



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUAREZ**

**Diferencias entre factores asociados a la sobrecarga de cuidadores de
adultos mayores con y sin demencia en una población mexicana**

TESIS

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

Paulina Angélica Lebrija Reyes

TUTOR DE TESIS

Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz

ASESOR METODOLÓGICO Y ESTADÍSTICO

M. en C. Rodrigo Antonio Hernández Hernández



Ciudad de México, junio 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DR. PABLO LEON ORTIZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



**INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGIA Y
NEUROCIRUGIA
DIRECCION DE ENSEÑANZA**

DR. EDGAR DANIEL CRAIL MELÉNDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE PSIQUIATRÍA

DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ
TUTOR DE TESIS

ÍNDICE

I. RESUMEN	1
II. ANTECEDENTES	3
a) Impacto del envejecimiento poblacional	3
b) Definición e impacto de las demencias	5
b) Sobrecarga del cuidador de adultos mayores con demencia	7
c) Sobrecarga del cuidador de adultos mayores sin demencia	10
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
IV. HIPÓTESIS	13
V. OBJETIVOS	14
VI. JUSTIFICACIÓN	14
VII. METODOLOGÍA	15
a) Diseño de estudio	15
b) Población y muestra	15
c) Criterios de selección	16
d) Mediciones y variables	16
e) Procedimiento	20
f) Análisis estadístico	21
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	22
IX. CONSIDERACIONES FINANCIERAS	22
X. SATISFACCIÓN DE UNA NECESIDAD DE SALUD CON EL DESARROLLO DE ESTE TRABAJO	23
XI. RESULTADOS	24
XII. DISCUSIÓN	30
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
XIV. ANEXOS	38

I. RESUMEN

El crecimiento de la población mundial se ha visto acompañado de un incremento progresivo en el número de adultos mayores, en consecuencia, cuidar de esta población será un problema difícil debido a la alta demanda y la gran carga de cuidado asociada. Este problema afectará no solo a las familias de los adultos mayores, sino también a los profesionales de la salud y a la sociedad en general. Se estima que aproximadamente más de un cuarto de los adultos mayores reciben asistencia para la salud o el funcionamiento (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2016). Entre los adultos mayores que reciben asistencia o cuidados en la comunidad, aproximadamente dos tercios dependen exclusivamente de la ayuda de familiares, amigos o vecinos, siendo estos cuidadores informales (Freedman VA, 2014).

El hecho de que un familiar se vuelva cuidador es un problema importante, implica cambios en el estilo de vida como renunciar al trabajo o a actividades personales, lo cual puede aumentar la carga y el estrés tanto en el cuidador como en toda la familia (Schulz R., 2008). Los cuidadores juegan un papel importante en la salud de los adultos mayores, se encargan de la mayoría de las labores tanto dentro como fuera del hogar incluyendo acompañarlos a consultas médicas, administración de medicamentos y asistencia en las actividades de la vida diaria, por lo que su bienestar personal y salud mental puede sufrir como resultado de las demandas que enfrentan.

El término sobrecarga del cuidador se ha usado para describir el aumento en el estrés y la carga para cuidadores formales e informales, asociado al deterioro progresivo que presentan las personas a las que cuidan (Chiao C.-Y., 2015). Se define como una respuesta a estresores físicos, psicológicos, emocionales, sociales y financieros asociados a la experiencia de cuidar. El entender los elementos de la enfermedad y las condiciones de cuidado asociadas a la sobrecarga puede ser útil para predecir el nivel de carga experimentado y así desarrollar estrategias individuales de afrontamiento en los cuidadores (Sousa MF, 2016).

Para realizar intervenciones oportunas y adecuadas es de utilidad conocer las características y necesidades específicas de los diferentes grupos de cuidadores de adultos mayores. Dentro de estos grupos, uno de los que más se ha estudiado en la literatura son los cuidadores de adultos mayores con demencia, debido a que las implicaciones sociales y económicas de esta

enfermedad son altamente significativas, tanto por los costos del cuidado médico y social directo, como los costos del cuidado informal.

La sobrecarga en la población de cuidadores de adultos mayores con demencia ha sido explorada en la literatura, sin embargo se debe tomar en cuenta que un espectro más amplio de cuidadores merecen atención, por ejemplo los cuidadores de adultos mayores sin demencia. En principio, se podría pensar que estos cuidadores no están en riesgo, sin embargo existen varios factores que podrían estar contribuyendo a la sobrecarga en esta población.

El estudio de factores asociados a la sobrecarga del cuidador más allá de poblaciones comúnmente seleccionadas, podría aportar nuevas estrategias e intervenciones de apoyo a cuidadores informales, especialmente a aquellos que normalmente no se han definido como de alto riesgo y por ende no se les ha prestado la atención suficiente.

II. ANTECEDENTES

a) Impacto del envejecimiento poblacional

Actualmente la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años, a diferencia de hace algunos años en los que la expectativa de vida no pasaba de esta edad. Sin embargo, debemos tener presente que los años de vida adicionales y los cambios demográficos que estos generan tienen repercusiones tanto personales como para las sociedades en las que vivimos (OMS, 2015). Es por esto que se tendrán que ir ajustando las políticas económicas y de salud para hacer frente a las demandas de este envejecimiento poblacional.

Se estimó que en 2017 el número de adultos mayores, es decir, aquellas personas de 60 años o más, era de 962 millones y se espera que este número se duplique para 2050, pasando a 2100 millones, y se triplique para el año 2100, llegando a 3100 millones de adultos mayores; es importante mencionar que a nivel mundial este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes (UN, 2017).

Nuestro país no se queda fuera de este envejecimiento poblacional. México experimenta un intenso y acelerado cambio en la distribución por edades de la población, transitando de una población joven a una más envejecida. De acuerdo a datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2015 de cada diez mexicanos, tres eran menores de 15 años (27.6%) y solo uno tenía 60 años o más, representando el 10%, sin embargo, con las proyecciones realizadas, se prevé que para el año 2050, únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), siendo una proporción casi idéntica a la de adultos mayores, quienes representarán el 21.5% de la población mexicana total (González, 2015).

El incremento en la expectativa de vida es un logro para la medicina y la ciencia, sin embargo también es percibido como una probable amenaza a la estabilidad económica mundial debido a que implica un aumento en el gasto público en salud y asistencia social. Debido principalmente a que el envejecimiento poblacional será la principal causa de una mayor carga de enfermedad en los adultos mayores, haciéndose más evidente en los países de bajos y medianos ingresos; así

como un aumento en los trastornos asociados a la edad como la demencia, enfermedad vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes. Siendo estas enfermedades causa de discapacidad crónica y contribuyendo sustancialmente a la carga social y económica global (Prince M.J., 2014). Además, el envejecimiento de la población tendrá consecuencias en casi todos los sectores de la sociedad, como el mercado laboral y financiero, la demanda de bienes y servicios, la estructura familiar y los lazos intergeneracionales, por mencionar algunos, convirtiéndolo así, en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI (UN, 2017).

El incremento en la esperanza de vida a nivel mundial trae consigo un aumento considerable en el número de adultos mayores dependientes de cuidados, generalmente estos cuidados suelen recaer en los familiares, para quienes pueden representar importantes costos psicológicos, económicos y sociales (OMS, 2015). Además se prevé un descenso en el número disponible de cuidadores informales que no reciben remuneración, por lo que se estima que la demanda de cuidadores profesionales remunerados, se habrá duplicado para 2050 (OECD , 2013).

En consecuencia, se han estado generado debates en varios países sobre cuál es el equilibrio entre el gobierno y las familias a la hora de prestar atención y apoyo; poniendo especial atención en países de ingresos bajos y medios donde prácticamente no existen servicios formales de cuidados a largo plazo (OMS, 2015).

Es importante que los sistemas de salud encuentren la manera de ampliar la atención médica y responder a las necesidades de los adultos mayores. Estrategias efectivas para reducir la discapacidad de las enfermedades crónicas, intervenciones rentables para satisfacer las necesidades de esta población con tecnologías apropiadas, una reducción de la dependencia en la atención institucional, capacitación de recursos humanos apropiados, atención a la salud mental y física de los cuidadores y la modificación de políticas para alentar a los adultos mayores a permanecer en la fuerza laboral por más tiempo son solo algunas de las necesidades que se deben cubrir a la brevedad (Suzmana R., 2015).

b) Definición e impacto de las demencias

La demencia es un trastorno caracterizado por un deterioro en la cognición, involucrando uno o más dominios cognitivos, estos dominios son: aprendizaje y memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, atención compleja, habilidades perceptuales motoras, cognición social. El deterioro o déficit debe representar un cambio significativo del nivel previo de funcionalidad y ser lo suficientemente grave para interferir con la independencia y el funcionamiento diario. Existen varias definiciones de demencia, sin embargo, la definición que da el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V, por sus siglas en inglés) proporciona un marco razonable para el concepto de demencia en la práctica clínica. Conforme al DSM-V, los criterios para el diagnóstico de demencia (llamada en esta edición trastorno neurocognitivo mayor) se resumen en la *tabla 1* (American Psychiatric Association, 2013).

Tabla 1. Criterios DSM-V para el trastorno neurocognitivo mayor (antes demencia)
<p>A. Evidencia de deterioro cognitivo significativo del nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos*.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
<p>B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).</p>
<p>C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.</p>
<p>D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).</p>

*aprendizaje y memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, atención compleja, habilidades perceptuales motoras, cognición social.

La mayoría de los pacientes con demencia no se presentan con una queja de pérdida de memoria, generalmente es el cónyuge u otro informante el que menciona el problema al médico. El auto reporte de pérdida de memoria no parece correlacionarse con el desarrollo subsecuente de demencia, mientras que el reporte de pérdida de memoria hecho por el informante es un mejor predictor tanto para la presencia en ese momento de deterioro cognitivo o el desarrollo de demencia en un futuro (Carr DB, 2000); (Wang PN, 2000). Es importante tener en cuenta que existe un estadio clínico intermedio entre la cognición normal y la demencia, llamado deterioro cognitivo leve, y las quejas en la memoria, ya sean auto reportadas o por el informante, suelen estar presentes desde esta etapa. El deterioro cognitivo leve puede representar tanto un estado precursor de demencia como una condición reversible o inclusive algunos individuos pueden mantenerse estables en este deterioro (American Psychiatric Association, 2013). Dado que es una etapa de relevancia clínica es recomendable que los individuos con dicho diagnóstico permanezcan en seguimiento y vigilancia estrecha.

Las formas más comunes de demencia son debido a la enfermedad de Alzheimer (EA) y demencia vascular (DV), entre el 60 al 80% de todos los casos son debido a EA (Nowrangi MA, 2011); (Reitz C, 2011). En 2011 se estimó que tan solo en Estados Unidos había aproximadamente 4.5 millones de personas mayores de 65 años de edad viviendo con EA, esto incluía 0.7 millones de personas entre los 65 y 74 años de edad, 2.3 millones entre 75 y 84 años de edad y 1.8 millones de 85 años de edad o más (Hebert LE, 2013).

A medida que la población envejece la carga general de demencia incrementa a nivel mundial. En 2010 se estimó que había 35.6 millones de personas viviendo con demencia y que este número incrementaría casi el doble cada 20 años, llegando a 65.7 millones en 2030 y 115.4 millones en 2050. La incidencia de demencia puede ser dependiente del rango de edad, en 24 estudios longitudinales se encontró que variaba desde 5 en cada 1000 individuos de 65 a 70 años de edad hasta 60 a 80 en cada 1000 individuos de 85 años de edad o más (Sosa-Ortiz AL, 2012). Es importante mencionar que se ha estimado que aproximadamente el 68% del aumento en el número de personas viviendo con demencia se presentará en países de ingreso medio y bajo, como México, encontrándose América Latina entre las regiones con prevalencia estandarizada para demencia más elevada, siendo ésta de 8.5% (Prince M W. A.-C.-T., 2015).

Las implicaciones sociales y económicas de la demencia son altamente significativas, tanto por los costos del cuidado médico y social directo, como los costos del cuidado informal. Se estimó que en 2015 el costo social global total de la demencia fue de 818 billones de dólares, el equivalente al 1.1% del producto interno bruto mundial (PIB). La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre los adultos mayores en todo el mundo, tiene impacto económico, social, psicológico y físico no solo en la persona que padece la enfermedad, sino también en sus cuidadores, familias y la sociedad en general, se requiere apoyo de los sistemas de salud, social, financiero y legal. Por todo lo antes mencionado es que la Organización Mundial de la Salud reconoce la demencia como una prioridad en salud pública (World Health Organization, 2019).

c) Sobrecarga del cuidador de adultos mayores con demencia

Con el incremento en la incidencia de demencia, su carga social es sustancial y va en aumento, es importante mencionar que los pacientes con demencia tienen una capacidad reducida para tomar decisiones por lo que sus cuidadores pueden sufrir estrés significativo, especialmente a medida que la función cognitiva disminuye o los síntomas conductuales empeoran (Nichols LO, 2011). El cuidado de estos pacientes representa también un problema económico y de salud pública, los costos atribuibles a su atención oscilan entre 157 y 215 billones de dólares y se espera que se dupliquen para 2040 (Hurd MD, 2013).

De los millones de personas viviendo actualmente con demencia, la gran mayoría son cuidados por miembros de la familia o algún otro cuidador informal (CI) (WHO, 2012). Los cuidadores informales son personas no experimentadas, sin formación, ni estudios en el cuidado de adultos mayores sanos o enfermos. La situación de los CI puede ser más grave en los países en desarrollo donde faltan servicios y beneficios formales tanto para los pacientes como para los cuidadores (ADI, 2015). Tanto los CI como los cuidadores formales pueden experimentar las consecuencias negativas del cuidado, presentando depresión, ansiedad y sobrecarga del cuidador como los problemas más prevalentes, se han observado que las mujeres, cuidadores conyugales y aquellos con bajo nivel de escolaridad se encuentran en mayor riesgo de presentar estas consecuencias negativas (Linda H. Jütten, 2019).

El término sobrecarga del cuidador se ha usado para describir el aumento en el estrés y la carga para cuidadores formales e informales, asociado al deterioro progresivo que presentan las personas a las que cuidan (Chiao C.-Y., 2015). En 1986, Zarit et al. definieron la sobrecarga del cuidador (SC) como “el grado en que la salud emocional o física, la vida social o el estado financiero de un cuidador ha sufrido como resultado del cuidado de su familiar” (Zarit, 1986). La SC es multidimensional, es una respuesta a estresores físicos, psicológicos, emocionales, sociales y financieros asociados a la experiencia de cuidar; el entender los elementos de la enfermedad y las condiciones de cuidado asociadas a la SC puede ser útil para predecir el nivel de carga experimentado y así desarrollar estrategias individuales de afrontamiento en los cuidadores (Sousa MF, 2016). Además, los cuidadores con sobrecarga intensa pueden recurrir a la institucionalización del familiar como medida de escape, lo cual se ha asociado con aumento en los sentimientos de carga y depresión en algunos cuidadores, así como con problemas para ajustarse e incluso mortalidad temprana de los familiares con demencia (Cheng, 2017).

En la literatura se han explorado los factores asociados a la sobrecarga del cuidador de adultos mayores con demencia, en la *tabla 2* se resumen algunos estudios y los factores que se asociaron a SC.

Tabla 2. Estudios que mencionan algunos factores asociados con sobrecarga del cuidador de adultos mayores con demencia.	
Estudios	Factores asociados
(Ankri, 2005)	Ser cónyuge del paciente con demencia, dependencia funcional aumentada y agresividad se asociaron con efectos negativos en la vida social y personal del cuidador.
(Gaugler JE, 2005)	Síntomas neuropsiquiátricos (SNP) en un curso temprano de la enfermedad.
(Georges J, 2008)	Deterioro para la realización de las actividades de la vida diaria en un 68%, problemas conductuales un 50%, grado de deterioro cognitivo un 45% y dificultades para la comunicación en un 36%.
(Truzzi, 2012)	SNP, siendo los más fuertemente asociados:

	depresión, apatía, ansiedad y agitación/agresión.
(Cheng S-T L. L., 2013)	Se dividieron los SNP en grupos encontrando: mayor asociación con el grupo de conducta disruptiva (agitación, irritabilidad, desinhibición), seguido del grupo de humor (ansiedad y depresión).
(Springate, 2014)	Problemas conductuales y menor independencia funcional del paciente con demencia, así como menor edad en el cuidador.
(Park, 2015)	Deterioro para la realización de las actividades de la vida diaria.
(Chiao C.-Y., 2015)	Características de los cuidadores como: ingreso mensual, escolaridad, vivir con el paciente, género y factores psicológicos (síntomas ansiosos, depresivos, salud mental en general). Características de del AM con demencia: problemas conductuales, menor independencia funcional, etapa de la demencia, gravedad de SNP.
(Sousa MF, 2016)	Cuidadoras mujeres, si el AM con demencia no asistía a un centro de día, vivir con el paciente, menor edad del cuidador, SNP (ansiedad, depresión, apatía, irritabilidad, agitación).
(Garre-Olmo J, 2016)	En etapas avanzadas de la demencia se asoció más la dependencia funcional que los SNP.

Un conocimiento más amplio de las fuentes e indicadores del estrés del cuidador puede ayudar a los investigadores y a los clínicos a identificar a cuidadores en riesgo; dependiendo de distintos factores como nivel de demanda de cuidado, impacto en la vida del cuidador o presencia de síntomas psiquiátricos se podrán hacer intervenciones específicas para las necesidades de diferentes tipos de cuidadores (Cheng, 2017). Para estas intervenciones se debe tomar en cuenta que los problemas que presenta el adulto mayor con demencia no son los únicos factores de estrés en el cuidador, ya que también depende de recursos personales para adaptarse a situaciones difíciles y de características del cuidador (Pearlin LI, 1990), (Harmell AL, 2011). Por ejemplo,

recientemente se han estudiado intervenciones basadas en terapia cognitiva para promover la resiliencia de los cuidadores, resultando en una disminución en la sobrecarga y en los síntomas depresivos (Cheng S-T F. H., 2016), (Cheng S-T M. E., 2017). Se ha visto también que el tener información acerca de cuidados paliativos puede aumentar las experiencias positivas del cuidar tanto para el adulto mayor con demencia como para el cuidador informal, esto debe incluir la comunicación adecuada sobre la demencia y sus consecuencias para todos los involucrados, así como estar preparado para la toma de decisiones difíciles desde etapas tempranas de la enfermedad (Boogaard JA, 2019).

La identificación de los diferentes factores asociados a la sobrecarga de cuidadores ayudará a los servicios de apoyo a orientar a los cuidadores, particularmente a los cuidadores informales, en la búsqueda de formas alternativas que se adapten a sus necesidades individuales para hacer frente a la enfermedad de la persona a la que proveen el cuidado (Tolkacheva N, 2011).

d) Sobrecarga del cuidador de adultos mayores sin demencia

Se estima que para el 2050 el número de personas de 60 años de edad o más habrá incrementado a 1.25 billones, siendo aproximadamente el 22% de la población mundial, con el 79% viviendo en las regiones menos desarrolladas del mundo (Prince M B. R., 2013). Este envejecimiento poblacional implica un aumento en el número de cuidadores informales (CI) de adultos mayores (AM). Los CI, que son en su mayoría miembros de la familia, asisten a los adultos mayores en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Borsje P, 2016). El hecho de que un familiar se vuelva cuidador es un problema importante, implica cambios en el estilo de vida como, renunciar al trabajo o a actividades personales, esto puede aumentar la carga y el estrés tanto en el cuidador como en toda la familia (Schulz R., 2008). Se ha reportado que entre el 75 al 80% de la responsabilidad de cuidar de los AM es asumida por las mujeres (Or R., 2019).

Los CI de familiares AM enfrentan retos y recompensas únicas. El cuidado que ellos proveen puede ser un regalo para un ser querido y volverse una experiencia gratificante, sin embargo también puede convertirse en una situación extremadamente estresante asociada a grandes dificultades. El cuidado presenta algunos desafíos particulares incluyendo la necesidad de tomar

decisiones de vida o muerte como usar o no tratamientos de soporte vital llegado el momento, decidir optar por el cuidado en casa hogar, entre otros. Además los familiares pueden ser testigos del dolor y sufrimiento de su ser querido, haciendo que la muerte parezca tanto una pérdida como un alivio (WE, 2013).

Los cuidadores juegan un papel crítico en la salud de los AM, generalmente están involucrados en las actividades relacionadas con la atención médica tanto en el hogar como fuera de él, se encargan de acompañarlos a sus consultas médicas y adquieren tareas médicas y de enfermería complejas, como aplicar inyecciones o cuidar de heridas (Donelan K, 2002). Sin embargo, su bienestar personal puede sufrir como resultado de las demandas que enfrentan. Las cargas del cuidado incluyen dificultades físicas, psicológicas y financieras, que pueden tener consecuencias serias para la salud general, el funcionamiento inmune y la longevidad de los cuidadores (George L, 1986), (Schulz R, 1999). La experiencia de brindarle atención a un AM durante un periodo prolongado de tiempo puede ser una fuente de estrés crónico y afectar no solo la vida y salud de los cuidadores, si no también a la sociedad en general. En consecuencia, los CI a menudo experimentan un alto nivel de carga de atención, costos financieros y dificultades para hacer frente al trabajo y a las tareas de cuidado, llevando todo esto a una sobrecarga del cuidador (Hui Lin Ong, 2018).

Algunos factores ya sean del cuidador o del AM se han asociado con una mayor afección del bienestar del cuidador, en la *tabla 3* se resumen algunos estudios significativos al respecto.

Tabla 3. Estudios que mencionan algunos factores asociados con sobrecarga del cuidador de adultos mayores.	
Estudios	Factores asociados
(Tina Hsu, 2014)	Cuidadores con empleo, cuando los AM requieren más ayuda con las actividades instrumentales y brindar cuidado entre 10 y 35 horas a la semana.
(Anhange SM, 2016)	Sueldo del cuidador y brindar cuidado por ≥ 5 años.

(Grigorovich A, 2017)	Incapacidad del cuidador para obtener apoyo social, pasar más tiempo cuidando, no poder realizar actividades deseadas, sexo y edad del cuidador. Factores en el AM: deterioro cognitivo, enfermedades crónicas, problemas conductuales, y síntomas depresivos.
(Lethin C, 2017)	Calidad de vida y sexo del cuidador.
(Aravena JM, 2018)	Percepción mala de salud y angustia en el cuidador.

La sobrecarga en la población de cuidadores de adultos mayores con demencia ha sido bien documentada en la literatura, sin embargo se debe tomar en cuenta que un espectro más amplio de cuidadores merecen atención. Es necesario el estudio más allá de muestras de cuidadores comúnmente seleccionadas, así como las estrategias e intervenciones de apoyo a CI que normalmente no se han definido como de alto riesgo (Catherine Riffin, 2017).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El crecimiento de la población mundial ha traído también un incremento progresivo en el número de adultos mayores, en consecuencia, cuidar de esta población plantea un problema difícil debido a la alta demanda y la gran carga de cuidado asociada. En países desarrollados la esperanza de vida alcanza los 80 años de edad y con esto se ha visto también un aumento en enfermedades incurables e incapacitantes que tienen un impacto devastador en los individuos, sus familias y la sociedad; siendo una de las principales, la demencia. La mayor parte del cuidado de los adultos mayores, en especial aquellos con enfermedades como la demencia, recae sobre familiares, amigos o vecinos, quienes se convierten en cuidadores informales. Debido a toda la presión a la que son sometidos están en riesgo constante de presentar sobrecarga del cuidador, lo que a su vez los vuelve vulnerables a presentar trastornos psiquiátricos como ansiedad y/o depresión.

Son varios los factores que pueden asociarse y contribuir con la sobrecarga de los cuidadores, dentro de los más estudiados en la literatura se encuentran aquellos asociados a cuidadores de adultos mayores con demencia, sin embargo es importante tomar en cuenta que existen otras poblaciones de cuidadores que también se encuentran en riesgo y no han sido lo suficientemente estudiadas, como sucede con los cuidadores de adultos mayores sin demencia. Debido a esto, no ha sido bien documentado, especialmente en poblaciones mexicanas, si existen diferencias entre los factores que se asocian a la sobrecarga de cuidadores de adultos mayores con demencia y aquellos que se asocian a sobrecarga de cuidadores de adultos mayores sin demencia.

IV. HIPÓTESIS

Los factores que se asocian a la sobrecarga de cuidadores de adultos mayores, así como en nivel de importancia de cada factor, son diferentes entre aquellos que cuidan adultos mayores con demencia y aquellos que cuidan adultos mayores sin demencia.

V. OBJETIVOS

a) Objetivo general

Comparar las diferencias entre los factores asociados a la sobrecarga de cuidadores de adultos mayores con y sin demencia.

b) Objetivos específicos

1. Identificar los factores principales asociados a la sobrecarga de cuidadores de pacientes con demencia en una cohorte mexicana.
2. Identificar los factores principales asociados a la sobrecarga de cuidadores de adultos mayores sin demencia en la misma cohorte.
3. Cuantificar el nivel de importancia de cada factor para cada grupo.

VI. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que se han documentado factores asociados a la sobrecarga de cuidadores de adultos mayores con demencia, son pocos los estudios que comparan esta población con los cuidadores de adultos mayores sin demencia. El conocer las diferencias e identificar los factores asociados a la sobrecarga para cada grupo de cuidadores, además de cuantificar el nivel de importancia de cada factor, permitirá desarrollar estrategias e intervenciones oportunas y específicas para apoyar a los cuidadores, en especial a aquellos a los que normalmente no se les ha definido como de alto riesgo; y así mejorar la calidad de vida y salud mental tanto de los pacientes como de los cuidadores.

VII. METODOLOGÍA

a) Diseño del estudio

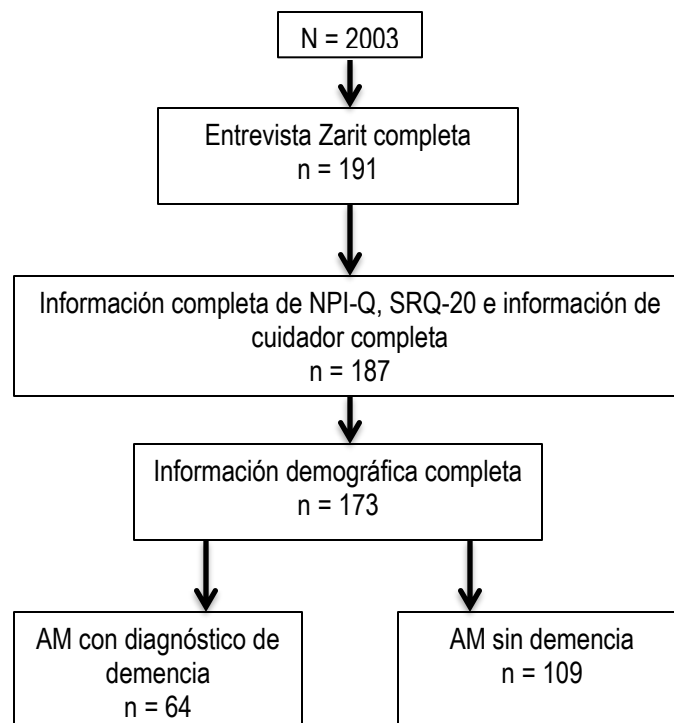
Se trata de un estudio observacional analítico transversal.

b) Población

Se realizó un análisis secundario de la base de datos del estudio de prevalencia de demencia realizado en México por el Grupo de Investigación en Demencias 10/66 (GID 10/66).

La cohorte del 10/66 comprende una población de 2003 adultos mayores mexicanos de 65 años o más, residentes de áreas urbanas y rurales, de ingreso económico medio y bajo, de zonas de la Ciudad de México y del estado de Morelos. El reclutamiento y la evaluación de los adultos mayores fueron realizados mediante un censo puerta a puerta entre 2005 y 2007.

En el presente trabajo se realizó el análisis de 173 participantes del universo total de 2003 adultos mayores, ya que se consideraron únicamente a los que cumplieran con los criterios de selección descritos más adelante. En la *Figura 1* se describe el flujograma de la muestra analítica.



c) Criterios de selección

i. Criterios de inclusión

Participantes en la base de datos que cuenten con:

- 1) Contar con cuidador o informante.
- 2) Entrevista de la carga al cuidador de Zarit completa.
- 3) Inventario Neuropsiquiátrico completo.
- 4) Cuestionario de auto-reporte (SRQ) del cuidador completo.
- 5) Sección de entrevista al informante o cuidador completa.

ii. Criterios de exclusión

- 1) Participantes en los que no se especifique si cuentan o no con diagnóstico de demencia.
- 2) Participantes con escalas o evaluaciones incompletas.
- 3) Participantes sin cuestionarios o evaluaciones del cuidador.

d) Mediciones y variables

Para la obtención de la información de la cohorte del 10/66 se realizó una evaluación de una sola fase que consistió en una evaluación cognitiva, examen del estado mental, cuestionario sociodemográfico, exploración física y neurológica básica a los adultos mayores. Así como una entrevista a un informante o cuidador para obtener información acerca de los problemas físicos, cognitivos, psiquiátricos y antecedentes personales de manera indirecta, además de información de arreglos de cuidado y sobrecarga.

En este trabajo se analizaron los datos proporcionados por los cuidadores o informantes, centrándonos en las secciones y evaluaciones de: información básica del informante, cuestionario de auto-reporte (SRQ-20), Entrevista de sobrecarga del cuidador Zarit e Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q).

- Diagnóstico de demencia

En este trabajo se utilizó una variable ya definida para identificar a los adultos mayores con demencia. Sin embargo, es importante mencionar que esta variable surgió a partir del algoritmo desarrollado por el grupo 10/66, utilizado para realizar el diagnóstico de demencia en la cohorte (Prince M., 2003). El algoritmo se ha validado transculturalmente en muestras clínicas, adultos mayores con escolaridad alta y baja, así como contra criterios clínicos en muestras poblacionales. Además, ofrece la posibilidad de realizar ajustes pertinentes en relación con la edad y escolaridad para la evaluación cognitiva, necesarios para estimaciones adecuadas en sujetos de países de ingreso económico medio como México.

- Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores

Entrevista de sobrecarga del cuidador Zarit

Para la evaluación de la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores se utilizó la entrevista de sobrecarga del cuidador de Zarit (ZBI) que consta de 22 ítems y ha sido ampliamente utilizada en investigaciones realizadas en cuidadores de personas con demencia.

Fue desarrollada por Zarit y su grupo de colaboradores (Zarit S. R. K.-P., 1980) originalmente constaba de 29 ítems diseñados para evaluar la carga subjetiva asociada al cuidado de adultos mayores, teniendo en cuenta aspectos como salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona a la que se cuida, posteriormente en su revisión se redujo el número de ítems a 22 (Zarit S. O. N., 1985). La entrevista ha sido traducida y validada en varios países, incluyendo México, con adultos mayores dependientes, con enfermedades crónico degenerativas y/o enfermedades mentales (Montero Pardo X., 2014).

Cada uno de los 22 ítems se califican en una escala de cinco puntos (0 - 4), posteriormente se suman para obtener una puntuación total que oscila entre 0, sin carga, y 88, máxima carga posible.

SRQ-20

El cuestionario de auto-reporte (SRQ-20), fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un instrumento de tamizaje para identificar casos en los que se sospecharan trastornos mentales comunes en atención primaria, principalmente trastornos depresivos y ansiosos. Se han agregado preguntas adicionales al SRQ-20 para detectar trastornos psicóticos y abuso de sustancias. (WHO, 1994). En el presente trabajo se utilizó únicamente el SRQ-20.

Se compone de 20 ítems, son preguntas que abarcan síntomas de depresión, ansiedad y somatización. La respuesta para cada pregunta es “sí” o “no”, por cada respuesta positiva se otorga un punto, dando un rango de puntaje total de 0 a 20. A mayor puntuación, mayor riesgo de estar presentando algún trastorno depresivo o ansioso.

El cuestionario ha sido ampliamente utilizado, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, donde generalmente se ha demostrado que tiene propiedades de medición sólidas con buena validez y confiabilidad (Harpham T., 2003).

- Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q)

La sobrecarga de cuidadores asociada a los síntomas neuropsiquiátricos (SNP) ha sido muy estudiada en la literatura, por lo que se utilizó la versión breve del Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q) para su medición.

Consiste en 12 preguntas que cubren los 12 SNP más comunes (delirios, alucinaciones, agitación, depresión, ansiedad, euforia, apatía, desinhibición, irritabilidad, problemas motores, problemas de sueño y problemas en el apetito), cuando el síntoma está presente se evalúa también la severidad y que tanto afecta al cuidador. El NPI-Q ha mostrado adecuada confiabilidad entre examinadores y buena validez (Guerra M., 2011).

En el presente trabajo se utilizó únicamente la parte de medición de severidad del síntoma. Para cada uno de los 12 síntomas, el informante o cuidador calificó la gravedad del síntoma en: ligeramente (se nota pero no es un cambio significativo), moderadamente (significativo pero no es un cambio dramático), severamente (muy marcado o destacado, cambio dramático).

En la *tabla 4* se presentan las variables con las categorías correspondientes.

Tabla 4. Variables.			
Variable	Naturaleza de la variable	Tipo	Categoría de la variable
Género del cuidador	Cualitativa nominal	Independiente	Masculino Femenino
Edad del adulto mayor	Cuantitativa discreta	Independiente	Edad
Edad del cuidador	Cuantitativa discreta	Independiente	Edad
Escolaridad del cuidador	Cuantitativa discreta	Independiente	Años de escolaridad
Estado civil del cuidador	Cualitativa nominal	Independiente	Soltero UL / Casado Separado/divorciado Viudo
Ocupación del cuidador	Cualitativa nominal	Independiente	Ocupación
Parentesco del cuidador con el adulto mayor	Cualitativa nominal	Independiente	Esposo / Pareja Hijo (a) Yerno / nuera Hermano(a) Otro pariente /familiar Amigo Vecino
Tiempo compartido con el adulto mayor	Cualitativa nominal	Independiente	7am – 12pm 12pm – 5pm 5pm – 10pm 10pm – 7am
Necesidad de cuidado del adulto mayor	Cualitativa nominal	Independiente	Si No
Renunciar el cuidador a su empleo	Cualitativa nominal	Independiente	Si No
Necesidad de cuidado para comunicarse	Cualitativa nominal	Independiente	Horas
Necesidad de cuidado para usar el transporte	Cualitativa nominal	Independiente	Ninguno Menos de 1 hora 1 a 2 horas Más de 2 horas
Necesidad de cuidado para vestirse	Cualitativa nominal	Independiente	Ninguno Menos de 1 hora 1 a 2 horas Más de 2 horas
Necesidad de cuidado para comer	Cualitativa nominal	Independiente	Ninguno Menos de 1 hora 1 a 2 horas Más de 2 horas
Necesidad de cuidado	Cualitativa nominal	Independiente	Ninguno

para el año			Menos de 1 hora 1 a 2 horas Más de 2 horas
Supervisar al adulto mayor	Cualitativa nominal	Independiente	Horas
Necesidad de cuidado con el sanitario	Cualitativa nominal	Independiente	Ninguno Menos de 1 hora 1 a 2 horas Más de 2 horas
Necesidad de cuidado para bañarse	Cualitativa nominal	Independiente	Ninguno Menos de 1 hora 1 a 2 horas Más de 2 horas
Diagnóstico de demencia	Cualitativa nominal	Independiente	Presente Ausente
Cuestionario de auto-reporte (SRQ) del cuidador	Cuantitativa de escala	Independiente	Valor
Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) (severidad del síntoma)	Cualitativa nominal	Independiente	Si No
Entrevista de la carga al cuidador de Zarit	Cuantitativa de escala	Dependiente	Valor

e) Procedimiento

- 1) Obtención de la base de datos
- 2) Selección de participantes de la base de datos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- 3) Análisis descriptivo.
- 4) Ajuste de modelo.
- 5) Análisis estadístico.
- 6) Interpretación de resultados.

f) Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el software estadístico R Core Team

(R Foundation for Statistical Computing, 2019).

En primera instancia, debido a que se cuenta con dos grupos de interés: AM con demencia y AM sin demencia, se exploraron las diferencias entre las variables tales como la puntuación total del Zarit o la puntuación total SRQ-20, las cuales permiten determinar la sobrecarga en el cuidador. Asimismo, se analizaron las variables sociodemográficas en ambos grupos.

Para determinar diferencias significativas en las puntuaciones totales del Zarit así como en el SRQ-20 se utilizó la técnica estadística bootstrapping, la cual nos permite hacer más precisa la estimación de la desviación estándar de cada métrica para cada grupo y con esto determinar si las diferencias entre los grupos son significativas estadísticamente hablando, utilizando un remuestreo de 10,000 simulaciones. Se determinó que el puntaje total del Zarit fue la variable respuesta a modelar. Adicional a lo anterior, se realizó un análisis exploratorio de los datos demográficos de cada grupo.

Una vez analizada de manera exploratoria la información, se procedió a ajustar un modelo lineal generalizado para cada grupo que permitiera explicar la relación entre las variables del NPI-Q, la puntuación total del SRQ-20, las variables demográficas y las variables relacionadas con la necesidad de cuidado.

Debido a que se cuentan con demasiadas variables, se ajustaron modelos empleando las técnicas de regularizaron LASSO (Least Absolute Shrinkage and Selection Operator) y RIDGE (Tikhonov Regression) mediante la paquetería glmnet. Se optó por esta metodología ya que se buscó identificar aquellas variables que realmente tienen un impacto en la puntuación total del Zarit, para evitar problemas de mala determinación de la matriz diseño asociada a los datos. Con esto, también se garantizó que las estimaciones fueran más precisas y, por lo tanto, los coeficientes presentarán menor variabilidad. Adicional a lo anterior, la librería utiliza técnicas de validación cruzada para estimar el valor adecuado del parámetro de regularización que nos garantizó el mejor modelo en términos de diversas métricas estadísticas de ajuste y estimación.

Debido a que no solamente contamos con la puntuación total de Zarit, sino que también contamos con sus componentes, se ajustaron dos modelos de regresión lineal generalizados:

El primero modelo tuvo como objetivo establecer la relación funcional empírica observada con los datos históricos entre la puntuación total del Zarit y el resto de las variables, sin considerar los componentes de la puntuación Zarit. El segundo modelo tuvo como objetivo identificar si existen diferencias entre los componentes que determinan el Zarit en cada grupo, de manera que en este caso se modela la relación funcional entre el puntaje Zarit y todos sus componentes. Por lo tanto, en total se ajustaron 4 diferentes modelos.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I, investigación sin riesgo, no requiere consentimiento informado.

IX. CONSIDERACIONES FINANCIERAS

a) Aporte Financiero

No aplica

b) Recursos con los que se contó

Para el protocolo de investigación se contó con el recurso profesional de miembros de la Clínica de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, cuyas funciones comprometen la evaluación, recolección y almacenamiento adecuado de datos clínicos y clinimétricos, de los pacientes.

c) Recursos solicitados

Para llevar a cabo el protocolo de investigación, el investigador principal y colaboradores no requirieron solicitar recursos adicionales.

X. SATISFACCIÓN DE UNA NECESIDAD DE SALUD CON EL DESARROLLO DE ESTE TRABAJO

Se estima que para el 2050 el número de personas de 60 años de edad o más habrá incrementado a 1.25 billones, siendo aproximadamente el 22% de la población mundial, con el 79% viviendo en las regiones menos desarrolladas del mundo (Prince M B. R., 2013). Este envejecimiento poblacional implica un aumento en el número de cuidadores informales de adultos mayores, volviéndose un problema no solo para los familiares de estos pacientes, si no para la sociedad en general. Por ejemplo, el cuidado de adultos mayores con demencia representa un problema económico y de salud pública, los costos atribuibles a su atención oscilan entre 157 y 215 billones de dólares y se espera que se dupliquen para 2040 (Hurd MD, 2013). Además los cuidadores de adultos mayores con y sin demencia están en riesgo constante de presentar sobrecarga del cuidador debido al estrés constante que representa el cuidado y las demandas a las que se enfrentan. El conocer los factores que se asocian a la sobrecarga en estos cuidadores ayudará a los servicios de apoyo y médicos a orientar a los cuidadores en la búsqueda de formas alternativas que se adapten a sus necesidades individuales, disminuyendo así los costos, la problemática social y el impacto en la salud mental asociados al cuidado de adultos mayores con y sin demencia.

XI. RESULTADOS

En cuanto a los datos sociodemográficos, se encontró que en términos de género, para el grupo de cuidadores de AM con demencia el 82% fueron mujeres y para cuidadores de AM sin demencia el 85% fueron mujeres. En ambos grupos, más del 60% de los cuidadores son hijos del paciente. Para ambos grupos, la edad promedio de los cuidadores se encontró alrededor de los 48 años, sin embargo se observó que la edad del paciente en el grupo AM con demencia fue ligeramente mayor que en el grupo AM sin demencia. Se observa un mayor apoyo por parte de la familia en el grupo de AM con demencia ya que el 19% de los cuidadores en ese grupo recibe algún tipo de apoyo económico por parte del resto de los familiares mientras que en el grupo de AM sin demencia representa solamente al 10% de los cuidadores. Existe una proporción mayor de cuidadores desempleados en el grupo de los AM con demencia, aproximadamente un 5% más. En cuanto al nivel de estudios en dicho grupo el 27% de los cuidadores tiene un nivel de estudios mínimo, mientras que en el grupo de AM sin demencia solamente representa el 19%. En la *tabla 5* se resumen los datos sociodemográficos relevantes.

Tabla 5. Datos sociodemográficos para ambos grupos.			
		Cuidadores de AM con demencia	Cuidadores de AM sin demencia
Edad del AM		80.59 ± 8.31	76.39 ± 7.28
Edad del cuidador		48.67 ± 12.40	47.37 ± 15.28
Sexo del cuidador	Mujer	81%	85%
	Hombre	19%	15%
Escolaridad del cuidador	Primaria incompleta	27%	19%
	Primaria completa	17%	21%
	Secundaria completa	31%	29%
	Universitario	23%	23%
Ocupación del cuidador	Ama de casa	50%	55%
	Empleado	35%	32%
	Desempleado	13%	8%

Cuidador vive con el AM		70%	81%
Estado civil del cuidador casado (a)		69%	66%
Parentesco del cuidador con AM	Hijo (a)	67%	61%
	Esposo (a)	9%	18%
	Yerno o nuera	9%	9%
	Otro	14%	11%
Apoyo económico al cuidador	Sueldo por cuidar	0%	2%
	Apoyo de familiares	19%	10%
	Sueldo por trabajo	20%	17%

Para la puntuación total del Zarit se observa que los intervalos estimados considerando una desviación estándar con la técnica de bootstrap no se intersecan, esto significa que cada grupo presentan valores diferentes y que son estadísticamente significativos. Además se observa que el grupo de AM con demencia es el grupo que presenta puntajes más altos.

Tabla 6. Puntuaciones totales de la Entrevista de sobrecarga del cuidador de Zarit para ambos grupos.

	media	desviación	Límite inferior	Límite superior
AM sin demencia	15.51	1.01	14.50	16.52
AM Con Demencia	18.87	1.38	17.49	20.25

Por otro lado, para la puntuación total del SRQ-20 se observa que los intervalos considerando una desviación estándar se intersecan, con lo cual se concluye que para esta variable no existen diferencias significativas entre grupos.

Tabla 7. Puntuaciones totales del Cuestionario de auto-reporte (SRQ-20) para ambos grupos.

	media	desviación	Límite inferior	Límite superior
AM sin demencia	4.54	0.31	4.23	4.85
AM Con Demencia	4.88	0.51	4.37	5.39

Por lo tanto, considerando los resultados observados, se determinó que el puntaje total del Zarit se usaría como la variable respuesta a modelar ya que no solamente está diseñada específicamente para cuantificar la sobrecarga del cuidador sino que además resultó significativamente diferente en ambos grupos, siendo el grupo AM con demencia el grupo con mayor puntaje en esta variable, es decir, el grupo que más sobrecarga en el cuidador se reportó.

Para el análisis que se realizó utilizando la entrevista Zarit y las variables NPI-Q (severidad del síntoma), SRQ-20, variables de necesidad de cuidado y datos sociodemográficos se presentó un ajuste de 50% para el grupo de cuidadores de AM con demencia mientras que para el grupo de cuidadores de AM sin demencia presentó un ajuste de 30%, lo cual es indicio de que aún es posible mejorar el ajuste incorporando más información ya que con los datos provistos no fue posible obtener un mayor ajuste. En estos casos se empleó regularización LASSO, lo cual implica que no todas las variables fueron estadísticamente significativas y solamente algunas de ellas resultaron relevantes para explicar su relación con el puntaje total del Zarit.

En los cuidadores de AM con demencia se encontró que algunos síntomas neuropsiquiátricos fueron los que más impacto tuvieron en relación al puntaje total del Zarit, siendo Euforia en un 36%, cambios en el apetito en un 16%, depresión en un 13% y apatía en un 3%, además, se encontró que el hecho de que el cuidador tuviera que dejar de trabajar para dedicarse al cuidado tuvo un impacto del 14%. El tiempo total que los cuidadores pasaron con el AM un 6% y la puntuación total del SRQ un 9%. Algunos factores que no resultaron significativos fueron la necesidad de cuidar al AM cuando se baña o cuando va al baño, la edad del AM y otros síntomas neuropsiquiátricos como alucinaciones, desinhibición e irritabilidad.

En el grupo de cuidadores de AM sin demencia los hallazgos más importantes fueron el hecho de que el cuidador tuviera que dejar de trabajar, en un 56%, el que el AM requiriera cuidados para comer (10%), bañarse (1%), ir al baño (1%) o supervisión en general (3%). De los SNP la irritabilidad, desinhibición y ansiedad fueron los principales. Algunos de los factores que no resultaron significativos en este grupo fueron SNP como apatía, depresión y necesidad de cuidado al vestirse o al comunicarse.

A continuación se presenta una tabla con el impacto (importancia) medida como porcentaje de cada una de las variables en cada grupo.

Tabla 8. Porcentaje de impacto de cada variable para ambos grupos.		
Variable	Cuidadores de AM con demencia	Cuidadores de AM sin demencia
Euforia	36%	0%
Cambios en el apetito	16%	0%
Dejar de trabajar para cuidar	14%	56%
Depresión	13%	0%
SRQ-20	9%	6%
Tiempo que pasa con el AM	6%	0%
Apatía	3%	0%
Cuidados para vestirse	2%	0%
Cuidados para comer	0%	10%
Irritabilidad	0%	12%
Desinhibición	0%	6%
Ansiedad	0%	4%
Supervisión en general	0%	3%
Cuidados para bañarse	0%	1%
Cuidados para ir al baño	0%	1%

Para el análisis que se realizó para identificar si existen diferencias entre los componentes que determinan el Zarit en cada grupo, el ajuste en ambos grupos fue muy alto (aproximadamente un 98%), sin embargo lo interesante en este modelo es evaluar las posibles diferencias en los componentes que conforman el puntaje del Zarit en cada grupo. En esta modelación se empleó la regularización RIDGE, lo cual implica que en este caso todos los componentes resultaron significativos, es decir, todas las variables contribuyen en mayor o menor medida a la determinación de la puntuación Zarit. Este comportamiento se observó en ambos grupos de estudio.

Para el grupo de cuidadores de AM con demencia se observó que los componentes del Zarit que tuvieron mayor impacto fueron el sentirse tenso al estar con el paciente, sentirse indeciso de que hacer con el paciente, el sentirse enojado al estar con el paciente, la pérdida de la vida social, pérdida de la privacidad y la sensación de estar perdiendo el control de la vida. En comparación, para el grupo de cuidadores de AM sin demencia los de mayor impacto fueron la sensación de

estar perdiendo el control de la vida, el sentir que el paciente considera al cuidador la única persona que lo puede cuidar, la carga global experimentada y no tener suficiente tiempo para uno mismo.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los modelos reportados como un índice de importancia, de manera que mientras más alto sea este índice, mayor su relación de impacto sobre el puntaje Zarit.

Tabla 9. Índice de impacto de cada componente del Zarit en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores con demencia.	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1.09
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1.05
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1.05
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	1.04
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	1.03
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1.03
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	1.02
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	1.01
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	1.00
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1.00
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0.99
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0.98
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0.98
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0.98
¿Piensa que su familiar depende de Ud.?	0.98
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0.98
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?	0.97
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0.97
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0.97
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0.96
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0.95
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0.95

Tabla 10. Índice de impacto de cada componente del Zarit en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores sin demencia.

¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	1.05
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	1.04
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	1.04
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	1.04
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	1.03
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?	1.02
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	1.01
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	1.01
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	1.00
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	1.00
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	1.00
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0.99
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	0.99
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0.99
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0.99
¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	0.98
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0.98
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	0.98
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0.97
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0.97
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0.97
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0.96

XII. DISCUSIÓN

Los cuidadores informales de adultos mayores son considerados como la primera línea de cuidado en la atención primaria, lo que los pone en constante riesgo de presentar sobrecarga. La sobrecarga del cuidador se ha asociado con depresión, ansiedad y problemas en la salud física del cuidador. Se ha prestado mayor atención a grupos de cuidadores que se consideran en mayor riesgo, como los cuidadores de adultos mayores con demencia, sin embargo es importante considerar que existen otros grupos de cuidadores. En el presente trabajo se estudiaron dos grupos de cuidadores, aquellos que cuidan de adultos mayores con demencia y sin demencia.

Lo primero que vale la pena mencionar es que de manera consistente con lo reportado en la literatura se encontró mayor sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores con demencia (Catherine Riffin, 2017). Sin embargo, los cuidadores de AM sin demencia también presentaron sobrecarga de manera importante. Además, en ambos grupos se encontró importante asociación entre la puntuación total del SRQ-20 y el grado de sobrecarga, por lo que en ambos grupos de cuidadores el riesgo de trastornos depresivos y ansiosos está presente, siendo esto a su vez, un riesgo para presentar sobrecarga, independientemente de la presencia de demencia o no el en AM al que se cuida. Evidenciando así, la necesidad de prestar atención a poblaciones de cuidadores que antes no se consideraban tanto en riesgo.

En cuanto a las características sociodemográficas en ambos grupos el porcentaje de cuidadoras de sexo femenino fue mucho más elevado, siendo consistente con lo reportado en la literatura (Or R., 2019). Además, en ambos grupos los hijos o hijas fueron los principales cuidadores, vivían con el AM y se dedicaban al hogar. El porcentaje de cuidadores remunerados por realizar el trabajo de cuidar fue muy bajo, en el caso de cuidadores de AM sin demencia fue de 2% y en el caso de cuidadores de AM con demencia ninguno recibía remuneración; lo que deja ver que son los cuidadores informales los que asumen la responsabilidad del cuidado, datos que son reproducibles con la literatura. También se observó que los cuidadores de AM con demencia recibían mayor ayuda económica del resto de la familia, mientras que los cuidadores de AM sin demencia fueron pocos los que recibían ayuda de otros familiares, lo que puede contribuir a la sobrecarga en este grupo.

Como se había planteado en la hipótesis, se encontraron varias diferencias entre los factores asociados a la sobrecarga de ambos grupos de cuidadores. En los cuidadores de AM con demencia dentro de los factores que más se asociaron estuvieron algunos síntomas neuropsiquiátricos (SNP), como se ha reportado anteriormente en la literatura. Siendo los más importantes la euforia, cambios en el apetito, depresión y apatía, estos últimos dos ya habían sido reportados en la literatura (Sousa MF, 2016), en cuanto a la euforia y a cambios en el apetito difiere de lo encontrado en otros estudios. En cuanto a los SNP asociados a sobrecarga de cuidadores de AM sin demencia se encontró que fueron la irritabilidad, la desinhibición y la ansiedad, esto a pesar de que podría esperarse que los AM sin demencia no presentaran alteraciones neuropsiquiátricas.

En el grupo de cuidadores de AM sin demencia los factores que más asociación a la sobrecarga fueron el que el cuidador tuviera que dejar su trabajo por dedicarse al cuidado, los SNP mencionados anteriormente y el hecho de que el AM requiriera de supervisión constante, de cuidado al comer, al ir al baño y al bañarse, por lo que un deterioro en la funcionalidad del AM representa un factor de riesgo para que el cuidador experimente sobrecarga, así como la carga económica que representa el abandonar el trabajo para dedicarse al cuidado.

Como ya se mencionó en los cuidadores de AM con demencia, los SNP fueron los factores más asociados a la sobrecarga, sin embargo también se encontró asociación con el tiempo que pasa con el AM, a mayor tiempo, mayor sobrecarga, el tener que dejar su trabajo para dedicarse al cuidado y cuando el AM requería cuidado para vestirse, siendo esto consistente con lo encontrado anteriormente en la literatura (Georges J, 2008), (Park, 2015), (Sousa MF, 2016). A pesar que la pérdida de funcionalidad si tuvo asociación en el grupo de cuidadores de AM con demencia, no fue tan alta como en el grupo de cuidadores de AM sin demencia, como se hubiera esperado, lo que indica que este grupo de cuidadores puede llegar a requerir el mismo apoyo de las instituciones de salud como aquellos que cuidan AM con demencia.

Se encontraron también diferencias al momento de analizar si los ítems del Zarit se asociaban a los niveles de sobrecarga. Por ejemplo, en los cuidadores de AM con demencia hubo mayores niveles de sobrecarga al sentirse indeciso de que hacer con el paciente, el sentirse tenso al estar

cerca del paciente, sentirse enojado al estar con el paciente, pérdida de la vida social, pérdida de la privacidad y sentirse incómodo por distanciarse de sus amistades. En comparación, los cuidadores de adultos mayores sin demencia parecen presentar mayores niveles de sobrecarga cuando tienen la sensación de estar perdiendo el control de su vida debido a dedicarse al cuidado, el sentir que el AM considera al cuidador la única persona que lo puede cuidar, el sentir que no tienen suficiente tiempo para ellos y sentir que no podrán cuidar del AM por mucho tiempo más. Lo que nos ayuda a identificar que las áreas y dimensiones de la sobrecarga en las que realizar intervenciones son diferentes para cada grupo de cuidadores.

En conclusión, los cuidadores de AM con y sin demencia están en riesgo de presentar sobrecarga, sin embargo los factores que se asocian a niveles más elevados de sobrecarga son diferentes para cada grupo. El identificar estas diferencias puede ayudar a implementar apoyos e intervenciones específicas y dirigidas para cada perfil de cuidador, además de no dejar de lado a grupos de cuidadores que pareciera no requieren de nuestra atención y sin embargo se encuentran en riesgo de presentar sobrecarga de manera importante.

Cabe mencionar que este estudio presenta algunas limitaciones tales como el tamaño de la muestra y la falta de otros datos que pudieran estar asociados a la sobrecarga, como otras enfermedades de los adultos mayores u otros antecedentes del cuidador.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADI. (2015). World Alzheimer report 2015— the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. *Alzheimer's Disease International* .

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th Edition ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

Anhange SM, I. D. (2016). Influence of psychosocial factors on psychological wellbeing of patients' caregivers at Federal Medical Centre Makurdi, Nigeria. *IFE Psycholog* , 24, 1-9.

Ankri, J. A. (2005). Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *International Journal of Geriatric Psychiatry* , 20, 254-260.

Aravena JM, A. C. (2018). Measuring change in perceived well-being of family caregivers: validation of the Spanish version of the perceived change index (PCI-S) in Chilean dementia caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* , 33, 120-130.

Boogaard JA, V. d. (2019). How Is End-of-Life Care With and Without Dementia Associated With Informal Caregivers' Outcomes? . *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*® .

Borsje P, H. M. (2016). Psychological distress in informal caregivers of patients with dementia in primary care: course and determinants. *Fam. Pract.* , 33, 374-381.

Carr DB, G. S. (2000). The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology* , 55 (1724).

Catherine Riffin, P. H. (2017). Family and Other Unpaid Caregivers and Older Adults with and without Dementia and Disability . *J Am Geriatr Soc.* , 65 (8), 1821–1828.

Cheng S-T, F. H. (2016). Short-term effects of a gain-focused reappraisal intervention for dementia caregivers: a double-blind cluster-randomized controlled trial. . *Am J Geriatr Psychiatry* , 24 (9), 740–50. .

Cheng S-T, L. L. (2013). Neuropsychiatric symptom clusters of Alzheimer's disease in Hong Kong Chinese: correlates with caregiver burden and depression. . *Am J Geriatr Psychiatry.* , 21 (10), 1029-37.

Cheng S-T, M. E. (2017). Benefit-finding and effect on caregiver depression: a double-blind randomized controlled trial. . *J Consult Clin Psychol.* , 85 (5), 521–9. .

Cheng, S.-T. (2017). Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Curr Psychiatry Rep* , 19 (64).

- Chiao C.-Y., W. H.-S.-Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review* , 62, 340–350.
- Donelan K, H. C. (2002). Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. *Health Aff* , 21 (4), 222-231.
- Freedman VA, S. B. (2014). Disability and care needs among older Americans. . *Milbank Quarterly* . , 92, 509-541.
- Garre-Olmo J, et al. (2016). A path analysis of patient dependence and caregiver burden in Alzheimer 's disease. . *Int Psychogeriatr* . , 28 (7), 1133–41.
- Gaugler JE, K. R. (2005). The longitudinal effects of early behavior problems in the dementia caregiving career. . *Psychol Aging* . , 20 (1), 100-116.
- George L, G. L. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. . *Gerontologist* . , 26, 253-259.
- Georges J, J. S. (2008). Alzheimer's disease in real life—the dementia carer's survey. . *Int J Geriatr Psychiatry* . , 23 (5), 546-551.
- González, K. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. *CONAPO* .
- Grigorovich A, L. A. (2017). A longitudinal view of factors that influence the emotional well-being of family caregivers to individuals with heart failure. . *Aging Ment Health* , 21, 844-850.
- Guerra M., F. C. (2011). Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Rev. Bras. Psiquiatr* , 33 (1).
- Harmell AL, C. E. (2011). A review of the psychobiology of dementia caregiving: a focus on resilience factors. *Curr Psychiatry Rep* . , 13 (3), 219–24.
- Harpham T., R. M. (2003). Measuring mental health in a cost-effective manner . . *Health Policy Plan* , 18 (3), 344-9.
- Hebert LE, W. J. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010 -2050) estimated using 2010 census. *Neurology* , 80 (1778).
- Huang, S. e. (2012). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Taiwanese elderly. . *Archives of Gerontology and Geriatrics* , 55 (1), 55-59.

Hui Lin Ong, J. A. (2018). Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support . *BMC Psychiatry* , 18 (2).

Hurd MD, M. P. (2013). Monetary costs of dementia in the United States. . *N Engl J Med* , 368 (1326).

Lassonde, M. e. (2017). The challenge of neurodegenerative diseases in an aging population. *G7 Academies' Joint Statements* .

Lethin C, R.-G. A. (2017). Psychological well-being over time among informal caregivers caring for persons with dementia living at home. *Aging Ment Health* , 21, 1138-1146.

Linda H. Jütten, R. E. (2019). Empathy in informal dementia caregivers and its relationship with depression, anxiety, and burden . *International Journal of Clinical and Health Psychology* , 19, 12-21.

Montero Pardo X., J. C.-M. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. . *Psicooncología* , 11 (1), 71-85.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Families caring for an aging America*. Washington DC: The National Academies Press.

Nichols LO, M.-A. J. (2011). Translation of a dementia caregiver support program in a health care system--REACH VA. *Arch Intern Med* .

Nowrangi MA, R. V. (2011). Epidemiology, assessment, and treatment of dementia. *Psychiatr Clin North Am* , 34, 275-94.

OECD . (2013). Health at a glance 2013: OECD indicators. Paris, France.

OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *Organización Mundial de la Salud* .

OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.

Or R., K. A. (2019). Influence of caregiver burden on well-being of family member caregivers of older adults. *Japanese Psychogeriatric Society* .

Park, M. S. (2015). Multidimensional determinants of family caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics* , 8, 1-10.

Pearlin LI, M. J. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. . *Gerontologist* , 30 (5), 583-94.

- Prince M, B. R. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* , 9 (63).
- Prince M, W. A.-C.-T. (2015). World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. *Alzheimer's Dis Int.*, 84.
- Prince M., A. D. (2003). Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. 10/66 Dementia Research Group. *The Lancet* , 361 (9361), 909-917.
- Prince M.J., W. F. (2014). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. . *The Lancet* .
- R Foundation for Statistical Computing. (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. From <https://www.R-project.org/>.
- Reitz C, B. C. (2011). Epidemiology of Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* , 7, 137-152.
- Schulz R, B. S. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA* , 282, 223-229.
- Schulz R., S. P. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* , 108, 23-27.
- Smith, K. G. (2018). Factors emerging from the “Zarit Burden Interview” and predictive variables in a UK sample of caregivers for people with dementia. *International Psychogeriatrics* , 30 (11), 1671-1678.
- Sosa-Ortiz AL, A.-C. I. (2012). Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. *Arch Med Res* , 43 (600).
- Sousa MF, S. R.-G.-S. (2016). Factors associated with caregiver burden: comparative study between Brazilian and Spanish caregivers of patients with Alzheimer's disease (AD). . *Int Psychogeriatr.* , 28 (8), 1363-1374 .
- Sousa MF, S. R.-G.-S. (2016). Factors associated with caregiver burden: comparative study between Brazilian and Spanish caregivers of patients with Alzheimer's disease (AD). . *Int Psychogeriatr.* , 28 (8), 1363-1374 .
- Sousa MF, S. R.-G.-S. (2016). Factors associated with caregiver burden: comparative study between Brazilian and Spanish caregivers of patients with Alzheimer's disease (AD). *Int Psychogeriatr.* , 28 (8), 1363-1374.
- Springate, B. A. (2014). Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care recipient variables. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* , 22, 294–300.

Suzmana R., e. a. (2015). Health in an ageing world—what do we know? . *The Lancet*, 385 (9967), 484-486 .

Tina Hsu, M. L. (2014). Factors Associated with High Burden in Caregivers of Older Adults with Cancer . *Cancer* , 120 (18), 2927-2935.

Tolkacheva N, B. v. (2011). The impact of informal care-giving networks on adult children's care-giver burden. . *Ageing Soc.* , 31 (1), 34-51.

Truzzi, A. V. (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. . *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 34, 405-412.

UN. (2017). *Envejecimiento*. Retrieved junio de 2019 from <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.

UN. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. . *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.* , Working Paper No. ESA/P/WP/248. .

Wang PN, W. S. (2000). Subjective memory complaint in relation to cognitive performance and depression: a longitudinal study of a rural Chinese population. *J Am Geriatr Soc* , 48 (295).

WE, H. (2013). Family caregiving at the end of life: current status and future directions. In M. R. Talley RC, *Caregiving Across the Lifespan: Research, Practice, Policy* (pp. 157-175). New York, NY: Springer.

WHO. (2012). Dementia: a public health priority. *World Health Organization* .

WHO. (1994). User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire . Geneva. World Health Organization. (14 de May de 2019). *Dementia*. From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Zarit S., O. N. (1985). The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress. *New York: University Press* .

Zarit S., R. K.-P. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* , 20, 649-55.

Zarit, S. T. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. . *The Gerontologist* , 26, 260-266.

XIV. ANEXOS

Anexo 1. Entrevista de sobrecarga del cuidador de Zarit.

A continuación le voy a decir una lista de cosas que reflejan como se sienten las personas cuando cuidan de otras. Después de cada pregunta, indique que tan a menudo usted se siente de la siguiente manera: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre o siempre. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Puntuación:

0 Nunca 1 Casi nunca 2 Algunas veces 3 Casi siempre 4 Siempre

Preguntas

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?
8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?

Anexo 2. Cuestionario de auto-reporte (SRQ-20)

Las siguientes preguntas son sobre los últimos treinta días.

Preguntas	Respuestas	
	SI	NO
1. ¿Frecuentemente tiene dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene poco apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta fácilmente?		
5. Le tiemblan las manos?		
6. Se siente, nervioso, tenso, preocupado?		
7. ¿Tiene mala digestión?		
8. ¿Tiene problemas para pensar claramente?		
9. ¿Se siente infeliz?		
10. ¿Llora más de lo normal?		
11. ¿Le es difícil disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Se le dificulta tomar decisiones?		
13. ¿Se le dificulta realizar su trabajo diario?		
14. ¿Está impedido de jugar un papel útil en la vida?		
15. ¿Ha perdido el interés en las cosas?		
16. Usted llega a sentirse una persona sin valor?		
17. ¿Ha pensado en acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensación de malestar en su estómago?		
20. ¿Se cansa fácilmente?		

Anexo 2. Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q)

- **Autor:** Cummings, 1997
- **Tipo de Instrumento:** Estructurado
- **Objetivo:** Evalúa manifestaciones o síntomas psicopatológicos que se presentan en pacientes con demencias, su presencia, severidad y afectación que esto genera al cuidador
- **Tiempo de administración:** 10 minutos (aproximadamente)
- **Fuente de información:** Informante/ Cuidador
- **Instrucciones:** “Por favor, responda las siguientes preguntas con base en cambios que hayan ocurrido recientemente (en el último mes) en su (papá, esposo...)”

*Si el informante responde en forma afirmativa, continúe con la evaluación de la severidad del síntoma (ver abajo) y posteriormente con el malestar que experimenta el cuidador ante la presencia de dicho síntoma (ver abajo). Si la respuesta es “NO”, pase a la siguiente pregunta.

Preguntas sobre los síntomas:

DELIRIOS

¿Cree su (familiar/paciente) que otras personas le roban, o planean hacerle daño de alguna manera?

ALUCINACIONES

¿Actúa su (familiar/paciente) como si escuchara voces? ¿Habla él/ella con personas que no están ahí?

AGITACIÓN/AGRESIÓN

¿Es su (familiar, papa, abuelo..) testarudo, o se resiste a la ayuda de otros?

DEPRESIÓN/DISFORIA

¿Actúa su (familiar/paciente) como si estuviera triste, con ánimo bajo? ¿Llora?

ANSIEDAD

¿Su (familiar) se incomoda cuando está separado de usted? ¿Muestra algún signo de nerviosismo, como falta de aire, incapaz de relajarse, o se siente excesivamente tenso?

ELACIÓN/EUFORIA

¿Parece su (familiar/paciente) sentirse demasiado bien, o actúa como si estuviese excesivamente contento?

APATÍA/INDIFERENCIA

¿Se interesa menos su (familiar/paciente) por sus actividades normales y las de los demás?

DESINHIBICIÓN

¿Su (familiar/paciente) actúa de manera impulsiva? Por ejemplo, ¿habla con extraños como si los conociera, o dice cosas que puedan herir los sentimientos de los demás?

IRRITABILIDAD/LABILIDAD

¿Se muestra su (familiar/paciente) impaciente y malhumorado? ¿Tiene dificultad para soportar retrasos o esperar por actividades planificadas?

TRASTORNOS MOTORES

¿Su (familiar/paciente) realiza actividades repetitivas como pasear por la casa, agarrando botones, amarrando cuerdas o haciendo otras cosas de manera repetida?

DURANTE LA NOCHE

¿Se despierta su (familiar/paciente) durante la noche? ¿Se levanta muy temprano en la mañana, o toma muchas siestas durante el día?

APETITO/COMIDA

¿Su (familiar/paciente) ha perdido o ganado peso, ha cambiado sus gustos por la comida?

PRESENCIA	SEVERIDAD	MALESTAR DEL INFORMANTE
1. Ausente	1. Ligera: notable, pero no hay cambios significativos.	1. No produce ningún malestar.
2. Presente	2. Moderada: significativo, pero no hay cambios dramáticos.	2. Mínimo (malestar ligero, no es problema manejarlo)
	3. Severa: muy marcado y prominente, hay cambios dramáticos.	3. Ligero (no mucho malestar, fácil de manejarlo)
		4. Moderado (bastante malestar, no es siempre fácil de manejar)
		5. Severo (mucho malestar, difícil de manejar)
		6. Extremo o muy severo (malestar extremo, incapaz de manejarlo)