehabilitation. 4. Stroke outcome and psychosocial consequences. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: s21-s26.
31. Mafullul YM, Morriss RK. Determinants of satisfaction with care and emotional distress among informal carers of demented and non-demented elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 594-599.
32. McNaughton ME, Pateerson TL, Smith TL, Grant I. The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support and health in Alzheimer's disease caregivers. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(2): 78-85.
33. Homer AC, Gilleard C. Abuse of elderly people by their carers. *BMJ* 1990; 301: 1359-1362.
34. Lachs MS, Pillermer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 332(7): 437-443.

Dirección para correspondencia:
 Dra. Elizabeth María Morales Cariño
 Av. México-Xochimilco Núm. 289,
 Col. Arenal de Guadalupe,
 14380 Delegación Tlalpan, México, D.F.
 Teléfono 59991000 extensión 13133, 13135
 Celular 04455 39699851
 Correo electrónico: elimamoca@gmail.com