

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN REGIONAL SUR

DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 61



LA CARGA FAMILIAR EN CUIDADORES DE PACIENTES CON  
SINDROME POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD.

---

---

## TESIS

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO

EN LA ESPECIALIDAD DE :

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. JULIO DARINEL REYES MARTINEZ**

ASESOR:

DR. FÉLIX GUILLERMO MÁRQUEZ CELEDONIO

H. VERACRUZ, VER.

AGOSTO DEL 2009

## INDICE

RESUMEN _____	6
INTRODUCCION _____	9
MATERIAL Y METODOS _____	12
RESULTADOS _____	13
DISCUSION _____	17
BIBLIOGRAFIA _____	19
ANEXOS _____	20

**"CARGA FAMILIAR EN CUIDADORES DE PACIENTES CON  
TRANSTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD"**

Reyes-Martinez Julio D<sup>1</sup>. Márquez – Celedonio Félix G<sup>2</sup>. Guillan Salomón  
Edith<sup>3</sup>.

1. Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No 61 Veracruz Ver. IMSS
2. Maestría en Investigación Clínica, Unidad de Medicina Familiar No 61, Veracruz Ver. IMSS
3. Diplomado en investigación clínica, Unidad de Medicina Familiar No 61, Veracruz Ver. IMSS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 61  
VERACRUZ, VERACRUZ**

Autor Corresponsal: Julio Darinel Reyes Martínez.  
Playa del Parral 108, Arboledas San Ramón, Boca del Río, Veracruz.  
01 229 221920 ext. 2428  
[dr.julio\\_darinel@hotmail.com](mailto:dr.julio_darinel@hotmail.com)

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

"LA CARGA FAMILIAR EN CUIDADORES DE PACIENTES CON  
SINDROME POR DEFICIT DE ATENCION E HPERACTIVIDAD"

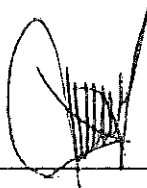
---

---

AUTOR PRINCIPAL: DR. JULIO DARINEL REYES MARTINEZ R3MF

ASESORES: DR FELIX GUILLERMO MARQUEZ CELEDONIO

DRA. EDITH GUILLEN SALOMON.



**IMSS**

U. M. F. No. 61  
VERACRUZ, VER.

EDUCACION MEDICA E INVEST.

---

DR. FELIX GUILLERMO MARQUEZ CELEDONIO

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA UMF No 61

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS.

### A MI FAMILIA

En especial a mis hijos *Carlitos y Ricardo*, que aun sin saberlo presenciaron mi esfuerzo y lo afrontaron con cariño y con la esperanza de verme llegar a casa después de buscar cumplir con mis metas y asegurar el futuro de ellos, con el firme propósito de ser no solo su ejemplo, sino también su mejor amigo.

### A MI ESPOSA

Por compartir de mis sueños, mis esfuerzos, pero sobre todo, los momentos que se tomaron mas difíciles y ayudarme a enfrentarlos. *Gracias Delsly.*

### A MIS PADRES

Por creer en mi, y dedicarme la vida a su familia, sin dejar de hacer sentir su apoyo a cada uno de sus frutos.

### A MIS SUEGROS

Por ser un apoyo importante para mantenerme de pie cuando creí no poder seguir adelante. Y por el amor con el que cuidaron de mis retoños, ayudándolos a crecer y educándolos con paciencia y cariño.

### A MIS HERMANAS.

Por ser las mejores hermanas *Lupita, Cielito, Diana y Brilanda* que me pudo dar diosito y por el cariño que se que me guardan y a mi familia.

### A MI HERMANO

Por permitirme acercarme y compartir parte de su vida, así como alguno de los momentos más difíciles en nuestras vidas.

### A MI CUÑADA

Por apoyarnos siempre que pudo con la salud y el cuidado de mis amores: mis niños. Con el cariño de sus padres y de ellos: *Gracias Yami.*

### A MIS MAESTROS

Por los conocimientos que me otorgaron cada día durante mi formación sin esperar a cambio nada. Y que con mucha paciencia y dedicación se propusieron formarnos como especialistas.

### AL DR. FELIX G. MARQUEZ CELEDONIO.

Por su tiempo y dedicación como facilitador y maestro, de la preparación de quienes llegamos en busca del conocimiento.

## RESUMEN

**Introducción.** El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es la patología en salud mental más frecuente en la población pediátrica con una prevalencia del 8%, en el grupo de niños entre los 6 y los 9 años de edad. En México se calcula que existen al menos 1,500,000 niños con TDAH; además diversos autores han analizado la carga familiar, entendida como la repercusión que la convivencia con un paciente puede tener sobre el cuidador y los pacientes con Trastorno por TDAH no son la excepción.

**Objetivo:** Comparar la carga familiar del cuidador de paciente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad con la carga familiar de cuidadores de pacientes sanos.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, comparativo, transversal utilizando una Escala de Carga Familiar con muestreo consecutivo y por conveniencia de la UMF 51, midiendo la carga familiar percibida por cada cuidador. Obteniendo media y desviación estándar en cada uno de rubros. La medida de dispersión utilizada fueron los rangos, La diferencia entre los grupos se analizó efectuando la Prueba U de Mann Whitney y Chi 2.

**Resultados:** Se incluyeron 31(50%) cuidadores en el grupo en estudio y 31(50%) cuidadores del grupo control, se determinó Carga Familiar comparando la percepción de los cuidadores de la Carga familiar de acuerdo a la escala de Zarit. La carga familia globalmente fue de  $56.5 \pm 15.1$  en el grupo con pacientes portadores de TDAH y de  $36.6 \pm 8.8$  en el grupo con pacientes sanos.

**Conclusiones:** La aplicación de la Escala de Sobrecarga familiar de Zarit fue determinante en la obtención de datos que se desconocían y que sirven para demostrar la existencia de esta sobrecarga en los cuidadores de pacientes pediátricos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, en relación a cuidadores de pacientes sanos, condicionados por la demanda de cuidados que estos menores requieren, que son percibidas por los mismos cuidadores y que pueden condicionar alteraciones en diferentes esferas en el cuidador.

**Palabras clave:** Carga familiar, Cuidador, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

#### **ABSTRACT.**

**INTRODUCTION.** With prevalence in children between 6 and 9 years of 8%, the attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is the most common disorder in mental health in the pediatric population. In Mexico, it is estimated that there are at least 1,500,000 children with ADHD. In addition, several authors have analyzed the burden of the family defined as the impact of living with an ADHD patient may have on the caregiver and patient's disorder is no exception.

**OBJECTIVE:** To compare the burden of an ADHD patient on a family caregiver with the burden of family caregivers of healthy patients.

**Material and Methods:** A prospective, observational, and comparative study was carried out using a scale of family burden with consecutive and convenience sampling of UMF 61, measuring the burden felt by each family caregiver and getting the mean and the standard deviation for each object.

The ranges were the measure of dispersion, and the difference between groups was analyzed by making the Mann Whitney U test and Chi 2.

**RESULTS:** We included 31 (50%) caregivers in the study group and 31 (50%) caregivers in the control group. The family burden was determined by comparing the perception of the caregivers according to the scale of Zarit. The whole family burden was 56.5 + 15.1 in the group with ADHD patients and 36.6 + 8.8 in the group with healthy patients.

**CONCLUSIONS:** The use of family Overload Scale Zarit was decisive in obtaining data that was unknown and which served to demonstrate the existence of stress on caregivers of pediatric ADHD patients in relation to caregivers of healthy patients, influenced by the demand for care that these children require and that are perceived by the caregivers themselves and how they can influence changes in different areas at the caregiver.

*Keywords:* Burden family caregiver, attention deficit disorder and hyperactivity (ADHD).



## INTRODUCCION

El síndrome de déficit de atención e hiperactividad es la condición psiquiátrica más comúnmente diagnosticada en la edad pediátrica.<sup>1</sup> Los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) vienen definidos por la presencia de tres síntomas fundamentales: 1. Disminución de la atención. 2. Impulsividad. 3. Hiperactividad.<sup>1</sup> El DSM-IV TR, señala que los síntomas cardinales en este trastorno se centran en: aumento de la actividad psicomotriz, deficiente control de impulsos, falta de concentración y atención. Los estudios sobre la prevalencia del TDAH en población pediátrica, utilizando los criterios diagnósticos de este manual, varían según diferentes países.<sup>1,2,3,4</sup> La población pediátrica con prevalencia más elevada corresponde al grupo de niños entre los 6 y los 9 años, siendo del 8%. El diagnóstico se realiza con bases clínicas y con los criterios vigentes emitidos por el DSM IV TR. El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de inatención, y de hiperactividad y/o impulsividad que se presenta por al menos seis meses en forma más frecuente y grave de lo que se observa en niños de sexo y edad similar. Debe repercutir en al menos dos ambientes diferentes, los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años de edad y no deben ser ocasionados por otras causas.<sup>1</sup> El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) constituye en la actualidad un problema de salud pública, ya que es un proceso crónico que afecta ámbitos tanto familiar, escolar y social y además ocasiona una alta comorbilidad. De acuerdo a los datos encontrados en la literatura en estudios antes mencionados y otros como los que aportó Bauermeister et al (2007) donde se tomó en cuenta la familia de los niños con TDAH, se demostró que

los cuidadores primarios percibían mayor carga por el cuidado de estos niños, que las familias de niños sin el diagnóstico.

Por tanto, el tratamiento debe estar dirigido a cubrir las necesidades individuales de cada niño y su familia tomando en consideración diferentes aspectos incluyendo las relaciones entre los padres y los niños, las prácticas de crianza, la carga familiar asociada, los patrones de sueño, problemas de lenguaje y la presencia de ayudas y servicios adecuados en la escuela entre otros.<sup>2</sup> Existen pues condiciones de esta patología, que condicionan la presencia de sobre carga familiar por la demanda de atención de estos pacientes.<sup>1,2</sup> Diversos autores han analizado la carga familiar, entendida como la repercusión que la convivencia con un paciente psiquiátrico puede tener sobre el cuidador, habiéndose observado que las áreas social, de ocio y económica eran las que resultaban más afectadas (Fadden, y cols., 1987). Otros estudios, también han encontrado tasas elevadas de carga experimentada por familiares de pacientes esquizofrénicos (Hoening y Hamilton, 1966; Schene, y cols., 1998). El entorno familiar del niño con TDAH se encuentra sometido a situaciones potencialmente generadoras de sobrecarga familiar, en su afán de atender las necesidades del infante, pero más aun a los cuidadores o padres, de quienes mayormente dependen los cuidados y tratamientos del paciente portador de TDAH y, tomando en cuenta que la investigación sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad no ha tomado en cuenta el aspecto familiar y la carga familiar que experimentan estas familias, y ha dedicado sus esfuerzos mas en aspectos relacionados con las manifestaciones clínicas y las características neurológicas de los niños,<sup>2</sup> se

llevó a cabo el presente estudio cuyo propósito fue identificar los niveles de carga familiar que presentan los cuidadores de escolares con TDAH en comparación con cuidadores de escolares sanos a través de la aplicación la escala para Sobrecarga familiar de Zarit, con la finalidad de aportar nuevos conocimientos sobre el tema.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, observacional, comparativo, transversal, en la Unidad de Medicina Familiar No 61 de Veracruz, Ver., para determinar los niveles de carga familiar en el escolar hiperactivo de un grupo de 31 familias con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad y un grupo control de 31 familias con niños sanos, ambos grupos en edad escolar considerada de 6 a 12 años, sexo masculino o femenino y sin patología crónica agregada. El muestreo fue consecutivo. Para las mediciones se aplicó a uno de los padres o el cuidador del menor la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, la cual consta de 22 ítems que miden la percepción de la carga familiar que condiciona el cuidado de estos niños en forma comparativa; está elaborado en un formato tipo likert, desde nunca hasta siempre, con un valor asignado de 0 a 5, tomando los valores de más de 47 puntos como punto de corte para clasificar la presencia de sobrecarga leve y sobrecarga intensa a partir de 57 puntos. Este instrumento ha mostrado una escala de confiabilidad de 0.86 y confiabilidad interobservador (CCI) 0.81-0.91 en las pruebas de validación, además con un índice Alfa de Cronbach de 0.87. El análisis estadístico se efectuó con estimación de frecuencias absolutas y relativas del impacto familiar en cada grupo y se describieron medidas de tendencia central (medianas) en cada una de las dimensiones. La medida de dispersión utilizada fueron los rangos y la comparación de las diferencias entre los grupos se efectuó con la Prueba U de Mann Whitney en las variables ordinales o de intervalo y la Prueba Chi Cuadrada con corrección de Yates o Prueba exacta de Fisher para las variables nominales.

## RESULTADOS

Se incluyeron 62 cuidadores en el estudio en ambos grupos, de los cuales 31 (50%) quedaron incluidos en el grupo de cuidadores de niños con hiperactividad y 31 (50%) se incluyeron en el grupo de cuidadores de niños sanos, del grupo control. La edad promedio de los cuidadores fue de  $35.2 \pm 6.3$  en el grupo de cuidadores de niños con TDAH, de los cuales 1 (3.2%) corresponden al sexo masculino y 30 (96.8%) al sexo femenino y una edad promedio de  $37.2 \pm 6.6$  años en el grupo de cuidadores de niños sanos, de los cuales 29 (93.5%) son del sexo masculino y 2 (6.5%) corresponden al sexo femenino (34) sin presentar diferencia estadística ( $p > 0.05$ ). Así mismo se estimó que la edad promedio de los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue de  $8.6 \pm 2.0$  años, de los cuales 30 (96.8%) fueron del sexo masculino y 1 (3.2%) fueron del sexo femenino y una edad promedio de  $8.7 \pm 2.1$  años y de los cuales 15 (48.4%) son femeninos y 16 (51.6%) son masculinos. Para los cuidadores no existió diferencia significativa en cuanto a edad y sexo, sin embargo en ocupación, 27 (87.1%) del grupo de cuidadores de niños hiperactivos en comparación con 15 (48%) del grupo de niños sanos se dedicaban al hogar ( $P < 0.05$ ). (Ver Cuadro 1)

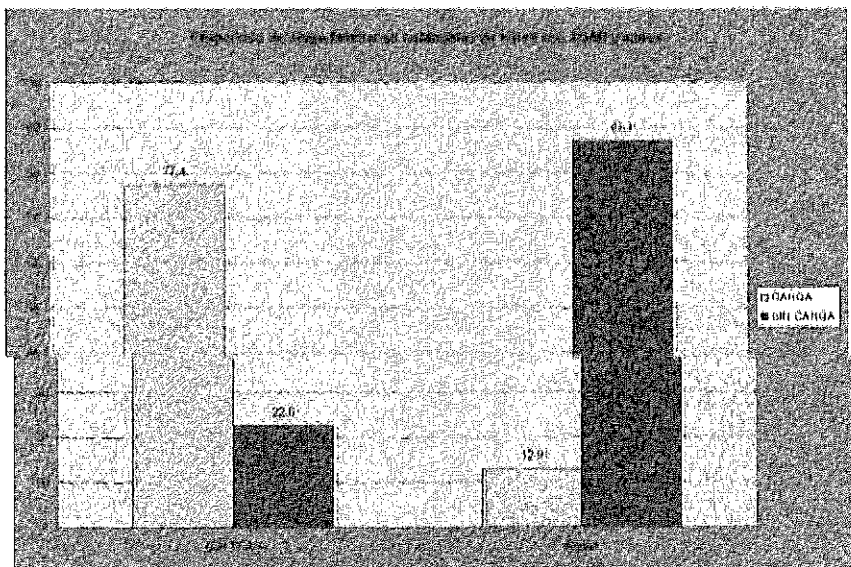
En 21 de los 22 ítems que constituyen los indicadores de la Escala de Sobrecarga de Zarit, el grupo en estudio tuvo una puntuación mayor a la del grupo control. La dependencia observada del escolar hiperactivo para con el cuidador tuvo una media de  $3.3 \pm 1.3$  ( $p < 0.05$ ) y ser considerado por el paciente con TDAH el único cuidador tuvo una media de  $3.2 \pm 1.4$  ( $p < 0.05$ ) comparados con el grupo control, así mismo la percepción de insuficientes ingresos

económicos tuvo  $3.2 \pm 1.1$  ( $p < 0.05$ ). Otros indicadores también tuvieron significancia estadística y la puntuación global del grupo de cuidadores de niños hiperactivos fue mayor con  $56.5 \pm 15.1$  en comparación con  $36.6 \pm 8.8$  del grupo de cuidadores de niños sanos (Ver Cuadro 2).

Cuadro1. Características demográficas de los grupos

Características demográficas de los grupos			
	Grupo niños con TDAH	Grupo niños sanos	Valor de p
<b>Niño</b>			
Edad	8.1 + 2.1	8.7 + 2.1	0.20661395(*)
Sexo femenino	1 (3.2%)	15 (48.38%)	
Sexo masculino	30 (96.8)	16 (51.61%)	0.0002 (**)
<b>Cuidador</b>			
Edad	35.3 + 6.4	37.3 + 6.6	0.23157309 (*)
Sexo femenino	30 (96.8)	29 (93.54%)	
Sexo masculino	1 (3.2)	2 (6.45%)	0.6 (**)
Ocupación hogar	27 (87.1%)	15(48.38%)	
Ocupación empleados	1 (3.2%)	12 (38.70%)	
Ocupación mixta	3 (9.7%)	1 (3.22%)	0.001 (**)

(\*) Valores obtenidos con prueba U de Mann Whitney  
 (\*\*) Valores obtenidos con Chi 2 ó Prueba exacta de Fisher.



Cuadro 2. Puntuaciones de carga familiar por dimensiones en cuidadores de niños con TDAH y sanos

Puntuaciones de carga familiar por dimensiones en cuidadores de niños con TDAH y sanos			
	CUIDADOR DE NIÑOS TDAH	CUIDADOR DE NIÑOS SANOS	VALOR DE P
1. PIDE MAS AYUDA	2.7 + 1.1	2.1 + 1.0	0.01
2. SIN TIEMPO PROPIO	2.8 + 1.3	1.6 + 1.0	0.0002
3. AGOBIADO	2.7 + 1.1	1.8 + 1.0	0.003
4. VERGÜENZA	2.3 + 1.0	1.4 + 0.8	0.0002
5. ENFADADO	2.1 + 1.0	1.3 + 0.8	0.001
6. AFECTA REL. FAMILIAR	2.3 + 1.2	1.1 + 0.3	0.00002
7. MIEDO FUTURO FAMILIAR.	2.9 + 1.3	2 + 1.2	0.003
8. DEPENDENCIA	3.3 + 1.3	1.8 + 1.3	0.00006
9. TENSO.	2.1 + 1.0	1.4 + 0.9	0.003
10. EMPEORAMIENTO DE SALUD	2 + 1.0	1.3 + 0.8	0.004
11. AFECTA INTIMIDAD.	2.3 + 1.2	1.3 + 0.7	0.001
12. AFECTA VIDA SOCIAL	2.2 + 1.2	1.2 + 0.5	0.0001
13. INCOMODIDAD SOCIAL	1.8 + 1.2	1.3 + 0.6	0.04
14. CONSIDERAN UNICO CUIDADOR.	3.2 + 1.4	2 + 1.3	0.001
15. INSUF. INGRESOS ECONOM.	3.2 + 1.1	1.9 + 0.9	0.00001
16. PERCEPCION DE INCAPACIDAD	1.9 + 1.0	1.3 + 0.8	0.01
17. PERDIDA DE AUTOCONTROL	2.3 + 1.0	1.2 + 0.4	0.000002
18. NECESIDAD DE APOYO.	2.2 + 1.2	1.3 + 0.7	0.003
19. INDECISION.	2.4 + 1.1	1.2 + 0.8	0.000002
20. DEBERIA HACER MAS	3.5 + 1.1	2.8 + 1.3	0.01
21. MEJOR CUIDADOR	3.4 + 1.1	3 + 1.1	0.1
22. CARGA PERCIBIDA.	3.2 + 1.2	2.1 + 0.9	0.0001
PROMEDIO TOTAL	58.5 + 15.1	36.6 + 8.8	0.0000001



## DISCUSION

La carga familiar en forma generalizada y particularmente en nuestro ámbito, es un rubro al cual se le ha restado importancia, lo mismo a nivel institucional que en forma particular, de tal manera que es notable la presencia de sobrecarga familiar para aquellos cuidadores de pacientes portadores de patologías crónico-degenerativas, como se ha descrito en otros estudios realizados. Tal es el caso de padres de niños portadores de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, comparado con los niños que no presentan el trastorno, como lo menciona Bauernmeister et al; en su estudio.

Así entonces, al confirmar la hipótesis primaria en el presente estudio, queda demostrado que estos pacientes cuentan con condiciones que ameritan cuidados especiales, lo cual se traduce en una mayor carga familiar experimentada en los cuidadores de escolares con TDHA .

En el presente estudio se hizo notar que la presencia de sobrecarga familiar intensa en 18 (75%) de los cuidadores del grupo de niños hiperactivos, en comparación con solo 6 cuidadores (25%) que presentaron sobrecarga familiar leve. Esta sobrecarga familiar leve, actualmente se considera factor de riesgo para sobrecarga intensa y se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador <sup>19</sup> .

Este trabajo muestra el impacto que tiene el escolar hiperactivo en diferentes áreas del funcionamiento familiar, principalmente las repercusiones a las que puede conllevar el dedicarse al cuidado de ellos; lo que consideramos un dato de importancia para realizar nuevas investigaciones y plantear líneas de acción

ya que la mayoría de los trabajos publicados son en relación a diagnóstico y tratamiento del trastorno.

Así mismo, deja abierta la posibilidad de emprender la formación de grupos de apoyo para los padres o cuidadores de estos niños que en su mayoría desconocen la patología y los cuidados y atención dirigida que el menor debe tener.

Nuestro trabajo aporta una primera aproximación sobre la investigación de la carga familiar en el cuidador de niños con hiperactividad, tras una búsqueda exhaustiva en las fuentes de información, por lo que deja abierta la posibilidad para otros estudios con mayor profundidad sobre el tema.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cardo J.E., Servera B.M., Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una visión global, *An Pediatr (Barc)* 2003; 59 (3): 225-8.
- 2.- Lelis N., Manifestaciones clínicas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la población de Puerto Rico, *Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico*, Vol. 101, Núm 1, Enero-Marzo 2009.
- 3.- Lora E.A., El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia, *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8 Supl 4: S69-114.
- 4.- Joffre V.V., García M.G., Joffre M.L., Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta, *Archivos en Medicina Familiar* 2007, Vol. 9 (4) 176-181.
- 5.- Soutullo E.C., Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, *Med Clin (Barc)* 2003; 120 (6): 222-6.
- 6.- Fajardo A., Trastorno deficitario de atención e hiperactividad y sueño, *Acta Neurol Colomb* 2008; 24:S64-S72.
- 7.- Cornejo J.W., Osio O., Sánchez Y., Carrizosa J., Sánchez G., Grisales H., y cols., Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos, *Rev Neurol* 2005; 40 (12): 716-722.
- 8.- De la Peña O.F., El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), *Rev Fac Med UNAM* Vol. 43, No. 6, Noviembre-Diciembre, 2000.
- 9.- Hidalgo V., Evaluación diagnóstica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, *BSCP Can Ped* 2007, Vol. 31, No. 2.
10. Pascual C.I., *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*, *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*.
- 11.- Reñares M., Vieta E., Colom F., Martínez A.A., Torrent C., Comes M., y cols., Evaluación de la carga familiar: una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala de desempeño psicosocial, *Rev Psiquiatría Fac Méd Barc* 2004; 31 (1): 7-13.
- 12.- Castilla A., López M., Chavarría V., Sanjuán M., Cánut P., Martínez M., y cols., La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1990, Vol. XVIII, No. 68, pp. 621-642.
- 13.- González T.M., Reyes G.N., Duriba S.B., Monzón J.E., Iglesias P.P., Evaluación de la carga familiar ocasionado por la presencia de un familiar con una insuficiencia renal crónica con tratamiento renal sustitutivo.
- 14.- Zarit Sh, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden *Gerontologist* 1980; 20:649-654.
- 15.- Breinbauer K.H., Vásquez V.H., Mayanz S.S., Guerra Claudia, Millán K.T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 657-665

## ANEXOS

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad del cuidador: \_\_\_\_\_ Sexo del cuidador: \_\_\_\_\_  
 Edad del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo del paciente: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento: \_\_\_\_\_

### ESCALA DE SOBRECARGA FAMILIAR DE ZARIT.

**INTRUCCIONES:** A continuación se presentan una serie de afirmaciones, en las cuales se refiere como se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, indique con qué frecuencia se siente usted así: 1= nunca, 2=raramente, 3= algunas veces, 4= bastante a menudo, 5= siempre.

	1	2	3	4	5
1. ¿ Piensa usted que su familiar le pide mas ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿ Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿ Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades ( trabajo, familia)?					
4. ¿ Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿ Se siente enfadado por cuando esta cerca de su familiar?					
6. ¿ Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación de usted con otros miembros de su familia?					
7. ¿ Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿ Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿ Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar?					
10. ¿ Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿ Piensa que no tiene tanta intimidad debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿ Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿ Se siente incomodo de tener que distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿ Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿ Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿ Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					

17. ¿ Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿ Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿ Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?					
20. ¿ Piensa que debería hacer mas por su familiar?					
21. ¿ Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					