

11274

3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

INCIDENCIA DE DEPRESION Y COLAPSO DE CUIDADOR
PRIMARIO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE GERIATRIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD DE GERIATRIA

PRESENTA EL

DR. NEVIN GOMEZ MARQUEZ

2000



ISSSTE

México, D.F., a 27 de Octubre 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

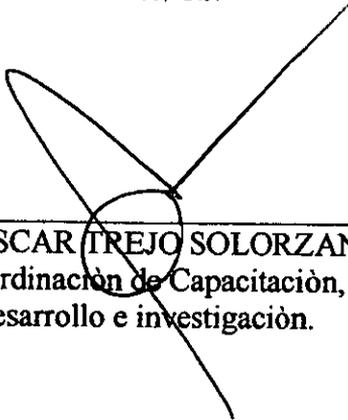
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

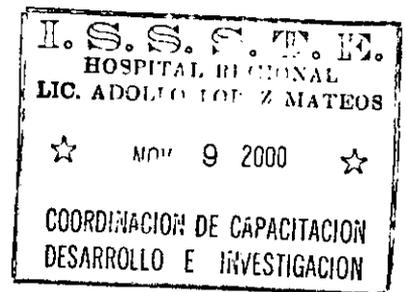
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"
DIRECCION DE ENSEÑANZA
México, D.F.

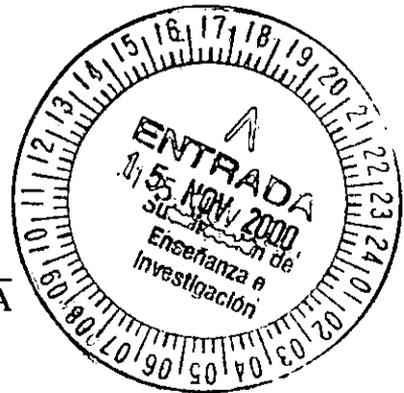


DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
Coordinación de Capacitación,
desarrollo e investigación.





DRA. ROSALIA RODRIGUEZ GARCIA
Profesor titular de curso.

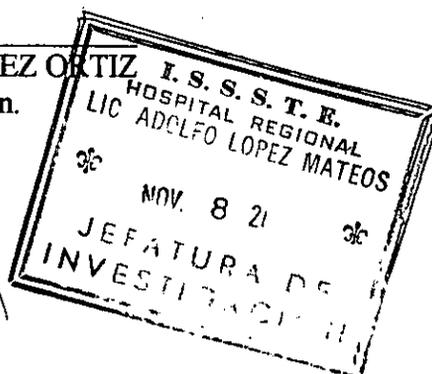


DR. ENRIQUE EL GUERO PINEDA.
Asesor de tesis.

DRA. VICTORIA GOMEZ VAZQUEZ
Vocal de investigaciòn



M. en C. HILDA RODRIGUEZ ORTIZ
Jefe de investigaciòn.



DR. JULIO CESAR DIAZ BECERRA.
Jefe de enseñanza.

DEDICATORIA

A MI ESPOSA:
Por su apoyo y amor incondicional.

A MI MADRE:
Por todo lo que me ha dado.

A LA MEMORIA DE MI PADRE:
El mejor ejemplo de mi vida.

A MI FAMILIA:
Quienes están conmigo en triunfos y fracasos.

A MIS AMIGOS:
Javier, Julio, Héctor, Sonia, Pepe, Guillermo.

INDICE	PAGINAS
1.- Resumen	1
2.- Summary	2
3.-Introducciòn	3
4.- Material y mètodo	10
5.- Resultados	11
6.- Discusiòn	13
7.- Conclusiones	17
8.- Gràficas	18
9.- Bibliografia	23

RESUMEN

OBJETIVO: Incidencia de depresión y colapso de cuidador primario de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatria.

DISEÑO: Es un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y abierto durante el periodo comprendido entre el primero de abril al 30 de septiembre del 2000.

LUGAR: Servicio de Geriatria del Hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de seguridad social y servicios de los trabajadores del estado.

PACIENTES: Cuidadores primarios de 44 pacientes hospitalizados.

MATERIAL Y METODO: Se entrevistaron a los cuidadores primarios, aplicándose la escala de carga de cuidador de Zarit, para detección de colapso de cuidador, además de que se aplicó escala de depresión de Yesavage versión reducida, para detectar depresión en dichos cuidadores.

MEDICIONES Y RESULTADOS: Fueron 44 pacientes del servicio de Geriatria estudiados, 26 mujeres y 18 hombres, con edad promedio de 84.2 años, con edad máxima de 97 y mínima de 53 años, los diagnósticos más frecuentemente encontrados fueron: delirium 22 pacientes, desequilibrio hidroelectrolítico 20 pacientes, inmovilidad 18 pacientes, Diabetes Mellitus 15 pacientes, infección de vías urinarias 17 pacientes, demencia 14 pacientes, infección de vías respiratorias bajas 13 pacientes, fractura en cadera 13 pacientes, hipertensión arterial sistémica 12 pacientes, desnutrición 12 pacientes. Con funcionalidad según índice de Katz de A 0, B 8 pacientes, C 8 pacientes, D 6 pacientes, E 2 pacientes, F 2 pacientes, G 18 pacientes.

De 44 cuidadores entrevistados siendo 38 mujeres y 6 hombres, con edad promedio de 53.6 años, edad máxima de 85 años y mínima de 30 años. La distribución de cuidadores de acuerdo a parentesco con el paciente fue: hijas 22, hijos 5, esposas 5, esposo 3, sobrino 1, sobrina 1, nuera 2 otros 5. Se aplicó escala de carga de Cuidador de Zarit con los siguientes resultados: sin colapso 35, colapso leve 3, colapso intenso 6. Respecto a la escala de depresión aplicada a los cuidadores encontramos 33 sin depresión, 5 con probable depresión, y 6 con depresión establecida.

CONCLUSIONES: Dentro de la valoración Geriátrica multidimensional, la valoración social es trascendente y dentro de ésta la identificación del cuidador primario es de vital importancia ya que es considerado por muchos autores como el paciente "oculto" que tiene un riesgo incrementado de padecer morbilidad psíquica y física, que precisaría un diagnóstico precoz de su patología y una intervención inmediata antes de que el deterioro sea difícilmente irreversible.

El estrés del cuidador puede tener consecuencias sobre la persona atendida, se ha demostrado mayores tasas de institucionalización y en general el cuidador puede maltratar al viejo, de ahí la importancia de la detección oportuna del colapso de cuidador.

PALABRAS CLAVE: Colapso de cuidador, índice de funcionalidad de Katz, escala de depresión de Yesavage, escala de carga de cuidador de Zarit.

SUMMARY

OBJECTIVE: Incidence of depression and primary Caregiver burnout admitted in Geriatrics service.

DESIGN: The present is a prospective, transversal, descriptive and opened study which includes a period of time throw april 1 stto september 3 rd 2000.

SETTING: Geriatrics area of "Lic. Adolfo López Mateos" Hospital (Social Security and Services of State's workers).

PATIENTS: Primary Caregivers of 44 patients admitted.

MATERIAL AND METHOD: The primary caregivers were interviewed, applied the Zarit's scale about caregiver duty in order to detect caregiver burn out, moreover the Yesavage's scale about depression, in reduced version, was applied in order to detect depression in caregivers.

MESURES AND RESULTS: 44 patients admitted in Geriatrics service were studied, 26 women and 18 men whit an average of 84.2 years, and ranks of 97 and 53. The most common diagnostic found were: delirium (22 patients), hidroelectrolitic unbalanced (20), inmovility (18), diabetes mellitus (15), urinary infection (17), dementia (14), respiratory infection (13), hip fracture (13), high blood pressure (12), malnutrition (12). Regarding functional character acording to the Kat'z index: A 0 patients, B 8, C 8, D 6, E 2, F 2, G 18.

44 caregivers were interviewed, 38 were women and 6 men, with an age average of 53.6 years, maximum 85 and lowest 30. According to the relation ship 22 were daughters, 5 sons, 5 wives, 3 husbands, 1 nephew, 1 niece, 2 daughters in law, others 5. The Zarit's caregivers scale was applied and the results were: without burnout 35, slight burnout 3, intense burnout 6. Regarding to the depression scale applied to the caregivers were found 33 without depression, 5 with probable depression and 6 declared depression.

CONCLUSIONS: In the multidimensional Geriatric assessment, the social assessment is really trascendental and insite it, the identification of primary caregivers is a cornestone since many authors consider them like a "hidden patient" whom has incresed risk of psychic and physics morbidity, it would determine an early diagnostic of his/her pathology and an immediate intervention before that the imparment won't be able tobe irreversible.

The stress caregivers could have consequences on the patient, largers rate of institutionalitation had been showed and the caregiver could ill-treat to the elder, on this point resides the importance of an early detection of caregiver's burnout.

KEY WORDS: Caregivers burnout, Katz's funcional index, Yesavage's depression scale, Zarit's duty caregiver scale.

INTRODUCCION

A medida que avanzamos hacia el siglo XXI, una de las mayores preocupaciones de la comunidad biomédica y de la mayor parte de la sociedad, es el aumento de la proporción de la población envejecida, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo.

El aumento de las expectativas de vida, que se ha experimentado en los últimos años, en virtud de la mejora en las condiciones higiénico-sanitarias, medio-ambientales y el progreso científico y tecnológico ha llevado a un envejecimiento progresivo de la población en general.

Cuando se habla de envejecimiento de la población, se refiere al número o porcentaje de población vieja que existe en la población total de un país o comunidad y no solo porque viven más tiempo, sino que representa el segmento de la población que crece con mayor rapidez.

El caso particular de los países menos desarrollados es que en la actualidad se encuentra también en el proceso de envejecimiento de su población aunque no con la misma velocidad que los más desarrollados. Según cálculos de la Organización de las Naciones Unidas, en el año 2025, el porcentaje de personas de 60 años y más será de 20 a 30% en los países más desarrollados, y de 10 a 15% en el resto del mundo variando con el grado de desarrollo y sobre todo con la industrialización.

Como el envejecimiento es un proceso lento y continuo, algunos de sus efectos puede observarse solo cuando han avanzado de manera suficiente para inducir alteraciones que puedan ser identificadas. El envejecimiento considerado como un fenómeno normal que se presenta en todos los miembros de una población.

Es difícil aislar los efectos del envejecimiento por sí mismo de aquellos consecuentes a: a) enfermedad y b) a unos cambios degenerativos graduales que desarrollan por completo con el paso del tiempo. Es un hecho bien aceptado que la vejez está combinada con procesos mórbidos, de patologías crónicas, algunas de éstas y especialmente en los mayores de 75 años resultan invalidantes, con la consiguiente demanda de ayuda médica, social y familiar.

Aunque la institucionalización de estos pacientes discapacitados es una posibilidad, existe un consenso generalizado que preconiza la permanencia de los mismos en el entorno familiar, siendo un problema social de gran magnitud en el que estamos involucrados los profesionales de la salud.

También debe mencionarse aquí, que después de los 60 años de edad, los días de hospitalización por persona por año aumentan dramáticamente de dos días a dos semanas; tal aumento tiene un impacto significativo sobre el costo de los cuidados médicos y sobre los miembros de la familia acerca del cuidado durante la etapa aguda de la enfermedad.

La valoración Geriátrica representa un proceso diagnóstico multidimensional (incluyendo la valoración fisiológica) diseñado para valorar a un individuo viejo no solo en términos de capacidades funcionales y pérdida de habilidades, sino también de las características médicas y psicosociales. Habitualmente lo lleva a cabo un equipo interdisciplinario, con la intención de formular un plan comprensivo para la terapia a largo plazo. Los principales propósitos son:

- a) Mejorar el diagnóstico médico y psicosocial.
- b) Planificar una rehabilitación adecuada al igual que otras terapias.
- c) Determinar el área óptima para vivir, cuidados continuos y mantenimiento.

La valoración funcional, es decir la capacidad para desempeñarse en forma independiente debe ser un aspecto importante en la evaluación de estos pacientes. El interrogatorio, la exploración física y los hallazgos de laboratorio tiene importancia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas; sin embargo, las capacidades en estos pacientes son tan importantes como la salud total, el bienestar y la necesidad potencial. Por ejemplo, en el paciente geriátrico con hemiparesia, la naturaleza, localización y extensión del daño llegan a ser importantes en el tratamiento, pero el hecho de que sea continente y capaz de subir las escaleras hacia un departamento establecerán la diferencia entre regresar a vivir a casa o a un asilo.

En relación al proceso de salud-enfermedad en las personas de edad avanzada, se pueden distinguir las siguientes particularidades:

- Mayor fragilidad y vulnerabilidad ante el medio (social, económico, físico, psicológico).
- Combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o agravamiento de procesos patológicos.
- Multimorbilidad, es decir, la confluencia de varias enfermedades en un mismo individuo.
- La combinación de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativos.
- El aumento de los problemas de incapacidad o invalidez por la aparición de complicaciones o secuelas, como consecuencia de la disminución de la mortalidad, o por procesos patológicos iniciados en etapas más tempranas de la vida.

Es también la valoración social un proceso complejo, tan importante como las otras valoraciones, ya que la función social es un concepto por si solo multidimensional, no consta de parámetros fácilmente mensurables y además la información recogida puede ser difícil de interpretar.

Debe subrayarse que determinadas circunstancias sociales pueden pesar más que los aspectos clínicos a la hora de indicar un tratamiento; por ejemplo una medicación que requiera controles estrictos que el paciente, por su situación social no pueda cumplir.

Los elementos claves de la valoración social que hay que tener en cuenta dentro de la evaluación Geriátrica son:

El soporte social que son los recursos de todo tipo, públicos y privados, formales e informales, a los que puede accederse.

Las relaciones sociales, es importante saber con quien vive el anciano. El análisis de la interacción paciente-familia puede aportar datos de importancia para el diagnóstico integral.

Las actividades sociales, hay que tener en cuenta los intereses, las preferencias, las responsabilidades, el estilo de vida.

Es parte de la valoración social identificar el cuidador principal, que es la persona, habitualmente que realiza la mayor parte del cuidado del paciente viejo. El reconocimiento de esta figura es fundamental en la práctica diaria ya que va a ser el interlocutor con el equipo y va a tener su papel clave a la hora de tomar decisiones, en el caso de pacientes viejos con una capacidad mental alterada, y en la prestación de los cuidados.

Un esposo, una hija o cualquier familiar pueden encontrarse en el papel de "cuidador", es decir, la persona responsable de que se llenen las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales del paciente. Otra persona dependerá de ellos para sus necesidades básicas.

Sin importar si se trata de la progresión de una enfermedad crónica, como una enfermedad del corazón, pulmones, derrames, demencia, artritis o la combinación de problemas médicos y sociales este nuevo papel es un nuevo cambio para ambas personas. Los ajustes que son necesarios frecuentemente provocan estrés, ya que los patrones de comportamiento ya establecidos deben ser abandonados a cambio de patrones nuevos.

Para el cuidador tiene un fuerte impacto en varias esferas:

- **IMPACTO SOCIAL**

La familia inicia un cambio en su funcionamiento interno, adquiriendo nuevas responsabilidades que se agregan a las previas. Toda la atención se centra en el enfermo, se descuida el trabajo, se disminuye la eficiencia, se descuida a otros integrantes de la familia si la que cuida es casada y con hijos.

- **IMPACTO ECONOMICO**

Cualquier enfermedad, que requiera el apoyo especializado o no, rebasa el ingreso familiar común, por lo que la familia se debe reorientar sacrificando desde las necesidades básicas hasta los placeres elementales.

- **IMPACTO EMOCIONAL**

Los intereses propios se desatienden y sacrifican por la atención al enfermo, disminuyendo el gusto por la vida y provocando al cuidador un factor más para la depresión. El cuidador puede sentirse, deprimido, ansioso, angustiado y aislado socialmente.

- **IMPACTO FISICO**

La salud física del cuidador puede estar en riesgo por el estrés generado, es frecuente la pérdida del apetito, trastornos del sueño, fatiga, falta de períodos de descanso, en suma desatender la salud propia.

A pesar de lo expuesto el cuidador solicita menos atención sanitaria de lo que cabría esperar, y ello ha llevado a otros autores a considerar la necesidad de buscar trastornos incipientes en el cuidador que nos alertan sobre su desbordamiento y la necesidad de apoyo y de incluirle en la asistencia integral al paciente incapacitado.

Entre los problemas del cuidador de más alta prevalencia se encuentran el de tipo ansioso y depresivo. Este miembro que soporta la sobrecarga y cuidado físico del paciente suele ser una mujer.

Existen otras variables que determinan la presencia de colapso de cuidador como son la edad, siendo los cuidadores viejos más susceptibles de presentar alteraciones de salud, generalmente relacionado cuando los pacientes presentan agresividad, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo, problemas económicos y bajo soporte social.

Los viejos mayores de 65 años, el 95% vive en su casa, esto condiciona a la familia estrés y al cuidador también, pudiéndose presentar abuso como manifestación de violencia intrafamiliar, repercutiendo en la génesis de enfermedades o trastornos mentales del paciente. Siendo en las últimas dos décadas la emergencia de los estudios para valoración del rol familiar como soporte del cuidado del enfermo crónico.

El abuso es explicado por las siguientes teorías:

- A) El deterioro mental y enfermedad que padecen los viejos.
- B) El estrés externo del cuidador.
- C) y la teoría basada en la conducta aprendida (violencia familiar).

Dentro del abuso al viejo, son comúnmente distinguidas 4 categorías:

- A) Agresión física.
- B) Falta de administración de dinero o medicamentos.
- C) Negligencia.
- D) Agresión verbal o psicológica.

Considerando la importancia de los cuidadores dentro de lo ya expuesto, la intervención del Gerontólogo será determinante para realizar diagnósticos oportunos en el cuidador y establecer medidas preventivas e intervenciones como revisiones periódicas, insistir en descansos, evaluar alimentación, el ejercicio, además de ingesta de medicamentos tranquilizantes.

Deberá establecerse medidas de terapia emocional al cuidador, además de apoyo de la familia, y de ser posible formar grupos de apoyo.

El objetivo de este estudio es la detección oportuna de depresión o colapso de cuidador en las personas principales que son responsables de los pacientes hospitalizados para mejorar la calidad de atención integral a la familia como parte de la valoración geriátrica multidimensional.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

MATERIAL Y METODO

Se realizó el presente estudio prospectivo, transversal y descriptivo en el servicio de Geriatria del hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de seguridad social y servicios de los trabajadores del estado, durante el periodo comprendido entre el primero de abril al 30 de septiembre del 2000.

Se incluyó a los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados que presentaban disminución de la funcionalidad, dichos cuidadores eran mayores de 18 años, excluyendo a los pacientes institucionalizados, a los pacientes que eran físicamente independientes (Katz A) y a los que no fue posible determinar cuidador primario. No se eliminaron cuidadores.

A todos los pacientes se les realizó evaluación geriátrica integral, emitiendo diagnósticos probables los cuales fueron considerados, incluyendo edad, sexo, estado civil y realizándose escala de funcionalidad de acuerdo a las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz).

A los cuidadores primarios se encuestó, edad, sexo, parentesco con el paciente, además de que se le realizó escala de carga del cuidador de Zarit, para detección de colapso de cuidador, y escala de depresión de Yesavage, versión reducida para detección de depresión en el cuidador.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 50 pacientes del servicio de Geriatria del hospital regional "Lic. Adolfo Lòpez Mateos", excluyéndose 6 pacientes que estaban institucionalizados y que por lo tanto no contaban con cuidador primario.

De un total de 44 pacientes ingresados, la distribución por sexo fuè de 26 mujeres correspondiendo a 59% y 18 hombres correspondiendo a 41%. La edad promedio fuè de 84.2 años con màxima de 97 años y mínima de 53 años.

Los diagnòsticos màs frecuentemente encontrados en los pacientes fueron: Delirium 22, Desequilibrio hidroelectrolítico 20, Inmovilidad 18, Diabetes Mellitus 15, Infección de vías urinarias 17, Demencia 14, Infección de Vías Respiratorias Bajas 13, Fractura de Cadera 13, Hipertensión arterial 12, Desnutrición 12, Depresión 10. (Gràfica 1)

La funcionalidad de los pacientes de acuerdo a la índice de Katz, correspondió: A 0, B 8, C 8, D 6, E, 2, F2, G 18. (Gràfica 2)

Se entrevistaron a los cuidadores primarios de cada paciente encontrándose la distribución por sexo, 38 mujeres y 6 hombres. La distribución de los cuidadores por parentesco correspondió a: 22 hijas, 5 hijos, 5 esposas, 3 esposos, 2 nueras, 1 sobrino, 1 sobrina y otros 5. (Gràfica 3)

Se aplicò escala de depresión de Yesavage (versión reducida) a los cuidadores primarios encontrándose 33 sin depresión, 5 probable depresión y 6 con depresión establecida. (Tabla 1) Encontrándose más frecuentemente cuidadores deprimidos los que estaban a cargo de pacientes con funcionalidad totalmente dependiente (Katz G) y relacionándose además con pacientes con diagnòstico de demencia de los cuales presentaban alteraciones de la conducta.

Se aplicò escala de carga de cuidador de Zarit a los cuidadores primarios encontrándose 35 sin colapso, 3 colapso leve, y 6 colapso intensa. (Tabla 2)

En los 6 pacientes detectados con colapso de cuidador intenso, se les encontró con ansiedad y también depresión que condiciona alteraciones de la conducta, trastornos del sueño, siendo los inmediatamente afectados los pacientes viejos que reciben la atención diaria para las necesidades básicas de la vida diaria, estos problemas del cuidador llevaron a la hospitalización del paciente y se pasó por alto signos importantes de la enfermedad como por ejemplos: la falta de cuidados a puntos de apoyo que condicionaron úlceras de presión en los pacientes y la falta de movilización y fisioterapia pulmonar que condicionaron acúmulo de las secreciones a nivel bronquial y posteriormete procesos infecciosos agregados.

DISCUSION

El progresivo aumento de la esperanza de vida de los adultos mayores, siendo que en este grupo de población se encuentra una alta prevalencia de patologías crónicas, algunas de ellas invalidantes para actividades básicas de la vida diaria, y dada la baja reserva funcional y homeostática con la que cursan siendo factores que limita la posibilidad de recuperación del paciente cuando se presentan enfermedades agudas, esto ocasiona alteraciones familiares, sociales y económicos a los involucrados.

La presencia de pacientes viejos en el ambiente familiar altera la dinámica de la misma y repercute sobre las relaciones interpersonales de sus miembros. Algunos estudios han demostrado el mayor riesgo de morbilidad física y psíquica en aquella persona que se constituye como el cuidador primario del paciente siendo considerado prácticamente como un paciente "oculto". En el presente estudio el tipo de cuidadores más habitual son los hijos predominantemente del sexo femenino hecho coincidente con otros estudios.

Los pacientes que incluimos fueron con funcionalidad disminuida, según valoración de índice Katz de funciones básicas de la vida diaria, excluyéndose los pacientes que tenían independencia física (Katz A), los pacientes que predominaron fueron con dependencia física total (Katz G) en los que más frecuentemente se detectó colapso de cuidador, cabe hacer mención que hay muchos factores que determinan que un cuidador se agote, como la duración de cuidar al paciente, ya que detectamos cuidadores de más de 3 años con pacientes confinados a la cama con dependencia física total y con cuidadores apáticos y con falta de interés en la evolución del paciente y cuidadores de reciente inicio con más entusiasmo y optimista acerca del manejo del paciente con mejores perspectivas para el viejo enfermo.

Cabe hacer mención que es difícil determinar en que momento se convierte en cuidador ya que en muchas ocasiones es circunstancial, por ejemplo la hija separada del esposo, soltera, habitualmente con escolaridad básica, o la persona que ha perdido su empleo y que al mismo tiempo su familiar que requiere cuidados por enfermedad aguda como fractura de cadera, descompensación metabólica, enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral o cualquier otra patología que necesite asistencia por una tercera persona.

Encontramos además en los cuidadores bajo nivel escolar que les hace difícil encontrar empleos bien remunerados, por lo que ante el cuidado que requiere el paciente viejo se tornan cuidadoras con obtención de ganancias secundarias como apoyo económico por parte de los otros familiares, además de tomar un rol en la familia.

Es importante como parte de valoración conocer al cuidador, ya que es la piedra angular para la recuperación del paciente viejo, prácticamente todos los pacientes requieren rehabilitación, es decir, tratar de restaurar la funcionalidad abatida durante el tiempo de hospitalización y el cuidador debe estar capacitado además de íntegro física y mentalmente para el beneficio de los pacientes que han disminuido su independencia física.

El apoyo de los demás integrantes de la familia también determina que haya o no colapso en el cuidador ya que los “relevos” o alternancia en el cuidado del paciente viejo es importante para evitar que el cuidador se agote, encontramos problemas cuando la red de apoyo es frágil, por ejemplo en las familias que no sobreviven más familiares de primera línea y que la responsabilidad la tiene una sola persona ya sea cónyuge o hija en estos casos si existen posibilidades económicas se recomienda apoyo de cuidadores remunerados para que se asista al paciente en su domicilio.

Está bien demostrado que el paciente con dependencia física total afecta más al cuidador y puede provocar depresión, ansiedad y cambios de conducta, además el diagnóstico del paciente puede contribuir al colapso de cuidador, por ejemplo los cuidadores que tienen a su responsabilidad pacientes con demencia y trastornos de conducta asociados suelen producir angustia en el cuidador por la falta de capacitación acerca de la evolución de la enfermedad, ya que el cuidador considera que las conductas alteradas son actos voluntarios de los pacientes y estas circunstancias inclusive pueden ocasionar maltrato al viejo como falta de administración de medicamentos, negligencia para los cuidados personales del paciente, falta de movilización y curación de úlceras de presión o cualquier conducta que afecte la atención y mejoría de la calidad de vida del paciente.

Es muy importante también considerar la edad del cuidador ya que cuando el cuidador primario es el esposo o la esposa siendo los cuidadores de mayor edad detectados en el presente estudio suelen presentar cansancio sobre todo si el cuidador presenta enfermedades como diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, enfermedades osteoarticulares o cualquier patología que altere la homeostasis en general, ser cuidador viejo es un factor de riesgo para agotamiento físico y mental.

Otro de los factores importantes para el colapso de cuidador es el tiempo en un día que le dedica al paciente, ya los cuidadores primarios que además tienen otro trabajo que realizar les sirve como “respiro” y de ayuda para no verse involucrados en el mundo del paciente que cuida o el dar “descansos” a los cuidadores mejoran la atención del paciente viejo, esto es más frecuente en los cuidadores remunerados y que tienen horarios específicos que cumplir, además de que no hay relación consanguínea, por lo tanto no involucra como a los parentescos del paciente que suelen vivir duelos anticipados.

Una de las manifestaciones en el cuidador de agotamiento es la depresión, mismo que ha sido encontrado en los cuidadores colapsados entrevistados en este estudio, por lo que las escalas de depresión nos es de utilidad para la detección temprana de esta patología y de esta forma identificarlo como un paciente “oculto” y establecer medidas de prevención o en su defecto opciones de manejo del cuidador.

Es importante también identificar a los cuidadores que ingieren medicamentos tranquilizantes lo cual generalmente hacen automedicándose ya sea por ansiedad, trastornos del sueño o situaciones que generan angustia al cuidador, involucrarnos como médicos de atención integral, ya que nuestras decisiones u omisiones redundará en la calidad de vida del paciente y del cuidador mismo.

Las manifestaciones de agotamiento, como ya describimos pueden afectar al cuidador física y mentalmente.

Diferentes variables influyen sobre la aparición de agotamiento en los cuidadores. El restablecimiento de “medidas de alivio” o “cuidados de respiro” puede impedir la aparición de patologías en el cuidador primario e incluso en el mismo paciente.

El apoyo emocional al cuidador es importante por parte del Geriatra, para mejorar la calidad de atención del paciente en forma integral, se deberán establecer apoyos a la familia para involucrarnos en la evolución y atención del paciente.

Cuidadores que cuidan poco y que exhiben aumento de la carga por razones psicológicas están relacionados con conflictos previos de la dinámica familiar, estos cuidadores representan un gran riesgo a los pacientes y a la institución de salud. Una intervención familiar es deseable.

CONCLUSIONES

Dentro de la valoración Geriátrica multidimensional, la valoración social es trascendente y dentro de ésta la identificación del cuidador primario es de vital importancia ya que es considerado por muchos autores como el paciente "oculto" que tiene un riesgo incrementado de padecer morbilidad psíquica y física, que precisaría un diagnóstico precoz de su patología y una intervención inmediata antes de que el deterioro sea difícilmente reversible.

Casi todos los estudios encuentran una elevada prevalencia de ansiedad y depresión entre los cuidadores, no debemos excluir que depende del instrumento de investigación utilizado poseen generalmente alta sensibilidad para los diagnósticos.

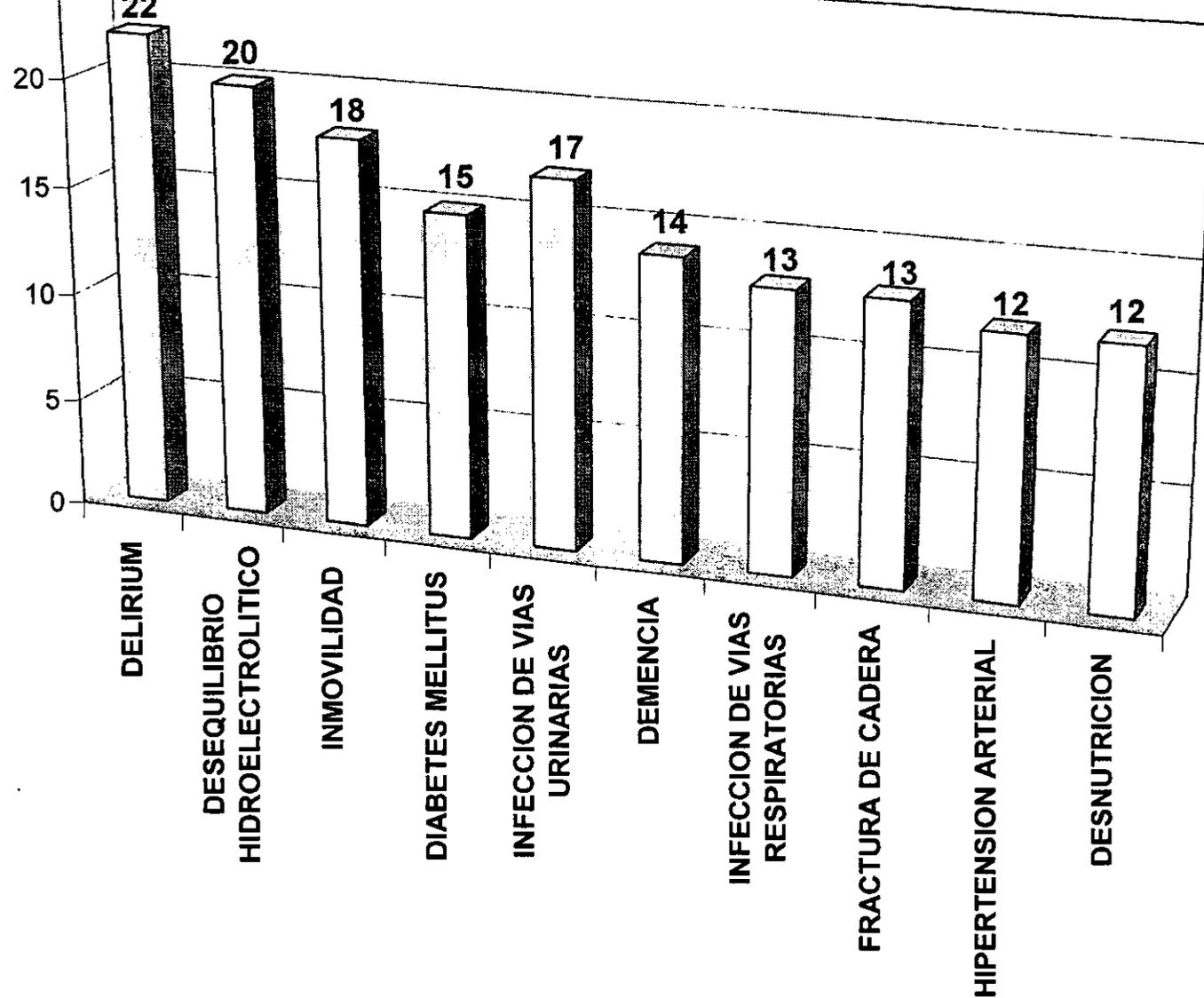
Los cuidadores colapsados presentan una menor tolerancia al esfuerzo ante diversas situaciones como son: dependencia física total de la persona cuidada, algunas patologías como demencia, procesos reumáticos degenerativos, secuelas de enfermedades vasculares cerebrales y algunos síntomas como insomnio y agresividad.

El estrés del cuidador puede tener consecuencias sobre la persona atendida, se han demostrado mayores tasas de institucionalización, desatención (mala alimentación, higiene deficiente) y en general maltrato al paciente viejo, como falta de administración de medicamentos, y negligencia para la atención del paciente.

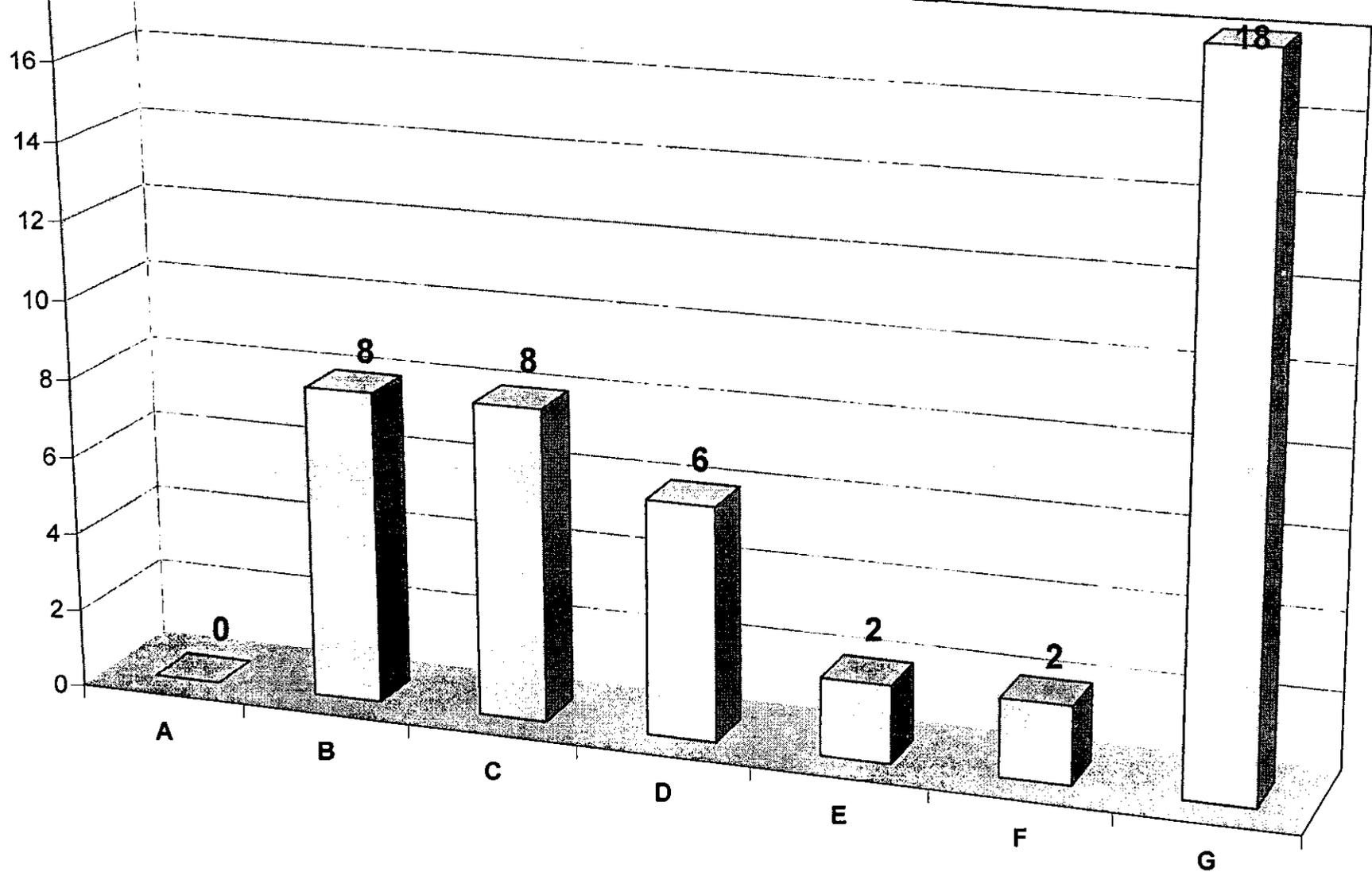
Sin embargo aunque con datos de colapso, los cuidadores no necesariamente caen en depresión.

El perfil de los cuidadores generalmente son mujeres, con un nivel cultural medio-bajo, fundamentalmente hijas.

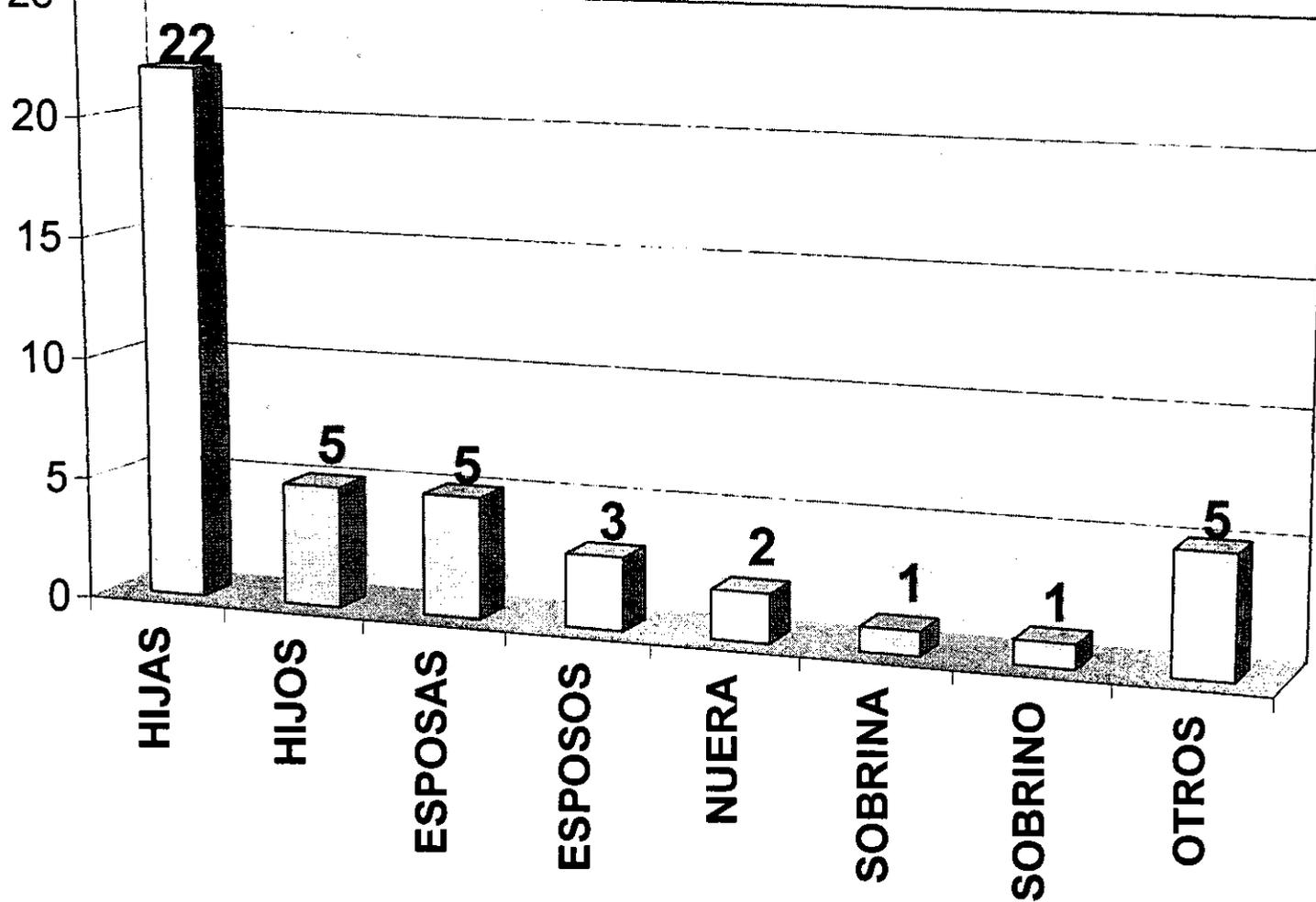
Definitivamente se deben establecer programas para la detección oportuna de colapso de cuidador para mejorar la atención integral del paciente viejo, ya que es problema social y de salud pública el aumento de esta población, por lo que la atención a la problemática planteada redundará en la calidad de vida de nuestros viejos.



Grafica N° 1 Distribución de pacientes de acuerdo a diagnóstico, ingresados al servicio de Geriátría del 1° de abril al 30 de septiembre del 2000.



Grafica N° 2 Distribución de pacientes de acuerdo a funcionalidad (Índice de Katz), ingresados al servicio de Geriatria en el periodo de l 1° de abril al 30 de septiembre del 2000.



GRAFICA N° 3 Distribución de cuidadores de acuerdo a parentesco con el paciente, entrevistados en el servicio de Geriatria del 1° de abril al 30 de septiembre del 2000.

Tabla N° 1

Escala de depresión de Yesavage aplicada a los cuidadores de 44 pacientes hospitalizados en Geriatria de 11° de abril al 30 de septiembre del 2000.

SIN DEPRESIÓN	33 CUIDADORES
PROBABLE DEPRESIÓN	5 CUIDADORES
DEPRESIÓN ESTABLECIDA	6 CUIDADORES

Tabla N° 2

Escala de carga de cuidador de Zarit aplicada a los cuidadores de 44 pacientes hospitalizados en Geriatría de 1° de abril al 30 de septiembre del 2000.

SIN COLAPSO (< 47 PUNTOS)	35 CUIDADORES
COLAPSO LEVE (47 A 55 PUNTOS)	3 CUIDADORES
COLAPSO INTENSO (> DE 55 PUNTOS)	6 CUIDADORES

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Timiras Paola. Envejecimiento demogràfico. Bases fisiopatològicas del envejecimiento. 1997. 9-11.
- 2.- Bilbao Curiel, Gastaminza Santacoloma, Garcia Garcia J. Los pacientes domiciliarios crònicos y su entorno en atención primaria de salud. Atención primaria. 1994. 13. 62-64.
- 3.- Segura Noguera J.M. Bastida Bastus, Martí Guardaño. Los enfermos crònicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Atención primaria. 1998. 21. 431-434.
- 4.- Rodriguez R., Morles J. Encinas J. Colapso de cuidador. Geriatria. 2000. 224-229.
- 5.- Rubio Montañez M, Sánchez Ibañez, Ibañez Estella. Perfil mèdico social del cuidador crucial. Atención primaria. 1995. 16. 181-182.
- 6.- Kane Robert, Ouslander Joseph, Abrass Itamar. Valoración funcional. Geriatria Clínica. 1997. 55-57.
- 7.- Torres Stanovik Robert, Jackson Edward. Guía para los cuidadores que asisten adultos. 1998. 4-8.
- 8.- Garcia Lozano, Pardo González de Quevedo. Factores asociados a ansiedad y toma de psicofàrmacos en cuidadores de pacientes incapacitados. Atención primaria. 1996. 18. 395-397.
- 9.- Puig C. Hernández Monsalve. Gervas. Los enfermos crònicos recluidos en la familia. Atención primaria. 1992. 10. 550-552.
- 10.- Huston Patricia G. Family Care of the Elderly an Caregiver Stress. 1990. Vol: 42. 671-673.
- 11.- Marjorie H. Cantor. Strain among caregivers: A estudy of experiencie in the United States. Gerontology. 1983. 23. 597-599.
- 12.- Terrence A. O'malley. Everit Daniel. Identifying and preventing family-mediated abuse and neglect of elderly persons. Annals of Internal medicine. 1983. 98. 998-1004.
- 13.- Hannie C. Comijs, Anne Margriet Pot, Elder Abuse in the community. American Geriatrics Society. 1998. 46. 885-888.
- 14.- Bibou-Nakou-I, Dikaiou-M. Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. Social psychiatry and psychiatry Epidemiology. 1997. 32. 104-108.

- 15.- Clark, Michele, Standard. Caregiver burden and the structural family model. *American Journal*. 1996. Jan. Vol. 18. 54-58.
- 16.- Kriegsman, Pemmox. Chronic disease in the elderly and its impact on the family. *Family systems medicine*. 1994. 12/3. 249-255.
- 17.- Albert S.M. Psychometric investigation of a belief system: Caregiving to the chronically ill parent. *Behavioral, The Philadelphia Geriatric Center*. 1992. 35/5. 699-705.
- 18.- Bull, Margaret J., Maruyama, Geoffrey. Testing a model for posthospital transition of family caregivers for elderly persons. *Journal Article*. 1995. 44/3. 132-138.
- 19.- Jones, Susan L., Paul K. Caregiver Burden: Who the caregivers are, how they give care, and what bothers them. *Journal Article*. 1995. 6/2. 71-77.
- 20.- Biegel, David E. Milligan, Sharon E. Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Journal Article*. 1995. Vol 30/5. 473-494.
- 21.- Ruipérez Cantera, Baztan Cortés, Jiménez Rojas. El Cuidador principal., El paciente anciano. 1998. 32-34.
- 22.- Mantenimiento y mejoría de la movilidad. Manual de cuidados. 1997. Italia. 71-77
- 23.- William R. Hazzard. Families, social, support and caregiving. *Principles of Geriatric medicine and Gerontology*. 1999. 333-340.