

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN KINESIOLOGIA Y FISIATRIA



ALTERACIONES EN CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

Autor: MARIELA, BENITEZ ARANDA.

Tutor: Licenciado Facundo, Caloggero.

Licenciado en Kinesiología y Fisiatría.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Diciembre 2022

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia y amigos por haberme acompañado y apoyado a lo largo de la carrera universitaria, como si también a lo largo de la vida. A mis profesores y compañeros, los cuales varios se convirtieron en amigos, que aportaron a mi formación profesional y humana.

AGRADECIMIENTO

A mis papas por todo su esfuerzo y trabajo para ayudarme a crecer; a mis hijos Juan Martin e Isabella y a Lucas mi compañero de vida por la paciencia y acompañamiento en todo momento. A mi hermana, cuñado y sobrina por el apoyo incondicional de siempre. A los que ya no están, pero también fueron parte de este camino.

INDICE

RESUMEN.....	- 7 -
INTRODUCCION.....	- 8 -
TEMA.....	- 9 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	- 10 -
HIPÓTESIS.....	- 11 -
JUSTIFICACIÓN.....	- 12 -
OBJETIVO.....	- 13 -
OBJETIVO GENERAL:	- 13 -
OBJETIVO ESPECÍFICO:	- 13 -
ESTADO DEL ARTE.....	- 14 -
MARCO CONCEPTUAL.....	- 16 -
DEFINICION DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).....	- 16 -
MANIFESTACIONES CLINICAS DEL TDAH.....	- 16 -
FUNCIONES EJECUTIVAS Y EL TDAH.....	- 17 -
CUIDADO INFORMAL.....	- 19 -
FUNCIÓN DEL CUIDADOR DEL NIÑO CON TDAH.....	- 20 -
DEFINICION DE DEPENDENCIA.....	- 22 -
SOBRECARGA DEL CUIDADOR.....	- 23 -
POSTURA CORRECTA.....	- 24 -
METODOLOGÍA.....	- 25 -
TIPO DE ESTUDIO.....	- 25 -
ENTREVISTA.....	- 25 -

POSTURA.....	- 26 -
FOTOGRAMETRÍA: EVALUACIÓN POSTURAL ESTÁTICA.	- 26 -
OBSERVACION EN EL PLANO FRONTAL (ANTERIOR).....	- 26 -
OBSERVACION EN EL PLANO FRONTAL (POSTERIOR).	- 28 -
OBSERVACION EN EL PLANO SAGITAL (IZQUIERDA/DERECHA). -	30 -
INDEPENDENCIA FUNCIONAL.....	- 32 -
ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM).	- 32 -
SOBRECARGA DEL CUIDADOR	- 34 -
ESCALA DE ZARIT	- 34 -
MUESTRA.....	- 36 -
POBLACIÓN	- 36 -
CRITERIO DE INCLUSIÓN.....	- 36 -
PRESENTACION Y ANALIS DE LOS RESULTADOS.....	- 37 -
RESULTADO DE ENCUESTA AL CUIDADOR.....	- 37 -
RESULTADOS DE EVALUACION POSTURAL ESTATICA	- 42 -
RESULTADO DE LA MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.....	- 48 -
RESULTADO DE LA ESCALA DE ZARIT	- 50 -
DISCUSION.....	- 52 -
CONCLUSION	- 55 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 56 -
ANEXOS.....	- 60 -

INDICE DE TABLA Y GRAFICOS.

Tabla 1. Edad del niño con TDAH.....	- 37 -
Tabla 2. Edad del cuidador.....	- 37 -
Tabla 3. Genero del cuidador.	- 38 -
Tabla 4. Parentesco del cuidador con el niño.....	- 38 -
Tabla 5. Estado civil del cuidador.....	- 38 -
Tabla 6. Ayuda en el cuidado del niño con TDAH.....	- 39 -
Tabla 7.Aspectos de la vida del cuidador afectadas.....	- 39 -
Tabla 8. Trabajo adicional.....	- 40 -
Tabla 9. Horas al cuidado del niño.....	- 40 -
Tabla 10.Cuidado postural durante el cuidado del niño.....	- 40 -
Tabla 11.Presencia de dolor.	- 41 -
Tabla 12. Presencia de dolor.	- 41 -
Tabla 13. Región del dolor.....	- 42 -
Tabla 14. Resultado de evaluación de cabeza.....	- 42 -
Tabla 15. Resultado de evaluación de hombro.....	- 43 -
Tabla 16. Resultado de evaluación de escapula.	- 44 -
Tabla 17. Resultado de evaluación de la pelvis.....	- 45 -
Tabla 18. Resultado de evaluación de rodilla.....	- 46 -
Tabla 19. Resultado de evaluación de pie.	- 47 -
Tabla 20. Puntuación de FIM.....	- 49 -
Tabla 21. Nivel de independencia funcional.....	- 49 -
Tabla 22. Puntuación de escala de Zarit.....	- 50 -
Tabla 23. Nivel de sobrecarga.....	- 50 -

Gráfico 1. Edad del niño con TDAH.....	- 37 -
Gráfico 2. Edad del cuidador.....	- 37 -
Gráfico 3 Genero del cuidador.	- 38 -
Grafico 4. Parentesco del cuidador con el niño.....	- 38 -
Gráfico 5. Estado civil del cuidador.	- 38 -
Gráfico 6. Ayuda en el cuidado del niño con TDAH.....	- 39 -
Grafico 7. Aspectos de la vida del cuidador afectado.	- 39 -
Gráfico 8. Trabajo adicional.....	- 40 -
Gráfico 9. Horas al cuidado del niño.....	- 40 -
Gráfico 10. Cuidado durante el cuidado del niño.....	- 40 -
Gráfico 11. Presencia de dolor.	- 41 -
Gráfico 12. Presencia de dolor.	- 41 -
Grafico 13. Región del dolor.....	- 42 -
Gráfico 14. Resultado de evaluación de cabeza.....	- 43 -
Gráfico 15. Resultado de evaluación de hombro.	- 44 -
Gráfico 16. Resultado de evaluación de escapula.	- 45 -
Gráfico 17. Resultado de evaluación de la pelvis.	- 46 -
Gráfico 18. Resultado de evaluación de rodilla.	- 47 -
Gráfico 19. Resultado de evaluación de pie.	- 48 -
Gráfico 20. Puntuación de FIM.....	- 49 -
Gráfico 21. Puntuacion de FIM.....	- 49 -
Gráfico 24. Puntuación de escala de Zarit.....	- 50 -
Gráfico 26. Nivel de sobrecarga.....	- 50 -

RESUMEN.

Objetivo: Identificar las alteraciones posturales y dolencias que presentan los cuidadores de niños con TDAH que poseen sobrecarga.

Metodología: la investigación tuvo un enfoque cualitativo y cuantitativo, de tipo analítico, correlacional y transversal. Se realizó con una población de 10 cuidadores principales de niños con TDAH. Para la recolección de datos se utilizaron como instrumento un cuestionario sociodemográfico, encuesta diseñada para la investigación con el fin de obtener información del niño y del cuidador principalmente; la Escala Funcional Independence Measure (FIM), para evaluar el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad en tres categorías: dependencia completa, dependencia relativa e independencia funcional; la escala de Zarit, para medir y clasificar la sobrecarga de trabajo del cuidador en tres categorías: ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y sobrecarga intensa y un test postural estático a través de un software Kinovea y Posture Measurement.

Resultado: La edad de los cuidadores oscilo entre los 35-39 años (40%). Prevalció el género femenino (80%), las madres fueron las principales cuidadoras primarias (80%), el estado civil soltero (40%), presento ayuda en el cuidado (50%), afectado sentimentalmente (80%), no presento trabajo adicional (60%), más de 9hs como cuidador (60%), no cuida su postura durante su trabajo de cuidador (100%), presento dolor en alguna región del cuerpo (60%), presento dolor post esfuerzo (50%), manifestaron dolor lumbar (70%). En cuanto a las alteraciones posturales presentaron cabeza adelantada (60%), antepulsión de hombros (90%), anteversión de pelvis (70%). Dependencia relativa (100%) y sobrecarga leve (60%)

Palabras claves: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH); postura; cuidadores; carga del cuidador; dependencia.

INTRODUCCION

El déficit de atención e hiperactividad es el trastorno de salud mental más comúnmente diagnosticada en la edad pediátrica. Este trastorno 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.

Cuidar a niños con TDAH es una tarea compleja, debido a la demanda física y emocional que implica este rol y la cronicidad de este trastorno.

La dependencia conlleva la necesidad de un cuidador que asuma diversas tareas que ayuden a disminuir el impacto negativo que tiene la dependencia sobre la calidad de vida y bienestar.

El cuidado de un niño dependiente puede estar asumido por un profesional que no pertenece al grupo familiar y es remunerado por esta tarea, llamado cuidador formal; o puede hacerlo algún familiar o alguien cercano de manera no remunerada, al cual llaman cuidador informal. Habitual la responsabilidad de esta tarea es asumida por familiares quienes son la principal fuente de apoyo.

Existen condiciones de este trastorno, que condicionan la presencia de sobrecarga familiar por la demanda de atención de estas personas. El entorno familiar de quien tiene TDAH se encuentra sometido a situaciones potencialmente generadoras de sobrecarga familiar, en su afán de atender las necesidades del infante, pero más aún en los cuidadores o padres, de quienes mayormente dependen los cuidados y tratamientos del niño.

TEMA

Alteraciones en cuidadores de niños con TDAH.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El DSM-V (1) señala que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad tiene una incidencia estimada del 5,9% y el 7,1% de los niños de todo el mundo. Ocurre aproximadamente en el 5% de los niños y el 2,5% de los adultos en la mayoría de las culturas. Es más frecuente en los varones que en las mujeres entre la población general.

Los niños con TDAH presentan serios problemas con el autocontrol, la autodisciplina, la fuerza de voluntad y la capacidad de regular su propia conducta. Es por esto que se requiere con regularidad de la participación de una persona para asistirlos. Estos niños, en comparación con los niños neurotípicos, necesitan con mayor frecuencia de la intervención de un adulto para ayudarlo en el control de su conducta.

El cuidado informal presume de un gran estrés crónico que puede ocasionar importantes inferencias sobre la salud física y mental(2). Los factores estresantes asociados con la asistencia de una persona, y las mayores demandas de atención impactan sobre la salud física del cuidador(3). Esto se ha identificado como un factor de riesgo de dificultades en el manejo de las responsabilidades del cuidado, con posibles efectos negativos en el receptor de la atención(4).

Por lo que la atención pediátrica del cuidador permite garantizar la adecuada evolución del infante y su incorporación en la sociedad(5).

¿Cuáles son las alteraciones posturales de los cuidadores con sobrecarga que asisten a niños con TDAH dependientes y cuáles son sus dolencias?

HIPÓTESIS.

El rol de cuidador de un niño con TDAH dependiente afecta la salud de quien lo asiste con regularidad.

JUSTIFICACIÓN.

El tema elegido a desarrollar son las alteraciones en cuidadores de niños con TDAH.

El presente trabajo de investigación permitirá investigar sobre la postura estática de los cuidadores de infantes que presentan dicho trastorno, sobre sus datos sociodemográficos, el nivel de sobrecarga del cuidador y el nivel de independencia del niño para determinar si hay alteraciones posturales y dolencias.

El cuidador primario/informal representa un recurso muy valioso para alcanzar el bienestar de los menores. Es por esto que mediante esta investigación se espera proporcionar información útil para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y en consecuencia la de los niños con TDAH. Así como también mediante los datos recaudados permitir una mejor intervención kinésica y prevención de molestias que afecten tanto la calidad de vida de quien asiste al niño como a su entorno.

OBJETIVO.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar las alteraciones posturales y dolencias que presentan los cuidadores de niños con TDAH que poseen sobrecarga.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Evaluar la postura estática de los cuidadores de niños con TDAH.

Evaluar la presencia y niveles de sobrecarga de los cuidadores de niño con TDAH.

Evaluar la dependencia que tiene el niño con TDAH.

Identificar las dolencias de los cuidadores.

ESTADO DEL ARTE.

Los requerimientos que conlleva cuidar a un niño habitualmente se ven incrementados cuando se trata de un niño con discapacidad. Esto puede generar efectos en su salud a nivel psicológico y físico (6).

El cuidado de niños con TDAH muchas veces ocasiona en sus cuidadores un gran estrés físico, psicológico y emocional.

Según la literatura científica a los cuidadores principales se los considera como segundas víctimas o pacientes ocultos. Se los estima como un grupo socio sanitario de riesgo como consecuencia de los efectos perjudiciales que sufren en su salud debido al cuidado que desempeñan, sin estar capacitados para esto(7).

El comportamiento entre el sistema locomotor y la emoción están relacionadas. Podemos adoptar una postura inadecuada ante diversas circunstancias emocionales. La repetición de determinados patrones lleva con el tiempo a su fijación, sobrecarga de determinados tejidos y, en consecuencia, genera molestias y dolores crónicos.

Hay relación entre el estrés psicológico y problemas musculoesqueléticos, ya que niveles de estrés mantenidos eleva la posibilidad de aparición de síntomas, en especial lumbares y cervicales (8).

A su vez, las exigencias físicas diarias en el cuidado de estos niños que en muchas ocasiones no logran autorregularse lleva al cuidador a adoptar patrones inadecuados. En reiteradas situaciones los niños con TDAH requieren de abrazos de contención, alzarlos para retirarlos de algún lugar que no sea el más propicio para ellos, debido a que pueden lastimarse o lastimar a terceros. Esto lleva a que el cuidador adopte posturas y movimientos inadecuados.

Por lo que podemos decir que los acontecimientos emocionales y físicos, están íntimamente conectados con nuestro cuerpo. El cuerpo reacciona frente a una situación estresante como un todo, como un sistema completo.

MARCO CONCEPTUAL.

DEFINICION DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH).

Según el manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (APA), en su última versión DSM-5(1), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico. Se inicia en la infancia antes de los 12 años y puede perdurar hasta la adultez. Expone un patrón persistente de inatención y/o Hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas son inadecuados para su edad y pueden perdurar hasta la edad adulta interfiriendo de manera significativa en el rendimiento escolar o laboral y en sus actividades cotidianas.

MANIFESTACIONES CLINICAS DEL TDAH.

Las expresiones clínicas de los síntomas nucleares del trastorno por déficit de atención/hiperactividad son:

Inatención: se presenta conductualmente con deflexión de actividades, sin permanencia y dificultad para mantener la atención durante un tiempo, dificultad para seguir reglas, dificultad de organización de tareas o actividades que luego pueden olvidarse, con frecuencia parecen no escuchar, pero no por consecuencia de rebeldía o incomprensión.

Hiperactividad: alude a una acción motriz desmesurada e inadecuada o juegos, golpes o locuacidad inmoderada en distintos ámbitos. Tienen inconvenientes para perdurar quietos en situaciones que así lo demandan.

Impulsividad: se manifiesta mediante un acto precipitado en el momento, sin reflexión, pudiendo ser riesgoso para la persona. La impulsividad puede reflejar un deseo de

recompensas inmediatas o la incapacidad de retrasar la gratificación, por lo que no son capaces de trabajar más tiempo para una mayor recompensa. Los comportamientos impulsivos pueden manifestarse como una tendencia a inmiscuirse socialmente y/o tomar decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a futuro (1,10).

FUNCIONES EJECUTIVAS Y EL TDAH.

Hay estudios que demuestran que los niños con TDAH presentan alteración cognitiva en diversos componentes de las funciones ejecutivas (10). Estas no pueden actuar de manera eficaz ya que el TDAH se debe a la dificultad para controlar la impulsividad.

Las funciones ejecutivas son procesos psicológicos de gran importancia puesto que ayudan a la persona a planificar, controlarse, organizar, guiar, revisar, regular y analizar de una manera más dócil como proceder para lograr algo y tener una adaptación social adecuada. Por consiguiente, las funciones ejecutivas son:

Atención: es la capacidad de concentración en un solo estímulo, proyectar y ejecutar una acción. Es en esta área que los niños con TDAH presentan mayor dificultad. Ante alguna tarea difícil el niño deja de hacerla, se desenfoca, descontrola y hace otra cosa sin finalizar lo que estaba realizando.

La memoria de trabajo: es la capacidad de mentalizar información necesaria para orientar acciones que puede hacer en el momento o en otra oportunidad. Los niños con TDAH tienen inconvenientes para inhibir impulsos, dificultando así esta acción. Pueden ser distraídos, olvidadizos y desorganizados al realizar cosas, pueden no culminar una acción que inicia, pueden no tomarse el tiempo de pensar en las consecuencias de lo que hace y no manejan el tiempo como los demás.

La planificación: son las decisiones o estrategias que utiliza una persona para solucionar algo y que puede modificar para alcanzar un objetivo. Los niños con TDAH presentan una gran dificultad en la utilización, planeación de tareas a largo plazo y usar el tiempo para cumplir con las tareas.

La toma de decisiones: se refiere a la capacidad de prever, decidir y tomar la iniciativa para elegir. Todo esto se le dificulta al niño con TDAH, por lo que van saltando de una idea a otra en el momento que deben hacerlo.

La flexibilidad: es la capacidad de adaptación pronta a diferentes situaciones, los tiempos y las personas. Es decir, corregir convenientemente las actitudes y puntos de vista para alcanzar una buena convivencia y entendimiento con los demás. Los niños con TDAH se los puede conceptuar necios o testarudos porque no modifican su punto de vista fácilmente debido al inconveniente que tienen con esta función.

El monitoreo: es la capacidad que tiene la persona de hablar y guiarse a sí mismo para orientar su conducta y conjeturar los efectos de su accionar, planear y organizarse. Debe poseer la facultad de reflexión para aprender de vivencias sucedidas. Los niños con TDAH no pueden realizar estas acciones como consecuencia de los problemas atencionales, por lo que van actuando de manera impulsiva, sin analizar ni monitorear sus actividades.

Interiorización del lenguaje: esta función posibilita pensar para sí, seguir reglas, procedimientos e indicaciones propias, razonar la resolución de un problema, analizar el trabajo y formar las bases para comprender las reglas sin acudir a otra persona para ser guiado constantemente. Los niños con TDAH, habitualmente usan un diálogo interno negativo, en el que el pensamiento está orientado a confeccionar juicios negativos o distorsionados sobre su desempeño y su persona, a crearse limitaciones en lo que se refiere a la calidad de sus acciones.

Inhibición: esta función implica parar las respuestas motoras y emocionales, así como resistir esperas. Los niños con TDAH presentan una alteración de la inhibición (o control) de la conducta y del autocontrol (intolerancia a esperar turno, necesitan respuestas rápidas para lo que solicitan, reaccionan de acuerdo al momento).

Control o manejo de emociones (regulación de estados emocionales): esta función posibilita responder emocionalmente de acuerdo a la situación. Los niños con TDAH

manifiestan dificultad para inhibir impulsos y esto pueden obstaculizar conductas, provocando que sean más propensos a frustrarse, a no dominar las emociones, a no conservar la motivación y ánimo para distintas tareas ante la falta de premios inminentes y reiterados.

Autorregulación y auto observación para motivarse: esta función permite orientar los actos en mayor medida por las indicaciones que uno mismo se da que por dominio externo. Ayuda a lograr los objetivos, permite distinguir las reacciones emocionales ante una situación específica que disperse de la meta. Los niños con TDAH experimentan varias dificultades, al momento de inhibir y autorregular sus emociones, por lo que muestran sus emociones antes y con mayor intensidad que otras personas.

Solución de problemas complejos: Función que permite solucionar los problemas buscando alternativas para superar los obstáculos. Los niños con TDAH pueden frustrarse debido a que intentan resolver problemas como ellos creen y puede que no logren solucionarlo ya que tienen dificultad para ver otras alternativas.

Iniciativa: esta función ayuda a realizar acciones con motivación, lo que colabora en el logro de metas. Los niños con TDAH pueden tener varias iniciativas, ideas, pero no pueden concretar una sola debido a la imposibilidad de sostener la atención(11).

Todas estas funciones ejecutivas nos permiten controlar nuestra conducta, son la fuente de la autorregulación humana. Se desarrollan en el tiempo, de una en una y a lo largo de la infancia, hasta que en la edad adulta el humano dispone de un mínimo de seis funciones ejecutivas, como herramientas mentales.

CUIDADO INFORMAL

En el sistema de salud se han reconocido dos tipos de cuidadores, los formales ubicados dentro del sistema institucional y los informales insertados en el Sistema Domestico de Cuidado de la Salud(12).

El concepto de cuidador informal o apoyo informal hace referencia a una ayuda social caracterizada por llevarse a cabo por una persona del entorno social del receptor del cuidado, quien padece algún grado de discapacidad o dependencia, y ejercida de manera voluntaria sin remuneración. Los familiares, amigos o vecinos son los cuidadores que constituyen esta red, pero también puede estar constituido por agentes de intervención y redes de los diferentes servicios de asistencia (13,14).

A su vez, los cuidadores informales se dividen en primarios y secundarios. Estos difieren según el nivel de responsabilidad que contrae hacia el niño con discapacidad y el tiempo dedicado al cuidado del mismo. Por consiguiente, el cuidador primario es el encargado de tomar la mayoría de las decisiones de cómo invertir su tiempo acompañando al niño con TDAH y el cuidador secundario es el remplazo que organizan su vida en función del niño, y las ayudas brindadas tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana(12).

Esta asistencia es comprendida como toda intervención de las acciones humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo, de manera que logre un nivel satisfactorio de calidad de vida.

FUNCIÓN DEL CUIDADOR DEL NIÑO CON TDAH

Los cuidadores de los niños con TDAH son un elemento esencial debido a que contribuyen a la evolución del infante permitiendo que este se adapte en la sociedad de una mejor manera. Para esto, el cuidador debe, en primer lugar, conocer acerca de este trastorno y luego tener estrategias que ayuden y faciliten al niño a autorregularse y controlarse.

El cuidador debe estructurar el ambiente mediante hábitos, rutinas, organización, planificación, horarios, orden y normas. También deben externalizar información por medio de carteles, fotos, dibujos, relojes, temporizadores y/o señales acústicas. Además, deben internalizar los procesos. Es decir, guiar externamente la conducta indicando como deben comportarse y cuando. Asegurarse de que cuando uno le indica algo que el niño

repita la instrucción que se le dio para no perderse y así posibilitar el cumplimiento del objetivo. Se asiste al niño para que ante un problema o una dificultad tenga la capacidad de pensar antes de actuar o tomar una decisión. (15)

Hay que tener en cuenta que la conducta del niño es inestable, con temporadas buenas y otras malas. Tampoco debe reparar en la conducta aislada, el cuidador tiene que ver el contexto y en qué circunstancias se da. Debe establecer contacto ocular y/o proximidad física con el niño. Dar instrucciones concretas, cortas y en lenguaje positivo. Darle al niño instrucciones una por una, anticiparles situaciones problemáticas, ayudarse a sí mismos y a los niños en el manejo de estados emocionales, poner atención a la salud mental y emocional del niño, hay que dedicarle tiempo, aprender (los cuidadores y el niño) a lidiar con el problema, manejar la frustración y a sentirse mejor acerca de sí mismos, desarrollar destrezas y competencias sociales, elogiar al niño cuando haga bien su trabajo, evitar lenguaje negativo, reforzar sus habilidades, hablar sobre sus potencialidades y talentos, y fomentarlos.

Es importante supervisarlo a menudo, sobre todo mientras se lo está entrenando en autocontrol ya que aún no puede generalizar su comportamiento a circunstancias similares.

Evitar los castigos, sobre todo en aquellas conductas que saben que el niño no puede evitar. Deben usar consecuencias para que reflexione y se controle, logre evitar dificultades, se rechace a sí mismo y así adquiera la automotivación.

Reunirse con la escuela y desarrollar un plan de trabajo en equipo para tratar las necesidades de su niño y mantenerse en contacto con el profesor.

Los niños con TDAH suelen ser excesivamente nerviosos y los cuidadores pueden utilizar el abrazo de contención como mecanismo de regulación emocional.

Debe evitar la autoagresión del niño o a terceros durante crisis nerviosas, resguardándolo en un lugar seguro.

Mantener contacto físico con el niño, como sentarse cerca, abrazarlo y/o darle besos o una palmadita cariñosa puede incrementar las conductas deseables.

DEFINICION DE DEPENDENCIA

El Comité de Ministros del Consejo de Europa(16) define la dependencia como el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la esencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesita de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana.

El instituto mayor y servicios sociales (IMSERSO) destaca que la dependencia es el estado de necesidad de apoyo personal e instrumental para la realización de los actos básicos de la vida cotidiana. Los componentes frecuentes que determinan la dependencia a lo largo de las distintas explicaciones son las siguientes:

-falta de autonomía o incapacidad para cuidarse por sí mismo y mantener un estilo de vida independiente, lo cual supone la necesidad de ayudar tanto de aspectos formales como informales.

-estado que requiere ayuda durante periodos prolongados o lo que se ha denominado cuidados de larga duración, tanto tiempo formal (Sistema Sanitario, Servicio Social) como informal (cuidados familiares, voluntarios, etc) y orientados a proteger a la persona en situación de dependencia, lo cual es derecho social.

-estado ligado al requerimiento de ayudar en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que permiten disfrutar de una mínima autonomía personal y

cuyo propósito es mantener a la persona en su entorno (sociofamiliar) con un nivel de participación satisfactoria.

-no existe una causa concreta para el desarrollo de la dependencia; destaca pues de carácter multicausal y la importancia de los factores psicosociales. Desde el punto de vista etiológico, intervienen diversas variables demográficas, sociales, culturales, de salud o psicológicas entre las que cabe mencionar la ausencia de integración social, la carencia de recursos económicos y entorno o relaciones de exclusión social(17).

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Se define como carga o sobrecarga a las consecuencias que implica el cuidado de personas dependientes. Grad et al.(18), en la década de los 60, fueron los primeros en mencionar este término como la carga percibida por los familiares al cuidado de un persona con enfermedad mental (7).

Zarit et al. (19)establecen el termino de sobrecarga como el nivel en que los cuidadores perciben que su salud, vida social y personal, y situación económica se modifica a causa de destinar gran parte de su tiempo a la asistencia de un familiar con limitaciones físicas o mentales (20).

Chou et al. (21) en su revisión bibliográfica discrimina tres momentos distintos de acuerdo al concepto de carga a lo largo del tiempo. Primero como un concepto unidimensional que estima a la carga del cuidador como un fenómeno global. El segundo como un concepto bidimensional, donde está la carga objetiva que hace referencia al esfuerzo y desempeño de cuidador (tiempo, carga física, asistencia al comportamiento) y la carga subjetiva que comprende los sentimientos y emociones del cuidador como inferencia de las demandas de su labor y el modo en que es percibido por él. El tercero como un concepto multidimensional, donde integra dimensiones físicas, psicológicas, sociales y económicas (7).

Pese a la divergencia en la aceptación del concepto, la definición de Zarit la más aceptada en estos tiempos. Los investigadores y clínicos indican que la Zarit caregiver

burden interview (ZCBI)(19)es el instrumento más utilizado en el ámbito gerontológico por su fundamentación teórica y adecuación psicométrica. Es utilizada en cuidadores de personas con diversas patologías y grupos etarios. En la versión 2.0, se tradujo y validó en más de 40 idiomas (7).

POSTURA CORRECTA.

Una postura correcta necesita de un vínculo equilibrado entre los diferentes elementos corporales, de tal manera que permita: Máxima capacidad funcional, Óptima estabilidad y capacidad de mantenimiento con un mínimo esfuerzo muscular.

Es la postura que asciende en contra de la gravedad sin perder máxima eficiencia funcional, labor que no podría efectuarse sin la colaboración activa del sistema fascial funcionalmente en equilibrio.

Cada cuerpo tiene particularidades posturales inherentes, al igual que los movimientos. Como consecuencia de las solicitudes funcionales los músculos se contraen y se relajan. La ubicación de los huesos y las vísceras alojados entre los músculos y las fascias dispone la dirección de estos movimientos. Diversas costumbres, limitaciones, preferencias, así como el funcionamiento de órganos internos, todo esto en conjunto, define la figura, el equilibrio y la aptitud funcional del cuerpo. Los patrones de atrapamiento del sistema fascial vienen establecidos por el dominio del cuerpo y sus patrones de movimiento. No son únicamente los factores físicos los que repercuten en el comportamiento postural; los factores emocionales pueden también modificar el comportamiento postural de modo contundente.

Para lograr una óptima función postural real es necesario vincular todos los aspectos corporales (cuerpo- percepción- emoción)(22).

METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, correlacional y transversal.

ENTREVISTA.

Variable: Edad del niño.

Valores: entre 6 a 7 años - 8 a 9 años - 10 a 11 años.

Variable: Edad del cuidador.

Valores: 30 a 34 años - 35 a 39 años - 40 a 44 años - 45 a 59 años.

Variable: Genero del cuidador.

Valores: Masculino- Femenino.

Variable: Parentesco del cuidador con el niño.

Valores: Madre - Padre - Abuelo/a - Hermano/a

Variable: Estado civil del cuidador.

Valores: Soltero - Casado- Conviviente - Divorciado.

Variable: Ayuda en el trabajo de cuidador.

Valores: Si – No - Algunas veces.

Variable: Aspecto de la vida del cuidador afectadas.

Valores: Social -Laboral- Cuidado personal- Sentimental- ninguna.

Variable: Trabajo adicional del cuidador.

Valores: Si - No.

Variable: Horas como cuidador.

Valores: 6 a 8hs – 9 a 12hs – más de 12hs.

Variable: Postura adecuada para el cuidado.

Valores: Siempre – Nunca -Algunas veces.

Variable: Presencia de dolor.

Valores: Si - No - Algunas veces.

Variable: Dolor post esfuerzo.

Valores: Siempre- Nunca- Algunas veces.

Variable: Ubicación del dolor del cuidador.

Valores: Cervical - Dorsal- Lumbar- Miembros superiores- Miembros inferiores - Ninguna.

Instrumento: Se realizó una encuesta de elaboración propia mediante preguntas para obtener r información del niño y de quien realiza su cuidado, como la edad, genero, parentesco con el niño, estado civil, si es el único encargado del cuidado del niño, como se ve afectada su vida y si presento algún dolor luego de realizar alguna actividad que requiera de fuerza físico en el cuidado del niño con TDAH entre otras.

Procedimiento: Se realizó una encuesta a través de un cuestionario que consta de 12 Preguntas.

POSTURA.

FOTOGRAMETRÍA: EVALUACIÓN POSTURAL ESTÁTICA.

Se utilizó una técnica de imagen digital para el procedimiento de evaluación postural estática a los cuidadores de niños con TDAH, mediante una cámara digital de celular situada en un trípode a 2 metros de distancia de la zona delimitada para la posición del sujeto a evaluar. Las fotografías fueron tomadas de cuerpo entero, en bipedestación, en el plano frontal (anterior y posterior) y sagital (lado izquierdo y derecho), procesadas mediante el Software Kinovea y Posture Measurement.

OBSERVACION EN EL PLANO FRONTAL (ANTERIOR).

CABEZA

Variable: Alineación horizontal de la cabeza.

Valor: Inclinación izquierda- Alineada- Inclinación derecha.

Indicador: La cabeza está alineada cuando se forma una línea recta horizontal entre los lóbulos auriculares izquierdo y derecho.

La cabeza esta inclinada a la izquierdo cuando lóbulo auricular derecho esta ascendido y el lóbulo auricular izquierdo descendido.

La cabeza esta inclinada hacia la derecha cuando el lóbulo auricular izquierdo esta ascendido y el lóbulo derecho descendido.

TRONCO

Variable: Alineación horizontal de hombros.

Valor: Inclinación izquierda- Alineados- Inclinación derecha.

Indicador: Los hombros están alineados cuando se forma una línea recta horizontal al unir los puntos anatómicos, acromion izquierdo y derecho.

El hombro izquierdo está inclinado hacia la izquierda cuando la línea que une a ambos acromion se encuentra descendido hacia la izquierda.

El hombro derecho está inclinado hacia la derecha cuando la línea que une a ambos acromion se encuentra descendida hacia la derecha.

Variable: Alineación horizontal de la pelvis.

Valor: Inclinación izquierda- Alineadas- Inclinación derecha.

Indicador: La pelvis se encuentra alineada cuando al unir los reparos anatómicos, las espinas iliacas antero superior (EIAS) izquierda y derecha, se forma una línea recta horizontal.

La pelvis esta inclinada hacia la izquierda cuando la línea que une a ambas EIAS se encuentra descendida hacia la izquierda.

La pelvis esta inclinada a la derecha cuando la línea que une a ambas EIAS se encuentra descendida hacia la derecha.

MIEMBRO INFERIOR

Variable: Posición de las rodillas.

Valor: Genu Valgum - Normal (valgus fisiológico) - Genu Varum.

Indicador: Valgus fisiológico de rodillas es cuando el eje del muslo y el eje de la pierna forma un ángulo obtuso, abierto hacia dentro, que oscila entre 170° a 175° .

Genu Valgum de rodilla se da cuando el ángulo que se forma entre el eje del muslo y el eje de la pierna está por debajo del valor del valgo fisiológico de 170° .

Genu Varum de rodilla se da cuando el ángulo que se forma entre el eje del muslo y la pierna es más grande que el valor del valgo fisiológico, lo que representa una inversión del ángulo obtuso.

Instrumento: Software Kinovea, Posture Measurement, trípode y cámara fotográfica digital (celular).

Procedimiento: La evaluación postural en el plano frontal (vista anterior) se realiza a través de fotogrametría. Se utilizan el software ya mencionado para procesar las fotografías donde los puntos de referencia anatómicos fueron marcados.

Se analizó la alineación de la cabeza, hombros, pelvis, rodilla y pies. Los puntos anatómicos utilizados para la evaluación son: lóbulo auricular izquierda y derecha, acromion izquierdo y derecho, espina iliaca antero superior izquierda y derecha, rodilla izquierda y derecha y punto medio entre maléolos medial y lateral del tobillo izquierdo y derecho.

Posición del cuidador: Debe estar en bipedestación, en frente del examinador, en ropa interior o top y short corto, con la mirada hacia el frente, pies ligeramente separados, los brazos deben estar relajados, a ambos lados del cuerpo, colgando con las palmas de las manos hacia adentro.

Posición del examinador: debe colocarse en frente del cuidador, a una distancia de 2 metros para obtener una visualización del conjunto corporal.

OBSERVACION EN EL PLANO FRONTAL (POSTERIOR).

CABEZA.

Variable: Alineación horizontal de la cabeza.

Valor: Inclinación izquierda- Alineada- Inclinación derecha.

Indicador: La cabeza está alineada cuando se forma una línea recta horizontal al unir los puntos anatómicos, lóbulo auricular izquierda y derecha.

La cabeza esta inclinada a la izquierda cuando el lóbulo auricular derecho esta ascendido.

La cabeza esta inclinada hacia la derecha cuando el lóbulo auricular izquierdo esta ascendido.

TRONCO.

Variable: Alineación horizontal de hombro.

Valor: Inclinación izquierda - Alineados- Inclinación derecha.

Indicador:

Los hombros están alineados cuando se forma una línea recta horizontal al unir los reparos anatómicos, acromion izquierdo y derecho.

El hombro izquierdo está inclinado hacia la izquierda cuando la línea que une ambos acromiones se encuentra descendido hacia la izquierda.

El hombro derecho está inclinado hacia la derecha cuando la línea que une a ambos acromion se encuentra descendida hacia la derecha.

Variables: Alineación horizontal de espina de la escapulas.

Valores: Ascendida- Alineada- Descendida.

Indicador: Las escapulas se encuentran alineadas cuando el ángulo interior de la escapula, de cada lado, se encuentra a la altura de la séptima vertebra dorsal.

La escapula se encuentra ascendida cuando el ángulo inferior de la escapula se encuentra por encima de la séptima vertebra dorsal.

La escapula se encuentra descendida cuando el ángulo inferior de la escapula se encuentra por debajo de la séptima vertebra dorsal.

Variable: Alineación de pelvis.

Valor: Inclinación izquierda- Alineadas- Inclinación derecha.

Indicador: La pelvis se encuentra alineada cuando forma una línea recta horizontal al unir las espinas iliacas postero superior (EIPS) izquierda y derecha.

La pelvis esta inclinada hacia la izquierda cuando la línea que une a ambas EIPS se encuentra descendida hacia la izquierda.

La pelvis esta inclinada hacia la derecha cuando la línea que une a ambas EIPS se encuentra descendida hacia la derecha.

MIEMBRO INFERIOR.

Variable: Posición de los pies.

Valor: Valgo- Valgo fisiológico (Neutro) -Varo.

Indicador: Talón Neutro o fisiológico: El ángulo formado por la línea de Helbing (vertical que pasa por el centro del hueco poplíteo y el centro del talón) y la línea divide el talón en dos mitades simétricas. Cierta valgo de 5° a 10° es considerado fisiológico.

Talón valgo o pronado: Es cuando forma un ángulo la línea de Helbing con la línea que divide el centro de la línea del talón, la línea se dirige hacia el lado externo del cuerpo.

Talón varo o supinado: Es cuando forma un ángulo la línea de Helbing con la línea que divide el centro de la línea del talón, la línea se dirige hacia el lado interno del cuerpo.

Instrumento: Software Kinovea, Posture Measurement, trípode y cámara fotográfica (celular).

Procedimiento: La evaluación postural en el plano frontal (vista posterior) se realiza a través de fotogrametría. Se utilizan el software ya mencionado para procesar las fotografías donde los puntos de referencia anatómicos fueron marcados.

Se analizó la alineación de la cabeza, hombros, escapulas, pelvis, rodilla y pies.

Los reparos anatómicos utilizados para la evaluación son: lóbulo auricular izquierda y derecha, acromion izquierdo y derecho, ángulo superior e inferior de la escapula izquierda y derecha, espina iliaca postero superior izquierda y derecha, punto medio del hueco poplíteo izquierdo y derecho, punto medio entre maléolos izquierdo y derecho y calcáneo izquierdo y derecho.

Posición del cuidador: Debe estar en bipedestación, de espalda al examinador, en ropa interior o top y short corto, con la mirada hacia el frente, pies ligeramente separados, los brazos deben estar relajados, a ambos lados del cuerpo, colgando con las palmas de las manos hacia adentro.

Posición del examinador: debe colocarse detrás del cuidador, a una distancia de 2 metros para obtener una visualización del conjunto corporal.

OBSERVACION EN EL PLANO SAGITAL (IZQUIERDA/DERECHA).

Variable: Alineación horizontal de la cabeza.

Valor: Adelantada- Alineada

Indicador: La cabeza está alineada cuando el ángulo cráneo vertebral (ángulo comprendido entre la línea horizontal que atraviesa la apófisis espinosa C7 y una línea que conecta la apófisis espinosa de C7 con el tragus de la oreja) da por encima de los 50°.

La cabeza está adelantada cuando hay una disminución del ángulo cráneo vertebral, es decir menor a 50°.

Variable: Alineación del hombro izquierda.

Variable: Alineación del hombro derecha.

Valores: Antepulsión –Alineado.

Indicador: El hombro está alineado cuando el ángulo del hombro, ángulo formado en la intersección de la línea entre el punto medio del humero y a apófisis espinosa de cervical 7 y la línea horizontal que pasa por el punto medio del humero, es mayor a 52° .

El hombro está en antepulsión cuando el ángulo es menor o igual a 52° .

Variable: Alineación vertical del tronco.

Valor: Inclinación anterior- Alineado- Inclinación posterior

Indicador: El tronco está alineado cuando forman una línea recta vertical al unir los reparos anatómicos, acromion y tuberosidad mayor.

El tronco está inclinado hacia anterior, cuando forma una línea oblicua en donde el acromion está por delante del trocánter mayor.

El tronco está inclinado hacia posterior, cuando forma una línea oblicua en donde el acromion esta por detrás del trocánter mayor.

Variable: Alineación de la pelvis.

Valor: Anteversión- Alineada- Retropulsión.

Indicador: La pelvis está en anteversión cuando la línea que une la espina iliaca antero superior (EIAS) a la espina iliaca postero superior (EIPS) se hace oblicua hacia abajo y hacia adelante.

La pelvis está en retroversión cuando la línea que une la EIAS a la EIPS se hace oblicua hacia abajo y hacia atrás, queda la EIPS por debajo de la EIAS.

La pelvis está alineada cuando hay una horizontalidad de la línea biespinal.

Variable: Alineación de las rodillas.

Valor: Genu Recurvatum- Alineada- Genu Flexum.

Indicador: La rodilla está alineada cuando al unir, a través de una línea recta los reparos anatómicos trocánter mayor, línea interarticular de rodilla y maléolo externo forman un ángulo de 0° a 10° .

Genu Recurvatum es cuando por encima de 10° de extensión de rodilla más allá de 0° (hiperextensión de rodilla).

Genu Flexum es cuando al unir, a través de una línea recta, los reparos anatómicos trocánter mayor y maléolo externo, la rodilla queda por delante (hiperflexión de rodilla).

Instrumento: Software Kinovea, Posture Measurement, trípode y cámara fotográfica (celular).

Procedimiento: La evaluación postural en el plano sagital (izquierda y derecha) se realiza a través de fotogrametría. Se utilizaron los softwares ya mencionados para procesar las fotografías donde los puntos de referencia anatómicos fueron marcados.

Se analizó la alineación de la cabeza, de los hombros, de la verticalidad del tronco, de la pelvis y de las rodillas.

La posición del cuidador: Debe estar en bipedestación, de costado al examinador, en ropa interior o top y short corto, con la mirada hacia el frente, pies ligeramente separados, los brazos deben estar relajados a ambos lados del cuerpo, colgando con las palmas de las manos hacia adentro.

Posición del explorador: Debe colocarse de costado al cuidador, a una distancia de 2 metros para obtener una visualización del conjunto corporal.

Los reparos anatómicos utilizados para la evaluación son: tragus de la oreja izquierda y derecha, acromion (izquierdo y derecho), apófisis espinosa de la vértebra cervical 7 (izquierda y derecha), trocánter mayor (izquierda y derecha), y maléolo externo (izquierdo y derecho).

INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM).

MOTOR.

AUTOCUIDO:

Variable: Alimentación.

Variable: Arreglo personal.

Variable: Baño

Variable: Vestido hemicuerpo superior.

Variable: Vestido hemicuerpo inferior

Variable: Aseo personal.

CONTROL DE ESFINTERES:

Variable: Control de la Vejiga.

Variable: Control del intestino.

MOVILIDAD:

Variable: Traslado de la cama- silla/silla de rueda.

Variable: Traslado en baño.

Variable: Traslado en bañera o ducha.

DEAMBULACION:

Variable: Caminar/ Desplazarse en silla de ruedas.

Variable: Subir y bajar escaleras.

COGNITIVO.

COMUNICACIÓN:

Variable: Comprensión.

Variable: Expresión.

EXPRESION:

Variable: Interacción social.

Variable: Solución de problema.

Variable: Memoria.

Valores: Sin ayuda: 7 intendencia completa, 6 independencia modificada.

Con ayuda: 5 dependencia modificada, 4 supervisión, 3 asistencia mínima, 2 asistencia moderada, 1 asistencia completa.

Instrumento: Se utilizó la escala de independencia funcional (FIM), la cual consta de seis grupos de funcionamiento: autocuidado, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social.

Procedimiento: Se realiza una encuesta a través de un cuestionario que consta de 18 categorías, 13 de las cuales corresponden a aspectos motores de la funcionalidad y 5 a aspectos cognitivos. Cada categoría se evalúa con una escala de 7 puntos, en la que el mínimo corresponde a la dependencia completa y el máximo a la independencia total.

Se puntúan en una escala de 1 a 7, para un total de 18 elementos puntuados. Debe colocarse un puntaje en todos los ítems de cada categoría. El puntaje total varía de 18 puntos como mínimo (dependencia total) a 126 puntos máximo (independencia completa), según los valores que se asignen a las diferentes categorías.

Niveles de función:

Niveles de independencia, en el cual no requiere ayuda de otra persona para realizar la actividad.

7-Independencia completa (todas las habilidades requeridas son capaz de realizarlas, con seguridad, sin modificación en la conducta, sin ayuda técnica o asistencia de personas en un tiempo adecuado y sin riesgo),

6- Independencia con modificaciones (para la realización de la actividad se requiere una ayuda técnica, requiere excesivo tiempo o existe algún riesgo al realizarla),

Niveles de dependencia parcial (se requiere la supervisión o asistencia de otra persona para realizar la actividad).

5- Supervisión (no necesita más ayuda que la supervisión de la otra persona que lo guía sin contacto físico),

4- Asistencia mínima (es asistido por otra persona que ayuda con contacto físico mínimo, pero el niño realiza al menos el 75 al 90% del esfuerzo),

3- Asistencia moderada (es asistido por otra persona, pero el niño realiza el 50 y el 75% del esfuerzo);

Dependencia máxima, el niño realiza menos del 50% del esfuerzo, se requiere máxima o completa ayuda o la actividad no sería realizada:

2- Asistencia máxima (el niño es asistido, pero realiza entre el 25 y el 50% del esfuerzo)

1- Asistencia total (el niño es asistido por otra persona, pero realiza menos del 25 % del esfuerzo).

La FIM ofrece una evaluación de la capacidad en cuanto seguridad, dependencia de otros y necesidad de dispositivos de ayuda.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

ESCALA DE ZARIT

Variables:

¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?

¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?

¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?

¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?

¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?

¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?

¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?

¿Piensa que su familia depende de Ud.?

¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?

¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?

¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?

¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?

¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?

¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que la puede cuidar?

¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?

¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?

¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?

¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?

¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?

¿Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?

Valores: Nunca-Rara vez- Algunas veces- Bastantes veces - Casi siempre.

Instrumento: Se utilizó la Escala de Zarit, versión en español validada por Martín et. al (1996), para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga percibida por el cuidador.

Procedimiento: Se realiza una encuesta a través de un cuestionario que consta de 22 ítems, afirmaciones en donde se explora los efectos negativos que conlleva la tarea de cuidar al niño con TDAH sobre la salud del cuidador, en distintas áreas de la vida: aspecto físico, psíquico, actividades sociales y recursos económicos.

Cada pregunta se evalúa mediante una escala con 5 opciones de respuestas posibles que oscilan entre nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre. La puntuación obtenida de cada ítem se suma y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. La puntuación global oscila entre 22 y 110 puntos. Si obtiene una puntuación entre 22 y 46 hay ausencia de sobrecarga, una puntuación entre 47 y 55 hay sobrecarga leve y entre 56 y 110 implica una sobrecarga intensa.

MUESTRA.

POBLACIÓN:

La muestra consta de 10 cuidadores adultos de niños con TDAH.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Ser cuidador primario de un niño con TDAH, asistirlo por más de 6hs diarias, presentar sobrecarga y que el infante sea dependiente del cuidador.

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

RESULTADO DE ENCUESTA AL CUIDADOR.

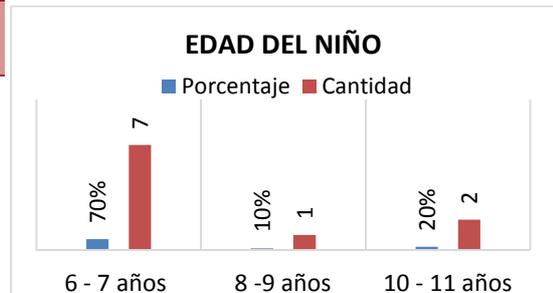
A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a 10 cuidadores de niños con TDAH mediante tablas y gráficos.

EDAD DEL NIÑO CON TDAH.

Tabla 1. Edad del niño con TDAH.

EDAD DEL NIÑO	CANTIDAD	PORCENTAJE
6 - 7 años	7	70%
8 -9 años	1	10%
10 - 11 años	2	20%

Gráfico 1. Edad del niño con TDAH



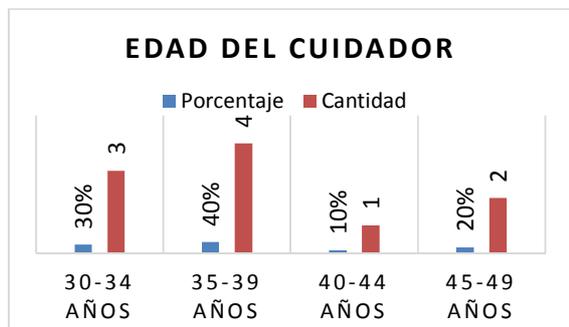
La tabla 1 y el gráfico 1 indica la distribución de la cantidad y porcentaje del rango de edades de los niños con TDAH que son asistidos por los cuidadores evaluados. El 70% de estos niños tienen entre 6-7 años, el 20% entre 10- 11 años y el 10 % entre 8-9 años.

EDAD DEL CUIDADOR.

Tabla 2. Edad del cuidador.

EDAD DEL CUIDADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
30-34 años	3	30%
35-39 años	4	40%
40-44 años	1	10%
45-49 años	2	20%

Gráfico 2. Edad del cuidador.



La tabla 2 y el gráfico 2 indica la distribución de la cantidad y porcentaje del rango de edad de las personas evaluadas dedicadas a la asistencia de niños con TDAH. El 40% de

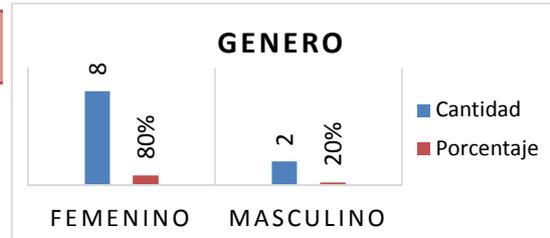
estos cuidadores tiene entre 35- 39 años, el 30% tienen entre 30- 34 años, el 20% tienen entre 45- 49 años y el 10% tienen entre 40- 44 años.

GENERO DEL CUIDADOR.

Tabla 3. Genero del cuidador.

GENERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
FEMENINO	8	80%
MASCULINO	2	20%

Gráfico 3 Genero del cuidador.



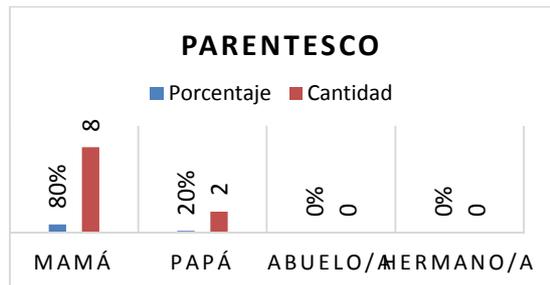
La tabla 3 y el gráfico 3 indica la distribución de la cantidad y porcentaje del género de las personas evaluadas que asisten a niños con TDAH. El 80% de estos cuidadores son de género femenino y el 20% es masculino.

PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL NIÑO.

Tabla 4. Parentesco del cuidador con el niño

PARENTESCO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MAMÁ	8	80%
PAPÁ	2	20%
ABUELO/A	0	0%
HERMANO/A	0	0%

Gráfico 4. Parentesco del cuidador con el niño.



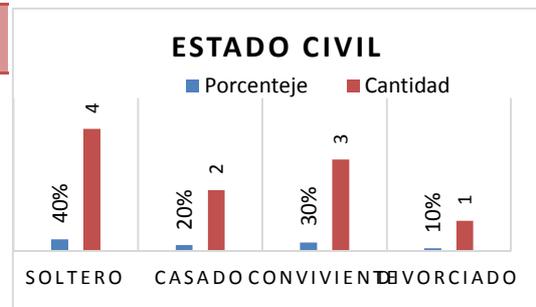
La tabla 4 y gráfico 4 indica la distribución de la cantidad y porcentaje de parentesco que tienen las personas evaluadas que asisten a niños con TDAH. El 80% de estos cuidadores son las madres, un 20% son los papás y un 0% los abuelos y hermano/a.

ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR.

Tabla 5. Estado civil del cuidador.

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SOLTERO	4	40%
CASADO	2	20%
CONVIVIENTE	3	30%
DIVORCIADO	1	10%

Gráfico 5. Estado civil del cuidador.



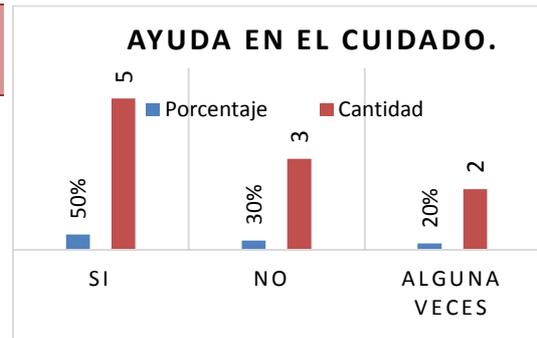
La tabla 5 y el grafico 5 indican la distribución de la cantidad y porcentaje del estado civil de las personas evaluadas que asisten a niños con TDAH. El 40 % de estos cuidadores están solteros, el 30% convivientes, el 20% casado y 10 % divorciado.

AYUDA EN EL TRABAJO DE CUIDADOR.

Tabla 6. Ayuda en el cuidado del niño con TDAH.

Gráfico 6. Ayuda en el cuidado del niño con TDAH.

AYUDA EN EL CUIDADO DEL NIÑO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	5	50%
NO	3	30%
ALGUNAS VECES	2	20%



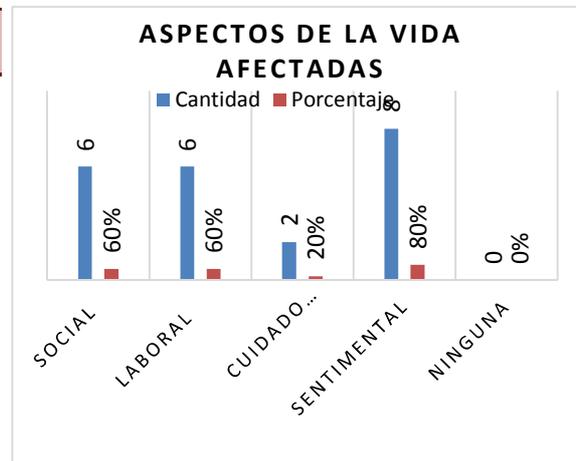
La tabla 6 y grafico 6 indican la distribución de la cantidad y porcentaje del acompañamiento que tienen las personas evaluadas que asisten a niños con TDAH. El 50% de estos cuidadores tienen acompañamiento en la asistencia del niño, el 30% no lo tienen y el 20% algunas veces recibe acompañamiento.

ASPECTOS DE LA VIDA DEL CUIDADOR AFECTADAS.

Tabla 7. Aspectos de la vida del cuidador afectadas

Gráfico 7. Aspectos de la vida del cuidador afectado.

ASPECTOS AFECTADOS	CANTIDAD	PORCENTAJE
SOCIAL	6	60%
LABORAL	6	60%
CUIDADO PERSONAL	2	20%
SENTIMENTAL	8	80%
NINGUNA	0	0%



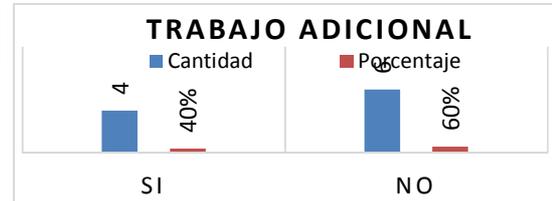
La tabla 7 y el grafico 7 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de los aspectos de la vida de las personas evaluadas que se encuentran afectados debido a la asistencia de los niños con TDAH. El 60% de estos cuidadores presentan afectada su vida social, el 60% la laboral, el 20% el cuidado personal, el 80% el sentimental y el 0% no presenta ningún aspecto de su vida afectada.

TRABAJO ADICIONAL

Tabla 8. Trabajo adicional.

TRABAJO ADICIONAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	4	40%
NO	6	60%

Gráfico 8. Trabajo adicional.



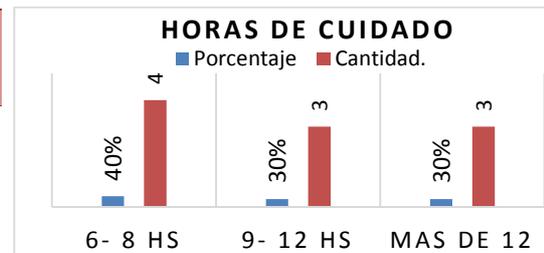
La tabla 8 y el gráfico 8 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de las personas evaluadas que tienen un trabajo adicional. El 60% de estos cuidadores de niños con TDAH no tienen un trabajo adicional y el 40% tienen un trabajo adicional al de cuidador.

HORAS DE CUIDADO DEL NIÑO CON TDAH.

Tabla 9. Horas al cuidado del niño.

HS. DE CUIDADO	CANTIDAD	PORCENTAJE
6- 8 HS	4	40%
9- 12 HS	3	30%
MÁS DE 12HS	3	30%

Gráfico 9. Horas al cuidado del niño.



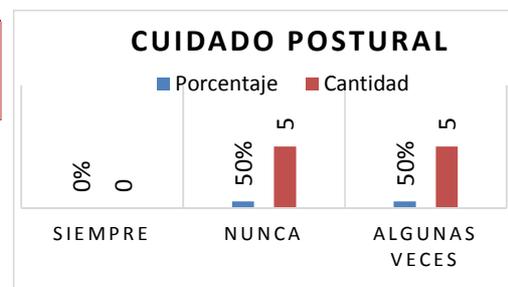
La tabla 9 y el gráfico 9 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de las horas que las personas evaluadas dedican al cuidado de los niños con TDAH. El 40% de estos cuidadores asisten a los niños durante 6hs a 8hs, el 30% entre 9hs a 12hs y el 30% por más de 12hs. Es decir, que el 60% de los cuidadores evaluados asisten a los niños 9hs o más.

CUIDADO POSTURAL DURANTE ACTIVIDADES DEL CUIDADO.

Tabla 10. Cuidado postural durante el cuidado del niño

Gráfico 10. Cuidado durante el cuidado del niño.

CUIDADO POSTURAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SIEMPRE	0	0%
NUNCA	5	50%
ALGUNAS VECES	5	50%



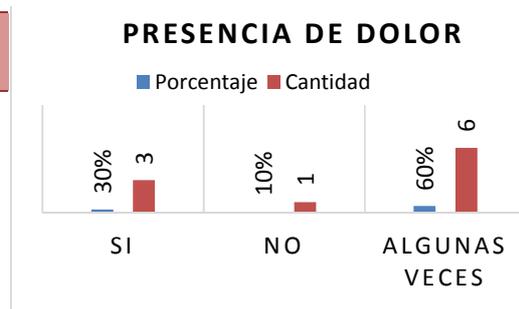
La tabla 10 y el grafico 10 indican la distribución de la cantidad y porcentaje del cuidado postural que tiene las personas evaluadas que asisten a los niños con TDAH durante su labor de cuidador. El 50% de estas personas cuida algunas veces su postura durante la asistencia del niño, el 50% nunca y el 0% siempre. Es decir que el 100% no cuida su postura en su tarea como cuidador.

PRESENCIA DE DOLOR EN ALGUNA REGION CORPORAL.

Tabla 11. Presencia de dolor.

Gráfico 11. Presencia de dolor.

PRESENCIA DE DOLOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	3	30%
NO	1	10%
ALGUNAS VECES	6	60%



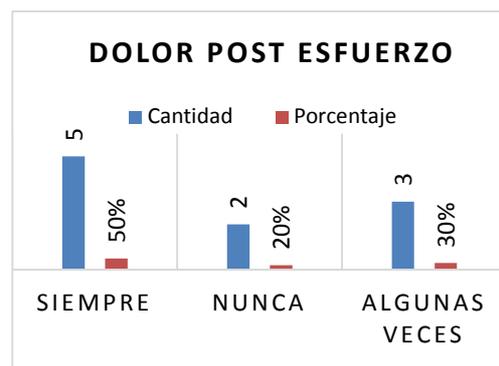
La tabla 11 y el grafico 11 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de dolor que presenta la persona evaluada en alguna región corporal. El 60% de estos cuidadores de niños con TDAH algunas veces presentan dolor corporal., el 30% si presentan dolor en alguna región corporal y el 10% no presentan dolor en alguna región corporal. Es decir, que el 90% de los evaluados presenta o presentó dolor en alguna región del cuerpo.

DOLOR POST ESFUERZO

Tabla 12. Presencia de dolor.

Gráfico 12. Presencia de dolor.

DOLOR POST ESFUERZO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	50%
NUNCA	2	20%
ALGUNAS VECES	3	30%



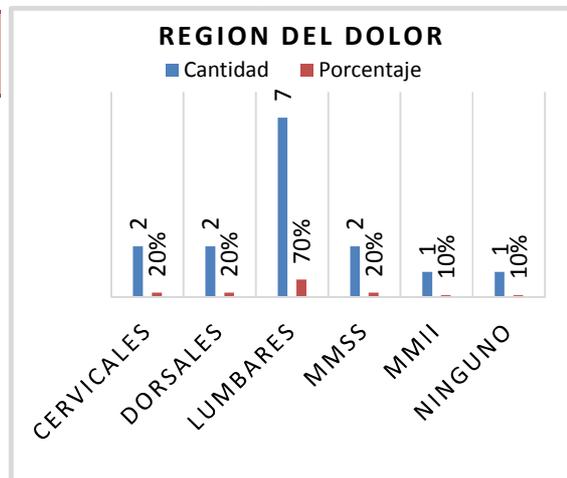
La tabla 12 y el grafico 12 indican la distribución de la cantidad y porcentaje del dolor post esfuerzo que presentan las personas evaluadas que asisten a niños con TDAH. El 50% de estos cuidadores siempre presentan dolor post esfuerzo, el 20% nunca presenta dolor post esfuerzo y el 30% algunas veces.

REGION DEL DOLOR.

Tabla 13. Región del dolor.

REGION DEL DOLOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
CERVICALES	2	20%
DORSALES	2	20%
LUMBARES	7	70%
MMSS	2	20%
MMII	1	10%
NINGUNO	1	10%

Grafico 13. Región del dolor.



La tabla 13 y el gráfico 13 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de la ubicación del dolor que tienen las personas evaluadas que asisten a niños con TDAH. El 70% presenta dolor a nivel lumbar, el 20% de estos cuidadores presentan dolor a nivel cervical, el 20% a nivel dorsal, el 20% a nivel de miembros superiores, el 10% a nivel de miembros inferiores y un 10% manifestó no tener dolor en ninguna región.

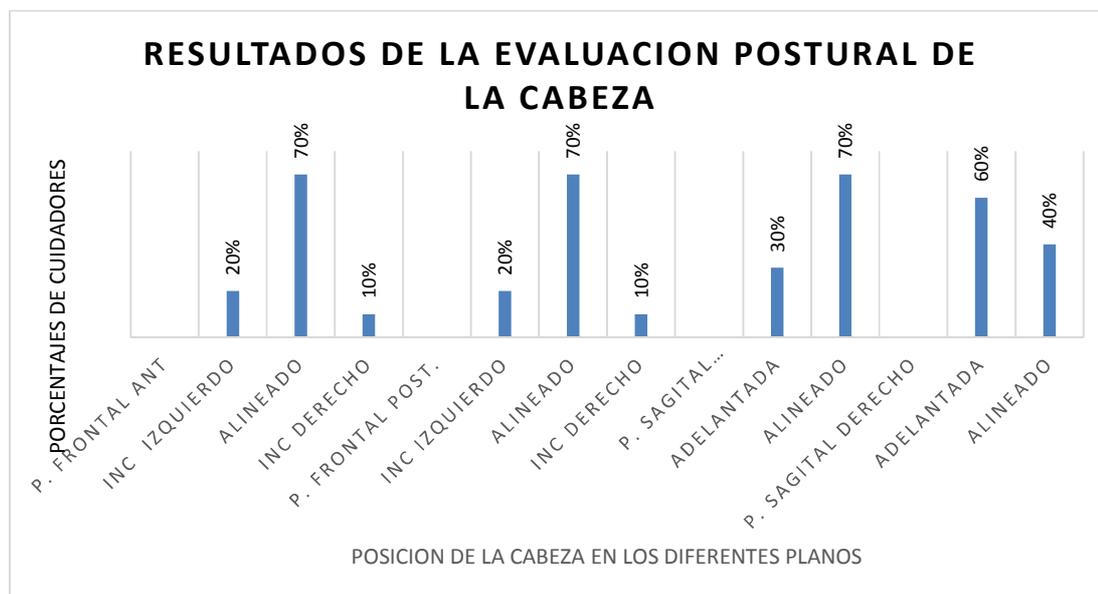
RESULTADOS DE EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

CABEZA

Tabla 14. Resultado de evaluación de cabeza

POSICION DE LA CABEZA	CANTIDAD	PORCENTAJE
PLANO FRONTAL ANTERIOR		
INCLINACION IZQUIERDO	2	20%
ALINEADO	7	70%
INCLINACION DERECHO	1	10%
PLANO FRONTAL POSTERIOR		
INCLINACION IZQUIERDO	2	20%
ALINEADO	7	70%
INCLINACION DERECHO	1	10%
PLANO SAGITAL IZQUIERDO		
ADELANTADA	6	60%
ALINEADO	4	40%
PLANO SAGITAL DERECHO		
ADELANTADA	6	60%
ALINEADO	4	40%

Gráfico 14. Resultado de evaluación de cabeza



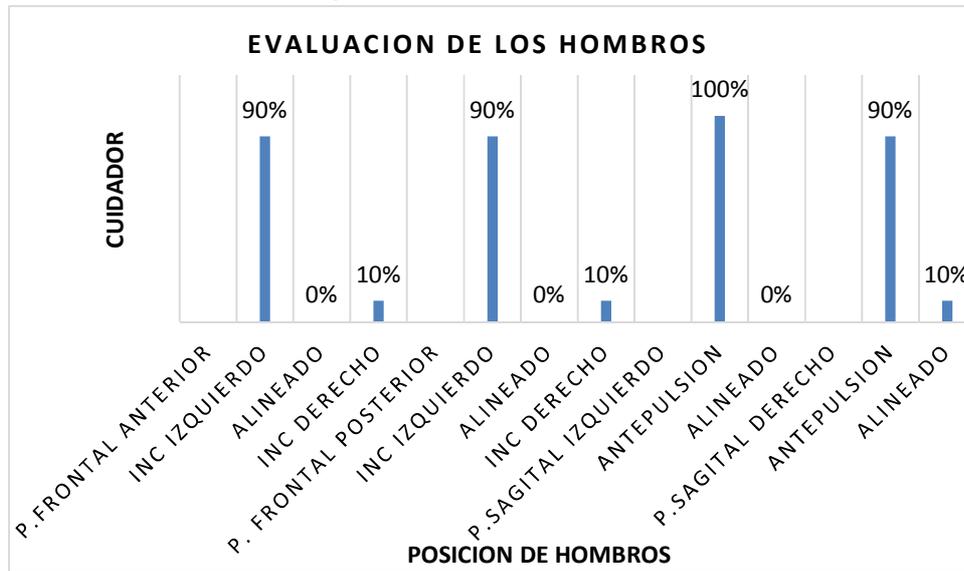
La tabla 14 y el gráfico 14 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de la alineación de la cabeza de las personas evaluadas que asisten a los niños con TDAH en los planos frontal anterior- posterior y plano sagital derecha-izquierda. El 70% de estos cuidadores presento en el plano frontal anterior y posterior la cabeza alineada, el 20% inclinación izquierda y el otro 10% inclinación derecha. En el plano sagital izquierdo y derecho, el 60% de los cuidadores mostraron tener la cabeza adelantada y el 60% alineada.

HOMBRO

Tabla 15. Resultado de evaluación de hombro.

POSICION DE LOS HOMBROS	CANTIDAD	PORCENTAJE
PLANO FRONTAL ANTERIOR		
INCLINACIÓN IZQUIERDO	9	90%
ALINEADO	0	0%
INCLINACIÓN DERECHO	1	10%
PLANO FRONTAL POSTERIOR		
INCLINACIÓN IZQUIERDO	9	90%
ALINEADO	0	0%
INCLINACIÓN DERECHO	1	10%
PLANO SAGITAL IZQUIERDO		
ANTEPULSIÓN	10	100%
ALINEADO	0	0%
PLANO.SAGITAL DERECHO		
ANTEPULSIÓN	9	90%
ALINEADO	1	10%

Gráfico 15. Resultado de evaluación de hombro.



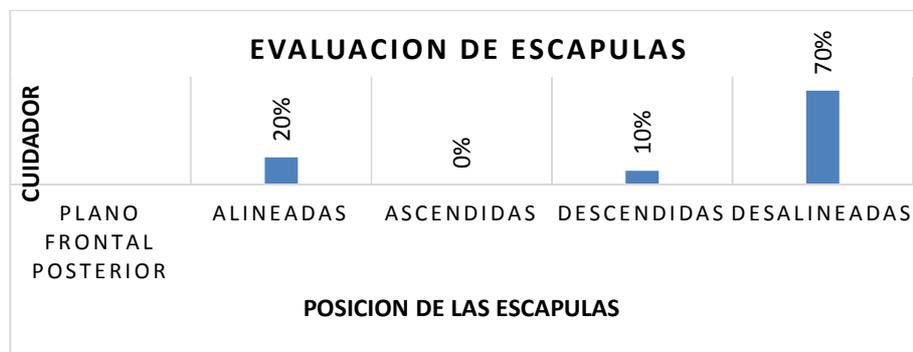
La tabla 15 y el gráfico 15 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de la alineación de los hombros de las personas evaluadas que asisten a niños con TDAH en el plano frontal anterior-posterior y plano sagital izquierdo-derecho. El 90% de estos cuidadores presentaron en el plano anterior y posterior una inclinación izquierda de hombros, el 10% una inclinación derecha de hombros y 0% una alineación horizontal de hombros. En el plano sagital izquierdo el 100% de los cuidadores mostraron antepulsión de hombros y el 0% alineación de hombro. En el plano sagital derecho el 90% de los cuidadores mostraron tener antepulsión de hombros y el 10% alineación de hombro.

ESCAPULAS

Tabla 16. Resultado de evaluación de escapula.

POSICION DE LAS ESCAPULAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
PLANO FRONTAL POSTERIOR		
ALINEADAS	2	20%
ASCENDIDAS	0	0%
DESCENDIDAS	1	10%
DESALINEADAS	7	70%

Gráfico 16. Resultado de evaluación de escapula.



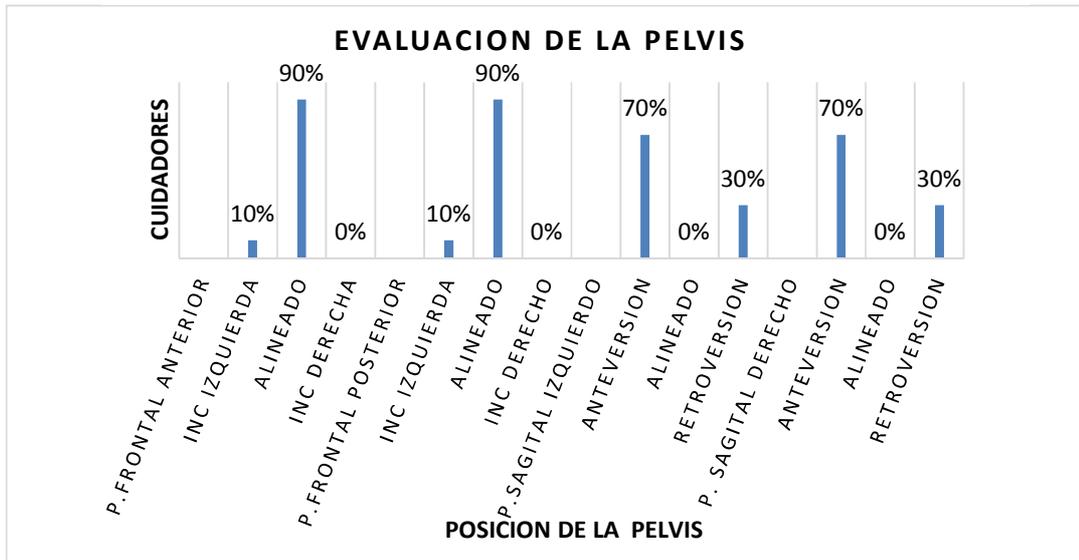
La tabla 16 y el gráfico 16 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de la alineación de las escapulas de las personas evaluadas que asisten a niños con TDAH en el plano posterior. El 70 % de estos cuidadores presentan desalineadas las escapulas, el 20% alineadas las escapulas, el 10% descendidas y el 0% ascendidas.

PELVIS

Tabla 17. Resultado de evaluación de la pelvis.

POSICION DE LA PELVIS	CANTIDAD	PORCENTAJE
PLANO FRONTAL ANTERIOR		
INC IZQUIERDA	1	10%
ALINEADO	9	90%
INC DERECHA	0	0%
PLANO FRONTAL POSTERIOR		
INC IZQUIERDA	1	10%
ALINEADO	9	90%
INC DERECHA	0	0%
PLANO SAGITAL IZQUIERDO		
ANTEVERSION	7	70%
ALINEADO	0	0%
RETROVERSION	3	30%
PLANO SAGITAL DERECHO		
ANTEVERSION	7	70%
ALINEADO	0	0%
RETROVERSION	3	30%

Gráfico 17. Resultado de evaluación de la pelvis.



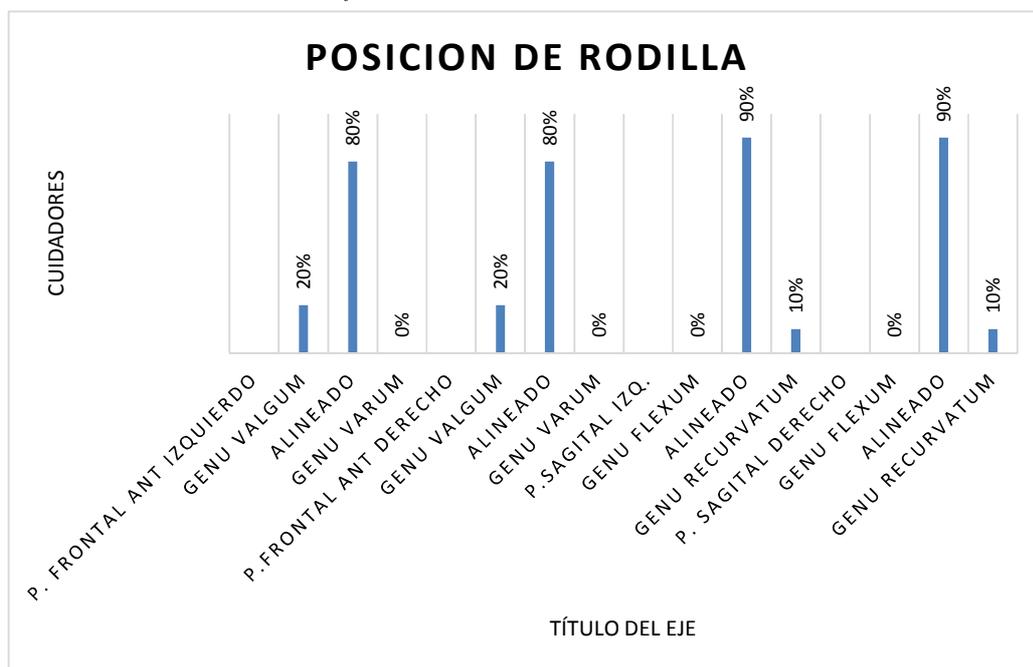
La tabla 17 y el gráfico 17 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de la alineación de la pelvis de las personas evaluadas que se dedican al cuidado de niños con TDAH en un plano frontal anterior-posterior y sagital izquierda-derecha. El 90% de estos cuidadores presentaron en el plano frontal anterior y posterior la pelvis alineada, el 10% inclinación izquierda y el 0% inclinación derecha. El 70% presentaron anteversión de pelvis, el 30% retroversión y el 0% alineado.

RODILLA.

Tabla 18. Resultado de evaluación de rodilla.

POSICION DE RODILLA	CANTIDAD	PORCENTAJE
PLANO FRONTAL ANTERIOR IZQUIERDA		
GENU VALGUM	2	20%
ALINEADO	8	80%
GENU VARUM	0	0%
PLANO ANTERIOR DERECHA		
GENU VALGUM	2	20%
ALINEADO	8	80%
GENU VARUM	0	0%
PLANO SAGITAL IZQUIERDA		
GENU FLEXUM	0	0%
ALINEADO	9	90%
GENU RECURVATUM	1	10%
PLANO SAGITAL DERECHO		
GENU FLEXUM	0	0%
ALINEADO	9	90%
GENU RECURVATUM	1	10%

Gráfico 18. Resultado de evaluación de rodilla.



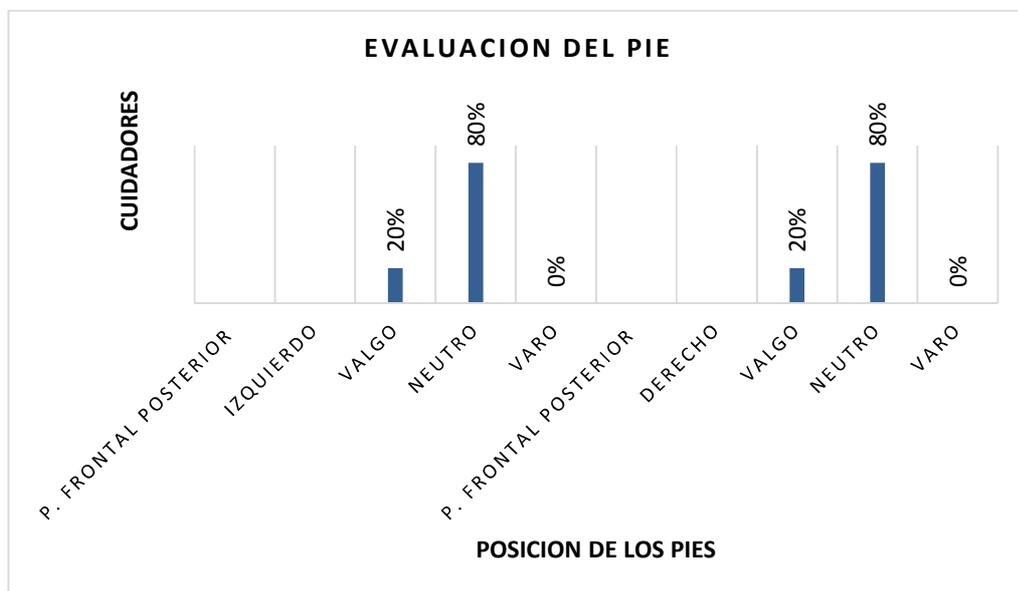
La tabla 18 y el gráfico 18 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de la alineación de las rodillas de las personas que se dedican al cuidado de niños con TDAH en un plano frontal anterior-posterior y sagital izquierda-derecha. El 80 % de estos cuidadores presentan en el plano frontal (rodilla izquierda y derecha) valgus fisiológico de rodillas, el 20 % mostraron tener Genu Valgum y 0% Genu Varum. El 90 % presentaron tener en el plano sagital izquierdo y derecho las rodillas alineadas, el 10% Genu Recurvatum y el 0% Genu Flexum.

PIE.

Tabla 19. Resultado de evaluación de pie.

POSICION DE LOS PIES	CANTIDAD	PORCENTAJE
PLANO POSTERIOR PIE IZQUIERDO		
VALGO	2	20%
NEUTRO	8	80%
VARO	0	0%
PLANO POSTERIOR PIE DERECHO		
VALGO	2	20%
NEUTRO	8	80%
VARO	0	0%

Gráfico 19. Resultado de evaluación de pie.



La tabla 19 y gráfico 19 indican la distribución de la cantidad y porcentaje de la alineación de los pies de las personas dedicadas al cuidado de niños con TDAH en el plano frontal anterior-posterior y plano sagital izquierda-derecha. El 80% de estos cuidadores presento en el plano frontal posterior izquierdo pie Neutros, un 20% Valgo y 0% Varo. En el plano frontal derecho el 80% presento pie Neutro, 20% Valgo y 0% Varo.

RESULTADO DE LA MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

El nivel de independencia funcional del niño con TDAH se midió mediante la Escala de independencia funcional (FIM).

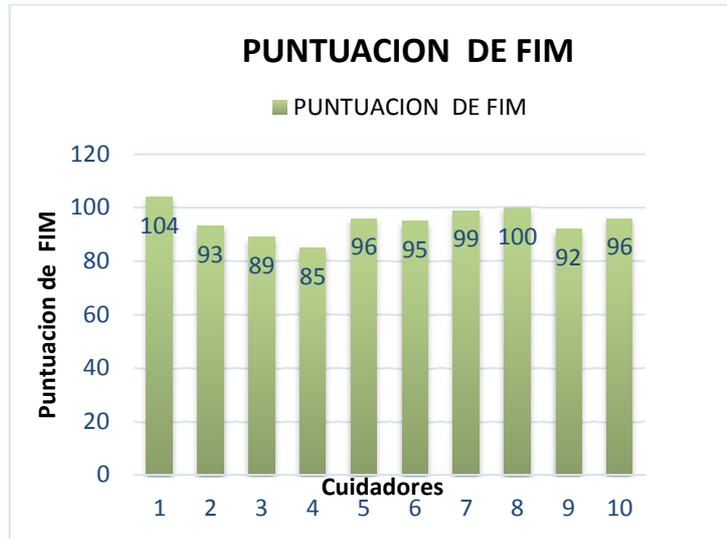
En este trabajo se realizó el análisis del valor total del FIM en el cual hay un rango normal entre 18 (dependencia total) y 126 (independencia completa).

A continuación, se presentará los resultados obtenidos por medio de tablas y gráficos.

Tabla 20. Puntuación de FIM.

Nº DE CUIDADORES	PUNTUACION DE FIM
1	104
2	93
3	89
4	85
5	96
6	95
7	99
8	100
9	92
10	96

Gráfico 20. Puntuación de FIM.



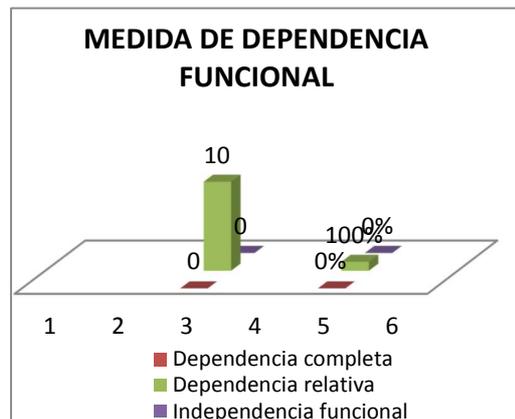
La tabla 20 y el gráfico 20 indican la distribución de la puntuación obtenida de la Escala de independencia funcional de los niños con TDAH de los cuidadores encuestados.

Se puede observar que la puntuación de los 10 cuidadores evaluados da un valor igual o mayor a 85 puntos hasta 104 puntos, es decir un valor menor con respecto del valor total.

Tabla 21. Nivel de independencia funcional.

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL	CANTIDAD DE CUIDADORES	PORCENTAJE
DEPENDENCIA COMPLETA	0	0%
DEPENDENCIA RELATIVA	10	100%
INDEPENDENCIA FUNCIONAL	0	0%

Gráfico 21. Nivel de independencia funcional.



La tabla 21 y el gráfico 21 indican la distribución de la cantidad y porcentaje del nivel de independencia funcional del niño con TDAH de los cuidadores encuestados. Se puede observar, según la medición realizada, que el 100% de los niños con TDAH que fueron evaluados por medio de una encuesta realizada a sus cuidadores dio dependencia relativa.

RESULTADO DE LA ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

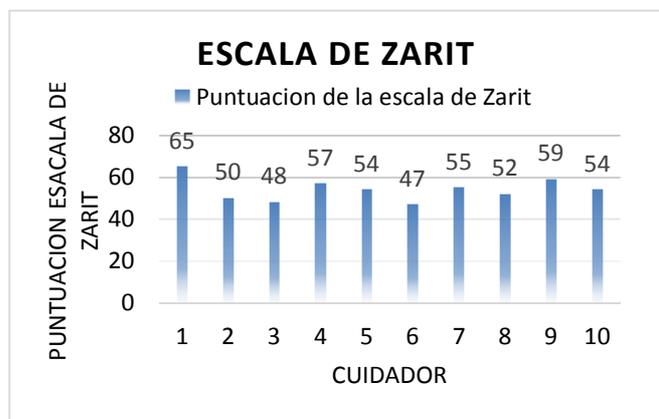
El nivel de sobrecarga del cuidador del niño con TDAH se midió a través de la Escala de Zarit. Los cuidadores que presentan una puntuación igual o menor a 46 presentan ausencia de sobrecarga, entre 47 y 55 sobrecarga leve y más o igual a 56 sobrecarga intensa.

A continuación, se presentará los resultados obtenidos por medio de tablas y gráficos.

Tabla 22. Puntuación de escala de Zarit.

Nº DE CUIDADORES	PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE ZARIT
1	65
2	50
3	48
4	57
5	54
6	47
7	55
8	52
9	59
10	54

Gráfico 22. Puntuación de escala de Zarit.

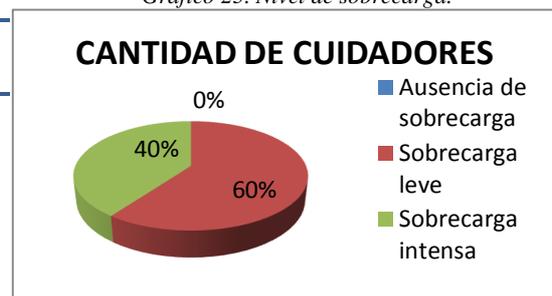


La tabla 22 y el gráfico 22 indican la distribución de la puntuación obtenida de la escala de Zarit que presentan cada uno de los cuidadores encuestados. Se puede observar que los cuidadores N° 2, 3, 5, 6, 8, 10 persisten sobrecarga leve y los cuidadores N° 1, 4, 7 y 9 sobrecarga intensa.

Tabla 23. Nivel de sobrecarga.

NIVEL DE SOBRECARGA	CUIDADORES	PORCENTAJE
AUSENCIA DE SOBRECARGA	0	0%
SOBRECARGA LEVE	6	60%
SOBRECARGA INTENSA	4	40%

Gráfico 23. Nivel de sobrecarga.



La tabla 23 y el gráfico 23 indican la distribución del nivel de sobrecarga que presentan las personas que asisten a niños con TDAH. El 60% de estos cuidadores evaluados presentan sobrecarga leve, un 40% sobrecarga intensa y un 0% ausencia de sobrecarga.

Lo cual significa que una gran mayoría de los cuidadores de niños con TDAH presentan sobrecarga entre leve e intensa.

DISCUSION

El presente estudio permitió identificar las características sociodemográficas de los cuidadores que tienen a su cargo niños con TDAH dependientes, así como también las alteraciones posturales que presentan y el nivel de sobrecarga.

El perfil del cuidador de la muestra estudiada responde en su mayoría a personas del género femenino, siendo las madres quienes cumplen con este rol en mayor medida y con un predominio de edad entre 35 y 39 años. Estos datos son similares al estudio (23) salvo en lo referido a la edad, debido a las características del grupo que asisten, pero queda en evidencia que son las mujeres quienes son las principales cuidadoras de su familiar.

Un alto porcentaje de personas de esta muestra asisten a los niños con TDAH por más de 9hs diaria y la gran mayoría recibe ayuda en esta labor. Según los estudios (24,25) esta ayuda adicional para el cuidado del niño podría ser un factor defensor ante efectos desfavorables como enfermedades, estrés y sobrecarga que se originan como consecuencia de la labor que realizan.

El 80% de los cuidadores de este estudio considera que tiene afectada su vida sentimental, un 60% su vida social, al igual que la laboral y en menor medida el cuidado personal. Una de las tareas que debe dejar de lado el cuidador es la laboral, haciendo que solo una minoría tenga un trabajo adicional remunerado, lo cual coincide con las investigaciones que muestran que hay una prevalencia de cuidadores que son amas de casa sin trabajo remunerado. La demanda de la asistencia de personas dependientes conlleva de mucho tiempo dificultando compatibilizar el trabajo fuera de la casa y el de cuidador (25,26) pudiendo ocasionar a largo plazo efectos negativos en la salud y calidad de vida del cuidador y en consecuencia a la persona que cuida (24,27).

En este estudio predomina el número de personas que sienten algún tipo de sobrecarga frente a los que no presentan sobrecarga. Dato similar al estudio (23). Estos datos son importante ya que el grado de sobrecarga impacta en el cuidador (26,27) .Una serie de

investigaciones (24,25,28)dieron a conocer que la sobrecarga del cuidador está asociada a las horas diarias destinadas a este trabajo(24). Según (29) la habitualidad de asistir a alguien dependiente puede desatar alteraciones a nivel personal, familiar, laboral y social perjudicando la salud física y psíquica del cuidador.

El 60% de los cuidadores encuestados algunas veces presentan dolor, la mayoría manifiesta dolor post esfuerzo en la asistencia al niño y ninguno cuida su postura durante este trabajo. El 70% presento dolor a nivel Lumbar y en menor medida a nivel cervical, dorsal, miembros superiores e inferiores y solo el 10% no presento dolor. El vínculo entre la duración del trabajo de cuidador y el dolor percibido es importante, ya que es una cuestión influyente en la salud del cuidador, causando más susceptibilidad en él e incrementando la presencia de fatiga y dolor (30). Los dolores lumbares son el motivo de mayor consulta médica. Este dolor afecta el desempeño de quienes lo sufren y en mayor medida en cuidadores de niños con discapacidad a causa del sobre esfuerzo físico, posturas inadecuadas y mantenidas; a todos estos factores se suma la falta de conocimiento de higiene postural por parte del cuidador (9). Golob et al. (31)establecen que los cuidadores de infantes con discapacidad como consecuencia de la manipulación de peso, esfuerzos superfluos, cansancio, posturas inadecuadas y por lo tanto gran consumo de energía pueden tener dolencias lumbares, cervicales, de hombro, brazos, etc (9) lo cual concuerda con los resultados obtenidos.

El test postural estático pone de manifiesto que la mayoría de los cuidadores de esta investigación tienen la cabeza alineada en los planos frontales (anterior y posterior) y adelantada en los planos sagitales (izquierdo y derecho). En mayor medida tienen los hombros inclinados hacia la izquierda y en antepulsión en los planos frontales y sagitales respectivamente. El 90 % tienen la pelvis alineada en los planos frontales y el 70% tiene la pelvis en anteversión en los planos sagitales. La mayoría de los cuidadores tienen las rodillas alineadas en los planos frontales y sagitales, y en menor medida Genu valgum. Los pies en los diferentes planos se encuentran neutros en su mayoría y en menor medida tienen los pies en valgo. Según el estudio realizado en España pone de manifiesto que las alteraciones posturales más comunes en cuidadores de personas con discapacidad son el

adelantamiento de cabeza, hombros redondeados y colapso postural (32) lo cual concuerda con los datos obtenidos en esta investigación salvo lo del colapso postural. Los estudios (33,34) mostraron íntima relación entre el dolor lumbar y anteversión pélvica como consecuencia de que esta acentúa la lordosis lumbar o hiperlordosis. Otros estudios manifestaron que el descenso de la bóveda plantar, valgo de tobillo, valgo de rodilla acompañada de una coxa vara que provoca una anteversión pélvica compensatoria, lo cual ocasiona hiperlordosis lumbar, causa lumbalgias.

CONCLUSION

De acuerdo a la distribución sociodemográfica se puede concluir que son las mujeres, principalmente las madres, quienes en mayor medida se encuentra asumiendo el rol de cuidadoras de niños dependientes con TDAH y el rango de edad oscilo entre los 35-39 años. La ayuda en la asistencia de estos niños es un factor que puede beneficiar a quien cuida al menor, disminuyendo así la prevalencia de efectos negativos en él, pero la íntima relación entre la duración de este trabajo y el dolor influyen en la salud del cuidador. Las largas horas dedicadas a este trabajo es un factor relevante, ya que a largo plazo puede afectar diferentes aspectos de su vida y por consiguiente la del niño. También las horas de cuidado puede generar mayor susceptibilidad en el cuidador y aumentar la presencia de fatiga y de dolor. También la falta de higiene postural, esfuerzos, traslados de peso y posturas incorrectas en los cuidadores de infantes con discapacidad pueden predisponer a dolores a nivel lumbar, principalmente, y a otras dolencias a nivel cervical, de hombros, brazos, etc.

Los segmentos anatómicos más alterados son la cabeza adelantada, los hombros en antepulsión, la anteversión de pelvis, la cual puede acentuar la lordosis lumbar provocando así lumbalgia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 [Internet]. 5.^a ed. Arlington: Panamericana; 2014. Disponible en: <https://psicologiaautodidacta.com/producto/dsm-5/>
2. Bustillo ML, Gómez-Gutiérrez M, Guillén AI, Bustillo ML, Gómez-Gutiérrez M, Guillén AI. Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica Salud*. 2018;29(2):89-100.
3. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *J Gerontol Ser B*. 1 de marzo de 2007;62(2):P126-37.
4. Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the Caregiver Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers. *Am J Public Health*. marzo de 2002;92(3):409-13.
5. González CE, Pérez L del CA, Rodríguez LC, Martínez DC, Soca DR. Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infanto-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Médica Cent*. 2018;12(1):57-64.
6. Brehaut JC, Kohen DE, Raina P, Walter SD, Russell DJ, Swinton M, et al. The Health of Primary Caregivers of Children With Cerebral Palsy: How Does It Compare With That of Other Canadian Caregivers? | *Pediatrics* | American Academy of Pediatrics [Internet]. American Academy of pediatrics Dedicated to the Health of all childrens. 2004. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/114/2/e182/64660/The-Health-of-Primary-Caregivers-of-Children-With?redirectedFrom=fulltext>
7. Tartaglini MF, Feldberg C, Hermida PD, Heisecke SL, Dillon C, Ofman SD, et al. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurol Argent*. 1 de enero de 2020;12(1):27-35.
8. González ML, Vives JF. Estrés psicológico y problemática musculoesquelética. Revisión sistemática. *Enferm Glob*. 2 de abril de 2015;14(2):276-300.

9. Peralta DGB, Iglesias DA, Dr Maridueña Arciniega V. Dolor lumbar inespecífico en cuidadores de niños con discapacidad. *Medigraphic*. 2017;29(3-4):42-5.
10. Alda Diez JA, Boix Lluch C, Colomé Roura R, Fernuianoandez Ang M, Gassió Subirachs R, Izaguirre Eguren J, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes [Internet]. *Guiassalud*. es. 2010. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-sobre-el-trastorno-por-deficit-de-atencion-con-hiperactividad-tdah-en-ninnos-y-adolescentes/>
11. Carballo M del C. Coaching Para Quienes Viven Con TDAH [Internet]. 1°. Mexico: Alfaomega; 2010. Disponible en: <https://pdfcoffee.com/coaching-para-quienes-viven-con-tdah-pdf-free.html>
12. Pardo XM, Cárdenas SJ, Cruz AV, Venega JM, Magaña IM. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. 6 de junio de 2014;11(1):71-85.
13. García JR. Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. 1.ª ed. Madrid: Imserso; 2010. 386 p.
14. Rodríguez Castedo A. Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia [Internet]. 1°. Madrid: IMSERSO; 2004. 820 p. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/doc_interes/libro_blanco/index.htm
15. Bonet Camañez T. Consejos y técnicas para padres con niños con TDAH [Internet]. Tratamiento del trastorno por hiperactividad infantil. Disponible en: <https://www.tdahytu.es/2020/05/29/recomendaciones-para-padres-de-ninos-con-tdah/>
16. Consejo de Europa. Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia – SID [Internet]. 1998 p. 11-21. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/legislacion/recomendacion-no-98-9-del-comite-de-ministros-a-los-estados-miembros-relativa-a-la-dependencia/>
17. Cantón JC, Jiménez NF, López EA. Organización de la atención a las personas en situación de dependencia. Editex; 2014. 193 p.
18. Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet Lond Engl*. 9 de marzo de 1963;1(7280):544-7.

19. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. diciembre de 1980;20(6):649-55.
20. Mesa DG, Delgado-Reyes AC, López JVS. Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores primarios de población infantil con Trastorno del Espectro Autista de la ciudad de Manizales. *Cuad Hispanoam Psicol* [Internet]. 2020;20(2). Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/3666>
21. Chou KR, Chu H, Tseng CL, Lu RB. The Measurement of Caregiver Burden. *Rev Cienc Médicas*. 2003;23(2):73-82.
22. Pilat A. Terapias miofasciales: Inducción miofascial [Internet]. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana; 2003. 623 p. Disponible en: https://www.academia.edu/30166196/Andrzej_Pilat_Induccion_Miofascial
23. Contreras Machado A. Sobrecarga emocional del cuidador familiar de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *REVISALUD Unisucre*. 2014;2(1):15-30.
24. Torres-Avenidaño B, Agudelo-Cifuentes MC, Pulgarin-Torres ÁM, Berbesi-Fernández DY. Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Medellín*, 2017. *Univ Salud*. 31 de agosto de 2018;20(3):261.
25. Flores G E, Rivas R E, Seguel P F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm*. abril de 2012;18(1):29-41.
26. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clínica Med Fam* [Internet]. junio de 2009 [citado 9 de octubre de 2022];2(7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
27. Camacho Estrada L, YokebedHinostrosa Arvizu G, Jiménez Mendoza A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enferm Univ*. diciembre de 2010;7(4):35-41.
28. Rodríguez-González AM, Rodríguez-Míguez E, Duarte-Pérez A, Díaz-Sanisidro E, Barbosa-Álvarez Á, Clavería A. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en

cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Aten Primaria*. 1 de marzo de 2017;49(3):156-65.

29. Pareja FB. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. 2º. España: Ediciones Díaz de Santos; 2004. 316 p.

30. Villarejo Aguilar L, Zamora Peña MA, Casado Ponce G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enferm Glob*. julio de 2012;11(27):159-64.

31. Al G, Je W. Low back pain. *Med Clin North Am* [Internet]. mayo de 2014 [citado 6 de noviembre de 2022];98(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24758954/>

32. Fradejas BAC. Programa de intervención fisioterapéutica para la mejora del estrés y la calidad de vida en cuidadores de personas con discapacidad [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. [España]: Universidade da Coruña; 2015 [citado 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46629>

33. Vélez-Patiño JA, Ríos-Sánchez LM, Ochoa-Jaramillo FL, Díaz-León CA. Anteversión pélvica como causa de dolor lumbar, síndrome patelofemoral y dolores del crecimiento. *Rev Soc Esp Dolor*. abril de 2014;21(2):75-83.

34. 2014 Genu Recurvatum | PDF | Rodilla | Sistema musculoesquelético [Internet]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/264790594/2014-Genu-recurvatum>

ANEXOS

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** Silvia (Cuidador N°1).
- **EDAD:** 47

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. **¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?**

6-7 () 8-9 () 10-11 (x)

2. **¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?**

30 - 34 años () 40 – 44 años ()
35 – 39 años () 45 – 49 años (x)

3. **¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?**

Masculino () Femenino (x)

4. **¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?**

Madre (x) Padre ()
Hermano/a () Abuelo/a ()

5. **¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?**

Soltero (x) Conviviente ()
Casado () Divorciado ()

6. **¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?**

Si () No () Algunas veces (x)

7. **¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?**

Social (x) Laboral (x) Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal (x) Sentimental (x)

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No ()

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. (x) 9-12 hs () Más de 12hs ()

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca (x) Algunas veces ()

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si (x) No () Algunas veces ()

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre (x) Nunca () Algunas veces ()

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical (x) Miembros superiores (x)
Dorsal () Miembro inferior ()
Lumbar (x) Ninguno ()

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** Lucas (Cuidador N°2)
- **EDAD:** 37 años.

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. ¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?

6-7 (x) 8-9 () 10-11 ()

2. ¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?

30 - 34 años () 40 – 44 años ()

35 – 39 años (x) 45 – 49 años ()

3. ¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Masculino (x) Femenino ()

4. ¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?

Madre () Padre (x)

Hermano/a () Abuelo/a ()

5. ¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Soltero () Conviviente ()

Casado (x) Divorciado ()

6. ¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No () Algunas veces ()

7. ¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?

Social (x) Laboral () Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal () Sentimental (x)

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No ()

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. (x) 9-12 hs () Más de 12hs ()

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca (x) Algunas veces ()

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si (x) No () Algunas veces ()

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre (x) Nunca () Algunas veces ()

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical () Miembros superiores ()
Dorsal () Miembro inferior ()
Lumbar (x) Ninguno ()

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** Emiliano (Cuidado N°3)
- **EDAD:** 37 años.

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. ¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?

6-7 () 8-9 (x) 10-11 ()

2. ¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?

30 - 34 años () 40 – 44 años ()

35 – 39 años (x) 45 – 49 años ()

3. ¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Masculino (x) Femenino ()

4. ¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?

Madre () Padre (x)

Hermano/a () Abuelo/a ()

5. ¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Soltero () Conviviente (x)

Casado () Divorciado ()

6. ¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No () Algunas veces ()

7. ¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?

Social (x) Laboral () Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal () Sentimental (x)

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No ()

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. () 9-12 hs () Más de 12hs (x)

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca (x) Algunas veces ()

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si () No () Algunas veces (x)

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre (x) Nunca () Algunas veces (x)

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical () Miembros superiores ()
Dorsal () Miembro inferior ()
Lumbar (x) Ninguno ()

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** Claudia (Cuidador N°4)
- **EDAD:** 44 años

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. ¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?

6-7 (x) 8-9 () 10-11 ()

2. ¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?

30 - 34 años () 40 – 44 años (x)

35 – 39 años () 45 – 49 años ()

3. ¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Masculino () Femenino (x)

4. ¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?

Madre (x) Padre ()

Hermano/a () Abuelo/a ()

5. ¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Soltero () Conviviente (x)

Casado () Divorciado ()

6. ¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?

Si () No (x) Algunas veces ()

7. ¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?

Social () Laboral (x) Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal () Sentimental (x)

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si () No (x)

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. () 9-12 hs () Más de 12hs (x)

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca () Algunas veces (x)

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si () No () Algunas veces (x)

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre () Nunca () Algunas veces (x)

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical () Miembros superiores ()
Dorsal (x) Miembro inferior ()
Lumbar (x) Ninguno ()

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** Brenda (Cuidador N°5)
- **EDAD:** 33 años

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. ¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?

6-7 () 8-9 () 10-11 (x)

2. ¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?

30 - 34 años (x) 40 – 44 años ()

35 – 39 años () 45 – 49 años ()

3. ¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Masculino () Femenino (x)

4. ¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?

Madre (x) Padre ()

Hermano/a () Abuelo/a ()

5. ¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Soltero () Conviviente ()

Casado () Divorciado (x)

6. ¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No () Algunas veces ()

7. ¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?

Social (x) Laboral (x) Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal (x) Sentimental (x)

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No ()

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. () 9-12 hs () Más de 12hs (x)

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca (x) Algunas veces ()

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si () No () Algunas veces (x)

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre () Nunca (x) Algunas veces ()

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical () Miembros superiores ()
Dorsal () Miembro inferior ()
Lumbar (x) Ninguno ()

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** Alejandra (Cuidador N°6)
- **EDAD:** 34 años.

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. ¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?

6-7 (x) 8-9 () 10-11 ()

2. ¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?

30 - 34 años (x) 40 – 44 años ()
35 – 39 años () 45 – 49 años ()

3. ¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Masculino () Femenino (x)

4. ¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?

Madre (x) Padre ()
Hermano/a () Abuelo/a ()

5. ¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Soltero (x) Conviviente ()
Casado () Divorciado ()

6. ¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?

Si () No (x) Algunas veces ()

7. ¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?

Social (x) Laboral (x) Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal () Sentimental (()

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si () No (x)

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. (x) 9-12 hs () Más de 12hs ()

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca () Algunas veces (x)

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si () No () Algunas veces (x)

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre () Nunca (x) Algunas veces ()

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical () Miembros superiores ()
Dorsal () Miembro inferior ()
Lumbar (x) Ninguno ()

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** Yanina (Cuidador N°7)
- **EDAD:** 36 años.

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. ¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?

6-7 (x) 8-9 () 10-11 ()

2. ¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?

30 - 34 años () 40 – 44 años ()

35 – 39 años (x) 45 – 49 años ()

3. ¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Masculino () Femenino (x)

4. ¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?

Madre (x) Padre ()

Hermano/a () Abuelo/a ()

5. ¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Soltero () Conviviente ()

Casado (x) Divorciado ()

6. ¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No () Algunas veces ()

7. ¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?

Social () Laboral (x) Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal () Sentimental (x)

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si () No (x)

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. () 9-12 hs (x) Más de 12hs ()

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca () Algunas veces (x)

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si (x) No () Algunas veces ()

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre (x) Nunca () Algunas veces ()

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical (x) Miembros superiores (x)
Dorsal () Miembro inferior ()
Lumbar () Ninguno ()

Social () Laboral () Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal () Sentimental (x)

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si () No (x)

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. (x) 9-12 hs () Más de 12hs ()

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca (x) Algunas veces ()

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si () No (x) Algunas veces ()

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre () Nunca (x) Algunas veces ()

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical () Miembro Superiores ()
Dorsal () Miembro inferior ()
Lumbar () Ninguno (x)

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** Monica (Cuidador N°9)
- **EDAD:** 48 años.

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. ¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?

6-7 (x) 8-9 () 10-11 ()

2. ¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?

30 - 34 años () 40 – 44 años ()

35 – 39 años () 45 – 49 años (x)

3. ¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Masculino () Femenino (x)

4. ¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?

Madre (x) Padre ()

Hermano/a () Abuelo/a ()

5. ¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Soltero () Conviviente (x)

Casado () Divorciado ()

6. ¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?

Si (x) No () Algunas veces ()

7. ¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?

Social (x) Laboral (x) Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal () Sentimental ()

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si () No (x)

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. () 9-12 hs (x) Más de 12hs ()

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca () Algunas veces (x)

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si () No () Algunas veces (x)

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre (x) Nunca () Algunas veces ()

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical () Miembros superiores ()
Dorsal () Miembro inferior (x)
Lumbar (x) Ninguno ()

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES DE NIÑOS CON TDAH.

- **NOMBRE:** María (Cuidador N°10)
- **EDAD:** 35 años.

ENCUESTA. (MODIFICAR ALGUNAS COSAS)

1. ¿Cuántos años tiene el niño con TDAH que cuida?

6-7 (x) 8-9 () 10-11 ()

2. ¿Cuántos años tiene el cuidador del niño con TDAH?

30 - 34 años () 40 – 44 años ()

35 – 39 años (x) 45 – 49 años ()

3. ¿Cuál es el género de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Masculino () Femenino (x)

4. ¿Cuál es el parentesco que tiene el cuidador con el niño con TDAH?

Madre (x) Padre ()

Hermano/a () Abuelo/a ()

5. ¿Cuál es el estado civil de la persona encargada del cuidado del niño con TDAH?

Soltero (x) Conviviente ()

Casado () Divorciado ()

6. ¿Alguna persona más lo acompaña en el cuidado del niño con TDAH?

Si () No () Algunas veces (x)

7. ¿Qué aspecto de su vida cree que se ha visto afecta debido al cuidado del niño con TDAH?

Social () Laboral () Ninguna de las anteriores ()
Cuidado personal () Sentimental (x)

8. ¿Tiene otro trabajo adema del cuidado del niño con TDAH?

Si () No (x)

9. ¿Cuántas horas diarias cuida al niño con TDAH?

6-8 hs. () 9-12 hs (x) Más de 12hs ()

10. ¿Realiza las actividades de cuidado del niño con TDAH con una postura adecuada?

Siempre () Nunca () Algunas veces (x)

11. ¿Tiene dolor en alguna región del cuerpo?

Si () No () Algunas veces (x)

12. ¿Tubo dolor en alguna zona de su cuerpo luego de realizar algún esfuerzo en el cuidado del niño con TDAH?

Siempre () Nunca () Algunas veces (x)

13. : ¿Cuál es la ubicación de la dolencia que presenta o presento?

Cervical () Miembros superiores ()
Dorsal (x) Miembro inferior ()
Lumbar () Ninguno ()

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Silvia (cuidador 1)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión. 4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia) 2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia) 1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO		
1	Alimentación	5
2	Aseo personal	5
3	Baño	5
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	5
CONTROL DE ESFINTERES		
7	Control de intestinos	7
8	Control de vejiga	7
TRANSFERENCIAS		
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
LOCOMOCION		
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	6
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión	5
15	Expresión	7
CONEXIÓN		
16	Interacción social	5
17	Resolución de problemas	4
18	Memoria	5
PUNTAJE F.I.M. TOTAL		104

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Lucas (cuidador 2)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa
DEPENDENCIA MODIFICADA	6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión.
DEPENDENCIA MODIFICADA	4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	Alimentación	4
2	Aseo personal	5
3	Baño	3
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	4
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	Control de intestinos	6
8	Control de vejiga	6
	TRANSFERENCIAS	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
	LOCOMOCION	
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	6
	COMUNICACIÓN	
14	Comprensión	5
15	Expresión	4
	CONEXIÓN	
16	Interacción social	4
17	Resolución de problemas	4
18	Memoria	4
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	93

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Emiliano (cuidador 3)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa
DEPENDENCIA MODIFICADA	6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión.
DEPENDENCIA MODIFICADA	4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	Alimentación	5
2	Aseo personal	4
3	Baño	4
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	3
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	Control de intestinos	5
8	Control de vejiga	4
	TRANSFERENCIAS	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
	LOCOMOCION	
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	5
	COMUNICACIÓN	
14	Comprensión	5
15	Expresión	4
	CONEXIÓN	
16	Interacción social	4
17	Resolución de problemas	4
18	Memoria	4
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	89

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Claudia (cuidador 4)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión. 4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia) 2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia) 1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO		
1	Alimentación	4
2	Aseo personal	4
3	Baño	4
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	4
CONTROL DE ESFINTERES		
7	Control de intestinos	4
8	Control de vejiga	4
TRANSFERENCIAS		
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
LOCOMOCION		
12	Marcha o silla de ruedas	6
13	Escaleras	4
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión	4
15	Expresión	4
CONEXIÓN		
16	Interacción social	4
17	Resolución de problemas	4
18	Memoria	4
PUNTAJE F.I.M. TOTAL		85

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Brenda (cuidador 5)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa
DEPENDENCIA MODIFICADA	6. Independencia modificada
DEPENDENCIA COMPLETA	5. Supervisión.
	4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia)
	2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia)
	1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCAUIDADO	
1	Alimentación	5
2	Aseo personal	5
3	Baño	5
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	5
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	Control de intestinos	6
8	Control de vejiga	6
	TRANSFERENCIAS	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
	LOCOMOCION	
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	7
	COMUNICACIÓN	
14	Comprensión	4
15	Expresión	4
	CONEXIÓN	
16	Interacción social	4
17	Resolución de problemas	3
18	Memoria	4
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	96

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Alejandra (cuidador 6)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa
DEPENDENCIA MODIFICADA	6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión.
DEPENDENCIA MODIFICADA	4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	Alimentación	5
2	Aseo personal	4
3	Baño	5
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	4
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	Control de intestinos	6
8	Control de vejiga	6
	TRANSFERENCIAS	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
	LOCOMOCION	
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	6
	COMUNICACIÓN	
14	Comprensión	5
15	Expresión	4
	CONEXIÓN	
16	Interacción social	4
17	Resolución de problemas	4
18	Memoria	4
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	95

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Yanina (cuidador 7)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión. 4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia) 2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia) 1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
AUTOCUIDADO		
1	Alimentación	5
2	Aseo personal	5
3	Baño	5
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	5
CONTROL DE ESFINTERES		
7	Control de intestinos	6
8	Control de vejiga	6
TRANSFERENCIAS		
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
LOCOMOCION		
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	6
COMUNICACIÓN		
14	Comprensión	5
15	Expresión	5
CONEXIÓN		
16	Interacción social	4
17	Resolución de problemas	4
18	Memoria	5
PUNTAJE F.I.M. TOTAL		99

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Romina (cuidador 8)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa
DEPENDENCIA MODIFICADA	6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión.
DEPENDENCIA MODIFICADA	4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	Alimentación	5
2	Aseo personal	5
3	Baño	5
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	5
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	Control de intestinos	6
8	Control de vejiga	6
	TRANSFERENCIAS	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
	LOCOMOCION	
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	6
	COMUNICACIÓN	
14	Comprensión	5
15	Expresión	5
	CONEXIÓN	
16	Interacción social	5
17	Resolución de problemas	4
18	Memoria	5
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	100

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: Mónica (cuidador 9)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa
DEPENDENCIA MODIFICADA	6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión.
DEPENDENCIA MODIFICADA	4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	Alimentación	4
2	Aseo personal	4
3	Baño	3
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	4
6	Uso del baño	3
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	Control de intestinos	5
8	Control de vejiga	7
	TRANSFERENCIAS	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
	LOCOMOCION	
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	6
	COMUNICACIÓN	
14	Comprensión	4
15	Expresión	4
	CONEXIÓN	
16	Interacción social	4
17	Resolución de problemas	3
18	Memoria	4
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	87

FIM: ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.

NOMBRE: María (cuidador 10)

PUNTUACIÓN ESCALA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

GRADO DE DEPENDENCIA	NIVEL DE FUNCIONALIDAD.
SIN AYUDA	7. Independencia completa
DEPENDENCIA MODIFICADA	6. Independencia modificada
DEPENDENCIA MODIFICADA	5. Supervisión.
DEPENDENCIA MODIFICADA	4. Asistencia mínima (Entre el 75 al 90% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	3. Asistencia moderada (Entre el 50 al 75% de independencia)
DEPENDENCIA MODIFICADA	2. Asistencia máxima (Entre el 25% al 50% de independencia)
DEPENDENCIA COMPLETA	1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	Alimentación	5
2	Aseo personal	5
3	Baño	5
4	Vestido parte superior	5
5	Vestido parte inferior	5
6	Uso del baño	5
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	Control de intestinos	5
8	Control de vejiga	7
	TRANSFERENCIAS	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	7
10	Transferencia al baño	7
11	Transferencia a la ducha o bañera	7
	LOCOMOCION	
12	Marcha o silla de ruedas	7
13	Escaleras	6
	COMUNICACIÓN	
14	Comprensión	4
15	Expresión	4
	CONEXIÓN	
16	Interacción social	4
17	Resolución de problemas	4
18	Memoria	4
	PUNTAJE F.I.M. TOTAL	96

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Silvia (cuidador 1)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?				X	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					X
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?		X			
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?				X	
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?				X	
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?			X		
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?				X	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?			X		
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?					X
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?		X			
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?		X			
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?			X		
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?				X	
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X	
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?		X			
PUNTAJE ZARIT TOTAL	65				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Lucas (cuidador 2)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?			X		
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?			X		
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			X		
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?		X			
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?		X			
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?		X			
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?			X		
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?			X		
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?			X		
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?	X				
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?		X			
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?			X		
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?			X		
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?			X		
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?		X			
PUNTAJE ZARIT TOTAL	50				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Emiliano (Cuidador 3)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?		X			
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?		X			
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?		X			
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?			X		
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?		X			
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?		X			
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		X			
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?	X				
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?	X				
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?		X			
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?		X			
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?		X			
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?			X		
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?			X		
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?		X			
PUNTAJE ZARIT TOTAL	48				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Claudia (Cuidador 4)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?				X	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					X
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?			X		
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?			X		
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?			X		
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?		X			
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?				X	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?	X				
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?			X		
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?				X	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X	
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?			X		
PUNTAJE ZARIT TOTAL	57				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Brenda (Cuidador 5)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?	X				
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			X		
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?			X		
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?					X
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	X				
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?			X		
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?					X
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?					X
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?			X		
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?		X			
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					X
PUNTAJE ZARIT TOTAL	54				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Alejandra (Cuidador 6)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?			X		
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?		X			
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			X		
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?		X			
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?			X		
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?			X		
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		X			
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?	X				
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?				X	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?			X		
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	X				
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?		X			
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?			X		
PUNTAJE ZARIT TOTAL	47				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Yanina (Cuidador7)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?				X	
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?			X		
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			X		
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?		X			
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?		X			
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?			X		
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?			X		
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?			X		
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?		X			
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?				X	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?	X				
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?			X		
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?		X			
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?				X	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X	
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?			X		
PUNTAJE ZARIT TOTAL	56				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Romina (Cuidador 8)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?			X		
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?			X		
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?				X	
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?		X			
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?				X	
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?				X	
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		X			
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?	X				
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?			X		
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?			X		
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?		X			
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?			X		
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?			X		
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?		X			
PUNTAJE ZARIT TOTAL	52				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: Mónica (Cuidador 9)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?				x	
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?				x	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?			x		
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?		x			
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?		X			
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?			x		
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?				x	
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		X			
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?		X			
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?				x	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?	X				
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?			x		
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?			X		
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?				x	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				x	
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?			X		
PUNTAJE ZARIT TOTAL	59				

ESCALA DE ZARIT: ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR.

NOMBRE: María (Cuidador 10)

Ausencia de sobrecarga	Menos o igual a 46
Sobrecarga leve	47-55
Sobrecarga intensa	Mayor o igual 56

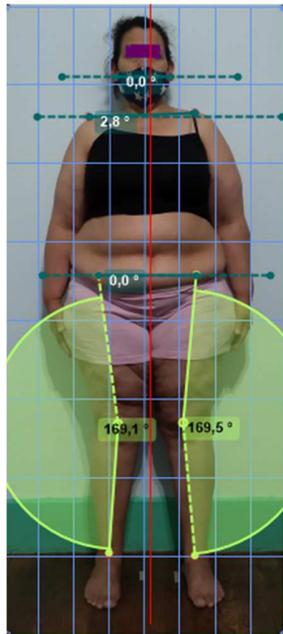
A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se siente, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?					X
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familia no tiene suficiente tiempo para Ud.?				X	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familia con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					X
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente afectado cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7. ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?			X		
8. ¿Piensa que su familia depende de Ud.?			X		
9. ¿se siente tenso cuando está cerca de su familiar?			X		
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familia?		X			
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	X				
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted l única persona que la puede cuidar?				X	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar?	X				
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo?	X				
17. ¿Siente que ha perdido el control en su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?			X		
18. ¿Debería poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	X				
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?			X		
21. ¿piensa que podría cuidar mejor a su familiar?				X	
22. ¿Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?			X		
PUNTAJE ZARIT TOTAL	54				

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Silvia (cuidador N°1)

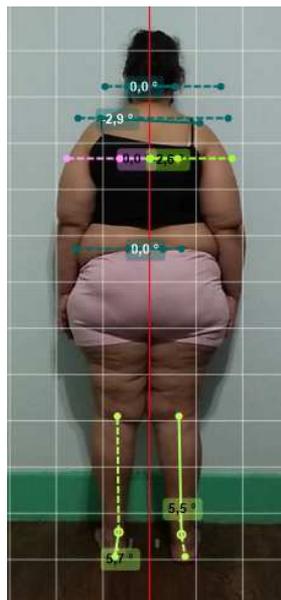
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



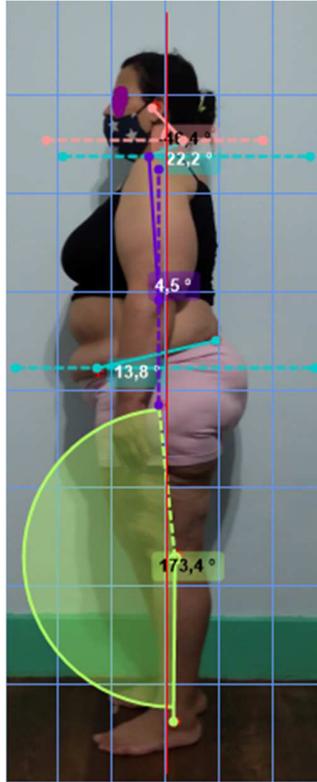
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (2,8°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	GENU VALGUM (169,5°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	GENU VALGUM (169,1°)

PLANO FRONTAL POSTERIOR



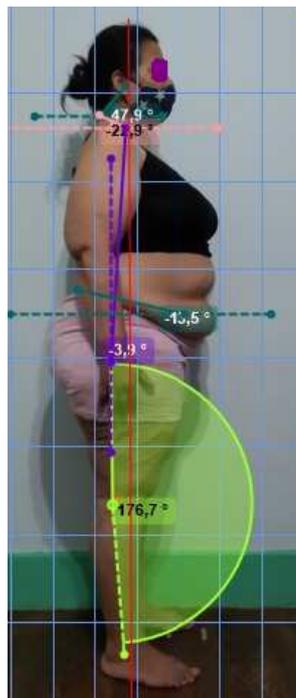
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (2,9°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA IZQUIERDA	ALINEADO (0°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA DERECHA	DESCENDIDO (2,6°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQUIERDO	VALGO FISIOLÓGICO (5,7°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO FISIOLÓGICO (5,5°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDO



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADA (46,4°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (22,2°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (4,5°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (13,8°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (6,6°)

PLANO SAGITAL DERECHO



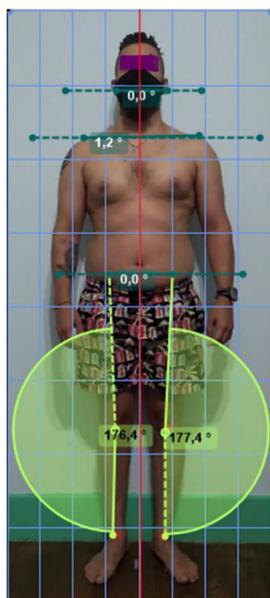
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADA (47,9°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (22,9°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (3,9°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (13,5°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (3,3°)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Lucas (cuidador N° 2)

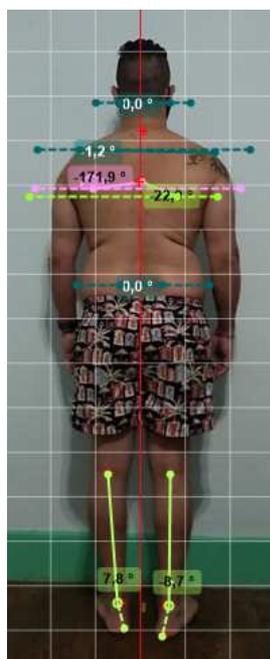
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



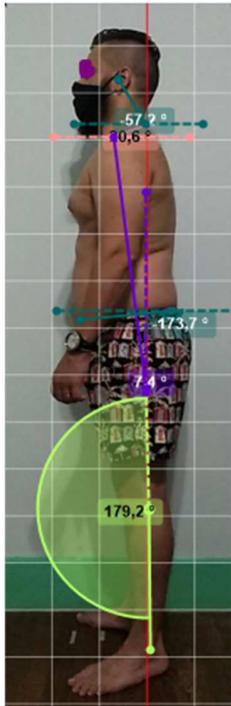
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (1,2°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	VALGUS FISIOLÓGICO (177,4°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	VALGUS FISIOLÓGICO (176,4°)

PLANO FRONTAL POSTERIOR



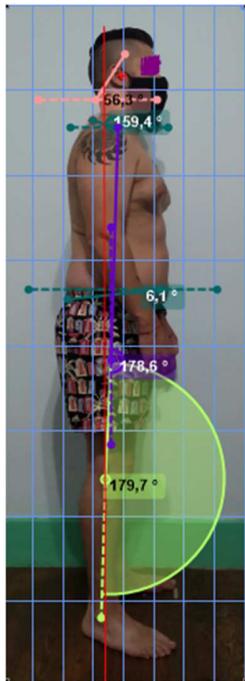
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (1,2°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA IZQUIERDA	DESCENDIDO (8,1°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA DERECHA	DESCENDIDO (22,9°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQ.	VALGO FISIOLÓGICO (7,8°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO FISIOLÓGICO (8,7°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDO



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (57,2°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (20,6°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (7,4°)
ALINEACION DE PELVIS	RETROVERSIÓN (6,3°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (0,8°)

PLANO SAGITAL DERECHO



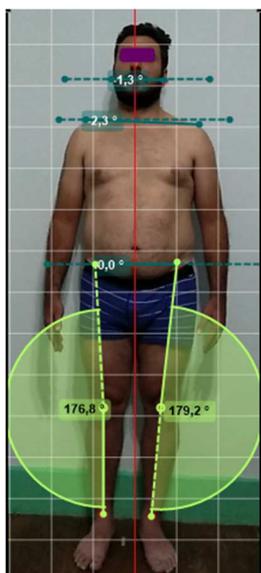
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (56,3°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (20,6°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (1,4°)
ALINEACION DE PELVIS	RETROVERSIÓN (6,1°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEACIÓN (0,3°)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Emiliano (cuidador N°3)

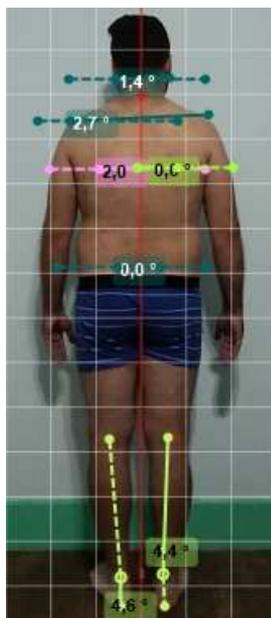
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



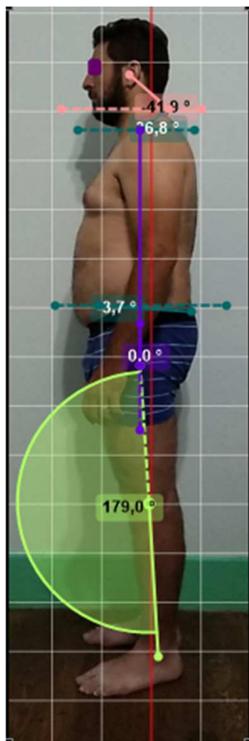
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	INCLINACIÓN IZQUIERDA (1,3°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN IZQUIERDA (2,3°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	VALGUM FISIOLÓGICO (176,8°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	VALGUM FISIOLÓGICO (179,2°)

PLANO FRONTAL POSTERIOR



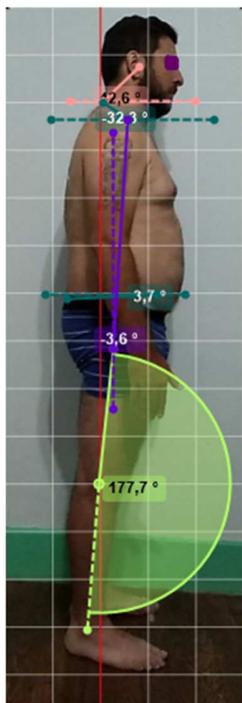
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	INCLINACIÓN IZQUIERDA (1,4°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN IZQUIERDA (2,7°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA IZQUIERDA	DESCENDIDO (1,9°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA DERECHA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQ.	VALGO FISIOLÓGICO (4,6°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO FISIOLÓGICO (4,4°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDO



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADO (41,9°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (26,8°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PELVIS	RETROVERSIÓN (3,7°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (1°)

PLANO SAGITAL DERECHO



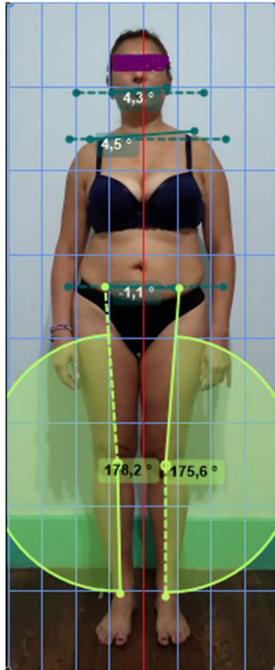
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADO (42,6°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (32,3°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (3,6°)
ALINEACION DE PELVIS	RETROVERSIÓN (3,7°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (2,3°)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Claudia (cuidador N°4)

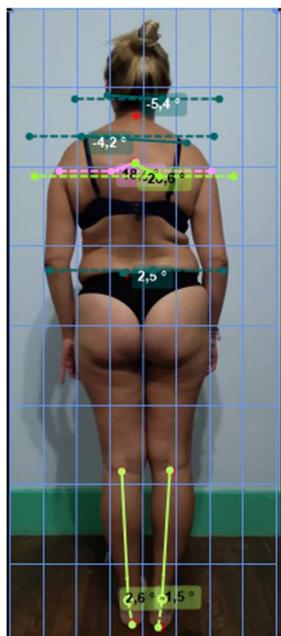
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



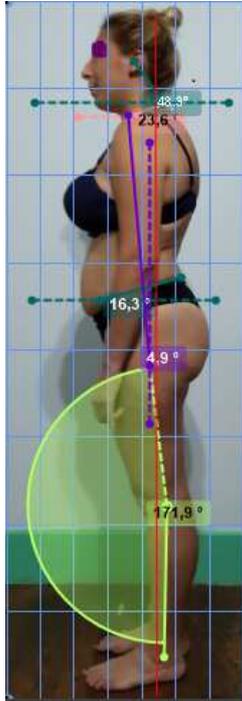
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	INCLINACIÓN DERECHA (4,3°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (4,5°)
ALINEACION DE PELVIS	INCLINACIÓN IZQUIERDA (1,1°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	VALGUS FISIOLÓGICO (175,6°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	VALGUS FISIOLÓGICO (176,2°)

PANO FRONTAL POSTERIOR



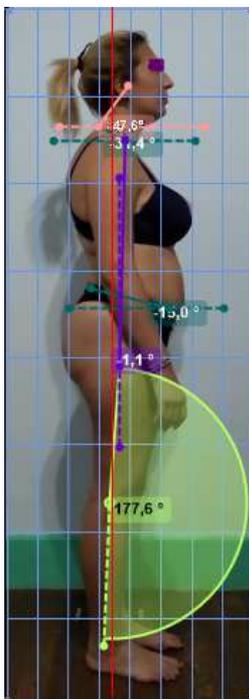
EVALUACION POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	INCLINACION DERECHA (5,4°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACION DERECHA (4,2°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA IZQUIERDA	DESCENDIDA (18,4°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA DERECHA	DESCENDIDA (26,6°)
ALINEACION DE PELVIS	INCLINACION IZQUIERDA (2,5°)
ALINEACION DE PIE IZQUIERDO	VALGO FISIOLÓGICO (2,6°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO FISIOLÓGICO (1,5°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDA



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADA (48,3°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (23,6°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (4,9°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (16,3°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (8,1°)

PLANO SAGITAL DERECHA



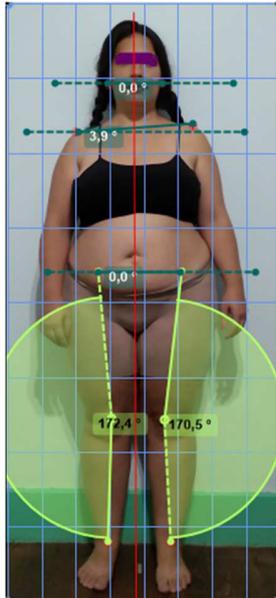
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADO (47,6°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (31,4°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (1,1°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (15°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (2,4°)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Brenda (cuidador N°5)

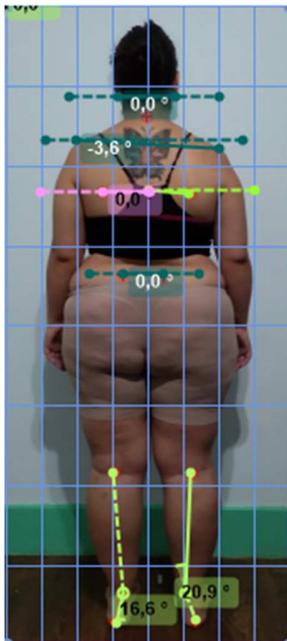
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR



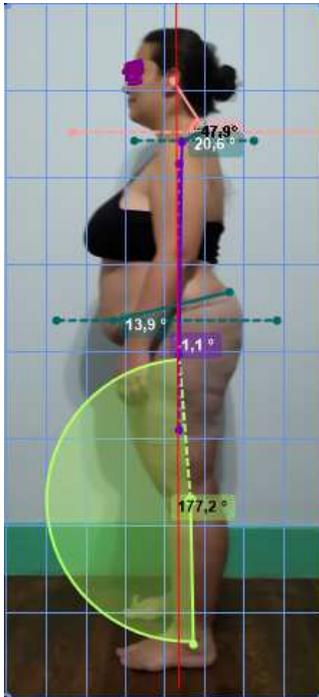
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (3,9°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	ALINEADO (170,5°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	ALINEADO (172,4°)

PLANO FRONTAL POSTERIOR



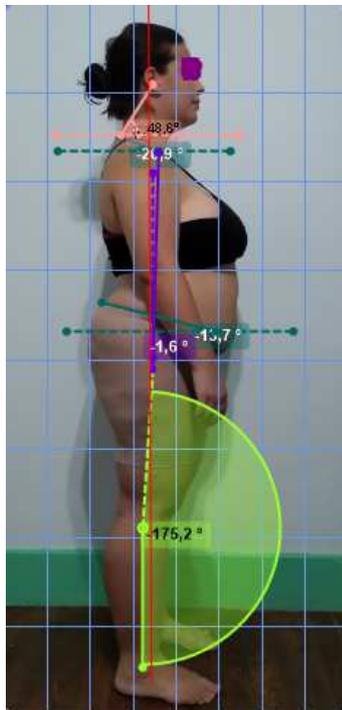
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (3,6°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA IZQUIERDA	ALINEADO (0°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA DERECHA	DESCENDIDO (2,1°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQ.	VALGO (16,6°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO (20,9°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDO



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADA (47,9°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (20,6°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (1,1°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (13,9°)
ALINEACION DE RODILLA	NORMAL (2,8°)

PLANO SAGITAL DERECHO



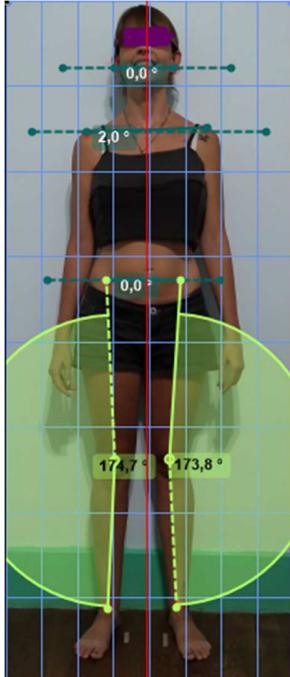
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADO (48,6°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (20,9°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (1,6°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (13,7°)
ALINEACION DE RODILLA	NORMAL (4,8°)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Alejandra (cuidador N°6)

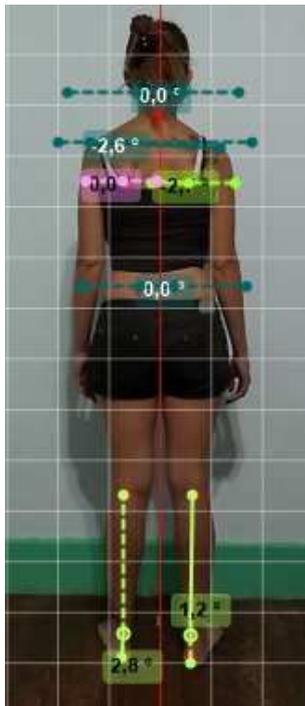
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



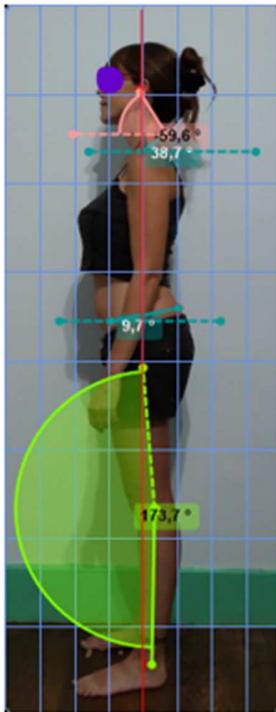
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADA (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (2,0°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	VALGUS FISIOLÓGICO (173,8°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	VALGUS FISIOLÓGICO (174,7°)

PLANO FRONTAL POSTERIOR



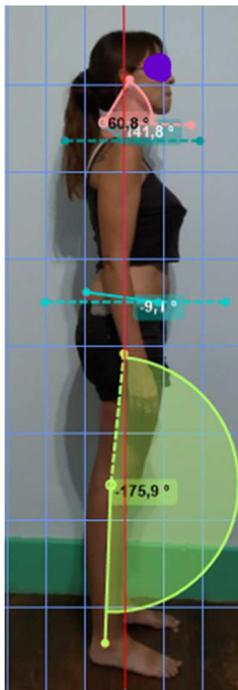
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (2,6°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA IZQUIERDA	ALINEADO (0°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULAS DERECHA	DESCENDIDO (2,7°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQ.	VALGO FISIOLÓGICO (2,8°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO FISIOLÓGICO (1,2°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDA



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADA (59,6°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (38,7°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	ALINEADA (0°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (9,7°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADA (6,3°)

PANO SAGITAL DERECHO



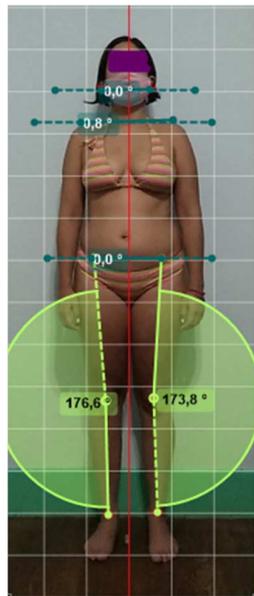
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADA (60,8°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (38,2°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	ALINEADA (0°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (9,1°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (4,1)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Yanina (cuidador N° 7)

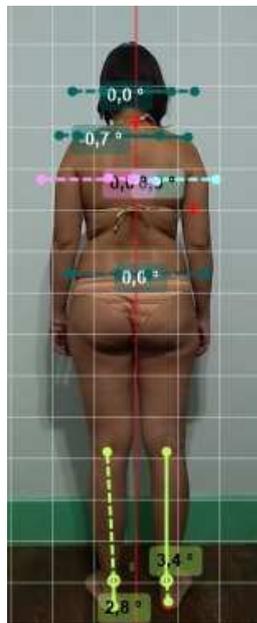
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



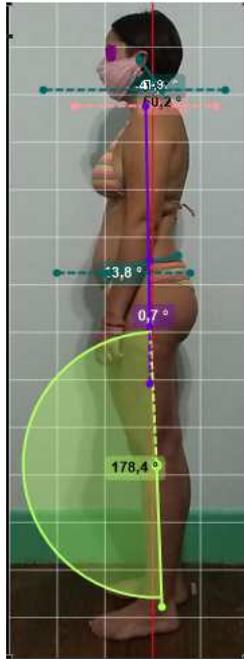
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (0,8°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	VALGUS FISIOLÓGICO (173,8°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	VALGUS FISIOLÓGICO (176,6°)

PLANO FRONTAL POSTERIOR



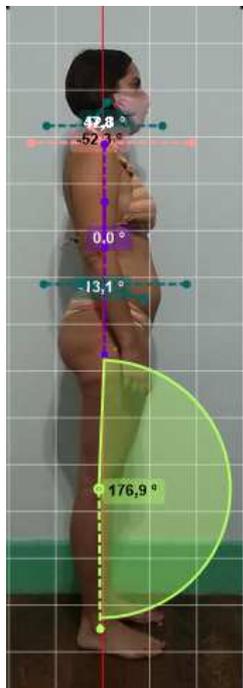
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (0,7°)
ALINEACION DE ESCAPULA	ALINEADO (0°)
ALINEACION HORIZONTAL DE LAS ESCAPULAS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQ.	VALGO FISIOLÓGICO (2,8°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO FISIOLÓGICO (3,4°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDA



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADA (47,9°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (50,2°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (0,7°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (13,8°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADA (1,6°)

PLANO SAGITAL DERECHA



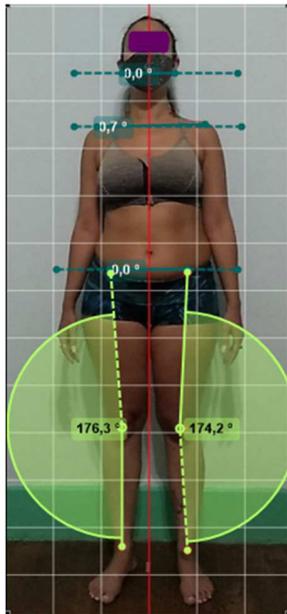
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADA (47,8°)
ALINEACION DE HOMBRO	ALINEADA (52,3°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	ALINEADA (0°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (13,1°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (3,1°)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Romina (cuidador N°8)

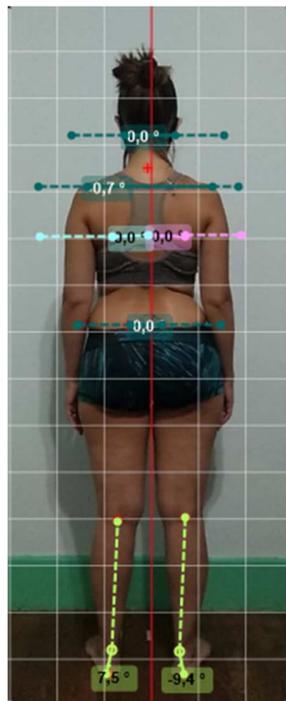
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



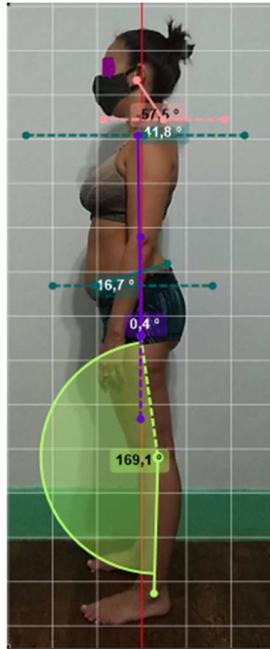
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (2,0°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	VALGUS FISIOLÓGICO (174,2°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	VALGUS FISIOLÓGICO (176,3°)

PLANO FRONTAL POSTERIOR



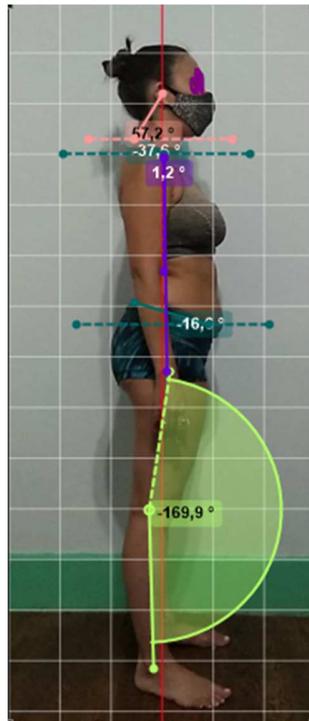
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (0,7°)
ALINEACION DE ESCAPULA	ALINEADO (0°)
ALINEACION HORIZONTAL DE LAS ESCAPULAS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQ.	VALGO FISIOLÓGICO (7,5°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO FISIOLÓGICO (9,4°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDA



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADA (57,5°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (41,8°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (0,4°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (16,7°)
ALINEACION DE RODILLA	GENU RECURVATUM (10,9°)

PLANO SAGITAL DERECHA



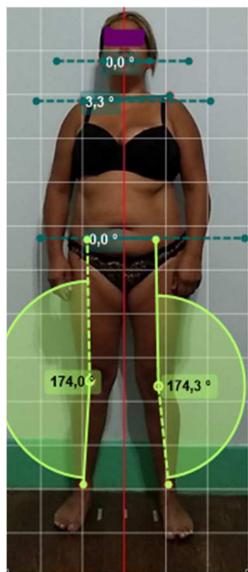
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADA (57,2°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSION (37,6°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (1,2°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (16,6°)
ALINEACION DE RODILLA	FLEXU RECURVATUM (10,1°)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

NOMBRE: Monica (cuidador N°9)

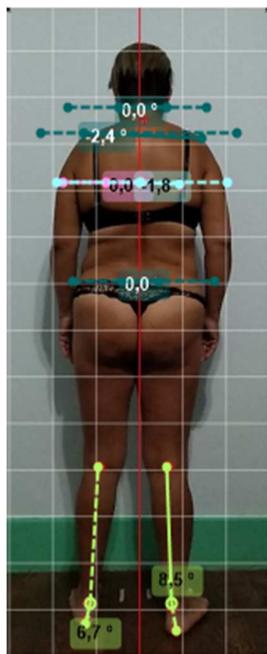
SOFTWARE: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



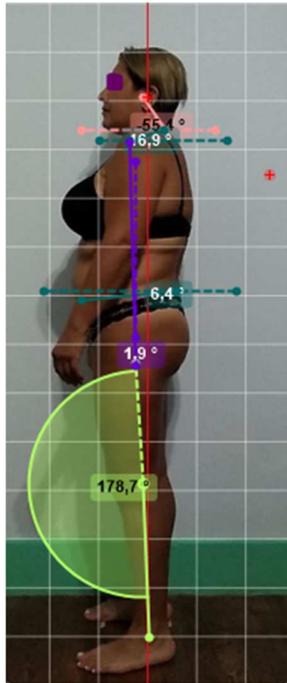
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (3,3°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	ALINEADO (174,3°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	ALINEADO (174,0°)

PLANOFRONTAL POSTERIOR



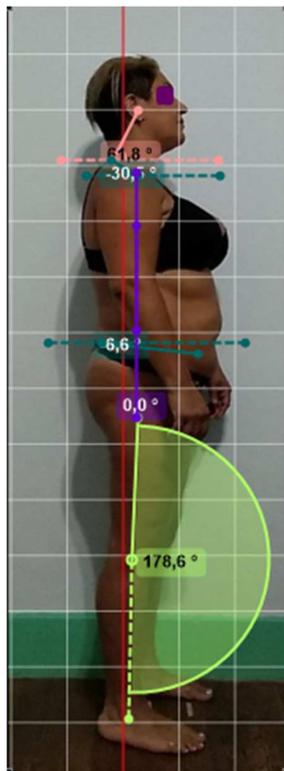
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (2,4°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA IZQUIERDA	ALINEADO (0°)
ALINEACION HORIZONTAL DE LAS ESCAPULAS	DESCENDIDO (1,8°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQ.	VALGO FISIOLÓGICO (6,7°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO FISIOLÓGICO (8,5°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDO



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (55,4°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (16,9°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (1,9°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (6,4°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (1,3°)

PLANO SAGITAL DERECHO



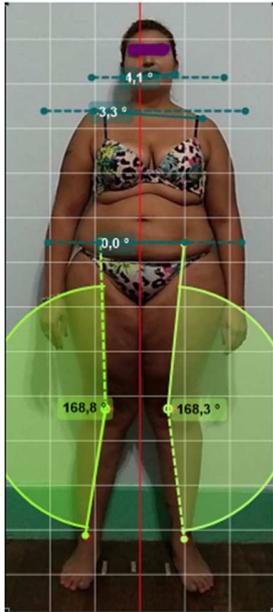
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ALINEADO (61,8°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (30,5°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PELVIS	ANTEVERSIÓN (6,6°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (1,4°)

EVALUACION POSTURAL ESTATICA.

Nombre: Maria (cuidador N°10)

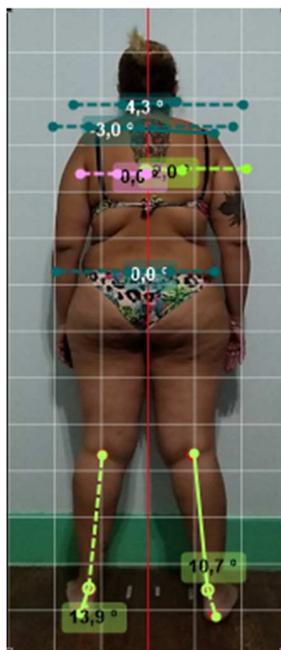
Software: Kinovea y Posture Measurement.

PLANO FRONTAL ANTERIOR.



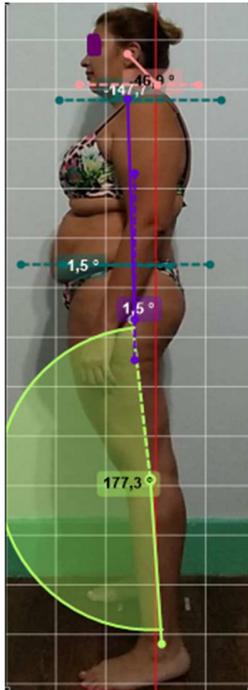
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	INCLINACIÓN IZQUIERDA (4,1°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (3,3°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE RODILLA IZQUIERDA	GENU VALGUM (168,3°)
ALINEACION DE RODILLA DERECHA	GENU VALGUM (168,8°)

PLANO FRONTAL POSTERIOR



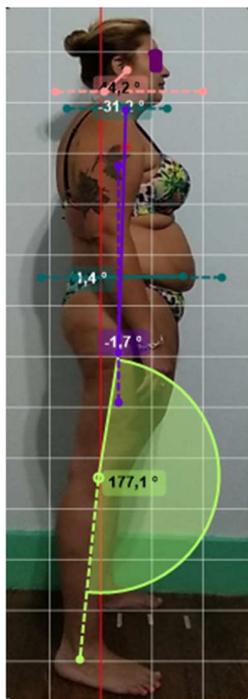
EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	INCLINACIÓN IZQUIERDA (4,3°)
ALINEACION DE HOMBRO	INCLINACIÓN DERECHA (3,3°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA IZQUIERDA	ALINEADO (0°)
ALINEACION HORIZONTAL DE ESCAPULA DERECHA	DESCENSO (2,0°)
ALINEACION DE PELVIS	ALINEADO (0°)
ALINEACION DE PIE IZQUIERDO	VALGO (13,9°)
ALINEACION DE PIE DERECHO	VALGO(10,7°)

PLANO SAGITAL IZQUIERDA



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADA (46,9°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (32,3°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (1,5°)
ALINEACION DE PELVIS	RETROVERSIÓN (1,5°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (2,7°)

PLANO SAGITAL DERECHA



EVALUACIÓN POSTURAL	RESULTADOS
ALINEACION HORIZONTAL DE CABEZA	ADELANTADA (44,2°)
ALINEACION DE HOMBRO	ANTEPULSIÓN (41,2°)
ALINEACION VERTICAL DE TRONCO	INCLINACIÓN ANTERIOR (1,7°)
ALINEACION DE PELVIS	RETROVERSIÓN (1,4°)
ALINEACION DE RODILLA	ALINEADO (2,9°)

