

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



TÍTULO DE LA TESIS

PREVALENCIA DE RESENTIMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO
DE PACIENTE CON DEMENCIA.

POR

MARÍA DE LOURDES CRISTINA MONDRAGÓN LEÓN

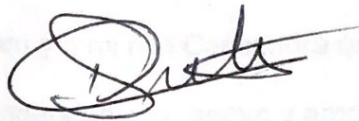
REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

FEBRERO, 2019

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

PREVALENCIA DE RESENTIMIENTO EN EL CUIDADOR PRIMARIO
DE PACIENTE CON DEMENCIA.

Aprobación de la tesis:



Dr. Raúl Fernando Gutiérrez Herrera
Director de la tesis



Dr. med. Célina Gómez Gómez
1er. Asesor



Dr. med. José Manuel Ramírez Aranda
Coordinador de investigación



Dr. Felipe Arturo Morales Martínez.
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Todo se lo dedico a Dios

“...porque separados de mí nada podéis hacer.” Juan 15:5

A mi esposo Abraham y a mi hija Cassandra que estuvieron conmigo en todo momento brindándome su apoyo y amor permitiéndome seguir, por ser la fuente de fortaleza e inspiración en mi vida. Gracias.

Gracias a toda mi familia, amigos, maestros y a todas aquellas personas que me han ayudado a superarme y ser una mejor persona.

Tabla de contenido

Resumen.....	
.....6 Capítulo	
I.....	7
Introducción.....	
.....7	
1.1	
Demencia.....	
....7	
1.2 Cuidadores	
primarios.....	8
1.3 Presencia de resentimiento asociado al	
cuidado.....	10
1.4 Planteamiento del	
problema.....	11
1.5	
Justificación.....	13
Capítulo	
II.....	14
Objetivos.....	
.....142.1 Objetivo	
General.....	14
2.2 Objetivos	
Específicos.....	14
Capítulo	
III.....	15
3.1 Material Y	
Métodos.....	15 3.2
Metodología.....	
....15	
Capítulo	
IV.....	18
Resultados.....	
.....18Capítulo	
V.....	45
Discusión	
.....	45
Capítulo	
VI.....	47

Conclusiones.....47
Capítulo VII.49
Bibliografía.....49
Capítulo VIII.....50
8.1 Anexo 1. Aspectos sociodemográficos.....50
8.2 Anexo 2. Escala de Resentimiento en el cuidador.....59

Lista de tablas

RESUMEN

Introducción: La demencia se define como el deterioro progresivo de habilidades cognoscitivas; comienza con pérdida progresiva de memoria avanzando a una limitación cognitiva total, con compromiso conductual-psiquiátrico y funcional.

Debido al deterioro es imprescindible un cuidador. Las reacciones de cuidar a pueden variar considerablemente, pero es claro ahora que muchos cuidadores están en riesgo de un compromiso psicosocial. El resentimiento

se define como sentimiento persistente de disgusto o enfado hacia alguien por considerarlo causante de cierta ofensa o daño sufridos.

Objetivo: Demostrar la prevalencia de resentimiento en los cuidadores de pacientes con demencia.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en 147 cuidadores primarios de pacientes con demencia que acudieron al Departamento de Medicina Familiar del Hospital Universitario “José Eleuterio González” para medir la presencia de resentimiento.

Resultado: Se encontró una prevalencia de resentimiento en cerca de la mitad de los cuidadores primarios.

Conclusiones: Se encontró la presencia de resentimiento en cerca de la mitad de los cuidadores primarios. Existen factores que se relacionan a favor de la presencia del resentimiento como la ocupación y las actividades relacionadas al cuidado y algunos factores que actúan en contra como el asistir a grupos de apoyo y ser practicante de religión.

Palabras clave: Demencia, Resentimiento, Cuidador, Sobrecarga.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Demencia

En los últimos años el incremento de personas mayores de 65 años se ha convertido en un hecho sin precedentes en la historia de la humanidad.(1) La transición demográfica mundial ha tenido como consecuencia una transformación en la forma en que envejecen, enferman y mueren las poblaciones. Este fenómeno, denominado transición epidemiológica, ha promovido en la actualidad que las enfermedades estén más asociadas a la discapacidad y dependencia como es el caso de las demencias. (2)

La demencia es un padecimiento crónico, neurodegenerativo y progresivo caracterizado por alteraciones en los procesos cognitivos, conducta y estado de ánimo; generador de discapacidad y dependencia en quienes la padecen. (3)

En el mundo afecta aproximadamente al 10 % de las personas mayores de 65 años y a la mitad de las personas mayores de 85 años, con un total de 47.5 millones de personas afectadas y 7.7 millones de casos nuevos al año. (4)

En América Latina, se han reportado tasas de prevalencia de demencia que oscila entre 3 y 6%. (5) En México existen algunos informes clínicos sobre la presencia de 500.000 a 700.000 personas con demencia, pero se estima que cerca del 25% de las personas afectadas permanecen sin diagnóstico. (5)

En la ENSANUT 2012 se encontró una prevalencia de 7.9% en todo México, y para el deterioro cognitivo no demencia de 7.3%. En ambos casos la frecuencia es mayor en mujeres, personas de mayor edad, menor escolaridad y en residentes del área rural. (6)

En un estudio previo realizado en Nuevo León en 2006, la prevalencia de demencia fue de 3.5 % en los adultos de 60 años o mayores; se encontró deterioro cognitivo leve en 30.5 % de la misma población. (7)

Las demencias pueden clasificarse de acuerdo a múltiples criterios, tales como: el anatómico o topográfico (basado en el área lesionada), con base en su etiología, velocidad de evolución, edad de inicio, tipo de lesiones moleculares o genéticas; de esta manera una misma patología demencial puede ser clasificada de distintas maneras dependiendo de la perspectiva bajo la que se aborde.(2)

1.2 Cuidadores primarios.

Los pacientes con demencia generan una intensa demanda de apoyo y asistencia debido a las alteraciones funcionales y cognitivas que esta conlleva, la mayoría de las veces ésta demanda de atención es cubierta por la familia y amigos.(8) El 60%-70% de los pacientes viven en la comunidad donde el 80% de la atención en el hogar es proporcionada por cuidadores familiares.(9)

El término cuidador primario se refiere a la persona que la mayor parte del tiempo realiza tareas de apoyo, cuidado y asistencia y asume la responsabilidad sobre el cuidado del paciente; por lo general, tiene una relación de carácter familiar (cónyuge, hijos, hermanos).(2)

La mayoría de los cuidadores primarios son co-residentes de estos pacientes, presentan problemas y necesidades producto de tensiones relacionadas con el cuidado diario. De acuerdo al Grupo de Investigación en Demencia 10/66 quién evaluó las condiciones de cuidado en 24 ciudades de países en vías de desarrollo; las ciudades latinoamericanas reportaron mayor cantidad de tiempo dedicado al cuidado, los cuidadores presentaron mayor grado de sobrecarga e índices de morbilidad psiquiátrica en comparación con la India y China.(10)

Las reacciones de cuidar a una persona mayor con algún impedimento pueden variar considerablemente, pero es claro ahora que muchos cuidadores informales están en riesgo de un compromiso psicosocial.(11) Los resultados de diferentes estudios sugieren que brindar cuidado a un paciente con demencia afecta la salud mental del cuidador debido a la carga, estrés, depresión y ansiedad.(12–14)

Existen factores que afectan el bienestar de los cuidadores, por ejemplo, la relación emocional entre el pariente responsable y la persona con demencia, edad avanzada, condiciones laborales poco favorables e inadecuado apoyo social, los cuales aumentan el riesgo de presentar problemas en la salud del cuidador y pueden determinar de manera significativa si se puede mantener el cuidado familiar o no.(2,15–17)

Lo mayoría de los cuidadores carecen de contacto social y soporte por lo que experimentan sentimientos de aislamiento social, tienden a sacrificar sus actividades de esparcimiento, tiempo con familia y amigos para proveer cuidado al paciente con demencia, lo que conlleva un mayor riesgo de afectación en la salud emocional del cuidador.(13,18)

Los síntomas problemáticos de comportamiento y psicológicos de la demencia, y la carga que estos síntomas crean para el cuidador, son factores clave para precipitar el paso de la atención familiar a un hogar de ancianos u otro cuidado residencial.(17,19) Los cuidadores son cruciales para evitar el internamiento y mantener a las personas con demencia en la comunidad, por lo que los familiares constituyen la piedra angular del sistema de cuidados y soporte en todas las regiones del mundo.(5)

1.3 Presencia de resentimiento relacionado al cuidado.

Pareciera que los trastornos generales del comportamiento (ambulación, agitación, depresión, irritabilidad y problemas del sueño), así como la creencia del cuidador de que los impedimentos o comportamientos del receptor eran el resultado de un intento de "controlar las cosas o conseguir su propio camino", están todos asociados con el resentimiento del cuidador y la depresión. Aunque los sentimientos de resentimiento y depresión están relacionados entre sí en los cuidadores, existen diferencias claras. A pesar de estar altamente correlacionada con muchos de los mismos problemas de comportamiento del receptor de cuidados, el resentimiento estaba más fuertemente asociado con el número de problemas de comportamiento reportados por cuidadores, con el resentimiento más alto para los cuidadores de los destinatarios de la atención con alteración a través de varios dominios de comportamiento en lugar de sólo subescalas conductuales particulares.(19)

La ira y el resentimiento son emociones que suelen sentir los cuidadores, a veces llevando a los cuidadores al punto de la violencia.(20) Los actos de abuso, tanto físicos como psicológicos, son predichos principalmente por más tiempo dedicado a cuidar, experimentar un comportamiento más abusivo por parte de los receptores de atención y una mayor carga.(21) En estudios previos se describe la presencia de resentimiento en cuidadores del 41.2% al 62.37%.(11,19,20,22,23)

En un estudio previo se demostró que el “Resentimiento por tener que cuidar” fue el único predictor estadísticamente significativo de síntomas de ansiedad o depresión ($r^2=.093$, $p=.044$ para ansiedad, y $r^2=.121$, $p=.041$ para depresión).(24)

Se han descrito factores asociados como el tiempo de cuidado, las horas al día dedicadas al cuidado, el grado de dependencia percibido, y la religión. Un estudio previo demostró que el resentimiento del cuidador está asociado a una pobre relación interpersonal ($r^2 = .78$, $p < .05$)(23); la co-residencia ha sido descrita como un indicador para su aumento. (25)

En un estudio previo realizado con cónyuges cuidadores se encontró que el 41% tenían calificaciones en sentimiento de 'resentimiento de la ira' hacia el paciente en las categorías "Frecuentemente" o "A veces". Se mostró que cuanto mayor es la puntuación del problema del paciente, mayor es la ira-resentimiento en el cuidado ($r^2=.06$, $p < .001$).(20)

La asociación entre la alteración general del comportamiento ($r^2=68$, $p<.001$) y comportamientos clasificados como controladores o de manipulación ($r^2=.75$, $p<.001$) confirmó que los cuidadores pueden atribuir voluntad y propósito a los síntomas conductuales de la demencia, lo que condiciona a que se presente con más frecuencia el resentimiento.(19)

Puede ser que los cuidadores hagan diferentes atribuciones sobre los comportamientos que reconocen como sintomáticos de la demencia versus los comportamientos que ven como manipuladores intencionalmente, con el último resultado en el resentimiento. Sin embargo, es probable que el resentimiento resulte no sólo de las atribuciones que los cuidadores hacen acerca de los síntomas de comportamiento de los receptores de atención, sino también de las atribuciones hechas acerca del esfuerzo, la función y los constructos cognitivos.(19)

Es probable que los factores de relación antes de la enfermedad, la función del paciente, el patrón de deterioro cognitivo, la personalidad del cuidador y el trastorno del comportamiento desempeñen un papel clave en las atribuciones que los cuidadores hacen con respecto al cuidador y al cuidador.(26)

1.4 Planteamiento del problema

Si el brindar cuidado es una actividad no escogida, la ira y el resentimiento pueden impactar en la total situación del cuidador.(24) El cuidado cambia las responsabilidades diarias, las oportunidades sociales, y casi todos los aspectos de la vida, tanto hoy como en el futuro en el cuidador.(19)

El cuidado representa muchos sacrificios y puede conducir a sentimientos de resentimiento.(27) Los resultados de estudios previos indican que los cuidadores que resienten tener que cuidar son susceptibles a presentar síntomas de ansiedad y depresión. (23,24)

Se ha encontrado una relación entre el riesgo de maltrato hacia las personas mayores y determinadas variables presentes en el cuidador, como la carga asociada al cuidado, la depresión, la expresión interna de la ira y el estrés asociado a conductas agresivas y provocadoras exhibidas por la persona cuidada, así como el resentimiento del cuidado, la enfermedad o las responsabilidades del cuidador.(24,28)

En el estudio relacionado con el resentimiento en los cuidadores(11), los autores investigaron por qué las personas cuidadas muestran comportamientos problemáticos. Este estudio se centró en cómo las atribuciones que hacen los cuidadores informales sobre el origen de los comportamientos problemáticos, mostrados por la persona cuidada contribuyen a su resentimiento y a su obligación de cuidar. Se encontró que cuidar a una persona con deterioro cognitivo significa no solo proveer más cuidado sino también lidiar con conductas más confusas. Los cuidadores muestran más resentimiento cuando atribuyen las dificultades del cuidado a algo inherente al receptor del cuidado en lugar de algo atribuible a la enfermedad.(11,23,25)

Los estudios previos muestran que a medida que aumenta el resentimiento del cuidador disminuye la calidad del cuidado informal.(9,22,23,26,29) El resentimiento del cuidador ha sido considerado predictor de negligencia o maltrato a la persona que recibe el cuidado.(24)

En México no existen estadísticas acerca del resentimiento en los cuidadores, ni en las implicaciones que conlleva al cuidado y al cuidador. Se sabe que no hay suficientes redes de ayuda formales e informales para la atención de las enfermedades crónicas, menos aún si son degenerativas. Tampoco se cuenta con espacios de detección y atención de la violencia para estos casos.(30) Los proveedores de salud necesitan ser más sensibles a la actividad de cuidar, particularmente con qué los motiva a proporcionar el cuidado y el resentimiento.(24)

1.5 Justificación

La población de adulto mayor está en incremento y las dificultades inherentes al cuidado implican identificar quién los cuida, dónde los cuidan y en qué condiciones. El hacerse cargo de un familiar dependiente genera sobrecarga en el cuidador, lo que repercute en su salud física y psicosocial. Este estudio pretende identificar la presencia de resentimiento en el cuidador y los factores que lo predisponen con el fin de planear estrategias para prevenir y tratarlo en un futuro y así evitar consecuencias en la persona con demencia.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1 Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de resentimiento en los cuidadores de pacientes con demencia y conocer el perfil del cuidador y del paciente.

2.2 Objetivos específicos:

- Medir la prevalencia de resentimiento en los cuidadores.
- Describir los factores sociodemográficos asociados con la presencia de resentimiento.

CAPÍTULO III

3.1 Material y métodos

- **Diseño:** Estudio observacional transversal descriptivo mediante un cuestionario a los cuidadores primario de pacientes con demencia.
- **Universo:** Cuidadores primarios de pacientes con demencia en la consulta de Medicina Familiar del Hospital Universitario.

3.2 Sujetos de estudio

- **Criterios inclusión:**
 - Ser cuidador primario de pacientes con demencia.
 - Ser mayor de 18 años.
 - Aceptar participar.
 - Sexo indistinto.

- **Criterios exclusión:**
 - Rechazo a participar.
 - Dificultad para contestar el cuestionario, cuando se trate de adultos mayores.
- **Criterios de eliminación:**
 - Encuestas incompletas.

3.3 Muestreo

- No probabilístico.
- Tamaño de muestra: 147

ESTIMACIÓN DE UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN INFINITA			
$N = \frac{(Z\alpha)^2(p)(q)}{\delta^2}$			
		al cuadrado	
valor Z	1.96	3.8416	
valor p	0.58		n= 146.2209
valor q	0.42		
valor δ	0.08	0.0064	

N= Tamaño de la muestra que se requiere.
p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio.
q= 1-p (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)
 δ = Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar.
Z α = distancia de la media del valor de significación propuesto.

3.4 Instrumento de recolección de datos.

Se aplicó un cuestionario con las siguientes secciones:

- Aspectos sociodemográficos (Anexo 1).
 - Datos del cuidador.
 - Datos del paciente.
- Escala de Resentimiento en el cuidador (Anexo 2). Esta escala está compuesta por elementos de la escala de Sobrecarga de Zarit (Zarit et al., 1980) y una escala de Resentimiento por Thompson et al.(1995).(25) Ha sido ampliamente utilizada en estudios previos y cuenta con un alfa de Crombach .92. Es tipo Likert con puntuación mínima de 1 y máxima de 5 en cada una de las 17 preguntas.(11,17,19,23,24,31)

3.4 Procedimiento y análisis de datos

- Se recabó la información la consulta de Medicina Familiar del hospital “José Eleuterio González”, se pidió consentimiento verbal y aplicó la encuesta con duración de 15 minutos a los cuidadores primarios de paciente con demencia.
- Fueron capturados, procesados y analizados mediante SPSS versión 20 para Windows.

- Se realizaron estadísticas descriptivas con porcentajes y frecuencias para variables categóricas.
- Se utilizó la χ^2 para variables categorías y para la valoración de la escala de Resentimiento se estableció un punto de corte de acuerdo a la mediana estableciendo dos categorías: igual y mayor a la mediana y menor a la mediana para cruce de variables cualitativas con valor de significancia estadística de $p < .05$.

3.5 Aspectos éticos

- El protocolo fue sometido y aprobado por los Comité de Ética y el de Investigación del Hospital Universitario “José Eleuterio González” con clave de registro: MF 17-00008.
- Se exentó el consentimiento informado por no representa riesgo alguno.
- Se garantizó la confidencialidad de la información.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se realizaron 147 encuestas a cuidadores primarios; se encontró la presencia de resentimiento en cuidadores primarios de pacientes con demencia. Aunque no era el propósito del estudio se analizaron factores que predisponen a la presencia de resentimiento.

En la Sección 1 de tablas se analizaron los factores sociodemográficos de los cuidadores. En su mayoría son femeninos, casadas, de escolaridad universitaria, dedicadas al hogar, de estatus socioeconómico medio, con religión católica que si practican su religión. El 51% de los cuidadores acuden a un grupo de apoyo.

1. Datos del cuidador

Tabla 1.1 Datos sociodemográficos del cuidador

Características sociodemográficas	F	%
Género		
Masculino	54	36.7
Femenino	93	63.3
Estado civil		
Soltero	27	18.4
Casado	81	55.1
Divorciado	9	6.1
Viudo	20	13.6
Separado	10	6.8
Escolaridad		
Primaria	23	15.6
Secundaria	19	12.9
Preparatoria	19	12.9
Comercio	16	10.9
Técnica	12	8.2
Universidad	50	34.0
Posgrado	8	5.4

Tabla 1.1 Continuación...

Ocupación		
Hogar	53	36.1
Estudiante	2	1.4
Empleado	26	17.7
Obrero	2	1.4
Comerciante	17	11.6
Desempleado	5	3.4
Jubilado	8	5.4
Profesionista	30	20.4
Otra	4	2.7
Residencia		
Monterrey	62	42.2
Guadalupe	38	25.9
San Nicolás	23	15.6
Escobedo	2	1.4
Santa Catarina	4	2.7
San Pedro	2	1.4
Apodaca	8	5.4
Otro	8	5.4

Tabla 1.1 Continuación...

Nivel Socioeconómico		
Medio alto	8	5.4
Medio	91	61.9
Medio emergente	29	19.7
Bajo	17	11.6
Bajo extremo	1	.7
Bajo muy extremo	1	.7
Religión		
Católica	126	85.7
Cristiana	12	8.2
Ninguna	9	6.1
Practicante de religión		
Si	98	66.7
No	49	33.3
Variables numéricas	Media	DE
Edad	53.4	11

Tabla 1.2. Acude a algún grupo de apoyo

Grupo de apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Si	75	51.0
No	72	49.0

En la tabla 2 se describen las características del cuidado, así como algunas actividades realizadas durante el cuidado. En su mayoría el cuidado es brindado a la madre del cuidador, se cuida durante las 24 horas del día principalmente, existe ayuda para el cuidado principalmente por parte de los hermanos del cuidador, no reciben remuneración económica. Las actividades realizadas durante el cuidado son alimentar, bañar, acompañar al baño, trasladar, movilizar, ayudar a vestir y cambiar el pañal del paciente.

2. Datos del cuidado

Tabla 2.1. Características del receptor del cuidado

Parentesco (receptor del cuidado)	f	%
Ninguno	2	1.4
Cónyuge	11	7.5
Otro	19	12.9
Madre	91	61.9
Padre	14	9.5
Abuelo	1	.7
Abuela	3	2.0
Hermano	6	4.1

Tabla 2.1 Continuación...

Horario que cuida		
Matutino	11	7.5
Vespertino	30	20.4
Nocturno	8	5.4
Todos	98	66.7
Existe alguien que le ayude		
Si	101	68.7
No	46	31.3
Número de personas que ayudan		
0	43	29.3
1	59	40.1
2	18	12.2
3	12	8.2
5	15	10.2
Remuneración		
Si	1	.7
No	146	99.3

Tabla 2.1 Continuación...

Parentesco de personas que ayudan al cuidado		
Hermanos	44	29.9
Cónyuge	11	7.5
Hijos	15	10.2
Nuera/Yerno	12	8.2
Nieto	1	.7
Otro familiar	3	2.0
No es familiar	20	13.6
Ninguno	41	27.9
Variables numéricas		
Días por semana que cuida	6.1	1.6
Horas al día que cuida	15.9	8.2
Número de medicamentos	1.6	1.8

Tabla 2.2. Actividades del cuidado

Actividades del cuidado	f	%
Alimentarlo		
Si	125	85.0
No	22	15.0
Bañar al paciente		
Si	99	67.3
No	48	32.7
Cambiar pañal		
Si	79	53.7
No	68	46.3
Acompañarlo al sanitario		
Si	96	65.3
No	51	34.7
Ayudar a vestir al paciente		
Si	94	63.9
No	53	36.1

Administración de medicamento		
Si	117	79.6
No	30	20.4
Traslados		
Si	129	87.8
No	18	12.2
Movilización		
Si	74	50.3
No	73	49.7

En la Tabla 3 Autopercepción del cuidador con respecto a su estado de salud, es principalmente buena.

3. Percepción de salud

Tabla 3.1 Percepción de salud del cuidador

Salud Actual	f	%
Pobre	5	3.4
Más o menos	41	27.9
Buena	68	46.3
Muy buena	27	18.4
Excelente	6	4.1

Tabla 3.2 Enfermedades presentes después de iniciar el cuidado

Enfermedades	f	%
Ninguna	68	46.3
Depresión	29	19.7
Ansiedad	9	6.1
Otra	5	3.4
Depresión y ansiedad	4	2.7
DM2 e HAS	4	2.7
ERGE y Obesidad	1	.7
ERGE y SII	2	1.4
Diabetes Mellitus 2	13	8.8
Hipertensión arterial	7	4.8
ERGE	2	1.4
SII	3	2.0

En la sección 4 de tablas se analizan los datos del paciente, con edad media de 79.1 años con DE de 9 años, sexo femenino, cohabitan con hijos, con grado de demencia moderada o no la conocen, no postrados en cama y sin uso de ayuda para deambulaci3n.

4. Datos del paciente

Tabla 4.1. Características del paciente

Características sociodemográficas	f	%
Género del paciente		
Masculino	31	21.1
Femenino	116	78.9
Vive con:		
C3nyuge	16	10.9
No es familiar	6	4.1
Otro familiar	6	4.1
C3nyuge e hijos	23	15.6
C3nyuge, hijos y padre	2	1.4
Hijos	85	57.8
Hermanos	9	6.1
Variables numéricas	Media	DE
Edad	79.1	9

Tabla 4.3. Características médicas

Grado por Profesional	f	%
Si	111	75.5
No	36	24.5
Grado de Demencia		
Deterioro cognitivo	9	6.1
Leve	34	23.1
Moderada	42	28.6
Severa	20	13.6
Desconoce	42	28.6
Postrado en cama		
Si	9	6.1
No	138	93.9
Uso de ayuda		
Si	52	35.4
No	91	61.9
Amerita, no usa.	4	2.7
Especifique (uso de ayuda)		
Silla de ruedas	5	3.4
Andador	29	19.7
Bastón	24	16.3
Ninguno	89	60.5
Variables numéricas		
Tiempo de diagnóstico (años)	4.1	3.5

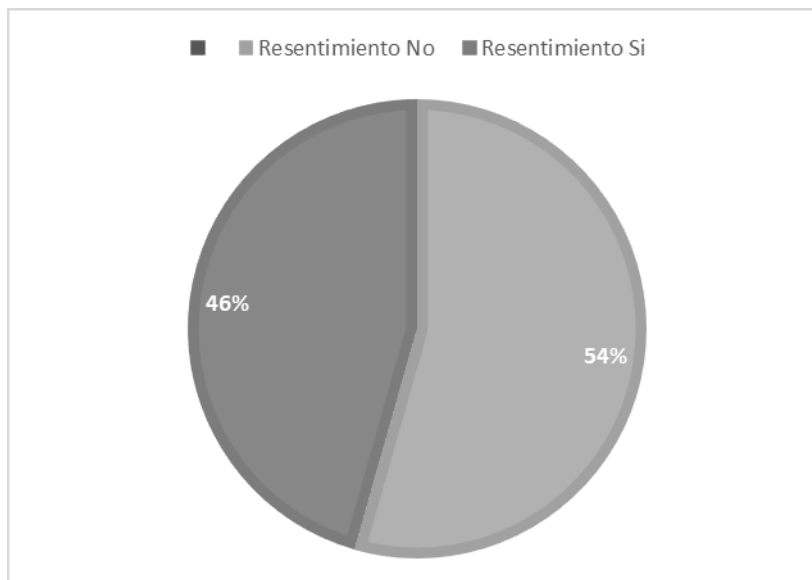
Se estableció un punto de corte en la escala de Resentimiento con base a la media obtenida. El resentimiento se presentó en el 45.6% de los cuidadores (Gráfica 5.1).

5. Resentimiento

Tabla 5.1. Puntuación Resentimiento

Estadísticos	Puntuación Resentimiento
Media	38.97
DE	15.677
Mínimo	17
Máximo	79

Gráfica 5.1. Prevalencia de Resentimiento.



6. Cruces.

Se cruzaron los datos sociodemográficos, características del cuidado y datos del paciente con la presencia del resentimiento.

Los que mostraron significancia estadística y se relacionan con mayor presencia de resentimiento son: ocupación estudiante y comerciante (Tabla 6.2), no vivir en el área metropolitana de Monterrey (Tabla 6.3), ayudarlos a vestirse (Tabla 6.9), trasladar al paciente (Tabla 6.10), acompañarlos al sanitario (Tabla 6.8), el que no se haya comunicado el grado de demencia por parte de algún profesional de salud (Tabla 6.11), desconocer el grado de demencia o presentar demencia severa (Tabla 6.12) y cuidar en horario matutino (Tabla 6.13).

Aquellos que favorecen a disminuir la presencia de resentimiento son: practicar su religión (Tabla 6.4), acudir a un grupo de apoyo (Tabla 6.7).

Tabla 6.1 Sexo del cuidador y resentimiento

		Sexo				Total
		Masculino		Femenino		
		F	%	f	%	
Resentimiento	Si	23	42.5	44	47.3	67
	No	31	57.5	49	52.7	80

n=147

p<.61 (NS)

Tabla 6.2. Ocupación y resentimiento

Resentimiento	Ocupación																		Total
	Hogar		Estud.		Empleado		Obrero		Comerciante		Desempl eado		Jubilado		Prof.		Otra		
	F	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%	
No	27	50.9	0	0	16	61.5	2	100	6	35.3	5	100	6	75	18	60	0	0	80
Si	26	49.1	2	100	10	38.5	0	0	11	64.7	0	0	2	25	12	40	4	100	67

n= 147 p<.02

Presentó predominio en la presencia de resentimiento las ocupaciones de comerciante (64.7%), estudiante (100%) y otras (100%). Las ocupaciones que presentaron menor presencia de resentimiento fueron empleado (61.5%) y desempleado (100%).

Tabla 6.3. Residencia y resentimiento

		Residencia				Total
		Área Metropolitana de Mty.		Otro		
		F	%	f	%	
Resentimiento	No	80	57.5	0	0	80
	Si	59	42.5	8	100	67

n= 147 p<.001

Aquellos cuidadores que no viven en el área metropolitana de Monterrey presentar mayor presencia de resentimiento (100%).

Tabla 6.4. Religión y resentimiento

		Religión						Total
		Católica		Cristiana		Ninguna		
		F	%	F	%	f	%	
Resentimiento	No	68	53.9	5	41.6	7	77.7	80
	Si	58	46.1	7	58.3	2	22.3	67

n= 147 p<.24 (NS)

Tabla 6.6. Practicante de religión y resentimiento

		Practicante				Total
		Si		No		
		f	%	f	%	
Resentimiento	No	66	67.3	14	28.5	80
	Si	32	32.7	35	71.5	67

n= 147 p<.001

Los cuidadores que practican su religión presentan menor presencia de resentimiento (67.3%), esto sin importar la religión que practiquen.

Tabla 6.7. Grupo de apoyo y resentimiento

		Grupo de apoyo				Total
		Si		No		
		f	%	f	%	
Resentimiento	No	48	64	32	44.4	80
	Si	27	36	40	55.6	67

n= 147 p<.01

Los cuidadores primarios que acuden a grupos de apoyo presentan menor presencia de resentimiento (64%).

Tabla 6.8. Acompañar al sanitario y resentimiento

		Sanitario				Total
		Si		No		
		f	%	f	%	
Resentimiento	No	41	74.5	39	76.4	80
	Si	55	25.5	12	23.6	67

n= 147 p<.001

Tabla 6.9. Vestir al paciente y resentimiento

		Vestirlo				Total
		Si		No		
		f	%	f	%	
Resentimiento	No	39	41.4	41	77.3	80
	Si	55	58.5	12	22.7	67

n= 147 p<.001

Tabla 6.10. Traslados y resentimiento

		Traslados				Total
		Si		No		
		f	%	F	%	
Resentimiento	No	76	58.9	4	22.2	80
	Si	53	41.1	14	77.8	67

n= 147 p<.001

En cuanto a las actividades del cuidado las que presentaron mayor presencia de resentimiento y significancia estadística fueron vestir al paciente (58.5%), trasladarlo (41.1%) y acompañar al paciente al sanitario (25.5%).

Tabla 6.11. Comunicación de grado de demencia por profesional de salud y resentimiento.

		Grado por Profesional				Total
		Si		No		
		f	%	F	%	
Resentimiento	No	67	60.3	13	36.1	80
	Si	44	39.7	23	63.9	67

n= 147 p<.01

Los cuidadores que no fueron informados por el profesional de salud del grado de demencia que presenta el paciente presentaron mayor presencia de resentimiento (63.9%).

Tabla 6.12. Grado de demencia y resentimiento.

		Grado de Demencia										f
		Deterioro cognitivo		Leve		Moderada		Severa		Desconoc e		
		f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	
Resentimiento	No	5	55.5	20	58.8	32	76.1	9	45	14	33.3	80
	Si	4	44.5	14	41.2	10	23.9	11	55	28	66.7	67

n= 147 p<.00

Aquellos cuidadores que no conocen el grado de demencia que tiene el paciente presentaron mayor presencia de resentimiento (66.7%), el grado de demencia presente en el paciente que se relacionó con mayor presencia de resentimiento fue el grado severo (55%).

Tabla 6.13. Horario de cuidado y resentimiento

		Horario que cuida								Total
		Matutino		Vespertino		Nocturno		Todos		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Resentimiento	No	2	18.2	23	76.6	4	50	51	52	80
	Si	9	81.8	7	23.4	4	50	47	48	67

n= 147 p<.001

El horario matutino (81.8%) y el horario nocturno (50%) de cuidado se relacionan con mayor presencia de resentimiento.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La demencia es un trastorno que presenta deterioro cognitivo, funcional y de comportamiento que condiciona la necesidad de cuidado. El cuidado al paciente con demencia puede ocasionar consecuencias negativas sobre el cuidador, especialmente en el área emocional.

Las reacciones por cuidar a un paciente con demencia pueden ser muy variadas, el resentimiento es una de las emociones relacionadas con el cuidado y que a su vez se ha relacionado con disminución en la calidad del cuidado (20,24), que inclusive puede llegar a violencia contra el paciente(22).

Además, el “resentimiento por tener que cuidar” se ha relacionado como precursor de depresión (19) y ansiedad. (24) La quinta parte de los cuidadores entrevistados padecían depresión, por lo que es importante su detección y tratamiento para evitar mayor resentimiento y sus consecuencias.

En relación al resentimiento en la literatura internacional, principalmente en USA, se encontró una prevalencia entre el 41% y 62.3% (11,19,22,26) comparado con el nuestro que encontramos 45.6%. Lo que indica que el resentimiento es un sentimiento muy frecuente en el cuidador, catalogado como sentimiento negativo.

Las actividades del cuidado varían del 59.5% al 86.5%, lo que implica sobrecarga (32) para el cuidador y presentan significancia estadística principalmente en ayudarlos a vestirse, trasladar al paciente, acompañarlos al sanitario.

A comparación con la literatura en la que describen a las cuidadoras con mayor resentimiento (24) y más estresadas (32), no encontramos predisposición de género del cuidador en la presentación de resentimiento (Tabla 7.2).

Como médicos familiares conocemos que uno de los pilares fundamentales de la medicina familiar es la prevención y dado que no existen intervenciones formales en México (30) para prevenir o tratar las repercusiones en la salud emocional del cuidador, se sugiere estudiar el efecto de los grupos de apoyo (25) como prevención o tratamiento de la presencia de resentimiento. En nuestro análisis los cuidadores que acudían a algún grupo de apoyo presentaron menos resentimiento en comparación a los que no acudían.

Otro factor que presento menor presencia de resentimiento fue el practicar religión, esto puede deberse a que a través de la religión pueden encontrar explicaciones divinas a su papel de cuidador.

En la co-residencia, factor predictivo para el resentimiento encontramos que el 57.8% vive con hijos, el 15.6% con cónyuge e hijos, lo que demuestra que los hijos cuidan de uno de sus padres.

La falta de comunicación por parte del profesional de salud se relacionó con la presencia de resentimiento, por lo que la comunicación clara y efectiva puede ayudarnos a reducir la presencia de resentimiento.

Se encontraron algunas limitaciones en el presente estudio, la población estudiada fueron principalmente mujeres con escolaridad licenciatura de estatus socioeconómico medio de ocupación ama de casa que puede no ser una muestra representativa de nuestra población.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Se encontró la presencia de resentimiento en cerca de la mitad de los cuidadores primarios de pacientes con demencia.

Los factores sociodemográficos de los cuidadores son en su mayoría femeninos, casadas, de escolaridad universitaria, dedicadas al hogar, de estatus socioeconómico medio, con religión católica que si practican su religión.

Las características del cuidado que encontramos son en que su mayoría el cuidado es brindado a la madre del cuidador, se cuida durante las 24 horas del día principalmente, existe ayuda para el cuidado principalmente por parte de los hermanos del cuidador, no reciben remuneración económica. Las actividades realizadas durante el cuidado son alimentar, bañar, acompañar al baño, trasladar, movilizar, ayudar a vestir y cambiar el pañal del paciente. El 51% de los cuidadores acuden a un grupo de apoyo.

La autopercepción del cuidador con respecto a su estado de salud es principalmente buena, un quinto de los pacientes refiere presentar depresión.

Las características sociodemográficas del paciente son de edad media de 79.1 años, sexo femenino, cohabitan con hijos, con grado de demencia moderada, no postrados en cama y sin uso de ayuda para deambulaci3n.

Se cruzaron los datos sociodemográficos, características del cuidado y datos del paciente con la presencia del resentimiento.

Los que mostraron significancia estadística y se relacionan con mayor presencia de resentimiento son: ocupaci3n estudiante y comerciante, no vivir en el área metropolitana de Monterrey, ayudarlos a vestirse, trasladar al paciente, acompañarlos al sanitario, el que no se haya comunicado el grado de demencia por parte de alg3n profesional de salud, desconocer el grado de demencia o presentar demencia severa y cuidar en horario matutino.

Aquellos que favorecen a disminuir la presencia de resentimiento son: practicar su religi3n, acudir a un grupo de apoyo.

Es una realidad la presencia de resentimiento por lo que es necesario poner especial atenci3n en los cuidadores para prevenir su aparici3n o tratarla y evitar complicaciones.

CAPÍTULO VII

BIBLIOGRAFÍA

1. INEGI. Población [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 17]. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura/>
2. Ma D, Alonso E, Ana D, Sosa L, Sotelo J, Ausman J, et al. Visión actual de las demencias. Arch Neurociencias. 2016;21.
3. Gutierrez-Robledo LM, Arrieta-Cruz I. [Dementia in Mexico: The need for a National Alzheimer s Plan]. Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. Gac Med Mex [Internet]. 2015;151(5):667–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26526483>
4. Batsch NL, Mittelman MS. Overcoming the stigma of dementia, World Alzheimer Report 2012 [Internet]. Www.Alz.Co.Uk. 2012. 1-80 p. Available from: <papers2://publication/uuid/889ADA69-3B6E-4DCC-BF40-936650E90072>
5. Rodríguez, J., Gutiérrez R. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2014;40(3):378–87. Available from: <http://scielo.sld.cu>
6. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, et al.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. 2006 [Internet]. 2006;132.

Available from:

<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Encuesta+Nacional+de+Salud+y+Nutrici?n+2006#0>

7. Gerardo, Alanís-Niño 1, Vanessa J, Garza-Marroquín 2, Andrés, González-Arellano. Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008;46(1):27–32.
8. Productivity Commission. Trends in Aged Care Services: some implications. Commission Research Paper. 2008.
9. McClendon MJ, Smyth K a. Quality of informal care for persons with dementia: dimensions and correlates. *Aging Ment Health* [Internet]. 2013;17(8):1003–15. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24171485>
10. Prince M, Graham N, Brodaty H, Rimmer E, Varghese M, Chiu H, et al. Alzheimer Disease International's 10/66 Dementia Research Group - One model for action research in developing countries. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;19(2):178–81.
11. Williamson GM, Martin-Cook K, Weiner MF, Svetlik D a., Saine K, Hynan LS, et al. Caregiver Resentment: Explaining Why Care Recipients Exhibit Problem Behavior. *Rehabil Psychol.* 2005;50(3):215–23.
12. Mahoney R, Regan C, Katona C, Livingston G. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2005;13(9):795–801. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16166409>

13. Paredes AM. The Influence of Dementia Caregiver Mental Health on Quality of Care in Argentina [Internet]. 2014. Available from: <http://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4603&context=etd>
14. Gallagher D, Rose J, Rivera P, Lovett S, Thompson LW. Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist*. 1989;29(0016-9013):449–56.
15. Bevans M, Sternberg EM. CLINICIAN ' S CORNER Caregiving Burden , Stress , and Health Effects. 2013;20892.
16. Biegel DE, Katz-Saltzman S, Meeks D, Brown S, Tracy EM. Predictors of Depressive Symptomatology in Family Caregivers of Women With Substance Use Disorders or Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders. *J Fam Soc Work*. 2010;13(1):25–44.
17. Dumser HE. A Pilot Study : The Association between Relationship Quality and Attributions and Resentment Among Alzheimer ' s Disease Caregivers A Pilot Study : The Association between Relationship Quality and [Internet]. Pacific University; 2011. Available from: <http://commons.pacificu.edu/spp/218>
18. Leong J, Madjar I, Fiveash B. Needs of Family Carers of Elderly People with Dementia Living in the Community. *Australas J Ageing* [Internet]. 2001;20(3):133–8. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33747890385&partnerID=tZOtx3y1>
19. Martin-Cook K, Remakel-Davis B, Svetlik D, Hynan LS, Weiner MF.

- Caregiver attribution and resentment in dementia care. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementias*® [Internet]. 2003;18(6):366–74. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/153331750301800606>
20. Croog SH, Burleson J a, Sudilovsky a, Baume RM. Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging Ment Health*. 2006;10(2):87–100.
 21. Cooper C, Blanchard M, Selwood A, Walker Z, Livingston G. Family carers' distress and abusive behaviour: Longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2010;196(6):480–5.
 22. MacNeil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger. *Gerontologist*. 2010;50(1):76–86.
 23. Dumser H. Predictors of caregiver depression in Alzheimer ' s disease [Internet]. Doctoral dissertation, Pacific University. 2014. Available from: <http://commons.pacificu.edu/spp/1155>
 24. Aggar C, Ronaldson S, Cameron ID. Self-esteem in carers of frail older people: resentment predicts anxiety and depression. *Aging Ment Health* [Internet]. 2011;15(6):671–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21547749>
 25. Thompson SC, Medvene LJ, Freedman D. Caregiving in the close relationships of cardiac patients: Exchange, power, and attributional perspectives on caregiver resentment. *Pers Relatsh* [Internet]. 1995;2(2):125–42. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00081.x>

26. Smith G. Increases in informal caregiver psychological distress and physical health symptoms lead to poor quality of care over time [Internet]. Vol. 2. University of Georgia; 2010. Available from: <http://ugakr-maint.libs.uga.edu/handle/123456789/7883>
27. IPA. The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Module 4: Role of family caregivers. 2012; Available from: http://www.ipa-online.org/members/pdfs/____IPA_BPSD_Module_4.pdf
28. Pérez Rojo G. Factores de riesgo asociados al maltrato hacia personas mayores con demencia en el ámbito comunitario. *Zerb Serv Soc.* 2008;8:19–31.
29. Williamson GM, Shaffer DR, Schulz R. Activity restriction and prior relationship history as contributors to mental health outcomes among middle-aged and older spousal caregivers. *Heal Psychol.* 1998;17(2):152–62.
30. Sánchez-Guzmán MA, Paz-Rodríguez F, Espinola-Nadurille M. Violencia doméstica en díadas paciente-cuidador de enfermedades neurológicas. *Gac Med Mex.* 2015;151:450–5.
31. Parker D, Mills S, Abbey J. Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: A systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2008;6(2):137–72.
32. Mehta KK. Stress among family caregivers of older persons in Singapore. *J Cross Cult Gerontol.* 2005;20(4):319–34.

CAPÍTULO VIII (ANEXOS)

Anexos 1

Fecha: _____

No. de encuesta:

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado. Las respuestas serán anónimas y se garantiza la confidencialidad. No existe respuesta correcta o incorrecta.

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS (CUIDADOR)

1. **Sexo:** _____

1.Masculino 2. Femenino

2. **Edad** (años cumplidos): _____

3. Estado civil: _____

1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión Libre 6.
Separado

4. Escolaridad: _____

1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Comercio 6.
Técnica 7. Universidad 8. Posgrado

5. Ocupación: _____

1. Hogar 2. Estudiante 3. Empleado 4. Obrero 5. Comerciante 6.
Desempleado 7. Jubilado 8. Profesionista 9. Otra:

6. Lugar de residencia: _____

1. Monterrey 2. Guadalupe 3. San Nicolás 4. Escobedo 5. Santa
Catarina 6. San Pedro 7. Apodaca 8. Otro: _____

7. Nivel socioeconómico: _____

1. Alto 2. Medio alto 3. Medio 4. Medio emergente 5. Bajo 6. Bajo
extremo 7. Bajo muy extremo

8. Religión: _____

1. Católica 2. Bautista 3. Metodista 4. Testigo de Jehová 5. Cristiana
6. Adventista 7. Otra: _____ 8. Ninguna (en caso de que
su respuesta sea ninguna, pase a la pregunta 11)

9. ¿Es practicante? _____

1.Si 2. No

10.Si es practicante, ¿cuántos días a la semana acude?

II. DATOS DEL CUIDADOR

1. Datos sobre el cuidado

11.Parentesco con la persona que cuida: _____

1.Ninguno 2. Madre 3. Padre 4. Abuelo 5. Abuela 6. Tío 7. Tía 8.

Hermano 9. Hermana 10. Cónyuge 11. Otro: _____

12.En caso de no tener parentesco con el paciente, ¿recibe remuneración económica?

1.Si 2. No

13.Tiempo de cuidar en meses (< de 1 año): _____

14.Tiempo de cuidar en años: _____

15.Número de días por semana que cuida: _____

16.Promedio de horas al día de cuidado: _____

17.Horario que cuida: _____

1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno 4. Todos

18.¿Existe alguien que le ayude al cuidado? _____

1. Si 2. No (en caso de contestar no, pase a la pregunta 19)

19.Número de personas que le ayudan al cuidado: _____

20.Parentesco (en relación al paciente) de las personas que ayudan al cuidado: _____

1. Hermanos 2. Cónyuge 3. Hijos 4. Sobrinos 5. Nuera/yerno 6. Nieto

7. Otro familiar: _____ 8. No es familiar

21. Señale con una X las actividades que realice durante el cuidado proporcionando hacia el paciente. (índice de Katz)

Actividad	Si (el familiar es totalmente dependiente)	No (el px es independiente)	Necesita algo de asistencia
Alimentarlo			
Bañarlo			
Aseo personal			
Cambio de pañal			
Acompañarlo al sanitario			
Vestirlo			
Administración de medicamentos			
Traslados			
Movilización			

B. Datos sobre su salud

22. Enfermedad que padecía antes de cuidar: _____

1. Ninguna 2. D. M 3. HTA 4. Asma 5. Gastritis 6. Úlcera 7. Artritis 8.
Colitis 9. Anemia 10. Obesidad 11. Depresión 12. Ansiedad 13. Otra:

23. Enfermedad que padece después de cuidar: _____

1. Ninguna 2. D. M 3. HTA 4. Asma 5. Gastritis 6. Úlcera 7. Artritis 8.
Colitis 9. Anemia 10. Obesidad 11. Depresión 12. Ansiedad 13.
Otra: _____

24. Crisis que ha presentado durante el cuidado: _____

1. Divorcio 2. Separación marital 3. Desempleo 4. Enfermedad de
cónyuge 5. Enfermedad en hijos 6. Bajo
rendimiento escolar 7. Hijo que deja el hogar 8.
Reprobación escolar 9. Jubilación 10. Enfermedad personal 11.
Problemas económicos 12. Ninguna 13. Otra:

25. Usted diría que su salud actual es: _____

1. Pobre 2. Más o menos 3. Buena 4. Muy buena 5. Excelente

26. Acude a algún grupo de apoyo de manera regular: _____

1. Sí 2. No

III. DATOS DEL PACIENTE

A. Generales

27. Edad de la persona que cuida: _____

28. Sexo de la persona que cuida: _____

1. Masculino 2. Femenino

29. Vive con: _____

1. Cónyuge 2. Cónyuge e Hijos 3. Padres 4. Cónyuge, Hijos y Padres 5.
Hijos 6. Tíos 7. Abuelos 8. Hermanos 9. Sobrinos 10. No es
familiar 11. Otro Familiar: _____

30. Considera que la relación con su familiar enfermo es: _____

1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala

31. Considera que la relación con el resto de los integrantes de la familia es:

1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala

B. Salud del paciente

32. Tiempo de diagnóstico de demencia en meses (si es < a 1 año):

33. Tiempo de diagnóstico de demencia (años): _____

34. ¿Algún profesional de la salud le comunicó el grado de demencia de su paciente? ___ 1. Si 2. No

35. En caso de ser afirmativo, ¿Qué grado de demencia posee?

1. Deterioro cognitivo 2. Leve 3. Moderada 4. Severa 5. Desconozco

36. En la siguiente tabla marque con una X las enfermedades que padezca su paciente además de la demencia, el uso de medicamentos y la frecuencia de la toma.

Enfermedad	Medicamentos	Frecuencia al día
a) Diabetes Mellitus		
b) Hipertensión arterial		
c) Osteoartrosis		
d) Cáncer		
e) Artritis		
f) Gastritis		
g) Cardiopatía		
h) EPOC		
i) Secuelas de EVC		
j) Secuelas de fracturas		
k) Osteoporosis		
l) Desnutrición		
m) Enfermedad renal crónica		
n) Otra		

C. Dependencia del paciente

37. La persona a la que usted cuida presenta dificultades en: _____

1. Audición 2. Motriz 3. Visión 4. Nutrición 5. Memoria 6. Habla

7. Otra: _____

38. Problemas conductuales de la persona que usted cuida: _____

1. Aislamiento 2. Apatía 3. Agresividad 4. Vagabundeo 5. Deambulaci3n

6. Ansiedad 7. Desorientaci3n 8. Depresi3n 9. Repetici3n 10. Otro:

39. La persona que cuida est3 postrada en cama: ____

1. S3 2. No

40. La persona que cuida utiliza silla de ruedas, andador o bast3n:

1. S3 2. No 3. Amerita, pero no ha comprado.

41. Especifique: _____

1. Silla de ruedas 2. Andador 3. Bast3n

42. Hospitalizaciones en el a3o de la persona que cuida: _____

43. Cobertura médica de su paciente: _____

1. IMSS 2. ISSSTE 3. Seguro Popular 4. NOVA 5. Privada 6. No Tiene

7. Otro: _____

Anexo 2

Escala de Resentimiento del cuidador

Las siguientes declaraciones describen situaciones que las personas algunas veces resienten cuando cuidan a alguien que está enfermo. Después de que lea cada punto, marque con una cruz el cuadro correspondiente a su respuesta.

Que tan frecuentemente usted ha sentido resentimiento por esta situación	Nunca 1	Rara-Mente 2	Algunas veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
1. No tener tiempo suficiente para usted					
2. Sentirse no apreciado					
3. Que sus necesidades estén en segundo término					
4. No tener la misma vida social de antes					
5. Tener que dejar planes para el futuro					
6. Lo mucho que las cosas toman para hacerlas					
7. Cualquier cambio en la personalidad de la persona que cuida					
8. Lo difícil que es ir a algún lugar					
9. Tener que cuidar a alguien que tiene problemas de salud					
10. Sentirse responsable del bienestar de la persona que cuida					
<u>Usando las mismas respuestas, diga qué tan frecuentemente USTED tiene los siguientes pensamientos</u>					
11. La persona que cuida es demasiado dependiente					
12. La persona que cuida le pide frecuentemente más cosas de las que realmente necesita					
13. La persona que cuida espera que la atienda como si fuera la única persona de la que dependiera					

14. Resiente el tiempo y el esfuerzo que toma en cuidar a la persona					
15. La persona que cuida no aprecia lo que hace por ella tanto como debería hacerlo					
16. Se siente atrapado por las responsabilidades del cuidado					
17. Resiente el tomar la responsabilidad de la persona que cuida además de la suya					

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Nací en México, DF el 21 de octubre de 1990 fui la primera de tres hermanos, curse mi educación básica primaria entre el Distrito Federal, León Guanajuato y Morelia, Michoacán, llegue a Monterrey en 2003 cursando la secundaria y preparatoria siendo un excelente alumno para posteriormente entrar a la Facultad de Medicina de la UANL en el año 2008, lugar donde me gradué como Médico Cirujano y Partero en el año 2014, me casé en Abril 2012 y me convertí en madre de una niña hermosa el 01 de septiembre de 2013, hice mi servicio social en el departamento de Medicina Familiar de la UANL en 2015 y fue allí donde descubrí que quería formarme como médico familiar, al día de hoy estoy concluyendo mi etapa formativa satisfecho y orgulloso de ser médico familiar.