



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DETERIORO COGNITIVO LEVE
EN EL CUIDADOR INFORMAL ANCIANO
DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 72”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

GERIATRA

P R E S E N T A:

VERÓNICA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

DIRECTOR DE TESIS:

M.E. JOSÉ ANTONIO ESPÍNDOLA LIRA

Facultad de Medicina



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018.



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.

**“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DETERIORO COGNITIVO LEVE EN EL CUIDADOR
INFORMAL ANCIANO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 72”**



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1402** con número de registro **17 CI 15 033 053** ante COFEPRIS

HOSP GRAL DE ZONA NUM 68, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA **13/12/2017**

M.E. JOSE ANTONIO ESPINDOLA LIRA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y DETERIORO COGNITIVO LEVE EN EL CUIDADOR INFORMAL ANCIANO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 72

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-1402-34

ATENTAMENTE

DR. (A). JOSÉ CESAR VELAZQUEZ CASTILLO

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1402

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS**

**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DR. RAMÓN ARMANDO SÁNCHEZ TAMAYO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N°72
“LIC .VICENTE SANTOS GUAJARDO”**

**DR FRANCISCO MEDRANO LOPEZ
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 72
“LIC .VICENTE SANTOS GUAJARDO”**

**DR. JOSE ANTONIO ESPINDOLA LIRA
INVESTIGADOR PRINCIPAL Y
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 72
“LIC .VICENTE SANTOS GUAJARDO”**

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar con las personas que más amo.

A mis padres, José Luis Hernández y Margarita Sánchez, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día creer y confiar en mí y en mis expectativas. Gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme siempre, por cada uno de sus consejos. Gracias a mi padre por anhelar siempre lo mejor para mi vida, y por trabajar sin descanso para brindarme siempre lo mejor.

A mis hermanos, Luis y Sergio, y a mi cuñada Vero, por lo que representan para mí y por el apoyo que siempre me brindaron a lo largo de esta carrera.

A mis sobrinos, Camila y Ángel, por ser un rayo de amor y alegría desde el momento de su llegada.

A mi novio, Jesús Guízar, por ser mi compañero y cómplice, gracias por tu amor y paciencia, por estar conmigo en todo momento, por tu motivación y ayuda incondicional. Te amo!

A mis amigos y compañeros, presentes y pasados, por compartir sus conocimientos, por todos los momentos de alegría y tristeza que vivimos juntos.

Al Dr. José Antonio Espíndola Lira, por ser maestro y guía en este proceso de formación. A la Dra. Teresa León, al Dr. Bernardo Sánchez, al Dr. Juan Adolfo Basaldúa, al Dr. Samuel Morales, por permitirme aprender de su experiencia.

ÍNDICE

Resumen.....	7
Objetivos.....	8
Antecedentes.....	9
Planteamiento del problema.....	18
Justificación.....	19
Hipótesis.....	20
Material y métodos.....	21
Aspectos éticos.....	25
Resultados.....	27
Discusión.....	32
Conclusiones.....	34
Referencias.....	35
Anexos.....	38

RESUMEN

TÍTULO. Perfil sociodemográfico y deterioro cognitivo leve en el cuidador informal anciano de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría del Hospital General Regional N° 72.

ANTECEDENTES. El cuidado familiar de los pacientes, especialmente la población envejecida, es muy importante para el sistema de salud, ya que de forma general ayudan a disminuir los ingresos y estancias hospitalarias y por ende los costos de la atención. En muchas ocasiones, los cuidadores llevan a cabo esta acción sin contar con apoyo profesional ni con períodos de descanso en una actividad que exige una alta demanda física, social y emocional. Los adultos mayores como cuidadores informales son más propensos a estar en mala salud y condicionar riesgo a quien proporcionan la ayuda. Algunas condiciones que complican los cuidados proporcionados por ancianos son dadas por el mismo proceso de envejecimiento que cursa el cuidador, siendo propenso a convertirse incluso en un paciente que también requiera de cuidados. La presencia de deterioro cognitivo se estima en 7.3% de la población anciana, por lo que se espera encontrar cierto número de casos en la población de cuidadores ancianos estudiada.

OBJETIVO. Evaluar la asociación entre el perfil sociodemográfico y clínico y el deterioro cognitivo leve en el cuidador informal anciano de pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría del Hospital General Regional N° 72 en el período comprendido de diciembre de 2017 a enero de 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizará un estudio observacional, prospectivo, transversal y analítico, a partir de la información obtenida mediante encuesta y prueba cognitiva realizadas a los cuidadores informales ancianos de pacientes hospitalizados en el Servicio de Geriatría del Hospital General Regional 72. La población de estudio serán 76 cuidadores primarios informales que tengan más de 65 años, cuyos pacientes se encuentren hospitalizados en el servicio de Geriatría en el período comprendido de diciembre de 2017 a enero de 2018. El análisis de los datos se realizará por medio de estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para realizar la comprobación de la hipótesis se hará uso de la prueba estadística X².

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA. El presente estudio se llevará a cabo en el servicio de Geriatría (5° piso) del Hospital General Regional N° 72, el cual está ubicado en el municipio de Tlalnepantla, contando con instalaciones y recursos adecuados para la realización del presente protocolo.

EXPERIENCIA DEL GRUPO. El servicio de geriatría del Hospital General Regional N° 72, cuenta con la experiencia de 4 años en el manejo de pacientes geriátricos, con médicos especialistas y la infraestructura necesaria para la atención y servicios de investigación para realizar nuestro proyecto de investigación.

TIEMPO PARA DESARROLLARSE. Se realizará de diciembre de 2017 a enero del 2018.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la asociación entre el perfil sociodemográfico y el deterioro cognitivo leve en el cuidador informal anciano de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría del Hospital General Regional N° 72 en el período de diciembre de 2017 a enero de 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el perfil sociodemográfico (edad, género, estado civil, parentesco, escolaridad, ocupación) de los cuidadores informales ancianos de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría del Hospital General Regional N° 72.
- Identificar deterioro cognitivo leve en cuidadores informales ancianos de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría del Hospital General Regional N° 72.
- Describir el perfil neuropsicológico de los cuidadores informales ancianos identificados con deterioro cognitivo leve de acuerdo con la herramienta de tamizaje en el servicio de geriatría del Hospital General Regional N° 72.

ANTECEDENTES

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con el informe mundial sobre el envejecimiento y la salud emitido en 2015 por la Organización mundial de la Salud (OMS), se ha logrado que una persona pueda aspirar a vivir más de 60 años debido a la disminución de la mortalidad infantil y de las personas mayores, así como a la disminución de la fecundidad en casi todos los países (1). En el año 2010, a nivel mundial, el porcentaje de mayores de 60 años era de 600 millones y se calcula que para el año 2025 esta cifra será el doble y en el año 2050 llegará a casi 2,000 millones. En México, las estadísticas indican que la población vieja será de 36.2 millones para 2050 (2) (las mujeres mayores de 60 años representarán 23.3% del total de población femenina y los hombres constituirán 19.5% del total de la masculina). En 2014 la esperanza de vida de las mujeres era de 77.5 años y la de los hombres de 72.1 años, cifras que se incrementarán a 81.6 y 79.4 años en 2050, respectivamente (3).

El envejecimiento de la población puede representar un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, pero a la vez constituye un reto para la sociedad, que se debe adaptar para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (4). El incremento del número de adultos mayores en la población va a generar un impacto en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, además de cargas adicionales de trabajo para los cuidados que requieren, ya que el hecho de tener una expectativa de vida mayor no representa necesariamente una ventaja para el individuo, sino que puede significar un período mayor de enfermedad o de discapacidad. La edad avanzada afecta la salud y la calidad de vida de las personas, con consecuencias físicas, psíquicas y sociales, y se traduce en dificultades para realizar por sí mismas algunas actividades cotidianas, lo que incrementa las posibilidades de depender de cuidados por parte de otros (3). Respecto a esto, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) realizada en el año 2009, el 25.3% de las personas adultas mayores (de los cuales 27.8% eran mujeres y 22.5% correspondían a población masculina) necesitaron que alguna persona de su hogar le brindara cuidados o apoyo (5).

Derivado de la poca infraestructura para los cuidados crónicos de los adultos mayores, o incluso la inexistencia de estos en países con una economía deficiente, la responsabilidad

del cuidado queda a cargo de las familias, que generalmente carecen de capacitación o del apoyo necesario para proporcionar una atención adecuada (6). En nuestro país, la mayoría de los viejos no cuenta con derecho a servicios de salud, o debido a que los ingresos que perciben provienen de una pensión y no es factible costear un servicio de cuidados, las redes informales de apoyo (tanto familiares como no familiares) han sido una de las principales alternativas para solventar las dificultades económicas y de salud a las que se enfrenta la población envejecida (7).

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS CUIDADORES INFORMALES

El cuidado informal se define como *“la prestación de cuidados de salud a personas dependientes, y es dada por familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben atribución económica por la ayuda que ofrecen”* (8). En la sociedad mexicana, la familia desempeña un papel fundamental como participe de la vida de las personas de mayor edad, pues ofrece principalmente apoyo material (dinero, remesas, ropa y comida, principalmente), afectivo (cariño, confianza, empatía) e instrumental (transporte, ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento) (9); la falta de apoyo familiar puede tener resultados adversos en la salud, la calidad de vida y en la supervivencia de los ancianos. Para los sistemas de salud, la importancia que este tipo de cuidado radica en que en muchas ocasiones se evitan ingresos hospitalarios y por ende se reducen los costos de la atención. Sin embargo, tenemos que considerar que, en la mayoría de los casos, los cuidadores realizan dicha actividad sin recibir apoyo profesional y no cuentan con períodos de descanso en una actividad que plantea una alta demanda física, social y emocional (2).

El tipo de relación de los cuidadores informales con sus beneficiarios es muy diversa (cónyuge, hijo, otro familiar, vecino o amigo), así como sus condiciones de vida (co-residentes, no viven con el receptor de cuidados), las características del cuidado brindado (la persona es un cuidador "primario" o alguien que proporciona más apoyo secundario y suplementario), las condiciones de salud de los receptores de la atención (demencia, fragilidad, enfermedad cerebrovascular, etc.) y otros indicadores de la extensión y participación en el cuidado (10). En diversos estudios en los que se ha descrito el perfil del cuidador, y se ha encontrado que, en la mayoría de los casos, los cuidadores son mujeres, cónyuges, con residencia conjunta de personas con demencia que informan que proporcionan algún tipo de atención (11, 12, 13, 14, 15).

En el año 2010, la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) indicó que el cuidado de personas adultas mayores se da en un 80% por miembros cercanos de la familia (esposa o esposo, hijos e hijas), y un 11% recibe ayuda de otras personas, sean o no sus familiares (16). En general, los datos muestran una mayor presencia de mujeres cuidadoras que de hombres cuidadores; de personas adultas jóvenes, con bajos niveles de escolaridad y presencia importante de población no económicamente activa.

EL ANCIANO COMO CUIDADOR

Con el cambio demográfico y el envejecimiento poblacional, se cree que los miembros cercanos de la familia son quienes van a proporcionar la asistencia diaria y manejarán la amplia diversidad de problemas que enfrentan los adultos mayores con discapacidad, sin embargo, derivado de las tasas de fecundidad reducida, menor número de matrimonios, mayor tasa de divorcio y mayor movilidad geográfica, se espera que el número de cuidadores familiares disponibles disminuya (17). La incorporación social y laboral de los miembros más jóvenes de las familias, favorece que en aquellas que tienen integrantes envejecidos con necesidad de cuidados, estos sean asumidos por otros miembros adultos mayores o con un parentesco diferente, como esposo, hermanos e incluso hijos que superan los 60 años, pero en condiciones diferentes de salud (18).

A pesar de que en muchas ocasiones se ha relacionado la vejez con la enfermedad y la dependencia, también es cierto que muchos adultos mayores se encuentran laboralmente activos, tanto de manera formal e informal, además de su participación de forma activa en labores o actividades domésticas. Se ha descrito una participación hasta del 93.3% de la población anciana en el trabajo no remunerado (3). En la Encuesta Nacional sobre Ocupación y Empleo 2009 se describió que cuando los hombres dedican tiempo a actividades domésticas, lo hacen principalmente en el cuidado de personas que padecen algún tipo de discapacidad física o mental, y que las mujeres, además, dedican tiempo para la preparación de alimentos, la limpieza del hogar, y al cuidado de niños y otros miembros del hogar (19).

Se documentó en el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) de 2012 que el 11% de los hombres y 17% de las mujeres adultas mayores participan en el

cuidado de algún adulto enfermo o con discapacidad; y el 13.8% de ellos y 25.1% de ellas, participan en el cuidado de niñas o niños menores de 12 años (20).

En un estudio realizado en 2007 en una comunidad de Portugal, se describe el perfil del anciano cuidador, y se define al cuidador informal anciano de otro anciano, como *“aquel que con una edad igual o superior a 65 años presta cuidados sin formación específica a otra persona con edad igual o superior a 65 años”*. En este estudio se encontró que la edad predominante de ancianos cuidadores era de 65 a 70 años, predominaba el sexo femenino, con parentesco de ser esposa, que no tenía escolaridad previa y padecían de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o enfermedades osteomusculares (21).

En otro estudio realizado en Irlanda, en el que se incluyeron más de 2000 personas mayores de 65 años, se encontró que más del 40% de los individuos cuidan de sus familiares y amigos enfermos, discapacitados y/o mayores por al menos 1 año de su vida adulta, la mayor parte de la atención proporcionada era en sus propios hogares y el parentesco más común era cónyuge, con predominio de sexo femenino como proveedor de cuidados (22).

Los adultos mayores como cuidadores informales son más propensos a estar en mala salud y por lo tanto generar riesgo a quien proporcionan el cuidado. Algunas de las condiciones que complican los cuidados de ancianos por ancianos, son (18):

- Cambios propios del envejecimiento en ambos
- Enfermedades asociadas
- Deterioro cognitivo
- Dificultades para el manejo de la prescripción médica
- Necesidad del uso de ayudas técnicas
- Limitaciones económicas, etc.

LA SALUD FÍSICA Y MENTAL EN LOS CUIDADORES

En diversos estudios se señala que ser cuidador de otros es percibido por los propios cuidadores como una situación estresante, y ello se manifiesta en niveles altos de ansiedad y depresión. Otras consecuencias relacionadas con el desgaste que implica cuidar y proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad son problemas físicos, aislamiento

social, conflictos con otros miembros de la familia y una reducción importante de la economía familiar. Los cuidadores de otros generalmente no atienden sus propias necesidades de salud, o no lo hacen de forma adecuada, ya que no acuden a los servicios de salud, y en muchas ocasiones padecen enfermedades que pasan inadvertidas por no contar con diagnóstico ni tratamiento oportuno (2).

El cuidado familiar informal se describe, la mayoría de las veces, como una labor que tiene todas las características de una experiencia de estrés crónico. El estrés y la sobrecarga son las respuestas físicas y psicológicas diarias del cuidador, pero con el tiempo, se convierten en tensión, lo cual implica un deterioro de la salud de forma global (financiera, física, psicológica y social).

Muchos cuidadores familiares encuentran que su papel es profundamente satisfactorio, pero también muchos de ellos descuidan su propia salud para satisfacer las necesidades de los miembros de la familia enfermos crónicamente. Pueden experimentar estrés severo, y los trabajos de investigación indican que frecuentemente tienen problemas de salud, toman más medicamentos que los no cuidadores, y además cursan con depresión (23).

Serrano et al publicaron en 2003, un estudio descriptivo realizado en 215 cuidadores de pacientes con dependencia funcional en un programa de hospitalización a domicilio, en donde se concluyó que los cuidadores presentan más riesgo de ansiedad, depresión e índice de esfuerzo cuanto mayor es la dependencia física y el deterioro mental del paciente, menor el apoyo social y mayor el tiempo cuidando de éste; proponiendo en este estudio que la asistencia al cuidador debe integrarse en la atención al paciente (24).

DETERIORO COGNITIVO LEVE

Los problemas en la salud mental causan hasta el 31% de los años de vida perdidos por discapacidad entre las enfermedades no transmisibles. Se calcula que 17.6% de la población adulta mayor presenta síntomas depresivos (22.1% son mujeres y 12.5% son hombres), 7.3% presenta deterioro cognitivo leve (8.3% de las mujeres y 6.3% de los hombres) y 7.9% padece algún tipo de demencia (9.1% y 6.9% de mujeres y hombres respectivamente) (3).

Se ha descrito al deterioro cognitivo leve (DCL) como un síndrome en el que hay una alteración cognitiva y una preocupación expresa por parte de quien la padece, pero que no llega a interferir en la funcionalidad habitual. Se considera como un estado de transición entre el estado normal del cerebro y la demencia (25).

Petersen et al, distinguen cuatro tipos de deterioro cognitivo leve, con diferentes perfiles neuropsicológicos y variaciones en el nivel de severidad (26):

- a) Deterioro cognitivo leve amnésico de dominio único: Se presenta predominantemente con deterioro de la memoria y se considera como una fase prodrómica de demencia de tipo Alzheimer.
- b) Deterioro cognitivo leve amnésico con afectación en múltiples dominios: Afectación de otras funciones (lenguaje, función ejecutiva, praxias, gnosias) además de la memoria.
- c) Deterioro cognitivo leve no amnésico de dominio único: incluye dificultades en alguno de los dominios cognitivos (atención, lenguaje, funciones ejecutivas o funciones visuoespaciales) pero no la memoria
- d) Deterioro cognitivo leve de dominio múltiple: Alteración de más de una función cognitiva que no sea la memoria. Plantea también riesgo de progresión hacia enfermedad de Alzheimer.

A pesar de que se ha descrito que el DCL implica un mayor riesgo de progresión a la demencia, se ha observado que a veces revierte a un estado cognitivo normal o que incluso no progresa. La tasa de conversión de DCL a demencia es de alrededor del 10% al año, que se incrementa a 80-90% después de aproximadamente 6 años; la progresión a demencia es más rápida cuando existen condiciones médicas co-mórbidas y cambios patológicos graves (27).

Los criterios para determinar el deterioro aún siguen siendo la observación clínica comportamental y cognitiva (28). Los criterios diagnósticos propuestos en el DSM-5 para el DCL, cifrado en este documento como trastorno neurocognitivo menor, son (29):

- a) Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:

1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitivas.
 2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los test del rango de una a dos desviaciones estándar por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente.
- b) Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (por ejemplo, las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia.
- c) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.
- d) Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Detección clínica

El deterioro cognitivo no se reconoce en el 27-81% de los pacientes afectados en un primer nivel de atención. Una detección temprana de DCL podría producir beneficios a diferentes niveles, incluyendo el acceso a los tratamientos que permitirían el retraso o incluso la reversión del deterioro cognitivo. La detección de DCL requiere una actitud proactiva y el uso de pruebas cognitivas. La evaluación de un paciente del que se sospecha que tenga afectación cognitiva se realiza mediante pruebas de rastreo cognitivo o test de cribado que, en la medida de lo posible, estén poco influidas por factores de tipo sociocultural (25).

Una prueba de tamizaje adecuada debe incluir los siguientes aspectos (30):

1. Ser de administración y calificación rápida
2. Sensible a cambios cognitivos en etapas iniciales de un envejecimiento patológico
3. Una alta sensibilidad que permita detectar muchos casos en etapas iniciales y una especificidad alta que minimiza el número innecesario de casos que son enviados para evaluación ulterior.
4. Deben estar validadas para el grupo cultural y educativo al que pertenece el paciente.

Aunque no se reconoce una sola herramienta como el "patrón oro" para la detección del deterioro cognitivo, una evaluación estructurada inicial debería proporcionar una base para la vigilancia cognitiva o un desencadenante para una evaluación posterior (31).

Las numerosas pruebas de rastreo cognitivo se pueden clasificar en test de rastreo generales, de rastreo específico y para un subtipo de deterioro cognitivo leve.

Dentro de los test de rastreo generales, se encuentra el Minimental State Examination (MMSE), creado por Folstein en 1975; evalúa 5 dominios cognitivos (orientación temporo-espacial, memoria diferida, atención y cálculo, lenguaje y capacidad visuoconstructiva de dibujo). La principal utilidad del MMSE es la cuantificación del rendimiento cognitivo global, que permite cribado y estadificación en las demencias, sin embargo, tiene ciertas limitaciones, ya que no explora todos los dominios cognitivos y la interpretación de los diferentes puntos de corte es complicada. Estas limitaciones han propiciado el uso de otros instrumentos breves que permiten optimizar su capacidad de detección de casos, y amortiguar la influencia de aspectos sociodemográficos (32).

El Montreal Cognitive Assessment (MoCA) fue desarrollado como una herramienta de screening para pacientes con deterioro cognitivo leve con quejas cognitivas leves y que tenían un desempeño adecuado en el MMSE. La versión actual consta de una página con 30 puntos, que es administrada en 10 minutos; los ítems que evalúa son: memoria a corto plazo, habilidad visoespacial, función ejecutiva, abstracción, lenguaje, orientación, atención, concentración y memoria de trabajo. En el estudio de validación de esta prueba, se encontró un nivel de especificidad de 87% y sensibilidad del 90% para deterioro cognitivo leve, y para demencia por enfermedad de Alzheimer, una sensibilidad del 100% y especificidad del 87% (33).

En un meta-análisis comparando 20 estudios de MoCA y 13 de MMSE, tomando en cuenta su sensibilidad y especificidad para detectar deterioro cognitivo leve en población sana mayor de 60 años, se encontró en el análisis de fiabilidad diagnóstica de la prueba basado en múltiples puntos de corte, donde el área bajo la curva fue de 0.736 para MMSE (95% IC: 0.718-0.767) y para MoCA 0.846 (95% IC: 0.823-0.868), por lo que se asume que MoCA es mejor en detectar DCL que MMSE (34).

Dentro de la evaluación del paciente con sospecha de deterioro cognitivo leve, se considera necesaria la aplicación de alguna prueba de rastreo cognitivo junto con alguna de tipo funcional y de las actividades de la vida diaria, así como alguna prueba que valore el estado emocional del paciente, ya que en determinados casos, el deterioro cognitivo podría ser consecuencia de un estado emocional de tipo depresivo (25) y otorgando el manejo farmacológico de la misma puede ayudar a mejorar los síntomas cognitivos.

Presentación neuropsicológica

El objetivo de determinar un índice neuropsicológico característico en el deterioro cognitivo leve es identificar a las personas con alto riesgo de progresión a las enfermedades neurodegenerativas. El perfil neuropsicológico de los pacientes con deterioro cognitivo leve es heterogéneo. Por ejemplo, los pacientes con deterioro cognitivo leve de tipo amnésico presentan alteraciones específicamente en pruebas de memoria explícita, principalmente de tipo episódico y semántico. En pacientes con deterioro cognitivo leve multidominio, se presenta una afectación en la memoria junto con una o más del resto de las funciones cognitivas. Los pacientes con DCL asociado con defectos en funciones ejecutivas, tienen dificultades para planear y solucionar problemas, al igual que una disminución en su control atencional y memoria operativa (28,30).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las condiciones de salud de la población adulta mayor y su deterioro funcional por el proceso de la edad o derivado de enfermedades crónico-degenerativas o discapacidad, representa un reto para los sistemas de salud (3). En México, como en otras partes del mundo, la familia desempeña un papel de suma relevancia en la promoción del bienestar general de la población envejecida, ya que además del apoyo económico e instrumental, promueve la satisfacción emocional y psicológica de sentirse acompañado y poder ser parte de una relación recíproca de atención. La tarea de cuidar implica una gran diversidad de problemas tanto físicos, mentales y socio familiares, que de manera invariable se intensifican cuando algún integrante sufre alguna enfermedad que lo hace dependiente de otro y que requiere cuidados de salud permanentes y más especializados. Si el cuidado y el apoyo emocional e instrumental familiar son importantes en la calidad de vida de cualquier persona anciana, éste toma vital importancia cuando el que cuida de otros es un adulto mayor. El papel del adulto mayor ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ya que ha pasado de la inactividad a su participación como cuidador de otros, en las labores domésticas, e incluso trabajando para generar ingresos (2). El desempeño de un adulto mayor en funciones de cuidador exige una entrega para la cual sus capacidades también están envejecidas, y están presentes en él enfermedades o limitaciones que tienden a incrementarse al ofrecer cuidados (18).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre el perfil sociodemográfico y el deterioro cognitivo leve en el cuidador informal anciano de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriátrica del Hospital General Regional N° 72, en el período de diciembre de 2017 a enero de 2018?

JUSTIFICACIÓN

Magnitud. El aumento en el sector de la población de adultos mayores es un fenómeno social importante en el presente siglo; si bien pudiera considerarse un éxito de las políticas de salud y del desarrollo socio-económico de los países, representa un reto para la organización social, ya que se espera que derivado de las modificaciones en la estructura demográfica, los recursos familiares disponibles para asistir a este grupo de población sean menores, derivando en la implicación de ancianos como cuidadores de otros ancianos dependientes. Este escenario representa una situación en la que el cuidador anciano es más vulnerable para tener una mala salud y además llegar a ser un potencial generador de riesgos para quien proporciona cuidados.

Trascendencia. Los adultos mayores como cuidadores corren el riesgo de convertirse en un segundo paciente, ya que la mayor parte de los casos no cuentan con apoyo profesional ni con períodos de descanso para esta actividad, la cual desgasta física, social y emocionalmente. El 7.3% de los adultos mayores presenta deterioro cognitivo leve, por lo que al ser el cuidador anciano parte de este grupo etario, está en riesgo de presentar esta condición clínica que puede representar un factor de mal pronóstico para diversos aspectos como la funcionalidad y calidad de vida.

Vulnerabilidad. Profundizar en el conocimiento del perfil clínico del cuidador informal anciano y su asociación con deterioro cognitivo leve, dará una mayor visión para poder definir las acciones que haya que emprender en pro de asistir al cuidador para mejorar la calidad de vida y el pronóstico tanto del cuidador como del receptor de cuidados.

Factibilidad. A nivel institucional no se tiene registro de un estudio similar, por lo que el presente estudio pretende ser una guía para la identificación del perfil clínico del cuidador informal anciano.

HIPÓTESIS

Existe asociación entre el perfil sociodemográfico y el deterioro cognitivo leve en el cuidador informal anciano de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriátría del Hospital General Regional N° 72 en el período de diciembre de 2017 a enero de 2018.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

CARACTERÍSTICAS DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO

Se llevará a cabo en el servicio de Geriátría del Hospital General Regional N° 72 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en calle Filiberto Gómez, sin número, colonia industrial, C.P. 54040, Tlalnepantla de Baz, estado de México

DISEÑO

A. TIPO DE ESTUDIO

Observacional, prospectivo, transversal, analítico.

B. GRUPOS DE ESTUDIO

Criterios de inclusión

- Cuidador informal con edad mayor a 60 años de paciente hospitalizado en servicio de Geriátría
- Que firmen carta de consentimiento informado (Anexo)

Criterios de exclusión

- Cuidador informal con edad menor a 60 años
- Cuidador informal con edad mayor a 60 años con diagnóstico de depresión o incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria
- Que no sea capaz de responder a las preguntas del cuestionario por condiciones de salud o físicas que impidan la realización de la prueba (privación sensorial severa (auditiva o visual), osteoartrosis incapacitante, etc.)
- Que no deseen participar en el estudio

Criterios de eliminación

- Cuidador informal mayor de 60 años que retire el consentimiento previamente dado
- Cuidador informal mayor de 60 años que no complete la encuesta

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Con una población estimada de 76 pacientes que ingresan al servicio y que reciben ayuda de cuidadores informales ancianos (de acuerdo con los datos obtenidos a través del registro diario de pacientes que ingresan a hospitalización en el servicio de Geriatría), se trabajará con la totalidad de la población estimada.

DEFINICIÓN VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO					
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (35)	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y momento de la evaluación.	Cuantitativa	Continua	Número de años
Género	Condición orgánica masculina o femenina de los animales o plantas (36)	Aquel que determina la pertenencia al sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
Estado civil	Condición de una persona en relación con su matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (37)	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Unión libre• Divorciado• Viudo

Parentesco	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta (38)	Relación consanguínea o de afinidad que tiene el cuidador informal con el paciente hospitalizado	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Esposo(a) • Hijo(a) • Otro familiar • Ningún lazo sanguíneo
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (39)	Nivel de estudios cursados de forma completa	Cualitativo	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Primaria • Secundaria • Medio superior • Superior o más
DETERIORO COGNITIVO LEVE					
Deterioro cognitivo leve	Entidad clínica previa a la demencia, los individuos afectados presentan daños más allá de lo esperado para su edad y educación, pero que no interfieren significativamente con sus actividades diarias (25)	Deterioro de alguna función cognitiva, principalmente memoria, que el paciente percibe, se hace objetiva mediante test de cribado, pero no interfiere con la funcionalidad. Se evaluará mediante la escala MoCA y se considerará con una puntuación <26	Cualitativo	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

A) Variable dependiente: Deterioro cognitivo leve

B) Variable independiente: Perfil sociodemográfico

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

De diciembre de 2017 a enero de 2018, se identificará a la población de cuidadores informales ancianos de pacientes que ingresen al servicio de Geriatría del Hospital General Regional N° 72, que cumplan con los criterios de inclusión, a quienes por medio de una encuesta se extraerán datos generales y se les aplicará test de tamizaje (MoCA) para determinar deterioro cognitivo. Todo lo anterior se recabará en la hoja de captura de datos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los resultados serán recabados durante el proceso de investigación por medio del paquete estadístico computarizado SPSS (Statistic Program for Social Science) versión 23 en donde se hará una hoja de registro para los participantes la cual incluirá el perfil sociodemográfico y el deterioro cognitivo en el cuidador informal anciano.

Se realizará el análisis mediante estadística descriptiva, las variables perfil sociodemográfico (edad, género, estado civil, parentesco, escolaridad), así como la presencia de deterioro cognitivo de acuerdo con MoCA. Con cálculo de medidas de tendencia central para las variables cuantitativas (representadas por histograma) y cálculo de proporciones y porcentajes para variables cualitativas (representados por gráficos de sectores).

La significancia estadística se establecerá con análisis bivariado mediante X², bajo las siguientes hipótesis de trabajo:

- Ho: No existe asociación entre el perfil sociodemográfico y el deterioro cognitivo leve en el cuidador informal anciano de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría del Hospital General Regional N° 72
- Hi: Existe asociación entre el perfil sociodemográfico y el deterioro cognitivo leve en el cuidador informal anciano de pacientes hospitalizados en el servicio de Geriatría del Hospital General Regional N° 72
- Nivel de significancia = 5% = 0.05
- Elección de prueba estadística : X²
- Estimación de p=valor
- Toma de decisión: $p < 0.5$ entonces rechazamos la hipótesis nula.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación no vulnera los principios éticos establecidos en los documentos: en los artículos 22 y 23 de la Ley General de Salud. Protege la confidencialidad del paciente y, por lo anterior es factible la realización de este estudio ya que tiene como sustento el Respeto por las personas hacia su autonomía siendo libres de negarse a participar si es que así lo decidieran, aun siendo informados y respetando su confidencialidad. No se afecta la intimidad, ni la salud física de los participantes.

De acuerdo con la Ley General de Salud en cuanto a investigación para la Salud, se refiere en su Título Segundo, haciendo mención en los aspectos éticos en la investigación con seres humanos, siendo esta investigación considerada como investigación de riesgo mínimo (Capítulo 1, Artículo 17), explicándose el procedimiento de la investigación además de su autorización por escrito mediante la carta de consentimiento informado.

Conforme a lo establecido en la Ley General de Salud, Título Quinto: Investigación para la salud, Capítulo Único, Artículo 100, con el título: Investigación en seres humanos, se realizará este protocolo y se desarrollará conforme a las siguientes bases:

1. Se adaptará a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
2. Se efectuará sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
3. Sólo se realizará por profesionales de la salud en la institución médicas, bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competente.

Además basados en el trabajo de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento (1974-1978) bajo la publicación del documento "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación" (Informe Belmont) esta investigación se basará en los tres principio éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación los cuales son:

- 1) Respeto a las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.

2) Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación.

3) Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

Lo anterior de acuerdo con las Normas de Salud vigentes en Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Secretaría de Salud de México y mediante la declaración de Helsinki sobre los principios éticos en relación con la experimentación humana.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos: Autor (médico cirujano Verónica Hernández Sánchez), Asesor teórico (médico especialista en Geriatria José Antonio Espíndola Lira), Asesor metodológico (médico especialista en Medicina Familiar Fátima Korina Gaytán Núñez); elección de los participantes del estudio, realización de entrevista y aplicación de escala, análisis de datos.

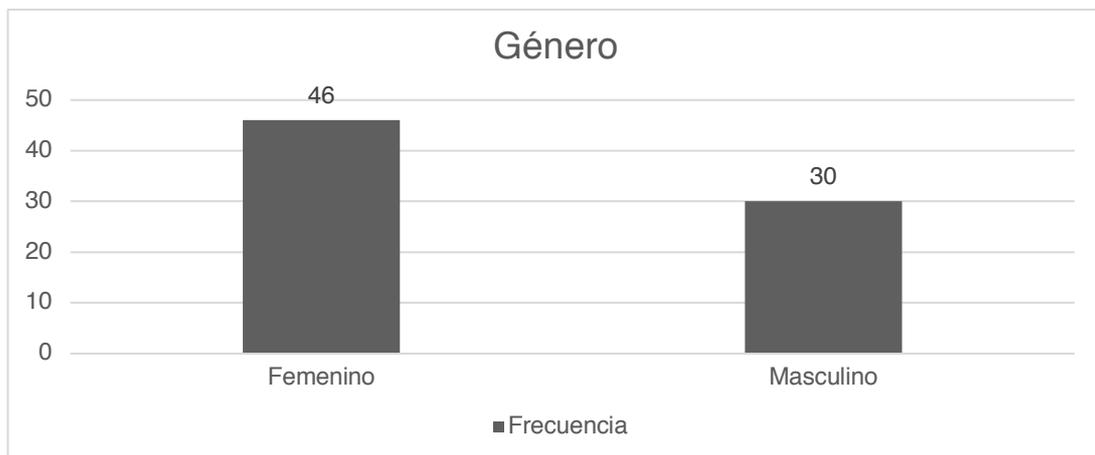
Recursos materiales. Hojas de papel en blanco, lápices, computadora, paquete de computadora para análisis estadístico (SPPB versión 20), acceso a internet. Infraestructura hospitalaria del Hospital General Regional #72 y del servicio de Geriatria.

Recursos financieros: Los propios del investigador principal. No requiere de financiamiento externo y no implica un costo adicional a la unidad.

RESULTADOS

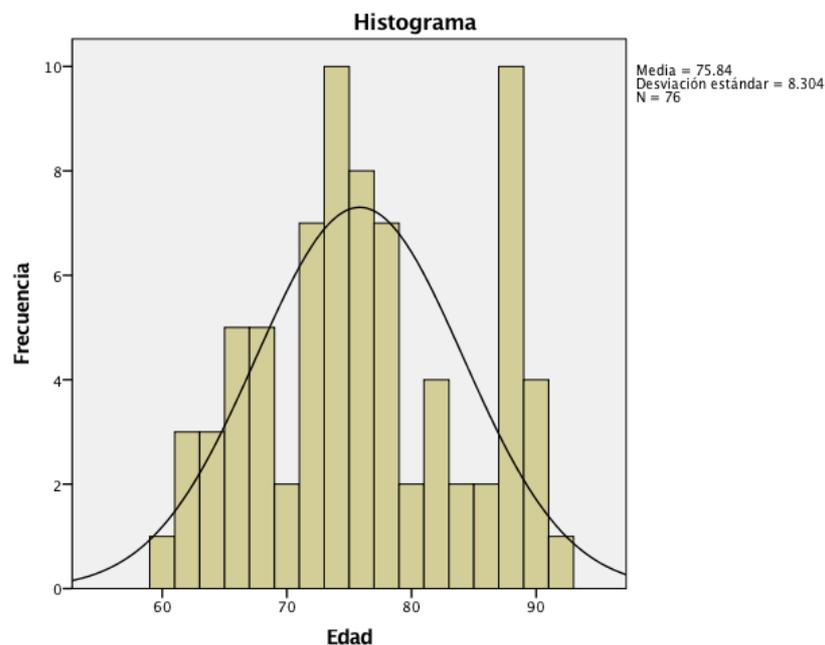
Durante el periodo del 19 de diciembre de 2017 al 31 de enero de 2018, en el servicio de Geriatría del Hospital General Regional N° 72 se reclutaron a 76 cuidadores informales ancianos de pacientes hospitalizados en el servicio, que cumplieron criterios para ingreso a protocolo, de los cuales 46 (60.5%) fueron mujeres y 30 hombres (39.5%). **Gráfica 1.**

Gráfica 1. Distribución en frecuencia por género de la población estudiada



La edad mínima de la población estudiada fue de 60 años, con una edad máxima de 91 años y una edad media de 75.84 años, tanto para hombres como para mujeres. **Gráfica 2.**

Gráfica 2. Distribución en frecuencia por edad de la población estudiada



En cuanto al perfil sociodemográfico, se encontró que el estado civil más frecuente con el 81.6% (62) fue casado(a), seguido de 7 cuidadores informales que vivían en unión libre (9.2%), y el menos frecuente fue para 1 cuidador (1.3%) que estaba divorciado. En relación con el parentesco del cuidador informal primario con el paciente, el 75% (57) era esposo(a), 14 cuidadores (18.4%) eran hijos, 3 (3.9%) tenían parentesco de hermanos y 2 (2.6%) sólo tenían relación de amistad. La escolaridad del cuidador informal se reportó como nula en 12 participantes (15.8%), 41 de ellos (53.9%) tenían escolaridad primaria, 15 (19.7%) con escolaridad secundaria, 5 con nivel de estudios medio superior (6.6%) y 3 de ellos con escolaridad superior o más (3.9%). La **Tabla 1** muestra las características sociodemográficas de la población en estudio.

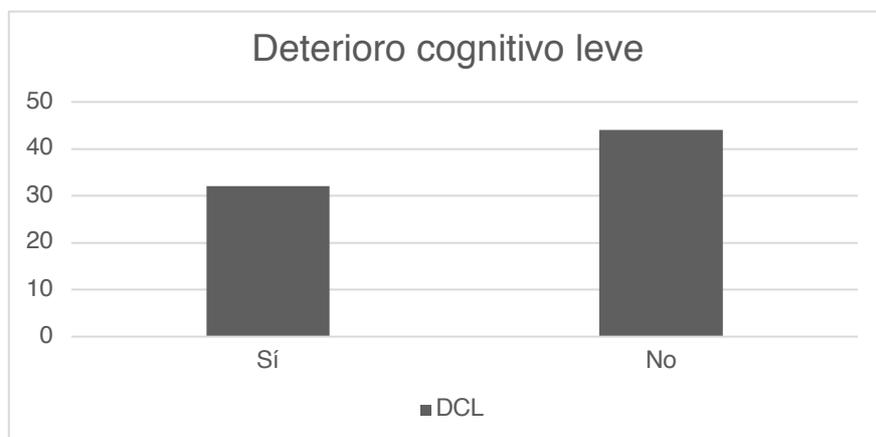
Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de cuidadores informales ancianos.

Perfil sociodemográfico	Mujeres		Hombres		Global	
	# pacientes (46)	%	# pacientes (30)	%	# pacientes (76)	%
Estado civil:						
• Soltero	4	8.7	0	0	4	5.3
• Casado	36	78.3	26	86.7	62	81.6
• Divorciado	0	0	1	3.3	1	1.3
• Viudo	2	4.3	0	0	2	2.6
• Unión libre	4	8.7	3	10.0	7	9.2
Parentesco						
• Esposo(a)	34	73.9	23	76.7	57	75.0
• Hijo(a)	9	19.6	5	16.7	14	18.4
• Hermano(a)	3	6.5	0	0	3	3.9
• Amigo(a)	0	0	2	6.7	2	2.6
Escolaridad						
• Ninguna	6	13.0	6	20.0	12	15.8
• Primaria	26	56.5	15	50.0	41	53.9
• Secundaria	10	21.7	5	16.7	15	19.7
• Medio superior	2	4.3	3	10.0	5	6.6
• Superior o más	2	4.3	1	3.3	3	3.9
Ocupación						
• Hogar	36	78.3	0	0	36	47.4
• Empleado	4	8.7	2	6.7	6	7.9
• Jubilado	2	4.3	11	36.7	13	17.1
• Pensionado	0	0	13	43.3	13	17.1
• Negocio propio	4	8.7	4	13.3	8	10.5

En cuanto a la evaluación cognitiva, se encontró que 32 de los pacientes evaluados (42.1%) tuvieron deterioro cognitivo leve documentado por MoCA, con una puntuación menor a 26.

Gráfica 3.

Gráfica 3. Distribución de pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL).



Del total de pacientes que se detectaron con deterioro cognitivo leve, se encontró que la edad media fue de 78 años, con una edad mínima de 62 y máxima de 89 años. En cuanto a su estado civil, 2 eran solteros (6.3%) y 30 estaban casados (93.8%); 28 de ellos (87.5%) tenían parentesco de ser esposo(a) del paciente y 4 eran hijos(as) (12.5%). La escolaridad para los pacientes detectados con deterioro cognitivo leve fue en su gran mayoría escolaridad primaria en 16 cuidadores informales ancianos (31.3%) y 10 de ellos (31.3%) no habían recibido algún tipo de escolaridad. **Tabla 2.**

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población de cuidadores informales ancianos con deterioro cognitivo leve.

Perfil sociodemográfico	Mujeres		Hombres		Global	
	# de pacientes (18)	% 56.3	# de pacientes (14)	% 43.8	# de pacientes (32)	% 100
Estado civil:						
•Soltero	2	11.1	0	0	2	6.3
•Casado	16	88.8	14	100	30	93.8
Parentesco						
•Esposo(a)	16	88.8	12	85.7	28	87.5
•Hijo(a)	2	11.1	2	14.2	4	12.5

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población de cuidadores informales ancianos con deterioro cognitivo leve (*continuación*).

Escolaridad						
•Ninguna	4	22.2	6	42.8	10	31.3
•Primaria	12	66.6	4	28.5	16	50
•Secundaria	0	0	1	7.1	1	3.1
•Medio superior	0	0	2	14.2	2	6.3
•Superior o más	2	11.1	1	7.1	3	9.4
Ocupación						
•Hogar	16	88.8	0	0	16	50
•Empleado	2	11.1	1	7.1	3	9.4
•Jubilado	0	0	5	35.7	5	1.6
•Pensionado	0	0	7	50	7	21.9
•Negocio propio	0	0	1	7.1	1	3.1

Se realizó asociación entre variables demográficas y deterioro cognitivo leve, documentando que la escolaridad muestra una mayor asociación con el deterioro cognitivo leve, con una $p < 0.001$, mientras que el resto de las variables, no muestran significancia estadística, como se muestra en la **Tabla 4**.

Tabla 4. Asociación entre perfil sociodemográficas y DCL en cuidadores informales ancianos.

Perfil sociodemográfico	Población global del estudio		X^2
	Número de pacientes	%	Valor de p
Edad			
• 60 a 69	4	5.2	.076
• 70 a 79	14	18.3	
• 80 a 89	14	18.3	
Género:			
• Masculino	14	23.7	.635
• Femenino	18	18.4	
Estado civil			
• Soltero	2	2.6	.079
• Casado	30	39.5	

Tabla 4. Asociación entre perfil sociodemográficas y DCL en cuidadores informales ancianos (*continuación*)

Parentesco			
• Esposo(a)	28	36.8	.120
• Hijo(a)	4	5.3	
Escolaridad			.000
• Ninguna	10	13.2	
• Primaria	16	21.1	
• Secundaria	1	1.3	
• Medio superior	2	2.6	
• Superior o más	3	3.9	
Ocupación			.417
• Hogar	16	21.1	
• Empleado	3	3.9	
• Jubilado	5	6.6	
• Pensionado	7	9.2	
• Negocio propio	1	1.3	

En cuanto a los dominios explorados por la prueba de tamizaje (MoCA), se encontró que la memoria fue el dominio más comúnmente afectado, encontrado en los 32 pacientes documentados con DCL, seguido del lenguaje en 27 pacientes (84.4%) y de función ejecutiva y visuoespacial en 20 pacientes (62.5%). El dominio menos afectado fue el de orientación, encontrándose en sólo 3 pacientes (9.4%) de la población considerada con DCL. **Tabla 5.**

Tabla 5.

Dominio	Frecuencia	Porcentaje
Función visuoespacial y ejecutiva	20	62.5%
Reconocimiento	8	25%
Memoria inmediata	10	31.3%
Atención	19	59.4%
Lenguaje	27	84.4%
Abstracción	7	21.9%
Recuerdo diferido	32	100%
Orientación	3	9.4%

DISCUSIÓN

La transición demográfica observada en las últimas décadas ha obligado a que los roles de la sociedad se modifiquen, especialmente aquel que desempeña el anciano (18). El presente estudio se enfoca en el estudio del cuidador informal que tiene más de 60 años, quien únicamente por tener edad avanzada, se enfrenta a múltiples problemas además de la responsabilidad de cuidar a otra persona de su edad o mayor, con las mismas e incluso mayores necesidades de asistencia. Se encontraron pacientes desde 60 hasta 91 años, siendo mas frecuente un rango de edad entre 70 y 89 años. Se encontró que, al igual que lo reportado en la literatura, el número de mujeres cuidadoras informales fue mayor (60.5% mujeres vs. 38.5% hombres), predominando, además, aquellos cuidadores que tenían un parentesco de esposo(a) e hijo(a), sin embargo, también se encontró que algunas amistades (n=2) participaban en el cuidado del paciente. La escolaridad encontrada en nuestro estudio fue en gran mayoría para estudios de educación primaria. Se encontró también que la mayoría de la población de cuidadores ancianos no era económicamente activa (principalmente dedicados a labores del hogar, jubilados y pensionados), al igual que lo descrito en la literatura (20, 21, 22).

En nuestro estudio se encontró que el 42.1% de los cuidadores informales ancianos, presentaban deterioro cognitivo leve, de los cuales más de la mitad correspondía a los cuidadores ancianos de sexo femenino, con parentesco esposo(a) y con escolaridad primaria. Se encontró una correlación estadísticamente significativa de la escolaridad con la presencia de deterioro cognitivo leve, no así con el resto de las variables del perfil sociodemográfico.

El perfil neuropsicológico identificado por nuestra herramienta de tamizaje (MoCA) en pacientes con DCL, mostró que los principales dominios cognitivos afectados son memoria (en la totalidad de los pacientes con DCL), así como en el lenguaje, praxias y atención, no identificándose en algún paciente con DCL la falla en un solo dominio cognitivo, por lo que podemos concluir que la población estudiada presenta deterioro cognitivo leve amnésico con afectación en múltiples dominios, es decir, la afectación de otras funciones (lenguaje, función ejecutiva, praxias, gnosias) además de la memoria.

Dentro de las fortalezas de este estudio es que se realizó en población geriátrica que se ocupa del cuidado de otro paciente geriátrico, el cual es un tema poco estudiado, asimismo se incluyó la evaluación del estado cognitivo con identificación y caracterización de deterioro cognitivo leve en esta población, lo cual implica un factor de mal pronóstico tanto para el cuidador que lo padece, como para el paciente que recibe su cuidado. Con el desarrollo del presente trabajo, se plantea una oportunidad de abarcar mas estudios en el cuidador anciano, desarrollar estrategias de prevención y plantear iniciativas de protección a esta población vulnerable. Dentro de las debilidades de este estudio se encuentran las limitaciones en la asociación y en el seguimiento de los pacientes debido al tipo de estudio. Consideramos que nuestro estudio es fundamental para futuras investigaciones con mayor nivel de evidencia científica.

CONCLUSIONES:

La mayor parte de las características psicosociales de los cuidadores informales ancianos coinciden con los estudios previamente descritos, en los que el perfil del cuidador incluye ser mujer, con estado civil casado, de escolaridad baja y que no son económicamente activos. Se documentó casi en la mitad de los pacientes estudiados la presencia de deterioro cognitivo leve, y se documentó la relación estadísticamente significativa entre la escolaridad y la presencia de deterioro cognitivo leve. Así mismo, se identificó un perfil neuropsicológico de tipo amnésico con afección multidominio en el subconjunto de la población estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Consultado el 20 de junio de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
2. Ruelas-González MG, Salgado VN. Adultos mayores como cuidadores de otros: riesgos para su salud. En: Montes de Oca V. Vejez, salud y sociedad en México: aproximaciones disciplinarias desde perspectivas cuantitativas y cualitativas. México: UNAM, Instituto de investigaciones sociales. 2014. Pp. 249-285.
3. INMUJERES. Situación de las personas mayores en México. [Consultado el 20 de junio de 2017]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
4. OMS, “Envejecimiento” en Temas de salud, Consultado en <http://www.who.int/topics/ageing/es>, 2014.
5. INEGI-INMUJERES. *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2009*. Base de datos.
6. León M. Datos y desafíos del envejecimiento poblacional: una reflexión sobre políticas públicas. *Revista nuevo humanismo*. 2016; 4 (1):
7. Garay S., Montes de Oca V, Guillén J. Social Support and Social Networks Among the Elderly in Mexico: Updating the Discussion on Reciprocity. *Journal of Population Ageing*. 2014; 111-125
8. Flores ME, et al. Perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado. *Academia Journals*. 2016: 585-590.
9. Jáuregui B, Poblete E y Salgado VN. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En Salgado VN y Wong R. *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*. México, Instituto Nacional de Salud Pública. 2006. pp. 85- 96.
10. Roth DL, Fredman L, Haley W. Informal caregiving and its impact on Health: A reappraisal from population-based studies. *The gerontologist*. 2015, 55 (2):309-319
11. Quero A, et al. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure investigación*. 2004; 9:1-14
12. Giraldo CI, et al. Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2005; 23 (2): 7-15

13. Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008; 34 (3).
14. López-Casanova P, Rodríguez-Palma A, Herrero-Díaz MA. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. *Gerokomos*. 2009; 20 (4): 167-171
15. Dahlberg L, Demack S, Bambra C. Age and gender of informal carers: a population-based study in the UK. *Health and Social Care in the Community*. 2007; 15 (5): 439-445
16. CONAPRED-INAPAM. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) 2010. Resultados sobre personas adultas mayores. México, 2011
17. Dahlberg L, Demack S, Bambra C. Age and gender of informal carers: a population-based study in the UK. *Health and Social Care in the Community*. 2007; 15 (5), 439–445.
18. Baster JC. Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. *Revista cubana de salud pública*. 2012; 38(1): 168-173
19. INEGI. Encuesta Nacional sobre Ocupación y Empleo (ENOE) 2009. Base de datos.
20. INEGI. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012, Base de datos, (Instituto Nacional de Estadística y Geografía/ Instituto Nacional de Geriátrica/ Instituto Nacional de Salud Pública/ University of Pennsylvania/ University of Wisconsin Madison).
21. Costa MJ, et al. Anciano que cuida a anciano. *Gerokomos*. 2007; 18(3): 127-134.
22. McGee HM, et al. Older people-recipients but also providers of informal care: an analysis among community samples in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Health and social care in the community*. 2008; 16(5): 548-553
23. Onega LL. Helping those who help others. The modified caregiver strain index. *AJN*. 2008; 108 (9): 62-69
24. Serrano M, et al. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria*. 2003; 32(2):77-87
25. Mora-Simón S, et al. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev Neurol*. 2012; 54(5):303-310.
26. Petersen RC, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. *Arch Neurol* 2009; 66: 1447-55.
27. Ataollahi S, et al. Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clinical Interventions in Aging*. 2015; 10: 687-693.

28. González F, Buonanotte F, Cáceres MM. Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurol Arg.* 2015; 7(1):51-58.
29. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos neurocognitivos mayores y leves. En: Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5ª ed. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. 335-337.
30. Roselli M, Ardila A. Deterioro cognitivo leve: Definición y clasificación. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias.* 2012; 12(1):151-162
31. Olazarán J, et al. Aplicación práctica de los tests cognitivos breves. *Neurología.* 2016; 31 (3):183-194.
32. Llamas-Velasco S, et al. Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol.* 2015; 61 (8): 363-371.
33. Nasreddine Z, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *JAGS.* 2005; 53(4):695-699.
34. Ciesielska N, et al. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(5): 1039-1052.
35. Real Academia Española [Internet]. *Dle.rae.es.* 2017 [Consultado el 14 de junio de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=EN8xfffh>
36. Real Academia Española [Internet]. *Dle.rae.es.* 2017 [Consultado el 14 de junio de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=J49ADOi>
37. Real Academia Española [Internet]. *Dle.rae.es.* 2017 [Consultado el 14 de junio de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=GjqhajH#7uGqJBt>
38. Real Academia Española [Internet]. *Dle.rae.es.* 2017 [Consultado el 14 de junio de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=RvR2zKy>
39. Enciclopedia Universal [Internet]. [Consultado el 08 de Agosto de 2017]. Disponible en: http://enciclopedia_universal.esacademic.com/118014/escolaridad

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Perfil sociodemográfico y deterioro cognitivo leve en cuidador informal anciano de pacientes hospitalizados en el servicio de geriatría del hospital general regional N° 72
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Los adultos mayores como cuidadores informales son más propensos a estar en mala salud, lo cual puede poner en riesgo la salud de la persona a quien cuida y de convertirse también en paciente que requiera cuidados. El objetivo es describir las características del cuidador y determinar si tienen deterioro cognitivo leve.
Procedimientos	Se realizarán preguntas generales y de sus antecedentes médicos, el tipo de cuidado que proporciona a su paciente y se aplicará una prueba para evaluar su memoria y habilidades
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo invertido en contestar el cuestionario y la prueba
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección de deterioro cognitivo leve y necesidad de atención especializada
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Inmediatamente al terminar la evaluación
Participación o retiro:	Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho a retirarme en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico o el de mi paciente
Privacidad y confidencialidad:	La información será mantenida con estricta confidencialidad
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Establecer sospecha de deterioro cognitivo leve y envío a valoración complementaria
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Especialista en Geriatría José Antonio Espíndola Lira
Colaboradores:	Médico cirujano Verónica Hernández Sánchez
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<hr/> <p align="center">Nombre y firma del participante</p>	<p align="center">Médico cirujano Verónica Hernández Sánchez</p> <hr/> <p align="center">Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1: _____</p> <p align="center">Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2: _____</p> <p align="center">Nombre, dirección, relación y firma</p>
Clave: 2810-009-013	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 72
“LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO”
SERVICIO DE GERIATRÍA**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE CUIDADOR INFORMAL		
Edad:		_____ años
Género:	1. Masculino 2. Femenino	
Estado civil:	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre	
Parentesco con el paciente:	1. Esposo (a) 2. Hijo (a) 3. Hermano (a) 4. Amigo (a) 5. Otro (especifique)	
Escolaridad:	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Medio superior 5. Superior o más	
Ocupación:	1. Hogar 2. Empleado 3. Jubilado 4. Pensionado 5. Negocio propio	
PUNTUACIÓN MoCA		____/30
Función visuoespacial y ejecutiva	1. No 2. Sí	
Reconocimiento	1. No 2. Sí	
Memoria inmediata	1. No 2. Sí	

Atención	1. No 2. Sí	
Lenguaje	1. No 2. Sí	
Abstracción	1. No 2. Sí	
Recuerdo diferido	1. No 2. Sí	
Orientación	1. No 2. Sí	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 72
 "LIC. VICENTE SANTOS GUAJARDO"
 SERVICIO DE GERIATRÍA
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 Versión mexicana 7.2 Versión alterna

Nivel de estudios:

Fecha de nacimiento:

Género:

Fecha:

VISUOESPACIAL/EJECUTIVA

Copiar el cubo

Dibujar un reloj (cuatro y cinco)

[] [] []
 Contorno Números Agujas

___/5

DENOMINACIÓN

___/3

MEMORIA

Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		CAMIÓN	PLÁTANO	VIOLIN	ESCRITORIO	VERDE	Sin puntos
	1er intento						
	2º intento						

ATENCIÓN

Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla [] **3 2 9 6 5**
 El paciente debe repetirla a la inversa [] **8 5 2**

Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra **A**. No se asignan puntos si es ≥ 2 errores.
 [] **F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J M O F A A B**

___/2

Restar de 7 en 7 empezando desde 90

[] **83** [] **76** [] **69** [] **62** [] **55**
 4 o 5 sustracciones correctas: **3 puntos**, 2 o 3 correctas: **2 puntos**, 1 correcta: **1 punto**, 0 correctas: **0 puntos**

___/3

LENGUAJE

Repetir: Un pájaro puede volar dentro de ventanales cerrados si está oscuro y airoso [] La abuela cariñosa envió víveres hace más de una semana []

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "S" en 1 min. [] _____ (N \geq 11 palabras)

___/1

ABSTRACCIÓN

Similitud entre p. ej. Zanahoria – papa= vegetales. [] diamante - rubí [] cañón - rifle

___/2

RECUERDO DIFERIDO

Optativo	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	CAMIÓN <input type="checkbox"/> []	PLÁTANO <input type="checkbox"/> []	VIOLIN <input type="checkbox"/> []	ESCRITORIO <input type="checkbox"/> []	VERDE <input type="checkbox"/> []	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente ___/5
	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						

ORIENTACIÓN

[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Ciudad

___/6

Normal >26/30

TOTAL: ___/30.

Añadir 1 punto si tiene \leq 12 años de estudios