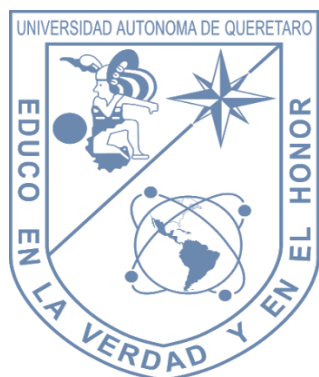


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN GERIATRÍA**



TESIS

Factores del paciente adulto mayor asociados a la sobrecarga en el cuidador primario.

Alumna:

**Leslie Sarahi Arias Covarrubias
Residente de 4 año de Geriatría.**

Dirigido por:

**Med. Esp. Dr. José Juan García González.
Director de Tesis**

**Med. Esp. Dr. Guillermo Antonio Lazcano Botello
Co-director de Tesis**

Presidente: Med. Esp. José Juan García González

Secretario: Med. Esp. Guillermo Antonio Lazcano Botello

Vocal: Dra. Julia Monzerrath Carranza Torres.

Suplente: Dr. Juan Carlos Márquez Solano

Suplente: Dr. Omar Rangel Villicaña

Querétaro, Querétaro

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

TÍTULO

Factores del paciente adulto mayor asociados a la sobrecarga en el
cuidador primario

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo Jorge, por su apoyo incondicional, porque es el tipo de amor que despierta el alma, me trae paz a la mente, me hace aspirar a más y ser mejor cada día. A mi hijo Juan Francisco por ser el motor de mi vida.

A mis Padres. Ustedes han sido siempre el ejemplo a seguir. Mi madre siempre ha sido mi mejor guía de vida. Hoy concluyo mis estudios, les dedico a ustedes este logro. Orgullosa de ser su hija. Gracias por creer en mi.

Al Dr. José Juan García Gonzáez, Dr. Juan Carlos Márquez Solano, Dr. Guillermo Antonio Lazcano Botello y Dra. Rocio Berenice Rodríguez Montoya. Sin ustedes y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado tan fácil. Ustedes formaron parte importante de esta historia con sus aportes profesionales

Al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Autónoma de Querétaro por permitirme formarme como especialista.

“A mis amigos y compañeros de viaje”, no olvidaré cuantas guardias y horas de trabajo nos juntamos a lo largo de nuestra formación. No puedo dejar de agradecerles por su apoyo y constancia, al estar en las horas más difíciles,. Gracias por estar siempre y formar parte de esta vida.

ÍNDICE

Parte	Página
Título	2
Agradecimientos	3
Índice	4
Abreviaturas, siglas y acrónimos	5
Lista de tablas	6
Lista de figuras	7
Autores	8
Resumen	9
Marco teórico	11
Justificación	26
Planteamiento del problema	28
Objetivos	30
Hipótesis	31
Metodología	32
Consideraciones éticas	43
Cronograma de actividades	45
Recursos y financiamiento	46
Resultados	47
Discusión	55
Conclusión	58
Bibliografía	59
Anexos	63

ABREVIATURAS, SIGLAS, Y ACRÓNIMOS

<i>Siglas</i>	<i>Descripción</i>
AAVD	Actividades avanzadas de la vida diaria
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición
EA	Enfermedad de Alzheimer
GDS	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
VGI	Valoración geriátrica integral

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla</i>	<i>Descripción</i>	<i>Página</i>
Tabla 1	Características demográficas de los adultos mayores incluidos	47
Tabla 2	Características demográficas y comorbilidades de los cuidadores de los pacientes incluidos	49
Tabla 3	Prevalencia de síndromes geriátricos entre los pacientes incluidos	50
Tabla 4	Factores del paciente asociados a sobrecarga del cuidador	52
Tabla 5	Factores del cuidador asociados a sobrecarga	52
Tabla 6	Factores independientemente asociados a sobrecarga del cuidador mediante regresión logística	53

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura</i>	<i>Descripción</i>	<i>Página</i>
Figura 1	Comorbilidades de los pacientes incluidos	48
Figura 2	Prevalencia de sobrecarga del cuidador	51

2. AUTORES

2.1. Investigador principal

Nombre. Leslie Sarahi Arias Covarrubias

Matricula. 99237580

Cargo. Médico residente del 4to año de Geriatria.

Adscripción. Hospital General Regional No. 1, Querétaro.

Correo electrónico. leslie_ac20@hotmail.com

Teléfono. 3339561583

2.2. Investigador responsable.

Nombre. José Juan García González.

Matricula. 11494646

Cargo. Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud, Querétaro.

Adscripción. Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Querétaro.

Correo electrónico. jose.garciago@imss.gob.mx

Teléfono. 442 216 2836 Ext 51110

2.3. Investigadores adjuntos.

Nombre. Guillermo Antonio Lazcano Botello

Matricula. 5054

Cargo. Profesor adjunto en curso de especialización en Geriatria. Profesor titular curso pregrado de la materia de Geriatria 10 º semestre.

Adscripción. Facultad de medicina UAQ

Correo electrónico. glazcanobollete@yahoo.com.mx

Teléfono. 442 212 7692

3. RESUMEN

Factores del paciente adulto mayor asociados a la sobrecarga en el cuidador primario

Antecedentes: Nuestra sociedad experimenta un envejecimiento progresivo con incremento en el número de personas mayores que están en situación de dependencia y que necesitan cuidados. La familia constituye la fuente principal de apoyo en la atención a las personas dependientes, sin embargo, las personas que se encargan de su cuidado a largo plazo, sufren desgaste físico y emocional que repercute en el estado de salud de los mismos, así como en las relaciones interpersonales con sus pacientes. En la literatura internacional están ampliamente descritas las características de los cuidadores que los hace más vulnerables a cursar con sobrecarga del cuidador, sin embargo, la información acerca de las características de las pacientes asociadas a sobrecarga es escasa. Por esta razón, el presente protocolo de investigación pretendió describir estos factores asociados del paciente a sobrecarga del cuidador.

Objetivo: Determinar los factores del paciente adulto mayor asociados a la sobrecarga en el cuidador primario.

Metodología: Estudio transversal comparativo analítico, en adultos mayores usuarios de la Clínica de Geriatría del HGR No 1, Querétaro. El tamaño de muestra calculado fue de 102 binomios adulto mayor-cuidador primario con sobrecarga y de 102 binomios adulto mayor cuidador primario sin sobrecarga. Se investigaron factores asociados a sobrecarga: Se identificó aquellos cuidadores que sufrieron sobrecarga mediante la escala de Zarit. Se estudiaron las siguientes variables en los pacientes: edad, sexo, estado civil, comorbilidad, demencia, depresión, desnutrición, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, fragilidad, alteraciones de la movilidad, déficit visual, déficit auditivo, funcionalidad y polifarmacia. Los resultados se procesaron mediante estadística descriptiva y se determinó la fuerza de

asociación entre la sobrecarga y los factores del paciente mediante la razón de momios.

Resultados: Se incluyeron 144 pacientes de edad media 80.3 ± 6.7 años (68.1% femeninos y 31.9% masculinos). Sus comorbilidades mas frecuentes fueron DM2 44.4%, hipertensión arterial sistémica 93.9% y osteoartrosis (36.8%). Los síndromes geriátricos mas frecuentes fueron depresión leve-grave (78.5%), déficit visual (77.8%), incontinencia urinaria (59%), malnutrición (49.3%), polifarmacia (37.5%) y fragilidad (36.1%). La prevalencia de sobrecarga del cuidador fue de 37.5%. En el análisis bivariado las características del paciente asociadas a sobrecarga fueron: un mayor número de fármacos en el paciente, el sexo masculino del paciente, una mayor escolaridad, discapacidad grave, malnutrición, incontinencia fecal, fragilidad, déficit visual, demencia moderada-grave y el único factor del cuidador fue la hipertensión arterial sistémica ($p=0.046$). Los únicos factores asociados de forma independiente a sobrecarga del cuidador fueron la alta escolaridad del paciente ($\beta=-0.50$) RM 1.65, malnutrición ($\beta -1.04$) RM 2.83, demencia del paciente ($\beta=-7.14$) RM 2.04, la ocupación del cuidador ($\beta=-0.920$) RM 2.50.

Conclusiones: Los factores asociados independientemente con sobrecarga del cuidador fueron la escolaridad del paciente, su estado nutricional, demencia del paciente y la ocupación del cuidador.

Palabras clave: Adulto mayor, factor, asociado, sobrecarga, cuidador primario.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Antecedentes.

Ramón-Arbués, E. (2016) Por razones de índole cultural, el envejecimiento se asocia con dependencia, deterioro físico y mental, incapacidad y enfermedad. Si bien el incremento en la esperanza de vida implica en edades avanzadas enfermedades crónicas que ocasionan diversos grados de dependencia en los ancianos, la sociedad en general condiciona a estos sujetos a la pérdida de su rol social y al aislamiento. Actualmente se está produciendo un cambio en los modelos familiares de cuidado, dado por los perfiles epidemiológicos actuales, en el que las enfermedades que ayer eran conceptualizadas como agudas y de muerte inminente, hoy son crónicas y de cuestionable calidad de vida y con ello surge un proceso de cuidado ampliado al hogar, a la familia y a un cuidador del mismo núcleo

En el mundo, actualmente el 12% (200 millones) de la población tiene ≥ 60 años y se espera que para el año 2050 el porcentaje sea del 22% (2.000 millones).(2)

Aunque los Sistema de Salud ofrezcan en la actualidad una mayor cobertura en la atención del adulto mayor para aumentar la expectativa de vida y un envejecimiento de calidad, se requiere además de la involucración de la familia en el cuidado de la salud de las personas mayores, es aquí donde emerge la figura del cuidador primario informal el cual es responsable de todas las actividades de asistencia del adulto mayor en dependencia y ha incrementado la demanda de cuidados de larga duración. En México la familia es la principal proveedora de cuidados para el adulto mayor, la mujer en concreto, ya que por los aspectos socioculturales se considera un trabajo de mujeres. (3)

4.2 Cuidador primario

El cuidador formal es aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio por su trabajo. El cuidador informal no dispone de capacitación, no es remunerado por su

tarea y tiene un elevado grado de compromiso hacia la misma, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Aunque es brindado principalmente por familiares, participan también amigos y vecinos. Se diferencian entre cuidadores principales o primarios, y cuidadores secundarios. (4)

El cuidador principal o primario es el que asume la total responsabilidad del cuidado de miembros de la familia de forma permanente sin recibir remuneración económica por ello. A diferencia de los cuidadores primarios, los secundarios no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos. (4)

4.3 Síndromes geriátricos

Durante el proceso de envejecimiento se pueden originar diferentes síndromes geriátricos con alta prevalencia en el adulto mayor, y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población, entre los más comunes se encuentra; dismovilidad, alteraciones visuales y auditivas, Incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, deterioro cognitivo mayor, depresión, insomnio, entre otros, estos a su vez son síntomas de varias enfermedades que la vez facilitan la aparición de otras problemáticas. (4)

4.3.1. Demencia

Es un síndrome que involucra el declive de funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, el pensamiento, la atención y el cálculo, acompañado de la pérdida del control emocional, de cambios en la personalidad e inclusive, en la habilidad de llevar a cabo actividades cotidianas. La demencia responde a múltiples etiologías, algunas de estas de carácter irreversible como la enfermedad de Alzheimer (EA) y los accidentes cerebrovasculares, entidades que explican más del 60% de los casos. La Organización Mundial de la Salud calcula que en el mundo entre un 5 y un 8% de la población mayor de 60 años presenta diagnóstico de demencia.

La demencia, en su evolución crónica y progresiva, asocia una creciente necesidad de cuidados que la familia se ve obligada a asumir en su lugar, constituyéndose en

el principal proveedor de cuidados crónicos. De este modo, suele establecerse una red de cuidadores informales o de apoyo, garantizando las labores de cuidado de una forma no remunerada con el ahorro económico y social que ello implica, esto permitirá a los pacientes prolongar su estancia en el entorno familiar, el cuidado de un paciente con demencia constituye una gran fuente de estrés, con aumento en los niveles de ansiedad y depresión respecto de la población normal, aumento en el consumo de psicofármacos y una peor salud autopercebida en los cuidadores. Muchos son los factores de riesgo asociados a la sobrecarga y a la morbilidad física y psicológica experimentada por los cuidadores. (5) (6) (7)

4.3.2. Depresión

El trastorno depresivo mayor ocurre en hasta el 5% de los adultos mayores que viven en la comunidad, y del 8 al 16% de los adultos mayores tienen síntomas depresivos clínicamente significativos. Las tasas de trastorno depresivo mayor aumentan con la morbilidad médica creciente, con tasas reportadas 5 a 10% en atención primaria y hasta 37% después de hospitalizaciones de cuidados críticos. (8) Los pacientes con depresión en la vejez son heterogéneos en términos de historia clínica y condiciones médicas coexistentes. En comparación con los adultos mayores que informan un episodio depresivo inicial temprano en la vida, aquellos con depresión de inicio tardío tienen más probabilidades de tener anormalidades neurológicas, incluidos déficits en las pruebas neuropsicológicas y cambios relacionados con la edad en la neuroimagen que son mayores de lo normal; también tienen un mayor riesgo de demencia posterior. (8)

Los criterios de diagnóstico para la depresión mayor en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5), requieren la presencia de tristeza o anhedonia con un total de cinco o más síntomas durante un período de 2 semanas. En el DSM-5, a diferencia de las ediciones anteriores, el dolor después de la muerte de un ser querido no se considera excluyente. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) ha sido la escala más utilizada a nivel

mundial para el tamizaje de los trastornos depresivos en ancianos y puede realizarse en poco tiempo, tiene una sensibilidad 84 %, especificidad 95 %).(8)

La depresión se asocia con deterioro de actividades básicas e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, prescripción de psicotropos y menor actividad física, estas consecuencias, pueden llevar a sobrecarga del cuidador. (9)

4.3.3 Desnutrición

Es la situación en la que se encuentra una persona anciana en relación con la ingestión y las adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrimentos. El envejecimiento es un proceso que implica cambios psicosociales y fisiológicos que contribuyen a modificar el estado nutricional en el anciano. Uno de los cambios fisiológicos y anatómicos que el anciano enfrenta es la pérdida de la función oral, la cual se refleja en las acciones motoras de la boca, que incluyen la masticación, la deglución, la salivación y la carencia de piezas dentales, así como la alteración o disminución del sabor de los alimentos y las bebidas (generalmente relacionado con el consumo de ciertos fármacos, neuropatías, trastornos gastrointestinales o endocrinos, enfermedades inflamatorias, enfermedades crónicas, neoplasias, inmovilidad, aislamiento social, limitaciones económicas y una mala calidad de vida). Todo esto incide en que el anciano ingiera una menor cantidad de alimentos, provocando la reducción progresiva de masa muscular esquelética, pérdida de peso, disminución de la fuerza y disminución en la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria. La naturaleza crónica y exigente del cuidado familiar para adultos mayores frágiles crea un alto grado de estrés para los cuidadores, poniendo en riesgo la salud de estos.

Está presente en 30 a 70% de las personas mayores hospitalizadas y sus consecuencias son graves, puede ser preexistente, manifestarse al ingreso o desarrollarse de forma evolutiva, favorecida por el estado hipercatabólico e hipermetabólico.

La detección sistemática y el tratamiento temprano son una parte integral de la atención geriátrica. (10) (11)

4.3.4. Incontinencia Urinaria.

Se asocia con los cambios degenerativos progresivos que tienen lugar en el organismo, las alteraciones en vejiga y estructuras que conforman el área pélvica, así como en el funcionamiento de las vías urinarias bajas; se describe como la pérdida involuntaria de orina, la cual se presenta en actividades cotidianas como reír, estornudar o realizar algún esfuerzo y supone un problema social o higiénico prevalente en la población de adultos mayores. La incidencia IU en la población a nivel mundial alcanza desde el 25 % al 57 % en personas mayores de 80 años, se requiere de una intervención fisioterapéutica de forma inmediata, que posibilite una mayor estabilidad emocional y calidad de vida del adulto mayor.

La IU puede ser un marcador temprano de fragilidad y de mayor riesgo de mortalidad. lo que favorece la afectación de distintas áreas del paciente, entre las que se incluyen:

1. Esfera física: mayor riesgo de caídas, infecciones urinarias, úlceras por presión, dermatitis de la región perineal, inmovilización.
2. Esfera psíquica: depresión, ansiedad, pérdida de la autoestima, influencia sobre las relaciones sexuales.
3. Esfera socioeconómica: restricción de actividades sociales y aislamiento, predisposición a la institucionalización, sobrecarga para los cuidadores, mayor necesidad de recursos sociosanitarios, elevado coste de las medidas diagnósticas y terapéuticas. (12) (13)

4.3.4. Incontinencia fecal:

La incontinencia fecal constituye uno de los síndromes en Geriátricos que comportan una mayor repercusión psicológica y en la calidad de vida de los pacientes y cuidadores, esto, unido al costo económico y de recursos que conlleva,

hace que sea un problema mayor en la asistencia sociosanitaria. De hecho, se considera un marcador negativo en salud, con un aumento en la mortalidad de las personas que la presentan. Afecta entre un 3% y un 21% a los pacientes mayores de 65 años en la población general, a casi un 50% de las personas institucionalizadas y más de un 80% de los pacientes hospitalizados con demencia. Una correcta historia clínica y una minuciosa exploración física permitirán descubrir la causa. El tratamiento de la IF en estos pacientes debe integrar una combinación de modificación de hábitos, medidas higiénico dietéticas, fármacos o enemas. Si falla el tratamiento médico, el paciente deberá ser evaluado por un equipo multidisciplinario que incluya a un cirujano. La meta final es mejorar la calidad de vida del paciente. (14)

4.3.5. Fragilidad.

Debe considerarse como una disminución progresiva relacionada con la edad en los sistemas fisiológicos que resulta en una disminución de las reservas de capacidad intrínseca, lo que confiere una vulnerabilidad extrema a los factores estresantes y aumenta el riesgo de una variedad de resultados adversos para la salud.

En México la prevalencia de fragilidad en adultos mayores es del 39%: afecta al 45% de las mujeres y al 30% de los hombres.

Además, tiene múltiples manifestaciones y síntomas, algo que comparte con el declive funcional, caracterizada por dificultades en la audición, visión, movilidad, problemas psicológicos, cognitivos, nutricionales y para el desarrollo de las actividades sociales y de la vida diaria. Un anciano frágil sería aquel con una disminución de reservas fisiológicas y elevada vulnerabilidad y que, si no hacemos nada, evolucionará perdiendo independencia, calidad de vida y bienestar psicológico; lo que está asociado a un aumento en el número de caídas, polifarmacia, multimorbilidad, consultas médicas, hospitalizaciones,

institucionalización y mortalidad, y con los costes sanitarios y así también con problemática social y familiar requiriendo mayores cuidados. (15) (2)

4.3.6. Alteraciones de la movilidad.

Es definida como la dificultad o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y trasladarse, consecuencia de la disminución de la capacidad para realizar las actividades cotidianas por deterioro de funciones del sistema neuro-músculo-esquelético producido por enfermedades neurológicas, cardiovasculares, pulmonares; trastornos músculo-esqueléticos, neoplasias, estados de confusión mental, depresión, incontinencia urinaria y fecal, alteración de los órganos de los sentidos, hospitalización o institucionalización, auxiliares inadecuados para la movilidad, efectos farmacológicos secundarios y barreras arquitectónicas, las cuales causan diversas complicaciones que llevan a la discapacidad, la cual incrementa el riesgo de colapso del cuidador. (3)

Un primer eje corresponde a la forma de instalación, según la cual la dismovilidad puede ser aguda o larvada. Esto permitió diferenciar etiologías, evolución, pronóstico y tratamientos diferentes en uno y otro caso, lo que significa que nos encontramos: dismovilidad aguda y dismovilidad larvada. El segundo eje corresponde al tiempo de evolución, según lo cual la dismovilidad puede ser reciente o antigua. Se define como reciente aquella dismovilidad con evolución de hasta un año; y antigua aquella con más de un año de evolución. El tercer eje es la etapificación de la dismovilidad. De este modo, se tiene: ETAPA 1. Paciente con vida de pedestación. ETAPA2. Paciente con vida sedente. ETAPAS 3, 4 y 5 corresponden a subetapas de encamamiento. (18)

4.3.7. Déficit visual y auditivo

La discapacidad visual y auditiva es común entre los adultos mayores y puede ocurrir por separado o al mismo tiempo. La pérdida visual afecta negativamente la independencia funcional, salud mental y cognición, reduce la calidad de vida y aumenta el riesgo de mortalidad. Relacionado con la edad la pérdida auditiva es

más frecuente y se asocia con un mayor riesgo de depresión y afecta calidad de vida y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Además, la presencia de más de una discapacidad sensorial aumenta morbilidad en relación con las deficiencias sensoriales individuales. (16)

4.3.8. Funcionalidad

En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su estado funcional, ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones con impacto negativo en sus actividades instrumentales de la vida diaria (usar el teléfono, hacer compras, preparar comida, cuidar de la casa, lavar ropa, usar transporte, ser responsable de su medicación, manejar su economía).

El riesgo de perder autonomía y funcionalidad es elevado, por lo que demandará atención y cuidado en los familiares; lo cual tiene implicaciones en lo individual, tales como autopercepción baja de autoestima y bienestar; generando maltrato, abandono, marginación y mala calidad de vida.(17)

Estos cambios, en conjunto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de sus actividades, ya que estas condiciones de comorbilidad con consecuencias no letales, son graduales y progresivas, y conducen a la limitación de sus funciones, algo característico del envejecimiento;

Se divide en tres categorías: 1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). 2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). 3. Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Las ABVD hacen referencia a las actividades que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio, las AIVD permiten una vida independiente en la comunidad. El deterioro de la capacidad funcional desde estas tres perspectivas es motivo frecuente de estudio. (18)

4.3.9. Polifarmacia

Uno de los principales aportes de la Geriátría a otras especialidades es el manejo farmacológico del adulto mayor. Los cambios asociados al envejecimiento producen modificaciones de la farmacocinética y riesgos distintos de los del adulto joven al implementar una terapia. Dicho riesgo se incrementa con la edad, con las comorbilidades (las cuales tienden a aumentar con el paso del tiempo) y con el número de fármacos, todo esto hace que pueda ser fuente de complicaciones significativas de nuestros pacientes mayores. La prescripción adecuada incluye consideraciones propias del envejecimiento, de las patologías tratadas, de las características personales del paciente y de las condiciones generales dadas para cada persona. (19)

Este sobreuso de medicamentos representa uno de los grandes síndromes geriátricos, debido a la ingesta de cuatro o más fármacos, su prevalencia en México va de 55 a 65%; el problema no solo se limita al número de medicamentos, sino que algunos de ellos no tienen una indicación médica precisa, solo se utilizan para contrarrestar el efecto de otro fármaco, fenómeno conocido como “cascada de prescripción.”(20)

Ha habido varias definiciones y en general el uso *de tres o cinco fármacos en forma simultánea*, la indicación de fármacos innecesarios y la necesidad de indicar un medicamento para suplir los efectos colaterales de otro, son elementos considerados en la definición de polifarmacia. Su presencia conduce a mayor riesgo de interacciones y reacción adversa medicamentos.

Debido a la importancia de las reacciones adversas medicamentosas e interacciones medicamentosas en adultos mayores se han creado diversos criterios de prescripción adecuada de los mismos. De ellos el más conocido es el consenso de los criterios de Beers. En este consenso Beers y colaboradores señalaron 30 fármacos que eran desaconsejados en su uso ya sea por las reacciones adversas

que producían al grupo etario de adultos mayores o porque existían alternativas mucho más seguras para los mismos fines.

Dichos criterios han sido modificados y agrupados por patologías. En 2009 se publicaron los criterios STOPP/START que en un consenso hispano-irlandés aumentaron la lista de Beers incluyendo otras interacciones frecuentes en adultos mayores. (21)

La asistencia con medicamentos es una parte integral de la función de cuidado de muchos cuidadores familiares. Las personas mayores son los principales consumidores de medicamentos y muchos reciben asistencia vital de los cuidadores familiares para su uso. La gama de actividades relacionadas con los medicamentos que los cuidadores pueden asumir es amplia. Se sabe que todas las actividades relacionadas con los medicamentos pueden presentar problemas para los cuidadores. Asegurar que una persona tenga un suministro continuo de sus medicamentos puede ser una tarea desafiante, p. ej. Los diferentes lugares de almacenamiento en el hogar, los tamaños de los envases, las formulaciones, y la necesidad variable de medicamentos pueden contribuir a estas dificultades. Cuando los regímenes de dosificación son frecuentes o complejos, puede aumentar la carga, especialmente para los cuidadores que tienen demandas contrapuestas, como compromisos laborales o niños que cuidar. Los problemas y preocupaciones están asociados con todos los aspectos de las actividades de los cuidadores cuando ayudan con los medicamentos. (22)

4.4. Sobrecarga del cuidador

La atención a las personas mayores dependientes supone con frecuencia una notable fuente de estrés que afecta de manera importante a la vida de la persona cuidadora.

La mayoría de los cuidadores familiares no están capacitados y a menudo se sienten mal preparados para asumir tareas de cuidado. Esto es especialmente cierto

para los cuidadores que brindan cuidados médicos más calificados, como el cambio de bolsas de catéteres, el cuidado de heridas o la supervisión del manejo complejo de medicamentos. Los cuidadores que son la interfaz principal con el sistema de atención médica a menudo reciben un apoyo inadecuado de los profesionales de la salud y con frecuencia se sienten abandonados y no reconocidos por el sistema de atención médica.

Los factores de riesgo para la carga del cuidador incluyen sexo femenino, bajo nivel educativo, residencia con el receptor del cuidado, depresión, aislamiento social, estrés financiero, mayor número de horas dedicadas al cuidado y falta de elección para ser un cuidador, así como también obligaciones de atención las 24 horas, particularmente en situaciones que pueden estar asociadas con necesidades de atención altas o crecientes (por ejemplo, demencia, cáncer, disminución del estado funcional, atención al final de la vida) y transiciones de atención (por ejemplo, hospital a hogar) son todos factores de riesgo sustanciales para la carga del cuidador y deberían desencadenar referencias para la evaluación del cuidador. Las consecuencias de ofrecer dicha asistencia serían, principalmente, la reducción del tiempo libre y las vacaciones, el aumento de la fatiga, la reducción de las relaciones sociales y el deterioro de la salud física y psicológica. (23)

Una de las principales consecuencias negativas que aparecen en las personas cuidadoras sometidas a situaciones prolongadas de estrés es la carga subjetiva, que Zarit et al. definen como el estado que se caracteriza por malestar en varias áreas (salud del cuidador, bienestar psicológico, finanzas, vida social y relación entre el cuidador y el receptor de cuidados) como resultado de la situación de cuidado. (4)

La evaluación del impacto del cuidado en el familiar se ha realizado a través de diferentes medidas como la calidad de vida, el estado de salud, la repercusión económica, social o emocional, entre otras. Hoy en día está ampliamente aceptado

el concepto de sobrecarga (burden) como elemento clave en la medición de las consecuencias negativas del cuidado. (4)

El uso de este concepto en gerontología se remonta a los años 80 del pasado siglo, a partir de los trabajos de Zarit, quien elaboró una de las primeras y más utilizadas escalas de medida. En su trabajo examinó la sobrecarga asociada al deterioro funcional y cognitivo del paciente con demencia atendido en la comunidad, incluyendo las principales áreas problemáticas referidas por los cuidadores. (4)

De manera muy general, podemos considerar la sobrecarga, de acuerdo con George y Gwyther, como el conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos que pueden ser experimentados por una persona que realiza tareas de cuidado. Sin embargo, sobre esta definición emitida en 1986 se han ido sucediendo nuevas aportaciones, que han dado lugar a una diversidad de enfoques y, por consiguiente, de estrategias de evaluación. (4)

Una de las primeras aportaciones consistió en diferenciar las dimensiones objetivas y subjetiva de la sobrecarga, separando por un lado los eventos, hechos y actividades y, por otro, los sentimientos, actitudes y emociones:

La primera dimensión se refiere a las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador, como el tiempo de cuidado, las tareas realizadas, el impacto en el ámbito laboral, el coste económico, las limitaciones en la vida social y los conflictos de rol.

La segunda dimensión considera las actitudes o reacciones emocionales del cuidador hacia la experiencia del cuidado (por ejemplo, culpa, tensión, preocupación), un aspecto que había sido considerado por Zarit en sus trabajos iniciales como el fundamental, por lo que una serie de instrumentos se centran exclusivamente en su medición. (4)

Además, la carga y la angustia emocional que sienten los cuidadores pueden tener serias consecuencias para la persona a la que se cuida, especialmente fallas en la atención, provocando la institucionalización de la persona dependiente e incluso un trato y abuso severos de la persona dependiente. (4)

La ZBI , que es el instrumento más utilizado en el campo de investigación, por lo cual su empleo permite una comparación de resultados y una mayor homogeneidad. Esta prueba cuenta con distintas versiones, está traducida a múltiples idiomas y ha sido adaptada al castellano. Posee buenas propiedades psicométricas y permite discriminar entre diferentes niveles de sobrecarga. Recientemente se ha desarrollado una versión abreviada de 12 ítems en nuestro país. (17)

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, consta de 22 ítems cuyo concepto evalúa el grado de sobrecarga o afectación subjetiva de la relación de cuidados sobre la vida de los cuidadores. El punto de corte establecido en la escala de Zarit para discriminar entre no sobrecarga y sobrecarga subjetiva del familiar es un valor de 46-47. (1)

4.5. Perfil del cuidador primario.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, los participantes fueron 392 (336 mujeres y 56 varones) cuidadores principales de personas con algún grado de dependencia (determinada a través de la escala de Barthel). El perfil de cuidador de la muestra fue el de una mujer de alrededor de 55 años, hija del dependiente y con estudios básicos o medios. Alrededor de la mitad de los cuidadores presentaba algún tipo de morbilidad siendo la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y la dislipemia, las enfermedades más incidentes. El tiempo medio dedicado al cuidado del dependiente se situó cerca de las 16h al día. La puntuación media de sobrecarga de los cuidadores se situó en 55 puntos, un valor crítico en esta escala para la consideración de sobrecarga entre leve e intensa. Por géneros, se observó una sobrecarga superior en el grupo de mujeres respecto al de varones cuidadores.

(1)

En otro estudio descriptivo y transversal en 2338 cuidadores principales de adultos mayores frágiles, el perfil sociodemográfico de los cuidadores mostró predominio de los solteros (39,2 %) y de los hijos (47,5 %) que desempeñaban el cuidado. Según la ocupación laboral fueron preponderantes los empleados (51,0 %), mientras que los pre-universitarios y universitarios fueron los niveles de escolaridad más representativos en la muestra (28,3 y 27,5 % respectivamente). (25)

Se encontró asociación estadísticamente significativa en relación con los niveles de sobrecarga de los cuidadores; predominio sin sobrecarga de sus cuidadores con dependencia leve de los adultos mayores (37,9 %), mientras la dependencia moderada predominó en los cuidadores con sobrecarga leve (66,7 %) y la dependencia severa en los cuidadores con sobrecarga intensa (36,7 %). (25)

En los últimos años diversos estudios han puesto de manifiesto las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener en la salud y especialmente la mayor frecuencia de ansiedad y depresión en los cuidadores, aumentando la frecuencia de dichos trastornos a mayor grado de dependencia, es decir, a mayor necesidad de cuidados del enfermo, mayor prevalencia de dichos trastornos. El apoyo social percibido por los cuidadores tiene un papel importante en la aparición de estos trastornos, cuanto menor es el grado de apoyo percibido, mayor es la frecuencia de ansiedad y depresión. Por lo tanto, para evitar y resolver las consecuencias negativas de la carga del cuidador tanto para los dependientes como para los cuidadores, se deben adoptar soluciones para prevenir y aliviar la angustia emocional que sienten los cuidadores. (26) (27)

Los médicos deben desempeñar un papel más importante. papel en la evaluación de los cuidadores familiares, a menudo en colaboración con colegas de trabajo social. Esto requiere la identificación de factores que pueden estar causando angustia (es decir, demandas físicas, el efecto psicológico de brindar atención, conflictos entre el destinatario de la atención y otros miembros de la familia,

tensiones financieras y problemas de comportamiento del receptor de la atención que hacen que la atención sea estresante. (28)

El plan de atención podría incluir un respiro para los cuidadores (provisión de alivio a corto plazo con un cuidador temporal en el hogar o un respiro para pacientes hospitalizados, a través del cual el receptor de la atención permanece en un centro durante varios días o semanas), servicios complementarios, limitaciones sobre intervenciones médicas. (29)

5. JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas se ha producido un notable envejecimiento de la población mexicana y mundial, representa un reto, pues los individuos mayores de 60 años son los principales usuarios de los servicios de salud, ya que ellos presentan un incremento de las enfermedades ligadas a la edad. En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su estado funcional, ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones con impacto negativo en sus actividades instrumentales de la vida diaria.

Los adultos mayores en su mayoría, son personas de edad avanzada, con una enfermedad crónica altamente discapacitante, lo que requerirá en un plazo no muy largo atención las 24 hrs del día, lo que conlleva a la necesidad cada vez mayor de ayuda por parte de otros para mantener su autonomía y para realización de las actividades más básicas de la vida diaria.

La dependencia funcional está relacionada con mayor grado de sobrecarga del cuidador principal y esto se asocia a una mala calidad de vida, a una evolución inesperada de las enfermedades, a estancias hospitalarias más prolongadas y en definitiva a un mayor gasto económico y social que podría evitarse si se llevaran a cabo todas las medidas destinadas a prevenir su desarrollo o brindar un tratamiento precoz.

Por un lado, los propios problemas de salud de los cuidadores que resultan de la carga de la atención también pueden convertirlos en consumidores del sistema de salud, lo que aumenta la presión de la necesidad de atención médica de los dependientes. Por otro lado, cuando el sector informal alcanza la etapa de carga, la demanda de atención a largo plazo se traslada al público y al privado sector institucional. Todo esto crea un problema político, sanitario, social y económico si consideramos la actual falta de sostenibilidad de los sistemas de protección social.

Uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, la valoración de la capacidad funcional se encuentra dentro de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), entendiendo está como el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, dirigido a las capacidades funcionales, médicas y psicosociales de un anciano, en orden para desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento, esto nos permitirá la valoración y el diagnóstico oportuno de los síndromes geriátricos, ya que son padecimientos a los que está predispuesto debido a los cambios asociados al propio envejecimiento y las complicaciones de padecimientos crónicos de los cuales pueden ser portadores. Su conocimiento y descripción permitirán en este proyecto, ya que no hay suficientes estudios en estado y el país para conocer el impacto de los principales factores a estudiar en el adulto mayor asociados a la sobrecarga del cuidador primario y favorecer el desarrollo y aplicación políticas de bienestar social y de garantizar aquellas ayudas o medidas de apoyo al cuidador, y así permitirá retrasar la institucionalización, mantener o mejorar el estado funcional y la calidad de vida de los ancianos.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al envejecer es importante tener una adecuada calidad de vida, por lo que es necesario implementar acciones que permitan al adulto mayor tener una vejez con menor riesgo de enfermar o cursar con una discapacidad, esto es, tener un envejecimiento exitoso. El impacto de este nuevo patrón epidemiológico es la frecuencia cada vez mayor de personas que sufren algún grado de dependencia o invalidez, lo cual trasciende de manera importante en la sociedad y la familia.

La geriatría en su valoración integral al paciente tiene especial interés en el bienestar de su cuidador primario y el de su familia. Si se considera que la principal fuente de apoyo psicosocial al anciano es la familia, los conocimientos de su estructura y su dinámica serán herramientas de gran valor para comprender mejor sus necesidades, el contexto en el cual la enfermedad se presenta, los factores que favorecen o disminuyen la aparición de síntomas o quejas, así como las repercusiones en cada uno de los miembros que rodean al paciente.

Las repercusiones de la sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor, pueden ser en varios niveles por la carga económica que implica, la necesidad de mayor número de servicios médicos y hospitalarios y la afectación directa a la familia por las demandas de atención y cuidados que requiere un paciente dependiente.

Los estudios sobre la carga del cuidador están limitados por el énfasis en los grupos de diagnóstico homogéneos (por ejemplo, en Enfermedad de Alzheimer, cáncer, accidente cerebrovascular) que limitan la generalización y la identificación de características que son comunes en todos los diagnósticos.

En este contexto, se debió acumular más investigación sobre la asociación de diferentes factores geriátricos del paciente con sobrecarga del cuidador primario, ya que conocer esto, nos permitió disminuir la sobrecarga en los cuidadores. Hasta donde se sabe, ningún estudio previo ha investigado los diferentes factores del

paciente asociados a la sobrecarga del cuidador primario en el adulto mayor, esto nos llevó a conocer nuevos modelos de cuidado en estos pacientes, favorecer el desarrollo y aplicación de medidas de bienestar social y garantizar medidas de apoyo al cuidador para mejorar la calidad de vida del cuidador y por lo tanto del paciente adulto mayor. Por las razones antes expuestas, se generó la siguiente pregunta de investigación:

6.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los factores del paciente adulto mayor asociados a la sobrecarga en el cuidador primario?

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general.

Determinar los factores del paciente adulto mayor asociados a la sobrecarga en el cuidador primario.

7.2. Objetivos específicos.

7.2.1. Describir las características sociodemográficas del adulto mayor.

7.2.2. Describir las características sociodemográficas de los cuidadores.

7.2.3. Determinar la prevalencia de los siguientes síndromes geriátricos: demencia, depresión, desnutrición, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, fragilidad, dismovilidad, déficit visual, déficit auditivo, funcionalidad y polifarmacia.

7.2.4. Determinar la asociación entre síndromes geriátricos: demencia, depresión, desnutrición, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, fragilidad, dismovilidad, déficit visual, déficit auditivo, funcionalidad y polifarmacia con sobrecarga del cuidador.

8. HIPÓTESIS

8.1. Hipótesis general.

La presencia de síndromes geriátricos se asocia a la sobrecarga del cuidador primario.

8.2. Hipótesis estadística.

Partimos de los siguientes supuestos para su elaboración.

- El protocolo de investigación propone un estudio transversal comparativo para identificar factores asociados.
- Después de revisión bibliográfica se parte de un estudio publicado llevado a cabo en Singapur y publicado en 2016, en donde encontraron que la pérdida de funcionalidad y desempeño físico tenía una Razón de Momios de 4.4. (23)
- No encontramos más artículos publicados en la literatura que permitan encontrar factores del paciente asociados a sobrecarga, por lo cual, la hipótesis propuesta es planteada para el único dato encontrado.

Ho. La pérdida de funcionalidad y la sobrecarga del cuidador tiene una fuerza de asociación menor o igual a una RM de 4.4

Ha. La pérdida de funcionalidad y la sobrecarga del cuidador tiene una fuerza de asociación mayor de RM 4.4

9. METODOLOGIA

9.1. Diseño de estudio

Transversal, analítico (comparativo)

9.2. Características del estudio

Observacional, retrolectivo.

9.3. Universo de estudio

Adultos mayores derechohabientes adscritos al HGR No 1, Querétaro.

9.4. Población Blanco

Binomio adulto mayor – cuidador primario usuarios de la clínica de geriatría del HGR No.1, Querétaro.

9.5. Unidades de observación

Binomio adulto mayor – cuidador primario.

9.6. Criterios de selección, basado en el binomio adulto mayor – cuidador primario.

9.6.1. Criterios de inclusión.

- Adulto mayor de 65 años.
- Que contó con cuidador primario mayor de 18 años.
- Que tuvo por lo menos 6 meses al cuidado del adulto mayor.
- Vivir en el mismo domicilio.
- Que aceptó participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

8.6.1 Criterios de exclusión.

- Cuidadores remunerados.

9.6.3. Criterios de eliminación.

- Pacientes y/o cuidadores primarios que, a pesar de haber firmado el consentimiento informado para participar en el estudio, desistieron de continuar en el mismo.

9.7. Tamaño de muestra.

Con base a los resultados del trabajo de investigación de Tanujaa Rajasekaran et al, (23) donde se encontró una razón de momios de 4.4 veces más posibilidades de tener sobrecarga del cuidador cuando los pacientes tenían pérdida de la funcionalidad. Se tomaron en cuenta los siguientes supuestos.

- Nivel de confianza 95%
- Poder del 80%
- Razón de momios mínima a encontrar 4.4
- Porcentaje de pacientes con fragilidad en grupo no expuesto 4.1%
- Porcentaje de pacientes con fragilidad en grupo no expuesto 18%

Unmatched Cohort and Cross-Sectional Studies (Exposed and Nonexposed)

Two-sided confidence level: 95% ▾

Power: 80 %

Ratio (Unexposed : Exposed): 1

% outcome in unexposed group: 4.1 %

Risk ratio: 3.86168

Odds ratio: 4.4

% outcome in exposed group: 15.8 %

	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Exposed	103	102	118
Unexposed	103	102	118
Total	206	204	236

Utilizando la calculadora estadística del programa EPI INFO, para determinar el cálculo de tamaño de muestra para estudios de asociación de tipo transversal, obtuvimos un cálculo de tamaño de muestra de 102 binomios adulto mayor-cuidador primario con sobrecarga y de 102 binomios adulto mayor-cuidador primario sin sobrecarga.

La calculadora de tamaño de muestra estadística es una herramienta creada por el CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de los institutos de salud de los Estados Unidos de América. Esta herramienta es un software de uso público, empleado por investigadores de diferentes sistemas de salud y universidades del mundo, basado en formulas básicas estadísticas y disponible para su consulta en https://www.cdc.gov/epiinfo/esp/es_index.html.

9.8. Muestreo.

Aleatorio simple, a partir del listado diario pacientes que acudieron a la consulta de geriatría del turno matutina y vespertino que en promedio son 20, se seleccionaron 8 pacientes y sus respectivos cuidadores por día. Los nombres de los pacientes se agregaron en una página de Excel y se seleccionaron en forma aleatoria 4 en el turno matutino y 4 en el turno vespertino hasta completar el tamaño de la muestra.

9.9. Variables.

9.9.1. Variables que describan la población de estudio.

Para el cuidador primario.

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Parentesco
- Ocupación
- Comorbilidad
- Antecedente de enfermedades psiquiátricas.

Para el paciente

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Comorbilidad
- Antecedente de enfermedades psiquiátricas.

9.9.2. Variables asociadas

- Demencia
- Depresión
- Desnutrición
- Incontinencia urinaria
- Incontinencia fecal
- Fragilidad
- Dismovilidad.
- Déficit visual
- Déficit auditivo
- Funcionalidad
- Polifarmacia

9.9.3. Variable de estudio

- Sobrecarga del cuidador.

9.10. Cuadro de variables

9.10.1 Variables que describen a la población de estudio

9.10.1.1. Variables que describen a la población de estudio para el cuidador primario

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variables	Unidades de medición
Edad	Es el tiempo transcurrido en entre la fecha de nacimiento del participante del estudio y el ingreso al estudio	La edad en años cumplidos calculada a partir de la fecha de nacimiento consignada en documento oficial de tipo INE, pasaporte, CURP	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none">• Años
Sexo	Características fenotípicas que establecen las diferencias entre hombres y mujeres	El sexo consignado informado por cuidador	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino

Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	El estado civil reportado por el paciente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Unión libre • Casado • Divorciado • Separado
Parentesco	Relaciones de sujetos que descienden unos de otros o de un mismo tronco común y que, además comparten una misma carga genética	Lo reportado en la entrevista	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Cónyuge • Padre • Hijos • Sobrino • Nieto • Otro
Adiestramiento recibido para el cuidado del adulto mayor	Proceso de enseñanza aprendizaje para la atención integral de los adultos mayores dependientes.	Si ha recibido alguna capacita formal por parte de alguna institución educativa de la secretaria de educación pública.	Cualitativa dicotómica.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Tiempo que ha sido cuidador	Tiempo transcurrido desde que el cuidador se ha dedica a la atención integral del adulto mayor hasta el momento de la entrevista.	Tiempo reportado por el paciente	Cuantitativa discreta.	<ul style="list-style-type: none"> • Años.
Ocupación	Actividad principal remunerada o no remunerada.	Actividad reportada por el paciente o su cuidador en el interrogatorio.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Ocupación específica.
Comorbilidad	Situación de padecer de una o más enfermedades crónicas al mismo tiempo.	Información proporcionada por los pacientes o sus cuidadores con diagnósticos ya establecidos por médicos el	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial • Diabetes Mellitus tipo 2 • Enfermedad Cerebrovascular • Cardiopatía isquémica. • Osteoartritis

		sector público o privado.		
Antecedente de enfermedades psiquiátricas.	Enfermedad mental, que se refiere a una amplia gama de afecciones de la salud mental, es decir, trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	Información proporcionada por los pacientes o sus cuidadores con diagnósticos ya establecidos por médicos el sector público o privado.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

9.10.1.2. Variables que describen a la población de estudio para el paciente.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variables	Unidades de medición
Edad	Es el tiempo transcurrido en entre la fecha de nacimiento del participante del estudio y el ingreso al estudio	La edad en años cumplidos calculada a partir de la fecha de nacimiento consignada en documento oficial de tipo INE, pasaporte, CURP	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años
Sexo	Características fenotípicas que establecen las diferencias entre hombres y mujeres	El sexo consignado informado por cuidador	Cualitativa Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	El estado civil reportado por el paciente	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Unión libre • Casado • Divorciado • Separado
Comorbilidad	Situación de padecer de una o más enfermedades crónicas al mismo tiempo.	Información proporcionada por los pacientes o sus cuidadores con diagnósticos ya establecidos por médicos el sector público o privado.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial • Diabetes Mellitus tipo 2 • Enfermedad Cerebrovascular • Cardiopatía isquémica. • Osteoartritis

Antecedente de enfermedades psiquiátricas.	Enfermedad mental, que se refiere a una amplia gama de afecciones de la salud mental, es decir, trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.	Información proporcionada por los pacientes o sus cuidadores con diagnósticos ya establecidos por médicos el sector público o privado.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
--	--	--	---------------------	--

9.10.2 Variables de asociación.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variables	Unidades de medición
Demencia	síndrome que involucra el declive de funciones cognitivas como la memoria, el lenguaje, el pensamiento, la atención y el cálculo, acompañado de la pérdida del control emocional, de cambios en la personalidad y actividades cotidianas	Aplicación de escala de minimental (MMSE): < 18 pts	Cuantitativa discreta. Para el análisis descriptivo se agrupará en diferentes grados de demencia. Para el análisis bivariado se agrupará sin demencia o con algún grado de demencia.	24-30 pts sin alt cognitiva 18-23 pts demencia leve 10-17 pts demencia moderada < 10 pts demencia severa
Depresión	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de tristeza o anhedonia durante un período de 2 semanas.	Aplicación de escala de GDS Yesavage 15 pts	Cuantitativa discreta. Para el análisis descriptivo se agrupará en diferentes grados de depresión. Para el análisis bivariado se agrupará en sin depresión o con algún grado de depresión.	0-4 pts normal 5-8 pts depresión leve 9-10 pts depresión moderada 12-15 pts depresión grave
Desnutrición	Situación en la que se encuentra una persona anciana en relación con la ingestión y las	Mediante la aplicación MNA-SF	Cuantitativa discreta. Para el análisis descriptivo se agrupará en diferentes	12-14 pts normal 8-11 pts riesgo de malnutrición 0-7 pts malnutrición

	adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrimentos		grados de nutrición. Para el análisis bivariado se agrupará en sin desnutrición o con algún grado de desnutrición.	
Incontinencia urinaria	Pérdida involuntaria de la orina	Según datos obtenidos del cuidador, mediante el cuestionario de ICIQ-SF	Cualitativa dicotómica	Si, puntuación igual o mayor a 0 No, puntuación igual a 0
Incontinencia fecal	Perdida involuntaria de materia fecal.	Pregunta directa	Cualitativa dicotómica	Si No
Fragilidad	Disminución progresiva relacionada con la edad en los sistemas fisiológicos que resulta en una disminución de las reservas de capacidad intrínseca, lo que confiere una vulnerabilidad extrema a los factores estresantes	Aplicación de escala de Frail: > 3 pts	Cualitativa ordinal. Para el análisis descriptivo se agrupará en diferentes grados de fragilidad. Para el análisis bivariado se agrupará en robustos o con prefragilidad y fragilidad.	0 Robusto 1-2 pts Prefrágil 3 o más Frágil
Dismovilidad.	Dificultad o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y trasladarse,	Mediante la aplicación de la escala de Dismovilidad del Hospital de Limache	Cualitativa ordinal. Para el análisis bivariado se agruparán a los pacientes en etapa A y en etapa B.	Etapas: 1 2 3 4 5 Subetapas: A B
Déficit visual	Disminución de la agudeza visual	Prueba de Snellen	Cualitativa dicotómica	Si. Agudeza visual mayor de 20/20 No. Agudeza visual visual o menor de 20/20
Déficit auditivo	Disminución de la audición	Mediante prueba de susurro	Cualitativa dicotómica	Si. No percibe susurro No. Si percibe susurro
Funcionalidad	Grado de funcionalidad o dependencia del individuo para la	Aplicación del índice de Barthel	Cualitativa ordinal.	90-100 puntos: independencia mas de 60 puntos: dependencia leve

	realización de las actividades básicas de la vida diaria		Para el análisis descriptivo se agrupará en diferentes grados de funcionalidad. Para el análisis bivariado se agrupará en independientes o con algún grado de dependencia.	40-55 puntos: dependencia moderada 20-35 puntos: dependencia severa menos 20 puntos: dependencia total
Polifarmacia	Uso de tres o más fármacos en forma simultánea.	Numero de medicamentos consignados en el expediente clínico y conciliados con los que toma el paciente	Cualitativa dicotómica.	SI, 3 o ms fármacos. NO, menos de 3 fármacos.

9.10.3 Variables de estudio.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variables	Unidades de medición
Sobrecarga del cuidador	Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones	Mediante escala de Zaritt	Cualitativa ordinal. Para el análisis descriptivo se agrupará en diferentes grados de sobrecarga. Para el análisis bivariado se agrupará en sin sobrecarga y con algún grado de sobrecarga.	<47 pts Sin sobrecarga 47-55 Sobrecarga moderada >55 Sobrecarga intensa

9.11. Procedimiento operativo del protocolo

Se realizó un estudio en adultos mayores y cuidadores primarios, atendidos en el servicio de Medicina Interna y Geriátrica del Hospital Regional No. 1 Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Para la evaluación de los cuidadores se realizó una entrevista en la cual se recogieron las características sociodemográficas del cuidador (sexo, edad, estado civil, parentesco, ocupación, nivel de escolaridad, adiestramiento previo recibido y tiempo desempeñando como cuidador). Se aplicó la escala de evaluación de sobrecarga de Zarit, instrumento que tuvo por objetivo valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador, en distintas áreas de su vida; la misma consta de 22 preguntas de cinco opciones (1-5 puntos, con una puntuación total de 22 a 110 puntos), clasificándose al cuidador en: ausencia de sobrecarga (≤ 46 puntos), sobrecarga leve (47-55 puntos) o sobrecarga intensa (≥ 56 puntos).

Se realizó valoración geriátrica integral (VGI) a cada uno de los pacientes estudiados: se empleó la escala de Barthel, instrumento utilizado para determinar el grado de dependencia o independencia que presenta un AM a la hora de realizar actividades básicas de la vida diaria y valorar dismovilidad.

Se realizó evaluación cognitiva mediante minimal mental MMSE: 24-30 sin alteración cognitiva, 18-23 demencia leve, 10 a 17 demencia moderada, <10 demencia severa.

El cribado nutricional mediante el cuestionario MNA-SF y se registró determinaciones al ingreso del paciente con albúmina sérica y medidas antropométricas (peso y talla) para determinación del IMC.

Fragilidad se evaluó mediante los criterios de FRAIL, respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil, 3 o más = frágil

Se realizó Escala de Yesavage 15 ítems para valorar depresión: 0-4 puntos, se consideró normal, sin síntomas depresivos, 5-8 puntos indicó la presencia de síntomas depresivos leves, 9-10 puntos indicó la presencia de síntomas depresivos moderados, 12-15 puntos indicó la presencia de síntomas depresivos graves.

Para valorar incontinencia urinaria se aplicó cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF e incontinencia fecal como la salida de material fecal de por lo menos un mes de evolución.

La discapacidad visual se interrogó si requiere ayuda óptica: ¿utiliza gafas? ¿Otro tipo de ayuda óptica? La agudeza visual con test de Snellen.

La discapacidad auditiva se valoró con la prueba de susurro, (incapacidad para repetir el 50% de diez palabras pronunciadas en susurro a 15 centímetros de distancia detrás del paciente) y el inventario de discapacidad auditiva en los adultos mayores

La funcionalidad se midió a través de la escala de Barthel y la dismovilidad mediante la aplicación de la escala de dismovilidad del Hospital de Limache

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el presente protocolo de investigación se catalogó como de riesgo mínimo ya que fue un estudio observacional, en donde se registró la evolución natural del proceso de envejecimiento de los adultos mayores y de su relación con sus cuidadores, ni se llevaron a cabo intervenciones que modificaron variable fisiológicas o psicológicas. Sin embargo, si se identificaron situaciones de riesgo como podría ser los síndromes geriátricos incluido la sobrecarga del cuidador.

Por esta razón, todos aquellos pacientes identificados con sobrecarga del cuidador fueron canalizados a trabajo social para establecer las estrategias que permitieron reorganizar el cuidado de los pacientes de acuerdo a su entorno.

El protocolo requirió de la firma de un consentimiento informado, ya que en el mismo se tuvo que interrogar antecedentes a los pacientes y su cuidador proporcionar información sobre el estado de salud de los pacientes, más allá de los habituales contenidos en el expediente clínico como son el estado de funcionalidad, cognoscitivo previo, fragilidad, alteración del estado de ánimo, polifarmacia, incontinencia urinaria y fecal, así como obtener datos del cuidador primario, edad, estado civil, antecedente de enfermedad psiquiátrica,

Los participantes en el estudio debieron firmar una carta de consentimiento informado, en la cual se ha empleó un lenguaje coloquial. La carta de consentimiento informado se les dio a leer a los pacientes o en caso de que el paciente no esté en condiciones a sus cuidadores primarios. En caso de ser analfabetas se dio lectura en presencia de un testigo y se firmó en presencia de dos testigos, en este caso en particular, tanto paciente como cuidador firmaron como sujetos de investigación.

Se respetó íntegramente la decisión de participar o no en el estudio. La no aceptación de participación en el mismo no implicó ninguna sanción económica o administrativa por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, ni tampoco comprometió la atención que recibió durante su proceso de atención médica. El llenado de la encuesta, así como la aplicación del cuestionario se llevó a cabo en forma confidencial, en consulta externa de geriatría.

La información fue manejada en forma confidencial. Las encuestas fueron el único documento en el cual, estuvieron contenidos los datos de identificación de los participantes y se le asignó un número aleatorio compuesto de 4 dígitos para identificar a los pacientes en la base de datos.

Los consentimientos informados y las encuestas fueron resguardadas en la Coordinación de Investigación en Salud del la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada del Estado de Querétaro del Instituto Mexicano del Seguro Social, por el Dr. José Juan García González por un periodo de 5 años, ubicada en Hacienda la Tortuga 122, Colonia el Jacal, CP 76180, Querétaro, Querétaro.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad/mes	septime	octubre	nov	dic	ene	feb
Evaluacion comités de investigacon	x					
Trabajo de campo		x	x	x		
Analisis de resultados.					x	
Elaboración de tesis						x

12. RECURSOS Y FINANCIAMIENTOS

Con recursos propios del investigador.

13. RESULTADOS

Características demográficas y comorbilidades de los pacientes incluidos

En este estudio se incluyeron un total de 144 pacientes adultos mayores de edad media 80.3 ± 6.7 años, de los cuales el 68.1% eran femeninos y el 31.9% eran masculinos. De estos, el 47.9% estaban casados, el 47.2% eran viudos, el 2.8% eran divorciados y el 2.1% eran solteros. El nivel de escolaridad de ellos era nulo en 36.1% de ellos, primaria en 49.3%, secundaria en 7.6% y licenciatura en 6.9% [Tabla 1].

Tabla 1. Características demográficas de los adultos mayores incluidos (n=144)

Característica	Valor
Edad (años)	80.3 \pm 6.7
Sexo, %(n)	
Femenino	98 (68.1%)
Masculino	46 (31.9 %)
Estado civil, %(n)	
Casado	69 (47.9%)
Viudo	68 (47.2%)
Divorciado	4(2.8%)
Soltero	3 (2.1%)
Escolaridad, %(n)	
Ninguna	52 (36.1%)
Primaria	71 (49.3%)
Secundaria	11 (7.6%)
Licenciatura	10 (6.9%)

En cuanto a las comorbilidades presentes, el 44.4% tenían diabetes mellitus tipo 2, el 93.9% hipertensión arterial sistémica, el 36.8% osteoartrosis, el 3.5% evento vascular cerebral y el 8.3% alguna enfermedad psiquiátrica [Figura 1].

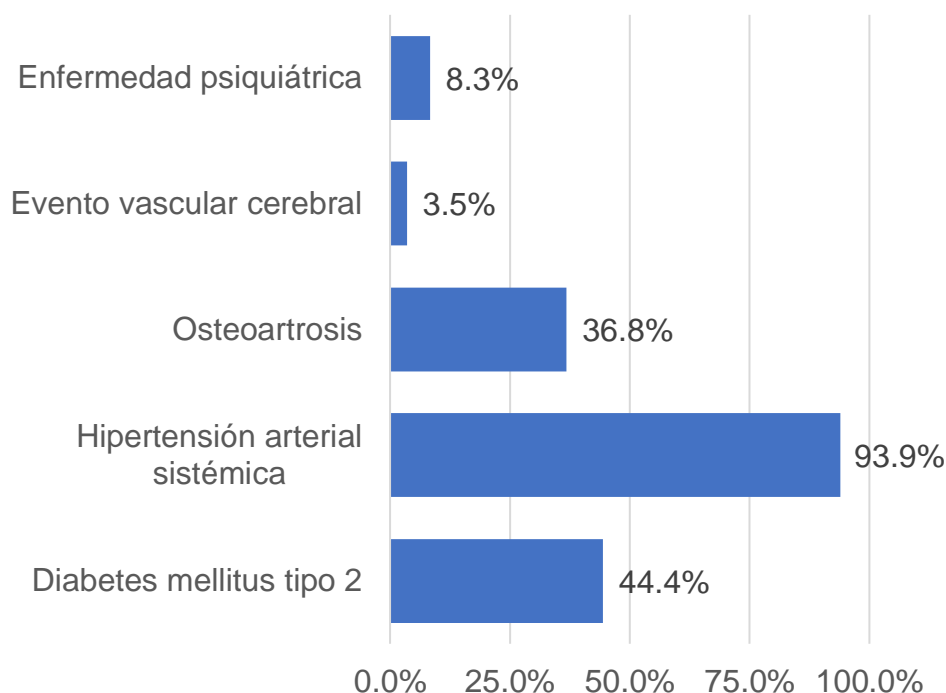


Figura 1. Comorbilidades de los pacientes incluidos.

Características demográficas, comorbilidades y laborales de los cuidadores de los pacientes

Enseguida, se identificaron las características demográficas y comorbilidades de los cuidadores de los pacientes incluidos encontrando que, la edad media fue 52.7 ± 11.7 años, el 66% eran femeninos y el 34% masculinos. El estado civil predominante era casado; el parentesco mas común de los cuidadores era hija (61.8%), seguida del hijo (18.1%), esposa o esposo. Solo el 7.6% tenían adiestramiento como cuidador, y las comorbilidades mas frecuentes de los pacientes eran hipertensión arterial (43.1%) y diabetes mellitus (14.6%)[Tabla 2].

Tabla 2. Características demográficas y comorbilidades de los cuidadores de los pacientes incluidos (n=144)

Característica	Valor
Edad (años)	52.7±11.7
Sexo, %(n)	
Femenino	95(66.0%)
Masculino	49 (34.0%)
Estado civil, %(n)	
Casado	119 (82.6%)
Viudo	3 (2.1%)
Divorciado	5 (3.5%)
Soltero	15 (10.4%)
Unión libre	2 (1.4%)
Ocupación, %(n)	
Ninguna	6 (4.2%)
Ama de casa	71 (49.3%)
Específica	67 (46.5%)
Años de ser cuidador	2.3±1.6
Parentesco	
Esposa	17 (11.8%)
Hija	89 (61.8%)
Hijo	26 (18.1%)
Esposo	4 (2.8%)
Adiestramiento como cuidador(a)	11 (7.6%)
Comorbilidades	
Hipertensión arterial	62 (43.1%)
Diabetes mellitus tipo 2	21 (14.6%)
Osteoartrosis	13 (9.0%)
Enfermedad psiquiátrica	4 (2.8%)

Prevalencia de síndromes geriátricos entre los pacientes

Al identificar los síndromes geriátricos entre los pacientes incluidos encontramos que, el 50.7% tuvieron discapacidad moderada- pérdida total de la funcionalidad. El 78.5% tenían depresión leve-grave, el 49.3% riesgo de malnutrición y el 23.6% malnutrición. El 59% tenían incontinencia urinaria y el 15.3% incontinencia fecal. Eran prefrágiles el 34% y el 36.1% frágiles. Presentaban déficit visual el 77.8%, se encontró déficit auditivo en 26.4%, y polifarmacia el 37.5%. Presentaban demencia el 61.1% de los pacientes [Tabla 3].

Tabla 3. Prevalencia de síndromes geriátricos entre los pacientes incluidos (n=144)

Síndrome geriátrico	Valor
Discapacidad, %(n)	
Leve	71 (49.3%)
Moderada	47 (32.6%)
Grave	18 (12.5%)
Pérdida total	8 (5.6%)
Depresión, %(n)	
Normal	31(21.5%)
Leve	35 (24.3%)
Moderada	63 (43.8%)
Grave	15(10.4%)
Estado nutricional, %(n)	
Normal	39 (27.1%)
Riesgo de malnutrición	71(49.3%)
Malnutrición	34(23.6%)
Incontinencia urinaria, %(n)	85 (59.0%)
Incontinencia fecal, %(n)	22(15.3%)
Fragilidad, %(n)	
Sin fragilidad	43 (29.9%)
Prefrágil	49(34.0%)

Frágil	52(36.1%)
Déficit visual, %(n)	112(77.8%)
Déficit auditivo, %(n)	38(26.4%)
Polifarmacia, %(n)	54(37.5%)
Demencia, %(n)	
Sin alteración	56(38.9%)
Leve	24(16.7%)
Moderada	50(34.7%)
Severa	14 (9.7%)

Prevalencia de sobrecarga del cuidador

Al identificar la prevalencia de sobrecarga del cuidador encontramos que, el 37.5% la tenían [Figura 2].

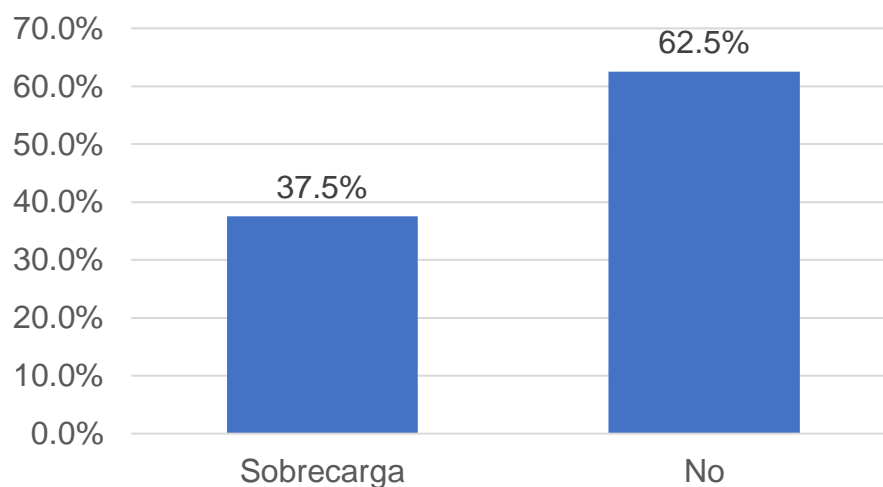


Figura 2. Prevalencia de sobrecarga del cuidador.

Factores del paciente asociados a sobrecarga del cuidador en el análisis bivariado

Se compararon las características de los pacientes cuidados por cuidadores con y sin sobrecarga para identificar los factores del paciente asociados a sobrecarga, encontrando que las características del paciente asociadas a sobrecarga fueron: un mayor número de fármacos en el paciente, el sexo masculino del paciente, una mayor escolaridad, discapacidad grave, malnutrición, incontinencia fecal, fragilidad, déficit visual, demencia moderada-grave [Tabla 4].

Tabla 4. Factores del paciente asociados a sobrecarga del cuidador

Característica	Con sobrecarga (n=54)	Sin sobrecarga (n=90)	Valor de p
Edad (años)	81.0±6.9	79.8±6.5	*0.280
Número de fármacos	6.8±3.5	5.8±2.2	*0.050
Sexo, %(n)			**0.034
Mujer	31(57.4%)	67(74.4%)	
Hombre	23 (42.6%)	23(25.6%)	
Estado civil, %(n)			**0.112
Casado	29(53.7%)	40(44.4%)	
Viudo	20(37.0%)	48(53.3%)	
Divorciado	3(5.6%)	1(1.1%)	
Soltero	2(3.7%)	1(1.1%)	
Escolaridad			**0.042
Ninguna	21(38.9%)	31(34.4%)	
Primaria	20(37.0%)	51(56.7%)	
Secundaria	7(13.0%)	4(4.4%)	
Licenciatura	6(11.1%)	4(4.4%)	

Diabetes			**0.166
Si	28(51.9%)	36(40.0%)	
No	26(48.1%)	54(60.0%)	
Hipertensión Arterial			**0.790
Si	51(94.4%)	84(93.3%)	
No	3(5.6%)	6(6.7%)	
Osteoartrosis			**0.964
Si	20(37.0%)	33(36.7%)	
No	34(63.0%)	57(63.3%)	
Enfermedad psiquiatrica			**0.755
Si	5 (9.3%)	7 (7.8%)	
No	49(90.7%)	83(92.2%)	
EVC			**0.677
Si	1(1.9%)	4(4.4%)	
No	53(98.1%)	86(95.6%)	
Funcionalidad			**0.000
Leve	15(27.8%)	56(62.2%)	
Moderada	21(38.9%)	26(28.9%)	
Grave	18(33.3%)	8(8.9%)	
Depresión			**0.435
Normal	8 (14.8%)	23 (25.6%)	
Leve	13 (24.1%)	22 (24.4%)	
Moderada	26 (48.1%)	37 (41.1%)	
Grave	7 (13.0%)	8 (8.9%)	
Nutrición			**0.000
Normal	6 (11.1%)	33 (36.7%)	

Riesgo malnutrición	26 (48.1%)	45 (50.0%)	
Malnutrición	22 (40.7%)	12 (13.3%)	
Incontinencia Urinaria			**0.149
Si	36 (66.7%)	49 (54.4%)	
No	18 (33.3%)	41 (45.6%)	
Incontinencia Fecal			**0.006
Si	14 (25.9%)	8 (8.9%)	
No	40 (74.1%)	82 (91.1%)	
Fragilidad			**0.000
Sin Fragilidad	7 (13.0%)	36 (40.0%)	
Prefragilidad	18 (33.3%)	31 (34.4%)	
Frágil	29 (53.7%)	23 (25.6%)	
Deficit Visual			**0.013
Si	48 (88.9%)	64(71.1%)	
No	6(11.1%)	26(28.9%)	
Deficit auditivo			**0.143
Si	18(33.3%)	20(22.2%)	
No	66.7(36)	70(77.8%)	
Demencia			**0.000
Sin Alteración	9(16.7%)	47(52.2%)	
Leve	12(22.2%)	12(13.3%)	
Moderada o grave	33(61.1%)	31(34.4%)	
Polifarmacia			**0.182
Si	24(44.4%)	30(33.3%)	
No	30(55.6%)	60(66.7%)	

***Prueba de T de student para muestras independientes**

****Prueba de Chi cuadrada.**

Factores del cuidador asociados a sobrecarga en el análisis bivariado de variables cualitativas

Para identificar factores del cuidador asociados a sobrecarga en el análisis bivariado, se compararon las características de cuidadores con y sin sobrecarga. El único factor el cuidador asociado con sobrecarga fue la hipertensión arterial sistémica ($p=0.046$) y la ocupación del cuidador se asoció marginalmente ($p=0.076$)[Tabla 5].

Tabla 5. Factores del cuidador asociados a sobrecarga			
Característica	Con sobrecarga (n=54)	Sin sobrecarga (n=90)	Valor de p
Edad (años)	54.2±12.2	51.8±11.3	0.25
Tiempo de cuidados (años)	2.5±1.5	2.1±1.5	0.150
Sexo			
Mujer	35(64.8%)	60(66.7%)	0.820
Hombre	19(35.2%)	30(33.3%)	
Parentesco			
Esposa	11(20.4%)	6(6.7%)	0.120
Esposo	1(1.9%)	3(3.3%)	
Hija	34(63.0%)	55(61.1%)	
Hijo	7(13.0%)	19(21.1%)	
Ocupación			
Ama de casa	3(61.1%)	71(49.3%)	0.073
Ocupación específica	20(37.0%)	67(46.5%)	
Ninguno	1(1.9%)	6(4.2%)	
Estado civil			

Casado	46(82.5%)	73(81.1%)	0.429
Viudo	0(0.0%)	3(3.3%)	
Divorciado	3(5.6%)	2(2.2%)	
Soltero	4(7.4%)	11(12.2%)	
Unión libre	1(1.9%)	1(1.1%)	

*Mantel Haenszel

Tabla 6. Factores del cuidador asociados a sobrecarga del cuidador, mediante variables dicotómicas.

Característica	Con sobrecarga	Sin Sobrecarga	RM	(IC 95%)	Valor de p
Adiestramiento Cuidador			0.34	(0.071-1.66)	0.294
Sí	2(3.7%)	9(10.0%)			
No	52(96.3%)	81(90.0%)			
Hipertension Arterial			2.0	(1.00-3.97)	0.069
Sí	29(53.7%)	33(36.7%)			
No	25(46.3%)	57(63.3%)			
Diabetes tipo 2			1.63	(0.64-4.14)	0.430
Sí	10(18.5%)	11(12.2%)			
No	44(81.5%)	79(87.8%)			
Osteartrosis			1.48	(0.47-4.66)	0.708
Sí	6(11.1%)	7(7.8%)			

No	44(88.9%)	83(92.2%)		
Enfermedad Psiquiátrica			5.23	(0.53-51.65) 0.297
Sí	3(5.6%)	1(1.1%)		
No	51(94.4%)	89(98.9%)		

Regresión logística para identificar factores independientemente asociados a sobrecarga del cuidador

Finalmente, para identificar factores del cuidador independientemente asociados a sobrecarga del cuidador se realizó una regresión logística, encontrando que los únicos factores asociados de forma independiente a sobrecarga del cuidador fueron la escolaridad del paciente ($\beta=-0.50$), el estado nutricional ($\beta -1.04$), demencia en el paciente ($\beta=-7.14$) y la ocupación del cuidador ($\beta=-0.920$) [Tabla 6].

Tabla 7. Factores independientemente asociados a sobrecarga del cuidador mediante regresión logística

Variable	Coeficiente β.	RM	(IC 95%)	Valor de P*
Alta escolaridad	-0.50	1.65	(1.10-2.47)	0.014
Malnutrición	-1.04	2.83	(1.55-5.17)	0.001
Demencia	-7.14	2.04	(1.29-3.22)	0.002
Ocupación- cuidador (ama de casa)	-0.920	2.50	(1.17-5.36)	0.018

* Valor de P resultante de la regresión

14. DISCUSIÓN

Cuidar de un adulto mayor es gratificante, satisfactorio y necesario. Sin embargo, no está exento de dificultades y desafíos. Uno de ellos es el riesgo de sobrecarga, que ocurre cuando las demandas del cuidado se vuelven abrumadoras.

Diversos factores relacionados con el paciente adulto mayor parecen contribuir a esta carga. Por lo que, en este estudio se buscaron factores del paciente adulto mayor y del propio cuidador asociados a la sobrecarga del cuidador primario. A continuación, se analizan los resultados de este estudio.

En lo que respecta al primer objetivo de estudio se encontró que dentro del perfil sociodemográfico del adulto mayor, la mayoría de los pacientes incluidos eran femeninos y la edad media de los pacientes fue de 80 años, lo que refleja el perfil de los pacientes incluidos y que con frecuencia son las mujeres las que mas acuden a consulta, y posiblemente el hecho de que la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de hombres en México, como lo menciona en su artículo (Jiménez-Aguilera B y cols, 2016, p. 129)

Las comorbilidades mas frecuentes entre los pacientes incluidos fueron hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y la osteoartritis. Estas comorbilidades de los adultos mayores se han reportado previamente como las mas frecuentes en adultos mexicanos. Por ejemplo, Bello y cols. reportaron hipertensión arterial sistémica en el 46.1% de los adultos mayores de 60 años y diabetes mellitus en 36.2%. En un estudio de Castellanos- Olivares y cols. se encontró que las enfermedades mas frecuentes en el adulto mayor mexicano son las enfermedades cardiovasculares (60%), osteoartritis (51%) y la diabetes mellitus (20%) son algunas de las principales causas de dependencia funcional en el adulto mayor, consideradas así en algunas regiones de México y mayor riesgo de sobrecarga del cuidador.

Segundo, en cuanto a las características del cuidador, en el presunto estudio, estas fueron las típicas de cuidadores primarios de adultos mayores incluyendo que son

de mediana edad, en su mayoría mujeres y familiares de primer grado como los hijos; Estas características son similares a las reportadas en el estudio (Ramón-Arbués, Martínez-Abadía, Martín Gomez, 2017, p.308) y la mayoría de los cuidadores de nuestro estudio con sobrecarga no recibieron adiestramiento representando el 96.3%, parecido el porcentaje como en el estudio de (Lemus Fajardo NM y cols, 2018, p. 894)

La prevalencia de sobrecarga del cuidador en nuestro estudio fue de 37.5%, una cifra que se encuentra entre las reportadas en la literatura o entre las bajas, pues estudios como el de (Rossetti y cols, 2018, p. 27) encontraron sobrecarga del cuidador de 32.5%. (Delalibera y cols. 2018, p.2351) han reportado que el 38.3% de los cuidadores con un promedio de 24 meses como responsables tenían sobrecarga moderada o severa (43). Pero otros estudios han reportado prevalencias superiores. Por ejemplo(Martín del Campo y cols. . 2019, p. 57) reportaron una prevalencia de sobrecarga del cuidador de 48.2%.

Tercero, la prevalencia de síndromes geriátricos fue elevada, siendo las mas frecuentes demencia, depresión leve-grave y déficit visual que se encontraron en casi 80% de los pacientes, seguido de incontinencia urinaria y malnutrición que se encontraron en 50-60% de los pacientes, mientras la polifarmacia y la fragilidad se encontraron en una tercera parte de los pacientes, esto comparado con la bibliografía de (D'Hyver, 2011, p.24), esto puede ser influido, por aumento de esperanza de la vida, tambien puede explicarse a la cantidad de pacientes estudiados, hasta donde sabemos, no existen reportes de prevalencia de síndromes geriátricos en conjunto, solo por separado.

Nuestro estudio también mostró que el deterioro cognitivo en el paciente adulto mayor se asocia sobrecarga del cuidador como lo demuestran tambien los resultados de Tanujaa Rajasekaran, 2016, p 214.

Los estudios han demostrado que la desnutrición es un problema común en adulto mayor, que podemos encontrar frecuentemente en pacientes con demencia y disminuye la calidad de vida de los cuidadores. En nuestro análisis mediante

regresión logística se encontró que un alto riesgo nutricional, evaluado mediante MNA, se asocia con una mayor carga para el cuidador, con una RM 2.83, IC (1.55-5.17), como lo demuestran en su estudio (Tanujaa Rajasekaran, 2016, p 215)

Respecto a la escolaridad se encontró, en el estudio de (Delgado Parada, 2014, p. 57), una mayor edad del cuidador primario y menor formación académica se relacionaron con riesgo de depresión y mayor sobrecarga del cuidador, a diferencia de nuestro estudio que la alta escolaridad del cuidador se relaciono con mayor sobrecarga del cuidador, sin embargo la alta escolaridad coincide con un estudio realizado en México en el Instituto Mexicano del Seguro Social por (Compean-Gonzalez. 2008, p. 17) .

15. CONCLUSIÓN

La prevalencia de sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores se encuentra entre las reportadas en la literatura, pues afecta a una tercera parte de los pacientes de nuestro estudio.

La hipótesis estadística que se formuló no se corroboró, ya que no se encontró asociación entre pérdida de la funcionalidad del adulto mayor con sobrecarga del cuidador primario, sin embargo los factores asociados que se encontraron del paciente adulto mayor con sobrecarga del cuidador primario fueron: malnutrición, demencia, alta escolaridad, ocupación-cuidador (ama de casa).

En conclusión, hasta donde sabemos, este es el único estudio que ha evaluado prospectivamente todas las esferas de la Valoración Geriátrica Integral, con respecto a la sobrecarga del cuidador en la población de pacientes adultos mayores. La identificación de estos factores en nuestro estudio puede ser una herramienta de detección en la práctica clínica. Puede ayudar a evaluar este grupo vulnerable de pacientes con cuidadores con alto riesgo de estrés y colapso que pueden beneficiarse de una evaluación integral seguida de la intervención adecuada y disminuir los síndromes geriátricos por parte del equipo de salud.

16. BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- C., F.-G. S. (2018). Prevalencia de isfagia orofaríngea en ancianos institucionalizados y su relación con síndromes geriátricos. *Revista Logopedia Foniatría Audiología.*, 69-76.
- C., Z. S. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina. *Revista Española Geriatria Gerontología*, 346-355.
- A., C. O. (2017). Prevalencia de comorbilidades en el paciente geriátrico y pronóstico postoperatorio. *Rev MEx Anest*, 931-941.
- B, J.-A. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor . *Atención Familiar* , 218.
- D, Z. R. (2018). Detección de polifarmacia y prescripción potencialmente inapropiada en el adulto mayor en una unidad de medicina familiar. *Atención Familiar*, 141.
- Elizabeth, F. R. (2019). Sobrecarga del cuidador del adulto mayor en el barrio tierra firme de Ibagué (Colombia). . *Salud Barranquilla*, 264-276.
- ES, R. (2018). Frailty, depressive symptoms and overload of elderly caregivers in a context of high social vulnerability. *Texto Contexto Enferm*, 27.
- F, S. (2015). Assisting people with dementia with their medicines: experiences of family carers: Family carers, medicines and people with dementia. *Int J Pharm Pract*, 44-51.
- F., G. I. (2005). Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. *Atención Primaria*, 67-74.
- García-Peña. (2008). Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *J Gen Intern Med*, 1973-1980.
- GE, H. (2012). Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. . *Rev Médica Clínica Las Condes*, 31-35.
- HJ., S. (2002). Nutrition education may reduce burden in Family Cargeivers of Older Adults. *J Nutr Educ Behav*, 53-58.

- JA, D. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN MED FAM*, 16-23.
- JR, E. (2002). Prevalence of visual impairment in people aged 75 years and older in Britain: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Br J Ophthalmol*, 795-800.
- k, L. (2014). Transitioning into the caregiver role following a diagnosis of Alzheimer's disease or related dementia. *The New England Journal Of Medicine*, 1128-1236.
- KB, C.-P. (2018). Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1-3.
- M, F.-V. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure Inv*, 1-16.
- M, S.-M. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN Medicina Familiar*, 354-360.
- MA., Z.-G. (2012). Revista Med Inst MEx Seguro Social. 1-6.
- Martin-Carrasco. (2013). Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Revista Española de Geriatria Gerontología*, 276-284.
- ME, T.-D. (2013). Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Revista de Neurología*, 95-102.
- N, G. A. (2017). Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Revista Clínica Española*, 289-295.
- Norma, L. F. (2018). Rev Cienc Médicas Pinar Río. *Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles*, 894-905.
- R, D.-P.-C. (2015). The Association of Satisfaction and Perceived Burden With Anxiety and Depression in Primary Caregivers of Dependent Elderly Relatives: BURDEN AND SATISFACTION IN CAREGIVING. *Revista Nurs Health*, 384-391.

- Rajasekaran, T. (2016). Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) based risk factors for increased caregiver burden among elderly Asian patients with cancer. *J Geriatr Oncol*, 211-218.
- Ramón-Arbués, E. (2016). Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género. *Elseiver*, 309-310.
- RD, A. (2014). Caregiver Burden: A Clinical Review. *JAMA*, 1052.
- S, M.-A. (2020). Health and social correlates of dementia in oldest-old Mexican-origin populations. *alzheimers Dement*, 121.
- T, J.-C. (2022). Prevalence of Dementia and Main Subtypes in Mexico: The Study on Aging and Dementia in Mexico (SADEM). *J Alzheimers Dis*, 931-941.
- WD., T. (2014). Depression in the Elderly. Salomn CG. *New England Journal of Medicine*, 354-360.

17. ANEXOS

Índice de Barthel

Actividades básicas de la vida diaria

COMER

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
 5 NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo.
 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona.

VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.
 5 NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
 0 DEPENDIENTE.

ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.
 0 INCONTINENTE.

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
 0 INCONTINENTE.

IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona.
 5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
 0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.

TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)

- 15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda.
 10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
 5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
 0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
 10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
 5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
 0 DEPENDIENTE.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
 5 NECESITA AYUDA.
 0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.

<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve

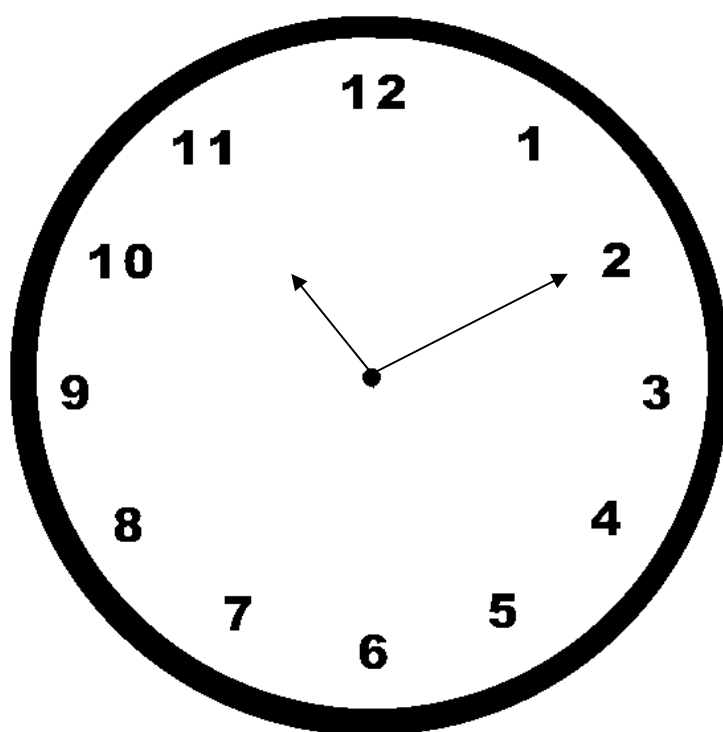
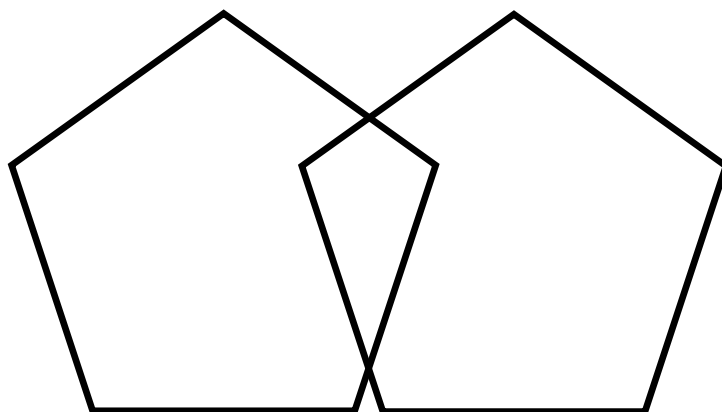
MÁXIMA PUNTUACIÓN: 100 PUNTOS (90 SI VA EN SILLA DE RUEDAS)	
RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderada
<60	leve
100	Independiente

MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

1. ¿Qué fecha es hoy? (día, mes, año, día de la semana, estación). _____/5
2. ¿En dónde estamos? (hospital, piso, delegación, ciudad, país). _____/5
3. Repita estos 3 objetos: **MESA, LLAVE, LIBRO** (Uno c/segundo). _____/3
4. Reste 7 a 100 y al resultado vuélvale a restar 7 (93, 86, 79, 72, 65).
Pare después de cinco respuestas.
Deletree la palabra **MUNDO** al revés (O D N U M).
Considere únicamente la mejor calificación de las 2 pruebas. _____/5
5. ¿Cuáles fueron los 3 objetos mencionados anteriormente? _____/3
6. Muestre una Pluma y un Reloj y pida que los identifique. _____/2
7. Repita la siguiente frase: "**NI SI ES, NI NO ES, NI PEROS**" _____/1
8. Cumpla la siguiente orden verbal (no se podrá repetir nuevamente):
"*Tome esta hoja con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso*" _____/3
9. Lea la siguiente frase y realice lo que en ella dice
"**CIERRE LOS OJOS**" _____/1
10. Escriba una Frase, Enunciado u Oración con cualquier cosa
que me quiera decir _____/1
11. Copie estos dibujos (Pentágonos cruzados) _____/1

TOTAL _____/30

FUENTE: Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. J Psych Res 1975; 12: 189-198



**CIERRE LOS
OJOS**

EDAD	ESCOLARIDAD			
	0-4 años	5-8 años	9-12 años	> 12 años
55-59	22	27	29	29
60-64	22	27	28	29
65-69	22	27	28	29
70-74	21	26	28	29
75-79	21	26	27	28
80-84	19	25	26	28
>85	20	24	26	28

Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

*"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su **estado de ánimo**, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la **última semana**, por favor responda con **Si o No**".*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si o No en negritas**)

Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Apellidos:						Nombre:					
Sexo:		Edad:		Peso, kg:		Talla, cm:		Fecha:			

Responda al cuestionario eligiendo la opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.

Cribaje

A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

0 = ha comido mucho menos

1 = ha comido menos

2 = ha comido igual

☐

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)

0 = pérdida de peso > 3 kg

1 = no lo sabe

2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg

3 = no ha habido pérdida de peso

☐

C Movilidad

0 = de la cama al sillón

1 = autonomía en el interior

2 = sale del domicilio

☐

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

0 = sí

2 = no

☐

E Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión grave

1 = demencia leve

2 = sin problemas psicológicos

☐

F1 Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²

0 = IMC <19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

☐
☐

SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2.
NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.

F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = CP <31

3 = CP ≥ 31

☐

Evaluación del cribaje

(max. 14 puntos)

☐
☐

12-14 puntos:

☐

estado nutricional normal

8-11 puntos:

☐

riesgo de malnutrición

0-7 puntos:

☐

malnutrición

Guardar

Imprimir

Reset

Tabla 9. Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

Por favor, conteste las siguientes preguntas, pensando cómo se ha encontrado en las 4 últimas semanas.

Fecha de hoy:

Usted es (señale cuál): Hombre Mujer

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?

(señale solo una respuesta)

Nunca

0

Una vez a la semana

1

2-3 veces a la semana

2

Una vez al día

33

Varias veces al día

4

Continuamente

5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta

No se me escapa nada

0

Muy poca cantidad

2

Una cantidad moderada

4

Mucha cantidad

6

3. ¿En qué medida estos escapes que tiene han afectado su vida diaria? Marque una cruz en la siguiente lista

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada

Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a usted

Nunca

Antes de llegar al servicio

Al toser o estornudar

Mientras duerme

Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio

Cuando termina de orinar y ya se ha vestido

Sin motivo evidente

De forma continua

Puntuación ICIQ-SF: sumar 1+2+3. Se considera diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a cero.

TABLA Nº 1

ETAPAS DE LA DISMOVILIDAD

		ETAPAS				
		1	2	3	4	5
ETAPAS		Permanece la mayor parte del día de pie, pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado.	Permanece la mayor parte del día sentado.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de movilizarse en la cama	Permanece la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en la cama.
SUBETAPAS	A	Camina sin ayuda	Se sienta y se incorpora solo	Puede salir de la cama solo o con ayuda	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda	Puede expresarse y darse a entender
	B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros). Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes	Deben incorporarlo y/o incorporarlo.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giros	No puede expresarse, no puede darse a entender

Dinamarca 2003

Tabla 1. Cuestionario FRAIL para detección de fragilidad en el adulto mayor

Respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil; 3 o más = frágil

¿Está usted cansado?

¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?

¿Es incapaz de caminar una manzana?

¿Tiene más de cinco enfermedades?

¿Ha perdido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses?

FRAIL: *Fatigue, Resistance, Aerobic, Illnesses, Loss of weight*

Adaptado de: Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR (ZARITT)

PUNTUACIÓN: 0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = A veces, 3 = Frecuentemente, 4 = Casi siempre.

- | | |
|--|---------------------|
| 1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para Usted? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 6. ¿Piensa que su paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 8. ¿Cree que su paciente depende de Usted? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 10. ¿Cree que la salud de Usted se ha visto afectada por cuidar de su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades por cuidar de su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 14. ¿Cree que su paciente espera que Usted sea la única persona que le cuide como si nadie más pudiera hacerlo? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y cuidado de su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |
| 22. En resumen ¿se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente? | [0] [1] [2] [3] [4] |

TOTAL

/88

FUENTE: Zarit Sh, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden Gerontologist. 1980; 20:649-654.

<47 Sin sobrecarga

47-55 Sobrecarga leve

> 55 Sobrecarga intensa

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1
DELEGACIÓN QUERÉTARO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN GERIATRÍA
Factores del paciente adulto mayor asociados a la sobrecarga en el cuidador primario
Folio: _____

Nombre: _____

NSS: _____

Cuidador principal: _____

Teléfono: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS PACIENTE

Edad: ____ años	Escolaridad: Ninguna Primaria ____ años Secundaria ____ años Licenciatura ____ años Posgrado ____ años	Ocupación previa
Sexo: _____		
Estado Civil: _____		

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CUIDADOR PRIMARIO


Edad: ____ años	Ocupación: _____	Sexo: a) Mujer b) Hombre	Comorbilidad: _____	Antecedente de enfermedad psiquiátrica: _____
Horas de cuidado: _____	Tiempo total de cuidado: _____			_____

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Funcionalidad ABVD	a) >60 pts Dependencia leve b) 40-55 pts Dependencia moderada c) 20-35 pts Dependencia grave d) <20 pts Dependencia total
Deterioro cognitivo (MMSE) ____ pts	a) 24-30 pts sin alt cognitiva b) 18-23 pts demencia leve c) 10-17 pts demencia moderada d) < 10 pts demencia severa
Depresión GDS Yesavage ____ pts	a) 0-4 pts normal b) 5-8 pts depresión leve c) 9-10 pts depresión moderada d) 12-15 pts depresión grave
Estado nutricional (MNA-SF) ____ pts	a) 12-14 pts normal b) 8-11 pts riesgo de malnutrición

	c) 0-7 pts malnutrición
Incontinencia Urinaria	a) SI b) NO
Incontinencia Fecal	a) SI b) NO
Fragilidad (FRAIL)	a) 1-2 pts Prefrágil b) 3 o más Frágil
Déficit Visual	a) SI b) NO
Déficit Auditivo	a) SI b) NO
Sobrecarga del cuidador primario Zaritt _____pts	a) <47 pts Sin sobrecarga b) 47-55 Sobrecarga moderada c) >55 Sobrecarga intensa
Dismovilidad	Etapas: 1 2 3 4 5 Subetapas: A B
Polifarmacia	Número de medicamentos: _____ Si / No

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p style="text-align: center;">UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</p> <p style="text-align: center;">Y POLITICAS DE SALUD</p> <p style="text-align: center;">COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p style="text-align: center;">Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>
Nombre del estudio:	Factores del paciente adulto mayor asociados a la sobrecarga en el cuidador primario
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Del 01 octubre del 2020 al 31 diciembre de 2020
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>En México, así como en Querétaro cada vez hay mas personas adultas mayores que requieren el apoyo de sus familiares para hacer las actividades básicas de todo ser humano como como comer, ir al baño, bañarse, pararse de la cama, trasladarse de su cama al baño a la cocina; incluso hay personas que ya no pueden salir de su cama y todas estas actividades en la cama del paciente.</p> <p>Esta es una situación muy desgastante, ya que las personas que cuidan a los adultos mayores se cansan físicamente y pueden sentirse estresadas y sentirse muy agobiadas, esto es algo natural y le sucede a la mayor parte de las personas que cuidan a adultos mayores.</p> <p>Esté estudio lo queremos hacer porque necesitamos saber qué aspectos del estado de salud de los adultos mayores hace que los cuidadores se agotan más rápido por el cuidado de sus familiares. Esto es muy importante, ya nos permitirán tomar mejores decisiones en el tratamiento de los adultos mayores.</p>
Procedimientos:	Se la hará la valoración completa de su estado de salud, esta incluye una prueba de memoria que se llama minimental test, también le aplicaremos un cuestionario para identificar si usted tiene depresión o ansiedad, otro cuestionario para ver qué cosas puede hacer Usted sola (o) o que requiere de ayuda, además de hacerle algunas preguntas para ver si se le escapa la porina o la popo, si tiene problemas para ver u oír y cuantos medicamentos toma. Por último, le aplicaremos un cuestionario a su familiar que se llama escala de Zarit para identificar si se siente cansado o agobiado por su cuidado.
Posibles riesgos y molestias:	Puede sentirse incomodo durante la entrevista en la realización de las evaluaciones.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Reforzar las medidas generales de cuidados en el adulto mayor y disminuir sobrecarga del cuidador, para una mejor calidad de vida y atención en el anciano.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si el paciente presenta algún síndrome geriátrico que esté condicionando sobrecarga del cuidador, se corregirá las causas, e implementar medidas no farmacológicas y en caso de requerirlo el uso de medicamentos para su control, en caso de no presentar sobrecarga del cuidador, se orientara sobre las medidas y cuidados generales en el anciano.
Participación o retiro:	En caso de no querer participar en este estudio o una vez que acepte participar desee retirarse estará en libertad de hacerlo en cualquier momento, sin que esto signifique perder sus derechos a recibir las prestaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social como son los servicios médicos, recibir su pensión o los servicios de prestaciones sociales.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos serán manejados con estricta confidencialidad. El Dr. José Juan García González será el responsable de resguardar su información. Los datos se proporcionan más adelante.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio acepto participar en el mismo	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	José Juan García González. Matricula. 11494646. Medico Internista y Geriatra. Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud, Querétaro. Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas, Querétaro. Correo electrónico. jose.garciago@imaa.gob.mx Teléfono. 442 216 2836 Ext 51110
Colaboradores:	Guillermo Antonio Lazcano Botello Matricula. 5054. Medico Internista y geriatra. Profesor adjunto en curso de especialización en Geriatria. Profesor titular curso pregrado de la materia de Geriatria 10 º semestre.. Facultad de medicina UAQ. Correo electrónico. glazcanobolletto@yahoo.com.mx Teléfono. 4422127692 Nombre. Leslie Sarahi Arias Covarrubias. Matricula. 99237580 Cargo. Médico residente del 4to año de Geriatria. Adscripción. Hospital General Regional No. 1, Querétaro. Correo electrónico. leslie_ac20@hotmail.com Teléfono. 3339561583
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
Nombre y firma del paciente	Nombre y firma del cuidador

Nombre y firma de quien toma el consentimiento informado	
<p>Testigo 1</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>