

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure, likely a saint or scholar, surrounded by various symbols including a cross, a book, and architectural elements. The Latin text "ALTIORUM REBUS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACIEMANENSIS" is inscribed around the perimeter of the seal.

COMPETENCIA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO
MARVIN ESTUARDO MARROQUIN

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencia Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación
Para obtener el grado de

Maestro en Ciencia en Medicina Física y Rehabilitación

Enero, 2020



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.140.2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Marvin Estuardo Marroquín

Registro Académico No.: 200310610

No. de CUI: 1933049450101

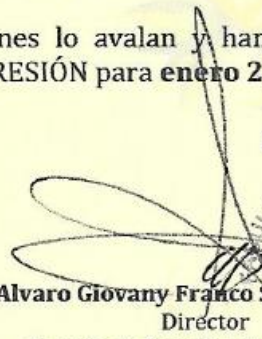
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Medicina Física y Rehabilitación**, el trabajo de TESIS **COMPETENCIA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO**

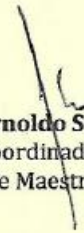
Que fue asesorado por: Dra. Carol Alejandrina Mendoza Menchú

Y revisado por: Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillon, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2020**

Guatemala, 15 de noviembre 2019


Dr. Alvaro Giovany Franco Santisteban, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. José Arnoldo Sáenz Morales, MA.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/ce

Ciudad de Guatemala, 03 de septiembre del 2018

Doctor

Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.

Coordinador Específico, IGSS-USAC

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación

Hospital de Rehabilitación, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Presente.

Respetable Doctor:

Por este medio informo que he **asesorado** a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor Marvin Estuardo Marroquín, carne 200316010 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación, el cual se titula: "**Competencia Del Cuidador**".

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Marroquín, ha concluido las sugerencias dada para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **Dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la unidad de tesis de la unidad de estudios de posgrado de la facultad de ciencias medicas

Atentamente

Dra. Carol A. Mendoza M.
MÉDICO REHABILITADOR
Colegiado No. 8789

Dra. Carol Alejandrina Mendoza Menchú
Asesora de tesis

Ciudad de Guatemala, 03 de septiembre 2018


Doctora
Carol Alejandrina Mendoza Menchú
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación
Hospital De Rehabilitación Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Presente

Respetable Dra.

Por este medio informo que he **revisado** a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Marvin Estuardo Marroquín**, carné **200310610** de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Física y Rehabilitación, el cual se titula "**Competencia Del Cuidador**".

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Marroquín, ha concluido las sugerencias dada para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad De Tesis De La Unidad De Estudios De Posgrado De La Facultad De Ciencias Médicas

Atentamente


Dra. Gloria Verónica Ocampo Antillon MSc.
Revisora de Tesis

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10433



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

A: **Dra. Carol Alejandrina Mendoza Menchú**
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Física y
Rehabilitación
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

De: Dra. María Victoria Pimentel Moreno
Unidad de Tesis

Fecha Recepción: 07 de septiembre 2018

Fecha de dictamen: 02 de abril 2019

Asunto: Revisión de Informe Examen Privado

Marwin Estuardo Marroquín

“COMPETENCIA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO”

Sugerencias de la Revisión: **Autorizar examen privado.**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dra. María Victoria Pimentel Moreno, MS&T
Unidad de Apoyo Técnico de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado



Cc. Archivo
MVPM/karin

Agradecimientos.

Gracias a Dios por permitirme culminar esta etapa de mi vida, y por darme una segunda oportunidad para poder demostrarme que con sacrificio y profesionalismo puedo llegar lejos y hacer el bien.

Gracias a mi Familia por siempre estar conmigo, en las buenas y en las malas. En apoyarme en mis tropiezos, y en darme la confianza que se necesita para poder seguir en este gran reto que fue la maestría. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PAGINAS

| | |
|--|----|
| Titulo | |
| Subtitulo | |
| Índice | |
| Resumen | |
| I. Introducción. | 1 |
| II. Antecedentes (Revisión Bibliográfica y/o Marco Teórico) | 3 |
| 2.1 Lesión de la Medula Espinal | 4 |
| 2.1.1 Definición | 4 |
| 2.1.2 Secuelas de lesión medular | 4 |
| 2.2 Enfermedad Vascul ar Cerebral | 5 |
| 2.2.1 Complicaciones y cuidados | 5 |
| 2.3 Que es un Cuidador | 6 |
| 2.3.1 Cuidados del paciente con deficiencias físicas severas | 8 |
| 2.3.2 Cuidados posturales | 9 |
| 2.3.3 Movilizaciones pasivas | 9 |
| 2.3.4 Movilizaciones activo asistidas | 9 |
| 2.3.5 Terapia Respiratoria | 9 |
| 2.3.6 Cuidados sonda Foley | 10 |
| 2.3.7 Dosificación exacta de medicamento analgésico | 10 |
| 2.3.8 Transferencias | 10 |
| 2.4 Sobrecarga del cuidador | 10 |
| 2.5 Test de Zarit | 11 |
| 2.6 Competencia del Cuidador | 12 |
| III. Objetivos | 14 |
| 3.1 Objetivo General. | |
| 3.2 Objetivos Específicos | |
| IV. Materiales y métodos | 15 |
| 4.1 Tipo del estudio | 15 |
| 4.2 Población y muestra | 15 |

| | |
|--|----|
| 4.3 selección y Tamaño de muestra | 15 |
| 4.4 Unidad de análisis | 15 |
| 4.5 criterios de inclusión y exclusión | 15 |
| 4.5.1 criterios de inclusión | 15 |
| 4.5.2 criterios de exclusión | 15 |
| 4.6 Variables estudiadas | 15 |
| 4.7 Operacionalización de variables | 16 |
| 4.8 Instrumentos Utilizados para la recolección de información | 18 |
| 4.9 Procedimiento | 18 |
| 4.10 Aspectos éticos. | 19 |
| 4.11 procedimientos para recolección de información | 19 |
| 4.12 Alcances y límites. | 19 |
| V. Resultados | 20 |
| VI. Discusión | 24 |
| 6.1 Conclusiones | 26 |
| 6.2 Recomendaciones | 27 |
| VII. Referencias Bibliográficas | 28 |
| VIII. Anexos | 31 |
| Anexo 1 | 31 |
| Anexo 2 | 33 |

INDICE DE TABLAS

| TABLA | | PÁGINA |
|-------|--|--------|
| No.1 | Caracterización de los cuidadores de pacientes gran traumatizados del Hospital de Rehabilitación | 20 |
| No.2 | Resultados obtenidos según Test de Zarit relacionado con el tipo de cuidadores | 21 |
| No.3 | Resultados obtenidos según Test de competencia relacionado con el tipo de cuidadores | 21 |
| No.4 | Relación entre las características epidemiológicas y la Competencia de los cuidadores | 22 |
| No.5 | Relación entre las características epidemiológicas y la Sobrecarga de los cuidadores | 23 |

Autor:

Marroquín, Marvin E.
Medicina física y Rehabilitación
Hospital De Rehabilitación, IGSS
Correo electrónico: realestuardmarro@gmail.com

Asesor:

Mendoza M, Carol A.

“Competencia del cuidador del paciente gran traumatizado, Hospital De Rehabilitación, Instituto Guatemalteco De Seguridad Social (IGSS), 2016”

Introducción: Se ha definido al cuidador como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

Metodología: Estudio Analítico Transversal. El objetivo de determinar la competencia y la sobrecarga de cuidadores de pacientes gran traumatizados, en servicios del Hospital de Rehabilitación, del 1 de enero al 31 de diciembre del 2016. La muestra fue 165 cuidadores en total.

Resultados: Cuidadores femeninos son más frecuente (91%). Intervalo de edad predominante fue el de 50-59 años (41%); edad promedio es de 55 años. la competencia del cuidador es deficiente (83.03%), y la carga del cuidador de paciente es intensa (83.03%).

Discusión: se observó fuerte asociación con escolaridad primaria (OR 8.41, p 0.014), ser de tipo secundario (OR 4.89, p 0.21), ser masculino (OR 1.60, p 0.55), y un rango de edad de 50-59 años (OR 4.8, p 0.001), para tener deficiente competencia y sobrecarga intensa.

Conclusiones: En los cuidadores de pacientes gran traumatizados se evidencio que el sexo femenino es más frecuente, media de edad de 55 años, de tipo secundario, con nivel educativo Básico. La competencia es deficiente, y sobrecarga intensa (83.03%). La escolaridad primaria, ser de tipo secundario, masculino y estar entre 50-59 años es factor de riesgo para deficiente competencia y sobrecarga intensa.

Palabras clave: cuidador, competencia del cuidador, sobrecarga del cuidador, pacientes gran traumatizados.

I. Introducción

La presencia de un paciente con una enfermedad crónica degenerativa en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles y tareas entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar sus funciones, en especial si el paciente es uno de los cónyuges. Muy pronto se hace necesaria la figura del cuidador y la familia o allegados deberán reunirse para decidir si se le va a poder atender en casa y la asistencia que va a precisar. Es importante reconocer las necesidades del enfermo, la disponibilidad de tiempo de los diferentes miembros, su experiencia en el cuidado, su voluntad de participar y de aprender a hacerlo y la situación económica de la familia para valorar si va a ser posible contratar ayuda externa o no. De esta reunión deberán salir las ideas generales de actuación para que la familia siga funcionando ante estas nuevas circunstancias y el posible cuidador principal esto es, el coordinador de la asistencia y relación con el equipo sanitario. ⁽¹⁾

Entendemos por personas con deficiencia física severa o gran traumatizado, a toda persona que presenta pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, el cual dicha cualidad desarrolla limitaciones en la actividad de la vida diaria o en la participación que impiden la implicación de éstas en su desempeño para la vida diaria y el ejercicio de sus derechos como ciudadanos, deficiencias que engloban grandes grupos de etiologías, entre las más importantes son secuelas de lesión medula y pacientes con secuelas de afecciones craneoencefálica. ⁽¹⁾

La expectativa de la vida de las personas con deficiencia física severa o gran traumatizado, se ha venido incrementando en las últimas décadas gracias a los avances tecnológicos y científicos en aspectos de prevención, atención prehospitalaria y manejo de complicaciones en el transcurso de la enfermedad que exige proveer a esta población de procesos de inclusión social. Los pacientes con deficiencia severa o gran traumatizado generalmente tienen un traumatismo como causa, origina serias molestias en el individuo, su familia, y sociedad, es un grave problema de salud pública. ^(2, 3)

Es de importancia conocer la participación de las personas que cuidan a pacientes con lesión medular y con secuelas de accidente cerebro vascular, es necesario identificar los factores contextuales que influyen en el proceso de reintegración, por ejemplo las variables ambientales, la accesibilidad, el transporte, así como la actividad y participación. La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, afectando a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados. Comúnmente son miembros de la familia los que ejercen la función de cuidar suele ser una sola persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad y por lo tanto soporta la mayor carga física y emocional del cuidado del paciente. A esta persona, que generalmente es una mujer se la denomina "cuidador principal". Las relaciones encontradas entre los elementos socio demográfico, clínico y contextual con la situación de discapacidad de las personas con lesión medular y con secuelas de accidente cerebro vascular, indican la necesidad de implementar intervenciones en salud pública orientadas a disminuir su incidencia, prevenir las complicaciones asociadas y favorecer los procesos integrales de rehabilitación que propicien la inclusión social del paciente. ^(4, 5, 6)

Es de interés conocer la competencia de los cuidadores de pacientes y su sobrecarga que conlleva a realizarlo. Este estudio se realizó en cuidadores de pacientes gran traumatizados, atendidos en los servicios de Lesiones Medulares (LM) y Afectaciones Craneoencefálicas (ACE) del Hospital de Rehabilitación de enero a diciembre del 2016. Evidenciando poca competencia y alta sobrecarga a desempeñar los cuidados de dichos pacientes.

II. Antecedentes

Se ha definido al cuidador como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. ⁽⁶⁾

El cuidar es una situación que muchas personas a lo largo de sus vidas acaban experimentando. La experiencia de cada cuidador es única, ya que son demasiados los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. ^(7, 8)

El por qué se cuida y a quién se cuida, así como la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de la dependencia del familiar, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se imponen los cuidadores son sin duda factores que intervienen en la calidad de vida tanto del enfermo como del cuidador. ^(9, 10)

El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. ⁽¹¹⁾

La rehabilitación según la OMS, es un proceso destinado a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio enfoque multidisciplinario de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo. Por lo que se entiende que la rehabilitación es una aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional. ^(7, 12)

Muchas lesiones o padecimientos pueden afectar la capacidad para desempeñarse:

- Trastornos cerebrales, como accidente vascular cerebral, esclerosis múltiple o parálisis cerebral.
- Lesión de la médula espinal

Estas lesiones engloban en un grupo de enfermedades quien se describe como con severas deficiencias físicas. Entendemos por personas con deficiencia física severa o paciente “GRAN TRAUMATIZADO” a toda persona que presenta pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, el cual dicha cualidad desarrolla limitaciones en la actividad de la vida diaria o en la participación que impiden la implicación de éstas en su desempeño para la vida diaria y el ejercicio de sus derechos como ciudadanos. El cual dichas deficiencias engloban grandes grupos de etiologías, que entre las más importantes vistas en el hospital de rehabilitación se presenta como pacientes con secuelas de lesión medula y pacientes con secuelas de afecciones craneoencefálica.⁽¹³⁾

2.1 LESION DE LA MEDULA ESPINAL

2.1.1 Definición

Es la alteración del tejido medular a partir de una lesión directa o indirecta que inicia el proceso inflamatorio con los consiguientes cambios vasculares y neuroquímicos que involucran principal e inicialmente a sustancia gris centra, avanzando en sentido dorsal y caudal, afectando también la sustancia blanca de la medula espinal. Con la consiguiente alteración de las funciones motoras, sensitivas y autonómicas.⁽¹⁴⁾

La lesión medular generalmente presenta una combinación de lesión de neurona motora superior e inferior; ya que el daño en el nivel de lesión suele afectar tanto a la sustancia gris como a la sustancia blanca. En relación con los efectos motores, dependiendo de la gravedad de la lesión, puede presentarse debilidad muscular o pérdida total de la movilidad por debajo del nivel de lesión que pueden acompañarse de: alteración del tono muscular y/o alteración de los reflejos.⁽¹⁵⁾

2.1.2 Secuelas de la lesión medular: de las que podemos mencionar.

- Espasticidad muscular.
- Vejiga neurógena.
- Intestino Neurógeno.
- Alteraciones de la Termorregulación.
- Alteración de la Función Respiratoria y del Reflejo de la Tos.
- Disreflexia Autónoma.
- Dolor.

- Infección del Tracto Urinario.
- Úlceras por Presión. ⁽¹⁶⁾

2.2 ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

La Enfermedad vascular cerebral (ECV) es el resultado final de un heterogéneo grupo de procesos patológicos que afectan la vasculatura del sistema nervioso, produciendo isquemia y alteración del metabolismo neuronal, y que tienen como presentación una amplia gama de síndromes, cada uno con sus características particulares. Definición La Organización Mundial de la Salud define la ECV como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tienen otra causa aparente que un origen vascular. En esta definición se incluyen la hemorragia subaracnoidea, la hemorragia no traumática, y la lesión por isquemia. Los criterios para la subclasificación de los diferentes tipos de ECV no han sido establecidos, y varían según las diferentes publicaciones. La clasificación más simple de la ECV es la siguiente: ECV Isquémica: En este grupo se encuentra la Isquemia Cerebral transitoria (ICT), el infarto cerebral por trombosis, el infarto cerebral por embolismo y la enfermedad lacunar. ECV Hemorrágica: En este grupo se encuentra la hemorragia intracerebral (parenquimatosa) y la hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea. La clasificación rápida del ECV permite predecir su pronóstico, identificar y modificar los procesos fisiopatológicos con el objetivo de reducir la lesión en la fase aguda y el riesgo de recurrencia, planear las medidas de soporte inmediato para el paciente, solicitar los estudios clínicos adecuados y a largo plazo, su programa de rehabilitación. ^(15, 16)

2.2.1 COMPLICACIONES Y CUIDADOS: en las que podemos mencionar:

- Deficiencia de la función urinaria
- Deficiencia de la función gastrointestinal
- Deficiencia del lenguaje
- Deficiencia de la masticación y la deglución
- Deficiencia en movilización y traslados
- Deficiencias cognitivas⁽¹⁶⁾

2.3 QUE ES UN CUIDADOR

Los pacientes gran traumatizados presentan afecciones ligadas a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Gran parte de los cuidados precisados por estos pacientes recaen sobre los denominados cuidadores, entre los que destacan los cuidados prestados por la familia, que es el principal proveedor de cuidados de salud. Así, la labor de los cuidadores contribuye al mantenimiento de las personas en su entorno social, disminuyendo la utilización de recursos formales y demorando o evitando el ingreso en instituciones. ^(15, 17)

Un cuidador es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un pariente cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. ^(15, 18)

Antes de asumir las responsabilidades de atención, el cuidador principal deberá tener en cuenta los siguientes elementos:

- Información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad.
- Saber organizarse.
- Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia.
- Conocer cómo obtener ayuda (amigos, asociaciones de voluntariado, servicios de bienestar social: ingresos de respiro, ayudas institucionales de cuidadores por horas).
- Mantener, si es posible, sus actividades habituales.

- Cuidarse. ^(15, 18)
- Planificar el futuro y prepararse para recuperar la normalidad tras el fallecimiento de su ser querido. ^(15, 18)

Dentro del sistema de salud se han identificado dos tipos de cuidadores: los formales ubicados dentro del Sistema Institucional y los llamados informales insertados en el Sistema Doméstico de Cuidado de la Salud. El cuidador informal se define a partir de dos características: 1) “no es remunerado” lo cual le hace parecer con demasiada frecuencia como un tipo de cuidado “no válido” y 2) se desarrolla en el ámbito de las relaciones familiares. ⁽¹⁹⁾

Los cuidadores informales, a su vez, se dividen en primarios y secundarios, la diferencia entre estos es el grado de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidar al mismo; en este contexto, el cuidador primario es el encargado de tomar tanto la mayoría de las decisiones como invertir su tiempo acompañando al enfermo, mientras el secundario sólo es el relevo. Así mismo, organizan su vida en función del enfermo, y los cuidados proporcionados tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. ⁽²⁰⁾

La presencia de un miembro que precisa de cuidados, genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden precipitar crisis que ponen en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados. Se define como cuidador principal informal (CPI) a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello. ^(15, 20)

La presencia de un enfermo crónico en el hogar provoca en la familia una reasignación de roles y tareas entre sus diversos miembros para tratar de cubrir o compensar sus funciones, en especial si el paciente es uno de los cónyuges. Muy pronto se hace necesaria la figura del cuidador y la familia o allegados deberán reunirse para decidir si se le va a poder atender en casa y la asistencia que va a precisar. ⁽¹⁵⁾⁽²⁰⁾

El cuidador tiene que presentar las siguientes necesidades para ser apto de cuidar a un paciente:

- Información adecuada sobre el proceso que afecta al enfermo y su posible evolución.
- Orientación sobre cómo hacer frente a las carencias progresivas y a las crisis que puede tener la enfermedad
- Saber organizarse.
- Valorar los recursos de los que dispone: los apoyos físicos de otras personas, la disponibilidad de tiempo y los deseos de compartir su cuidado que tienen otros miembros de la familia
- Conocer cómo obtener ayuda (amigos, asociaciones de voluntariado, servicios de bienestar social: ingresos de respiro, ayudas institucionales de cuidadores por horas).
- Mantener, si es posible, sus actividades habituales.
- Planificar el futuro y prepararse para recuperar la normalidad tras el fallecimiento de su ser querido.
- Ser competente para el cuidado del paciente. ^(15, 20)

La competencia del cuidador se investigó en un estudio realizado en Madrid España, en el 2009, por el Dr Jesús López Gil, investigo sobre la competencia de los padres que cuidan a sus hijos con lesión medular, realizándolo por el Test de competencia parental (ver anexo), el cual la competencia parental es la capacidad práctica que tienen los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, y las habilidades que poseen para dar una respuesta adecuada y apropiada a sus necesidades para así asegurarles un desarrollo suficientemente sano. Ya que en dicho estudio se comprobó que al tener un cuidador no competente aumento la frecuencia de las secuelas de la de la patología discapacitante. También se caracterizó que el sexo más frecuente de cuidador es femenino, con un parentesco de ser padres, entre las edades de 19-48 años. ^(15, 20)

2.3.1 CUIDADOS DEL PACIENTE CON SEVERAS DEFICIENCIAS FÍSICAS.

El cuidador ha sido descrito en la literatura como una “carrera inesperada” que, a diferencia de otras ocupaciones, no está dirigida principalmente por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el mismo desarrollo de la problemática del paciente con severas deficiencias, por lo que el cuidador tiene que desarrollar la destreza en cuidados

especiales para la evolución y el desenvolvimiento del paciente, dependencia que va alcanzando progresivamente. Del cuidado podemos citar: ⁽²¹⁾

2.3.2 CUIDADOS POSTURALES.

Tiene como objetivo: Tratamiento del foco de fractura, Evitar formación de UPP (úlceras por presión), Evitar retracciones y deformidades. En los parapléjicos se coloca una almohada en el foco de la fractura y en los cuadripléjicos se pone un rodillo o pequeña almohada. Las úlceras por presión las evitaremos poniendo al paciente en diferentes decúbitos: supino, lateral y prono. Cuidando que no haya apoyo sobre las zonas de riesgo (talones, sacro, trocánteres, codos, escápulas, etc.) Las úlceras son unas de las complicaciones más importantes, pues esto implica un retraso en la rehabilitación del lesionado medular. Nos podemos encontrar en un paciente con nivel de lesión C5-C6 un flexo de codo, debido a tener un desequilibrio muscular. Por tener musculatura en bíceps y no en tríceps. En un paciente con nivel de lesión L1 un flexo de cadera, por tener espasticidad, o musculatura en psoas y no en glúteo y sería una dificultad para la bipedestación. Un flexo de rodilla, debido a espasticidad o desequilibrio muscular. Un pie equino (pie caído), formado por no haber tenido un correcto tratamiento postural (cuando no tiene ningún apoyo en la cama y el pie hace flexión plantar). Se deberá prevenir manteniendo el pie en 90° con almohada. ⁽²¹⁾

2.3.3 MOVILIZACIONES PASIVAS.

Con la finalidad de prevenir la aparición de problemas circulatorios favoreciendo el retorno venoso. Mantener el recorrido articular. Reducir la espasticidad. Prevenir la aparición de OPA (osificación periarticular). Conservar elasticidad músculo-tendinosa. ⁽²¹⁾

2.3.4 MOVILIZACIONES ACTIVO-ASISTIDAS.

Durante la fase de cama, será necesario potenciar la musculatura activa de los Miembros. En el cuadripléjico se potenciará con resistencia manual y con técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva. ⁽²¹⁾

2.3.5 TERAPIA RESPIRATORIA.

La fisioterapia respiratoria tiene especial importancia en los pacientes con lesiones cervicales en los que la mecánica ventilatoria está sensiblemente alterada. También tiene aplicación en

el parapléjico dependiendo del nivel de lesión. El paciente cuadripléjico ha perdido la inervación de los músculos intercostales y abdominales. Como consecuencia la respiración la realiza exclusivamente a expensas del Diafragma, músculos Escalenos, Esternocleidomastoideo, Trapecios y Elevador de la escápula. La eliminación de las secreciones, (higiene bronquial) la podremos conseguir por medio de: Drenajes posturales, Percusión torácica, Vibraciones. Todo esto nos servirá para despegar las secreciones. Posteriormente haremos aspiraciones bronquiales en pacientes con traqueotomía, o las eliminará el propio paciente (lesiones bajas) mediante una exhalación forzada. Enseñar a toser y expectorar Estimulación tusígena o exhalación forzada, mediante la maniobra de Huff. Ayudar a expectorar poniendo la mano y el antebrazo en el hemitórax contrario haciendo presión en el diafragma cuando el paciente hace la espiración indicándole que tosa. Se puede hacer con una o dos personas. C- Potenciación de la musculatura residual La potenciación del Diafragma se llevará a cabo indicando al paciente que haga inspiraciones profundas, mientras el fisioterapeuta opone resistencia con su mano en el abdomen. ⁽²¹⁾

2.3.6 CUIDADOS DE LA SONDA FOLEY Y DEL CATETERISMO INTERMITENTE.

Con el fin de prevenir infecciones o disreflexia, el cuidador tiene que estar pendiente de cada 2 a 4 horas. ⁽²¹⁾

2.3.7 DOSIFICACION EXACTA DEL TRATAMIENTO ANALGESICO.

Para evitar aumento del dolor y de espasmos. ⁽²¹⁾

2.3.8 TRANSFERENCIAS.

Lo primero que hay que conseguir es la independencia en cama. Se enseñará a cambiar de decúbito, asearse, vestirse, etc...Para el paso silla-cama y viceversa, se colocará la silla con el respaldo de brazos quitado al lado de la cama, al principio se ayudará con el trapecio, y luego sin él. También utilizamos las tablas de transferencia. ⁽²²⁾

2.4 SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

Estos cuidados especiales en pacientes con severas deficiencias físicas con lleva a los cuidadores a presentar sobrecarga de trabajo, de atención, de estrés, y de salud en todas las actividades y en su vida personal. La sobrecarga del cuidador comprende al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores con personas

discapacitadas, del cual afectan su vida normal, social, e íntima, repercutiendo en su equilibrio emocional y en la atención al paciente. ⁽²³⁾

El cuidador debe hacer frente a las demandas del cuidado y a su vez asumir el rol familiar que siempre llevó a cabo antes de la enfermedad de su paciente. A partir de las demandas propias del rol puede presentar síntomas físicos, psicológicos, conductuales y sociales que ocasionan carga, como consecuencia de esto disminuye la calidad de la atención hacia el enfermo y sus relaciones sociales, familiares y conyugales. ⁽²³⁾

Cuidar de una persona gran dependiente físico supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador. Esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy (por ejemplo, ayudar al mayor a desplazarse con un andador), puede ser totalmente inútil mañana (por producirse una reducción más o menos brusca en la movilidad), haciendo precisa una readaptación de la rutina diaria. Y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido. En consecuencia, el cuidado de una persona dependiente se considere una situación de estrés; está ampliamente contrastado que cuidar es una experiencia estresante, especialmente en el caso de enfermedades degenerativas como la demencia post evento vascular cerebral, ya que por lo general tiende a ser una situación continua (en cuanto que ocupa gran parte del tiempo del cuidador) y de larga duración (puesto que es frecuente que se prolongue durante meses incluso años). ⁽²³⁾

La sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que se reflejan dichas repercusiones negativas, destacando por su frecuencia las referidas al malestar psíquico (principalmente ansiedad y depresión), aunque también se han descrito repercusiones importantes en otras esferas como la salud física, el aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica, dando lugar a lo que algunos autores han dado en denominar síndrome del cuidador. ⁽²⁴⁾

2.5 TEST DE ZARIT.

Zarit y su grupo de colaboradores consideraron la carga de los cuidadores como la clave para estudiar el desgaste ocasionado por el cuidado de personas con deficiencias físicas severas y las investigaciones relacionadas con carga han dado origen a diversos instrumentos de

medición que tomaron en cuenta dimensiones como la carga objetiva, subjetiva y evaluaciones globales de la misma, siendo hasta el momento, el más utilizado la escala de carga del cuidador de Zarit. Dicho instrumento contaba, originalmente, con 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de ancianos, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados. ⁽²⁴⁾

Es un test que mide la sobrecarga subjetiva el cansancio en el desempeño en el rol del cuidador, consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se pondera de 1 en nunca a 5 casi siempre, donde al sumarlo presenta puntuación de 47 significa que no hay sobrecarga, de 47 a 55 sobrecarga leve y más a 55 sobrecarga intensa (ver anexo). ⁽²⁴⁾

2.6 COMPETENCIA DEL CUIDADOR.

Es la capacidad, la habilidad, la destreza o la pericia que tiene el cuidador de una persona para atender las necesidades de una persona de gran dependencia. El cual según el estudio caso y controles en el 2009 el Dr. Gil investigo la competencia de los cuidadores de pacientes con deficiencias físicas severas, el cual presento que la competencia de los cuidadores por medio de el test de competencia paternal, test de Zerit y de conocimientos básicos para cuidados por parte del familiar, ya que al conocer el grado de sobrecarga del cuidador y su desenvolvimiento en la familia fue determinante e influyente en la salud del paciente que está bajo su responsabilidad. Es importante porque está demostrada su relación con la calidad de vida del mismo y porque existen evidencias de que puede verse mitigado a través de diferentes intervenciones siendo los cuidadores que soportan mayor grado de sobrecarga los que potencialmente más se beneficiarían de dichas actuaciones. Todo lo anterior pone en evidencia la necesidad de implementar actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte, máxime cuando las revisiones realizadas sobre el tema muestran el beneficio potencial del mismo. Existen experiencias publicadas sobre diferentes tipos de intervenciones (formativas, psicoconductuales, grupos de apoyo, de descanso periódico, etc.) realizadas por distintos profesionales. Con dichas intervenciones se han obtenido resultados positivos en diversos aspectos relativos tanto a la persona atendida como al cuidador (retraso en la institucionalización del paciente, disminución de la sobrecarga percibida por parte del cuidador y de las repercusiones que dicha sobrecarga suponía para las distintas esferas de la salud, etc.) siendo necesario adaptar las intervenciones a las características y necesidades específicas de cada cuidado. Aunque es conocido que

con relativa frecuencia la realización de cuidados informales en el seno de una familia supone cambios de roles en sus miembros y que esto puede ocasionar situaciones de disfunción, la mayoría de las investigaciones no abordan este aspecto cuando estudian las consecuencias de ser cuidador. En el estudio encontraron que en familias disfuncionales disminuyen la competencia y aumentan las secuelas de los pacientes, evaluados por el Test de Zarit. En un estudio más actualizado, el Doctor Cameron Jil, de Toronto Canadá, realizó una investigación sobre los cuidadores de los pacientes que estaban en cuidados intensivos por secuelas de evento vascular cerebral, donde la media de edad de los cuidadores era de 53 años, el 70% eran mujeres y el 61% cuidaba de un cónyuge. Un gran porcentaje de cuidadores (67% inicialmente y 43% a 1 año) reportaron altos niveles de síntomas depresivos. Los síntomas depresivos disminuyeron al menos parcialmente con el tiempo en el 84% de los casos. Los cuidadores pero no en el 16%. Las variables que se asociaron significativamente con peores resultados de salud mental en los cuidadores, donde factores como por ejemplo otras actividades que el cuidador no está capacitado en desempeñar, menos apoyo social, menos sentido de control sobre la vida, y menos crecimiento personal se asociaron consistentemente. Dicha investigación reportaron altos niveles de síntomas depresivos, que comúnmente persistió hasta 1 año y no disminuyó en algunos cuidadores. ^(19, 20, 24, 25)

III. Objetivos

3.1 General

Determinar la competencia del cuidador de los pacientes gran traumatizados.

3.2 Específicos

- 3.2.1 Caracterizar al cuidador de los pacientes gran traumatizados.
- 3.2.2 Establecer el porcentaje de sobrecarga del cuidador de los pacientes gran traumatizados.

IV. Metodología

4.1 Tipo de estudio.

Analítico, transversal.

4.2 Población y muestra.

La población fueron los hombres y mujeres de 18 a 85 años que estuvieron encargados del cuidado de pacientes gran traumatizados que estén ingresados en los servicios afecciones cráneo encefálicas (ACE) y lesiones medulares (LM) del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS del 1 de enero al 31 de diciembre del 2016.

4.3 Selección y tamaño de muestra

El tipo de muestreo fue no aleatorio, se tomó el universo total de los cuidadores de pacientes ingresados al hospital.

4.4 Unidad de Análisis.

Hombres y mujeres de 18 a 85 años que estuvieron encargados del cuidado de pacientes gran traumatizados que estén ingresados en los servicios de ACE y LM del Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS.

4.5 Criterios de inclusión y de exclusión

4.5.1. Criterios de inclusión

- Personas de 18 a 85 años que formaban parte y/o estaban a cargo del cuidado de pacientes gran traumatizados
- Cuidadores de pacientes ingresados en los servicios de consulta externa y/o encamamiento de hospital.
- Cuidadores que desearon participar en la encuesta.

4.5.2 Criterios de exclusión.

- Cuidadores de pacientes en traslado a otro hospital o egreso del servicio
- Cuidadores de pacientes que presenten caso concluido en el Hospital.

4.6 Variables.

- Caracterización del Cuidador
- Competencia del cuidador
- Sobrecarga del cuidador

4.7 Operacionalización de variables

| Variable | Definición teórica | Definición operacional | Tipo | Escala | Unidad de medida |
|------------------------------|---|---|--------------------|--------------------|--|
| Caracterización del cuidador | <p>Atributos peculiares del cuidador del paciente gran traumatizado, de modo que se distingue de los demás</p> <p>Características según</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo: condición orgánica, femenina o masculina • Edad: tiempo que ha vivido una persona • Escolaridad: tiempo que dura el conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente • Tipo de cuidador: persona encargada de cuidar a una persona, donde es primario al que tiene la capacitación para realizar dicha profesión, y secundario el que no tiene ninguna competencia y/o conocimiento de cuidado | <p>Características según</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino. 2. Femenino. • Edad: rango de edad según estadística del IGSS. <ol style="list-style-type: none"> 1. Menores de 19 años. 2. 20-29 años. 3. 30-39 años. 4. 40-49 años. 5. 50-59 años. 6. Mayores a 60 años. • Escolaridad: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno. 2. Primario. 3. Básico. 4. Diversificado 5. Universitario. | Cuanti-Cualitativa | Nominal y de Razón | Cuestionario de competencia del cuidador |

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|-------------|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Condición del tratamiento de paciente : tratamiento que presenta el paciente, lo cual puede ser como paciente fuera del hospital (externo), o ingresado en una cama dentro del Hospital(interno) | <ul style="list-style-type: none"> Tipo de cuidador: <ol style="list-style-type: none"> Primario. Secundario. Condición del tratamiento de paciente: <ol style="list-style-type: none"> Externo. Interno. | | | |
| Competencia del cuidador | Es la capacidad, habilidad, destreza o pericia que tiene el cuidador para atender las necesidades de una persona de gran dependencia | <ol style="list-style-type: none"> Si 100 puntos = excelente competencia Si <100 – 80 puntos= aceptable competencia Si <80 – 60 puntos= regular competencia si <60 puntos= deficiente competencia | Cualitativa | Nominal | Cuestionario de competencia del cuidador |
| Sobrecarga del cuidador | Conjunto de reacciones físicas y mentales que sufre una persona cuando se ve sometido al cuidado de un paciente dependiente de supervisión, acompañado con agotamiento físico y mental, angustia, y la sensación de impotencia o frustración, entre la incapacidad del individuo para hacer frente a la situación o situaciones que generen estrés. | <ol style="list-style-type: none"> Sin sobrecarga: Menor a 47 puntos. Sobrecarga leve: De 47 a 55 puntos Sobrecarga intensa: Mayor a 55 puntos | Cualitativa | Nominal | Sobre carga del cuidador Test de Zerit |

4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información.

- Boleta de recolección de datos y de competencia del cuidador (anexo 1)
- Test de Zarit (anexo 2)

4.9 Procedimiento

Se identificó a los cuidadores de 18 a 85 años responsables de los pacientes ingresados a las consultas externas y a los servicios de afecciones craneoencefálicas y lesiones medulares del Hospital de Rehabilitación y Medicina Física del IGSS de enero a diciembre del 2016, donde previo al consentimiento informado por parte del cuidador del paciente se le encuestó el cuestionario de competencia del cuidador del paciente de gran dependencia y el test de Zarit. (Ver Anexo 1 y 2) en dos etapas.

Etapas 1: se le realizó un cuestionario que estimó la competencia del cuidador, formado de 10 preguntas sobre conocimiento y cuidados del paciente, según a las respuesta se ponderan cada pregunta con 10 puntos, interpretándose se determinó si el total es 100 puntos presenta una excelente competencia, menor a 100 hasta 80 es una aceptable competencia, menor de 80 hasta 60 regular competencia, menor de 60 es deficiente competencia.

Etapas 2: se interrogó con el test de Zarit, que mide la sobrecarga y el cansancio en el desempeño en el rol del cuidador. Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones al cuidar a otra persona, hay solo dos opciones de respuesta para la ponderación, "1" punto en nunca ha presentado características de la pregunta, "2" rara vez, "3" algunas veces, "4" bastante veces, "5" siempre; al sumar los ítems presenta una puntuación de 47 puntos significa que no hay sobrecarga, de 47 a 55 puntos sobrecarga leve y mas a 55 puntos sobrecarga intensa (ver anexo).

Luego al tener los resultados, se tabularon en Excel, para ser analizados por el programa EPI INFO 7, se representara Odds Ratio y medidas de tendencia central, Posteriormente se presentaran los resultados en tablas.

4.10 Aspectos éticos.

El estudio es categoría I (sin riesgo, según La Organización Mundial de la Salud), ya que no se realiza ninguna intervención o con las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las personas que participan. A los cuidadores encuestados se les hizo entrega de un consentimiento informado, se informó sobre los beneficios de pasar esta encuesta.

4.11 Procedimiento de análisis de información

Se utilizó EPI INFO 7, para el análisis y la relación de los datos, luego de la tabulación por el programa EXEL.

4.12 Alcances y límites.

Los límites en la investigación fue que algunos pacientes ingresados no tenían cuidador, por lo que fueron excluidos del estudio. Otra limitante fue que en algunos cuidadores eran analfabetas, donde se dificultaba pasar la encuesta y que entendieran el objetivo del estudio. Los alcances de la investigación fue llegar a la muestra propuesta en el tiempo determinado, con una gran aceptación de los cuidadores de pacientes.

V. Resultados

Tabla No. 1.

Caracterización de los cuidadores de pacientes gran traumatizados del Hospital de Rehabilitación de enero a diciembre del 2016

| Características | Fr | % |
|---------------------------------|------------|------------|
| Grupo Etario | | |
| Menores de 19 años | 0 | 0 |
| 20-29 años | 3 | 2 |
| 30-39 años | 17 | 10 |
| 40-49 años | 46 | 28 |
| 50-59 años | 59 | 36 |
| Mayores a 60 años | 40 | 24 |
| Sexo | | |
| Femenino | 151 | 91.52 |
| Masculino | 14 | 8.48 |
| Escolaridad | | |
| Ninguno | 4 | 2.42 |
| Primario | 17 | 10.30 |
| Básico | 102 | 61.82 |
| Diversificado | 42 | 25.45 |
| Condición de paciente | | |
| Externo | 83 | 50.30 |
| Interno | 82 | 49.70 |
| Tipo de cuidador | | |
| Primario | 3 | 1.82 |
| Secundario | 168 | 98.18 |
| Servicio | | |
| ACE coex | 54 | 32.73 |
| ACE encamamiento | 43 | 26.06 |
| LM coex | 29 | 17.58 |
| LM encamamiento | 39 | 23.64 |
| Carga del Cuidador | | |
| Sobrecarga intensa | 116 | 70.3 |
| Sobrecarga leve | 49 | 29.7 |
| Competencia del cuidador | | |
| Aceptable | 25 | 15.15 |
| Regular | 24 | 14.55 |
| Deficiente | 116 | 70.3 |
| Media de edad | | |
| 55 años | | |
| Total de cuidadores | 165 | 100 |

LM: lesión Medular, ACE: afección craneoencefálica, coex: consulta externa.

Tabla No. 2

Resultados obtenidos según Test de Zarit relacionado con el tipo de cuidadores de pacientes gran traumatizados del Hospital de Rehabilitación de enero a diciembre del 2016

| | Sobrecarga leve | Sobrecarga intensa |
|-------------------------|------------------------|---------------------------|
| Tipo de cuidador | | |
| Primario | 2 (1.21%) | 1 (0.61%) |
| Secundario | 47(28.49%) | 115 (69.7 %) |

Tabla No. 3

Resultados obtenidos según Test de competencia relacionado con el tipo de cuidadores gran traumatizados del Hospital de Rehabilitación de enero a diciembre del 2016

| | Aceptable competencia | Regular competencia | Deficiente competencia |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Tipo de cuidador | | | |
| Primario | 0 (0%) | 2 (1.21%) | 1 (0.61%) |
| Secundario | 25 (15.15%) | 22(13.33%) | 115 (69.7%) |

Tabla No. 4.

Relación entre las características epidemiológicas y la Competencia de los cuidadores de pacientes gran traumatizados del Hospital de Rehabilitación de enero a diciembre del 2016

| Deficiente Competencia | | | | |
|-------------------------------|-------------------|------------|--------------|-----------|
| Variable | Frecuencia | P | IC | OR |
| Escolaridad | | | | |
| Primaria | 10.30 | 0.014 | 1.08-65.078 | 8.41 |
| Tipo de cuidador | | | | |
| Secundario | 99 | 0.21 | 0.433-55.273 | 4.89 |
| Sexo | | | | |
| Masculino | 9.48 | 0.55 | 0.427-6.03 | 1.60 |
| Edad | | | | |
| 50-59 años | 24.85 | 0.001 | 1.76-13.08 | 4.8 |
| Regular Competencia | | | | |
| Escolaridad | | | | |
| Diversificado | 62.5 | 0.00003 | 2.785-17.778 | 7.03 |
| Tipo de cuidador | | | | |
| Secundario | 86.76 | 0.10 | 0.846-47.199 | 6.31 |
| Condición de paciente | | | | |
| Externo | 100 | 0.00000026 | 4.33-25.46 | 10.45 |
| Edad | | | | |
| 50-59 años | 24.85 | 0.001 | 1.76-13.08 | 4.8 |
| Aceptable Competencia | | | | |
| Escolaridad | | | | |
| Básica | 84 | 0.013 | 1.32-12.42 | 4.05 |
| Edad | | | | |
| 40-49 | 48 | 0.02 | 1.20-6.90 | 2.878 |

Tabla No. 5.

Relación entre las características epidemiológicas y la Sobrecarga de los cuidadores de pacientes gran traumatizados del Hospital de Rehabilitación de enero a diciembre del 2016

| Sobrecarga Intensa | | | | |
|---------------------------|-------------------|----------|-------------|-----------|
| Variable | Frecuencia | P | IC | OR |
| Escolaridad | | | | |
| Primaria | 10.30 | 0.014 | 1.08-65.078 | 8.41 |
| Edad | | | | |
| 50-59 años | 24.85 | 0.001 | 1.76-13.08 | 4.8 |
| Sobrecarga leve | | | | |
| Escolaridad | | | | |
| Diversificado | 38.76 | 0.01 | 1.22-5.334 | 2.56 |
| Edad | | | | |
| 40-49 | 38.78 | 0.05 | 1.01-4.28 | 2.08 |

VI. Discusión y análisis

Se estudió a una población de 165 cuidadores de pacientes gran traumatizados, sus características epidemiológicas fueron que 59 (36%) estaban comprendidos entre las edades de 50 a 59 años, siendo la media de la población de 55 años. El sexo predominante fue el femenino con 151 (91.52%). El grado de escolaridad predominante fue el nivel básico 102 (61.82%), la condición del tratamiento del paciente fue el de Externo (consulta externa) con 83 (50.30%). El tipo de cuidador predominante fue el de tipo secundario 162 (98.18%). La escolaridad más frecuente fue la del nivel básica con 102 (61.82). Dichas características se pueden comparar con la bibliografía consultada según el estudio del Doctor Jill de Toronto, Canadá, que estudió 280 cuidadores encontrando una media de edad de 53 años, y el 70% de la población de los cuidadores eran mujeres, según el tipo de cuidadores prevalecieron en ambos estudios los secundarios. Se determinó que la sobrecarga intensa fue la más incidente con 116 (70.3%) visto el mismo número en cuidadores con deficiente competencia. Comparando con la bibliografía consultada es la tendencia esperada ⁽²⁰⁾

Los de cuidadores, según la bibliografía consultada, de tipo primario no presentaban ninguna sobrecarga, y tienen aceptable competencia al estar a cargo de un paciente. En el estudio se observó que los cuidadores siempre presentaron sobrecarga, y su competencia fue regular a deficiente. ⁽²⁰⁾

En la tabla 4, se evidenció que un cuidador es 8 veces más propenso a tener una competencia deficiente al tener un nivel de escolaridad primaria, 5 veces susceptible al no tener ninguna capacitación para cuidar a un paciente (tipo de cuidador secundario), 2 veces probable si es masculino, y 5 veces propenso al estar entre el rango de edad de 50-59 años.

De la misma forma, se observó que el cuidador puede ser propenso a tener una competencia regular al tener un nivel de escolaridad diversificado (OR 7.03), ser de tipo secundario (OR 6.31), que su condición sea externo (10.45), y que este entre el rango de edad de 50-59 años (OR 4.8).

Pero los cuidadores pueden ser 4 veces propensos a tener una aceptable competencia al tener un nivel escolaridad básica, y 3 veces al tener una edad entre 40-29 años de edad.

Se evidencio (tabla 5) que todos los cuidadores que presentaron deficiente competencia su sobrecarga en las actividades de cuidado fue intensa; tendiendo a ser 8 veces más propenso a tener una sobrecarga intensa contando con un nivel de escolaridad primaria, 5 veces

susceptible al ser un tipo de cuidador secundario, 2 veces probable si es masculino, y 5 veces propenso al estar entre el rango de edad de 50-59 años. Caso contrario al presentar una escolaridad en diversificado (OR 2.56) y estar entre el rango de edad de 40-49 años (OR 2.08) ya que es propenso a tener sobrecarga leve. Comparando los resultados con la literatura y bibliografía consultada, presenta los mismos riesgos para tener una mala competencia, y eso conllevar a comorbilidades al paciente y al cuidador. ⁽¹⁹⁾ ⁽²⁰⁾

La competencia no calificada presenta una relación de presentar una carga intensa en el 100% de los casos. En el estudio del Doctor Jill, de Toronto, Canadá, observo un gran porcentaje de cuidadores (67 %) reportaron altos niveles de síntomas depresivos. En ese estudio, la mayoría de los cuidadores de pacientes críticamente enfermos reportaron altos niveles de síntomas depresivos, que comúnmente persistió hasta 1 año y no disminuyó en algunos cuidadores. Donde en dicho estudio la carga intensa de estrés presenta como el primer factor desencadenante para padecer de trastornos depresivos y enfermedades como diabetes e hipertensión arterial. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

6.1 Conclusiones

1. El cuidador de pacientes gran traumatizados del Hospital de Rehabilitación se caracteriza por ser de sexo femenino con una edad media de 55 años, con nivel de escolaridad básica y ser de tipo secundario.
2. La competencia del cuidador de los pacientes gran traumatizados es deficiente en el Hospital De Rehabilitación Del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
3. La sobrecarga del cuidador de paciente gran traumatizado es intensa, con un porcentaje de 83.03%

6.2 Recomendaciones

Implementar medidas institucionales para mejorar la competencia del cuidador, con el objetivo de disminuir la sobrecarga y mejorar su competencia para los cuidados de pacientes gran traumatizados, con el objetivo de disminuir los costes al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, disminuyendo las complicaciones de la enfermedad discapacitante.

Formar un comité que vele por la educación de los cuidadores del paciente traumatizado, para reforzar el plan educacional de manera íntegra e interdisciplinaria, con el objetivo de que el cuidador pueda distribuir la información a toda la familia involucrada en el proceso de cuidado.

VII. Bibliografía

1. Astudillo W, Mendinueta C. Necesidades de los cuidadores de pacientes Crónicos [en línea]. San Sebastian: Guía Recursos Sanitarios y Sociales en la fase Final la vida en Gipuzkoa. 2010; 7ma edición, Págs. 235 - 255. [Citado el 15 de Enero del año 2015]
Disponible en:
http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/pac_cronico_y_cuidadores.pdf
2. Ranzo C, Àngels M. Práctica en Fisioterapia en la rehabilitación cardíaca [en línea]. Barcelona: 2011, págs 1–21. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en:
<http://roderic.uv.es/handle/10550/19454>
3. Mendoza C, Coronado R, González H, Castillo J. Guía De Lesión Medular [en línea]. Ciudad de Guatemala: Guía de práctica clínica PC-BE 24. 2010. 1ra ed. p. 8. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: www.igssgt.org
4. Strassburguer L, Hernández Y. Lesión Medular. ASPAYM [en línea]. Madrid: Guía para el manejo integral del paciente con lesión medular crónica [en línea]. Ministerio del Interior de fecha 8 de junio de 2004. 4ta edición Págs. 17-118. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: http://www.isfie.org/documentos/guia_practica_lm.pdf
5. Mendoza ML. Rodríguez GR. Colapso del Cuidador [en línea]. México, 4ta edición. 2000, Cap. 50 págs. 98-228, McGraw-Hill Interamericana. [Citado el 15 de Enero del año 2015]
Disponible en:
http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/10_Colapso.pdf
6. Argentina. Ministerio de Salud. Instituto nacional de rehabilitación psicofísica del sur, Mar de Plata [en línea]. Guía de práctica clínica para la atención y tratamiento en rehabilitación de la persona con lesión medular. Argentina. 2013. [citado el 18 Ene 2015] Disponible en:
[http://www.inareps.gov.ar/wp-content/uploads/2014/06/INaRePS_Protocolo-LM M%C3%83%C2%B3dulo-inicial_2013_V_01.pdf](http://www.inareps.gov.ar/wp-content/uploads/2014/06/INaRePS_Protocolo-LM_M%C3%83%C2%B3dulo-inicial_2013_V_01.pdf)
7. México. Secretaria de Salud. Rehabilitación de adultos con enfermedad vascular cerebral [en línea]. México DF.: Guía de práctica clínica. Consejo de Salubridad General. 2009. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: www.ccenelec.calud.gob.mx/interior/gpc.html
8. Arauza A, Ruíz-Franco A. Clínica de Enfermedad Vascular Cerebral [en línea]. México DF: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco, Suárez. Vol. 55, No. 3. Mayo-Junio 2012. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en:
<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-la-facultad-de-medicina-unam/articulo/enfermedad-vascular-cerebral>
9. Ruíz-Giménez N, González Ruano P, Suárez C, Abordaje del accidente cerebrovascular [en línea]. Madrid: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Vol. 26–No 4- 2002. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>

10. Mu M. Enfermedad Cerebrovascular Isquémica [en línea]. Bogotá: Asociación Colombiana de Rehabilitación. 3rd ed. 2012. p. 208–2015. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: www.acnweb.org/guia/g1c12i.pdf
11. Cuadrado Á. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento Rehabilitación [en línea]. Galicia: Sociedad Galega de Medicina Interna. 2009; vol.70, Pags.1–40. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: <http://galiciaclinica.info/PDF/5/81.pdf>
12. Martínez-Vila E, Murie Fernández M, Pagola I, Irimia P. Enfermedades cerebrovasculares [en línea]. Navarra: Departamento de Neurología. Universidad clínica de Navarra. 10ma edición, 2011, Páginas 4871-81. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/350228555/Enfermedades-cerebrovasculares-pdf>.
13. Isla P. El cuidador familiar, una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia [en línea]. Brasil: Cultura de los Cuidados, Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental, y Maternoinfantil. Vol. 7-8. 2000. [citado el 16 Enero 2015] Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC_07-08_22.pdf
14. Organización Mundial de La Salud (OMS). Comité de expertos de la OMS en rehabilitación médica [en línea]. Serie de informes técnicos, No. 419. Ginebra, Segundo informe. 1969. pág. 26. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419_spa.pdf
15. Rivas Loaiza M. El estrés del cuidador en el paciente discapacitado del Hospital “Manuel Ignacio Monteros Valdivieso” Periodo marzo-septiembre 2012 [Tesis de Licenciatura de Psicología][en línea]. Loja: Universidad Nacional de Loja, Área de Salud Mental. 2012. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/974>
16. Robles Ortiz J, Yuveltris R, Oliva Saborit, Valiño García M. Factores clínicos y psicosociales de la rehabilitación en la lesión medular traumática. [En línea]. Cuba. Revisión bibliográfica, Revista Médica Granma. Volumen 18, 2014 [Citado el 16 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/Documentos%20pdf/Volumen18-4/13.pdf>
17. Noriega P. Nasbine S. Larcher M. Spadoti R. Haas V. Sobrecarga del cuidado e impacto en la calidad de vida relacionada a la salud de los cuidadores de individuos con lesión medular [en línea]. Sao Pablo: Revista Latino Americana de Enfermería, Vol. 20. Noviembre a diciembre 2012. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
18. Osorio Noriega R. Horta M. Lineamientos para elaboración de un protocolo de intervención psicológica para familiares de pacientes con lesión medular [en línea]. Bogota: Revista y cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. Vol. 10. No. 1. 75-85. 2009 [citado el 15 Ene 2015]. Disponible en: http://200.31.75.112/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen10_numero1/articulo_6.pdf
19. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud [en línea]. Toledo: Revista Clínica Médica

Familiar. Volumen 2(7): paginas 332–40 2009. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1696/169614509004.pdf>

20. Cameron, J. I., Chu, L. M., Matte, A., Tomlinson, G., Chan, L., Thomas, C., Canadian Critical Care Trials Group, One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. Toronto: *The New England Journal of Medicine*, 374(19), 1831–41. 2016. [Citado el 20 de Enero del año 2016] Disponible en: 10.1056/NEJMoa1511160, y <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1511160>

21. Cheté Ortiz, Wendy Susana. Calidad de vida del paciente con lesión medular y tratamiento rehabilitativo integral. [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala., Facultad de Ciencia Médicas; 2010. [citado el 18 Ene 2015] Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8707.pdf

22. Ruiz Santos V. Importancia de la reinserción laboral en pacientes con paraplejía que asisten al hospital de rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, comprendidos entre las edades de 18 a 35 años [en línea]. Guatemala; Universidad de San Carlos de Guatemala. Escuela de Ciencia Psicológicas. 2012. [citado el 18 Ene 2015]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_3890.pdf

23. Lara Pérez L, Díaz Díaz M, Herrera Cabrera E, Silveira Hernánd P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. [En línea]. Cuba: Revista Cubana de enfermería, 2001; 17(2): 107-112. [Citado el 18 Ene 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol17_2_01/enf07201.pdf

24. Steele Britton H. Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno, del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009 [en línea] [tesis Médico y Cirujano]. San José: Universidad de Costa Rica. 2009. [citado el 18 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis20.pdf>

25. Ruiz Ríos A. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones [en línea]. Mexico D.F.: Revista de La enfermera neurológica. Vol. 11, No. 3: 163-169, 2012. [Citado el 15 de Enero del año 2015] Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>.

VIII. ANEXOS

Anexo 1.



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE GUATEMALA



BOLETA DE ESTIMACION DE COMPETENCIA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE DE GRAN DEPENDENCIA.

FECHA _____ No. De Boleta _____

AFILIACION _____

EDAD _____

SEXO _____

ESCOLARIDAD _____

DIAGNOSTICO _____

PACIENTE EXTERNO _____ PACIENTE INTERNO _____

TIPO DE CUIDADOR: _____

SERIE I. CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO

1. ¿TIENE CONOCIMIENTO DE LA CAUSA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE?
a. SI NO
2. ¿TIENE EL CONOCIMIENTO QUE SECUELAS PRESENTA LA ENFERMEDAD DISCAPACITANTE DE SU PACIENTE?
a. SI NO
3. ¿SABE USTED QUE GRADO DE DEPENDENCIA TIENE SU PACIENTE
a. SI NO

SERIE II CONOCIMIENTO DE CUIDADOS DEL PACIENTE DE LESION MEDULAR

1. ¿SABE USTED VESTIR Y CAMBIAR DE PAÑAL A SU PACIENTE?
a. SI NO
2. ¿SABE USTED QUE SON LOS CUIDADOS POSTURALES?
a. SI NO
3. ¿SABE USTED QUE SON ULCERAS POR DECUBITO O POR PRESION?
a. SI NO



MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
DR. MARVIN ESTUARDO MARROQUIN





UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE GUATEMALA



4. ¿SABE USTED SOBRE LAS MOVILIZACIONES PASIVAS?
 - a. SI NO
5. ¿SABE USTED SOBRE TERAPIA RESPIRATORIA?
 - a. SI NO
6. ¿SABE USTED SOBRE LOS CUIDADOS DE SONDA FOLEY?
 - a. SI NO
7. ¿SABE USTED REALIZAR TRANFERENCIAS CON PACIENTES CON DEFICIENCIAS FISICAS SEVERAS?
 - a. SI NO

CADA PREGUNTA TIENE UN VALOR DE 10 PUNTOS

SI 100 PUNTOS = EXELENTE COMPETENCIA DEL CUIDADOR

SI <100 – 80 PUNTOS= ACEPTABLE COMPETENCIA DEL CUIDADOR

SI <80 – 60 PUNTOS= REGULAR COMPETENCIA DEL CUIDADOR

SI <60 PUNTOS = DEFICIENTE COMPETENCIA DEL CUIDADOR



MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
DR. MARVIN ESTUARDO MARROQUIN



Anexo 2.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

| | |
|---|--|
| ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | |
| ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.? | |
| ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | |
| ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | |
| ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | |
| ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | |
| ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | |
| ¿Piensa que su familiar depende de Vd.? | |
| ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | |
| ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | |
| ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | |
| ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | |
| ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | |
| ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | |
| ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | |
| ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | |
| ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | |
| ¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | |
| TOTAL | |

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces 5= Casi siempre

Permiso del autor:

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "COMPETENCIA DEL CUIDADOR DEL PACIENTE GRAN TRAUMATIZADO" para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.