

11274



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

RESULTADOS DEL TIPO DE CUIDADOR DE LA UNIDAD DE ATENCION DIURNA DEL SERVICIO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O. D. DEL 1 DE ENERO DE 1998 AL 1 DE AGOSTO DEL 2004.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEANZA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
SUBESPECIALIDAD EN: GERIATRIA

P R E S E N T A :
DR. CIRO DOMINGO HERNANDEZ GONZALEZ

ASESOR DE TESIS: DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO. O. D.

MEXICO, D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE FIRMAS



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. CIRO DOMINGO HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

**DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO Y ASESOR DE TESIS**

DEDICATORIA

A Su Porque a pesar de todo continua conmigo.

*A mis padres, por enseñarme que el trabajo
Es la mejor forma de vida.*

*A Pili... quien su presencia continua
todos los días.*

*A mis hermanos por su incansable e
Incondicional apoyo.*

*A los Doctores Pichardo y Pedrero,
por haberme inducido a entender al viejo*

*A los doctores: Lucina Blanco, Lorenzo Garcia,
Laura Gutiérrez, Evilda León
por su entendimiento en el servicio*

*A Psicología, Gericultura y Enfermería, ya que
siempre encontré su apoyo.*

*Y sobre todo a los pacientes del Hospital General de México, ya que sin ellos no estaría
en este lugar....*

INDICE

| | |
|------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 5 |
| OBJETIVOS..... | 6 |
| MATERIAL Y MÉTODO..... | 8 |
| RESULTADOS..... | 10 |
| DISCUSIÓN..... | 19 |
| CONCLUSIONES..... | 21 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 22 |

INTRODUCCIÓN

El termino cuidador se designa en geriatría a toda persona que cuida a un paciente viejo, cualquiera que sea su estatus profesional o social y se usa en forma indistinta a femenino o masculino.¹

Por definición el cuidador es la persona que va a dar asistencia y soporte al miembro de una familia, con aspectos siempre humanos, por tal motivo el cuidador puede ser cualquier miembro de la propia familia o alguna persona ajena a ésta. Casi siempre el enfermo es una persona que tiene perdidas las funciones de la vida diaria e instrumentadas, y por lo menos un diagnóstico Geronto-Geriátrico, por otro lado podemos tener cuidadores indirectos propiamente dichos, donde los pacientes a pesar de su edad son funcionales al 100% y aun cuando no son tema de estudio podemos encontrar cuidadores en jóvenes que por su enfermedad (cáncer) presentan limitaciones funcionales que afectan las actividades de la vida diaria e instrumentadas.^{1,2,3.}

Se estima que el 4% de los pacientes no institucionalizados en mayores de 55 años necesitan un cuidador, pero con el paso de los años la movilidad y otras limitaciones requieren la presencia del cuidador, al llegar a los 85 años casi todas las personas tienen un cuidador en los EE.UU. Esto significa que se requirieron 15 millones de cuidadores en EE.UU. en 1997.⁴

La historia de cada cuidador se inicia con las experiencias vividas durante la niñez o juventud y posiblemente con el enfrentamiento del dolor o la enfermedad. Desde los precursores hasta la consolidación de la Gerontología y Geriatria se tiene un enfoque filosófico-humanista para promover un estado de salud y bienestar máximo a los viejos, con este enfoque se fundamenta a la persona que va ha estar al tanto del viejo. Una vez enrolado, el cuidador se desenvuelve bajo normas que le dictan la familia, el enfermo y el médico, al paso del tiempo va perdiendo su tiempo, energía,

autoestima, etc. que transforman sus tareas personales, actividades físicas e intelectuales y de recreo o placenteras, cuando la afección somato-psíquica es mayor y el miembro de la familia que funciona como cuidador es importante para el estado emocional o económico, entonces se destruyen los roles de cada miembro y termina destruyéndose la familia. Por esta razón el estado físico y psicológico del cuidador requiere el ajuste de su papel familiar y de cuidador.^{5,6}

Actualmente numerosas familias que tienen miembros viejos, enfrentan el problema de las estancias como casas hogar, sin poder pagar un lugar en las instituciones, esto ha propiciado que la familia recurra a los cuidadores remunerados. Difícilmente al contratar algún servicio de cuidador se sabe que tipo de conocimientos mínimos se deben tener y fácilmente se confunden con las actividades de enfermería, con el paso del tiempo se termina con un miembro de la familia como cuidador. La mayoría de las veces no se lleva un buen monitoreo del enfermo y se tiene mala interpretación de la evolución del paciente. Hay evidencia clínica donde el apego del cuidador esta en relación directa a la calidad de vida del paciente, así cuando el cuidador no es remunerado, el paciente presenta síntomas de mayor malestar y mucho más limitaciones, a su vez el cuidador experimenta mayor deterioro del estado de salud.^{7, 8, 9.}

Con el aumento de la población mayor de 70 años el número de enfermeras y otros asistentes de salud directamente comprometidos al cuidado del viejo disminuyen, es donde interviene la familia en el cuidado. La evolución de la familia es un fenómeno que afecta la presencia de los cuidadores. Hace un siglo era probable encontrar una familia con tres o más generaciones conviviendo en un mismo hogar, en la actualidad se pueden encontrar más generaciones, pero donde las personas viejas viven solas sin perder la identidad de la familia.^{9, 10, 11.}

El sistema de cuidado familiar se constituye principalmente alrededor de la mujer: la madre, la hija, la nieta, etc. pero esto sigue cambiando.¹² La asignación del papel de cuidador casi siempre la tiene una persona joven pero varía según el estado del paciente y el tipo de enfermedad. Las actividades directas de un cuidador son dirigidas a la atención como llevar a defecar al enfermo, baño diario, cuidados de catéteres, administración de medicamentos (por cualquier vía), monitoreo de los signos vitales, traslados a consultorios, centros hospitalarios, información certera al personal médico, decisiones éticas cruciales, etc. Las actividades indirectas se refieren al manejo del área de servicio como: cocinar, limpiar, compra de productos, manutención monetaria, etc. De acuerdo a esto, aun cuando el papel inicial del cuidador es el de un adulto joven, al presentar tal carga de trabajo, siempre termina una persona mayor como cuidador y entre estos se tienen a la esposa, hermanas, hija mayor etc.^{13, 14, 15}

La esposa cuidadora ve con tristeza la disfunción familiar en la que se somete poco a poco y tiene como consecuencia el estrés psicológico, morbilidad física y psicológica en la que incluye quiebra financiera, otros problemas asociados y la mortalidad.¹⁶

El estrés es uno de los padecimientos con mayor demanda por los cuidadores.¹⁷
¹⁸ En la literatura mundial actual los padecimientos de cuidadores, están en relación con el estrés, como desencadenante de los males, aumentando la frecuencia, duración e intensidad.^{18, 19} Numerosos estudios han demostrado que las personas sanas tienen algún síntoma aislado, no requieren un tratamiento por ser desapercibido, en el momento de convertirse en cuidador y que aumenta el estrés, exagera el síntoma o signo, haciéndose una enfermedad somática y psiquiátrica. Se debe considerar que en muchas ocasiones el cuidador es la propia pareja del paciente o el familiar que carga con otras enfermedades crónicas degenerativas y este papel de comprometedor es el

gatillo para que caiga en un estado clínico en el que el cuidador se convierta en paciente.^{19, 20, 21.}

Otras enfermedades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad también son comunes. La depresión puede actuar como mediador entre las enfermedades psiquiátricas y las somáticas que pueden llevar a una enfermedad mayor o a la fragilidad en el caso de ser un cuidador viejo.^{22, 23, 24.}

Algunas formas para disminuir el estrés del cuidador es dar información a cerca de la situación del paciente, su enfermedad, como superar situaciones y como manejar las propias respuestas emocionales, es valido la entrevista con otros cuidadores para el intercambio de experiencias, dar cursos exclusivos para cuidadores y no confundir con cursos para enfermería o médicos.^{25, 26.} Con la tecnología, actual el cuidador tiene una mayor opción para obtener información a través del Internet la información es reciente, así como en los sitios que para cuidadores existen.^{28, 29.}

Cuando el cuidador decide acudir al medico, el de primer contacto es el médico general que por lo regular escapan los diagnósticos psicológicos y se enmascaran con los somáticos, pero en este primer contacto se tienen varias evaluaciones actualmente validadas para identificar al cuidador con alto riesgo de morbilidad.^{30.}

JUSTIFICACIÓN:

Dada la magnitud y trascendencia de los gastos que ocasiona un paciente geriátrico secundario a sus múltiples patologías, que en muchas ocasiones son padeceres que no ameritan el internamiento y que pueden ser prevenibles si se contara con un cuidador sano, por tal motivo, es necesario conocer las enfermedades más comunes, tanto físicas como psicológicas del cuidador para determinar el pronóstico de la calidad de vida del paciente, por ello es necesario realizar un estudio retrospectivo observacional que indique la relación del binomio, con respecto al estado clínico y mental de los pacientes que acuden a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O.D.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Conocer las enfermedades más frecuentes de los pacientes así como las enfermedades que presentan sus cuidadores que acuden a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O.D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

a) Determinar la edad y estado civil de los cuidadores que acuden a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O.D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004.

b) Determinar el sexo de los cuidadores que acuden a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O.D. del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004.

c) Determinar la ocupación y tiempo ocupacional de los cuidadores que acuden a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O.D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004.

d) Determinar el nivel de educación del cuidador que acuden a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O.D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004.

e) Determinar el parentesco paciente-cuidador que acuden a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O.D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004.

f) Determinar la morbilidad más frecuente de los pacientes y cuidadores que acuden a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatria del Hospital General de México O.D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004.

MATERIAL Y MÉTODO.

Se toman para este estudio a todos los que pacientes que acudieron a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. Del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004. Obteniendo información de los expedientes clínicos existentes y completos. Se analizan los siguientes datos: edad, sexo y morbilidad de los pacientes y cuidadores, tipo y tiempo ocupacional, nivel de educación y parentesco del cuidador.

Posteriormente se realizará un análisis matemático para obtener la morbilidad paciente-cuidador. Para dicho estudio se utilizaran los siguientes tipos de investigación: observacional, descriptivo y retrospectivo.

El método estadístico debe ser descriptivo, tal como la frecuencia, distribución la media y el porcentaje que es usado para dar las características demográficas de las enfermedades relacionadas en ambos grupos (pacientes y cuidadores). La técnica estadística usada en la evaluación de ambos modelos debe responder a la compatibilidad y a la individualidad de los grupos. Para determinar las diferencias entre las categorías se debe comparar con test $[\text{chi}]^2$ o test de McNemar. La media direccional de la puntuación diferencial (clasificación mínima de los cuidadores) es determinada por la prueba Student's t , que es estandarizada para relacionar la puntuación de los cuidadores de acuerdo al tamaño de diferencias. Para la eficacia del tamaño (d) el calculo de observación sobre la igualdad (aparejamiento), las guías de seguimiento usan cantidades pequeñas de 0.2 de inclinación en lo sobreestimado, de 0.5 en lo moderadamente estimado y 0.8 para la mayor estimación. Esta discrepancia en las variables debe ser creada para calcular las diferencias absolutas entre ambos grupos, con una diferencia estadística significativa que es vista con $P \leq 0.05$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Adultos mayores de 70 años
- 2.- Sujetos que requieren recuperación física, mantenimiento de la función, recuperación de actividades de la vida diaria pérdidas y actividades especializadas.
- 5.- Viejos que necesiten cuidados especiales que no puedan ser llevados en su domicilio y que no amerite el internamiento hospitalario.
- 6.- Viejos que precisen recuperación psíquica, siempre y cuando no sea una enfermedad psiquiátrica mayor.
- 7.- Sujetos que acuden con un familiar o cuidador.
- 8.- Que los expedientes de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatria del Hospital General de México O.D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004 que cuenten con notas de psicología y médicas completas.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes con expedientes de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatria del Hospital General de México O.D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004 que se encontraran incompletos.

RESULTADOS:

Se revisaron 164 expedientes de pacientes que asistieron a la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D del 1 de enero de 1998 al 1 de agosto del 2004. De los cuales 50 (30.48%) reunían los criterios de inclusión.

La edad en este estudio se observó que para la de edad de 70-75 se presentó un total de 22 pacientes con un equivalente al 44%, para la edad 76-85 años se contó con un total de 28 pacientes correspondiente al 56%. En relación a la edad observada en los cuidadores se encontró que para la edad de 20 a 30 años fueron 4 cuidadores con un equivalente al 8%; de 31 a 40 años 10 con un 20%; de 41 a 50 años 8 con un 16%; de 51 a 60 años 21 con 42%; de 61 a 70 años 3 con un 6%; de 71 a 80 años 2 con un 4% y para mayores de 80 años 2 con un 4%. (tabla 1).

La moda y la mediana de la edad de los cuidadores correspondió de 51-60 años, con una desviación estándar de 1.42 y una $P < 0.001$.

Tabla 1. Edad de los cuidadores

| EDAD | NUMERO DE PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------------|---------------------|------------|
| 20 – 30 AÑOS | 4 | 8 % |
| 31 – 40 AÑOS | 10 | 20 % |
| 41 – 50 AÑOS | 8 | 16 % |
| 51 – 60 AÑOS | 21 | 42 % |
| 61 – 70 AÑOS | 3 | 6 % |
| 71 –80 AÑOS | 2 | 4% |
| MAYORES DE 80 AÑOS | 2 | 4 % |
| TOTAL | 50 | 100% |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

De acuerdo a la distribución por el estado civil de los pacientes y cuidadores se obtuvieron los siguientes resultados: Para los pacientes; el 14% son solteros, casados el 24%, divorciado el 6% y viudos el 28%. Para los cuidadores el 30% son solteros, el 40% casados, 10% divorciados y el 20% viudos (cuadro 2).

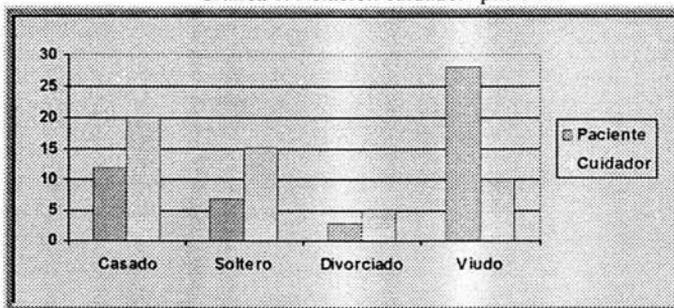
La moda y mediana correspondieron al rubro de estado civil casada, como una desviación estándar de 0.50 y una $P < 0.019$.

Cuadro 2. Estado civil.

| ESTADO CIVIL | PACIENTES | | CUIDADORES | |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|
| | NUMERO | PORCENTAJE | NUMERO | PORCENTAJE |
| Soltero | 7 | 14 | 15 | 30 |
| Casado | 12 | 24 | 20 | 40 |
| Divorciado | 3 | 6 | 5 | 10 |
| Viudo | 28 | 48 | 10 | 20 |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Gráfica 1. Relación cuidador- paciente.



Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Con respecto al sexo de los cuidadores se observó que en un 86% son mujeres y sólo el 14% son hombres, en el caso de los pacientes el 90% corresponden a mujeres y el 10% a hombres (cuadro 3).

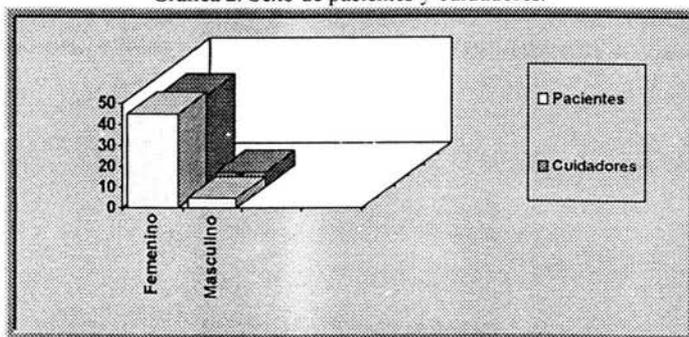
Con una moda y mediana para el rubro femenino en ambos grupos, de una desviación estándar de 0.35 y una $P < 0.001$.

Cuadro 3. Distribución de enfermos y cuidadores según el sexo.

| Sexo | Pacientes | | Cuidadores | |
|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje |
| Femenino | 45 | 90 | 43 | 86 |
| Masculino | 5 | 10 | 7 | 14 |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Gráfica 2. Sexo de pacientes y cuidadores.



Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

En los resultados obtenidos para tipo ocupacional de los cuidadores se encontró que el 20% tienen empleo de tiempo completo, el 24 % tiene empleo de medio tiempo, el 20% se encuentra retirado, así como el 36% encuentra desempleado (cuadro 4).

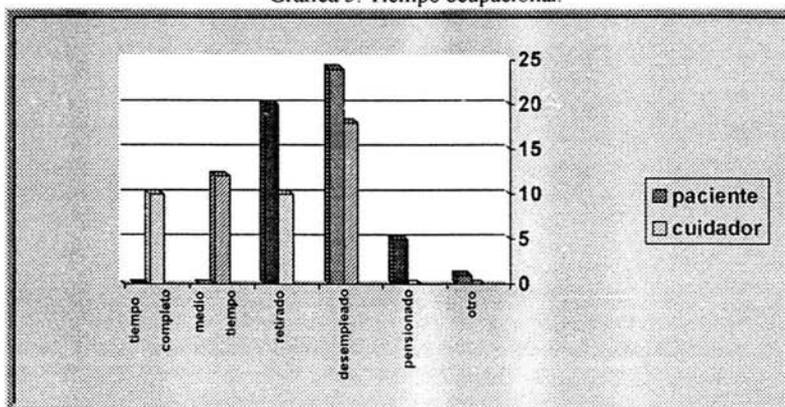
Se observó que la moda, media y mediana correspondió al rubro desempleo, con una desviación estándar de 1.23 y una $P < 0.004$.

Cuadro 4. Tiempo ocupacional de pacientes y cuidadores.

| | Pacientes | | Cuidadores | |
|-----------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje |
| Tiempo completo | 0 | 0 | 10 | 20 |
| Medio tiempo | 0 | 0 | 12 | 24 |
| Retirado | 20 | 40 | 10 | 20 |
| Desempleado | 24 | 48 | 18 | 36 |
| Pensionado | 5 | 10 | 0 | 0 |
| Otro | 1 | 10 | 0 | 0 |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatria del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Gráfica 3. Tiempo ocupacional.



Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatria del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

De acuerdo a la ocupación del cuidador se tiene que el 10% son profesionales, el 4% obreros calificados, 16% obreros, 14% con un contrato eventual, 4% campesinos, un 48% amas de casa y 4 % que incluye a comerciantes, chóferes y albañiles (cuadro 5).

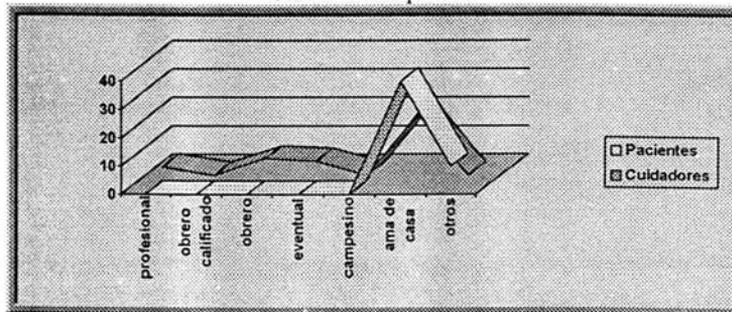
Con lo referente a la moda y media esta se presento para el rubro ama de casa, con una desviación estándar de 1.81 y una $P < 0.001$.

Cuadro 5. Ocupación del paciente y cuidador.

| | Paciente | | Cuidador | |
|---------------|----------|------------|----------|------------|
| | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje |
| Profesional | 0 | 0 | 5 | 10 |
| O. Calificado | 0 | 0 | 2 | 4 |
| Obrero | 0 | 0 | 8 | 16 |
| Eventual | 0 | 0 | 7 | 14 |
| Campesino | 0 | 0 | 2 | 4 |
| Ama de casa | 40 | 80 | 24 | 48 |
| Otros | 10 | 20 | 2 | 4 |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Gráfica 4. Ocupación.



Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Con lo referente al grado de educación se encontró que no se cuenta con cuidadores analfabetas, el 26% curso hasta el tercer año de educación básica, el 40% con educación básica completa, el 12% termino la secundaria, el 14% presentó bachillerato o carrera técnica y sólo el 8% tiene una educación superior (cuadro 6).

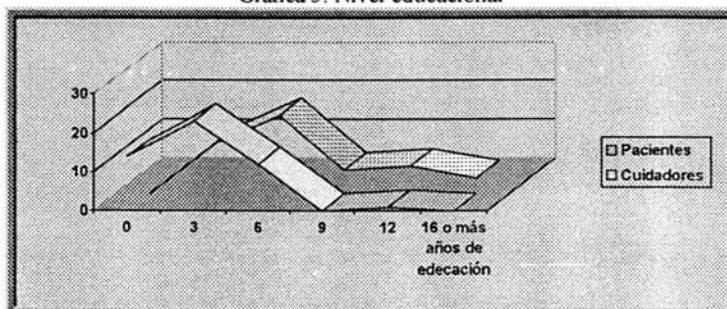
Con una moda y media para el rubro de 6 años estudiados, desviación estándar de 1.29 y una $P < 0.001$.

Cuadro 6. Nivel de educación de los pacientes y cuidadores.

| Años de educación | Pacientes | | Cuidadores | |
|-------------------|-----------|------------|------------|------------|
| | Número | Porcentaje | Número | Porcentaje |
| 0 | 14 | 28 | 0 | 0 |
| 3 | 23 | 46 | 13 | 26 |
| 6 | 12 | 24 | 20 | 40 |
| 9 | 0 | 0 | 6 | 12 |
| 12 | 1 | 2 | 7 | 14 |
| 16 a más | 0 | 0 | 4 | 8 |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Gráfica 5. Nivel educacional



Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

De acuerdo al parentesco el 6% son esposas, no se encontró cuidadores esposos, el 72% corresponde a las hijas, un 10 % a los hijos, un 4% son sobrinos, en porcentaje igual a los hermanos, no existen amigos cuidadores y el 4% corresponde al cuidador remunerado (cuadro 7).

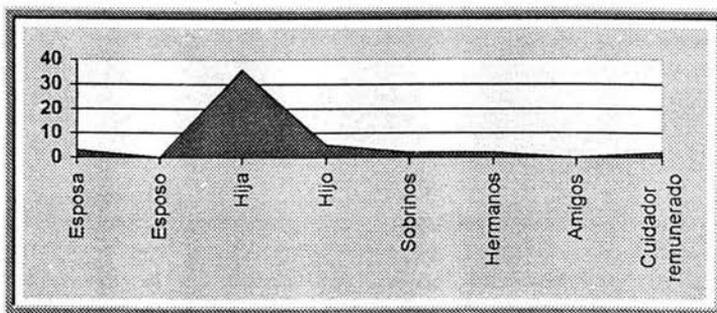
Con lo referente a la moda, mediana y media este correspondió al rubro de hija, con una desviación estándar se 1.18 y una $P < 0.001$.

Cuadro 7. Parentesco paciente - cuidador.

| | Cuidador | |
|----------------------|----------|------------|
| | Número | Porcentaje |
| Esposa | 3 | 6 |
| Esposo | 0 | 0 |
| Hija | 36 | 72 |
| Hijo | 5 | 10 |
| Sobrina | 2 | 4 |
| Hermanos | 2 | 4 |
| Amigos | 0 | 0 |
| Cuidadora remunerada | 2 | 4 |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Gráfica 6. Parentesco paciente - cuidador



Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Con respecto a las enfermedades más comunes de los pacientes se tiene que el 84% llegó por depresión, el 68% con osteoartritis, el 58% con hipertensión, el 52% con diabetes mellitus 2, el 24% con enfermedad vascular cerebral, el 16% con EPOC, el 4% con enfermedad de Parkinson, el 16% algún tipo de demencia, y el 10% otras enfermedades como anemias, fragilidad, caídas de la más frecuentes (cuadro 8).

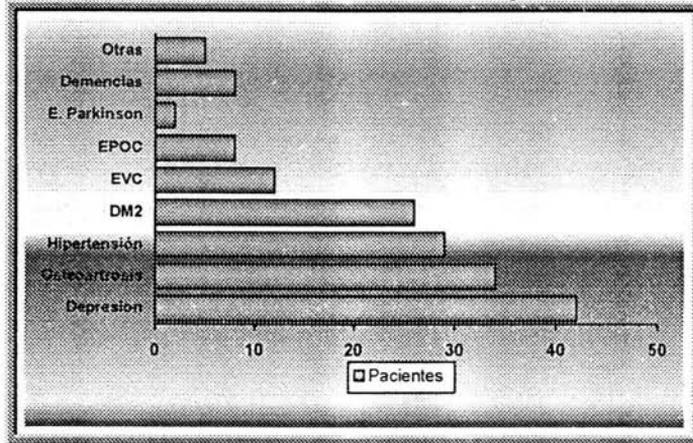
Con una moda y mediana correspondiente al rubro depresión, osteoartritis e hipertensión arterial sistémica, con una desviación estándar de 2.05 y una $P < 0.039$ (ns)

Cuadro 8. Enfermedades más comunes en los pacientes

| Enfermedad | Nº | % |
|---------------|----|----|
| Depresión | 42 | 84 |
| Osteoartrosis | 34 | 68 |
| Hipertensión | 29 | 58 |
| DM2 | 26 | 52 |
| E. V. C. | 12 | 24 |
| EPOC | 8 | 16 |
| Parkinson | 2 | 4 |
| Demencias | 8 | 16 |
| Otras | 5 | 10 |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatria del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Gráfica 6. Enfermedades más frecuentes en pacientes.



Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatria del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Con respecto a las enfermedades más comunes de los cuidadores se observó que el 96% presentan depresión, 76% ansiedad, 54% dolor crónico, 24% colapso del cuidador, 20% maltrato al cuidador, 8% estrés, y un 6% padece de algún tipo de adicción de las más frecuentes que se encontró fueron el alcoholismo y consumo de marihuana (cuadro 9).

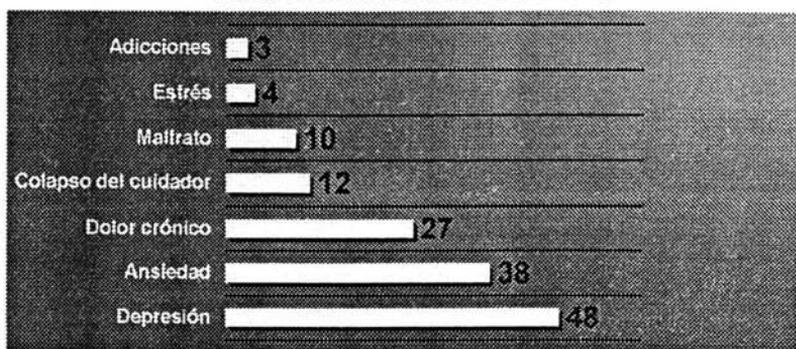
Con respecto a la moda, y mediana esta se presento para el rubro depresión, ansiedad y dolor crónico, con desviación estándar de 1.26 y una $P < 0.001$.

Cuadro. 9 Enfermedades más comunes de los cuidadores.

| Enfermedad | Nº | % |
|----------------------|----|----|
| Depresión | 48 | 96 |
| Ansiedad | 38 | 76 |
| Dolor crónico | 27 | 54 |
| Colapso del cuidador | 12 | 24 |
| Maltrato | 10 | 20 |
| Estrés | 4 | 8 |
| Adicciones | 3 | 6 |

Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

Gráfica 7. Enfermedades de los cuidadores.



Fuente: Datos obtenidos de los expedientes clínicos de la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriátria del Hospital General de México O. D. De enero de 1998 a agosto del 2004.

DISCUSIÓN.

Se observó que la edad del cuidador se encontró en la mayoría de los casos en la sexta década de la vida, siendo una población muy vieja, lo cual se ve reflejado en una mala calidad de vida para el paciente y una alta frecuencia de enfermedades frecuentes entre los viejos en los propios cuidadores.

La mayoría de los cuidadores eran casados, pero sí se suman los solteros, divorciados y viudos, el porcentaje de personas sin pareja es mayor, por tal motivo existe una mayor inestabilidad emocional que los lleva fácilmente a presentar enfermedades psiquiátricas y un deterioro funcional mayor.

En relación al sexo de los cuidadores, se observó a las mujeres como las principales cuidadoras de los viejos. Podemos considerar en primer lugar la cultura tradicional en la que nos encontramos, que aún cuando es cambiante, encontramos la presencia de hombres como cuidadores. La presencia de la mujer cuidadora tiene muchos beneficios, la literatura mundial reporta mejores cuidados y mejor calidad de vida que en cuidadores masculinos.

Con lo referente al tiempo que dedica el cuidador a sus actividades ocupacionales se observó que los cuidadores son en su mayoría desempleados, seguidos por una ocupación de medio tiempo y en bajo porcentaje los que trabajan de tiempo completo, este fenómeno es importante ya que se refleja en el salario que perciben y se traduce en los serios problemas económicos que influyen directamente en la patología psiquiátrica observada.

Debido a que la mayoría de las cuidadoras son amas de casa que no perciben un salario, se encontró una mayor incidencia de patología psiquiátrica y solamente un mínimo porcentaje tenía empleo remunerado.

Se observó que a mayor educación del cuidador le permitió enfrentar mejor las enfermedades del paciente y por lo tanto, al tener más oportunidad de obtener información, hizo que se redujera la angustia al momento de resolver algún problema, en tanto, que al tener un pobre nivel educacional, ocasionó mayores riesgos de errores y de estrés en los cuidadores.

En el parentesco se observó a las hijas por encima de todos los demás familiares, en primer lugar por los rasgos culturales ya comentados. No puede ser la esposa ya que en términos generales, padece en gran parte de las mismas enfermedades que el esposo enfermo. En el caso de la cuidadora esposa, tiene que iniciarse como cuidadora, pero en un tiempo muy corto claudica por las complicaciones del paciente y de ella misma. Esporádicamente se observan sobrinos o hermanos sólo cuando el paciente es soltero o no tiene hijos.

Las posibilidades de tener un cuidador remunerado son muy escasas.

Se observó que las enfermedades del paciente se encontró en alto porcentaje a la depresión, pero no se debe olvidar que es la principal causa de envío de la Consulta Externa a esta Unidad Diurna, en segundo lugar tenemos a las enfermedades crónico degenerativas, con porcentajes muy parecidos a las estadísticas nacionales en pacientes viejos.

Finalmente de las enfermedades que presentan los cuidadores se tienen las de tipo psicológico, encabezadas por la depresión y seguidas por la ansiedad y el dolor crónico. Pero se deben considerar a estas tres enfermedades como parte del colapso al cuidador, entidad subdiagnosticada en la actualidad; aumenta por la presencia del estrés, por tal motivo los cuidadores siempre tendrán como mínimo la presencia de algunas enfermedades de este tipo y es terreno fértil para la presencia de adicciones como se observó en este estudio.

CONCLUSIONES.

La Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O. D. debe conocer mejor a la población de cuidadores para poder ayudar a las familias a elegir el cuidador idóneo.

Evitar cuidadores viejos, con una estabilidad emocional de pareja.

Que el ser mujer no sea un criterio para ser cuidador.

Dar oportunidad a la familia de reconocer el trabajo del cuidador y de ser posible recompensarlo económicamente.

Con un mayor nivel de educación posible.

Dar mejor atención médica a los pacientes para reducir las enfermedades psiquiátricas de los cuidadores.

Y crear espacios no solo para los viejos sino para los cuidadores, donde se proporcione una mayor información.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Pasacreta JV, Barg F, Nuamah I, et al: Participant characteristics before and four months after attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nurs* 23: 295-303, 2000
2. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, et al: Family caregiving skill: Development of the concept. *Res Nurs Health* 23: 191-203, 2000.
3. Clipp EC, George LK: Patients with cancer and their spouse caregivers. *Cancer* 69: 1074-1079, 2000
4. Ey S, Compas BE, Epping-Jordan JE, et al: Stress responses and psychological adjustment in patients with cancer and their spouses. *Psychooncology* 16: 59-77, 1998
5. Hinton J: How reliable are relatives' retrospective reports of terminal illness? Patients' and relatives' accounts compared. *Soc Sci Med* 43: 1229-1236, 1996
6. Kristjanson L, Nikolett S, Porock D, et al: Congruence between patients' and family caregivers' perceptions of symptom distress in patients with terminal cancer. *J Palliat Care* 14: 24-32, 1998
7. Kurtz ME, Kurtz JC, Given CC, et al: Concordance of cancer patient and caregiver symptom reports. *Cancer Pract* 4: 185-190, 1996
8. Lobchuk M, Kristjanson L, Degner L, et al: Perceptions of symptom distress: I. Congruence between patients and family caregivers. *J Pain Symptom Manage* 14: 136-146, 1997
9. McCorkle R, Young K: Development of a symptom distress scale. *Cancer Nurs* 1: 373-378, 1978.
10. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al: The Memorial Symptom Assessment Scale: An instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 30A: 1326-1336, 1994
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189-198, 1975
13. Bruera E, Fainsinger RL, Miller MJ, et al: The assessment of pain intensity in patients with cognitive failure: A preliminary report. *J Pain Symptom Manage* 7: 267-270, 1992
14. Grossman SA, Sheidler VR, Swedeen K, et al: Correlation of patient and caregiving ratings of cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 6: 53-57, 1991
15. Bland JM, Altman DG: Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1: 307-310, 1986

16. Chambers CT, Reid GJ, Craig KD, et al: Agreement between child and parent reports of pain. *Clin J Pain* 14: 336-342, 1998
17. Lee J, Koh D, Ong CN: Statistical evaluation of agreement between two methods for measurement a quantitative variable. *Comput Biol Med* 19: 61-70, 1989
18. Nelson LM, Lonstreth WT, Koepsell TD, et al: Proxy respondents in epidemiologic research. *Epidemiol Rev* 12: 71-86, 1990
19. Sneeuw KC, Aaronson NK, Sprangers MA, et al: Comparison of patient and proxy EORTC QLQ-C30 ratings in assessing the quality of life of cancer patients. *J Clin Epidemiol* 51: 617-631, 1998
20. Magaziner J, Bassett SS, Hebel JR, et al: Use of proxies to measure health and functional status in epidemiologic studies of community-dwelling women aged 65 years and older. *Am J Epidemiol* 143: 283-292, 1996
21. Wyller TB, Sveen U, Bautz-Holder E: The Frenchay Activities Index in stroke patients: Agreement between scores by patients and by relatives. *Disabil Rehabil* 18: 454-459, 1996 []
22. Landis JR, Koch GG: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-174, 1977
23. Cohen J: *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*, ed 2. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1988
24. Norusis JJ: *SPSS for Windows Base System User's Guide: Release 6.0*. Chicago, IL, SPSS, 1994
25. National Cancer Institute of Canada: *Canadian Cancer Statistics 2000*. Toronto, Canada, National Cancer Institute of Canada, 2000
26. Nekolaichuk CL, Maguire TO, Suarez-Almazor M, et al: Assessing the reliability of patient, nurse, and family caregiver symptom ratings in hospitalized advanced cancer patients. *J Clin Oncol* 17: 1137-1143, 1997
27. McClement S, Woodgate RL, Degner L: Symptom distress in adult patients with cancer. *Cancer Nurs* 20: 236-243, 1997
28. Spiller JA, Alexander DA: Domiciliary care: A comparison of the views of the terminally ill patients and their family caregivers. *Palliat Med* 7: 109-115, 1993
29. Grassi L, Indelli M, Maltoni M, et al: Quality of life of homebound patients with advanced cancer: Assessments by patients, family members, and oncologists. *Psychooncology* 14: 31-45, 1996
30. Rogers J, Ridley S, Chrispin P, et al: Reliability of the next of kins' estimates of critically ill patients' quality of life. *Anaesthesia* 52: 1137-1143, 1997