



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**FACTORES RELACIONADOS CON EL DESGASTE DE LOS CUIDADORES DE
ENFERMOS CRÓNICOS QUE RESIDEN EN LAS SALAS DEL HOSPITAL
ESPAÑOL DE MÉXICO.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA EN
GERIATRÍA**

PRESENTA

ADRIANA GARCÍA FAJARDO

TUTOR PRINCIPAL

**ALEJANDRO MONTIEL ESTRADA
FACULTAD DE MEDICINA**

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE 2015



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.

INDICE

MARCO DE REFERENCIA

- Planteamiento del problema
- Pregunta problema
- Justificación
- Objetivos

MARCO TEÓRICO

- Antecedentes históricos

MARCO METODOLÓGICO

- Diseño
- Definición de conceptos
- Procedimiento
- Resultados
- Análisis
- Conclusiones
- Recomendaciones

Bibliografía

Título:

Factores relacionados con el desgaste de los cuidadores de enfermos crónicos que residen en las salas del Hospital Español de México.

MARCO DE REFERENCIA

Planteamiento del problema:

En América Latina, el comportamiento epidemiológico muestra que en la mayoría de los países las enfermedades crónicas se han convertido en las primeras causas de morbilidad y mortalidad. La tendencia al incremento de las enfermedades crónicas genera necesariamente crecimiento en el volumen de personas que ofrecerán cuidado, ya sea de tipo formal o informal, situación que lleva a pensar en generar mayor conocimiento sobre cómo se cuida, qué se siente al cuidar, qué genera el cuidar y de qué forma se apoyará en este proceso o tarea del cuidador, por parte del personal de salud. (5)

Los estudios existentes sobre la provisión de cuidados a personas dependientes suelen definir este fenómeno como una situación que genera estrés crónico. De esta manera, los cuidadores pueden experimentar múltiples consecuencias negativas, entre ellas, un deterioro de su salud, un descenso de su satisfacción con la vida o una restricción de las relaciones sociales y el tiempo dedicado a actividades de ocio. La mayor parte de los costes derivados de la provisión de apoyo recaen sobre cuidadores informales (entre los que se encuentra la familia, principalmente), por lo que su labor tiene un elevado valor socioeconómico.

Estas consecuencias negativas que trae consigo el cuidado de enfermos crónicos, además, pueden mermar la calidad de los cuidados que se ofrecen, e incluso anticipar la institucionalización de la persona dependiente. Por ello, son numerosos los programas de intervención dirigidos a favorecer el bienestar de los cuidadores, diseñados desde la asunción de que el cuidador, para cuidar bien, antes debe cuidarse a sí mismo. (4)

Pregunta problema:

¿Existen diferencias entre los cuidadores remunerados y los cuidadores familiares, en relación con el grado de colapso y las características sociodemográficas?

Justificación:

Se cuenta con pocos estudios de cuidadores en pacientes institucionalizados, los cuales tienen características especiales en relación con los pacientes ambulatorios, encontrando alta comorbilidad, dependencia y apoyo estrecho de servicios de salud.

Además, en los estudios reportados, hasta 90% de los cuidadores tiene un lazo familiar con el paciente, por lo que es indiscutible la necesidad de conocer las características del cuidador remunerado y determinar el peso de los motivos del cuidado no favorables (no emocionales), como una influencia probable para el colapso del cuidador.

Es necesario investigar y documentar los datos sociodemográficos, así como determinar la prevalencia de desgaste profesional, para promover acciones que mejoren el ambiente, fortalezcan sus habilidades de cuidado y disminuyan los efectos negativos.

Objetivos

Objetivos generales:

Determinar los factores relacionados con el desgaste de los cuidadores de enfermos crónicos de las residencias del Hospital Español de México.

Objetivos específicos:

Identificar los patrones sociodemográficos de los cuidadores remunerados, no familiares.

Determinar, mediante el NPI, la gravedad de los síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes, y buscar su relación con el grado de desgaste del cuidador.

eDeterminar el grado de desgaste del cuidador mediante el cuestionario “Maslach de Burnout Inventory”.

Determinar el peso de la religiosidad como probable efecto protector de colapso del cuidador.

Valorar la relación que existe entre el grado de desgaste del cuidador y el número de agudizaciones, como una probable conssecuencia del cansancio.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos

Según el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), en 2003, 24% de los ancianos era dependiente para la realización de las actividades de la vida diaria, y 23% era dependiente en las Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD). Las enfermedades mayormente asociadas con dependencia fueron, en orden de importancia, enfermedad articular y diabetes mellitus tipo 2; también destacaron la enfermedad cardiovascular (ECV), el deterioro cognitivo, la depresión, la enfermedad de Parkinson, la fractura de cadera y la osteoporosis. (2)

La prevalencia del grado de severidad de la dependencia, según Manzini, en 2004, fue de 63.9% para la severa, 19.6% para dependencia moderada y 16.3% para la leve. La sobrecarga física en el cuidador de pacientes con mayor dependencia está más relacionada con actividades que involucran el traslado y la deambulaci3n. (5)

En 2010, en Alemania, 60% de los pacientes con dependencia recibían atenci3n en el hogar. 92% de los cuidadores eran informales, es decir, no expertos en el tema. Más de 90% estaba conformado por familiares, amigos o conocidos y entre 56% y 76% de los cuidadores vivía con el paciente. (3)

Las características sociodemográficas de los cuidadores más comunes son: sexo femenino, estado civil casado, escolaridad de primaria hasta bachillerato, siendo cuidador único, con experiencia de más de 37 meses. (5)

Desde hace 30 años, se ha estudiado el colapso del cuidador, observando efectos negativos y los factores predisponentes. Según Rigby, en 2009, la prevalencia del colapso del cuidador se encontraba entre 25% y 54%. Los efectos negativos en la salud del cuidador están constituidos por síntomas somáticos y la depresión (con mayor prevalencia en el manejo de pacientes con demencia).

Se consideran variables predictivas de desgaste del cuidador las anormalidades del comportamiento, la dependencia severa, la duración prolongada de cuidado e impedimento del sueño. Tienen una influencia probable la actitud negativa, los motivos del cuidado no favorables (no emocionales). Y son controversiales la edad, el sexo, el empleo, así como la relación con el paciente.

El comportamiento abusivo del paciente se relacionó con mayor nivel de colapso del cuidador, según Hansberry, en 2005. Por lo que, diagnosticarlo y tratarlo puede mejorar la salud del cuidador. Lee y cols., en 2000, pusieron al género como un factor determinante para el desarrollo de colapso, al encontrar relación con el desempeño de actividades del quehacer del hogar, con el sexo femenino, en mayor cuantía que con los de sexo masculino, sin embargo, otros estudios realizados en 2005 no encontraron diferencias.

Entre los efectos negativos del colapso del cuidador, se considera un predictor de asilamiento. Ya que, en un inicio, de 75% de los pacientes ancianos que recibía cuidados en casa, sólo 25% falleció en su domicilio.

También se observó que los familiares que cuidaban a los pacientes conservaron su empleo 37%, reduciéndose el porcentaje a 27% si la patología de base era la demencia. (3)

Otros estudios han demostrado las ganancias asociadas al cuidado de ancianos con demencia. Encontrando que los cuidadores más religiosos percibían una mayor ganancia, y que ésta era mayor cuando el cuidado era más frecuente en intensidad y tiempo. Por lo que se considera que realizar acciones sobre las ganancias podría paliar las consecuencias negativas relacionadas con el cuidado. (4)

Existen diversos estudios encaminados a buscar una asociación entre la habilidad del cuidador y la funcionalidad del paciente bajo su cuidado. Mediante el instrumento llamado Inventario de la Habilidad de Cuidado(CAI), el cual evalúa el conocimiento, el valor y la paciencia, se ha demostrado que el nivel de habilidad de los cuidadores es bajo, sin embargo, éste no se asocia con el grado de funcionalidad del paciente. Sólo entre 26% y 32% de los cuidadores alcanzó un nivel alto de habilidad, de acuerdo con esta evaluación. (5)

En 2006, se realizó el estudio “Mirada internacional de los cuidadores de enfermos crónicos”, incluyendo a 270 países, que concluyen que la mayoría de los cuidadores son familiares, que no son tomados en cuenta para el desarrollo de políticas públicas, que tendrían que considerar sus derechos sociales, emocionales, financieros, y de apoyo, que fortalecen o debilitan la habilidad para cuidar. Por lo que se considera a los cuidadores como parte fundamental del sistema de cuidado de la salud, con potenciales y limitaciones. (7)

MARCO METODOLÓGICO

Diseño: Estudio descriptivo

Definición de conceptos involucrados para este estudio:

-*Cuidador principal*: Persona, familiar o cercana, que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida.

-Persona en situación de enfermedad crónica discapacitante: Es el individuo que vive un proceso de deterioro progresivo de las funciones y capacidades a causa de una alteración específica, que afecta su estado de salud por un periodo superior a seis meses.

Procedimiento

-Criterios de inclusión:

Cuidadores, mayores de 18 años, que trabajen en la residencia del H. Español, vinculados con el servicio de geriatría.

Firma voluntaria del consentimiento informado para la participación en el estudio.

-Criterios de exclusión:

Negación expresa a participar en el estudio.

Formatos de recolección con datos incompletos.

Pacientes finados antes de la recolección de los datos.

Renuncia o despido del cuidador antes de la recolección de los datos.

-Recolección de la muestra: entrevistas directas, por el personal médico, a los cuidadores primarios, y a los pacientes sin deterioro cognitivo, mediante hojas de recolección de datos. Los datos referentes a los antecedentes médicos fueron recolectados de los expedientes clínicos.

-Principios éticos: se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes en el estudio.

-Autorizaciones en el ámbito institucional: se presentó la propuesta de protocolo de estudio al Comité de Bioética del Hospital Español de México, recibiendo la autorización para su aplicación.

-Este proyecto se realizó en las instalaciones de la residencia de enfermos crónicos del Hospital Español de México, de junio de 2014, a junio de 2015.

-Los instrumentos empleados en la ejecución del estudio son:

El Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q), que ha demostrado ser válido, fiable y breve, para la evaluación de los síntomas neuropsiquiátricos en las demencias. Método de cribado en la evaluación de los síntomas neuropsiquiátricos en la demencia, así como para la valoración del agotamiento emocional provocado en el cuidador. Útil en la práctica clínica diaria, mediante entrevista breve o en forma autoadministrada.

“Maslach Burnout Inventory”: es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana a 90%, está constituida por 22 ítems, en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y hacia los pacientes, y cuya función es medir el desgaste profesional. Se realiza en 10 a 15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: 1. cansancio emocional, 2. despersonalización y 3. realización personal. Con respecto a las puntuaciones, se consideran bajas las que se hallan por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

Índice de Barthel: Evalúa actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado; su deterioro implica la necesidad de ayuda de otra persona. La evaluación de las actividades no es dicotómica, por lo que permite evaluar situaciones de ayuda intermedia. Ésta es la versión más popular y la más utilizada en el ámbito de la geriatría.

Índice de comorbilidad de Charlson: En general, se considera ausencia de comorbilidad: una puntuación de 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos, y comorbilidad alta la mayor a 3 puntos. Predicción de mortalidad en seguimientos

cortos (< 3 años); índice de 0: (12% mortalidad/año); índice 1-2: (26%); índice 3-4: (52%); índice > 5: (85%).

-Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 20).

Resultados

-Datos sociodemográficos de los cuidadores y los pacientes

Se incluyeron cuatro salas de la residencia del Hospital Español de México, con un total de 119 pacientes, 43 de los cuales son asistidos por cuidadores remunerados. Se incorporó en el estudio a 104 cuidadores, de los cuales 6 fueron excluidos (3 pacientes fallecieron antes de la entrevista, 2 cuidadores no completaron la entrevista y una se rehusó a participar).

El número de cuidadores por paciente fue de 2 en 54% de los casos y de 3 en 25%. El estado civil reportado fue: casado 46%, soltera 27%, divorciada 17%, viuda 8.2 por ciento. La edad promedio de los cuidadores fluctuó entre los 40 y 60 años en 60% de los casos, seguida por 27% con edad entre los 20 y los 40 años, y 12 cuidadores mayores de 60 años.

97% de los entrevistados fue de sexo femenino.

Con relación a la escolaridad, 3% era analfabeta, 24% concluyó primaria, 38% terminó secundaria, 32% preparatoria, y sólo 4 cuidadores realizaron estudios de licenciatura o se encontraban cursándola.

-Datos sociodemográficos de los pacientes

Se interrogó a siete pacientes de la sala dos, 11 de la sala tres, 28 de la sala once, 28 de la sala doce y 24 de la "Plácido Domingo". Ochenta por ciento de los pacientes registró una edad entre los 80 y 100 años, 7% tenía entre 61 y 74 años y 5 pacientes mayores de 100 años. En cuanto al género, 82% eran mujeres.

Con relación a la escolaridad, sólo uno era analfabeta; 18 pacientes realizaron estudios de primaria, 8 de secundaria, 31 de preparatoria, 15 de licenciatura y uno de maestría. No se logró encontrar el dato de escolaridad en 24 pacientes.

-Funcionalidad, comorbilidad y síntomas neuropsiquiátricos de los pacientes asilados

En cuanto a su comorbilidad, el índice de Charlson se mostró Alto (con más de 3 enfermedades) en 83% de los pacientes, 13% fue bajo (2 enfermedades) y sólo en 4% estuvo ausente.

Se interrogó sobre hospitalizaciones o canalizaciones en la sala durante los últimos doce meses, siendo nulo en 28% de los casos, en una sola ocasión en 35%, en dos ocasiones en 18%, y en tres o más en 19% de los casos.

En cuanto a la funcionalidad, no se reportó ningún paciente independiente, 22% era dependiente leve, 15% con dependencia moderada, 19% con dependencia grave y el 43% con dependencia total.

Se aplicó la escala NPI-Q, encontrando sin gravedad sólo a un paciente. En el resto, 41% reportó menos de 12 puntos de gravedad, 43% entre 13 y 24 puntos y 15% reportó entre 25 y 36 puntos.

El estrés generado por los síntomas neuropsiquiátricos fue nulo en 25% de los casos, leve en 21%, moderado en 39%, severo en 10% y muy severo en 5%.

-Prevalencia del colapso del cuidador remunerado

El cansancio emocional se reportó alto en 2% de los cuidadores, moderado en 11% y leve en 87%.

En la despersonalización, 88% lo estaban de forma leve, 8% lo estaba de forma moderada y sólo 2% de forma severa.

En la realización personal, 66% lo estaban de forma leve, 26% se realizaba de forma parcial y 13% no se sentía realizado.

-Factores asociados al colapso del cuidador remunerado

La experiencia de los cuidadores fue en su mayoría de entre 10 y 20 años (35%), seguida por el grupo de 3 a 10 años, en 32% de los casos y por la de más de 20

años, en 17 por ciento. El tiempo a cargo del paciente fue menor de 3 años en 60% de los casos, seguido por 25% con entre 3 y 10 años. El número de días a la semana dedicados a este trabajo fue de 3 a 4 días en 41.8% de los casos, seguido por 6 días a la semana en 21% y dos días en diez por ciento.

Se encontró que 50% de las cuidadoras trabajaba 12 horas por turno, y 36% tenía horario de 24 horas continuas, 9% trabajaba menos de 8 horas al día, y sólo 4 cuidadoras trabajan de 36 a 48 horas a la semana.

En cuanto a la relación con el paciente, para 44% se trataba de una relación de trabajo, 26% de una relación de familia, 20% de amistad y 8% de conocidos. Con relación a la capacitación, 32.7% refirió no haber tenido ningún tipo de entrenamiento, 34% tomó algún curso, 18% asistió a alguna plática y sólo 14.3% estudió una carrera técnica en salud.

Se interrogó sobre las horas de sueño al día, refiriendo menos de 5 horas en 39% de los casos, y 58% entre 5 y 8 horas. Sin embargo, al calcular las horas de sueño a la semana, 60% dormía menos de 56 horas a la semana, es decir, menos de 8 horas diarias.

Cuarenta por ciento de las cuidadoras tenía a su cuidado un segundo paciente o a alguien de sus familiares, 47% de éstos lo hacía por más de 8 horas al día, 22% durante 1 a 2 días y 6% durante toda la semana.

Sólo 10% de los cuidadores tenía otro trabajo, diferente del de cuidar pacientes. 90% de los que trabajaban lo hacían entre 1 y 2 días a la semana.

64% de los cuidadores vivía a más de 3 horas de distancia de la residencia, y 25% requería entre dos y tres horas para su traslado. Sólo 10% hacía menos de 2 horas de trayecto a su trabajo.

A la pregunta de cómo percibían su salud, 51% reportó que se encontraba bien, 49% la refirió regular y ningún participante la reportó como mala. Aún cuando entre las cuidadoras había dos portadoras de cáncer de mama y dos padecían nefropatías.

Se interrogó sobre los factores protectores de colapso del cuidador:

En cuanto al grado de religiosidad, 43% se consideró muy creyente, 41% creyente moderado y 16% se calificó como poco creyente.

29% acudía a un programa de rehabilitación 2 veces por semana; 14%, 3 veces por semana, y 57% no asistía a ninguna sesión.

Se interrogó sobre el apoyo percibido por el servicio de damas voluntarias, encontrándolo nulo en 24% de los casos, con menos de 3 horas a la semana en 61% y sólo 15% como mayor a 3 horas a la semana.

En cuanto al apoyo familiar, 30% no recibía llamadas telefónicas, 17% recibía una llamada a la semana, 52% recibía más de 2 llamadas a la semana. Según sus cuidadores, 6% no recibía visitas, 35% recibía una visita al mes, 21% entre 1 y 2 visitas a la semana y 38% más de 3 visitas a la semana.

Al preguntar a los cuidadores cómo percibían a la persona que les remuneraba sus servicios, 70% dijo percibirlos como apoyo, 29% dijo que eran demandantes y 2% los percibió neutros.

Análisis

Mediante la prueba de χ^2 encontramos una fuerte asociación de la despersonalización de los cuidadores con las siguientes variables:

-Experiencia como cuidador de una a tres años con un mayor grado de despersonalización (chi-cuadrada 0.018), además la despersonalización del cuidador incremento cuando los tiempos de traslado se encontraban entre 30 y 60 minutos.

-El número de agudizaciones se relacionó a un mayor grado de colapso conforme el número de hospitalizaciones incremento (χ^2 0.026), hasta que sobrepaso las 3 hospitalizaciones donde ya no hubo incremento de la despersonalización.

-Los síntomas neuropsiquiátricos fueron también asociados con un mayor grado de despersonalización (χ^2 0.046), esta fue mayor cuanto mayor fue el puntaje del NPI-Q.

-El número de visitas que los familiares realizaron a sus pacientes, se relacionó con el grado de despersonalización del cuidador (chi-cuadrada 0.038), el desgaste fue mayor cuando los pacientes no eran visitados o solo lo hacían una vez al mes. El cansancio de los cuidadores no tuvo asociación estrecha con ninguna de las variables, pero la falta de realización se asoció con:

-Número de visitas al paciente (chi-cuadrada 0.047), siendo mayor la asociación cuando los pacientes eran visitados solo una vez al mes, o no eran visitados.

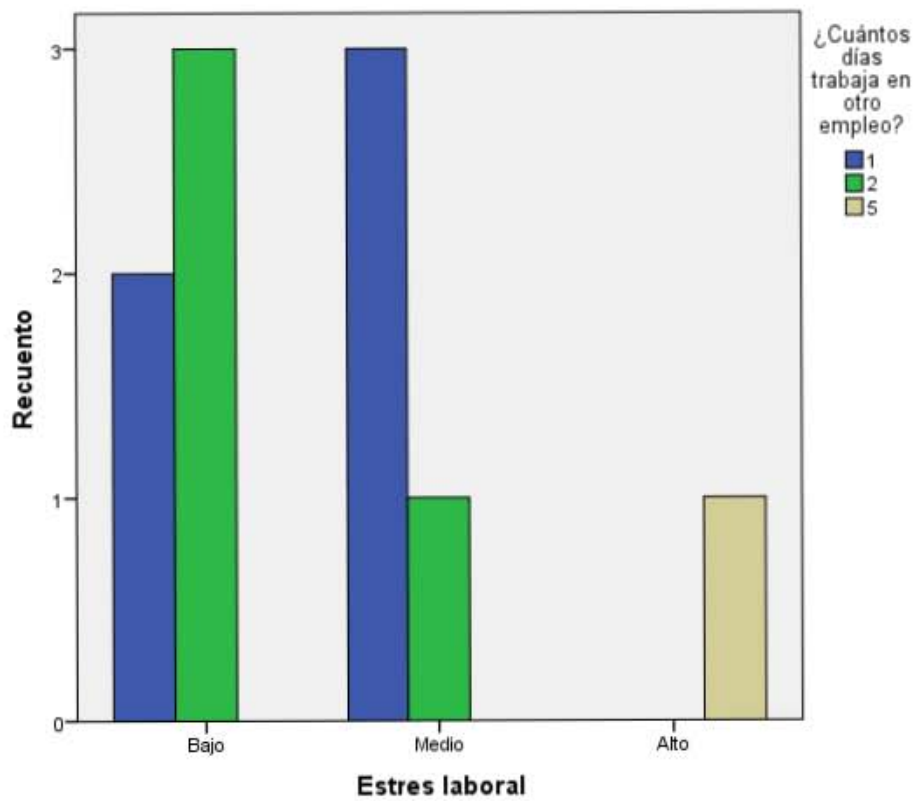
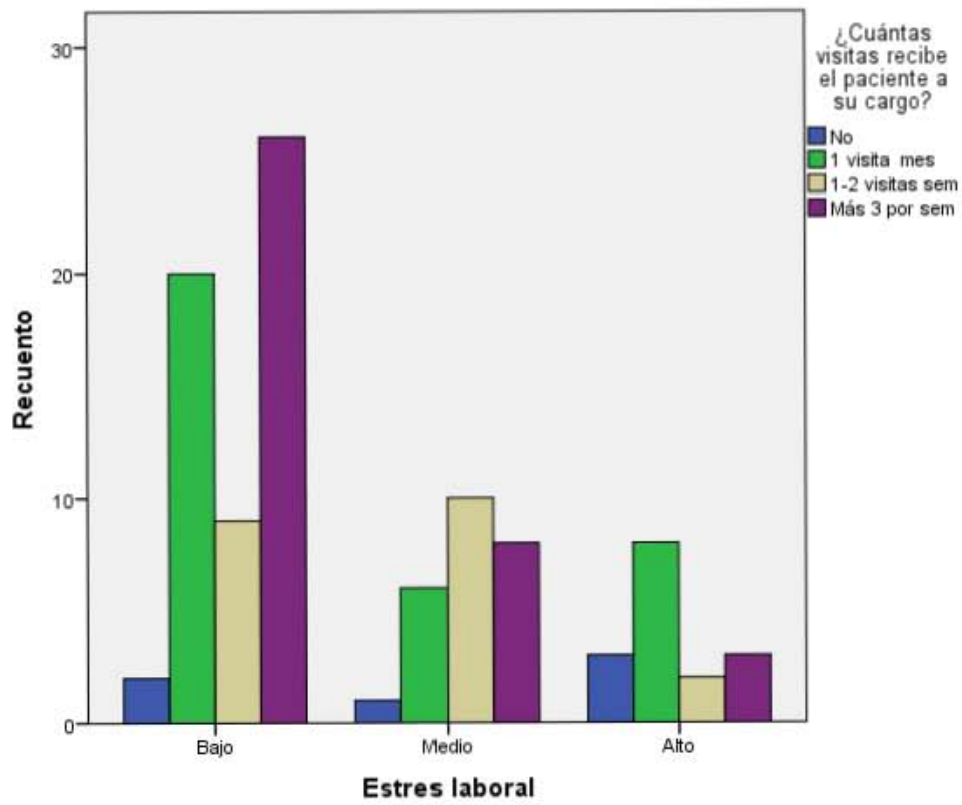
-Número de días que los cuidadores dedicaban a trabajar en otro empleo (chi-cuadrada 0.036), siendo mayor la realización cuando trabajaban uno a dos días y menor cuando laboraban los cinco días de la semana.

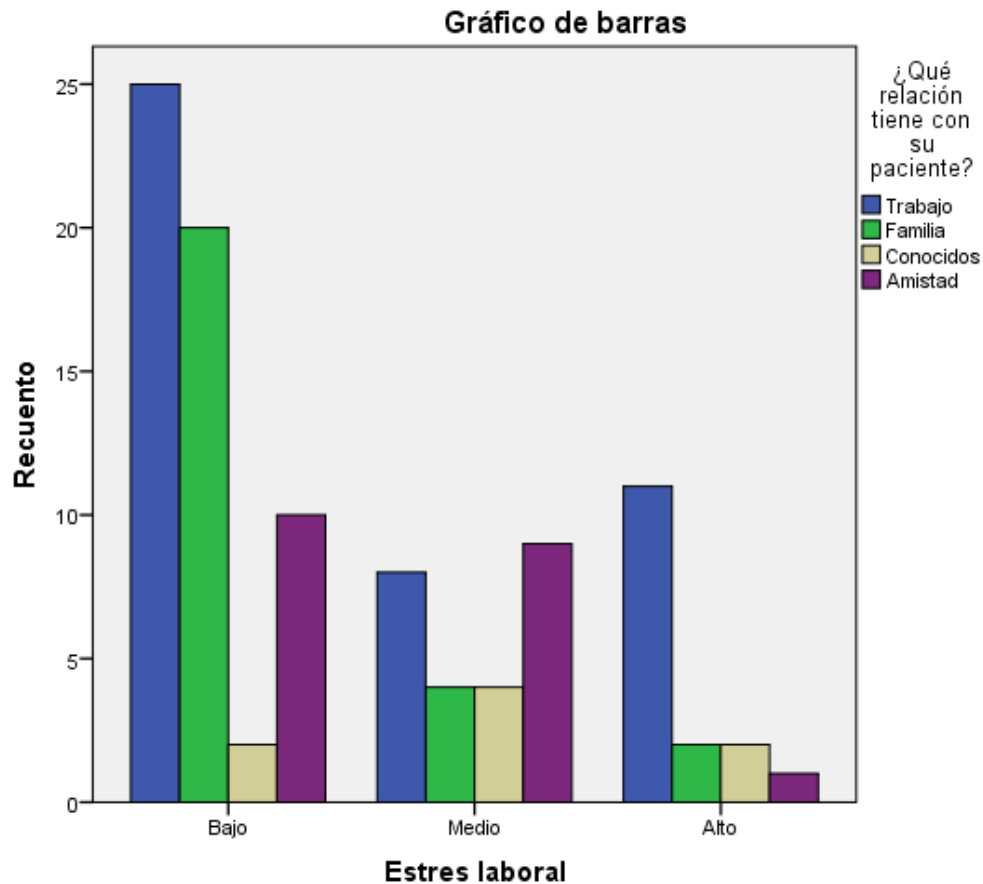
Finalmente se realizó el ajuste de estrés laboral, considerándose colapso cuando el cuidador tenía puntuaciones altas en cansancio, despersonalización y falta de realización personal. Considerando tres grupos de estrés laboral al bajo, medio y alto. Se observó fuerte asociación con las siguientes variables:

-Número de visitas de los familiares a los pacientes (chi-cuadrada 0.020), más de tres visitas a la semana se asoció con estrés laboral leve, una a dos visitas por semana se asoció con estrés laboral medio y una visita al mes o ninguna con estrés laboral alto.

-Número de días que los cuidadores dedicaban a otro empleo (chi-cuadrada 0.024), presentado estrés laboral bajo aquellos que trabajaban dos días en otro empleo que no se relacionara con cuidar pacientes, estrés laboral medio cuando laboraban 2 días a la semana y estrés laboral alto cuando laboraban los cinco días a la semana.

-Relación cuidador-paciente (chi-cuadrada 0.018) con estrés laboral bajo cuando los cuidadores consideraban a su paciente parte de su familia, estrés laboral medio cuando los consideraban amistad y estrés laboral alto cuando los consideraban trabajo.





Conclusiones

-Análisis de los datos sociodemográficos de los cuidadores y las personas a quienes ellos cuidan

En lo que respecta a los datos sociodemográficos de los cuidadores, encontramos que el número de cuidadores promedio de nuestros pacientes es mayor al de los estudios antes publicados, siendo cuidadores únicos en la mayoría y en el nuestro de 2 cuidadores en 50% de los pacientes y de 3 en 25%.

Sobre las características sociodemográficas de los pacientes residentes de las salas, el promedio de edad de los asilados fue entre los 80-100 años, presentaron un alto grado de comorbilidad en 83% mediante el Índice de Charlson.

-Valoración de la funcionalidad de la persona en situación de enfermedad crónica discapacitante

Encontramos una prevalencia de dependencia total de 43%, sin ningún paciente con independencia para sus actividades de la vida diaria. Con un incremento discreto en la dependencia leve, reportada en 16% y la nuestra en 25%.

-Análisis de los factores asociados al Colapso del cuidador

Encontramos una prevalencia de colapso del cuidador en 16%, por debajo de la reportada en otros estudios (encontrándose entre 25-54%). De las tres áreas valoradas por la escala del Maslach el cansancio emocional y la despersonalización se encontraron de forma leve en más del 80% de los cuidadores. Sin embargo un poco más del 30% se encontraba con niveles parciales o nulos de realización personal.

En el análisis estadístico de los parámetros medidos por la escala de Maslach, encontramos una significancia estadística mediante la prueba X^2 : con las agudizaciones, siendo mayor la despersonalización del cuidador cuando los pacientes cursaban con 3 hospitalizaciones al año, nula cuando no habían sufrido agudizaciones y moderada cuando las hospitalizaciones ocurrían mas de tres veces por año.

Es conocido el efecto negativo de las anomalías del comportamiento de los pacientes en el desgaste de los cuidadores. Encontramos una correlación inversa entre la gravedad de los síntomas neuropsiquiátricos y la gravedad de la despersonalización del cuidador.

Otra variable que se correlacionó de forma inversa a la despersonalización fue el número de visitas que recibían los pacientes, siendo menor cuando los pacientes recibían más de tres visitas por semana, y mayor cuando no eran visitados o sólo recibían una al mes.

Cuando se realizó el análisis final comparando la presencia de colapso del cuidador independientemente de cual de sus parámetros estuviese alterado, se encontraron significativas la relación con el paciente y el número de visitas al paciente por sus familiares.

La relación con el paciente que se correlacionó con menor colapso del cuidador fue la familia, aquellos cuidadores que los consideraron trabajo obtuvieron mayor puntaje en la escala de colapso.

Recomendaciones

Es interesante observar una reducción de la prevalencia de desgaste del cuidador en comparación a los estudios de cuidadores familiares, al tratarse de una población de cuidadores no familiares, encargados de pacientes asilados con características especiales, alta comorbilidad, numerosas agudizaciones, alta prevalencia de dependencia total, síntomas neuropsiquiátricos presentes en más del 90% de los pacientes, con una gravedad significativa en más del 50%. Es reconfortante evidenciar niveles bajos de cansancio y despersonalización, pero son preocupantes los niveles de realización personal que se obtienen en esta empresa apenas ligeramente arriba del 50%.

De igual forma es de sorprender como nuestra visión cultural sobre el abandono de los pacientes asilados es errónea, ya que el 60% de nuestros pacientes recibe más de una visita a la semana. Así como establecer que el número de visitas como uno de los factores responsables de la despersonalización y por consiguiente colapso de los cuidadores, que nos hacen pensar en promover a la familia del paciente la importancia de mantenerlas y de motivar a los que no acuden.

Otra de las intervenciones que sugerimos es promover la búsqueda de la empatía entre cuidadores y pacientes, ya que se demostró que la amistad y el considerar a un paciente como de su propia familia disminuía el estrés laboral y aquellos que veían al paciente únicamente como relación de trabajo presentaron mayores niveles de estrés. Este nos parece un punto muy importante, porque muchas de los cuidadores consideraban que no debían fortalecer el vínculo con su paciente, pues por experiencia con pacientes previos o por instrucción en cursos este lazo podía ponerlas en situación de desventaja, con riesgo de depresión cuando ya no pudieran cuidar de él por despido o por el fallecimiento del paciente.

Finalmente es indispensable valorar los trastornos del comportamiento en todos los pacientes crónicos asilados, consideramos que el NPI-Q es buen instrumento para la detección de los pacientes con alta gravedad de estos síntomas y se requieren de estudios adicionales para determinar los factores asociados para buscar estrategias para su descenso.

Bibliografía

1. Fabà J, Villar F. Ganancias asociadas al cuidado de personas con demencia: adaptación al español de la escala GAIN. Revista. Española. Geriatría. Gerontología. 2013;48(3):109–114.
2. Gräßel E, Adabbo R. Perceived Burden of Informal Caregivers of a Chronically Ill Older Family Member Burden in the Context of the Transactional StressModel of Lazarus and Folkman. GermanyGeroPsych, 24 (3), 2011, 143–154.
3. Franzmann J, Krause K, Haberstroh J, Pantel J. Full-length Research Report Assessment of Self Perceived Social Competencies of Caregivers in Dementia Care Development and Psychometric Testing of the SOKO Dementia. GeroPsych, 27 (2), 2014, 67–73.
4. Martín-Carrasco M, Domínguez–Panchón A, Muñoz-Hermoso P, González-Frailea E, Ballesteros-Rodríguez J. Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. Revista Española Geriatría Gerontología. 2013;48(6):276–284.
5. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Publica Mex 2007;49 supl 4:S459-S466.