



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45, SAN LUÍS POTOSÍ, S.L.P.



*“SITUACIONES ESTRESANTES EN CUIDADORES CON ENFERMOS DE ALZHEIMER
EN UNA INSTITUCION PRIVADA EN LA CIUDAD DE SAN LUÍS POTOSÍ, DE
AGOSTO 2009 A JULIO 2010”*

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

JOSÉ ANTONIO VELÁZQUEZ TÉLLEZ

SAN LUÍS POTOSÍ, S.L.P.

2011



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.

*“SITUACIONES ESTRESANTES EN CUIDADORES DE ENFERMOS CON ALZHEIMER
EN UNA INSTITUCION PRIVADA EN LA CIUDAD DE SAN LUÍS POTOSÍ, DE
AGOSTO 2009 A JULIO 2010”*

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JOSÉ ANTONIO VELÁZQUEZ TÉLLEZ

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF45

DR. MIGUEL ÁNGEL MENDOZA ROMO
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION

DR. CARLOS V. RODRÍGUEZ PÉREZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
DIPLOMADO METODOLOGICO EN DOCENCIA
MEDICO FAMILIAR

DR. JOSÉ FERNANDO VELASCO CHÁVEZ
ASESOR ESTADÍSTICO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA
MEDICO FAMILIAR

DR. JOSÉ FERNANDO VELASCO CHÁVEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

*SITUACIONES ESTRESANTES EN CUIDADORES DE ENFERMOS CON ALZHEIMER
EN UNA INSTITUCION PRIVADA EN LA CIUDAD DE SAN LUIS POTOSÍ DE AGOSTO
2009 A JULIO 2010*

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

JOSÉ ANTONIO VELÁZQUEZ TÉLLEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

Gracias Señor

Por todo cuanto me diste en el año que termina, gracias por los días de sol y los nublados tristes, por las tardes tranquilas y las noches oscuras.

Gracias por la salud y por la enfermedad, por las penas y las alegrías.

Gracias por todo lo que me prestaste y luego me pediste.

Gracias Señor, por la sonrisa amable y por la mano amiga, por el amor y por todo lo hermoso, por las flores y las estrellas, por la existencia de los niños y de las almas buenas.

Gracias por la soledad, por el trabajo, por las inquietudes, por las dificultades y las lágrimas.

Gracias por haberme conservado la vida, y por haberme dado techo, abrigo y sustento

Gracias Señor. Gracias Señor.

Dame paciencia y humildad, desprendimiento y generosidad, dame Señor, lo que tú sabes que me conviene y que yo no sé pedir.

Que tenga el corazón alerta, el oído atento, las manos y la mente activas, y que me halle siempre dispuesto a hacer tu Santa Voluntad.

Derrama Señor, tus gracias sobre todos los que amo y concede tu paz al mundo entero. Así sea.

Gracias Señor.

Amén.

ÍNDICE

Contenidos	Página
Título	6
Antecedentes y/o Marco teórico	7
Planteamiento del problema	25
Justificación	27
Objetivos	29
- General	29
- Específicos	29
Metodología	
- Tipo de estudio	30
- Universo, lugar y tiempo de estudio	30
- Técnica de muestreo y tamaño de la muestra	30
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	31
- Definición de variables	33
- Método o procedimiento para captar la información	36
- Consideraciones éticas	39
Instrumento	37
Resultados	40
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
- Tablas (cuadros) y gráficas	
Discusión	46
Conclusiones	48
Referencias bibliográficas	55
Anexos	50

TITULO

***SITUACIONES ESTRESANTES EN CUIDADORES DE ENFERMOS
CON ALZHEIMER EN UNA INSTITUCION PRIVADA EN LA CIUDAD
DE SAN LUÍS POTOSÍ***

MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

La **Enfermedad de Alzheimer** es una enfermedad degenerativa cerebral caracterizada clínicamente por una demencia de evolución lentamente progresiva, con abundantes placas neuríticas y lesiones neurofibrilares en la corteza cerebral. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad grave que afecta a los pacientes, pero que también repercute significativamente en su entorno familiar y social.¹⁻²

Los primeros problemas empiezan en el momento del diagnóstico y se van desarrollando a lo largo de los años de evolución de la enfermedad. En todo proceso la información es fundamental para comprender la situación y actuar en consecuencia. Entender la enfermedad permite entender al paciente y hacer más llevadero todo el proceso.

Las capacidades neuropsicológicas mentales del individuo son el resultado de la interacción entre las capacidades propias del cerebro y el efecto de las experiencias vividas a lo largo de la existencia. Todo lo que somos y sabemos lo tenemos gravado en el cerebro. De hecho, el sistema nervioso y el cerebro en particular tienen la capacidad de recibir, analizar, procesar y almacenar información, y también de proporcionar respuestas a los cambios que afectan al medio externo. Todos estos procesos tienen como objetivo final la supervivencia adaptada del individuo y la perpetuación de la especie. Sin embargo, cuando el cerebro degenera de forma progresiva, el enfermo va perdiendo sus memorias hasta un punto en que termina por desaparecer lo que le es propio y característico: su identidad.

La enfermedad de Alzheimer: actúa como un ladrón de memoria que, en pocos años, sume al paciente en una tremenda oscuridad y le va privando progresivamente de todas sus capacidades mentales. En primer lugar, la enfermedad le roba la memoria del día a día; a continuación va disminuyendo su capacidad de razonar, conocer, hablar y actuar, hasta que acaba por arrebatárle

las capacidades más básicas del ser humano. La enfermedad castiga al enfermo y a las personas que lo rodean, y por este motivo es aún más difícil de entender y afrontar. Es como una enfermedad “en grupo”, en la que una persona la padece y el resto la sufren.¹

Uno de los mayores logros en México durante el siglo XX fue la notable disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer, lo cual ha derivado en un cambio en los patrones epidemiológicos, pues existe un aumento considerable en el número de personas seniles, quienes pueden presentar trastornos en las funciones cerebrales. Dentro de las enfermedades del sistema nervioso central de gran incidencia en la vejez se encuentran las demencias, que se caracterizan por el deterioro de la función intelectual de un individuo como resultado de alteraciones cerebrales orgánicas³⁻⁴⁻⁵⁻⁶.

En los últimos años, debido al incremento del envejecimiento de la población, la enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema de grandes proporciones médicas y sociales. La enfermedad de Alzheimer ya es el cuarto gran problema de salud en el mundo.

En la República Mexicana, según el II Censo Nacional de Población y Vivienda 2005 del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, hay 103 263 388 habitantes, de los cuales 8 338 835 habitantes pertenecen al grupo de adultos mayores de 60 años, lo que representa el 8.07% de la población. El estado de San Luís Potosí cuenta con una población de 2 410 414 habitantes, de los cuáles 221 334 habitantes pertenecen al grupo de mayores de 60 años, es decir un 9.1% del total. El municipio de San Luís Potosí por su parte, cuenta con 685 934 habitantes, siendo la población mayor de 60 años de 51 939 habitantes equivalente a un 7.5%, cifra muy similar al porcentaje que este grupo etareo ocupa a nivel nacional.⁷

Dos de los índices demográficos relacionados con los adultos mayores permiten analizar la importancia que tendrá este estrato poblacional con respecto a otros grupos de edades del país:

- **El índice de envejecimiento** relaciona la población adulta mayor con la población menor de 15 años:
 - En el año 2035 será de 103.3 adultos mayores por cada 100 jóvenes.
 - En el año 2050 existirán 165 adultos mayores por cada 100 jóvenes.
- **El índice de dependencia de adultos mayores:**
 - En el año 2006 existían 12.5 adultos mayores por cada 100 personas en edad de trabajar.
 - En el año 2050 existirán 50 adultos mayores por cada 100 personas en edad de trabajar.

Del análisis de estos índices, se puede concluir que, cuando finalice la última fase de la *transición demográfica* en el país:

- Existirán rasgos claros de una población envejecida, puesto que entre el año 2030 y 2035 la población de adultos mayores será superior a la población joven
- Existirá una dependencia demográfica, porque de la población en edad productiva dependerán cada vez más población en edad no productiva.
- La mayor dependencia demográfica también muestra que cada vez serán menos personas en edad de trabajar las que aportarán a los sistemas de pensiones contributivos y no contributivos del país. En contrapartida, se incrementará la población de adultos mayores que demandarán una pensión contributiva o no contributiva.⁸

La demencia es un problema mayor de Salud Pública. Afecta severamente al enfermo, su familia y la Sociedad (alto costo salud). Enfermedad primariamente del anciano: su frecuencia se duplica cada 5 años, después de los 60 años de

edad. Afecta al 1% de la población entre 60 y 64 años, pero al 30 - 40% de los mayores de 85 años.¹⁻⁹

Entre las cifras de personas que padecen esta enfermedad están; que en el mundo hay más de 30 millones de casos detectados de Alzheimer, de los cuales 2 millones corresponden a México. Esta enfermedad se presenta en gente por arriba de los 65 años, siendo la 4ª causa de muerte en nuestro país, después de enfermedades del corazón, cáncer y diabetes, se estima que en México el número de casos con Alzheimer es de 430 mil personas, de estos casos se considera que el 65% son mujeres contra el 35% de hombres.^{10, 11}

Sin embargo el mayor costo de esta enfermedad es sin lugar a dudas su costo humano, cuyas dimensiones son inestimables y el mayor sufrimiento lo padecen la familia en especial los cuidadores que dedican tantos años de su vida en brindar afecto y cuidados a su enfermo, que con el avance de la enfermedad será incapaz de reciprocitar esta dedicación y que en muchas ocasiones reaccionará con agresividad y conductas inapropiadas que conllevan comportamientos provocadores para las personas que se responsabilizan con sus cuidados donde el destino de 80 y 85 %de estas enfermos es recibir la atención en sus casas por partes de su familiares generando en estos el dolor propio de ver como se deterioran las capacidades intelectuales y el afecto en su ser querido, agregándose el trabajo agotador que genera esta atención, constituyendo para las familias y los cuidadores una verdadera responsabilidad y una fuerte carga física, psicológica y social que en ocasiones deteriore la posibilidad de brindar una atención adecuada.¹¹

Esta enfermedad es altamente incapacitante, y requiere de un cuidador primario que esté íntimamente ligado con la atención directa del enfermo. Cualquiera que sea la relación entre estas dos personas, dar cuidado significa estar pendiente de las necesidades de la persona enferma.¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵

¿Qué es una demencia?

Una de las formas más simples de definir el concepto médico y científico de demencia es la siguiente: demencia es la disminución de la capacidad intelectual en comparación con el nivel previo de función. Normalmente, esta disminución va acompañada de cambios psicológicos y del comportamiento y da lugar a una alteración de las capacidades sociales y laborales de quien la padece.¹

La enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia más prevalente en todo el mundo, correspondiendo aproximadamente a 50%-60% de todas las demencias.¹⁶

En México, el número aproximado es de 500 mil a 700 mil pacientes con demencia y quizá no esté diagnosticado ni el 25 %. Esto se debe a que el médico de primer contacto, así como otros especialistas, subdiagnostican e incluso ignoran este padecimiento.¹⁷

La demencia constituye un empobrecimiento generalmente progresivo de las capacidades mentales, que va afectando de forma gradual a la memoria, el lenguaje y la capacidad de reconocer y actuar, y que llega incluso a alterar las capacidades más básicas del individuo, como vestirse, controlar las deposiciones o andar. El paciente va perdiendo su independencia, no puede desarrollar una vida autónoma y finalmente requiere de una ayuda constante y la supervisión de otras personas.

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia que la última década ha saltado a los medios de comunicación. Prácticamente todo el mundo ha oído hablar de ella, o tiene algún familiar afectado, o sabe de alguien que la padece.

A menudo, popularmente se confunde la enfermedad de Alzheimer con la demencia senil y la arteriosclerosis cerebral, términos que no corresponden con la

realidad y que aun se utilizan inadecuadamente cuando una persona empieza a perder memoria y a comportarse en forma inapropiada.¹

Las alteraciones del comportamiento son muy frecuentes a lo largo de la evolución de la enfermedad de Alzheimer. Estas alteraciones pueden adquirir muchas formas, desde leves estados de ansiedad o depresión hasta problemas importantes como la deambulaci3n, la agitaci3n, el insomnio o los gritos. Todos estos trastornos ponen claramente de manifiesto que la enfermedad de Alzheimer no constituye solamente un problema progresivo de memoria y de capacidades mentales. Precisamente los trastornos del comportamiento son los que generan m1s problemas a las familias y los cuidadores.¹⁸

La Organizaci3n Mundial de la Salud (1992) define este trastorno en los siguientes t3rminos “La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiolog1a desconocida que presenta rasgos neuropatol3gicos y neuroqu1micos caracter1sticos.

El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un per1odo de a1os. El per1odo evolutivo puede ser corto, dos o tres a1os, pero en ocasiones es bastante m1s largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil).

En casos con inicio antes de los 65 a 70 a1os es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es m1s r1pido y predominan s1ntomas de lesi3n en los l3bulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio m1s tard1o, el curso tiende a ser m1s lento y a caracterizarse por un deterioro m1s global de las funciones corticales superiores. La demencia en la Enfermedad de Alzheimer se considera hoy d1a irreversible.”

El envejecimiento, por definición, implica un proceso dinámico, constante, acumulativo y evolutivo, iniciado en el mismo momento de nuestro nacimiento y que se extiende a lo largo y ancho de toda nuestra vida.¹⁹

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan una serie de trastornos psicológicos y comportamientos anormales, como depresión, ansiedad, ir de un lado a otro, hacer ruido, negarse a los cuidados, escaparse, encender y apagar las luces, enfadarse con facilidad, tirar la comida, gritar, insultar; los enfermos llegan a angustiar, irritar, desanimar y asfixiar especialmente a los cuidadores directos.

Los trastornos psicológicos y los comportamientos anómalos representan una de las consecuencias de la enfermedad que provocan mayor discapacidad, y una de las mayores amenazas para la convivencia y la vida diaria de la familia. Además estos trastornos generan visitas médicas frecuentes, e ingresos a servicios de urgencias e instituciones socio sanitarias.¹⁸

En España actualmente hay cerca de 600.000 enfermos de Alzheimer, siendo la primera entre las enfermedades neurodegenerativas, así como la primera causa de demencia en la población anciana.²⁰

La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer aumenta con la edad, desde 5-10% a los 60-65 años a un 45-50% en mayores de 85-90 años, con una incidencia media próxima al 1%. En los estudios más recientes realizados en Europa por el grupo de Albert Hofman se ha podido comprobar que la demencia presenta una incidencia del 10.7 por 1000 personas-año (13.1 por 1000 en mujeres y 6.9 por 1000 en hombres), con un notable incremento paralelo a la edad (0.9 a los 55-64 años, 25.2 a los 80-84 años, y 97.2 en mayores de 95 años, sobre una media de 10.5 por 1000 en la población global mayor de 55 años).²¹

La historia de esta enfermedad empieza en el año 1907, cuando Alois Alzheimer, un psiquiatra y anatomopatólogo alemán, publicó el estudio clínico y

anatómico de una paciente -Augusta D.- de 51 años de edad que falleció tras haber presentado durante 4 años y seis meses la evolución de un importante cuadro de demencia, con una grave desorientación y alucinaciones.

El estudio microscópico del cerebro de esta paciente permitió descubrir en el interior de las células la existencia de unas lesiones en forma de conglomerados, que Alois Alzheimer denominó degeneración neurofibrilar, que coexistían con las placas seniles, descritas con anterioridad por Blocq y Marinesco (1902) como parte de la neuropatología del envejecimiento normal.

En 1910, Emil Kraepelin denominó “enfermedad de Alzheimer” a la demencia presenil degenerativa. Se trataba del *senium praecox* (senilidad precoz o demencia precoz). Con este calificativo de presenil, Kraepelin restringía la enfermedad a los casos que se iniciaban antes de los 65 años de edad.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia en el anciano, por lo que siempre debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de los pacientes con deterioro cognitivo.¹⁻²

Después de transcurrido casi 100 años desde la primera publicación de un caso de enfermedad de Alzheimer (EA), se han podido identificar genes que determinan formas clínicas precoces y tardías de esta enfermedad.²²

En los hogares en donde se encuentra un adulto mayor con algún grado de dependencia o discapacidad, es posible identificar, en la mayoría de los casos, a una persona que es la encargada principal del adulto mayor: *el cuidador principal*.

El cuidador principal se define como la persona (familiar o conocido) con mejores condiciones para asumir responsabilidades reales y disposición para su atención.¹¹

El papel de cuidador principal es fundamental, ya que ejerce funciones indispensables para la atención de los enfermos, es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad o algún grado de discapacidad, pero el cuidador no solo es el que cuida al paciente, sino que también es un elemento sanitario vital al desarrollar una función activa que incluye conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a estos paciente, facilitando la integración del paciente en su entorno y realidad.^{32, 40}

Estos cuidadores, son personas que no reciben remuneración económica alguna por sus asistencias, por lo regular proporcionados principalmente por miembros de sus familias, por lo general se trata del o de la cónyuge, en caso de que se encuentre posibilitada para esta tarea. En caso de no estar posibilitado, el rol cae normalmente sobre un hijo adulto, por lo regular una hija, aunque también se ha visto a nueras o yernos en este rol.^{37, 52}

Los cuidadores de pacientes con la enfermedad de Alzheimer enfrentan presiones insólitas y cargan con una enorme responsabilidad. El trabajo que realizan es extenuante tanto físico como emocionalmente. A medida que la enfermedad avanza, los cuidadores deben adaptarse a cambios constantes tanto del paciente como de las habilidades que se requieren para cuidarlo. Tiene que agregar también la necesidad de vigilancia sin límites y cuidados durante las 24 horas del día, por lo que no es nada extraño que los cuidadores de pacientes que padecen de la enfermedad de Alzheimer sufran un alto nivel de tensión.²³

La vida del cuidador cambia radicalmente como consecuencia de la demanda de adaptación requerida.²⁴

La tensión severa durante un largo periodo puede tener consecuencias graves en el bienestar físico y mental. Si no se toman medidas especiales para aliviar periódicamente la presión que conlleva el cuidado, los cuidadores enfrentan un riesgo extremo de consumirse y una gran cantidad de problemas físicos y

emocionales. Se sabe que la tensión prolongada contribuye a la depresión, sistema inmunológico debilitado, presión arterial alta, enfermedades cardíacas y muchas más condiciones graves para la salud.²³

El cuidador principal soporta cada día retos imprevistos y sufre pérdidas de control personal, presentando alteraciones en la salud física y emocional, esto conlleva a una alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el síndrome del cuidador, el cual no es solo un síndrome clínico ya que también están implicadas repercusiones no médicas en aspectos sociales y económicos.^{35, 40}

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) estima que actualmente en todo el mundo existen entre 17 y 25 millones de personas con la enfermedad de Alzheimer, lo que representa el 70 por ciento del conjunto de las enfermedades que se producen en la población geriátrica. Este porcentaje sitúa a esta enfermedad como una de las patologías más prevalentes del grupo conocido como enfermedades degenerativas del cerebro.²⁵

En 1995, Felce y Perry encontraron tres modelos conceptuales de Calidad de Vida que ellos complementaron con una cuarta, a saber:

a) calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona;

b) calidad de vida como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales;

c) calidad de vida como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta;

d) calidad de vida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Según Amparo Belloch, no siempre la cantidad se acompaña con calidad; hemos conseguido vivir más tiempo, pero no está claro que vivamos mejor, al menos en lo que se refiere al estilo de vida que llevan muchos ancianos en nuestras aparentemente desarrolladas “sociedades del bienestar”. Es fundamental entonces que los profesionales de la salud se ocupen no solo de alargar la vida, sino también de contribuir a dotarla de la más alta calidad posible.²⁶

En los últimos años se han llevado a cabo numerosos estudios centrados en el intento de identificar las variables que inciden en el cuidador de un enfermo de Alzheimer como consecuencia de su papel de cuidador. Así, se ha encontrado que éstos sufren unos niveles de ansiedad y depresión superior a la población de referencia, así como una salud física más deteriorada.

Como aspectos relacionados con su bienestar también aparecen diferencias en el nivel educativo, los ingresos económicos o el apoyo social de personas significativas en auto eficacia y autocontrol, o en estrategias de afrontamiento.²⁷

El apoyo social se puede recibir de dos maneras: como apoyo informal, proveniente de familiares, amigos, vecinos, u organizaciones altruistas de voluntarios o familiares, y como apoyo formal, que es el proporcionado por profesionales de la salud.²⁸

EL CUIDADOR PRINCIPAL INFORMAL

Se ha definido al cuidador principal como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores en informales y formales.

Los cuidadores “informales” no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios.

Este tipo de apoyo es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas esta situación según la ayuda, formal o informal.

Se considera que debe denominarse “cuidador formal” a toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo. Entre los cuidadores formales incluiré entonces a los profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud para ancianos y los responsables de esos establecimientos: encargados, directores y propietarios.⁵⁰

En nuestro país no hay datos en lo que respecta al número de personas o familiares que prestan cuidados a adultos mayores dependientes. Pero según el estudio CIS realizado en España en 1996, se estima que en un 12,37% de los hogares españoles hay alguna persona que presta apoyo informal a mayores, esto supone un total de 1.464.299 persona que cuidan, de las cuales un 83% son mujeres.⁵¹

EL PERFIL DEL CUIDADOR

El perfil sociodemográfico de las personas cuidadoras considera las variables género, edad (edad media y grupo de edad más representado), nivel de estudios (nivel más frecuente), estado civil y actividad laboral (ocupación más frecuente).⁵¹

El perfil típico del cuidador es el de una mujer de entre 50 y 60 años, madre de familia, ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre o hija) que dedica muchas horas al día a cuidar, con una elevada

conciencia moral de la obligación de atender a los mayores y que convive con la persona a la que cuida.^{32, 51}

Este grupo poblacional se ha denominado “la generación sándwich” o la “generación de en medio”. Son mujeres de entre 40 y 60 años que enfrentan múltiples responsabilidades relacionadas con la generación que les antecede y las que les suceden y que además ha de afrontar los ajustes propios de su propio proceso de envejecimiento y del de sus esposos. En otros se trata del cónyuge “sano”, con una media de 70 a 80 años de edad que a menudo presenta una situación de salud frágil y una escasa capacidad de adaptación a los cambios y al aprendizaje de nuevas funciones.⁵¹

Estos datos, obtenidos de múltiples investigaciones realizadas en España y Sudamérica, difieren en un poco en lo encontrado en un estudio realizado en nuestro país. Dicho estudio se realizó en la Clínica de Medicina Familiar Ignacio Chávez del ISSSTE de la Cd. de México. En este estudio el perfil del cuidador fue el de una mujer con edad promedio 38 años, en mayor proporción se trataba de la hija de la persona cuidada, casada, de ocupación ama de casa, con escolaridad medio superior a superior y con un tiempo de dedicar cuidados en promedio de 6 a 10 años.⁵²

En otros estudios, las cifras son contundentes: son mujeres el 60% de los cuidadores principales de personas mayores, el 75% de los cuidadores de personas con discapacidad, y el 92% de los cuidadores de las personas que necesitan atención en los hogares.³²

En el modelo de Pearlin *et al.* (1990), se propone que el cuidador ha de enfrentarse a una gran cantidad de estresores como consecuencia del cuidado del enfermo de Alzheimer. Sin embargo, estos estresores no se sitúan en el mismo nivel, sino que se considera a aquellos que se derivan directamente del enfermo y de sus cuidados del mismo como estresores primarios, mientras que los

estresores secundarios serían los derivados de las evaluaciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas.

En su modelo, Haley *et al.* (1996) no consideran los estresores primarios como algo unitario, sino formado por tres componentes:

- 1.- La severidad del daño cognitivo del enfermo,
- 2.- Alteraciones conductuales del enfermo,
- 3.- Deficiencias en el auto cuidado del enfermo en actividades básicas.

De estos componentes el que parece tener un mayor peso en relación al bienestar del cuidador es el segundo, de modo que los problemas conductuales del enfermo se relacionarían con mayor estrés del cuidador.²⁷

También hay cierto apoyo al hecho de que los estresores secundarios tienen un mayor peso tanto en la generación de estrés, como en las consecuencias negativas asociadas como peor salud, mayor depresión y mayor carga.

Con el objetivo de determinar tanto los estresores principales como las estrategias de afrontamiento usadas por cuidadores de enfermos de Alzheimer, así como la identificación de cuáles de estas últimas se relacionaban más con depresión, Williamson y Schulz (1993) desarrollaron un inventario compuesto por 11 situaciones a las que las personas a veces se enfrentan cuando cuidan de un enfermo. En su caso, seleccionaron los ítem de anteriores investigaciones, informes clínicos aparecidos en la literatura, y estudios publicados sobre cuidadores.²⁹

Las situaciones se relacionaban con tres grandes áreas:

- a) Estado mental o psicológico del paciente, donde se incluyen dificultades de memoria, problemas de comunicación del paciente, cubrir o negar los problemas por parte del paciente, cambios de personalidad, no saber que día o año es o donde está, o quién es su familiar.

b) Estado físico del paciente, como problemas de alimentación o control de esfínteres.

c) Emociones del cuidador y sentimientos de pérdida, incluyendo sentimientos de depresión, pérdida de libertad, sentimientos de culpa o el deterioro general del ser querido.²⁷

De las muchas definiciones que se le ha otorgado al término cuidador principal, coincidimos con Dwyer, Lee y Jankowski cuando definen a este como: aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo medido en número de horas al día al cuidado de dicho enfermo.

Según Wilson, se define al cuidador principal como aquel individuo procedente del sistema de apoyo informal del enfermo, bien sea familiar o amigo, y que comprende las siguientes características:

- 1) Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea.
- 2) El cuidador principal es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- 3) No es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.
- 4) Antes de seleccionar como cuidador a cualquier persona, esta debe haber realizado un mínimo de 6 semanas a 3 meses en tareas de cuidado.

Los cuidadores son las personas que más ayuda necesitan de todo tipo emocional, psicológica, etc. porque dichos cuidadores son las “segundas víctimas” del Alzheimer como se las ha venido llamando. La A.F.A., nos relata las principales características que padece el cuidador principal de un enfermo con Alzheimer:

- Está expuesto continuamente a una gran sobrecarga tanto física como emocional.
- El cuidador o cuidadores suele asumir la responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que concierne a su medicación y tarea de cuidado en general.

- Debido al vínculo de dependencia que crea el familiar afecto de demencia con su cuidador, este último va perdiendo poco a poco su independencia.
- El cuidador se olvida de si mismo, no tomándose el tiempo libre que necesita para descansar, los hobbies o aficiones que tenía poco a poco los abandona, deja de comunicarse con los amigos, etc. Es decir, acaba paralizando durante algunos años su proyecto de vida.²⁹

El cuidador principal de un enfermo de Alzheimer suele ser en España una mujer superando en proporción 4:1 a los varones, hijas (60%) o cónyuge (30%) del enfermo, que actúa generalmente en solitario ya que rara es la familia en la que sus miembros trabajen realmente equitativamente "en equipo" a la hora de cuidar al enfermo. Este cuidador principal va asumiendo paulatinamente la mayor parte de las tareas del cuidar, hasta llegar realmente a no hacer casi otra cosa en su vida personal sino dedicarse 24 horas al día a esta labor.

La edad media de los cuidadores de afectados de Alzheimer es alta: la mayoría sobrepasan los 50 años. Lo cual nos indica que son personas de edad las que están sobrellevando las tareas del cuidar a un enfermo tan complejo como es el Alzheimer. Es relevante indicar que la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer se duplica cada cinco años que envejece el segmento de población estudiado, lo que pone de relieve que la mayor parte de los enfermos de Alzheimer son personas muy mayores cuidados por personas también muy mayores, a menos que se involucren miembros familiares de generaciones recientes o servicios asistenciales socio comunitarios.

La mayoría de los estudios refieren que el perfil del cuidador es el siguiente: mujer: en su mayor parte esposas o hijas del demente, con una edad media de 57 años, ama de casa y co-residente con el enfermo. También existen un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años (25%), generalmente cónyuges del enfermo, de especial importancia, dada la importante co-morbilidad que suelen presentar a

esa edad. Una gran mayoría de los cuidadores (80 %) presta sus servicios un número variable de horas durante los 7 días de la semana.²⁰

En la medida que la pérdida de la funcionalidad motora y/o cognitiva se agudiza, las personas con alzheimer requerirán progresivamente de más cuidados prestados por otras personas. En ese contexto, es necesario recurrir a cuidadores o a parientes. Lo cual esta acción representa un costo directo si el cuidador se contrata o un costo alternativo si dicha acción la realizan otras personas cercanas.³⁰

La carga es un concepto clave en la investigación de las repercusiones del cuidado de las personas mayores sobre la familia. Desde su aparición ha sido profusamente utilizado en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos. Así, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores.^{31, 32}

La atención de un anciano dependiente puede generar sobrecarga para su cuidado, lo que se conoce como carga del cuidador, que es un concepto de dimensiones múltiples donde aparecen el estrés, los sentimientos negativos o las dificultades que originen el cuidado de un anciano, incluyendo aspectos de la salud física, emocionales, sociales y financieros.³³

La enfermedad de Alzheimer no tiene ningún tratamiento curativo conocido. Los pacientes viven, en promedio, de 10 a 14 años después del diagnóstico.³⁴

HISTORIA DE LA Asociación Potosina de Alzheimer y Enfermedades Similares A.C. (APAES)

Esta asociación se fundó en el año de 1994 por la Dra. Mendoza y la sra. Mercedes Villaseñor de del Pozo con la finalidad de poner en marcha un grupo de apoyo para personas que están al cuidado de enfermos de Alzheimer y otras enfermedades demenciales; coordinados por la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA).

OBJETIVOS

Asociación Potosina de Alzheimer y Enfermedades es una asociación SIN FINES DE LUCRO, cuyos Objetivos son:

Ofrecer a los enfermos de Alzheimer, de escasos recursos, capacitando debidamente a sus familiares, la alternativa de una mejor calidad de vida con un cuidado especializado, en tanto no exista una cura médica para esta enfermedad, a través de un Grupo de Auto-Ayuda.

DIFUNDIR el conocimiento actualizado y las implicaciones familiares y sociales de la enfermedad de Alzheimer.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha analizado, la demografía mexicana del siglo XXI, al igual que en muchos otros países del mundo, se caracterizará por un acelerado envejecimiento demográfico que puede apreciarse en el incremento previsto de la edad media de la población: de 27 años en 2000, a 37 años en 2030 y a 43 años en 2050.

Uno de los retos más acuciantes que se derivan de la transición demográfica, es el rápido incremento de la población en edades avanzadas. El crecimiento demográfico de los adultos mayores, que en la actualidad registra tasas inéditas (3.7%), continuará acelerándose hasta alcanzar un ritmo promedio anual de 4.6% durante la tercera década del presente siglo, lo que exigirá cambios en todos los ámbitos de la vida social e institucional ⁸

Ante esta situación los sistemas de salud de nuestra nación no están preparados para brindar la atención debida a esta población, por lo que el cuidado de estos adultos mayores recae en gran parte por la familia, principalmente en una figura llamada cuidador principal. Esta figura esta sujeta a un alto nivel de estrés tanto físico como emocional, ya que no esta preparado para esta difícil tarea ^{31, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41.}

Llamamos cuidador del paciente con demencia a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes. El cuidado del paciente con demencia es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la larga duración de la enfermedad en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años, la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar.¹⁹

La tarea de cuidar conlleva a menudo a la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyente de un auténtico

síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir. Además se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas más altas de hospitalización y en que los pacientes dementes que conviven con cuidadores muy estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación. Diversos factores (edad, género, parentesco, co-residencia, tiempo de dedicación y existencia de otras cargas familiares) han demostrado su influencia en la aparición de este síndrome, sin embargo en nuestro estado no se cuenta con suficientes estudios que nos revelen las situaciones estresantes que presentan los cuidadores directos con estas personas, es por ello que surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las situaciones estresantes en cuidadores de enfermos con Alzheimer en una institución privada en la ciudad de San Luís Potosí, de agosto 2009 a julio 2010?

JUSTIFICACIÓN

La población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) forma parte del más grande e importante programa de seguridad social en México; de acuerdo con la Ley del Seguro Social, la afiliación es obligatoria para una parte importante de empleados de compañías privadas, del sector obrero, de la administración pública de la federación, ciertos grupos del sector comercio y algunos trabajadores del sector rural, quienes inscriben a sus familiares incluidos los adultos mayores.⁴²

Según el II Censo Nacional de Población y Vivienda 2005, la población que cuenta con derechohabiencia al IMSS, a nivel nacional, es de 32 087 547, siendo el grupo de mayores de 60 años de 3 114 436 derechohabientes. En el estado de San Luis Potosí hay 770 845 derechohabientes, de los cuales 72 793 son mayores de 60 años.⁷

La demencia Alzheimer se ha ido convirtiendo en una amenaza para el ser humano y en especial para los cuidadores, por lo que hay que identificarla y consecuentemente orientar a las personas que se encargaran del cuidado del enfermo.

En la atención de estos adultos mayores demenciados, se requiere la intervención de diversos profesionales: médicos de familia, geriatras, neurólogos, psiquiatras, internistas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, etc. Lamentablemente estos profesionales de la salud actúan de manera independiente entre ellos, es decir trabajan como equipo multidisciplinario, dejando de lado a las personas que se hacen cargo de estos pacientes: *los cuidadores*.

El estudio del cuidador como paciente oculto, ha sido ampliamente estudiado en varios países. Se ha acuñado el término “sobrecarga” para hacer

referencia a los efectos que el acto de cuidar traen tanto sobre su salud física y emocional, así como en sus relaciones interpersonales. ^{4, 8, 31, 35, 38, 40}

La justificación del presente estudio está respaldada por la opinión de diversos expertos en el tema, que enfatizan la necesidad de la investigación en este tema, por los cambios sociológicos, sanitarios y por sus repercusiones económicas y culturales que se están produciendo, así como por la poca cantidad de estudios relacionados con los cuidadores de enfermos con Alzheimer. En todo ello el papel del médico familiar representa un papel importante para, primero detectar a los cuidadores principales y, segundo, asistir y educar a los mismos.

Conocer al cuidador principal en el ámbito domiciliario y determinar los diferentes factores en relación con las situaciones potencialmente estresantes, permitirá actuar sobre ellos para disminuir su impacto y por tanto mejorar el cuidado que recibe la población mayor, pero también disminuirá las dificultades de sus cuidadores, y por tanto, aumentará el bienestar de la sociedad. Conocer la situación de los cuidadores principales en México permitirá poder planificarla con mayor eficacia y eficiencia, para evitar el colapso de esta invisible, pero importante figura del sistema sanitario informal. ⁴

Es poco vulnerable, ya que se cuenta con los medios y recursos suficientes para realizar el proyecto de investigación en la población objetivo.

Se espera identificar las situaciones estresantes y de acuerdo a los resultados, presentarlos a los cuidadores así como a la asociación en estudio, a través de las sesiones que se realizan cada primer y tercer martes de cada mes en dicha asociación y diversos foros, con el fin de conocer un panorama actual y así poder orientar sobre medidas estratégicas que nos ayuden a mejorar y combatir este problema que a todos nos afecta.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar las situaciones estresantes en cuidadores de enfermos con Alzheimer en una institución privada en la Ciudad de San Luís Potosí.

Objetivos Específicos:

- Determinar las situaciones estresantes principales en los cuidadores de enfermos con Alzheimer.
- Describir al cuidador de acuerdo a la edad, género, escolaridad y parentesco.

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Institución privada denominada Asociación potosina de Alzheimer y enfermedades similares A.C. en la ciudad de San Luís Potosí.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer de la A.P.A.E.S. A.C. en la ciudad de San Luís Potosí.

TIPO DE ESTUDIO

Observacional:

Estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

Descriptivo:

Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal:

Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.

No comparativo:

Este diseño describe pero no establece comparaciones entre grupos, permite identificar diagnóstico situacional de un problema o fenómeno.

LÍMITE DE TIEMPO

Será en el periodo de agosto 2009 a julio del 2010.

LIMITE DE ESPACIO

Sala de reunión y conferencias de la asociación potosina de Alzheimer y enfermedades similares A.C de la Ciudad de San Luís Potosí.

TÉCNICA DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia: esta técnica determina para la selección de los sujetos de investigación, a aquellos que acudan de primera instancia y cumplan con los criterios de selección o de inclusión.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión:

Cuidadores:

- Que sea el cuidador principal.
- Familiar o no familiar que radiquen en la ciudad de San Luís Potosí.
- Que se encuentren disponibles en la sala de juntas o en la reunión en el momento del estudio.
- Que pertenezcan a la APAES.
- Que tenga familiar con Alzheimer.
- Cualquier género.
- Sin importar edad y estado civil.
- Sin importar la escolaridad.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que hayan firmado el consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión:

- Cuidador (familiar o no familiar) analfabeta.
- Cuidador que no acepte participar en el estudio.

c) Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para estimar el tamaño de la muestra se utilizara un total de 48 cuidadores en activo pertenecientes a la A.P.A.E.S A.C. Este tamaño de muestra se obtuvo mediante el censo y el listado de asistencia mensual de dicha asociación.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable Independiente

Nombre: Cuidador.

Definición conceptual: Persona que asiste o cuida de los enfermos.

Definición operacional: Identificación del personal cuidador a través del cuestionario.

Categorización: 1. Esposa(o). 2. Hija(o). 3. Amigo(a). 4. Otro familiar.

Escala de medición: Nominal.

Variable Dependiente

Nombre: Situaciones estresantes.

Definición conceptual: Es toda demanda física y psicológica fuera de lo habitual y bajo presión que se le haga al organismo.

Definición operacional: A través de cuestionario al manifestar sus respuestas se clasificará en cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Categorización: 0=Nada de malestar 1=Algo de malestar 2= Bastante malestar 3=Mucho malestar

Escala de medición: Ordinal.

Variables de Control

Nombre: Edad.

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Definición operacional: Los años cumplidos que un sujeto tenga hasta el momento del estudio.

Categorización:

1. Menos de 25 a.

2. De 25 a 34 a.

3. De 35 a 44 a.

4. De 45 a 55 a.

Escala de medición: Ordinal.

Nombre: Genero.

Definición conceptual: Distinción biológica que clasifica a los individuos en mujeres y hombres.

Definición operacional A través del instrumento de recolección de datos lo que manifieste.

Categorización:

1. Femenino.

2. Masculino.

Escala de medición: Nominal.

Nombre: Estado civil.

Definición conceptual: Condición legal del adulto mayor ante la sociedad.

Definición operacional Número de personas con las que convive al momento del estudio.

Categorización:

1. Soltero (a).

2. Casado (a).

3. Viudo (a).

4. Divorciado (a).

5. Unión libre.

Escala de medición: Nominal.

Nombre: Escolaridad.

Definición conceptual: Grado de estudios alcanzados por el adulto mayor.

Definición operacional Grado de estudios alcanzados hasta el momento del estudio.

Categorización:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Medio superior
4. Superior
5. Maestría
6. Doctorado
7. Analfabeta

Escala de medición: Ordinal.

Nombre: Hijo.

Definición conceptual: Persona respecto de su padre o de su madre.

Definición operacional Número de hijos concebidos hasta el momento del estudio.

Categorización:

1. 0.
2. 1 a 2.
3. 3 a 4.
4. 5 a 6.

Escala de medición: Ordinal.

PROCEDIMIENTOS

1. Contar con t3pico de investigaci3n
2. Elaboraci3n del proyecto
3. Investigaci3n de bibliograf3a
4. Desarrollo del protocolo de investigaci3n
5. Solicitar los permisos necesarios as3 como la autorizaci3n de la APAES
6. Elaboraci3n de encuestas
7. Aplicaci3n de encuestas
8. Presentaci3n del proyecto al comit3 de investigaci3n
9. Recolecci3n de datos y an3lisis estad3sticos
10. Revisi3n
11. Presentaci3n final con resultados, conclusiones y sugerencias
12. Publicaci3n en foros y revistas

INSTRUMENTO DE EVALUACION

Se presenta un Inventario de **Situaciones Potencialmente Estresantes (ISPE)** en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Esta compuesto no solo por aspectos relacionados con situaciones problemáticas directamente planteadas por el enfermo (repetición de la misma pregunta, incontinencia, no reconocer a los cuidadores, etc.), sino también con cuestiones derivadas de la evaluación que el cuidador hace de diversos aspectos relacionados con el cuidado (sentimientos de culpabilidad, pérdida del ser amado, etc.).

En este trabajo realizado por la Universidad de Jaen en España, participaron 89 cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, con un grado de deterioro de leve a severo, a los cuales se les aplico dicho inventario. Las puntuaciones obtenidas se ha relacionado con variables tales como:

- 1) Carga percibida del cuidador.
- 2) Alteraciones conductuales del enfermo.
- 3) Salud física percibida por el cuidador.
- 4) Vinculo familiar cuidador-enfermo.
- 5) Tiempo con diagnostico de Alzheimer.

Los resultados mostraron una relación directa de ISPE con carga y con alteraciones conductuales. Asimismo aparecen situaciones concretas que se relacionan con el resto de variables.

Estos resultados indican que el ISPE es un buen instrumento para evaluar situaciones potencialmente estresantes en cuidadores de enfermos con Alzheimer.

ISPE inventario de situaciones potencialmente estresantes (anexo I). Consta de 16 ítems que puntúan entre 0 y 3 puntos según el grado de malestar que genera la situación evaluada. La selección de los ítems incluidos en el inventario proviene tanto del trabajo previo de Williamson y Schulz (1993) como de la experiencia de José Antonio Muelas Martínez, Carlos Jesús Torres Colmeneros y Eva M^a Peláez Peláez en el trabajo con familiares de enfermos de Alzheimer en los últimos cuatro años.²⁷

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

- 1 Investigador responsable, becaria de Tercer año de Residencia en Medicina Familiar.
- 1 Asesor temático.
- 1 Asesor metodológico.
- 1 Asesor estadístico.
- Personal de la institución investigada.

RECURSOS MATERIALES

- Hojas blancas de papel bond 1500
- Lápices 100.
- 1 Computadora.
- Tintas para impresión.

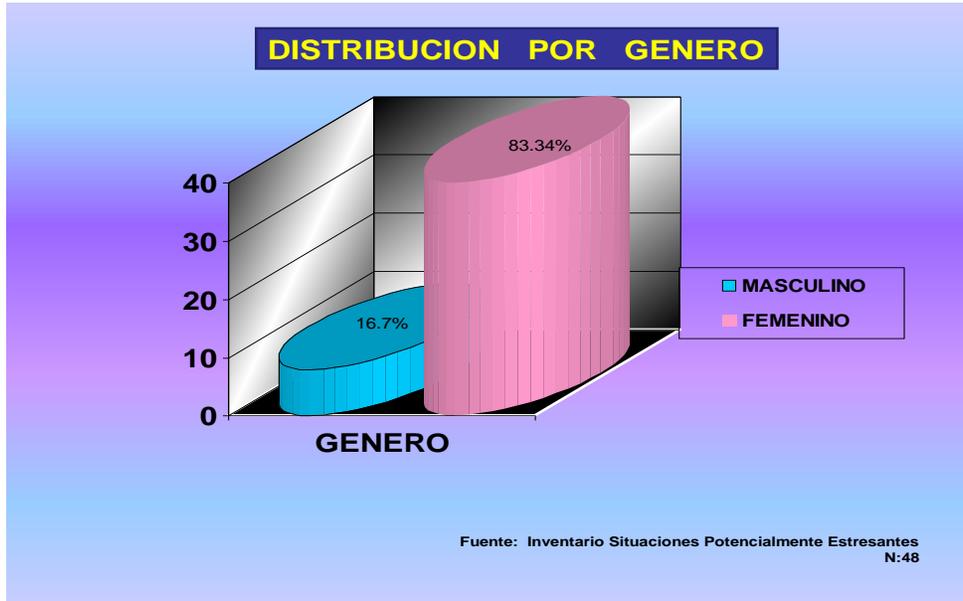
CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki; los artículos quinto, sexto, séptimo y décimo del Código Sanitario de Los Estados Unidos Mexicanos, el Art. 17 apartado 1 de la Ley General de Salud y los artículos séptimo y doceavo del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General en materia de investigación en seres humanos, se basa el presente estudio de investigación considerándose en fase 0, es decir de bajo riesgo, así mismo para evitar caer en complicaciones éticas se solicitó el consentimiento informado de los cuidadores participantes (anexo 2).

RESULTADOS

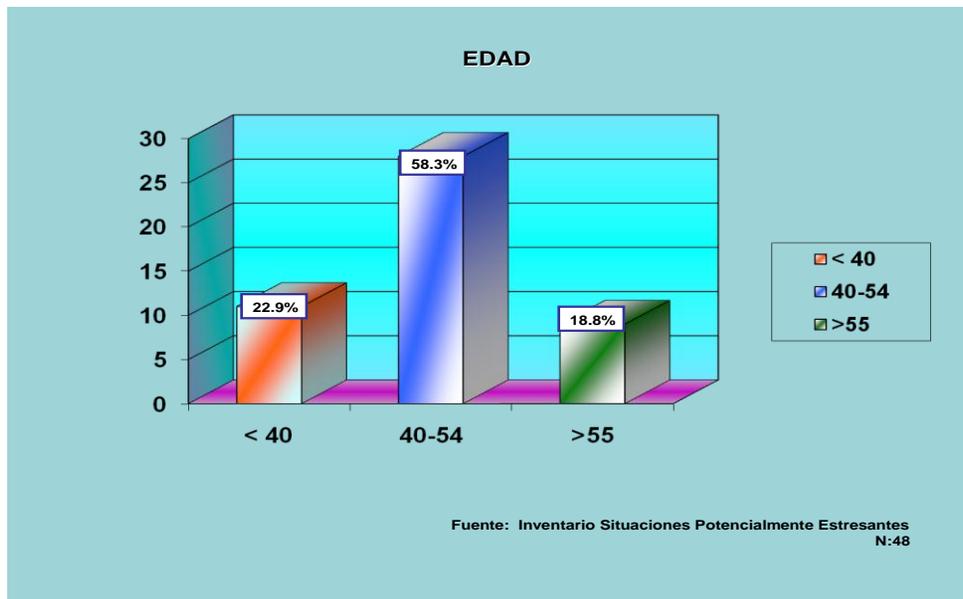
Se estudiaron a 48 cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer durante el periodo de febrero a abril del 2010.

Gráfico 1.



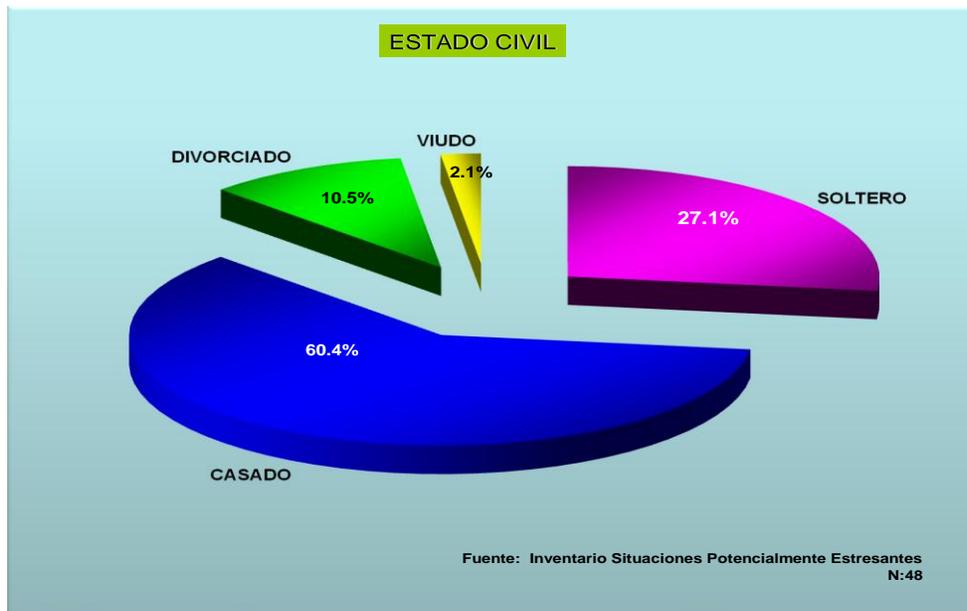
Predominio de 40 mujeres (83.34%) contra 8 hombres (16.7%).

Gráfico 2.



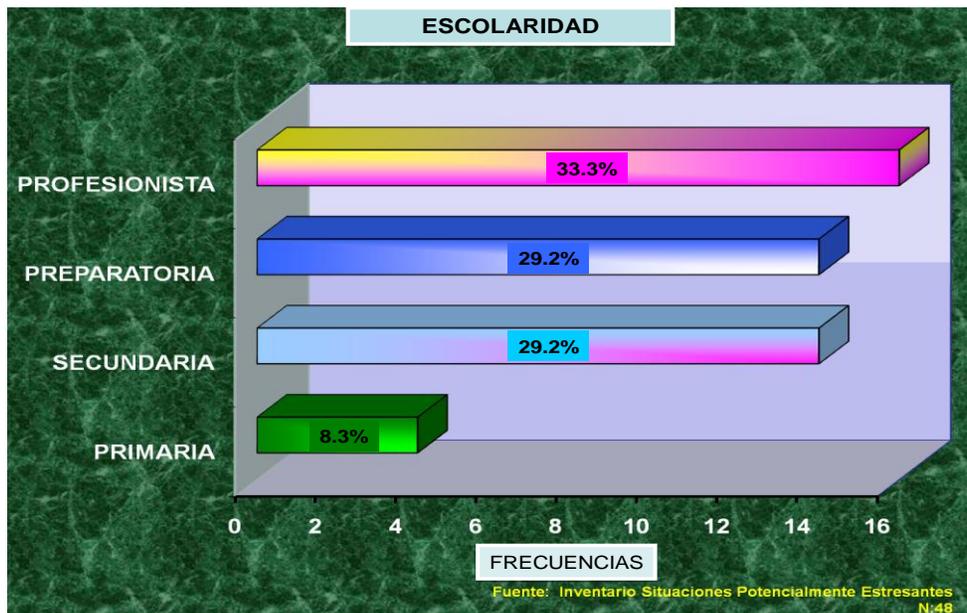
En cuanto a la edad el promedio fue de 40-54 años con una media de 47.5, moda de 47, una mediana de 46 y un rango de 42.

Gráfico 3.



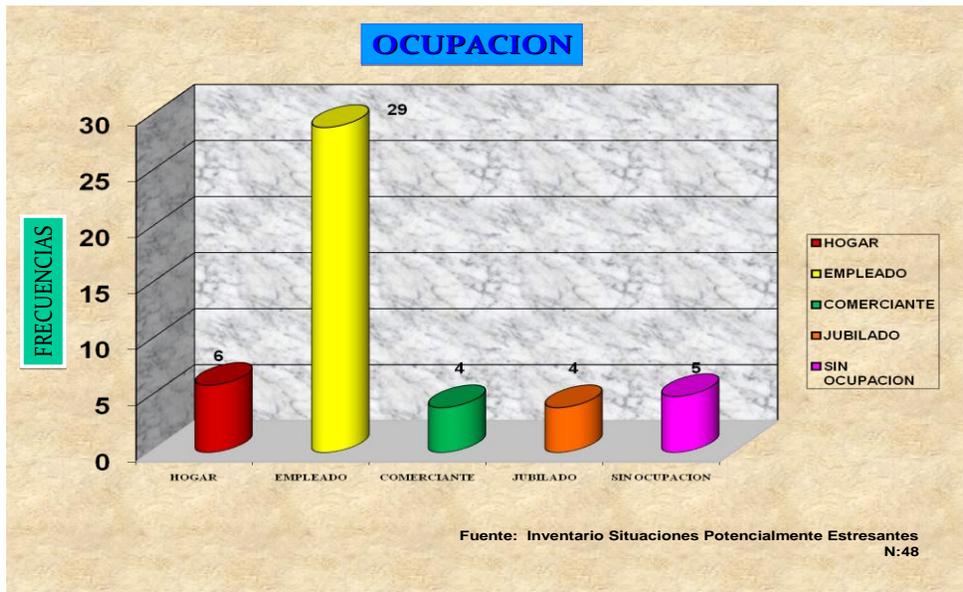
Estado civil se encontró con un marcado predominio de casados.

Gráfico 4.



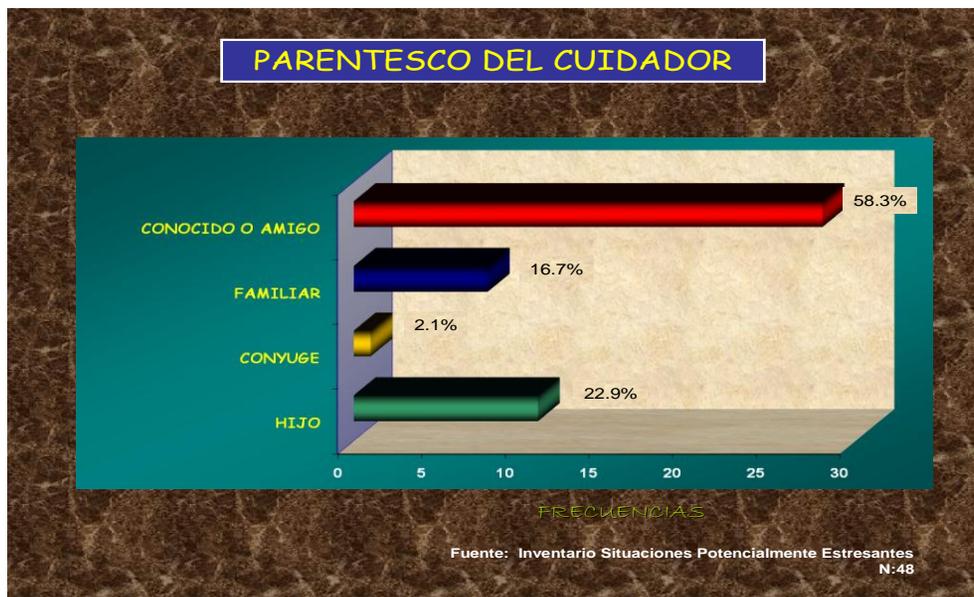
Es el nivel profesionalista con 16 de los encuestados (profesionistas 33.3%), 14 con preparatoria terminada (29.2%), 14 con secundaria terminada (29.2%) y solo 4 con algún grado de primaria (8.3%).

Gráfico 5.



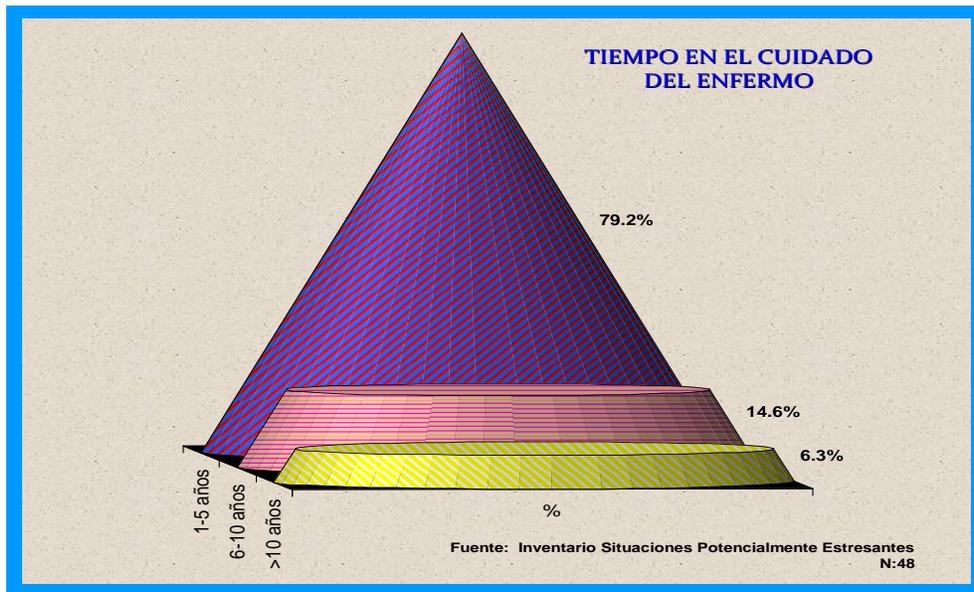
En cuanto a la ocupación, el 60.4% refirió ser empleado, el 12.5% al hogar, 10.4 % se refiere sin ocupación, comerciante y jubilado con el 8.3% cada uno.

Gráfico 6.



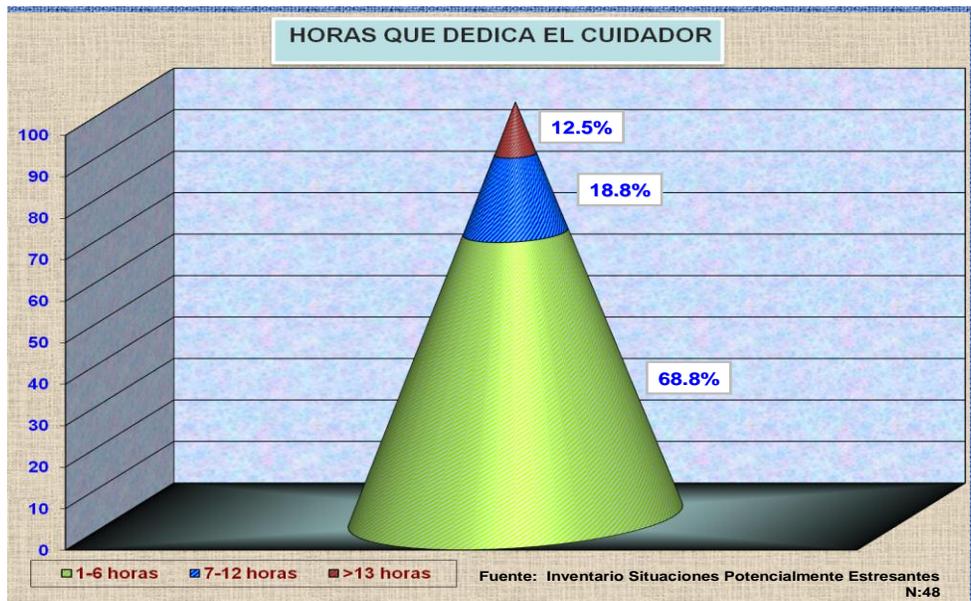
El cuestionamiento al parentesco predominaron conocidos y amigos 28 (58.3%), hijos 11 (22.9%), familiar 8 (16.7%) y cónyuge 1 (2.1%).

Gráfico 7.



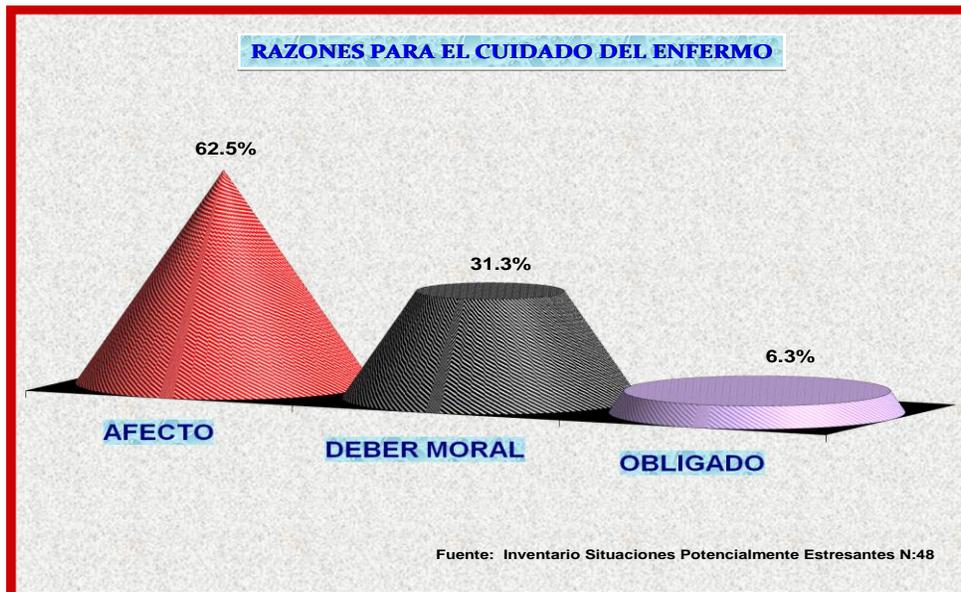
De 1 a 5 años es el tiempo que predomina en el cuidado de pacientes

Gráfico 8.



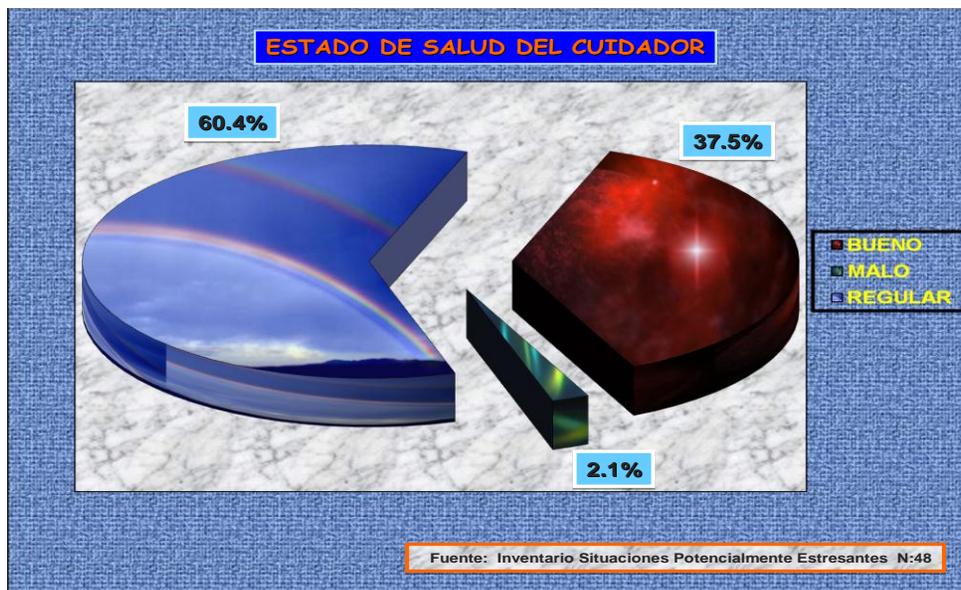
En cuanto a horas/día el 68.8% le dedica al enfermo de 1 a 6 horas diarias, el 18.8% de 7 a 12 horas y más de 13 horas el 12.5% de los cuidadores.

Gráfico 9.



Razones por la cual cuida al paciente; el 62.5% expresaron que lo hacen por afecto, el 31.3% por un deber moral y el 6.3% lo hace por obligación.

Gráfico 10.



Estado de salud (del cuidador); el 60.4% lo considero regular, el 37.5% como bueno y solo el 2.1% lo considero malo.

Gráfico 11.



Gráfico 12.



Gráfico 11 y 12. Las situaciones estresantes que mostraron bastante y mucho malestar fueron: 1.Ver al paciente apático (43,8%), 2.No controlar esfínteres (43.7%), 3. Olvido de alimento y aseo personal (45.9%), 4. Sensación de soledad (35.4%), 5. Sentimiento de que toda su vida gira en torno del enfermo y libertad para realizar las cosas que desea (37.5%), 6. Observar como la enfermedad de Alzheimer implica un deterioro progresivo en donde el paciente pierde sus capacidades, convirtiéndose en una persona distinta de la que conocía; despertando un sentimiento de pérdida de un ser amado (60.4%).

DISCUSIÓN

El cuidado de las personas mayores en el medio familiar supone una serie de cambios personales, sociales y económicos que se conocen como consecuencias o efectos del cuidado.²⁷

La esperanza de vida de la población aumenta y con ella la incidencia de patologías neurológicas asociadas a demencia en especial el Alzheimer, que antiguamente no se consideraban y cuyo impacto sanitario genera problemas asistenciales. Indudablemente la demencia es una de estas complicaciones, ya que es la primera causa de incapacidad del adulto mayor.

En relación con el perfil demográfico de los cuidadores, 83.3% pertenecieron al género femenino, resultado similar al reportado por la mayoría de los autores, quienes lo refieren desde 60 hasta 87.4%.⁴³⁻⁴⁵ Las edades de los cuidadores de pacientes con EA están entre los 40 y 54 años, con una media de 47.5 años, dato ligeramente inferior a lo reportado por González y col.⁴⁴ (55 años), Rubio y su grupo⁴⁶ (57 años) y Moral y su equipo⁴⁷ (58.7 años). En cuestión al parentesco del cuidador, el 58.3% de la población resultó ser conocido o amigo y solo el 22.9% hijas o hijos del enfermo o paciente. El cual difiere con los resultados expresados por González⁴⁴ y su grupo mencionan que 24% corresponde a hijas cuidadoras, Garzón y col.⁴⁸ refieren 47.3% y Gold y col.⁴⁹ señalan 71% del mismo parentesco.

Con respecto al estado civil, el porcentaje más alto corresponde a los casados (60.4%) y en menor proporción a los solteros (27.1 %).

El nivel de escolaridad de los cuidadores de pacientes con EA es, en proporción descendente, profesional (33.3), preparatoria (29.2), secundaria (29.2) y primaria (8.3), es de destacar que un poco más del 60% han cursado un grado mayor al de la secundaria.

El porcentaje de las diferentes actividades laborales de los cuidadores de pacientes con EA es empleado 60.4%, hogar 12.5%, sin ocupación 10.4%, comerciante 8.3% y jubilado o pensionado 8.3% respectivamente.

Asimismo, encontramos que en cuanto al tiempo que tienen cuidando al enfermo el porcentaje más alto fue de 1 a 5 años con el 79.2% y en menor proporción el de 11 a 15 años con el 2.1%.

Acerca del perfil físico del cuidador, el 60.4% definió su estado de salud como regular. González y su grupo⁴⁴ mencionan 26% de cuidadores sanos; en contraste, Lucas y su equipo⁴³ refieren 75.2%. González y col.⁴⁴ ubican a las enfermedades físicas como las más comunes (45%).

Dentro de las razones de ser cuidador, el 62.5% refirió hacerlo por afecto, el 31.3% refirió hacerlo por deber moral y sólo el 6.3% por obligación. Dichos resultados contrastan con González y col.⁴⁴ 50% de sus cuidadores lo hacen por obligación y 24% por deber moral.

CONCLUSIONES

El perfil del cuidador no difiere con los resultados de otros reportes. En la población de este estudio, el perfil del cuidador tiene las siguientes características importantes: la mayoría son mujeres, personas casadas, profesionistas y empleadas, conocida o amiga del paciente o enfermo. Generalmente los cuidadores cursan con afectaciones físicas, crónico-degenerativas o síntomas psicósomáticos que pueden exacerbarse al desempeñar la función de cuidador, porque no se prevé oportunamente las situaciones estresantes y de sobrecarga. El médico familiar debe identificar y orientar al cuidador a reconocer los posibles síntomas para prevenir o disminuir las situaciones estresantes o de sobrecarga. También debe invitarlos a la búsqueda de apoyo por parte de otros cuidadores informales o formales, y la incorporación a grupos de apoyo y de autoayuda con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

El médico familiar debe identificar y diferenciar la enfermedad de Alzheimer para brindar un buen diagnóstico, estudio y tratamiento precoz, y no ignorar o subdiagnosticar el padecimiento, para brindar una atención integral en las unidades de primer contacto, mejorando la calidad asistencial en este grupo de edad que va en aumento en nuestra población, ya que la demencia tipo Alzheimer es la primera causa de incapacidad en el adulto mayor. Es prioritario identificar los factores de riesgo en nuestra población en relación con este tipo de demencia, para lograr una atención asistencial integral y multidisciplinaria, así como la educación del cuidador y de la familia.

Cronograma de actividades (gráfico de Gantt)

AÑO 2009-2010												
MES	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J
ACTIVIDADES												
CONTAR CON TOPICO DE INVESTIGACIÓN	■											
ELABORACION DEL PROYECTO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
INVESTIGACION DE BIBLIOGRAFIA	■	■	■	■								
DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION				■	■							
SOLICITAR LOS PERMISOS NECESARIOS					■							
SOLICITAR AUTORIZACION ANTE EL COMITÉ LOCAL					■	■						
APLICACIÓN DE ENCUESTAS						■						
CAPTURA DE DATOS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
ANALISIS ESTADISTICOS							■					
REVISION							■	■	■	■	■	■
CONCLUSIONES Y RESULTADOS										■	■	■
PUBLICACION DEL TRABAJO											■	■

ANEXO I

I.S.P.E.

(Inventario de Situaciones Potencialmente Estresantes)²⁷

A continuación se plantean una serie de situaciones a las que frecuentemente se enfrentan los cuidadores de enfermos de Alzheimer. En su caso algunas de estas puede que estén presentes, y otras puede que no. A medida que le vaya planteando cada una de ellas quiero que me diga si en la actualidad esta presente y si le produce algún malestar. De ser así, en que grado:

0= No presente/nada de malestar

1= Algo de malestar

2= Bastante malestar

3= Mucho malestar

1.- ¿No lo reconoce el enfermo a usted o a otros seres queridos?

2.- ¿Le repite continuamente las mismas cosas?, ¿Le hace la misma pregunta repetidamente?

3.- ¿Se desorienta el enfermo en lugares conocidos o poco conocidos, y no sabe el mes día u hora en que estamos?

4.- ¿Siente que no puede comunicarse con el enfermo como antes?

5.- ¿El enfermo reconoce que tiene algún tipo de problema, por ejemplo, fallos de memoria, o por el contrario dice que no le ocurre nada, que son los demás los responsables de todo lo malo que le pasa?

6.- ¿Hay momentos en que el enfermo se muestra alterado, inquieto o irritable?

7.- ¿Hay momentos en que el enfermo se muestra apático, aislado, sin ganas de hacer nada?

8.- ¿El enfermo ha dejado de controlar sus esfínteres?

9.- ¿El enfermo le plantea problemas a la hora de comer (Ej. tirar la comida, no querer comer, no le gusta la comida, etc.) o a la hora de asearse (no dejar que el cuidador lo asee, tener que estar pendiente de él para que lo haga)?

10.- ¿Tiene la sensación de que a veces el enfermo hace las cosas por fastidiar, deliberadamente, como siendo en parte consciente, sobre todo en cosas que realmente fastidian al cuidador (Ej. Cuando ve que va a salir el enfermo le dice que le duele algo), interpretándolo usted como que lo hace para que no salga a la calle y fastidiarlo?

11.- ¿Tiene la sensación de no tener a nadie a quien le pueda contar como se siente, con quien pueda descargarse emocionalmente?

12.- Hay ocasiones en el cuidado del enfermo en que se plantean situaciones que igual no sabe o que no puede resolver en ese momento. ¿Le genera esto sentimientos de ansiedad, frustración o impotencia?

13.- Hay momentos en el cuidado del enfermo en que, como consecuencia de un estado alterado, pueda responder ante el enfermo de un modo inadecuado, por ejemplo gritándole, golpeándole, muecas de enojo, etc. ¿Se siente culpable porque a veces se deja llevar por sus emociones y reacciones con el enfermo de un modo inadecuado?

14.- ¿Se siente triste, sin ganas de hacer nada y sin ilusión?

15.- ¿Siente que toda su vida gira en torno al cuidado del enfermo y que no tiene libertad para hacer cosas que le gustaría hacer?

16.- La enfermedad de Alzheimer implica un deterioro progresivo, en la que va viendo como el enfermo va perdiendo poco a poco capacidades, convirtiéndose en una persona distinta de la que conocía, sintiendo como si le fuera perdiendo. ¿Tiene estos sentimientos de pérdida de un ser amado?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ habiendo sido informado por el Dr. José Antonio Velázquez Téllez, sobre el tema de investigación, **“Situaciones estresantes en cuidadores con enfermos de Alzheimer en la A.P.A.E.S. A.C. en la ciudad de San Luís Potosí.”** Los motivos y las implicaciones en aplicación de un cuestionario, además de la confidencialidad de la información vertida en el mismo, doy mi pleno consentimiento para la realización de la encuesta en cuestión, estando de acuerdo con el uso que se le dará a la información vertida en el documento, aclarando que en cualquier momento de la aplicación del mismo, decido no participar, quede anulado el documento, liberándome de toda responsabilidad para el presente estudio.

ENCUESTADO

TESTIGO

Nombre y firma

Nombre y firma

ENCUESTADOR

Nombre y firma

Fecha: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Cuestionario del perfil del cuidador

Perfil demográfico del cuidador

Anexo 3

1. ¿Cuál es su género?
a) Masculino b) Femenino
2. ¿Que edad tiene usted?
a) Hasta 40 años b) 40 a 54 años c) 55 en adelante
3. ¿Cuál es su estado civil?
a) Casado b) Soltero c) Viudo d) Divorciado
4. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios? El ultimo grado que curso...
a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria o Técnico d) Profesionista
5. ¿A que se dedica?
a) Hogar b) Empleado c) Comerciante d) Jubilado/Pensionado e) Sin ocupación
6. ¿Que parentesco tiene con la persona que cuida?
a) Hijo/a b) Cónyuge o pareja c) Familiar d) Conocido o amigo
7. ¿Cuánto tiempo tiene proporcionándole cuidados?
a) 1 a 5 años b) 6 a 10 años c) 11 a 15 años d) 16 o más años
8. ¿Cuántas horas al día dedica a los cuidados?
a) 1 a 6 horas b) 7 a 12 horas c) 13 o más
9. ¿Cuáles son sus razones para ser cuidador?
a) Obligación b) Deber moral c) Afecto
10. ¿Usted cómo cuidador cómo considera su estado de salud?
a) Bueno b) Malo c) Regular
11. ¿El enfermo es derechohabiente de?
a) IMSS b) ISSSTE c) SSA d) SEDENA e) OTRO especifique _____

BIBLIOGRAFIA

1. Peña-Casanova J. Activemos la mente 1. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Fundación "la Caixa" 1999; 8-19.
2. Strejilevich L. Enfermedad de Alzheimer 2008, Neurología, Geriatria y Gerontología; pp.1-14.
3. González-Pérez G, Vega-López M: Desafíos Demográficos para las Instituciones de Salud en México. Memorias de la X Semana de la Investigación Científica. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, México, 109-116, 1999.
4. Gutiérrez RL: Consensos FUNSALUD. En: Grupo de consenso sobre el Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales. Fundación mexicana para la salud, 11,1996.
5. Feria VA, Orozco SS: Bases neurobiológicas del envejecimiento cerebral. Arch Neurocién, México, Vol. 3, No. 3: 153-159, 1998.
6. Ostrosky F, Madrazo NI: Diagnóstico neuropsicológico de las enfermedades neurodegenerativas. Arch Neurocién, México, Vol. 3, No. 3: 140-143, 1998.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. II Censo Nacional de Población y Vivienda 2005. www.inegi.org.mx
8. Tépac M R. Análisis demográfico y sociodemográfico de la población de adultos mayores de México, 2006-2050. Centro de documentación, información y análisis de la Cámara de Diputados. LX Legislatura. Octubre 2006.

9. García-Jiménez P. Síndromes geriátricos, apuntes de geriatría, apuntes de medicina 2008, Geriatría y Gerontología; pp.1-3.
10. Langton D, Anaya J. The independent. 106 millones de personas con Alzheimer para el año 2050. 2006; 1.
11. Martín-Hernández M. El enfermo de Alzheimer y sus cuidadores 2007, Neurología, Psicología; pp.1-2.
12. Montorio I, Yanguas J, Díaz-Veiga P: El cuidado del anciano en el ámbito familiar. En: Izal M, Montorio I, (eds.) Gerontología conductual, Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid, Síntesis, 1999. pp 141-58.
13. Stommel M, Collins C, Given B: The costs of family contributions to the care of persons with dementia. The Gerontologist, 32(2): 199-205, 1994.
14. Semple S: Conflict in Alzheimer's care giving families: Its dimensions and consequences. The Gerontologist, 32(5): 648-55, 1992.
15. Feria-Ochoa MI: Alzheimer: Una experiencia humana. En: Feria Ochoa M I, Aplicaciones del enfoque humanista existencial, México, Editorial Jus, 1998, pp 83-89.
16. Behrens MI, Vergara F. Cien años de la enfermedad de Alzheimer. Rev Méd Chile 2007; 135:103-110.
17. Alanís-Niño G, Garza-Marroquín JV, González-Arellano A. Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (1): 27-32.

18. Peña-Casanova J. Activemos la mente 2. Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Fundación “la Caixa” 1999; 7-9.
19. Puchol-Esparza D. Perspectiva evolutiva sobre la enfermedad de Alzheimer 2006, Neurología, Geriátría y Gerontología; pp.1-10.
20. Rodríguez-del Alamo A. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Fundación SPF de neurociencias 2005; pp.1-2.
21. Gutiérrez-Robledo LM. Diagnostico actual del problema, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, 2005. pp1-4.
22. Puglielli MD, M Kovacs PHD. Enfermedad de Alzheimer: un siglo después. Rev Méd Chile 2001; 129 (5), pp. 569-575.
23. Fundación Americana de Asistencia para la Salud. Atención para el cuidador: como manejar la tensión. 2004; www.ahaf.org
24. Peinado-Portero AI, Garcés-de los Fayos Ruíz EJ. Burnout en cuidadores principales de pacientes con alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. Anales de psicología 2004, año/vol. 14, nº 001, universidad de Murcia, España, pp83-93.
25. Guilló-Martínez P. Comprender el Alzheimer. Edición Generalitat Valenciana. Consellería de sanitat 2002; 1-3.
26. J.-Boggio M. Calidad de vida, salud mental y la familia del adulto mayor 2009, Medicina Familiar y atención primaria; pp.1-5.

27. Muela-Martínez JA, Torres-Colmenero CJ, Peláez-Peláez EM. Anales de psicología 2002, nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer, vol. 18, nº 2, pp.319-331.
28. Molina-Linde JM, Iáñez-Velasco MA, Iáñez-Velasco B. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. Psicología y Salud 2005, enero-junio, año/vol. 15, nº 001, Universidad Veracruzana, México, pp33-43.
29. Roig MV, Abegónzar MC, Serra E. Anales de psicología 2002, La sobrecarga en cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, vol. 14, nº 002, pp.215-227.
30. Axel-Jansson M. El costo social de la pérdida de la funcionalidad motora y cognitiva en el adulto mayor. Rev Sem Universidad de las Américas 2001; vol. 8, nº 1, pp69-93.
31. Montorio-Cerrato I, Fernández de Trocóniz MI, López López A, Sánchez Colodrón M. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología 1998; 14 (2): 229-48.
32. García-Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gacet Sanit 2004; 18 (2): 83-92.
33. Mauricio-Ocampo J, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Lobo L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. Colomb Med 2007; 38 (1): 40-46.

34. García S, Coral-Vázquez RM, Meza-Davalos E, Lucino-Castillo J, Martínez-Silva B, Villagómez-Ortiz AJ. Enfermedad de alzheimer: una panorámica desde su primera descripción hacia una perspectiva molecular. *Rev Med Int Mex* 2009; 25 (4): 300-12.
35. Dueñas E, Martínez MA, Morales B, Muñoz C, et al. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Med* 2006; 37 (1): 31-8
36. Pinto-Afanador N. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de adultos. *Avances en Enfermería*. 2004; 22 (1) 54-60
37. Felgueres-Salazar N, Niño-Gerardo A, Ordaz-Godínez E. Perfil epidemiológico y sobrecarga en el cuidador del adulto mayor. UMF No. 32 Guadalupe, N.L.
38. Artaso B, Goñi A, Biurrun A. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38 (4): 212-8
39. Moral-Serrana MS, Juan-Ortega J, Lopez-Matoses MJ, Pellicer-Magraner P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32 (2): 77-87
40. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiátrica Fac Med Barna* 2000; 27 (3): 131-4

41. López-Mederos O, López-Riera A, Santiago-Navarro P. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Aten Primaria* 1999; 24: 404-410
42. Lara-Rodríguez MA, Benítez-Martínez MG, Fernández-Gárate IH et al. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública Mex* 1996; 38: 488-457.
43. Lucas R, Rovira JC, Salva A, Vega R, Aixa M. Estado de Salud y calidad de vida en personas mayores, cuidadores/as en relación de no cuidadores. *Rev Gerontol* 2004; 14(4):214-28.
44. González OMA, Terán TM, Ponce RER, Sánchez ELE. Salud del cuidador y sus redes de apoyo en una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2003; 5(2):47-52.
45. Salieron AM, Alonso VP. Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobre carga del cuidador. *Rev Minister Trab Asuntos Sociales* 2004; 14(2):114-8.
46. Rubio MML, Sánchez IA. Perfil medico social del cuidador crucial ¿se trata de un paciente oculto? Unidad docente de medicina familiar y comunitaria de Terverl. *Rev Esp Gerona* 1999; 26(1):13.
47. Moral SMS, Juan OJ, Lopez MML, Pellicer MP. Profile and risk of mental illness in caregivers for home care patients. *Aten Primaria* 2003; 32(2):77-83.
48. Garzón H, Cortiella A, Pérez C, Escuer M. Estudio de la solicitud de psicogeriatría en un centro socio sanitario. *Rev Esp Gerona* 2004; 18(6):45-49.

49. Gold DP, Cohen C, Shulman K, Zuccherro C, Andrés D, Etezadi J. Care giving and dementia predicting negative and positive outcomes for caregivers. *Int J Aging Hum Dev* 1995; 41(3):183-201.
50. De los Reyes MC. Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología MERCOSUR. Foro de investigación: Envejecimiento de la población en el MERCOSUR. Noviembre 2001. Curitiba. Brasil.
51. Delicado-Useros MV. Características sociodemográficas de las cuidadoras de adultos mayores dependientes. *Praxis sociológica* – 10. 2006.
52. Lara-Palomino G, González Predaza Avilés A, Blanco Loyola LA. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008; 13 (4): 159-166