



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FUNDACIÓN CLINICA MÉDICA SUR

TITULO:

**FACTORES ASOCIADOS AL COLAPSO DEL CUIDADOR PRIMARIO EN EL
PACIENTE GERIATRICO HOSPITALIZADO**

TESIS DE GRADO
ESPECIALISTA EN GERIATRIA

PRESENTA:
DRA. MARIA DE LOURDES FIGUEROA SOLANO

DIRECTOR DE TESIS:
DR. MARIO ULISES PEREZ ZEPEDA

ASESOR:
DRA. IVONNE KARINA BECERRA LAPARRA

MEXICO. D.F

JULIO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**FUNDACIÓN CLINICA
HOSPITAL MEDICA SUR**

**DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG
JEFE DE ENSEÑANZA
FUNDACIÓN CLINICA
HOSPITAL MEDICA SUR**

**DRA. IVONNE KARINA BECERRA LAPARRA
PROFESOR TITULAR DE GERIATRIA
FUNDACIÓN CLINICA
HOSPITAL MEDICA SUR**

**DR. MARIO ULISES PÉREZ ZEPEDA
DIRECTOR DE TESIS
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA**

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco el apoyo brindado al Instituto Nacional de Geriátría, especialmente a la colaboración al Dr. Mario Ulises Pérez Zepeda, por sus enseñanzas, motivación y el tiempo dedicado a este trabajo, además de mi formación como Geriatra.

A Natalia Garrito, Nat, por su empeño y participación a la colaboración de este proyecto.

A Jocabed Rocha y David X. Márquez por sus contribuciones.

DEDICATORIA:

A Dios por darme la oportunidad de estar aquí y ahora gracias

A mi familia por su amor y apoyo

A Esteban por su apoyo absoluto

Y con amor incondicional por siempre a mis dos ángeles Carmen y Tayairi por darme un gran ejemplo de vida e inspiración

Y finalmente a mis pacientes por su confianza y la oportunidad de aprender cada día más

RESUMEN

Objetivos: Valorar los factores de riesgo asociados a colapso de cuidador en el paciente geriátrico hospitalizado, conocer la prevalencia y características demográficas de los pacientes geriátricos hospitalizados y sus cuidadores en la Fundación Clínica Médica Sur.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo, que incluyó 76 pacientes mayores de 70 años hospitalizados por cualquier causa que contaran con cuidador durante su estancia hospitalaria, se excluyeron a los pacientes con alteración del estado de conciencia al ingreso que imposibilitara realizar pruebas cognitivas y que se egresaran antes de 24 horas de estancia, se aplicaron dos cuestionarios ingreso y egreso, el cuestionario de ingreso incluía datos sociodemográficos generales como, edad, sexo, piso de hospitalización, estado civil, lugar de residencia, situación laboral, forma de manutención, así como escalas de funcionalidad (Barthel), movilidad (Rosow-Breslau y NAGI) y cognición (minimental de Folstein), además de la escala de Zarit de ingreso, el cuestionario de egreso incluía días de estancia intrahospitalaria, autopercepción de salud y algunos desenlaces que pudieron haberse suscitado durante la hospitalización tales como, incontinencia urinaria, caídas, constipación, delirium, úlceras por presión y escala de EURO QOL para calidad de vida además de Escala de Zarit al egreso, para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, inferencias y análisis multivariado.

Resultados: El estudio realizado contempla un total de 76 pacientes de 79 a 96 años, de los cuales 60% son mujeres y 40% hombres, el 47 % casado, 40 % viudos, 9 % divorciados y 3% solteros y 1% viven en unión libre. El resultado del análisis bivariado al ingreso mostro únicamente como variable significativa el minimetal de Folstein. La diferencia entre el Zarit de ingreso y egreso, en relación al estado de salud, incontinencia urinaria, minimental, estado de ánimo y funcionalidad no resultaron con significancia estadística; Respecto a las variables estudiadas del cuidador como sexo, escolaridad, estado civil, autopercepción de la salud y red de apoyo (amigos y familiares) tampoco fueron significativas.

El análisis multivariado mostro únicamente significancia estadística sobre la autopercepción del salud al egreso con RM 3.7 IC (1.07- 12.7) P= 0.038, y con tendencia a la significancia el aumento del número de medicamentos al momento del alta domiciliaria RM 0.43 IC (0.16-1.16) P= 0.098 y la afección en la funcionalidad por la escala de Barthel con RM 0.42 IC (0.15-1.18) P= 0.102.

Conclusiones: Los factores de riesgo asociados al colapso del cuidador en el paciente geriátrico hospitalizado en la Fundación Clínica Médica Sur son la alteración de la autopercepción de la salud del paciente al egreso, el número de fármacos al momento del alta hospitalaria y la disminución de la funcionalidad. No se observó significancia estadística sobre las variables estudiadas en el cuidador.

Palabras clave: colapso del cuidado, índice de Zarit.

ÍNDICE

| | | |
|-------|----------------------------------|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 4 |
| II. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. | 10 |
| III. | JUSTIFICACIÓN..... | 10 |
| IV. | PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:..... | 11 |
| V. | OBJETIVOS | 12 |
| VI. | HIPOTESIS..... | 12 |
| VII. | MATERIAL Y METODOS: | 12 |
| VIII. | RESULTADOS | 20 |
| IX. | DISCUSIÓN..... | 31 |
| X. | CONCLUSIONES | 33 |
| XI. | REFERENCIAS..... | 35 |
| XII. | ANEXOS | 36 |

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es una realidad a nivel internacional y nacional, en particular México ha presentado un crecimiento acelerado y exponencial de la cantidad de adultos mayores, en el 2010 las personas mayores de 65 años representaban el 6% de la población y se estima que para el 2016 el 15 % de los mexicanos tenga más de 65 años por lo que se habrá duplicado la población de adultos mayores en tan solo un cuarto de siglo. Estas cifras alertan sobre la importancia incipiente de atender las necesidades generadas en este grupo de edad, ya que este fenómeno tiene como consecuencia el aumento en la demanda de atención en el sector salud y social incluyendo servicios asistenciales y residenciales.

Se debe puntualizar que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sin embargo durante el proceso natural del mismo hay declinación de múltiples funciones en varios aspectos tanto fisiológica, psicológica y social, además existe mayor frecuencia de enfermedades crónicas y sus complicaciones. Finalmente esta combinación tanto de cambios asociados al envejecimiento como de enfermedades crónicas (con sus particularidades en adultos mayores) suelen terminar en discapacidad y en algún momento en dependencia.

La dependencia está definida como la necesidad que presenta una persona de ser auxiliada para la satisfacción de funciones básicas o instrumentadas de la vida diaria, debido a que es incapaz de realizarlas por sí misma, este impedimento es común en los adultos mayores, teniendo la necesidad de cuidado parcial o total, temporal o incluso permanente, dentro de las funciones frecuentemente afectadas se encuentran el baño, la vestimenta, o bien necesidad de supervisión para la administración de medicamentos, ayuda para el traslado; o requerimiento de rehabilitación física, ocupacional etc., estas circunstancias demandan ayuda de un cuidador que se encargue de supervisar, realizar o trasladar a un centro especial a su familiar, dicho lo anterior podemos ver que existe múltiples escenarios o contextos en los cuales un familiar juega el rol de cuidador.

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT 2012), más de cinco millones de adultos mayores mexicanos presentan alguna forma de

discapacidad; esta cifra es semejante al 46% reportado por la OMS para este mismo grupo poblacional en países de bajos ingresos, siendo el sexo femenino el más afectado, con una mayor prevalencia y severidad de la discapacidad. En la referida encuesta nacional, el 26.8% de los adultos mayores reportó tener alguna limitación para realizar actividades de autocuidado (caminar, vestirse, levantarse de la cama o bañarse); el porcentaje más alto se encontró entre los sujetos de 80 años y más (47.6%), siendo las principales limitaciones encontradas: funcionales (22%), cognitivas (18%) y visuales (16%).

Por otro lado, el concepto de cuidador se ha definido como: cualquier familiar, pareja, amigo o vecino con una relación personal y que proporciona una amplia gama de asistencia hacia el adulto mayor dependiente. La clasificación del cuidador está dada según el nivel de responsabilidad respecto a la necesidad de satisfacer las demandas del adulto mayor, denominándose como cuidador primario a la persona sobre quien recae la toma de decisiones y el mayor compromiso, el cuidador secundario, es aquel que funge como apoyo del cuidador primario. Algunos subtipos de cuidadores categorizados por distintas características son: remunerado (recibe remuneración económica), no remunerado (no recibe remuneración económica), formal (tiene capacitación para el cuidado de adultos mayores dependientes e informal (no tiene capacitación para el cuidado de los adultos mayores).

No obstante, se ha encontrado que la mayoría de los cuidadores de adultos mayores dependientes son mujeres cuidadoras, no remuneradas e informales. De acuerdo a los estudios se ha observado un perfil predominante en el cuidado del adulto mayor el cual recae frecuentemente en las mujeres (Armstrong y Kits, 2001), ya que tienden a dedicar más tiempo al paciente y suelen renunciar a sus empleos para brindar atención de tiempo completo al sus familiares. Generalmente el cuidador primario suele ser el cónyuge, en segundo lugar los hijos, principalmente hijas o nueras, y por ultimo otros familiares y personas allegadas o amigos.

Es importante mencionar que los cuidadores informales se caracterizan por algunos rasgos que los hacen especialmente vulnerables a claudicación durante el cuidado de un paciente, ya que las actividades realizadas suelen no tener remuneración y

generan una gran carga emocional, debido a que los conocimientos que tiene el familiar alrededor del cuidado de un adulto mayor son escasos tanto en cantidad y calidad, esta problemática genera importantes costos físicos, emocionales y económicos en el mismo cuidador ya que al sobrepasa sus capacidades tanto físicas, emocionales e incluso económicas, esto genera consecuencias negativas que sobrecarga en el cuidador y el paciente debido a una atención de mala calidad.

La tendencia de cuidar a la persona mayor en casa y por la familia se ve favorecida por motivos individuales como el sentimiento de corresponder recíprocamente, la creencia de que los cuidados familiares son mejores, el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales, o bien por necesidades económicas (Crocker House, 2001; Braudy Harris, 1998, Bowers, 1999).

Se han descrito ciertos factores tanto en el anciano como en el cuidador que se relacionan con la aparición de colapso del cuidador, estos se dividen en dos grandes categorías: la primera atribuible al enfermo y la segunda atribuíbles al cuidador. Respecto a los factores del enfermo se han descrito el grado de dependencia funcional, inmovilidad, demencia, en lo que respecta al cuidador son: sensación de pérdida del control, impotencia frente a las conductas del enfermo, sentimientos de culpa y vergüenza. Todos estos factores en conjunto pueden poner en peligro el equilibrio del cuidador, surgiendo alteraciones de la respuesta emocional que pueden llevar a la aparición de trastornos psicofisiológicos que instauran disminución en la calidad de la atención al enfermo, debido a trastornos de conducta en el familiar responsable, por ejemplo: pérdida de comunicación, repetición de conductas inadecuadas como desatención sobre las necesidades básicas de higiene y alimentación, necesidad de vigilancia constante, cambios de personalidad, depresión y angustia, los cuales no son externados ni evidenciados por el familiar hasta un momento crítico.

El concepto de colapso fue usado desde hace un siglo, pero se empieza a objetivizar a partir de los trabajos de Zarit y colaboradores, los cuales se dieron a conocer por la creación de una herramienta capaz de medir el fenómeno del colapso del cuidador. De acuerdo con George y Gwyther el colapso es el conjunto de problemas físicos, psicológicos, sociales y económicos que pueden ser experimentados por una persona que realiza tareas de cuidado.

La complejidad de los papeles de cuidado del adulto mayor son variables y difíciles de definir ya que la población de adultos mayores no es un grupo homogéneo y dependerá de ciertas características físicas, psicológica, sociales, económicas y culturales, por lo que la asistencia de cuidados es variable y la cantidad de esfuerzo y carga dependerán de los distintos requerimientos relacionados a cada paciente.

A continuación se describen conceptos teóricos en los cuales se ha basado este síndrome geriátrico:

Se describen dos tipos de colapso:

- El colapso objetivo relacionado con eventos o actividades derivadas de la prestación de cuidados relacionados con trabajo físico, se refiere a las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador, como el tiempo de cuidado, las tareas realizadas, el impacto en el ámbito laboral, el coste económico, las limitaciones en la vida social y los conflictos del papel del individuo al asumir el de cuidador y dejar de lado el papel que tendría que realizar (hijo, madre, esposa, etcétera).
- El colapso en la esfera subjetiva se refiere a los aspectos relacionados con las reacciones emocionales del cuidador ante la enfermedad o situación del adulto mayor, tales como preocupación, ansiedad, frustración o fatiga (Pinquart y Sorenson, 2003).

Por otro lado, y según el modelo de Pearlin, el cuidador se enfrenta a dos tipos de estresores, que en función del orden de aparición se pueden dividir en primarios y secundarios. Los estresores primarios hacen referencia, a las exigencias objetivas de la tarea de cuidar al paciente y se relacionan con el deterioro físico y cognitivo, la incapacidad funcional y los problemas de comportamiento del enfermo; y los estresores secundarios suelen derivarse de los primarios y se manifiestan en forma de conflictos familiares, laborales, económicos y psicológicos (pérdida de autoestima, indefensión aprendida, poca tolerancia y mala respuesta a la frustración).

Alrededor del 23% de los cuidadores informales que han asistido a sus enfermos durante 5 años o más informan que su salud es regular o mala, esto demuestra el

impacto que puede tener el cuidado de un enfermo sobre la calidad de vida del familiar responsable del cuidado. Por otro lado se ha evidenciado que el mismo cuidado influye negativamente al sistema inmunológico pudiendo causar secuelas de hasta tres años después de haber terminado con el papel de cuidador, incrementando el riesgo de padecer diversas enfermedades agudas o crónicas.

A pesar de lo anterior el 72% de los cuidadores informales no acuden a atención médica debido a que el cuidado de su familiar no se los permite o no lo consideran necesario ya que ellos juegan un papel secundario desde su perspectiva, por otro lado también se han documentado estilos de vida poco saludables asociados a cuidadores colapsados tales como una mala dieta (63%) y sedentarismo (58%).

Finalmente, en el ámbito de salud mental, se ha reportado la presencia de síntomas depresivos en los cuidadores colapsados en un 40%, ansiedad hasta un 50%, generando hasta en 70% sintomatología clínicamente significativa con repercusión sobre la toma de decisiones inadecuadas para el paciente.

La necesidad de estudiar el colapso del cuidador se remonta desde los años 50's con Townsend, sin embargo hasta de los 90's es que inicia la sistematización en el estudio del familiar colapsado, en un inicio los estudios se enfocaron principalmente en pacientes con demencia (en particular enfermedad de Alzheimer) (Specht et al., 2000). Posteriormente la investigación sobre otras condiciones y sus efectos en los cuidadores es cada vez mayor incluyendo otras comorbilidades tales como la enfermedad cerebro vascular, (Han y Haley, 1999), esclerosis múltiple (Scholte op Reimer et al.), enfermedad Parkinson (Happe y Berger, 2002); enfermedades psiquiátricas (Riebschleger, 2002) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Carlisle, 2000).

Pese a que el colapso del cuidador tiene considerable interés en la práctica clínica no se refleja el impacto de dicho síndrome a nivel de investigación, en la literatura a nivel internacional, existe un número limitado de estudios sobre factores de riesgo relacionado a la presencia del colapso del cuidador en el paciente geriátrico hospitalizado.

En lo que atañe a la hospitalización en adultos mayores, en México el principal estudio sobre el tema es el de Borges-Yáñez en que se analizó principalmente la

utilización de los servicios de segundo y tercer nivel de atención por la población de la tercera edad en tres hospitales de la Ciudad de México entre 1992 y 1993, el objetivo primordial fue conocer las características sociodemográficas de dicha población para tener una aproximación de las patologías más frecuentes que aquejan al adulto mayor, resultando ser más frecuentes las complicaciones de enfermedades crónico degenerativas. En este texto concluyen los autores que la generación de medidas de prevención en los niveles primarios de atención podría disminuir la tasa de hospitalización de los adultos mayores. Sin embargo se desconoce el impacto respecto de otras variables del paciente geriátrico hospitalizado y prácticamente ninguna acerca del colapso del cuidador.

La carga económica es uno de los factores más relevantes que contribuyen al colapso de cuidador, en los Estados Unidos se calcula que los cuidadores primarios informales gastan aproximadamente \$ 375 mil millones al año de su bolsillo en promedio para asuntos relacionados con el cuidado de adultos mayores dependientes; lo cual es casi el doble de lo que se gasta en servicios de atención domiciliaria y de hogares de ancianos.

Al respecto de la carga económica del cuidador primario del paciente geriátrico hospitalizado en México López Ortega y cols. (2013), realizaron un análisis comparativo entre los costos directos e indirectos que tienen adultos mayores hospitalizados y sus cuidadores primarios comparando una unidad de cuidados agudos geriátricos contra un servicio de medicina interna, los resultados mostraron diferencias significativas con menores gastos en la unidad geriátrica de cuidados agudos. Este estudio es relevante ya que es el primero en determinar la carga económica asociada a la hospitalización de los adultos mayores, lo cual es una pieza fundamental para reconocer el trabajo no remunerado e informal y su impacto sobre la economía de las familias mexicanas y de esta manera poder impactar en políticas de salud.

Se han descrito factores estresantes sobre la presencia de colapso en familiares de pacientes hospitalizados entre los que se han puntualizado como relevantes las cuestiones financieras, temor a la pérdida del ser querido, confusión emocional.

Otro factor determinante es la ansiedad que experimenta el familiar por el hecho de la hospitalización, ya que se someten a distintos estímulos ambientales intrahospitalarios, como la presencia de equipos invasivos, las conversaciones del personal del salud, la interacción con los familiares de otros enfermos, la ausencia de descanso, la iluminación permanente, entre otras.

En un estudio realizado por Nicholas A. Christaki en Estado Unidos de América en el 2006, en el que se observó que la hospitalización del cónyuge femenino aumentó las probabilidades de morir dentro de un mes en un 35%, mientras que la hospitalización del esposo aumento el riesgo de mortalidad hasta en un 44% en las esposas. De acuerdo a lo descrito podemos darnos cuenta del potencial que tiene la hospitalización de un adulto mayor sobre su cuidador o parientes cercanos y porque la necesidad de estudiar dicho síndrome.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El incremento en la necesidad de servicios de salud a nivel hospitalario del paciente geriátrico con dependencia parcial o total que tienen cuidador es una realidad imperiosa en la actualidad. El problema radica en la falta de detección del colapso del cuidador, en principio por falta de información objetiva alrededor de este tema. La detección del síndrome de colapso del cuidador debe formar parte rutinaria dentro de la valoración geriátrica integral, así como valorar los factores desencadenante del mismo, ya que el síndrome se ha visto relacionado con el aumento de desenlaces adversos y mayor morbilidad sobre el paciente tanto hospitalizado como ambulatorio y en su cuidador, dicho lo anterior es primordial su detección desde un evento agudo o crónico agudizado que lleva a un paciente a una institución de salud, ya que, una vez detectado podremos incidir con medidas tanto preventivas como intervenciones bien definidas sobre los factores de riesgo más prevalentes en la población geriátrica hospitalizada de este hospital.

III. JUSTIFICACIÓN.

Existe una creciente demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, las organizaciones gubernamentales no han podido cubrir por completo esta necesidad; por lo que también ha crecido la oferta por parte de Instituciones

no Gubernamentales que atienden a una fracción de esta población envejecida. Específicamente en el hospital médica sur ingresan un número importante de adultos mayores la mayoría con cuidador primario, por lo que se pueden obtener datos relevantes al respecto del fenómeno previamente descrito. Por otro lado, uno de los papeles primordiales del médico geriatra es intervenir en todos los factores que puedan causar deterioro de la salud del paciente, la hospitalización representa un cambio significativo en la condiciones previas de salud o enfermedad, la cual generalmente es desencadenada por una evento agudo o agudización de una enfermedad crónica que genera un cambio en el hábitat y necesidades tanto del paciente como del cuidador, creando estrés importante para ambos, dentro de la valoración geriátrica integral es trascendental abordar esta área ya que el cuidador es la persona en quien el medico geriatra se apoya para poder ofrecer una adecuada evolución clínica tanto a nivel hospitalario como al egreso, sabemos que la presencia de este síndrome impacta de manera directa sobre la evolución clínica del paciente pudiendo generar mayor estancia intrahospitalaria, abandono o maltrato, por lo que identificar de manera oportuna un familiar colapsado durante un periodo de hospitalización nos permitiría dar atención al binomio paciente-cuidador, para sobrellevar el evento estresante de la hospitalización y poder considerar desde el ingreso las necesidades y probable plan de egreso que ha sido una de las medidas que más ha impactado sobre dicho síndrome, dicho lo anterior en este estudio pretendemos conocer la presencia del colapso del cuidador así como los factores de riesgo asociados al mismo, siendo el primer paso que llevaría en posteriores estudios a evitar, disminuir o intervenir en estos factores y poder reducir desenlaces adversos a corto, mediano y largo plazo.

El beneficio de evitar o intervenir con un familiar colapsado es mejorar la calidad de vida del binomio paciente cuidador, disminuir complicaciones intrahospitalarias, disminuir costos hospitalarios, brindar una atención médica de alta calidad durante y después del evento agudo de enfermedad que llevo a la hospitalización

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a colapso de cuidador en el paciente geriátrico hospitalizado?

V. OBJETIVOS

PRINCIPAL:

- Valorar los factores de riesgo asociados a colapso de cuidador en el paciente geriátrico hospitalizado.

SECUNDARIOS:

- Conocer la prevalencia del colapso del cuidador en el paciente geriátrico hospitalizado.
- Evaluar el impacto que tiene el manejo geriátrico integral sobre la presencia de colapso de cuidador entre los pacientes que la recibieron y los que no.
- Conocer las características demográficas de los ancianos hospitalizados y sus cuidadores en el hospital Médica Sur.

VI. HIPOTESIS

Hipótesis nula: Existe al menos un factor asociado con sobrecarga del cuidador del adulto mayor hospitalizado.

Hipótesis alterna: No existen factores asociados con sobrecarga del cuidador del adulto mayor hospitalizado.

VII. MATERIAL Y METODOS:

Diseño del estudio: Observacional, descriptivo, longitudinal y prolectivo. En resumen se trata de un estudio de cohorte hospitalaria.

Universo y muestra: Se analizarán todos los pacientes mayores de 70 años que ingresen a servicio de hospitalización, independientemente del diagnóstico.

El tamaño de la muestra se determinó por medio del factor asociado cuya proporción en los adultos mayores con cuidadores colapsados fue de .4 y en aquellos sin colapso de .12

El Número total de casos del estudio = 70

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión.

1. Se estudiaron pacientes mayores a 70 años hospitalizados en Medicina sur.
2. Pacientes que tuvieran cuidador primario sea formal o informal, remunerado o no.
3. Pacientes que aceptaron participar en el estudio, con consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

1. Alteración del estado de conciencia al ingreso que imposibilitara realizar pruebas cognitivas.
2. Imposibilidad de comunicarse.

Criterios de eliminación.

1. Pacientes que se egresaron antes de 24 horas de estancia intrahospitalaria.
2. Pacientes que decidieron retirarse del estudio.
3. Paciente en estado crítico o con ventilación mecánica invasiva.
4. Fallecimiento del paciente.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

| Independientes. Son causa de variación de los fenómenos en estudio (CAUSA) | | Dependientes. Datos que son efecto de las variables independientes en estudio (EFECTO) | |
|---|--------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Variable | Escala (intervalo, ordinal, nominal) | Variable | Escala (intervalo, ordinal, nominal) |
| EDAD | NOMINAL | DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA | NOMINAL |
| SEXO | NOMINAL (SI, NO) | ESCALARA DE ZARIT | NOMINAL |
| ESCOLARIDAD | INTERVALO | INCONTINENCIA URINARIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NOMINAL |
| ESTADO CIVIL | NOMINAL | CONSTIPACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NOMINAL |
| TALLA | NOMINAL | DELIRIUM DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NOMINAL |
| PESO | NOMINAL | CAIDAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NOMINAL |
| AÑOS DE ESCOLARIDAD | NOMINAL | UPP DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NOMINAL |
| LUGAR DE RESIDENCIA | ORDINAL | EURO QOL CALIDAD DE VIDA | NOMINAL |
| SITUACIÓN ECONOMICA | ORDINAL | | |
| AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD AL INGRESO | ORDINAL | | |
| NUMERO DE HIJOS | NOMINAL | | |
| CUANTOS AMIGOS TIENE | NOMINAL | | |
| CUANTOS FAMILIARES TIENE | NOMINAL | | |
| MOTIVO DE INGRESO | ORDINAL | | |
| NUMERO DE ENFERMEDADES CRONICAS | NOMINAL | | |
| HEMOGLOBINA DE INGRESO | NOMINAL | | |
| POLIFARMACIA | NOMINAL | | |
| NUMERO DE FARMACOS | NOMINAL | | |
| DEFICIT VISUAL | NOMINAL | | |
| DEFICIT AUDITIVO | NOMINAL | | |
| INCONTINENCIA URINARIA | NOMINAL | | |
| PERDIDA DE LA MEMORIA (6 MESES) | NOMINAL | | |
| MINIMENTAL | NOMINAL | | |
| GDS | NOMINAL | | |
| BARTHEL | NOMINAL | | |
| LAWTON | NOMINAL | | |
| ROSOW- BRESLAU | NOMINAL | | |
| NAGI | NOMINAL | | |
| SINDROME DE CAIDAS | NOMINAL | | |
| PERIDAD DE PESO | NOMINAL | | |
| FUERZA DE PRESIÓN | NOMINAL | | |
| TIPO DE CUIDADOR | NOMINAL | | |
| EDAD DEL CUIDADOR | NOMINAL | | |
| QUIEN ES EL CUIDADOR | NOMINAL | | |
| SEXO DEL CUIDADOR | NOMINAL | | |
| AÑOS DE ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR | NOMINAL | | |
| AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DEL CUIDADOR | NOMINAL | | |
| CUANTOS AMIGOS TIENE EL CUIDADOR | NOMINAL | | |
| CUANTOS FAMILIARES TIENE EL CUIDADOR | NOMINAL | | |
| FUERZA DE PRESIÓN | NOMINAL | | |

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS:

Se incluyeron pacientes mayores de 70 años hospitalizados por cualquier motivo en el fundación clínica Médica sur que cumplieran los criterios de inclusión ya mencionados se realizaron los siguientes procedimientos:

Primera etapa: Se aplicó un cuestionario al ingreso que incluía datos sociodemográficos generales como, edad, sexo, piso de hospitalización, estado civil, lugar de residencia, situación laboral, forma de manutención, así como escalas de funcionalidad, movilidad, cognición (minimental de Folstein y escalara de Zarit al ingreso). **Ver anexo 1.**

Segunda etapa: Se aplicó un segundo cuestionario al egreso el cual se incluyó los días de estancia intrahospitalaria, autopercepción de salud y algunos desenlaces que pudieron haberse suscitado durante la hospitalización tales como incontinencia urinaria, caídas, constipación, delirium, úlceras por presión y escala de EURO QOL para calidad de vida además de Escala de Zarit al egreso. **Ver anexo 2.**

Las herramientas y escalas utilizadas se describen a continuación:

A. Colapso de cuidador

- a. El Cuestionario de Zarit para: Esta escala es utilizada para medir el grado de colapso subjetiva de los cuidadores de ancianos de pacientes con demencia. Se les pide a los cuidadores que respondan a una serie de 22 preguntas sobre el impacto de la discapacidad del paciente en su vida. Para cada ítem, los cuidadores pueden para indicar la frecuencia con que se sentían de alguna manera (nunca, rara vez, a veces, con bastante frecuencia, o casi siempre)

B. Escalas de funcionalidad:

- a. Barthel: Valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asigna diferentes puntuaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades entre las que se encuentran control de heces y orina, alimentarse por sí mismo, vestirse, levantarse de la cama y/o de la silla, bañarse por sí mismo, caminar al menos una cuadra, y ascender

y descender por las escaleras.. El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia

- b. Lawton: valora a la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad de realizar actividades instrumentales como utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

C. Escalas de movilidad:

- a. Nagi: evalúa cinco actividades de funcionalidad física, en donde se califica si es capaz de realizarlo sin dificultad, con dificultad o no es capaz de realizarlo.
- b. Rosow-Breslaw: Evalúa actividades físicas como; capacidad para realizar trabajo familiar pesado (lavar ropa, limpiar los pisos)

D. Escala de depresión geriátrica

- a. GDS: Escala para detectar la depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz, validada en población geriátrica. Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas sí/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular en lo posible tendencias a responder en un solo sentido. La Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:
 - No depresión 0-5 puntos
 - Probable depresión 6-9 puntos
 - Depresión establecida 10-15 puntos

E. Escalas de autopercepción de salud

- a. EURO QOL, calidad de vida: instrumento sencillo en el que el individuo valora su estado de salud de acuerdo a la dimensión de severidad en

respecto a movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y estado de ánimo y posterior mente se califica en una escala visual análoga.

F. Escala de screening para valoración cognitiva

- a. Mimental de Folstein: es un método para detectar el deterioro cognitivo de tamizaje, es rápido y sencillo de aplicar, valora los dominios más importantes y sencillos de la cognición.

G. Fuerza de prensión:

- a. se realizara medición de fuerza de prensión la cual es la habilidad cuantificable para ejercer presión con la mano y dedos, el paciente aprieta con fuerza el dinamómetro de prensión en 3 ocasiones, se toma el resultado con mejor fuerza y es cuantificada en kg de presión, lo normal es de 20 kg para mujeres y 30 para hombres.

Dentro del estudio se valoraron los siguientes síndromes Geriátricos:

- **Síndrome de caídas:** se define como más de 3 caídas en un año, o una sola caída que condicione hospitalización.
- **Incontinencia urinaria:** es la perdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social, que puede demostrarse objetivamente.
- **Polifarmacia:** según la OMS el consumo de más de 3 medicamentos.
- **Déficit visual:** según la OMS es cualquier restricción o carencia relacionada con la visión que altere la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano.
- **Déficit auditivo:** al déficit funcional o estructural relacionado a la disminución de la capacidad auditiva.
- **Delirium:** El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico complejo que es caracterizado por alteraciones de la conciencia, orientación, memoria, pensamiento, percepción y comportamiento, causado por una o más alteraciones tanto estructurales y fisiológicas que actúan directa o indirectamente sobre el cerebro.
- Se determinara la presencia de delirium durante la hospitalización por medio del método CAM (Confusión Assessment Method); Su aplicación es rápida y sencilla cuesta unos cinco minutos realizarlo, tiene una sensibilidad del 94-100%, especificidad del 90-95%.

Se realiza medio de las siguientes preguntas:

1. Comienzo agudo y curso fluctuante

¿Ha observado un cambio agudo en el estado mental del paciente?

Si la contestación es No, no seguir el cuestionario

2. Alteración de la atención

¿El paciente se distrae con facilidad o tiene dificultad para seguir una conversación?

Si la contestación es No, no seguir el cuestionario

3. Pensamiento desorganizado

¿El paciente manifiesta ideas o conversaciones incoherentes o confunde a las personas?

4. Alteración del nivel de conciencia

¿Está alterado el nivel de conciencia del paciente (vigilante, letárgico, estuporoso)?

Para el diagnóstico de delirium son necesarios los dos primeros criterios y por lo menos uno de los dos últimos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para el análisis univariado se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión; en el caso de las variables continuas medias y desviaciones estándar, mientras que para variables ordinales frecuencias simples y relativas. Para la división del puntaje de la escala de Zarit de sobrecarga en dos categorías, aquellos sujetos que presentaron residuales positivos de una regresión del puntaje inicial contra el puntaje final de esta escala fueron considerados con sobrecarga, mientras que aquellos con residuales negativos fueron considerados sin sobrecarga. A partir de esta división se realizó el análisis bivariado, en el cual las variables fueron comparadas entre el grupo con sobrecarga y el grupo sin sobrecarga; para el caso de variables continuas se utilizó la prueba t de Student mientras que para aquellas variables ordinales la prueba de la Chi cuadrada. En el caso del análisis multivariado, se realizó una regresión logística teniendo como variable dependiente a la sobrecarga (tiene o no tiene sobrecarga, según el

procedimiento estadístico previamente descrito. Se realizaron modelos no ajustados y ajustados al resto de las variables significativas.

Todos los análisis se realizaron con respecto a las variables de ingreso, de egreso y las diferencias entre las de ingreso y egreso si estaban disponibles. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa a aquellas con un valor de $p < 0.05$. Todos los análisis se realizaron con STATA 14.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección II, investigación con riesgo mínimo, se anexa hoja de consentimiento informado. Ej.- Estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios.

Todos los procedimientos del estudio se apegan a la declaración de Helsinki en su última versión. Todos los adultos mayores y sus cuidadores firmaron consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se anexan dos consentimientos informados, uno para el paciente y uno para el cuidador.

El consentimiento informado del paciente es para obtener datos sociodemográficos, evaluación de tamizaje cognitivo por medio de Minimental, escala de funcionalidad por medio de Barthel y Lawtón, escalas de movilidad por medio de Rosow Breslau y NAGI y se valorara la presencia de delirium por medio de CAM. (Confusión Assessment Method). **Ver anexo 3.**

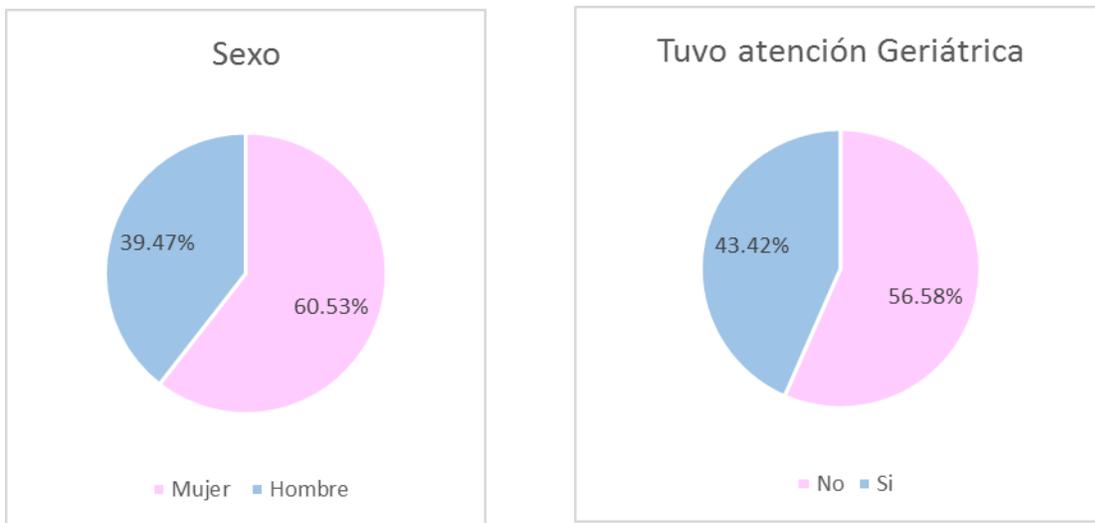
Consentimiento informado del el familiar, para contestar el cuestionario de Zarit. **Ver anexo 4.**

El proyecto fue aprobado por los comités de ética y de investigación de la Fundación Médica Sur. Se anexan cartas de aprobación. **Ver anexo 5.**

El proyecto también se encuentra registrado en el Instituto Nacional de Geriátría (INGER), en el Sistema de Registro, Evaluación y Seguimiento del INGER, con el número DI-PI 014/2015. **Ver anexo 6.**

VIII. RESULTADOS

Se evaluaron 76 sujetos hospitalizados, de los cuales el 60.53 % fueron mujeres y el 39.47 % fueron hombres. Del total de la muestra el 43.2 % recibió atención geriátrica mientras que en 56.58% no, gráficos 1 y 2.



Gráficos 1 y 2

Respecto al piso donde prevalecieron los ingresos de adultos mayores fueron el piso geriátrico con un 43.42 %, en segundo lugar la terapia intermedia con 28.95%, el resto se muestra en gráfico 3.



Gráfico 3

Respecto a la escolaridad la mayoría tenía nivel licenciatura representando el 39.8% preparatoria el 23.68%, secundaria el 13.16%, primaria el 11.84%. Resto se observa en el grafico 4.

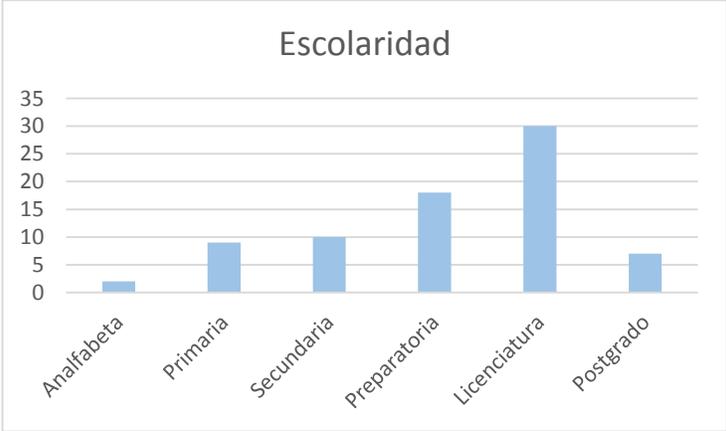


Grafico 4.

Respecto al estado civil el 47.37% eran casados, el 39.47% viudos, el 9.21% divorciados, el 2.63% Vivian en unión libre y únicamente el 1.32% fueron solteros. Grafico 5.

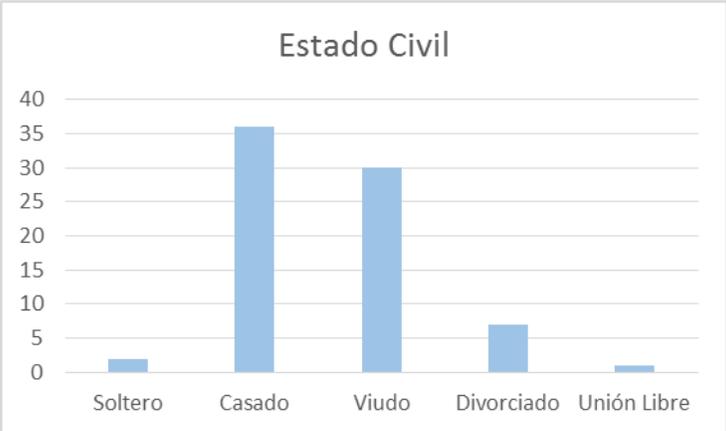


Grafico 5.

Respecto al lugar de residencia previo al ingreso el 74 pacientes (97.3%) Vivian en habitación particular, mientras que el 1.32 % vivían en hogar asistido y asilo. Grafico 6.

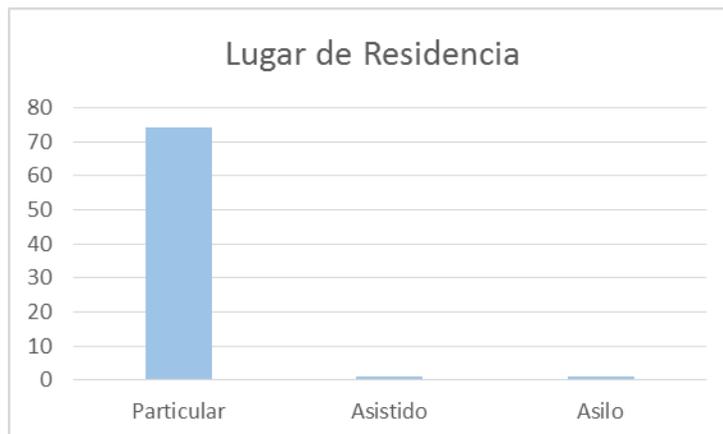


Grafico 6.

Los pacientes con seguro de gastos médicos mayores fueron 57.8% y los que no tenían representaron el 42.11%, (Grafico 7). La autopercepción de la situación financiera en 59 pacientes (77.6%) la describieron como buena mientras que solo 8 pacientes (10.53%), la describieron como mala. Grafico 8.

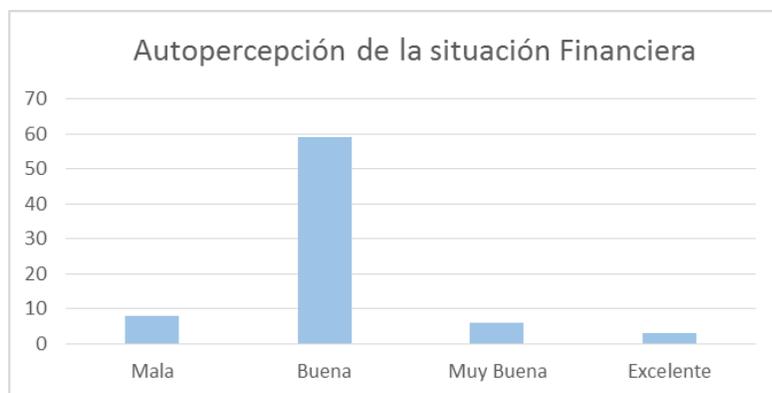


Grafico 7 y 8.

La red de apoyo respecto a hijos, número de amigos y número de familiares se representa en el grafico 9.

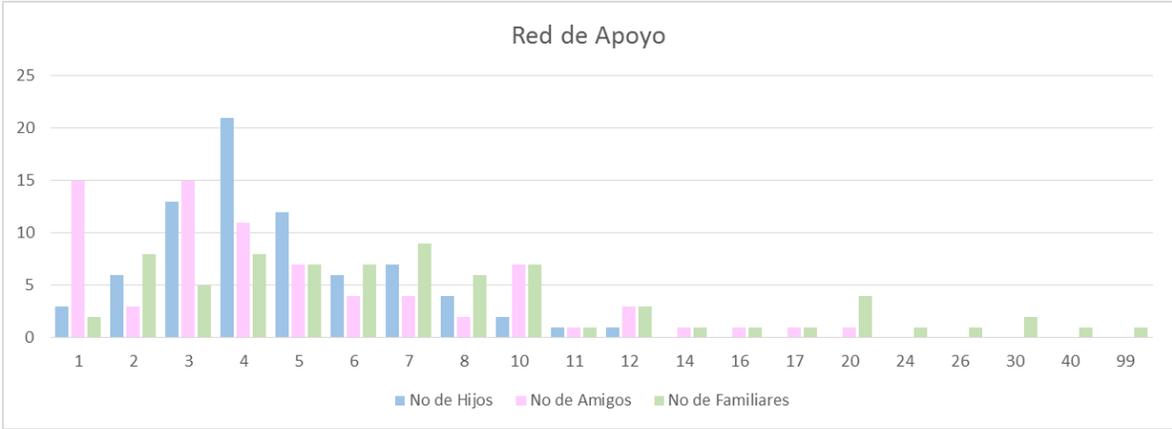


Grafico 9

El número de enfermedades crónica se representa en el grafico 10.

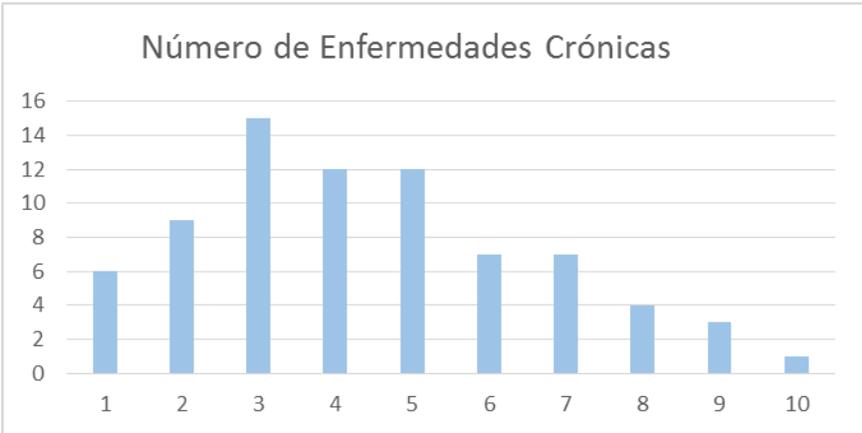


Grafico 10

Respecto a los síndrome geriátricos valorados se encontró que el 93.42% tenía déficit visual (grafico 11), el 46.05% déficit auditivo (grafico 12) y el 85.53% tenían polifarmacia al momento del ingreso. Grafico 13.

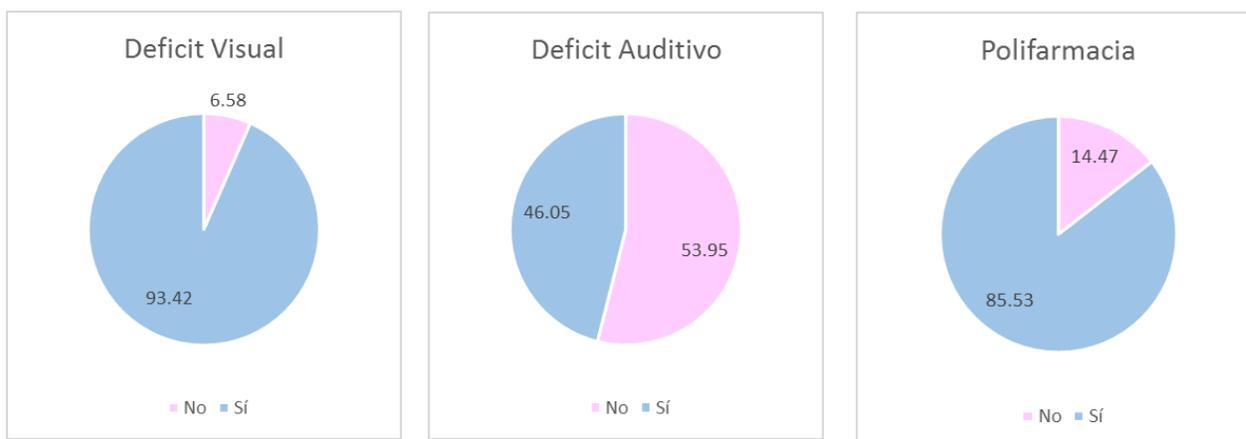


Grafico 11, 12 y 13

Autopercepción de la salud al ingreso y al egreso y el Zarit ingreso y egreso se muestran en los gráficos 14 y 15.

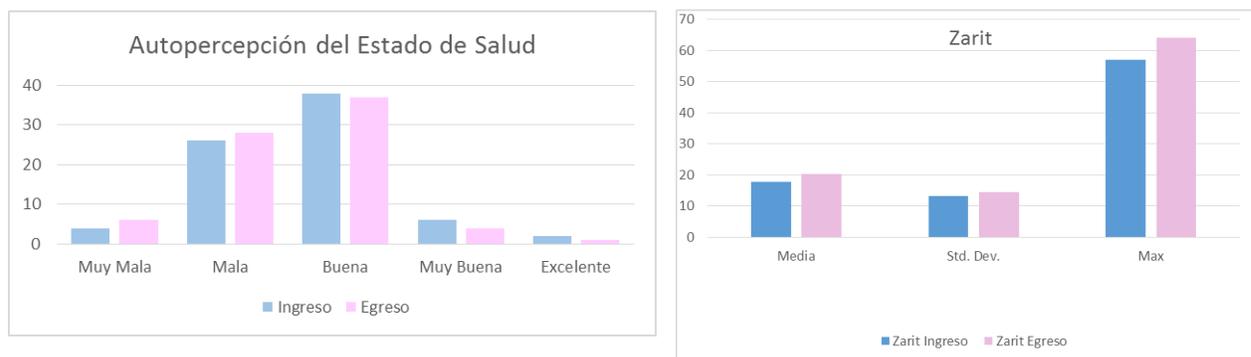


Grafico 14, 15

Tabla 1. Características descriptivas.

| INGRESO | | EGRESO | | CUIDADOR | |
|------------------------------------|---|---|---|-------------------------|---|
| N=76 | N % | | | | |
| PISO DE HOSPITALIZACIÓN | 3° 33 (43.42) 4° 8 (10.53) 5° 3 (3.95) 6° 22 (28.95) 7° 4 (5.26) 8° 6 (7.89) | CAMBIO DE PISO DE HOSPITALIZACIÓN | NO 71 (93.42) SI 5 (6.58) | EDAD Media (DE) | M DE 56.7 13.9 |
| TUVO ATENCIÓN GERIÁTRICA | NO 43 (56.58) SÍ 33 (43.42) | AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD | M. MALA 6 (7.89) MALA 28 (36.84) BUENA 37 (48.68) M. BUENA 4 (5.26) EXCELENTE 1 (1.32) | SEXO | MUJER 59 (77.63) HOMBRE 17 (22.37) |
| TIENE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS | NO 32 (42.11) SÍ 44 (57.89) | NÚMERO DE MEDICAMENTOS AL EGRESO | 2 4 (5.26) 3 6 (7.89) 4 9 (11.84) 5 7 (9.21) 6 11 (14.47) 7 12 (15.79) 8 7 (9.21) 9 4 (5.26) 10 5 (6.58) 11 4 (5.26) 12 3 (3.95) 13 2 (2.63) 16 1 (1.32) 21 1 (1.32) | AÑOS DE ESCOLARIDAD | 1 2 (2.63) 2 7 (9.21) 3 18 (23.68) 4 39 (51.32) 5 10 (13.16) |
| EDAD | 70 4 (5.26) 71 5 (6.58) 72 4 (5.26) 73 4 (5.26) 74 3 (3.95) 75 3 (3.95) 76 5 (6.58) 77 5 (6.58) 78 4 (5.26) 79 6 (7.89) 80 3 (3.95) 81 3 (3.95) 82 6 (7.89) 83 3 (3.95) 84 2 (2.63) 85 4 (5.26) 86 1 (1.32) 87 1 (1.32) 88 3 (3.95) 89 3 (3.95) 91 1 (1.32) 92 2 (2.63) 96 1 (1.32) | INCREMENTÓ EL NUMERO DE MEDICAMENTOS AL EGRESO | NO 37 48.68 SÍ 39 51.32 | ESTADO CIVIL | SOLTERO 10 (13.16) CASADO 56 (73.68) DIVORCIADO 8 (10.53) UNIÓN LIBRE 2 (2.63) |
| SEXO , n (%) | F 46 (60.53) M 30 (39.47) | INCONTINENCIA URINARIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NO 66 86.84 SÍ 10 13.16 | AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD | MALA 14 (18.42) BUENA 42 (55.26) M. BUENA 19 (25.00) EXCELENTE 1 (1.32) |
| DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA | 2 16 (21.05) 3 21 (27.63) 4 15 (19.74) 5 4 (5.26) 6 10 (13.16) 8 3 (3.95) 9 2 (2.63) 11 1 (1.32) 12 2 (2.63) | INCONTINENCIA FECAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NO 69 90.79 SI 7 9.21 | NÚMERO DE AMIGOS | 0 5 (6.58) 1 2 (2.63) 2 11 (14.47) 3 13 (17.11) 4 18 (23.68) 5 10 (13.16) 6 3 (3.95) 7 3 (3.95) 10 10 (13.16) |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| | 13 1 (1.32) 14 1 (1.32) | | | | 50 1 (1.32) |
| TALLA, media (DE) | M DE 76 1.62 (.105) | CONSTIPACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NO 49 64.47 SI 27 35.53 | NÚMERO DE FAMILIARES | 0 1 (1.32) 1 5 (6.58) 2 9 (11.84) 3 5 (6.58) 4 7 (9.21) 5 7 (9.21) 6 7 (9.21) 7 8 (10.53) 8 6 (7.89) 9 2 (2.63) 10 9 (11.84) 12 1 (1.32) 14 2 (2.63) 16 1 (1.32) 20 3 (3.95) 21 1 (1.32) 26 1 (1.32) 40 1 (1.32) |
| PESO, media (DE) | M DE 76 67.80 (14.4) | DELIRIUM | NO 54 71.05 SI 22 28.95 | ZARIT INGRESO PUNTAJE >= 23 PUNTAJE < 23 | FREC % 23 32.89 51 67.11 |
| AÑOS DE ESCOLARIDAD | 0 2 (2.63) 1 9 (11.84) 2 10 (13.16) 3 18 (23.68) 4 30 (39.47) 5 7 (9.21) | CAÍDAS | NO 75 98.68 SI 1 1.32 | ZARIT EGRESO | FREC % 39 51.3 37 48.64 |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO 2 (2.63) CASADO 36 (47.37) VIUDO 30 (39.47) DIVORCIADO 7 (9.21) UNIÓN LIBRE 1 (1.32) | UPP DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NO 66 86.84 SI 10 13.16 | ¿CAMBIÓ DE PISO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN? | NO 71 93.42 SI 5 6.58 |
| LUGAR DE RESIDENCIA | PARTICULAR 74 (97.37) ASISTIDO 1 (1.32) ASILO 1 (1.32) | MINIMENTAL | NO 74 97.37 SI 2 2.63 | TIPO DE CUIDADOR | INFORMAL 69 (90.79) FORMAL 7 (9.21) |
| AUTOPERCEPCIÓN DE SITUACIÓN FINANCIERA | MALA 8 (10.53) BUENA 59 (77.63) M. BUENA 6 (7.89) EXCELENTE 3 (3.95) | GDS | 0 8 (10.53) 1 4 (5.26) 2 13 (17.11) 3 12 (15.79) 4 14 (18.42) 5 7 (9.21) 6 4 (5.26) 7 5 (6.58) 8 3 (3.95) 9 3 (3.95) 11 2 (2.63) 15 1 (1.32) | QUIÉN ES EL CUIDADOR | HIJO/A 39 (51.32) ESPOSO/A 23 (30.26) OTRO FAMILIAR 8 (10.53) NO FAMILIAR 6 (7.89) |
| ESTADO LABORAL | NO 25 (32.89) SI 51 (67.11) | EMPERÓ SU ESTADO DE ANIMO | NO 62 (81.58) SI 14 (18.42) | | |
| NÚMERO DE HIJOS | 0 3 (3.95) 1 6 (7.89) 2 13 (17.11) 3 21 (27.63) 4 12 (15.79) 5 6 (7.89) 6 7 (9.21) 7 4 (5.26) 9 2 (2.63) 10 1 (1.32) | BARTHEL media (DE) | M DE 76 65.18 (24.80) | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| | 11 1 (1.32) | | | | |
| NÚMERO DE AMIGOS | 0 15 (19.74) 1 3 (3.95) 2 15 (19.74) 3 11 (14.47) 4 7 (9.21) 5 4 (5.26) 6 4 (5.26) 8 2 (2.63) 10 7 (9.21) 12 1 (1.32) 15 3 (3.95) 20 1 (1.32) 26 1 (1.32) 30 1 (1.32) 99 1 (1.32) | LAWTON NO CAMBIO SI CAMBIO (DISMINUYO) | NO 15 (18.0) SI 1 (40.0) | | |
| NÚMERO DE FAMILIARES | 1 2 (2.63) 2 8 (10.53) 3 5 (6.58) 4 8 (10.53) 5 7 (9.21) 6 7 (9.21) 7 9 (11.84) 8 6 (7.89) 10 7 (9.21) 11 1 (1.32) 12 3 (3.95) 14 1 (1.32) 16 1 (1.32) 17 1 (1.32) 20 4 (5.26) 24 1 (1.32) 26 1 (1.32) 30 2 (2.63) 40 1 (1.32) 99 1 (1.32) | | | | |
| DIAGNOSTICO DE INGRESO Neumonía | M DE 4 (5.26) | | | | |
| NÚMERO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS | 1 6 (7.89) 2 9 (11.84) 3 15 (19.74) 4 12 (15.79) 5 12 (15.79) 6 7 (9.21) 7 7 (9.21) 8 4 (5.26) 9 3 (3.95) 10 1 (1.32) | | | | |
| HEMOGLOBINA DE INGRESO, media (DE) | M DE 76 12.41 (2.38) | | | | |
| POLIFARMACIA | NO 11 (14.47) SI 65 (85.53) | | | | |
| NÚMERO DE FÁRMACOS | 0 2 (2.63) 1 2 (2.63) 2 6 (7.89) 3 5 (6.58) 4 15 (19.74) 5 6 (7.89) 6 8 (10.53) 7 8 (10.53) 8 6 (7.89) 9 5 (6.58) | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | 10 2 (2.63) 11 3 (3.95) 12 1 (1.32) 13 4 (5.26) 14 1 (1.32) 18 1 (1.32) 21 1 (1.32) | | | | |
| DÉFICIT VISUAL | NO 5 (6.58) SI 71 (93.42) | | | | |
| DÉFICIT AUDITIVO | NO 41 (53.95) SI 35 (46.05) | | | | |
| INCONTINENCIA URINARIA | NO 34 (44.74) SI 42 (55.26) | | | | |
| PERDIDA DE LA MEMORIA | NO 41 (53.95) SI 35 (46.05) | | | | |
| LOS PROBLEMAS DE MEMORIA AFECTAN SU VIDA DIARIA | NO 17 (77.63) SI 59 (22.37) | | | | |
| MINIMENTAL, media (DE) | M DE 76 24.72 (4.75) | | | | |
| BATHEL, media (DE) | 76 79.34 (24.99) | | | | |
| GDS, media (DE) | 76 3.77 (2.84) | | | | |
| LAWTON, media (DE) | 76 0.592 (.569) | | | | |
| ROSOW-BRESLOW | 0 19 (25.00) 1 31 (40.79) 2 11 (14.47) 3 15 (19.74) | | | | |
| NAGI | 0 23 (30.26) 1 20 (26.32) 2 11 (14.47) 3 14 (18.42) 4 1 (1.32) 5 7 (9.21) | | | | |
| CAÍDAS | NO 56 (73.68) SI 20 (26.32) | | | | |
| HA PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS MESES | NO 23 (30.26) SI 53 (69.74) | | | | |
| NÚMERO DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS | 0 1 (1.32) 1 4 (5.26) 2 8 (10.53) 3 4 (5.26) 4 9 (11.84) 5 11 (14.47) 6 12 (15.79) 7 10 (13.16) 8 11 (14.47) 9 3 (3.95) 10 2 (2.63) | | | | |

Tabla 2. Análisis bivariado

| VARIABLE | INGRESO | ZARIT = 0 Mejor | Zarit ↑ | Valor de P |
|--|-------------------|--------------------|-------------------|------------|
| PISO DE HOSPITALIZACIÓN | 3o | 16 (48.4) | 17 (51.52) | 0.85 |
| | 4o | 5 (62.5) | 3 (37.50) | |
| | 5o | 2 (66.6) | 1 (33.33) | |
| | 6o | 12 (54.5) | 10 (45.45) | |
| | 7o | 1 (25.0) | 3 (8.11) | |
| | 8o | 3 (50.0) | 3 (50.0) | |
| TUVO ATENCIÓN GERIATRICA | NO | 23 (53.49) | 20 (46.56) | 0.66 |
| | SI | 16 (48.48) | 17 (51.52) | |
| TIENE SEGURO DE GASTOS MEDICOS | NO | 18 (56.26) | 14 (43.75) | 0.46 |
| | SI | 21 (47.73) | 23 (52.27) | |
| EDAD | AÑOS | 79.69 (6.98) | 78.7 (5.36) | 0.49 |
| DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA media DE | DIAS | 3.7 (2.59) | 4.1 (2.9) | 0.15 |
| ESCOLARIDAD | ANALFABETA | 1 (50.0) | 1 (50.0) | 0.89 |
| | PRIMARIA | 5 (55.56) | 4 (44.44) | |
| | SECUNDARIA | 7 (38.89) | 11 (61.11) | |
| | PREPA | 16 (53.33) | 14 (46.67) | |
| | LICENCIATURA | 4 (57.14) | 3 (42.86) | |
| ESTADO CIVIL | SOLTERO | 1 (50.00) | 1 (50.00) | 0.64 |
| | CASADO | 19 (52.78) | 17 (47.22) | |
| | VIUDO | 14 (46.67) | 16 (53.33) | |
| | DIVORCIADO | 5 (71.43) | 2 (28.57) | |
| | UNIÓN LIBRE | 0 (0.00) | 0 (0.00) | |
| LUGAR DE RESIDENCIA | PARTICULAR | 39 (52.70) | 35 (47.30) | 0.33 |
| | VIVIENDA ASISTIDA | 0 (0.00) | 0 (0.00) | |
| | ASILO | 0 (0.00) | 0 (0.00) | |
| AUTOPERCEPCIÓN DE SITUACIÓN FINANCIERA | MALA | 4 (50.0) | 4 (50.0) | 0.28 |
| | BUENA | 31 (52.5) | 28 (47.46) | |
| | MUY BUENA | 4 (66.67) | 2 (33.33) | |
| | EXCELENTE | 0 | 3 (8.11) | |
| TRABAJA | SI | 40 (25.64) | 15 (60.0) | 0.16 |
| | NO | 29 (56.85) | 22 (43.14) | |
| AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD | MUY MALA | 3 (75.0) | 1 (25.0) | 0.40 |
| | MALA | 13 (50.0) | 13 (50.0) | |
| | BUENA | 21 (55.26) | 17 (44.74) | |
| | MUY BUENA | 2 (33.33) | 4 (66.67) | |
| | EXCELENTE | 0 (0.00) | 0 (0.00) | |
| CUANTOS HIJOS TIENE | 0-11 HIJOS | 39 (51.32) | 37 (48.68) | 0.46 |
| CUANTOS AMIGOS TIENE | 0-30 AMIGOS | 39 (51.32) | 37 (48.68) | 0.49 |
| CUANTOS FAMILIARES TIENE | 1-40 FAMILIARES | 39 (51.32) | 37 (48.68) | 0.22 |
| NUMERO DE ENFERMEDADES CRONICAS | 1-10 ENFERMEDADES | 12.4 (2.04) | 12.3 (2.7) | 0.43 |
| HEMOGLOBINA, media (DE) | MG/DL | 12.4 (11.7-13.12) | 12.3 (11.4-13.27) | 0.37 |
| POLIFARMACIA | NO | 7 (63.6) | 4 (36.36) | 0.37 |
| | SI | 32 (49.2) | 33 (50.77) | |
| NUMERO DE MEDICAMENTOS | 1-21 | 39 (51.32) | 37 (48.68) | 0.11 |
| DEFICIT VISUAL | NO | 3 (60.0) | 2 (40.0) | 0.34 |
| | SI | 36 (50.7) | 35 (49.3) | |
| DEFICIT AUDITIVO | NO | 19 (46.34) | 22 (53.66) | 0.79 |
| SI | 20 (57.14) | 15 (42.86) | | |
| INCONTINENCIA URINARIA | NO | 18(52.94) | 16 (47.06) | 0.65 |

| | | | | |
|--|-------------------|------------------------|----------------|-------------------|
| | SI | 21 (50.0) | 21 (50.0) | |
| PERDIDA DE MEMORIA | NO | 22 (53.66) | 19 (46.34) | 0.48 |
| | SI | 17 (48.57) | 18 (48.65) | |
| PROBLEMAS DE MEMORIA AFECTAN SU VIDA | NO | 29 (49.15) | 10 (58.82) | 0.42 |
| | SI | 30 (50.85) | 7 (41.18) | |
| MINIMENTAL media (DE) | 0-30 PUNTOS | 24.8 (5.14) | 24.6 (4.36) | 0.06 |
| GDS media (DE) | 0-15 PUNTOS | 4.2 (3.06) | 3.2 (2.5) | 0.75 |
| BARTHEL , media (DE) | 0-100 PUNTOS | 77.4 (26.4) | 81.3 (23.5) | 0.19 |
| LAWTON | 0 NO ESTAN AFEC | 14 (42.42) | 19 (57.5) | 0.86 |
| | 1 SI ESTAN AFEC | 25 (59.52) | 17 (40.48) | |
| ROSOW BRESLAU | 0 MOV. CONSER | 9 (47.37) | 10 (52.6) | 0.29 |
| | 1 ACT. AFEC (1) | 15 (48.3) | 16 (51.6) | |
| | 2. ACT. AFEC (2) | 6 (54.5) | 5 (45.4) | |
| | 3 ACT AFEC (3) | 9 (60.0) | 6 (40.0) | |
| NAGI | 0 ACT. AFECT | 9 (39.1) | 14 (60.84) | 0.15 |
| | 1 ACT. AFEC (1) | 9 (45.0) | 11 (55.0) | |
| | 2. ACT. AFEC (2) | 8 (72.7) | 3 (27.2) | |
| | 3 ACT. AFEC (3) | 8 (57.1) | 6 (42.8) | |
| | 4 ACT. AFEC (4) | 0 (0.0) | 1 (100.0) | |
| 5 ACT. AFEC (5) | 5 (71.4) | 2 (28.57) | | |
| CAIDAS | NO | 26 (46.4) | 30 (53.5) | 0.11 |
| | SI | 13 (65.00) | 7 (35.0) | |
| PERDIDA DE PESO | NO | 15 (75.2) | 8 (34.78) | 0.16 |
| SI | 25 (45.28) | 29 (54.72) | | |
| NUMERO DE SINDROMES GERIATRICOS | 1-15 SINDROMES | | | 0.16 |
| VARIABLE | EGRESO | ZARIT = o Mejor | Zarit ↑ | Valor de P |
| AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD EGRESO | MUY MALA | 2 (33.3) | 4 (66.6) | 0.068 |
| | MALA | 14 (50.0) | 14 (50.0) | |
| | BUENA | 21 (56.7) | 16 (43.24) | |
| | MUY BUENA | 2 (50.0) | 2 (50.0) | |
| | EXCELENTE | 0 (0.00) | 0 (0.00) | |
| NUMERO DE MEDICAMENTOS AL EGRESO, media (DE) | 2-21 | | | 0.092 |
| INCONTINENCIA URINARIA HOSPITALIZACIÓN | NO | 21 (61.7) | 13 (38.2) | 0.10 |
| | SI | 18 (42.8) | 24 (57.1) | |
| INCONTINENCIA FECAL EN HOSPITALIZACIÓN | NO | 34 (49.2) | 35 (50.7) | 0.26 |
| | SI | 5 (71.43) | 2 (28.5) | |
| CONSTIPACIÓN HOSPITALIZACIÓN | NO | 24 (48.9) | 25 (51.02) | 0.58 |
| | SI | 15 (55.5) | 12 (44.4) | |
| DELIRIUM HOSPITALIZACIÓN | NO | 29 (53.7) | 25 (46.3) | 0.51 |
| | SI | 10 (45.5) | 12 (54.5) | |
| CAIDAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN | NO | 38 (50.6) | 37 (49.33) | 0.32 |
| | SI | 1 (100.0) | 0 (0.00) | |
| UPP HOSPITALIZACIÓN | NO | 35 (53.03) | 31 (46.9) | 0.44 |
| | SI | 4 (40.0) | 6 (60.0) | |
| MINIMENTAL, media DE | M DE 24.7 4.75 | | | |
| GDS, media DE | M DE 3.7 2.8 | | | |
| BARTHEL, media DE | M DE 79.3 24.9 | | | |
| VARIABLE DELTA | | ZARIT = o Mejor | Zarit ↑ | Valor de P |
| EMPEORO ESTADO DE SALUD | NO | 33 (55.93) | 26 (44.07) | 0.13 |
| | SI | 6 (35.26) | 11 (64.71) | |
| INCREMENTO EL NUMERO DE MEDICAMENTOS AL EGRESO | NO | 16 (43.24) | 21 (56.76) | 0.17 |
| | SI | 23 (58.97) | 16 (41.03) | |
| INCONTINENCIA URINARIA INCIDENTE | NO | 32 (48.48) | 34 (51.52) | 0.20 |
| | SI | 7 (70.0) | 3 (30.0) | |

| | | | | |
|---|-------------------|------------------------|----------------|-------------------|
| | | | | |
| EMPEORO PUNTAJE DE MINIMENTAL | NO | 37 (50.0) | 0 (0.00) | 0.16 |
| | SI | 2 (100.0) | 0 (0.00) | |
| EMPEORO ESTADO DE ANIMO | NO | 32 (51.61) | 30 (48.3) | 0.91 |
| | SI | 7 (50.0) | 7 (50.0) | |
| EMPEORO PUNTAJE DE BARTHEL | NO | 11 (40.7) | 16 (59.26) | 0.17 |
| | SI | 28 (57.1) | 21 (42.86) | |
| VARIABLE CUIDADOR | | ZARIT = o Mejor | Zarit ↑ | Valor de P |
| SEXO DEL CUIDADOR | MUJER | 31 (52.5) | 28 (47.4) | 0.69 |
| | HOMBRE | 8 (47.6) | 9 (52.94) | |
| ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR | ANALFABETA | 1 (50.0) | 1 (50.0) | 0.96 |
| | PRIMARIA | 4 (57.1) | 3 (42.8) | |
| | SECUNDARIA | 8 (44.4) | 10 (55.5) | |
| | PREPARATORIA | 21 (53.8) | 18 (46.1) | |
| | LICENCIATURA | 5 (50.0) | 5 (50.0) | |
| ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR | SOLTERO | 7 (70.0) | 3 (30.0) | 0.31 |
| | CASADO | 28 (50.0) | 28 (50.0) | |
| | DIVORCIADO | 4 (50.0) | 4 (50.0) | |
| | UNIÓN LIBRE | 0 (0.00) | 0 (0.00) | |
| | | | | |
| AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DEL CUIDADOR | MALA | 9 (64.2) | 5 (35.7) | 0.52 |
| | BUENA | 20 (47.6) | 22 (52.3) | |
| | MUY BUENA | 10 (52.6) | 9 (47.3) | |
| | EXCELENTE | 0 (0.00) | 0 (0.00) | |
| NUMERO DE AMIGOS DEL CUIDADOR | 1 - 50 AMIGOS | | | 0.79 |
| NUMERO DE FAMILIARES DEL CUIDADOR | 0 - 40 FAMILIARES | | | 0.66 |

Tabla 3. Análisis multivariado

| VARIABLES | RM (IC 95 %) | VALOR P |
|---|--------------------|---------|
| Empeoro su estado de salud | 3.71 (1.07 - 12.7) | 0.038 |
| Medicamentos (aumento el consumo de fármacos al egreso) | 0.43 (0.16 - 1.16) | 0.098 |
| Barthel (empeoro funcionalidad al egreso) | 0.42 (0.15 - 1.18) | 0.102 |

IX. DISCUSIÓN

Esta investigación se realizó con la intención conocer las características epidemiológicas de los cuidadores de los pacientes geriátricos hospitalizados y como objetivo principal identificar los factores de riesgo asociados al colapso del cuidador en el paciente geriátrico hospitalizado, ya que hasta el momento no existe

literatura que documente el colapso dicho síndrome geriátrico en el paciente hospitalizado en nuestro país; En los resultados encontramos que a pesar de estar en un medio hospitalario privado, los cuidadores de los pacientes geriátricos que ingresan a esta unidad hospitalaria independientemente del motivo de ingreso, del piso de hospitalización, de los días de estancia intrahospitalaria, presentaban colapso al momento del ingreso hasta en un 32% y al egreso hasta en un 51%, siendo así un síndrome geriátrico muy frecuente pero poco reconocido y por ende con escasas intervenciones, por lo que resulta primordial reconocer los factores descendentes del mismo; la literatura reporta que los familiares encargados del cuidado de un paciente geriátrico entran en crisis psicológica (Hudak y Gallo 1994), se mencionan la presencia de ansiedad y depresión asociado a colapso (Kathol 1984, Halm 1990, Lenz & Perkins 2000), sin embargo pocos estudios han examinado específicamente los posibles desencadenantes o factores que están relacionados al colapso en presencia de una enfermedad aguda en el paciente, en este estudio encontramos como único factor estadísticamente significativo, el empeoramiento en la autopercepción de la salud del paciente al momento del egreso y con tendencia a la significancia el aumento en el número de fármacos y la disminución de la funcionalidad, estos datos son relevantes ya que se ha considerado la autopercepción del estado de salud como factor pronóstico de morbimortalidad, en un estudio realizado en Reino unido por Ganna y colaboradores, se investigó la asociación entre la mayoría de las mediciones disponibles para predecir mortalidad a 5 años por cualquier causa, resultando la autopercepción de la salud como el mayor predictor de mortalidad, este parámetro es un componente importante ya que refleja indirectamente características en distintos aspectos de una persona abarcando desde lo fisiológico, psicológico, social, familiar, económico y cultural, por lo que su impacto sobre la calidad de vida del paciente también repercute sobre la calidad de vida del cuidador, se sabe bien que la expectativa de vida de un cuidador colapsado puede llegar a disminuir hasta diez años si no se hacen intervenciones a tiempo que disminuyan el colapso, dicho esto, nuestro estudio brinda una herramienta sencilla y eficaz identificar de manera veraz el riesgo de colapso del cuidador en los pacientes geriátricos hospitalizados, sin embargo podemos decir que pudiese existir sesgo ya que muestra es pequeña y en una población muy selecta del país, donde la mayoría de nuestros sujetos de

estudio tienen un buen estado socioeconómico, una buena red social de apoyo y una escolaridad alta, que funcionan como factores protectores de colapso.

Respecto a la polifarmacia sabemos que un síndrome geriátrico muy frecuente que repercute en varios aspectos tanto fisiológicos como complicaciones derivadas de efectos adversos que también aumentan morbilidad tales como, riesgo de caídas, hipotensión ortostática, anorexia, hipersomnia, síndrome serotoninérgico, etc; dichas complicaciones de no ser identificadas por el clínico pueden incluso generar una cascada de prescripción farmacológica inadecuada provocando así disminución en la calidad de vida y aumento en los costos. En cuanto a la funcionalidad la mayoría de los pacientes hospitalizados por enfermedad aguda sufren afección tanto para las actividades básicas como en las instrumentadas de la vida diaria, requiriendo así mayor asistencia y cuidados por parte del cuidador, respecto a este punto nuestro estudio no difiere de la literatura, únicamente consideramos que es un campo de oportunidad para incentivar a evitar conductas inadecuadas que perpetúen la disminución en la funcionalidad y aumento en la discapacidad.

Podemos decir que a nivel nacional y mundial existen pocos estudios diseñados para explorar al cuidador de un paciente geriátrico en sus distintos escenarios tales como hospitalización en unidad de cuidados agudos, dentro de sus hogares e incluso en las unidades de cuidados crónicos donde generalmente existen cuidadores remunerados, consideramos necesario explotar más este campo de investigación ya que sociodemográficamente estamos cursando con una expansión de la población geriátrica que requiere cuidados crónicos y agudos, por lo que este estudio marca el inicio de un gran campo de oportunidad en la investigación para mejorar la atención médica y asistencial del binomio paciente-cuidador.

X. CONCLUSIONES

Los factores de riesgo asociados al colapso del cuidador en el paciente geriátrico hospitalizado en la Fundación Clínica Médica Sur son la alteración de la auto percepción de la salud del paciente al egreso, y con tendencia a la significancia el número de fármacos al momento del alta hospitalaria y la disminución de la

funcionalidad. No se observó significancia estadística sobre las variables estudiadas en el cuidador.

La sobrecarga del cuidador sigue siendo un síndrome geriátrico que se presenta durante el proceso de hospitalización, este estudio es un buen referente de inicio para continuar estudiando la presencia de colapso de cuidador en el medio hospitalario.

XI. REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales.
2. Family Caregiver Alliance (2006). Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change. Report from a National Consensus Development Conference. Vol. I
3. Flórez, J., Adeva, J., Valdés, C., Maujo, B. y Martínez, P. 1999. Programas de estimulación psicosocial en cuidadores. *Geriátrica*,15,2, 45-53.
4. George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist*. 1986;26:253–9.12.
5. Janice K. Kiecolt-Glaser, Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, June 30, 2003.
6. Evercare Survey of the Economic Downturn and Its Impact on Family Caregiving; National Alliance for Caregiving and Evercare. March 2009
7. Caregiving in the United States; National Alliance for Caregiving in collaboration with AARP; November 2009.
8. Janice-Kiecolt Glaser and Ronald Glaser, Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6.*Proceedings of the National Academy of Sciences*, June 30, 2003.
9. Evercare Study of Caregivers in Decline: A Close-Up Look at Health Risks of Caring for a Loved One. National Alliance for Caregiving and Evercare. 2006.
10. Zarit, S. 2006 Assessment of Family Caregivers: A Research Perspective
11. Nicholas A. Christakis, M.D., Ph.D., M.P.H., and Paul D. Allison, Ph.D, Mortality after the Hospitalization of a Spouse, *N Engl J Med* 2006; 354:719-730. February 16, 2006.
12. Elissa S. Epel et al, Accelerated telomere shortening in response to life stress, *From the Proceedings of the National Academy of Sciences*, Dec 7, 2004, Vol 101, No. 49
13. *Journal of Clinical Nursing*, 14 3–8 , Hospitalized elders and family caregivers: a typology of family worry.
14. Montgomery RV, Stull DE, Borgatta EF. Measurement and the analysis of burden.*Res Aging*. 1985;7:137– 52.13.

15. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990;30:583-94.
16. López-Ortega et al. Economic burden to primary informal caregivers of hospitalized older adults in Mexico: a cohort study. *BMC Health Services Research* 2013, 13:51.
17. Barrero Solis, C. (2005) Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica* 2005; 4 (1-2): 81-85
18. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin* 2011; 72 (1): 11-16
19. 5-year mortality predictors in 498 103 participants UK Biobank: a prospective population-based Ganna, Andrea et al. *The Lancet* 2015, Volume 386, Number 9993, 533-540

XII. ANEXOS

1. ANEXO 1. Cuestionario de Ingreso.
2. ANEXO 2. Cuestionario de egreso.
3. ANEXO 3. Consentimiento informado: Paciente.
4. ANEXO 4. Consentimiento informado: Familiar.
5. ANEXO 5. Cartas de Aprobación: Comité de Ética.
6. ANEXO 6. Sistema de Registro, Evaluación y Seguimiento del INGER

ANEXO 1. Colapso del Cuidador. Ingreso



HOSPITAL MÉDICA SUR
CLÍNICA DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA
COLAPSO DEL CUIDADOR



CUESTIONARIO DE INGRESO

DATOS DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____

PISO DONDE ESTA HOSPITALIZADO: _____ CAMA: _____

TUVO ATENCIÓN GERIATRICA: SI _____ NO _____

1. SEGURO DE GASTOS MEDICOS: SI _____ NO _____

2. EDAD: _____

3. SEXO: _____

4. DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA: _____

5. TALLA: _____

6. PESO: _____

7. AÑOS DE ESCOLARIDAD: _____

8. ESTADO CIVIL:

(1) CASADO ____ (2) DIVORCIADO ____ (3) SOLTERO ____ (4) VIUDO ____ (5) UNIÓN LIBRE ____

9. LUGAR DE RESIDENCIA

(1) VIVIENDA PARTICULAR ____ (2) VIVIENDA ASISTIDA ____ (3) ASILO ____

10. COMO DESCRIBE SU SITUACIÓN ECONOMICA:

(5) EXCELENTE ____ (4) MUY BUENA ____ (3) BUENA ____ (2) MALA ____ (1) MUY MALA ____

11. SITUACIÓN LABORAL: (1) JUBILADO ____ (2) ACTIVO ____

12. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD:

(5) EXCELENTE ____ (4) MUY BUENA ____ (3) BUENA ____ (2) MALA ____ (1) MUY MALA ____

13. NUMERO DE HIJOS TOTAL _____

14. RED DE APOYO PACIENTE:

A) CUANTOS AMIGOS TIENE:

B) CUANTOS FAMILIARES TIENE:

15. MOTIVO DE INGRESO: (DIAGNOSTICO DE ACUERDO AL CIE 10)

16. NUMERO DE ENFERMEDADES CRONICAS:

Numero de enfermedades y diagnósticos:

| | |
|-----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |
| 6. | |
| 7. | |
| 8. | |
| 9. | |
| 10. | |

17. HEMOGLOBINA AL INGRESO: _____

18. POLIFARMACIA: SI _____ NO _____

19. NUM. DE FARMACOS: _____

20. DEFICIT VISUAL: SI _____ NO _____

21. DEFICIT AUDITIVO: SI _____ NO _____

22. INCONTINANCIA URINARIA: SI _____ NO _____

23. PRESENTA PÉRDIDA DE MEMORIA DE MÁS DE 6 MESES: SI _____ NO _____

24. AFECTA LA PÉRDIDA DE MEMORIA SU VIDA DIARIA: SI _____ NO _____

25. MINIMENTAL: _____

26. ESCALA DE DEPRESIÓN GERITRICA: _____

27. BARTHEL: _____

28. LAWTON: _____

29. ESCALA DE ROSOW- BRESLAU: _____

30. NAGI: _____

31. SINDROME DE CAIDAS: SI _____ NO _____

32. HA PERDIDO PESO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES

(1) MAS DE 3 KG ____ (2) MAS 5 KG ____ (3) LO DESCONOCE ____ (4) NO HA PERDIDO PESO _____

33. FUERZA DE PRENSIÓN: _____

NUMERO DE SINDROMES GERIATRICOS:

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fragilidad | <input type="checkbox"/> Regresión Psicomotriz | |
| <input type="checkbox"/> Caídas | <input type="checkbox"/> Hipotensión Ortostática | <input type="checkbox"/> Sx de Inmovilidad |
| <input type="checkbox"/> Colapso del Cuidador | <input type="checkbox"/> Incontinencia Fecal | <input type="checkbox"/> Sx de Piernas Inquietas |
| <input type="checkbox"/> Déficit Auditivo | <input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria | <input type="checkbox"/> Trastorno del Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Déficit Visual | <input type="checkbox"/> Abuso | <input type="checkbox"/> Trastorno del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Marcha |
| <input type="checkbox"/> Desnutrición | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Det. Funcional Inexplicado | <input type="checkbox"/> Pérdida de Autonomía | |
| <input type="checkbox"/> Encarnizamiento Terapéutico | <input type="checkbox"/> Patología Dental | |

CUIDADOR:

34. TIPO DE CUIDADOR: (1) FORMAL: ----- (2) INFORMAL _____

35. EDAD DEL CUIDADOR: _____

36. QUIEN ES EL CUIDADOR:

(1) HIJO ___ (2) HIJA ___ (3) CONYUGUE ___ (4) NIETOS ___ (5) OTRO
FAMILIAR ___
(6) NO FAMILIAR ___

37. SEXO DEL CUIDADOR : (1) FEMENINO _____ (2) MASCULINO _____

38. AÑOS ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR : _____

39. ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR:

(1) CASADO ___ (2) DIVORCIADO ___ (3) SOLTERO ___ (4) VIUDO ___ (5) UNIÓN
LIBRE _____

40. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DEL CUIDADOR:

(5) EXCELENTE _____ (4) MUY BUENA ___ (3) BUENA _____ (2) MALA ___ (1) MUY MALA _____

41. RED DE APOYO DEL CUIDADOR.

A) CUANTOS AMIGOS TIENE: _____

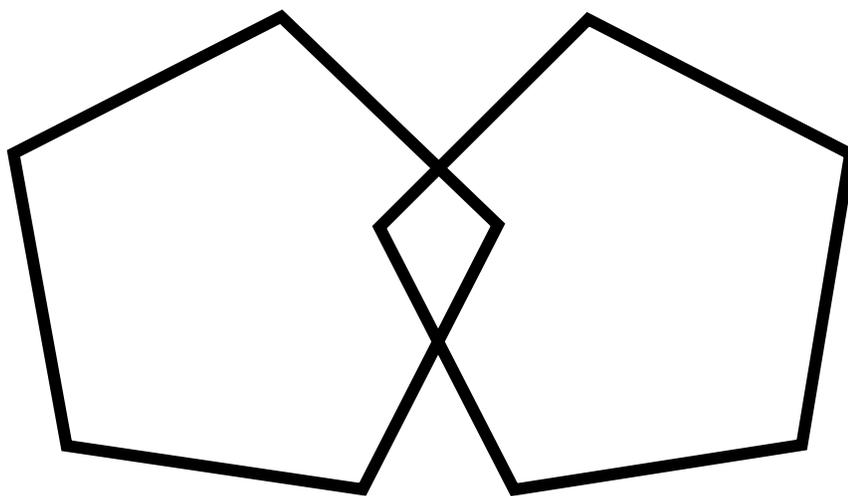
B) CUANTOS FAMILIARES TIENE: _____

MINIMENTAL

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

TOTAL /30

Cierre los ojos



ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (BARTHEL)

| |
|--------|
| Tiempo |
|--------|

Baño/Ducha

Independiente. Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado.
Dependiente. Necesita ayuda o supervisión.

| Premorbido | Actual |
|------------|--------|
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Vestido

Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda.
Ayuda. Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda.
Dependiente. Necesita ayuda para la mayoría de las tareas.

| | |
|----|----|
| 10 | 10 |
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Aseo personal

Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse.
Dependiente. Necesita alguna ayuda para alguna de estas actividades.

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Uso del retrete (taza de baño)

Independiente. Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
Ayuda. Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa.
Dependiente. Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.

| | |
|----|----|
| 10 | 10 |
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Uso de escaleras

Independiente. Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita.
Ayuda. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.
Dependiente. Incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.
 levanta, se limpia y se pone la

| | |
|----|----|
| 10 | 10 |
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Traslado cama-sillón

Independiente. No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se traslada a la cama independientemente.
Mínima ayuda. Incluye alivio o una pequeña ayuda para el traslado.
Grande ayuda. Requiere de una persona para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda.
Dependiente. Requiere de 2 personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.
Dependiente. Necesita ayuda

| | |
|----|----|
| 15 | 15 |
| 10 | 10 |
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Desplazamiento

Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
Ayuda. Puede caminar a lo más 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal) que utiliza andador.
Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión.
Dependiente. No camina solo o no propulsa su silla solo.

| | |
|----|----|
| 15 | 15 |
| 10 | 10 |
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Control de orina

Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado.
Incontinencia ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.
Incontinente. Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas Incapaz de manejarse solo con sonda o colector.

| | |
|----|----|
| 10 | 10 |
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Control de heces

Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo.
Incontinente ocasional. Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
Incontinente. Más de un episodio por semana.

| | |
|----|----|
| 10 | 10 |
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

Alimentación

Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona.
Ayuda. Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.
Dependiente. Depende de otra persona para comer.

| | |
|----|----|
| 10 | 10 |
| 5 | 5 |
| 0 | 0 |

TOTAL

| | |
|---------|---------|
| ___/100 | ___/100 |
|---------|---------|

ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA (LAWTON)

Tiempo

FUNCIONALIDAD

1) Capacidad para usar el teléfono

- 1: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problema.
- 1: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos.
- 1: Contesta el teléfono pero no llama.
- 0: No usa el teléfono.

Premorbido

Actual

2) Transporte

- 1: Se transporta solo.
- 1: Se transporta solo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.
- 1: Viaja en transporte colectivo acompañado.
- 0: Viaja en taxi o auto acompañado.
- 0: No sale.

3) Medicación

- 1: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas.
- 0: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado.
- 0: Es incapaz de hacerse cargo.

4) Finanzas

- 1: Maneja sus asuntos independientemente.
- 0: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras.
- 0: Es incapaz de manejar dinero.

5) Compras

- 1: Vigila sus necesidades independientemente.
- 0: Hace independientemente sólo pequeñas compras.
- 0: Necesita compañía para cualquier compra.
- 0: Incapaz de cualquier compra.

6) Cocina

- 1: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente.
- 0: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario.
- 0: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada.
- 0: Necesita que le preparen los alimentos.

7) Cuidado del Hogar

- 1: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima.
- 1: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente.
- 1: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia.
- 1: Necesita ayuda en todas la actividades.
- 0: No participa.

8) Lavandería

- 1: Se ocupa de su ropa independientemente.
- 1: Lava sólo pequeñas cosas.
- 0: Todos se lo tienen que lavar.

TOTAL

¿El paciente tiene antecedente de haber cursado con *DELIRIUM* en internamientos previos o en circunstancias anteriores? Sí No

DELIRIUM

METODO DE EVALUACIÓN DE CONFUSION (CAM)

| CRITERIO | | DESCRIPCIÓN | PRESENCIA | |
|----------|--|---|-----------------------------|-----------------------------|
| A | Cambio agudo en el estado mental | Reportado por familiar, cuidador, personal medico o de enfermería | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| B | Fluctuación de síntomas en minutos u horas | Reportado por familiar, cuidador o personal de enfermería | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| C | Alteraciones en la atención | Incapacidad para realizar números en regresión (20 al 1) o meses en regresión (Diciembre a Enero) | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| D | Alteración del Estado de Conciencia | Agitación <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| E | Pensamiento Desorganizado | Lenguaje incoherente o divagante | SÍ <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

(A+B+C) + D o E: Confirmación de Diagnóstico de *Delirium* Sí NO
 ¿Cumple con criterios del **DSM IV** para *Delirium*? Sí NO

PREDOMINIO: Hiperactivo Hipoactivo Mixto

¿Amerita uso de antipsicótico? Sí NO

MOTIVO: _____

42. PUNTAJE TOTAL DE LA ESCALA DE ZARIT (SUMA DE 30-51): _____/88

43. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR LE PIDE MÁS AYUDA DE LA QUE REALMENTE NECESITA?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

44. ¿PIENSA QUE DEBIDO AL TIEMPO QUE DEDICA A SU FAMILIAR NO TIENE SUFICIENTE TIEMPO PARA USTED?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

45. ¿SE SIENTE AGOBIADO POR INTENTAR COMPATIBILIZAR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR CON OTRAS RESPONSABILIDADES (TRABAJO,FAMILIA)?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

46. ¿SIENTE VERGÜENZA POR LA CONDUCTA DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

47. ¿SE SIENTE ENFADADO CUANDO ESTÁ CERCA DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

48. ¿PIENSA QUE EL CUIDAR DE SU FAMILIAR AFECTA NEGATIVAMENTE LA RELACIÓN QUE USTED TIENE CON OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

49. ¿TIENE MIEDO POR EL FUTURO DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

50. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR DEPENDE DE USTED?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

51. ¿SE SIENTE TENSO CUANDO ESTÁ CERCA DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

52. ¿PIENSA QUE SALUD HA EMPEORADO DEBIDO A TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

53. ¿PIENSA QUE NO TIENE TANTA INTIMIDAD COMO LE GUSTARÍA DEBIDO A TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE

54. ¿PIENSA QUE SU VIDA SOCIAL SE HA VISTO AFECTADA NEGATIVAMENTE POR TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?

- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
55. ¿SE SIENTE INCÓMODO POR DISTANCIARSE DE SUS AMISTADES DEBIDO A TENER QUE
CUIDAR DE SU FAMILIAR?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
56. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR LE CONSIDERA A USTED LA ÚNICA PERSONA QUE LE PUEDE
CUIDAR?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
57. ¿PIENSA QUE NO TIENE SUFICIENTES INGRESOS ECONÓMICOS PARA LOS GASTOS DE
CUIDAR A SU FAMILIAR, ADEMÁS DE SUS OTROS GASTOS?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
58. ¿PIENSA QUE NO SERÁ CAPAZ DE CUIDAR A SU FAMILIAR POR MUCHO MÁS TIEMPO?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
59. ¿SE SIENTE QUE HA PERDIDO EL CONTROL DE SU VIDA DESDE QUE COMENZÓ LA
ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
60. ¿DESEARÍA PODER DEJAR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR A OTRA PERSONA?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
61. ¿SE SIENTE INDECISO SOBRE QUÉ HACER CON SU FAMILIAR?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
62. ¿PIENSA QUE DEBERÍA HACER MÁS POR SU FAMILIAR?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
63. ¿PIENSA QUE PODRÍA CUIDAR MEJOR A SU FAMILIAR?
- (0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES
VECES (4) CASI SIEMPRE
64. ¿GLOBALMENTE, QUÉ GRADO DE "CARGA EXPERIMENTA POR EL HECHO DE CUIDAR A SU
FAMILIAR?
- (0) NADA (1) POCA (2) MODERADA (3) BASTANTE (4) EXCESIVA

ANEXO 2. Colapso del Cuidador. Egreso



HOSPITAL MÉDICA SUR
CLÍNICA DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA
COLAPSO DEL CUIDADOR



CUESTIONARIO FINAL

Este cuestionario se debe aplicar antes (<24hs) del egreso del adulto mayor.

I. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

II. FECHA DE REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO: ____/____/____ (DÍA/MES/AÑO)

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE:

NOMBRE: _____

NUMERO EXP: _____

CAMBIÓ DE PISO DE HOSPITALIZACIÓN: SI _____ NO _____

1. NÚMERO DE DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA: _____

2. ¿EN COMPARACIÓN CON OTRAS PERSONAS DE SU EDAD, USTED COMO CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD?

(5) EXCELENTE _____ (4) MUY BUENA _____ (3) BUENA _____ (2) MALA _____ (1) MUY MALA _____

- LOS SIGUIENTES DATOS SE PUEDEN PREGUNTAR DE MANERA DIRECTA U OBTENERSE DEL EXPEDIENTE DE HOSPITALIZACIÓN-

3. NÚMERO DE FARMACOS QUE UTILIZARÁ EN CASA: _____

4. INCONTINENCIA URINARIA DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: SI _____ NO _____

5. INCONTINENCIA FECAL DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: SI _____ NO _____

6. CONSTIPACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN:

7. DELIRIUM DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: SI _____ NO _____

8. CAÍDAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: SI _____ NO _____

9. ÚLCERAS POR PRESIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: SI _____ NO _____

10. MINIMENTAL: _____/30

11. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA: _____/15

12. BARTHEL: _____/100

13. LAWTON: _____

EURO QOL CALIDAD DE VIDA

14. *Movilidad*
- 0. No tengo problemas para caminar
 - 1. Tengo algunos problemas para caminar
 - 2. Tengo que estar en la cama
15. *Cuidado personal*
- 0. No tengo problemas con el cuidado personal
 - 1. Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
 - 2. No puedo lavarme o vestirme
16. *Actividades cotidianas*
- 0. No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
 - 1. Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
 - 2. No puedo realizar mis actividades cotidianas
17. *Dolor*
- 0. No tengo dolor ni malestar
 - 1. Tengo dolor o malestar moderados
 - 2. Tengo mucho dolor o malestar
18. *Estado de ánimo*
- 0. No estoy ansioso ni deprimido
 - 1. Estoy moderadamente ansioso o deprimido
 - 2. Estoy muy ansioso o deprimido
19. *Puntaje escala visual análoga* _____

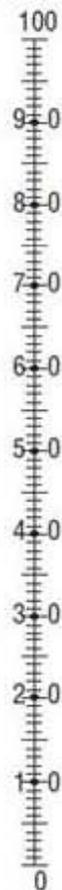
TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

CUESTIONARIO PARA EL CUIDADOR:

20. ¿SE TRATA DEL MISMO CUIDADOR QUE TENÍA AL INGRESO?

(1) SI _____ (2) NO _____

- EN CASO DE CONTESTAR QUE NO ES EL MISMO CUIDADOR QUE TENÍA AL INGRESO, HACER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (21 A LA 27), DE LO CONTRARIO PASE A LA PREGUNTA 28 -

21. TIPO DE CUIDADOR: (1) FORMAL: _____ (2) INFORMAL _____

22. EDAD DEL CUIDADOR: _____

23. QUIEN ES CUIDADOR:

(1) HIJO ___ (2) HIJA ___ (3) CONYUGUE ___ (4) NIETO ___ (5) OTRO FAMILIAR ___
(6) NO FAMILIAR ___

24. SEXO DEL CUIDADOR : (1) FEMENINO _____ (2) MASCULINO _____

25. AÑOS ESCOLARIDAD DEL CUIDADOR : _____

26. ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR:

(1) CASADO ___ (2) DIVORCIADO ___ (3) SOLTERO ___ (4) VIUDO ___ (5) UNIÓN LIBRE _____

27. AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DEL CUIDADOR:

(5) EXCELENTE _____ (4) MUY BUENA ___ (3) BUENA _____ (2) MALA ___ (1) MUY MALA _____

28. ¿DURANTE LA ESTANCIA DEL ADULTO MAYOR TUVO QUE DEJAR SUS ACTIVIDADES HABITUALES PARA CUIDARLO?

(1) SÍ _____ (2) NO _____

29. PUNTAJE TOTAL DE LA ESCALA DE ZARIT (SUMA DE 30-51): _____/88

30. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR LE PIDE MÁS AYUDA DE LA QUE REALMENTE NECESITA?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

31. ¿PIENSA QUE DEBIDO AL TIEMPO QUE DEDICA A SU FAMILIAR NO TIENE SUFICIENTE TIEMPO PARA USTED?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

32. ¿SE SIENTE AGOBIADO POR INTENTAR COMPATIBILIZAR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR CON OTRAS RESPONSABILIDADES (TRABAJO,FAMILIA)?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

33. ¿SIENTE VERGÜENZA POR LA CONDUCTA DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

34. ¿SE SIENTE ENFADADO CUANDO ESTÁ CERCA DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

35. ¿PIENSA QUE EL CUIDAR DE SU FAMILIAR AFECTA NEGATIVAMENTE LA RELACIÓN QUE USTED TIENE CON OTROS MIEMBROS DE SU FAMILIA?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

36. ¿TIENE MIEDO POR EL FUTURO DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

37. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR DEPENDE DE USTED?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

38. ¿SE SIENTE TENSO CUANDO ESTÁ CERCA DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

39. ¿PIENSA QUE SALUD HA EMPEORADO DEBIDO A TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

40. ¿PIENSA QUE NO TIENE TANTA INTIMIDAD COMO LE GUSTARÍA DEBIDO A TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

41. ¿PIENSA QUE SU VIDA SOCIAL SE HA VISTO AFECTADA NEGATIVAMENTE POR TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

42. ¿SE SIENTE INCÓMODO POR DISTANCIARSE DE SUS AMISTADES DEBIDO A TENER QUE CUIDAR DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

43. ¿PIENSA QUE SU FAMILIAR LE CONSIDERA A USTED LA ÚNICA PERSONA QUE LE PUEDE CUIDAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

44. ¿PIENSA QUE NO TIENE SUFICIENTES INGRESOS ECONÓMICOS PARA LOS GASTOS DE CUIDAR A SU FAMILIAR, ADEMÁS DE SUS OTROS GASTOS?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

45. ¿PIENSA QUE NO SERÁ CAPAZ DE CUIDAR A SU FAMILIAR POR MUCHO MÁS TIEMPO?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

46. ¿SE SIENTE QUE HA PERDIDO EL CONTROL DE SU VIDA DESDE QUE COMENZÓ LA ENFERMEDAD DE SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

47. ¿DESEARÍA PODER DEJAR EL CUIDADO DE SU FAMILIAR A OTRA PERSONA?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

48. ¿SE SIENTE INDECISO SOBRE QUÉ HACER CON SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

49. ¿PIENSA QUE DEBERÍA HACER MÁS POR SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

50. ¿PIENSA QUE PODRÍA CUIDAR MEJOR A SU FAMILIAR?

(0) NUNCA (1) RARA VEZ (2) ALGUNAS VECES (3) BASTANTES VECES (4) CASI SIEMPRE

51. ¿GLOBALMENTE, QUÉ GRADO DE "CARGA EXPERIMENTA POR EL HECHO DE CUIDAR A SU FAMILIAR?

(0) NADA (1) POCA (2) MODERADO (3) BASTANTE (4) EXCESIVA

ANEXO 3. Consentimiento Informado. Paciente

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PACIENTE**

Número de registro del proyecto:

Yo, _____
acepto participar en el estudio de investigación: (Factores de riesgo asociados al colapso del cuidador primario en el paciente geriátrico hospitalizado)

Que tiene como objetivo:

Valorar los posibles factores de riesgo asociados al colapso del cuidador en paciente geriátrico hospitalizado.

Se me ha informado que mi participación en el estudio consiste en:

Aplicar prueba de Minimental, escala de depresión geritrica, Escala de Barthel (Actividades de la vida diaria), Escala de Lawton (Actividades instrumentadas de la vida diaria), Método de evaluación de confusión (CAM).

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos incluyen incomodidad de responder las preguntas, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Entiendo que puedo retirarme del estudio en el momento en que lo desee.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante y/o de la persona responsable

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al (la) Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación y los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 4. Consentimiento Informado. Cuidador

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CUIDADOR**

Número de registro del proyecto:

Yo, _____
acepto participar en el estudio de investigación: (Factores de riesgo asociados al colapso del cuidador primario en el paciente geriátrico hospitalizado)

Que tiene como objetivo:

Valorar los posibles factores de riesgo asociados al colapso del cuidador en paciente geriátrico hospitalizado.

Se me ha informado que mi participación en el estudio consiste en:

Responder cuestionario de Zarit, que consta de serie de 22 preguntas relacionadas al impacto de la discapacidad del paciente en su vida. Para cada ítem, se indica la frecuencia como nunca, rara vez, a veces, con bastante frecuencia, o casi siempre.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias o incomodidad y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Entiendo que puedo retirarme del estudio en el momento en que lo desee.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante y/o de la persona responsable

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al (la) Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación y los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 5: Cartas de Aprobación: Comité de Ética



México D.F., a 11 de mayo de 2015

Dra. María de Lourdes Figueroa Solano.

Investigador Principal

Presente.

Estimada Dra. Figueroa Solano.

En relación al protocolo de investigación titulado "**Factores asociados al colapso de cuidador primario en el paciente geriátrico hospitalizado**", le informo que el Comité de Investigación ha decidido **aprobar** los siguientes documentos:

- **Protocolo Clínico.**
- **Anexo 1: Cuestionario de Ingreso.**
- **Anexo 2: Cuestionario de Egreso.**
- **Anexo 3: Consentimiento Informado Paciente.**
- **Anexo 4: Consentimiento Informado Familiar.**

Adicionalmente queremos aprovechar la presente para felicitarla, ya que el protocolo presentado cuenta con un muy buen diseño, planteamiento y redacción.

Sin otro particular por el momento, le agradecemos el interés para llevar a cabo estudios de investigación en nuestro Hospital.

Atentamente

Dr. Norberto Carlos Chávez Tapia

Presidente del Comité en Investigación de Médica Sur, S.A.B. de C.V.
Comité de Ética e Investigación para Estudios en Humanos

México D.F., a 11 de mayo de 2015

Dra. María de Lourdes Figueroa Solano.

Investigador Principal

Presente.

Estimada Dra. Figueroa Solano.

En relación al protocolo de investigación titulado "**Factores asociados al colapso de cuidador primario en el paciente geriátrico hospitalizado**", le informo que el Comité de Ética en Investigación ha decidido **aprobar** los siguientes documentos:

- **Protocolo Clínico.**
- **Anexo 1: Cuestionario de Ingreso.**
- **Anexo 2: Cuestionario de Egreso.**
- **Anexo 3: Consentimiento Informado Paciente.**
- **Anexo 4: Consentimiento Informado Familiar.**

Adicionalmente queremos aprovechar la presente para felicitarla, ya que el protocolo presentado cuenta con un muy buen diseño, planteamiento y redacción.

Sin otro particular por el momento, le agradecemos el interés para llevar a cabo estudios de investigación en nuestro Hospital.

Atentamente



Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Presidente del Comité de Ética en Investigación de Médica Sur, S.A.B. de C.V.
Comité de Ética e Investigación para Estudios en Humanos

Anexo 6. Sistema de Registro, Evaluación y Seguimiento del INGER

