

Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar¹

Edileuza de Fátima Rosina Nardi²

Namie Okino Sawada³

Jair Licio Ferreira Santos⁴

Objetivo: identificar la asociación entre la capacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador. Método: se trata de estudio transversal, cuantitativo, realizado en un municipio del norte del estado de Paraná con 178 ancianos con incapacidad funcional y sus cuidadores. Se utilizó la Medida de Independencia Funcional para evaluar la capacidad funcional del anciano y la Zarit Burden Interview para evaluar la sobrecarga del cuidador, analizándose cuantitativamente los resultados. La mayoría de los ancianos era del sexo femenino, viudas, con promedio de edad de 79,9 años, necesitando de asistencia de hasta 50% para realizar las tareas de la vida diaria. La mayoría de los cuidadores era del sexo femenino, hijas, casadas, con promedio de edad de 56,7 años. Resultado: la mayoría de los cuidadores relató sobrecarga moderada; los hombres presentaron mayores probabilidades de menor sobrecarga que las mujeres y cuanto más independiente el anciano, mayor es la probabilidad de menor sobrecarga del cuidador. Conclusión: estimular acciones dirigidas a la promoción del envejecimiento activo y saludable (centradas en la manutención de la capacidad funcional y autonomía del anciano) e implantar estrategias de organización del cuidado en el domicilio que incluyan la salud del cuidador, pueden contribuir para minimizar los efectos de la sobrecarga y mejorar la calidad de vida.

Descriptores: Anciano Frágil; Cuidadores; Costo de Enfermedad.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional" presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Profesor, Universidade Norte do Paraná, Araçongas, PR, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Titular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Edileuza de Fátima Rosina Nardi
Universidade Norte do Paraná
Rodovia PR-218, km 1
Jardim Universitário
CEP: 86702-670, Araçongas, PR, Brasil
E-mail: edileuzanardi@yahoo.com.br

Introducción

A pesar de que el envejecimiento humano no debe ser considerado sinónimo de enfermedad y dependencia, el crecimiento de la población de ancianos aumenta el número de individuos que experimentan situaciones de fragilidad física y emocional, habiendo mayor predisposición para condiciones patológicas, generalmente crónicas, que, si no son adecuadamente tratadas o controladas, pueden llevar a la pérdida de la autonomía y de la capacidad funcional⁽¹⁻²⁾.

A pesar de la diversidad conceptual, la definición de capacidad funcional está relacionada a la dificultad que tiene el individuo para ejecutar tareas básicas o más complejas de la vida diaria, lo que lleva a la limitación o restricción de sus papeles sociales, además de la necesidad de cuidado y, consecuentemente, de una persona para auxiliar en el desempeño de esas tareas – un cuidador⁽¹⁾. Así, se considera cuidador a la persona de la familia o de la comunidad que presta cuidados a otra persona de cualquier edad, postrada en cama, con limitaciones físicas o mentales, con o sin remuneración⁽³⁾.

Simultáneamente a ese escenario de cuidado, en especial el cuidado a personas ancianas, el Estatuto del Anciano defiende la reinserción social, el ejercicio de la ciudadanía y el derecho de permanecer junto a la familia⁽⁴⁾, lo que transforma el ambiente familiar en ambiente terapéutico, incluyendo, en el escenario de la asistencia a la salud, la figura del cuidador familiar. Se destaca que el cuidador familiar, la mayoría de las veces, es la persona que se encuentra más próxima de quien necesita ser cuidado, o sea, cuanto más estrecha es la relación de parentesco, más probabilidad tiene el individuo de constituirse en el responsable por el cuidado⁽⁵⁾.

Sin embargo, se percibe la subjetividad incluida en el significado de cuidar, envuelto en creencias, en valores de cada familia, pudiendo presentarse tanto con aspectos positivos como negativos para el cuidador. Los aspectos positivos incluyen el sentimiento del deber cumplido, la autosatisfacción y la reciprocidad, sin embargo, los que prevalecen están relacionados a los aspectos negativos, principalmente provenientes de la sobrecarga, de conflictos familiares e de inseguridad. Esos factores merecen ser destacados, ya que pueden reflejarse en la salud del cuidador y, consecuentemente, en los cuidados prestados, colocando al anciano en una situación más vulnerable a la violencia intrafamiliar y a la institucionalización⁽⁶⁾.

Por tanto, es común que los cuidadores familiares presenten sentimientos de culpa, rabia, tristeza, cansancio, ansiedad y desesperación, ya que, muchas veces, desempeñan actividades sin orientación y soporte

adecuado, lo que sumado a demandas de recursos económicos, a la organización familiar y personal, a angustias, a conflictos, y a acumulación de tareas, entre otros, puede generar sobrecarga⁽⁷⁻⁸⁾.

Se destaca que existen varios factores que contribuyen para la sobrecarga proveniente del proceso de cuidar, ya que es un concepto multidimensional en que puede prevalecer el estrés, los sentimientos negativos, las dificultades originadas en el acto de cuidar, los factores económicos y los relacionados a la salud, tanto física como mental del cuidador. Y, a pesar de que los cuidadores no perciben la sobrecarga con la misma intensidad, muchas veces asumen tareas para las cuales no están preparados, además de descuidar los propios cuidados, llevándolos a presentar enfermedades físicas y emocionales⁽⁹⁾. El acto de cuidar, por tanto, ha sido conceptualizado como un importante factor de estrés y, sumado al carácter crónico y sin un tiempo definido para su duración, se encuentra asociado a repercusiones negativas del cuidar, provocando interferencias en la salud física y psicológica de quien cuida⁽¹⁰⁾.

Esa sobrecarga es influenciada, principalmente, por factores orgánicos y emocionales relacionados al cuidador y al anciano con incapacidad, o por las propias condiciones estructurales del ambiente de cuidado y del soporte social y de salud de la familia. Esas influencias asociadas a la preocupación en relación a la evolución de la salud del anciano pueden aumentar la tensión en el ambiente familiar, interfiriendo en la convivencia entre sus miembros⁽¹¹⁾.

Con el pasar del tiempo, a medida que aumenta la debilidad y la dependencia del anciano, las tareas de cuidar podrán sufrir nuevos cambios, exigiendo mayores esfuerzos para que se suplan las necesidades que acompañan la disminución de la capacidad funcional del anciano. Así, como resultado de las repercusiones del cuidar y el estado de vulnerabilidad, al cual el cuidador se expone, pueden surgir desgastes físicos, psicológicos y/o sociales y, consecuentemente, generar sobrecarga para quien cuida, lo que propició la elección de esta temática para la presente investigación.

Por tanto, con la intención de colaborar en las discusiones sobre la temática, el objetivo del presente estudio fue identificar la asociación entre la capacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal y de carácter cuantitativo, realizado en un municipio del norte de estado de Paraná. Para la

selección de los sujetos, inicialmente, fue realizado un levantamiento en un registro de ancianos de la Estrategia Salud de la Familia, en que constaba la necesidad de un cuidador familiar, lo que resultó en un total de 391 ancianos en que había la presencia de por lo menos una dependencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y que necesitaban de un cuidador familiar para realizarlas. Después, para determinar el tamaño de la muestra, se consideró un intervalo de confianza de 99%, para una prevalencia 50% de ancianos que presentaban por lo menos una dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Con esos parámetros se obtuvo un $n=166$. Sin embargo, por pertenecer el anciano con incapacidad funcional una población en que eventuales pérdidas y rechazos pueden suceder, se acrecentó 20% en la muestra, resultando en un requisito de 199 ancianos.

Los participantes fueron sorteados aleatoriamente entre los cuidadores de ancianos integrantes del registro realizado por los Equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) del municipio. Los criterios para la inclusión del participante en el estudio fueron: ser cuidador familiar principal de un anciano dependiente existente por lo menos hace seis meses; presentar edad de más de 18 años, cohabitar con el anciano y no tener formación en la área de salud.

La recolección de datos ocurrió en el período de julio a septiembre de 2011, en visitas domiciliarias, utilizándose un instrumento dividido en dos partes, para obtener informaciones referentes al anciano y al cuidador. En la identificación de los ancianos se utilizó un instrumento para recolectar informaciones sociodemográficas, además de la evaluación de la capacidad funcional con la utilización de la Medida de Independencia Funcional (MIF).

La MIF es un recurso ampliamente utilizado en ancianos y se constituye en un instrumento de evaluación de la incapacidad de pacientes con restricciones funcionales de origen variada. En su validación, en Brasil, se mostró un instrumento sensible a las ganancias funcionales desarrolladas durante el programa de rehabilitación en ambulatorio⁽¹²⁾.

La MIF evalúa 18 tareas, clasificadas en seis dimensiones y dos subdivisiones (motora y cognitiva). En la MIF motora, los valores varían de 13 a 91, en cuanto que los valores de la MIF cognitiva varían de 5 a 35. Así, en la MIF total, los valores varían de 18 a 126 que puede ser dividida en cuatro subpuntuajes, de acuerdo con la puntuación total obtenida: a) 18 puntos: dependencia completa (asistencia total); b) 19-60 puntos: dependencia modificada 1 (asistencia de hasta 50% de la tarea); c) 61-103 puntos: dependencia modificada 2 (asistencia de hasta 25% de la tarea); d) 104-126 puntos:

independencia completa/modificada⁽¹²⁾. Por tanto, cuanto menor es el puntaje, mayor es el nivel de dependencia y peor el desempeño funcional de los ancianos⁽¹²⁾.

En lo que se refiere al cuidador familiar, para la recolección de datos se utilizó un instrumento con preguntas sobre datos sociodemográficos y económicos, además de la evaluación de la sobrecarga por medio de la *Zarit Burden Interview* (ZBI) – instrumento de veinte y dos ítems que evalúa el impacto percibido por el cuidador sobre su salud física y emocional, actividades sociales y condición financiera. El puntaje total de la escala es obtenido sumándose todos los ítems, y el mismo varía de 0 a 88. El resultado fue evaluado de acuerdo con el puntaje, en que, cuanto mayor es el puntaje mayor es la sobrecarga del cuidador⁽¹³⁾.

La ZBI es un instrumento ampliamente utilizado para evaluación de sobrecarga en el cuidador, y en Brasil la escala fue traducida para el portugués y validada en un estudio con cuidadores informales de individuos con enfermedades mentales⁽¹⁴⁾.

En este estudio fueron utilizados puntos de corte para la sobrecarga, siendo que de 0 a 20 puntos corresponden a pequeña o ninguna sobrecarga; de 21 a 40 puntos corresponde a sobrecarga moderada; sobrecarga moderada a severa se puntúa entre 41 y 60, y, finalmente, la sobrecarga severa se encuentra entre 61 y 88 puntos⁽¹³⁾.

Para el análisis de los datos se utilizó el análisis bivariado y el multivariado. En el análisis bivariado se utilizó el Test de asociación por el Chi-cuadrado y el Test de Fisher para comprobar eventuales asociaciones de interés y evidenciar diferencias significativas. En cuanto al análisis Multivariado, este fue empleado para analizar el efecto de cada variable asumida como independiente en la variable dependiente, en la presencia de todas las demás. La técnica escogida fue la regresión logística y el *Odds-Ratio* como el elemento para evidenciar la asociación de los factores con el resultado. Para facilitar el análisis e interpretación de los resultados en la regresión logística, las variables fueron dicotomizadas – reducidas a dos categorías: una de referencia y la otra de contraste. En el modelo utilizado fueron estudiados los factores que podrían estar asociados a la sobrecarga del cuidador, dicotomizadas en Moderada a Severa (Referencia) y Poca o Ninguna (Contraste).

Fueron respetadas las recomendaciones de la Resolución nº 196/96, reglamentada por el Consejo Nacional de Salud, siendo el proyecto sometido a la apreciación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Norte de Paraná (UNOPAR), y aprobado por el Parecer 0049/10. La recolección de datos, realizada en las

fichas médicas de ancianos de los equipos de Estrategia de Salud de la Familia, fue autorizada por la Secretaría Municipal de Salud del municipio, y los sujetos del estudio fueron informados sobre los objetivos de la investigación y el derecho de recusarse a participar, en cualquier fase de su ejecución, garantizando que no sufrirían ninguna penalidad ni recibirían gratificación por la participación en el estudio, por medio del Término de Consentimiento Libre e Informado.

Resultados

De los 199 ancianos seleccionados para la investigación, participaron 178 cuidadores, obteniéndose una pérdida de 10,5%, siendo excluidos, por tanto, 21 cuidadores que no atendieron a los criterios de inclusión por los siguientes motivos: cuatro cuidadores cuidaban hace por lo menos seis meses; tres cuidadores presentaban formación en la área de enfermería; seis cuidadores eran familiares, sin embargo no cohabitaban con el anciano, y ocho cuidadores fueron excluidos, ya que los ancianos de los cuales ellos cuidaban habían fallecido.

En lo que se refiere a los ancianos, la mayoría era del sexo femenino (57,3%), viudos (51,7%), con promedio de edad de 79,9 años (de=9,1) variando entre 61 y 103 años. Gran parte se encontraba en el intervalo de edad de 80 años y más (48,3%), configurándose, así, una población de ancianos de edad bastante avanzada. Cuando analizado el principal motivo de la dependencia,

se observó que entre los motivos más referidos, el Accidente Vascular Encefálico (AVE) se presentó con mayor prevalencia (37,0%), seguido de fracturas por causas externas con 15,2%, siendo la caída la principal causa de la fractura.

En lo que se refiere a la Medida de Independencia Funcional (MIF) del anciano, el promedio de la puntuación de la MIF motora fue de 41,6 (de=22,5), en cuanto que la MIF cognitiva-social fue de 21,7 (de=8,1) y, por último, la MIF total fue de 63,4 (de=28,3). De acuerdo con el nivel de dependencia, con base en la MIF, los ancianos participantes de la investigación se encuentran, en su mayoría, en la clasificación de dependencia modificada, siendo que 46,7% con dependencia modificada 1, necesitando de asistencia de hasta 50% para realizar las tareas, y 42,1% con dependencia modificada 2, necesitando de asistencia en hasta 25% de las tareas.

En relación a los cuidadores familiares de este estudio, la mayoría era del sexo femenino (90,4%), hijas (48,8%), casados (76,4%) con promedio de edad 56,7 años (de=13,7), siendo 21 años la edad mínima y de 85 años la edad máxima. Se identificó, en este estudio, que 45,4% de los cuidadores tenían más de 60 años. Ya, al analizar la edad del cuidador en relación a la edad del anciano, conforme la Tabla 1, la prueba de asociación por el Chi-cuadrado reveló asociación significativa ($p < 0,05$), constatándose que cuidadores más viejos cuidan, en mayor proporción, a ancianos más viejos.

Tabla 1 - Número y porcentaje de cuidadores familiares de ancianos con incapacidad funcional, según la edad del anciano y edad del cuidador, Arapongas, PR, Brasil, 2011

Edad del anciano (en años)	Edad del cuidador (en años)					Total n (%)
	20 a 39 n (%)	40 a 49 n (%)	50 a 59 n (%)	60 a 69 n (%)	≥ 70 n (%)	
60 a 69	7 (38,89)	5 (12,50)	3 (6,98)	10 (23,26)	2 (95,88)	27 (15,17)
70 a 79	9 (50,00)	23(57,50)	15 (34,88)	11 (25,58)	12 (35,29)	70 (39,33)
80 a 89	1 (5,56)	9 (22,50)	19 (44,19)	12 (27,91)	13 (38,34)	54 (30,34)
≥ 90	1 (5,56)	3 (7,50)	6 (13,95)	10 (23,26)	7 (20,59)	27 (15,17)
Total	18 (100)	40 (100)	43 (100)	43 (100)	34 (100)	178 (100)

Prueba de Pearson $\chi^2(12)=32,0136$
 $p=0.001$

En cuanto a la clasificación económica, de acuerdo con la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación (ABEP)⁽¹⁵⁾, se encontró que 33,1% de los cuidadores se encuadraba en la clase económica C1 y C2. Sin embargo, según los criterios de la ABEP, 51,6% de los cuidadores se encontraban en la clasificación económica C, D y E, y 48,4% de ellos, en las clasificaciones A y B.

En la evaluación de la sobrecarga, entre los cuidadores se identificó que 102 (57,3%) presentaron sobrecarga moderada; 44 (24,7%) pequeña sobrecarga; 28 (15,7%) se encontraban con sobrecarga de moderada a severa, y apenas 4 (2,2%) cuidadores con sobrecarga severa. La aplicación de la escala de Zarit produjo resultados con buena consistencia interna evaluada por el Alpha de

Cronbach que alcanzó 0,80. La sobrecarga se presentó con promedio de 30,6 (de=13).

Cuando la sobrecarga y el sexo del cuidador fueron asociados, los datos de la Tabla 2 revelaron resultado

estadísticamente significativos en la sobrecarga en relación al sexo, en la cual las mujeres refirieron mayores sobrecargas que los hombres ($p < 0,005$).

Tabla 2 - Distribución de la sobrecarga de los cuidadores familiares de ancianos con incapacidad funcional, según el sexo del cuidador, Arapongas, PR, Brasil, 2011

Sobrecarga	Sexo del cuidador				Total	
	Femenino		Masculino		N	%
	N	%	N	%		
Pequeña (0-20)	33	20,50	11	64,71	44	24,72
Moderada (21-40)	96	59,63	6	35,29	102	57,30
Moderada a severa + severa (41-88)	32	19,88	0	0	32	17,98
Total	161	100,0	17	100,0	178	100,0

Prueba Exacta de Fisher: 0.000

De acuerdo con la dependencia del anciano clasificada por la MIF, la Tabla 3 muestra que los cuidadores que están asistiendo ancianos clasificados como independientes presentan mayores probabilidades de menor sobrecarga (OR=16,76) cuando comparados a cuidadores que cuidan de ancianos con dependencia completa y modificada 1.

De la misma forma, cuidadores que cuidan de ancianos con independencia funcional presentan mayores probabilidades de menor sobrecarga (OR=5,50) cuando comparados a cuidadores que cuidan de ancianos con dependencia modificada 2.

Tabla 3 - Análisis de regresión logística múltiple para los factores asociados a menor sobrecarga del cuidador familiar de ancianos con incapacidad funcional, Arapongas, PR, Brasil, 2011

Variables	Categorías	OR ajustado	p	Intervalos de confianza 95%	
Sexo del cuidador	Femenino	1,00	0,001	2,61	52
	Masculino	11,65			
Dependencia del Anciano conforme MIF	Completa y modificada 1	1,00	0,001	3,33	84,25
	Independencia	16,76			
Dependencia del Anciano conforme MIF	Modificada 2	1,00	0,026	1,22	24,67
	Independencia	5,50			

Por tanto, ser cuidador familiar del sexo masculino, y estar cuidando de anciano clasificado como independiente por la MIF, demuestra asociación con menor sobrecarga, cuyos resultados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Discusión

En este estudio, se evidenció el predominio de mujeres ancianas con incapacidad funcional, datos que corroboran los estudios de la literatura⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. La mayor proporción de mujeres ancianas en el grupo poblacional con más de 60 años genera desigualdad de género en la expectativa de vida, ya que las mujeres viven, en promedio, siete años más que los hombres. Entretanto, el

hecho de la mujer estar viviendo más la expone y la torna susceptible a la dependencia funcional⁽¹⁹⁾.

Entre las enfermedades relacionadas al principal motivo de dependencia funcional en el anciano, los datos son semejantes a los encontrados en la literatura pertinente, en la cual prevalecieron con mayor frecuencia el Accidente Vascular Encefálico (AVE) y las causas externas, principalmente las caídas⁽¹⁷⁾.

El AVE es altamente prevalente en Brasil y está asociado a elevados índices de morbilidad, mortalidad y también de incapacidad, presentándose como un importante problema de salud pública, ya que, además de generar costos para el anciano y la familia, también recarga el sistema de salud por los elevados costos financieros de hospitalización y rehabilitación. El riesgo de AVE comienza

a aumentar después de los 60 años y dobla a cada década de vida, siendo que la hipertensión arterial se presenta como el principal factor de riesgo modificable⁽²⁰⁾.

Los datos apuntados en este estudio en relación a las caídas nos conducen a una preocupación por la salud del anciano, ya que ese evento se presenta como señalizador para el inicio del declino funcional, o también como síntoma de una nueva enfermedad⁽¹⁸⁾. Es de gran importancia resaltar que las caídas pueden llevar a una disminución de la capacidad funcional, y que, además de daños psicológicos y sociales, pueden llevar a malas consecuencias económicas para el anciano, familia y los sistemas de salud, aumentando los costos relacionados a la atención a la salud y, además, a la necesidad de cuidado.

La clasificación de los ancianos de este estudio, según el grado de dependencia, utilizando la MIF, demostró que la población estudiada se concentró en la clasificación de dependencia modificada 1, necesitando de asistencia en hasta 50% de las tareas, corroborado por estudios encontrados en la literatura^(17,21).

Se puede considerar que la capacidad funcional se presenta como un nuevo paradigma de atención a la salud de la población anciana y se constituye en un gran desafío para los profesionales de la salud, en la búsqueda de un envejecimiento saludable, en la cual la MIF se presenta como una de las herramientas para elucidar la necesidad de cuidados exigidos, para relacionar la calidad de vida cuando ésta es determinada a partir de las actividades de la vida diaria y, también, para la recuperación de la funcionalidad cuando utilizada en diferentes momentos en los mismos individuos⁽²²⁾.

En lo que se refiere a los cuidadores familiares, predominaron los del sexo femenino, casadas e hijas. Los datos son están de acuerdo con los encontrados en la literatura^(7,8,17). Inclusive con la mayor inserción de la mujer en el mercado de trabajo, los datos refuerzan que el papel de cuidadora principal continua siendo designado al sexo femenino. Por tanto, la mujer asume el cuidado de un ser dependiente – papel determinado – históricamente, por normas sociales y culturales⁽²³⁾. Sin embargo, la situación encontrada en este estudio es preocupante, ya que el cuidador puede estar siendo responsabilizado por otras actividades además de las dedicadas al anciano dependiente, ya que, culturalmente, la mujer todavía asume cuidados relacionados al ámbito familiar, acrecidos de su inserción en el mercado de trabajo.

Cuando analizado el intervalo de edad del cuidador, se verificó que muchos de ellos se encuentran con edad igual o mayor que 60 años. Sin embargo, se verificó la

asociación estadísticamente significativa de la edad del cuidador con la edad del anciano, revelando que cuidadores más viejos cuidan en mayor proporción de ancianos más viejos, o sea, ancianos cuidan de ancianos dependientes. Esa situación revela una preocupación relacionada a la calidad de la asistencia prestada por el cuidador al anciano con incapacidad funcional al considerar la salud de los cuidadores, ya que, muchos de ellos asumen tareas para las cuales no están preparados, además de descuidar los propios cuidados, llevándolos a presentar enfermedades físicas y emocionales que se reflejan negativamente en los cuidados prestados⁽⁹⁾.

Habiendo evaluado el nivel socioeconómico de los cuidadores de ancianos con incapacidad funcional, según el instrumento de la ABEP⁽¹⁵⁾, con cinco diferentes categorías, los datos encontrados son semejantes a un estudio con cuidadores de octogenarios realizado en un municipio de la región central del estado de Sao Paulo, cuyos autores identificaron que 36% de los cuidadores se encontraban en la clase C⁽²⁴⁾.

Se destaca que la dependencia genera mayores gastos en el proceso de cuidar, y que el poder de compra de los cuidadores de este estudio es relativamente bajo, pudiendo interferir en la dinámica y en los aspectos económico y familiar y, en muchos casos, comprometer el cuidado prestado al anciano.

En esa cuestión, se refuerza que estar preparado para cuidar va más allá de la simple disponibilidad para la tarea. Por tanto, el desafío que se presenta a los profesionales de la salud, especialmente al enfermero, es el de proveer un adecuado soporte profesional en el sentido de instrumentalizar el cuidador para ejecutar el cuidado, además de identificar redes de soporte para el cuidador.

En la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar, los datos apuntaron que la mayoría de los cuidadores presentó sobrecarga moderada, lo que también fue relatado en los estudios de la literatura^(17,21). En la presente investigación, se identificó la relación estadísticamente significativa de la sobrecarga con el sexo del cuidador y con el grado de dependencia del anciano evaluado por la MIF. Los datos encontrados refuerzan la relación de la dependencia con la sobrecarga del cuidador, demostrando que, cuanto mayor es la dependencia del anciano, mayor es la probabilidad de sobrecarga en el cuidador⁽⁸⁾.

En relación al sexo, se percibe que el mismo se presenta directamente relacionado con la sobrecarga, o sea, conforme aumenta la sobrecarga referida, aumenta la participación del sexo femenino, además de eso, los datos demuestran que las mujeres se sienten más

sobrecargadas que los hombres, constatándose que uno de los factores que contribuye para el aumento de la sobrecarga del cuidado es la identidad de género⁽²⁵⁾.

Se destaca que cuidar de un familiar con incapacidad funcional es una tarea que exige varios atributos de quien cuida, sin embargo, la sobrecarga percibida por los cuidadores puede no presentar la misma intensidad, sin embargo es un hecho que muchos de ellos asumen tareas para las cuales no están preparados, además de descuidar los propios cuidados, llevándolos a presentar enfermedades físicas y emocionales⁽⁹⁾.

La sobrecarga física, emocional y socioeconómica del cuidado a un familiar es inmensa, compleja y exige mucho de la persona que cuida, además de que esa sobrecarga puede, de cierta manera, colaborar para el apareamiento o agravamiento de enfermedades. De esa forma, la sobrecarga generada por el proceso de cuidar, además de presentar un concepto multidimensional, sufre, además, una diversidad de influencias asociadas al anciano y al propio cuidador.

Conclusión

La capacidad funcional evaluada a través de la MIF se mostró asociada a la sobrecarga del cuidador, siendo que menores sobrecargas fueron identificadas en cuidadores que eran responsables por el cuidado de ancianos con menores niveles de dependencia, reforzándose que la incapacidad funcional del anciano fue un importante predictor de sobrecarga en el cuidador.

En ese contexto, es de gran relevancia evaluar la sobrecarga del cuidador familiar para que se pueda planificar acciones, adecuar los servicios de salud, preparar los profesionales para ofrecer soporte adecuado a las familias y promover estrategias que objetiven la realización de educación en lo que se refiere al proceso de envejecimiento. Por tanto, evaluar la salud del cuidador debe hacer parte de las acciones elaboradas por los equipos de la Salud de la Familia, con la finalidad de diagnosticar interferencias y elaborar intervenciones que contribuyan para la mejoría de la calidad de vida del cuidador y que puedan reflejarse positivamente en el cuidado prestado al anciano.

Delante de esas evidencias, es necesario, además, provocar discusiones en el sentido de pensar y reflexionar sobre la temática que tiene que ver con el envejecimiento activo, a fin de que acciones sean realizadas para estimular la promoción y la mantención de la capacidad funcional y autonomía del anciano, y que sean implantados programas que incluyan la salud del cuidador, contribuyendo, de esa manera, para la prevención de sobrecarga y la mejoría de la calidad de vida del anciano y del cuidador.

Referencias

1. Martins JJ, Nascimento ERP, Erdmann AL, Candemil MC, Belaver GM, Mortari G. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. *Rev Enferm UERJ*. out/dez 2009;17(4):556-62.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Pública*. 2009;43(3):548-54.
3. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). *Classificação brasileira de ocupações: códigos, títulos e descrições*. 3.ed. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2010.
4. Ministério da Saúde (BR). *Estatuto do idoso*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. (Serie E).
5. Bicalho CS, Lacerda MR, Catafesta F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enferm*. 2008;13(1):118-23.
6. Mayor MS, Ribeiro O, Paúl C. Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(5):620-4.
7. Domínguez Guedea MT, Damacena FA, Montiel Carbajal MM, Marcobich PO, Álvarez Hernández G, Valdéz Lizárraga L, et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicol Soc*. 2009;21(2):242-9.
8. Gratão ACM, Vale FAC, Roriz-Cruz M, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):873-80.
9. Blum K, Sherman DW. Understanding the experience of caregivers: a focus on transitions. *Semin Oncol Nurs*. 2010 Nov;26(4):243-58.
10. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(1):74-9.
11. Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm*. mar 2008;29(1):47-53.
12. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica*. 2004;11(2):72-6.
13. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist: 1987R and the burden interview (technical report). University Park (PA): Pennsylvania State University; 1987.
14. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in caregivers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):12-7.

15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) Critério de classificação econômica Brasil. [Internet]. 2008. [acesso 12 maio 2011]. São Paulo; Disponível em: <http://www.abep.org>.
16. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19(3):458-66.
17. Moreira PHB, Mafra SCT, Pereira ET, Silva VE. Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, MG. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;14(3):433-40.
18. Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(5):927-34.
19. Oliveira-Campos M, Cerqueira MBR; Rodrigues JF Neto. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Montes Claros (MG). Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(supl):1303-10.
20. Castro JAB, Epstein MG, Sabino GB, Nogueira GLA, Blankenburg C, Staszko KF, et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. Rev Bras Clin Med. 2009;7(3):171-3.
21. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. abr-jun 2008;17(2):266-72.
22. Silveira L, Macagnan JBA, Fuck JAB, Lagana MTC. Medida de independência funcional: um desafio para a enfermagem. Rev Saúde Pública. 2011;4(1):70-83.
23. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. maio-jun2003;19(3):861-6.
24. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. Texto Contexto Enferm. 2008;17(2):350-7.
25. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. Acta Paul Enferm. 2009;22(5):652-7.

Recibido: 3.11.2012

Aceptado: 15.7.2013

Como citar este artículo:

Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sept.-oct. 2013 [acceso: _____]; 21(5): [08 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día
mes abreviado con punto
año