



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

---



**SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA**

**“PERFIL PSICOAFECTIVO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE  
ADULTOS MAYORES”**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA**

**PRESENTA:  
BELINDA CRISPIN LOPEZ**

**DIRECTORES DE TESIS:  
ESP. ROSA MARÍA CORTÉS GONZÁLEZ  
M. EN E. M.GUSTAVO RODRIGO MEDINA BELTRÁN**



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
*ACTA DE REVISIÓN DE TESIS*

En la Ciudad de México D. F. siendo las 12:00 horas del día 17 del mes de Febrero del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la escuela superior de medicina para examinar la tesis titulada:

PERFIL PSICOAFECTIVO EN CUIDADORES  
PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES

Presentada por el alumno:

**CRISPÍN**

Apellido paterno

**LÓPEZ**

Apellido materno

**BELINDA**

Nombre(s)

Con registro: 

A	0	9	0	8	1	3
---	---	---	---	---	---	---

aspirante de:

**ESPECIALIDAD EN GERIATRIA**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

**LA COMISIÓN REVISORA**

Directores de tesis

M. en E. M Gustavo Rodrigo Medina Beltrán,

Esp. Rosa María Cortes González

M. en C. Pindaro Ramón Álvarez Grave

Dr. Alexandre kormanovski kovzova

Dra. Araceli Hernández Zavala

**PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES**

Dr. Eleazar Lara Padilla



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA  
I. P. N.  
SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**  
**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**CARTA CESIÓN DE DERECHOS**

En la Ciudad de México D. F. el día 22 del mes febrero del año 2011, la que suscribe Crispín López Belinda alumna del Programa de Especialidad En Geriatria con número de registro A090813, adscrito a la Escuela Superior de Medicina, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de M. en E. M. Gustavo Rodrigo Medina Beltrán y Esp. Rosa María Cortés González y cede los derechos del trabajo intitulado **PERFIL PSICOAFECTIVO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección becrilo79@hotmail.com. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

---

Crispín López Belinda

## INDICE

1. INDICE.....	4
2. RELACION DE TABLAS Y GRAFICOS.....	5
3. GLOSARIO.....	6
4. RESUMEN.....	9
5. ABSTRAC.....	10
6. INTRODUCCION.....	11
7. ANTECEDENTES.....	12
8. JUSTIFICACION.....	18
9. OBJETIVOS.....	19
10. MATERIAL Y METODOS.....	20
11. RESULTADOS.....	28
12. DISCUSION.....	38
13. CONCLUSIONES.....	42
14. PERSPECTIVAS.....	43
15. BIBLIOGRAFIA.....	44
16. ANEXOS.....	47

## RELACION DE TABLAS Y GRAFICAS

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los cuidadores primarios de adultos mayores.

**Tabla 2.** Sobrecarga y colapso del cuidador primario con depresión y ansiedad.

**Tabla 3.** Factores asociados a depresión del cuidador primario.

**Tabla 4.** Características del adulto mayor asociados a la depresión del cuidador primario.

**Tabla 5.** Factores asociados a ansiedad del cuidador primario.

**Tabla 6.** Características del adulto mayor asociados a la ansiedad del cuidador primario.

**Gráfica 1.** Porcentajes del género del cuidador primario de adultos mayores.

## GLOSARIO

**Perfil psicoafectivo:** Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan el área psicológica y afectiva de una persona.

**Depresión:** es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser.

**Ansiedad:** Estado de ánimo emocional displacentero; frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso agotamiento.

**Sobrecarga del cuidador:** Conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados.

**Colapso del cuidador:** Estado que se presenta cuando la carga del cuidado sobrepasa la capacidad y recursos del cuidador, y es tan grave que puede causar estrés excesivo, además de riesgo de muerte o suicidio

**Cuidador Primario:** Persona que adquiere la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente el cuidador primario es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente, que en este caso sería un cuidador primario informal.

**Adulto mayor:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en países desarrollados se define como aquella persona de más de 65 años de edad, mientras que en países en vías de desarrollo, se considera a aquel mayor de 60 años.

**Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD):** Se refiere a las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, la movilización y la continencia de esfínteres.

**Dependencia funcional:** Necesidad de ayuda para realizar una o más actividades básicas de la vida diaria.

**Deterioro cognitivo:** Alteración aislada de la memoria, el sujeto presenta un rendimiento anormal en las baterías neuropsicológicas con preservación de la capacidad para realizar las actividades habituales.

**Comorbilidad:** Término médico acuñado por Feinstein en 1970 que se refiere a la presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario.

**Folstein (MMSE Mini-Mental State Examination de Folstein):** Instrumento para el escrutinio de deterioro cognitivo; consta de una serie de preguntas agrupadas en diferentes categorías que representan aspectos relevantes de la función intelectual: Orientación temporo-espacial, memoria reciente y de fijación, atención, cálculo, capacidad de abstracción, lenguaje y praxis. Una puntuación menos de 24 indica deterioro cognitivo.

**GDS (Geriatric Depression Scale):** Escala de depresión en Geriátrica creada por Yesavage que valora el estado psicoafectivo del paciente anciano.

**Escala de Hamilton para depresión o ansiedad:** Es una escala heteroaplicada, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido o ansioso.

**Índice de Barthel:** Instrumento para evaluar las actividades básicas de vida diaria en el anciano. Es la escala más reconocida para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Evalúa 10 actividades, que son: baño, vestido, aseo

personal, uso de retrete, transferencias, subir y bajar escalones, continencia urinaria, continencia fecal, alimentación. Fue publicada en 1965 por Mahoney y Barthel.

**Índice de Charlson:** Predice la mortalidad a un año para un paciente que puede tener un abanico de condiciones comórbidas, en total considera 22 condiciones y a cada una se le asigna una puntuación dependiendo del riesgo de fallecer asociado a esta condición.

**Escala de Golberg para ansiedad:** Prueba de detección de ansiedad, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio.

**Escala de Zarit:** Instrumento que mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos.

**Escala de Blessed:** Instrumento utilizado para cuantificar la capacidad de los pacientes con demencia para llevar a cabo las tareas de la vida diaria.

## RESUMEN

**Antecedentes:** El rol de cuidador suele ser agotador y desgastante, tanto física como emocionalmente, por lo que éste se torna vulnerable para la depresión y ansiedad.

**Objetivo:** Determinar el perfil psicoafectivo de los cuidadores primarios de adultos mayores.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo, durante 5 meses, en el que se entrevistaron a cuidadores primarios de adultos mayores ingresados al Módulo de Geriátrica del HGZ 27 IMSS. Se aplicó los test de Halmiton para depresión y ansiedad a cuidadores menores de 60 años; en los mayores de esta edad se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage y Goldberg para ansiedad. A todos se les aplicó una encuesta del perfil sociodemográfico y la escala de Zarit, y se obtuvo la valoración geriátrica de los adultos mayores. Análisis estadístico: Se emplearon medias, desviación estándar, frecuencias, porcentajes.

**Resultados:** Se incluyeron a 60 cuidadores primarios de adultos mayores, tenían una edad media de  $49.7 \pm 14.4$  años; presentaron datos de depresión el 46.7 % y ansiedad 45%. El perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios fue: mujer, ama de casa, hija del adulto mayor, con escolaridad de primaria o secundaria, que convive con el paciente. Los datos de sobrecarga de cuidador se presentaron en 39.2% y 33.3% de los cuidadores que cursaban con depresión y ansiedad respectivamente.

**Conclusión:** El perfil psicoafectivo del cuidador primario del adulto mayor tiene datos de depresión y ansiedad. Es conveniente identificar a los cuidadores de alto riesgo para estos trastornos afectivos, con el fin de llevar a cabo intervenciones que puedan prevenir o limitar el deterioro de su salud mental y por consiguiente mejorar la calidad de la atención del adulto mayor.

## ABSTRACT

**Background:** The caregiver role is often stressful and exhausting, both physically and emotionally, so that they become vulnerable to depression and anxiety.

**Objective:** Determine the psychoaffective profile of primary caregivers of older adults.

**Material and methods:** We conducted a descriptive transversal study for 5 months, where we interviewed primary caregivers of older adults admitted to the Geriatric Module HGZ 27 IMSS. It was applied the test for depression and anxiety Halmiton caregivers under 60 years; in those over this age were used Geriatric Depression Scale Yesavage and Goldberg anxiety, everyone is a survey of socio-demographic profile and scale Zarit, and obtained the geriatric assessment of older adults. Statistical analysis: we used means, standard deviation, frequencies, percentages.

**Results:** The study included 60 primary caregivers of older adults had a mean age of  $49.7 \pm 14.4$  years, data showed 46.7% depression and anxiety 45%. The sociodemographic profile of primary caregivers was: female, housewife, daughter of older adults with primary or secondary schooling, living with the patient. Data caregiver overload occurred in 39.2% and 33.3% of caregivers, who were in depression and anxiety respectively.

**Conclusion:** The psychoaffective profile primary caregiver of the elderly have data on depression and anxiety. It is desirable to identify caregivers at high risk for these affective disorders, to carry out interventions to prevent or limit the deterioration of their mental health and thereby improve the quality of care of the elderly.

## INTRODUCCIÓN

Cuidar a una persona de edad avanzada y además enferma es una carga muy fuerte que puede implicar un severo desgaste para los familiares encargados de atenderla. Cuando los cuidadores son rebasados por los costos, físicos, emocionales y económicos, que implican la atención de su paciente, son propensos a entrar en una crisis muy difícil de manejar, pues son proclives a problemas físicos y psicológicos, generando una situación caótica, pues ya no sólo el anciano está enfermo, sino también la persona encargada de atenderlo. Por lo anterior, el rol del cuidador puede tener un impacto negativo en la salud y energía del propio cuidador, que igualmente se vuelven vulnerables a la depresión y la ansiedad, por lo que con este estudio pretendemos conocer el perfil psicoafectivo de los cuidadores primarios de los adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital General de Zona No. 27 “Dr. Alfredo Badallo García.

## ANTECEDENTES.

En los últimos años, los cambios demográficos, potenciados por las mejores condiciones higiénicas sanitarias y por el desarrollo económico y social, han comportado un aumento de la esperanza de vida, lo que provoca un envejecimiento progresivo de la población.<sup>1</sup> En las últimas décadas de la vida se produce un aumento de la morbilidad, principalmente por enfermedades crónicas y degenerativas que suelen ser causa de incapacidad y de dependencia. La cantidad de personas dependientes para las actividades de la vida diaria se incrementará cada vez más, con predominio de los más ancianos y necesitarán ser asistidas o cuidadas por otra, llamada Cuidador Primario, que asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente el cuidador primario es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente, que en este caso sería un cuidador primario informal. Hay otro tipo de cuidadores llamados Cuidadores Primarios Formales, que a diferencia de los informales, son integrantes del equipo de salud y capacitados para dar un servicio profesional, remunerado, por tiempo limitado (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc).<sup>2</sup>

A pesar de la dependencia y de la necesidad de ayuda, los ancianos prefieren seguir en su entorno familiar y su propio domicilio antes que ser institucionalizados. De todas formas, no son las instituciones el lugar más adecuado para el desarrollo de la vida de las personas, ya que éstas presentan limitaciones para sus actividades de la vida diaria.<sup>3</sup> En la sociedad española hasta un 80% de los pacientes ancianos dependientes permanecen en la

comunidad, esto es, están atendidos por su familia, y la parte fundamental del cuidado recae en el que se denomina cuidador primario. Un 20.7% de los adultos en España presta ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria a una persona mayor con la que convive, y el 93.7% de ellos tiene vínculos familiares con la persona a la que cuida, mientras que el 24,5% de las mujeres prestan cuidados, sólo lo hace el 16.6% de los hombres. Este fenómeno se produce también en otros países; por ejemplo, en Canadá se estima que entre el 85% y 90% del total de cuidados proporcionados es de tipo informal y se estima en 3 millones de personas la población que presta ayuda a personas con enfermedad crónica o discapacidad. En Estados Unidos hay 52 millones de cuidadores/as informales de personas adultas enfermas o discapacitadas y en el Reino Unido se calcula en 5,7 millones la población de cuidadores/as (un 17% de los hogares).<sup>3,4</sup>

El apoyo familiar constituye el principal predictor del mantenimiento de las personas mayores en su comunidad de residencia, y demora o evita el ingreso a instituciones. En pacientes con demencia se ha demostrado específicamente que las características del cuidador (parentesco con el enfermo, edad, situación laboral, existencia de sintomatología ansiosa o depresiva y calidad de vida) son predictores mucho más importantes que la gravedad o la sintomatología de la demencia.<sup>5</sup>

Como ya se ha comentado anteriormente, la prestación de cuidados recae en una sola persona: cuidador principal o cuidador informal. Su papel fundamental en el cuidado es reconocido en la bibliografía, pero habitualmente pasa desapercibido y no es reconocido socialmente. El cuidador informal se caracteriza por algunos rasgos esenciales, que son los que en general lo identifican: “provisto a otros o para otros”, no es institucional, no es remunerado, es decir no es intercambiable en el mercado por bienes y servicios; esta

característica en sí misma supone un obstáculo para la valoración social del sistema informal. Es provisto gracias a la relación de parentesco, en general por un grupo o red reducida en el que existen lazos de afectividad y la expresión de compromiso durable entre sus miembros. Es una forma de relación e interacción familiar compleja, donde los aspectos de trabajo y cariño están presentes, pero con fuertes implicaciones personales que se traducen, a menudo, en sentimientos contradictorios.<sup>3</sup> Varios estudios han demostrado que el perfil típico de la persona cuidadora principal es el de una mujer, de mediana edad (45-65 años); ama de casa, con una relación de parentesco directa (por lo general, madre, hija o esposa), suelen tener bajo nivel de estudios y origen social modesto y que convive con la persona a la que cuida. Género, convivencia y parentesco son las variables más importantes y predicen qué persona del núcleo familiar va a ser la cuidadora principal. En España las cifras que ilustran el predominio de las mujeres como cuidadoras son abrumadoras: el 60% de los cuidadores principales de personas mayores, el 75% en el caso de personas con discapacidad y el 92% de los cuidadores de las personas que necesitan atención por cualquier motivo, son mujeres.<sup>4</sup> Se destaca el carácter femenino y doméstico del cuidado: es un trabajo de mujeres, natural y socialmente esperado.

Entre las tareas que más realizan todos los cuidadores se encuentran ayudar a la persona que cuidan en la alimentación, vestirse y desvestirse, la termorregulación y el mantenimiento de sus creencias y valores, también están implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia, es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación. Este trabajo adicional, fuertemente estresante, conlleva muchos peligros para el equilibrio psíquico de los cuidadores y de forma indirecta para el propio anciano, y su trabajo agotador se traduce en cuadros clínicos de distinta índole. Al

conjunto de alteraciones que repercuten en todas las esferas del cuidador se le denomina “síndrome del cuidador”. La North American Nursing Diagnosis Association etiqueta a este síndrome como “el cansancio en el desempeño del rol de cuidador”; entre los factores relacionados que nos llevan a la presencia de este síndrome se encuentran: enfermedad crónica, crecientes necesidades de cuidados o dependencia, cantidad y complejidad de actividades, responsabilidad de cuidados durante las 24 horas, ya que la duración de la jornada laboral de una cuidadora no tiene principio ni fin, característica que comparte con otras actividades del trabajo reproductivo, en el que el tiempo tiene un desarrollo circular, y no lineal como en el trabajo productivo ; lo anterior conlleva a insuficiencia de actividades recreativas y otras. Existe una relación entre la alteración de las necesidades de los cuidadores y el nivel de dependencia del anciano. Entre las necesidades que aparecen más alteradas en los cuidadores son sueño y descanso, desarrollo personal, prácticas preventivas de salud y recreación. Los problemas médicos más detectados son las lumbalgias y dorsalgias de repetición, malestar psíquico, depresión y ansiedad. El 51% de los cuidadores presentan cansancio habitual, el 32% manifiestan estar deprimidos y el 20% creen tener un deterioro de su salud a causa del cuidado.<sup>3,4.</sup> Numerosos trabajos demuestran las repercusiones negativas que la prestación de cuidados puede tener en la salud, aunque en todos estos trabajos las consecuencias más importantes se refieren al malestar psíquico y, especialmente, a la mayor frecuencia de ansiedad y depresión, se han descrito repercusiones importantes en la salud física, un gran aumento del aislamiento social y un empeoramiento de la situación económica.<sup>5</sup> Ya se reconoce que los cuidadores informales de los pacientes con cáncer cumplen un papel importante en el contexto de la enfermedad; la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño son frecuentes en estas

personas.<sup>7</sup> En un estudio sobre cuidadoras, realizado en Andalucía, casi la mitad de las 1000 personas cuidadoras entrevistadas opinaba que cuidar tenía consecuencias negativas en su propia salud en algún grado, y cerca del 15% percibía este impacto con una intensidad muy elevada, proporción que aumentó al 72% cuando se analizó separadamente el grupo de cuidadoras de personas con enfermedades neurodegenerativas. El impacto negativo en la esfera psicológica fue mucho más evidente y era percibido intensamente en una proporción de cuidadoras que duplicaba a las que percibían impacto en su salud física. Las cuidadoras mencionaban problemas concretos, como depresión o ansiedad (22%) y decían sentirse irritables y nerviosas (23%), tristes y agotadas (32%). En algunos casos, estos problemas se vivían como un cambio más permanente de personalidad y estado de ánimo, con sentimientos de insatisfacción y pérdida de ilusión por la vida. En un reciente trabajo en 215 cuidadores/as de pacientes atendidos por un servicio de hospitalización a domicilio, mayoritariamente mujeres de 55 años de edad media, se detectaron síntomas de ansiedad (32%) y depresión (22%), con un mayor riesgo cuanto mayor era la dependencia física y deterioro mental del paciente al que cuidaban, más tiempo llevaban cuidando y menor el apoyo social que percibían.<sup>5</sup> En el estudio realizado por Islas y cols., en el 2006 en nuestro país, en cuidadores primarios de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica se encontró lo siguiente: 76.1% eran del sexo femenino, con edad promedio de 50 años, 66.7% casadas, 32.6% eran esposas de los pacientes y en otra misma proporción eran hijas. Sólo el 37% reportó como poco estresante cuidar a su paciente y el 23.9% como moderadamente estresante; el 63% reportó síntomas de estrés como tristeza y/o depresión, 52.2% irritabilidad y enojo; 50% preocupación, miedo y ansiedad; 58.7% dificultad para dormir y descansar, 73.3% tensión muscular y el 45.7% cansancio.<sup>2</sup>

En conclusión, el rol de cuidador puede tener un impacto negativo en la salud, economía, proyectos y energía del propio cuidador, que lo vuelve vulnerable a la presencia de depresión y ansiedad, por lo que consideramos de importancia la detección de estos trastornos en los cuidadores primarios ya que sería útil para mejorar los niveles de satisfacción de éstos, la comunicación con los profesionales de salud y la atención de los propios pacientes.

## **JUSTIFICACIÓN.**

El diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes de edad avanzada puede contribuir a mejorar la calidad de vida y el cumplimiento terapéutico, además de disminuir la utilización de los servicios de salud. Se reconoce que los cuidadores informales de los pacientes de edad avanzada tienen un papel importante en el contexto de la enfermedad y el porcentaje de dichos cuidadores se ha descrito hasta de un 20.7%, predominantemente mujeres. Las cuidadoras mencionan problemas concretos, como depresión o ansiedad (22%) y dicen sentirse irritables y nerviosas (23%), tristes y agotadas (32%). La depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño son frecuentes en estas personas. Por esto, la detección de estos síntomas en los familiares encargados de su cuidado directo también sería útil para mejorar los niveles de satisfacción de éstos, la comunicación con los profesionales y la atención a los propios pacientes. La intención del estudio es valorar la existencia de estos trastornos del estado de ánimo en estas personas con el fin de planificar mecanismos de intervención con posterioridad.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO:**

#### **1. Objetivo General:**

Determinar el perfil psicoafectivo de los cuidadores primarios de adultos mayores.

#### **2. Objetivos específicos:**

1. Identificar la presencia de depresión en cuidadores primarios de personas mayores
2. Identificar la presencia de ansiedad en cuidadores primarios de personas mayores
3. Identificar las comorbilidades del adulto mayor que más frecuentemente se asocian con la presencia de ansiedad y/o depresión en los cuidadores.
4. Identificar el grado de dependencia que con mayor frecuencia se asocia con la presencia de ansiedad y/o depresión en los cuidadores.
5. Identificar el perfil sociodemográfico más frecuente de los cuidadores primarios.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño: TRANSVERSAL DESCRIPTIVO**

#### **Tipo de estudio**

- Por el control de la maniobra experimental: Observacional
- Por la captación de la información: Prospectivo
- Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal
- Por la dirección del análisis: Prospectivo
- Por la dirección del análisis: Sin dirección

#### **Lugar de realización.**

Hospital General de Zona #27 “Dr. Alfredo Badallo García” de la Delegación Norte del IMSS, en la Delegación política Cuauhtémoc, Módulo de Geriatría, que cuenta con 18 camas, donde se atienden adultos mayores con enfermedad aguda o crónica agudizada

#### **Población de Estudio**

La población de estudio fueron los cuidadores primarios de adultos mayores ingresados al Módulo de Geriatría, en el HGZ 27 IMSS.

**Grupo de estudio.**

Cuidadores primarios de pacientes de 60 años o más de edad que ingresaron al Módulo de Geriatria.

**Criterios de inclusión:**

- 1) Cuidadores primarios mayores de 18 años.
- 2) Cuidar y ser el responsable directo del paciente mayor de edad que se hospitalizaron en el servicio de geriatría.
- 3) Que aceptaron participar.

**Criterios de no inclusión:**

- 1) Cuidadores primarios con un diagnóstico de depresión y/o ansiedad antes de ser cuidadores primarios.

**Criterios de eliminación:**

- 1) Cuidadores primarios que no concluyan las escalas psicoafectivas.

**Tipo de muestreo**

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, con los cuidadores primarios de pacientes que ingresaron al Módulo de Geriatria, durante 5 meses.

## **Definición de variables**

### **A) VARIABLE DE ESTUDIO:**

#### **Perfil psicoafectivo**

**Definición conceptual:** Conjunto de rasgos peculiares que caracterizan el área psicológica y afectiva de una persona.

**Definición operativa:** Se evaluó el perfil psicoafectivo con búsqueda de síntomas para depresión y ansiedad, en el caso de cuidadores menores de 60 años de edad, se empleó las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad, si el cuidador era adulto mayor se utilizó la escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale: GDS) y el test de ansiedad de Goldberg.

**Tipo de variable:** Cualitativa

**Escala de medición:** Nominal, dicotómica.

#### **Categorías de la variable:**

**Ansiedad:** Presente o Ausente

**Depresión:** Presente o Ausente

#### **Funcionalidad.**

**Definición conceptual:** Capacidad del paciente de realizar actividades que le proporcionen bienestar.

**Definición operacional:** Se evaluó con la posibilidad de realizar actividades básicas de autocuidado, mediante escala ya validada como la Barthel.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

**Escala de medición:** Ordinal.

**Categorías de la variable:**

- 1- Independiente: 100 puntos.
- 2- Dependiente leve: >60 puntos.
- 3- Dependiente moderado: 40-55 puntos.
- 4- Dependiente grave: 20-35 puntos.
- 5- Dependiente total: <20 puntos.

### **Estado cognitivo**

**Conceptual:** Relativo al proceso mental de comprensión, juicio, memorización y razonamiento, en contraposición a los procesos emocionales o volitivos.

**Operacional:** Se evaluó mediante el examen cognoscitivo breve con el Test Mini Mental State Examination de Folstein y/o escala de demencia de Blessed.

**Tipo de variable:** Cuantitativa.

**Escala de medición:** Cuantitativa discreta

**Unidades de medición:** Test de Folstein: 0 a 30 puntos; Escala de Blessed: 0 a 27 puntos.

### **Comorbilidad.**

**Definición conceptual:** Enfermedades coexistentes en un paciente que por su grado de cronicidad y severidad modifican el riesgo de morir, sumándose al de la enfermedad primaria

**Definición operacional:** Se evaluó la comorbilidad mediante el Índice de Charlson.

**Tipo de variable:** Cuantitativa

**Escala de medición:** Cuantitativa discreta

**Unidades de medición:** 1 a 7

### C) VARIABLE UNIVERSALES

#### Edad:

**Conceptual:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento/duración de la vida.

**Operacional:** Estado de desarrollo corporal semejante a un hombre o una mujer con el mismo tiempo cronológico.

**Tipo de variable:** Cuantitativa.

**Escala de medición:** Continua.

**Unidades de medición:** Años cumplidos.

#### Género:

**Conceptual:** Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

**Operacional:** Clasificación de macho o hembra en base a características anatómicas y cromosómicas.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

**Escala de medición:** Nominal, dicotómica.

**Categorías de la variable:** Hombre, Mujer

**Ocupación:**

**Conceptual:** Empleo y oficio que desempeña, remunerado

**Operacional:** Desempeño de labores que refiere al momento de la encuesta.

**Tipo de variable:** Cualitativa.

**Escala de medición:** Nominal, policotómicas.

**Categorías de la variable:** Ama de casa, obrero, técnico, profesionista, pensionado, jubilado

**Estado civil**

**Conceptual:** Relación legal ante la sociedad de dos personas.

**Operacional:** relación legal al momento de la encuesta

**Tipo de variable:** Cualitativa.

**Escala de medición:** Nominal.

**Categorías de la variable:** soltero (a), casado (a), viudo (a), divorciado (a),

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.**

1. Para el presente estudio se tomaron a los cuidadores primarios de los pacientes de edad avanzada que ingresaron al servicio de geriatría.
2. Una vez reunidos a aquellos cuidadores primarios que cumplieron con los criterios de inclusión se les informó de forma amplia y entendible, en qué consistía el estudio, las intervenciones que se realizaron, y se solicitó el consentimiento informado. (ver anexo A)
3. Se les aplicó los test para depresión y ansiedad de Hamilton si eran cuidadores primarios menores de 60 años, en los mayores de esta edad se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GSD), la escala para ansiedad de Goldberg; a todos los cuidadores se les midió el grado de sobrecarga con la escala de Zarit además de contestar una encuesta del perfil sociodemográfico; todo esto en una sesión de 20 a 30 minutos, mientras su paciente era atendido por el médico tratante.
4. En los pacientes adultos mayores se obtuvo la valoración del estado funcional con escala de Barthel para identificar el grado de independencia o dependencia; con el Test Mini Mental State Examination de Folstein se realizó la valoración del estado mental en forma directa y en caso de que el paciente no podía contestar, se aplicó la escala indirecta para Demencia de Blessed, para la detección de depresión y ansiedad se emplearon las escalas Geriatric Depression Scale y Goldberg respectivamente, además se registraron sus comorbilidades.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

### A) Forma de Captura y Validación de la información:

Los datos se registraron en una hoja de cálculo del programa SPSS versión 15.0 para Windows Vista.

### B) Forma en que se describirán los datos:

Estadística descriptiva: para variables cuantitativas se emplearon: medias con desviación estándar, para variables cualitativas porcentajes y frecuencias.

Para comparar variables continuas se empleó la prueba de  $t$  de Student.

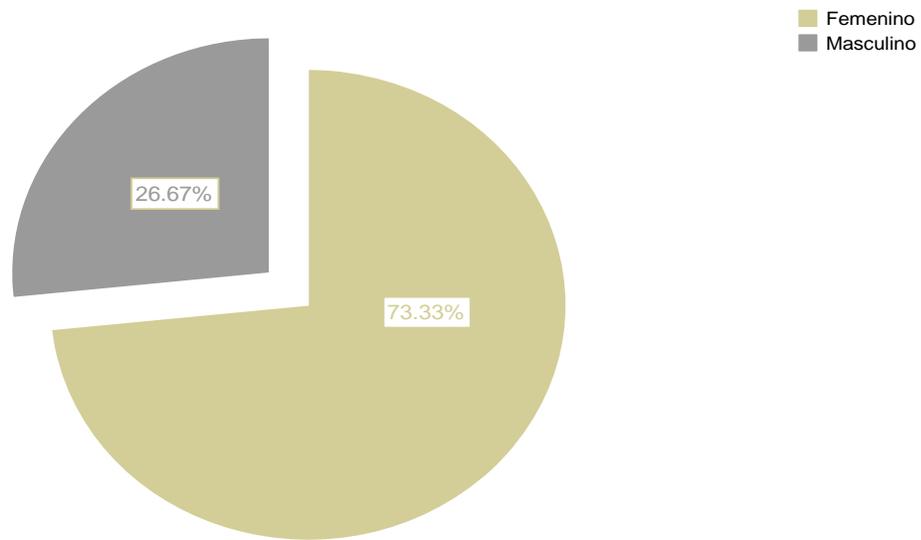
Para la asociación entre las variables del propio cuidador, la funcionalidad, deterioro cognitivo y comorbilidad de los adultos mayores con la presencia de depresión y ansiedad en sus cuidadores, se utilizó Razón de Momios (RM), y para la significancia estadística, chi cuadrada.

## RESULTADOS

### **Características sociodemográficas de los cuidadores primarios de adultos mayores.**

Se incluyeron durante un periodo de 5 meses a 60 cuidadores primarios de adultos mayores ingresados al Módulo de Geriátría, en el HGZ 27 IMSS. Se encontró que el perfil del cuidador primario se caracterizó por una prevalencia del género femenino 73.3% (gráfica 1); la edad media del cuidador primario fue de 49.7 años  $\pm$  14.4; en cuanto al estado civil, predominaron los cuidadores casados, 32 (53.3%); el parentesco de los cuidadores en relación con el paciente, fue en su mayoría hijos con 58%; el grado de estudios que con más frecuencia se presentó fue el de primaria completa y secundaria, 25 y 21.7% respectivamente; 48.3% (29) se dedicaban a las labores del hogar; el tiempo que llevaban cuidando al adulto mayor fue 38.8  $\pm$  56.8 meses, cuidando 13.5 horas al día  $\pm$  6.34 y el 33% de las cuidadores lo hacían el día entero. El 85% (51) no recibían recompensación económica para el cuidado del viejo y en el 63.3% (38) tenían algún tipo de ayuda en el cuidado del anciano. **Tabla 1.**

### Género del cuidador primario



**Gráfica 1.** Porcentajes del género del cuidador primario de adultos mayores, (n=60).

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores primarios de adultos mayores.**

<b>Características del cuidado primario n=60</b>			
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	49.7 años $\pm$ 14.4		
<b>Media <math>\pm</math> DE</b>			
<b>Género</b>	Femenino	44	73.3
<b>Estado Civil</b>	Casado	32	53.3
	Soltero	14	23.3
	Unión libre	3	5
	Divorciado	7	11.7
	Viudo	4	6.7
<b>Nivel de estudio</b>	Sin estudios	1	1.7
	Primaria inconclusa	8	13
	Primaria concluida	15	25
	Secundaria	13	21.7
	Carrera técnica	9	15
	Preparatoria	8	13.3
	Licenciatura	6	10
<b>Ocupación</b>	Ama de Casa	29	48.3
	Trabajador	19	31.6
	desempleado	5	8.3
	Jubilado	7	11.7
<b>Parentesco con el adulto mayor</b>	Esposo	16	26.7
	Hija	35	58.
	Sobrino	5	8.3
	Nuera/yerno	1	1.7
	Hermano	3	5
<b>Vive con el paciente</b>	Si	49	81.7
<b>Tiempo de cuidado en meses , Media <math>\pm</math> DE</b>	38.8 $\pm$ 56.8		
<b>Horas de cuidado al día</b>	13.5 $\pm$ 6.34		
<b>Media <math>\pm</math> DE</b>			
<b>Recibe recompensa económica</b>	Si	9	15
<b>Ayuda en el cuidado</b>	Si	38	63.3

### ***Perfil psicoafectivo y sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores***

Se encontraron datos de depresión en 28 (46.7 %) de los cuidadores primarios, y ansiedad 45% (27), 21 (35%) de los cuidadores presentaban estado mixto ansioso depresivo. En 20 (33.3%) cuidadores se identificó sobrecarga, de estos 7 tenían datos de colapso. De los cuidadores primarios con depresión 7 (25%) presentaban datos de sobrecarga y de los que presentaban ansiedad 6 (22.2%) tenían sobrecarga y en menor porcentaje en ambos casos colapso. **Tabla 2**

**Tabla 2. Sobrecarga y colapso del cuidador primario con depresión y ansiedad**

<b>Sobrecarga y colapso del cuidador primario con depresión y ansiedad.</b>			
	<b>No sobrecarga</b>	<b>Sobrecarga</b>	<b>Colapso</b>
<b>Depresión</b> n=28 (%)	17 (60.7)	7 (25)	4 (14.2)
<b>Ansiedad</b> n=27 (%)	18(66.6)	6 (22.2)	3 (11.1)

### ***Depresión en cuidadores primarios de adultos mayores***

De los 28 cuidadores primarios con depresión, la mayoría fueron del género femenino, vivían con el adulto mayor y tenían una edad media de  $51.25 \pm 12.5$  años; la mitad de los cuidadores eran casados, 13.3% estudiaron hasta secundaria; 71.4% se dedican a las labores del hogar. Aunque el tiempo promedio que llevaban cuidando fue mayor ( $49.89 \pm 66.6$  meses), en los cuidadores con depresión no alcanzó significancia estadística al ser comparado con los cuidadores sin depresión ( $29.12 \pm 45.09$ ). Hubo diferencia en las horas de cuidado al día, 64.2% tenían respiro del cuidador, solo 7.1% recibían recompensa económica por cuidar al adulto mayor. De los cuidadores con depresión todos presentaban

sobrecarga. Se encontró que el principal factor de riesgo para depresión fue el que el cuidador primario fuera mujer y ama de casa. **Tabla 3**

**Tabla 3 Factores asociados a depresión del cuidador primario.**

	<i>Depresión</i>		RM (IC 95%)	p*
	Si n=28	No n=32		
<b>Edad</b>				
<b>Media <math>\pm</math> DE</b>	51.25 $\pm$ 12.5	48.38 $\pm$ 15.9		0.446
<b>Genero, n (%)</b>				
Femenino	26(92.8)	18(56.2)	10.1 (2.04-50.0)	0.001 <sup>†</sup>
<b>Estado Civil, n (%)</b>				
Casado	15(53.5)	17(53.1)	1.01(0.36-2.81)	0.972
Soltero	6(21.4)	9(28.1)	0.69(0.21-2.28)	0.550
Unión libre	2(7.1)	1(3.1)	2.38(0.20-27.8)	0.476
Divorciado	2(7.1)	5(15.6)	0.415(0.07-2.33)	0.307
Viudo	3(10.7)	1(3.1)	3.7(0.36-37.9)	0.240
<b>Nivel de estudio</b>				
$\leq$ 6 años.	12 (42.9)	12(37.5)	1.25(0.44-3.52)	0.673
> 6 años.	16(57.1)	20(62.5)		
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	20(71.4)	9(28.1)	6.38(2.07-19.6)	0.001 <sup>†</sup>
Trabajador	3(10.7)	16(50)	0.12(0.03-0.47)	0.001 <sup>†</sup>
Desempleado	3(10.7)	2(6.25)	1.8(0.27-11.6)	0.533
Jubilado	2(7.1)	5(15.6)	0.415(0.07-2.3)	0.307
<b>Tiempo de cuidado en meses , Media <math>\pm</math> DE</b>				
	49.89 $\pm$ 66.6	29.12 $\pm$ 45.09		0.160
<b>Horas de cuidado al día Media <math>\pm</math> DE</b>				
	15.18 $\pm$ 5.7	12.0 $\pm$ 6.5		0.05 <sup>†</sup>
<b>Vive con el adulto mayor</b>				
<b>Si</b>	24(85.7)	25(78.2)	1.68 (0.43-5.48)	0.457
<b>Ayuda en el cuidado n(%)</b>				
Si	18(64.2)	20(62.5)	1.08(0.377-3.09)	0.886
<b>Recibe recompensa económica n(%)</b>				
Si	2(7.1)	7(21.8)	0.27(0.05-1.45)	0.11
<b>Sobrecarga del cuidador</b>				
Con sobrecarga	11(39.2)	0(0)	2.8(1.96-4.23)	0.00

RM: Razón de Momios; IC: Intervalo de Confianza; \* prueba de t Student para variables continuas y  $X^2$  para variables categóricas; <sup>†</sup> con significancia estadística; DE: Desviación Estándar.

En cuanto a las características de los adultos mayores cuyos cuidadores presentaban depresión se encontró lo siguiente: la edad media del adulto mayor fue de  $76.57 \pm 8.99$ ; 42.8% de los adultos mayores tienen un índice de Charlson de 5; 42.8% de los ancianos cuidados una dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria por escala de Barthel; y 39.2% con datos de deterioro cognitivo por puntuación de Folstein, con una puntuación media de Blessed de  $6.8 \pm 5.1$ . Los principales factores de riesgo para presencia de depresión fueron que el adulto mayor tuviera un índice de comorbilidad de Charlson igual o mayor de 5, el ser dependiente, con deterioro cognitivo, con una puntuación de Blessed mayor de 4; aunque en ninguna se encontró significancia estadística. **Tabla 4**

**Tabla 4. Características del adulto mayor asociados a la depresión del cuidador primario.**

	Depresión		RM (IC 95%)	P*
	Si n=28	No n=32		
<b>Edad del adulto mayor media <math>\pm</math> DE</b>	76.57 $\pm$ 8.99	77.9 $\pm$ 9.7		0.576
<b>Genero del adulto mayor</b>				
Femenino	16 (57.2)	15(46.8)	1.51(0.54-4.19)	0.427
<b>Comorbilidad (índice de Charlson) n(%)</b>				
$\geq 5$	15(53.6)	13(40.6)	1.68(0.6-4.69)	0.316
$< 5$	13(46.4)	19(59.4)		
<b>Dependencia (índice de Barthel) n(%)</b>				
Dependiente	25(89.3)	24(75)	2.7(0.65-11.7)	0.154
Independiente	3 (10.7)	8(25)		
<b>Escala de Folstein</b>				
Deterioro cognitivo	4(21.1)	1(4.3)	5.86(0.59-57.7)	0.096
Normal	15(78.9)	22(95.7)		
<b>Puntuación de Blessed</b>				
$> 4$	15(53.6)	13(40.6)	1.6(0.6-4.69)	0.316
$\leq 4$	13(46.4)	19(21.7)		
<b>Ansiedad en el anciano</b>				
Si	5(17.8)	11(34.3)	0.39(0.10-1.44)	0.153
<b>Depresión en el anciano</b>				
Si	16 (57.2)	14(43.7)	1.79(0.54-5.89)	0.332
<b>Parentesco n(%)</b>				
Esposo	8(28.5)	8(25)	1.2(0.38-3.77)	0.755
Hijo	17(60.7)	18(56.3)	1.2(0.42-3.37)	0.726

RM: Razón de Momios; IC: Intervalo de Confianza; \* prueba de t Student para variables continuas y  $\chi^2$  para variables categóricas; † con significancia estadística; DE: Desviación Estándar.

### *Ansiedad en cuidadores primarios de adultos mayores*

De los 27 cuidadores primarios con ansiedad se encontró que la edad media era de  $52.63 \pm 12.5$  años; predominio de mujeres, amas de casas, hijas del adulto mayor, el estado civil era de 40.7% casados; 33.3% estudiaron hasta secundaria y otra misma proporción no tenían ningún grado de estudios, 81.4% viven con el adulto mayor, llevaban cuidándolos  $54.03 \pm 12.5$  meses, por  $13.78 \pm 6.15$  horas al día; el 62.9% recibían ayuda en el cuidado del paciente, 92% no recibían recompensa económica; la presencia de sobrecarga eran un factor de riesgo, con significancia estadística, para la presencia de ansiedad en el cuidador primario. Otros factores de riesgo para depresión fue el ser ama de casa, el ser desempleado y estar jubilado, aunque no se obtuvo significancia estadística. **Tabla 5**

En cuanto a las características de los adultos mayores que más se relacionaban con ansiedad en sus cuidadores son: la edad media del viejo era de  $77.19 \pm 8.14$  años de edad, 33.3% de los adultos mayores tenían un índice de Charlson de 5, y 33.3% de los adultos mayores con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria, 44.4% tenían datos de deterioro cognitivo por escalas directas (Folstein) y la puntuación de Blessed era de  $7.22 \pm 4.47$  puntos; los principales factores de riesgo para ansiedad fueron que el adulto mayor fuera mujer, con un índice de comorbilidad de 5 o mayor, que fuera dependiente, con deterioro cognitivo con una puntuación de Blessed mayor de 4, deprimido y que fuera padre o madre del cuidador primario. En ninguno se alcanzó significancia estadística. **Tabla 6.**

**Tabla 5. Factores asociados a ansiedad del cuidador primario.**

	<b>Ansiedad</b>		<b>RM (IC 95%)</b>	<b>p*</b>
	<b>Si n=27</b>	<b>No n= 33</b>		
<b>Edad media ± DE</b>	52.63 ± 12.5	47.3 ± 2.7		0.159
<b>Genero</b>				
Femenino	23(85.1)	21(63.6)	3.28 (0.91-11.78)	0.60
<b>Estado Civil</b>				
Casado	11(40.7)	21(63.6)	0.39(0.13-1.11)	0.077
Soltero	6(22.2)	9(27.3)	0.76(0.23-2.49)	0.653
Unión libre	2(7.4)	1(3.03)	2.5(0.21-29.86)	0.439
Divorciado	4(14.8)	3(9)	1.73(0.35-8.54)	0.492
Viudo	4(14.8)	0(0)	2.43(1.77-3.33)	0.022
<b>Nivel de estudio</b>				
≤ 6 años.	9(33.3)	15(45.5)	0.6 (0.2-1.72)	0.340
> 6 años.	18(66.7)	18 (30)		
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	14(51.8)	15(45.4)	1.29(0.46-3.58)	0.622
Trabajador	6(22.2)	13(39.3)	0.44(0.14-1.38)	0.155
Desempleado	3(11.1)	2(6)	1.9(0.3-12.53)	0.481
Jubilado	4(14.8)	3(9)	1.73(0.35-8.54)	0.493
<b>Tiempo de cuidado en meses, media ± DE</b>	54.03 ± 12.5	26.36 ± 31.26		0.60
<b>Horas de cuidado al día media ± DE</b>	13.78 ± 6.15	13.27± 6.58		0.762
<b>Vive con el adulto mayor</b>				
Si	22(81.4)	27(81.8)	0.97(0.26-3.63)	0.973
<b>Ayuda en el cuidado n(%)</b>				
Si	17(62.9)	21(63.6)	0.97(0.33-2.79)	0.957
<b>Recibe recompensa económica n(%)</b>				
Si	2(7.4)	7(21.2)	0.29(0.56-1.57)	0.136
<b>Sobrecarga del cuidador</b>				
Con sobrecarga	9(33.3)	18(66.7)	7.75 (1.5-39.89)	0.007 <sup>†</sup>

RM: Razón de Momios; IC: Intervalo de Confianza; \* prueba de t Student para variables continuas y X<sup>2</sup> para variables categóricas; <sup>†</sup> con significancia estadística; DE: Desviación Estándar.

**Tabla 6. Características del adulto mayor asociados a la ansiedad del cuidador primario.**

	<b>Ansiedad</b>			p*
	<b>Si n=27</b>	<b>No n= 33</b>	<b>RM (IC 95%)</b>	
<b>Edad del adulto mayor media <math>\pm</math> DE</b>	77.19 $\pm$ 8.14	77.39 $\pm$ 9.8		0.932
<b>Genero del adulto mayor</b>				
Femenino	16(59.2)	15 (45.4)	1.74(6.24-4.88)	0.28
<b>Comorbilidad (índice de Charlson) n(%)</b>				
$\geq 5$	16(59.3)	12(36.4)	2.54(0.89-7.23)	0.07 <sup>†</sup>
< 5	11(40.7)	21(63.6)		
<b>Índice de Barthel) n(%)</b>				
Dependiente	24(88.9)	25(75.8)	2.56(0.60-10.8)	0.191
Independiente	3(11.1)	8(24.2)		
<b>Escala de Folstein</b>				
Deterioro cognitivo	2 (11.1)	3 (12.5)	0.87(0.13-5.87)	0.891
Normal	16(88.9)	21(87.5)		
<b>Puntuación de Blessed</b>				
> 4	15(53.6)	13(40.6)	1.6(0.6-4.69)	0.316
$\leq 4$	13(46.4)	19(21.7)		
<b>Deterioro cognitivo</b>				
Si	8(29.6)	4(12.1)	3.05 (.805-11.569)	0.92
<b>Ansiedad en el anciano</b>				
Si	6(22.2)	10(30.3)	0.60(1.68-0.42)	0.442
<b>Depresión en el anciano</b>				
Si	14(51.8)	16(48.4)	1.094 (0.338-3.53)	0.88
<b>Parentesco n(%)</b>				
Hijo	16(59.2)	19(57.5)	1.07(0.38-3.0)	0.895

RM: Razón de Momios; IC: Intervalo de Confianza; \* prueba de t Student para variables continuas y  $X^2$  para variables categóricas; <sup>†</sup> con significancia estadística; DE: Desviación Estándar.

Dentro de las características de los ancianos cuidados destaca los siguiente: la edad media fue  $77.3 \pm 9.3$  años; el 51.7% de los ancianos cuidados eran mujeres. Según el índice de Barthel el 33.3% (20) de los ancianos presenta un nivel de dependencia grave-total para las actividades básicas de la vida diaria; en cuanto al estado cognitivo por escalas indirectas (Blessed), la media fue de  $5.8 \pm 4.5$ . Las patologías más frecuentes encontradas fueron: hipertensión arterial sistémica 40 (66.73%), diabetes mellitus 22 (36.7%), enfermedad renal crónica 15 (25%), evento vascular cerebral 14 (23.3%). 36.7% de los pacientes tuvieron un índice de Charlson de 5.

## DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que el perfil psicoafectivo del cuidador primario de adultos mayores es de depresión y ansiedad en el 46.7% y 45% respectivamente, datos que son similares a los encontrados en estudios nacionales con cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales y en un estudio realizado en Cuba en cuidadores primarios de pacientes con demencia, donde encontraron depresión y ansiedad en aproximadamente la mitad de los cuidadores primarios.<sup>12,13</sup> Otros estudios han referido que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios se encuentran clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad dos o tres veces más que el resto de la población.<sup>14</sup> Lo anterior refleja que no es importante la enfermedad o condición clínica de los pacientes cuidados, ya que la prevalencia de depresión y ansiedad en los cuidadores primarios son prácticamente similares.

Dentro de los factores asociados para depresión en los cuidadores primarios encontramos los siguientes: ser mujer, ama de casa y cuidar por al menos 15 horas al día, con significancia estadística. Ya es reconocido que la prevalencia de depresión en la población general es mayor en mujeres y los datos epidemiológicos coinciden en señalar una razón de 2:1 en la prevalencia de depresión entre mujeres y hombres. En nuestro país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%; también es conocido que el estatus bajo y de aislamiento que puede acompañar al papel de la ama de casa puede tener una influencia muy importante en la depresión en la mujer<sup>15</sup>; a esto hay que añadir que la mayor parte del día la pasan cuidando al paciente, es decir, son cuidadoras de tiempo completo, como se encontró en el estudio de Alfaro y cols., en el 2008, en el que observaron que hasta el 67% de los cuidadores permanecía con su paciente por más de 12 horas al día.<sup>12</sup> También encontramos que a mayor dependencia funcional, deterioro cognitivo y comorbilidades en el adulto mayor cuidado, mayor riesgo de presentar depresión tiene el cuidador primario, como lo demuestran otros estudios.<sup>1,2</sup>

Prácticamente se encontraron los mismos factores de riesgo para la presencia de ansiedad en el cuidador primario, como son: ser cuidadora mujer, hija del adulto mayor cuidado y no ser trabajador. Ya que las amas de casas, jubilados y desempleados tenían mayor riesgo de presentar ansiedad, quizá el estar fuera de casa, desligándose un tiempo del cuidado y tener aporte económico reduzca la ansiedad en el cuidador; y al igual que en la presencia de depresión en el cuidador primario, las características del adulto mayor que tuvieron más riesgo para la presencia de ansiedad en su cuidador fueron: tener comorbilidades con índice de Charlson mayor de 5, con deterioro cognitivo y ser dependiente, como se ha demostrado en otros estudios.<sup>12,13</sup>

En 33.3% de nuestros cuidadores se identificó sobrecarga, de estos 7 tenían datos de colapso. De los cuidadores primarios con depresión, 25% presentaban datos de sobrecarga y de los que presentaban ansiedad 22.2% tenían sobrecarga y, en menor porcentaje, en ambos casos, colapso. Algunos autores comentan que los trastornos del estado de ánimo se han encontrado asociados a la actividad del cuidado en general y a una mayor percepción de sobrecarga.<sup>19</sup> En otro estudio se encontró de la misma manera una relación positiva entre una escala de sobrecarga y los resultados de una medición de depresión.<sup>20</sup> En nuestro estudio llama la atención que los cuidadores con ansiedad no registraron sobrecarga de cuidador, tal vez porque los cuidadores no hayan sido honestos al contestar las encuestas sobre todo la escala de Zarit.

Como en muchos otros artículos, el perfil psicoafectivo encontrado en nuestros cuidadores primarios es similar: mujeres de edad media, casadas, hijas del adulto mayor cuidado, con nivel de escolaridad de primaria completa y secundaria, la mayoría de las mujeres se dedica al trabajo doméstico, no remuneradas por cuidar y conviven con el anciano dependiente.<sup>1,2,12,13,15.</sup>

Como ya se comentó anteriormente, la responsabilidad recae mayoritariamente en la mujer que en el hombre, lo cual es consistente con los reportes de la literatura internacional y nacional.<sup>1,2</sup> esto debido probablemente a que la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad favorecen la concepción de que la mujer está mejor

preparada para el cuidado, sin visualizar problemática alguna en desempeñar este rol que pareciera natural para ellas; no obstante, los hombres parecen participar cada vez más como cuidadores, ya que en nuestro estudio representó el 26.7% de los cuidadores.

Por otra parte, fueron los hijos de los adultos mayores los que predominaron como cuidadores, quienes asumen como una obligación establecida y socialmente esperada el cuidado del padre o la madre. Para Brandt, parece claro que, al igual que «se da por hecho, universalmente, que los padres eduquen a los hijos, por su parte, se espera que el hijo sea obediente y que cuide de sus padres en la ancianidad».<sup>22</sup>

La edad media de nuestros cuidadores primarios es de 49 años; estos resultados apuntan hacia la necesidad de velar por la salud de estos cuidadores que se encuentran en una edad que se caracteriza por la aparición de enfermedades crónicas, las cuales están asociadas al estrés y en este caso la carga que genera el cuidado y la vulnerabilidad que presentan pudiera llevarlos a padecer afecciones físicas y psicológicas.

Otra característica de los cuidadores informales, es que son personas casadas. Esto pudiera deberse a que ya tienen edad suficiente para haber formado su propia familia, además de encargarse del cuidado del esposo, de los hijos y de las diferentes labores de la casa. Tal situación multiplica sus responsabilidades y pudiera llevar a una mayor carga.

El nivel de educación de nuestros cuidadores primario fue de primaria y secundaria, datos que concuerdan con estudios internacionales donde se encuentra que el 56 % tiene nivel primario y sólo el 16 % había terminado estudios universitarios.<sup>24</sup> Otro estudio también revela que el 80 % de los cuidadores tiene nivel primario de educación. Esto podría traer desventajas para la salud de los cuidadores, debido a que tienen menos recursos cognitivos para enfrentar el cuidado y menor acceso a la información necesaria para asumir esta labor.

Con respecto al tiempo de cuidado, variable que se ha medido en diferentes estudios y se ha visto su influencia en el grado de aceptación y adaptación a la enfermedad de la persona cuidada<sup>21</sup>, según algunos estudios existen dos etapas: menos de un año o más de 11 años

como cuidadores, <sup>17,18</sup> como los puntos en los que los cuidadores indican mayor grado de estrés y sobrecarga; en un caso por el ajuste a la nueva actividad y en el otro por “síndrome del cuidador”, en donde el cuidador se encuentra sobrecargado debido al tiempo y cantidad de recursos, tanto personales como económicos invertidos.<sup>1</sup> Nuestros cuidadores en su mayoría llevaban 3 años en esta labor.

Más del 60% de los cuidadores reconocía recibir ayuda en el cuidado de otros familiares. Sólo el 15% de nuestras cuidadoras recibían recompensa económica, mismo dato encontrado en el estudio de cuidadores de adultos mayores dependientes. Meleis señala que la falta de apoyo social aumenta la vulnerabilidad del cuidador.<sup>23</sup> Por esta razón, es esencial el apoyo que reciben de la familia y los amigos, así como establecer relaciones con otros cuidadores que les permitan informarse sobre el cuidado de sí mismos y sobre la enfermedad de sus pacientes, desarrollar habilidades para controlar sus emociones, ser asertivos, etc.

Ya que el presente trabajo sólo se limita a un estudio descriptivo y por lo resultados encontrados, creemos que el cuidador debe ser, por sí mismo, sujeto de nuestra atención. Además de reconocer su papel como informador y proveedor de tratamientos y cuidados, es necesario abordarlos en forma prospectiva y multidisciplinaria y planificar estrategias de prevención e intervención integral, quizá incorporando programas de intervención psicológica a los cuidadores, para identificar y manejar de una manera adecuada estos sentimientos, que interfieren en el cuidado y dañan la calidad de vida, tanto del cuidador como del receptor de cuidados.

## CONCLUSIONES

Dentro del perfil psicoafectivo del cuidador primario de adultos mayores se encontró una alta frecuencia de ansiedad y depresión, principalmente en mujeres, hijas del adulto mayor cuidado, que conviven con el adulto mayor el cual tiene comorbilidades, dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria o deterioro cognitivo. Por lo anterior, sería conveniente identificar a los cuidadores de alto riesgo para estos trastornos afectivos y llevar a cabo intervenciones que puedan prevenir o limitar el deterioro de su salud mental y por consiguiente mejorar la calidad de la atención del adulto mayor.

## **PERSPECTIVAS**

En la atención a las personas adultos mayores, especialmente pacientes con comorbilidades, dependencia funcional y/o deterioro cognitivo, se requiere la intervención de diversos profesionistas: médicos de familia, geriatras, neurólogos, psiquiatras, internistas, enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc. Todos deben procurar una asistencia integral que aborde en conjunto el tándem paciente-cuidador y que a la hora de planificar los cuidados tenga en cuenta la importancia del cuidador primario.

Tomando en cuenta que el cuidador principal tiene dificultad para desplazarse y dejar al paciente, podrían realizarse intervenciones psicológicas domiciliarias a aquellos cuidadores que se encuentren en un alto riesgo; siendo adecuadas para modificación de pensamientos disfuncionales, desarrollo de actividades y habilidades dirigidas a solución de problemas y técnicas para el manejo del estrés, ya que se ha visto que las intervenciones psicológicas breves resultan ser eficaces para disminuir la sintomatología afectiva del cuidador. De ser posible formar grupos de ayuda mutua, conformados con personas que comparten un problema o situación conflictiva, como los cuidadores con sobrecarga; permitiendo al cuidador descargar tensiones, fomentar lazos de comunicación y aprender estrategias de desviación y alivio que pueda utilizar en la vida cotidiana.

Es de suma importancia y urgente que se lleven a cabo estudios de investigación, sobre intervenciones de apoyo al cuidador principal de paciente dependiente, apegadas a metodología, para poder llevarlas a la práctica en el paciente invisible, el cuidador principal.

## BIBLIOGRAFIA

1. Camós L, Casas C, y Rovira M. Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. *Enfermería clínica* 2005;15(5):251-256.
2. Islas N, Ramos B, Aguilar M, García M. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Segunda Época* 2006;19 (4): 266-271.
3. Rodríguez M, Abreu A, Barquero B y León L. Cuidadores de ancianos Cuidar y ser cuidados. *Nursing* 2006;24( 1):58-66.
4. García M, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 2):83-92.
5. Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R y Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria* 2004;33(2):61-8
6. Garrido B. Cuidando al cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(4):189-191.
7. *García A, Capote F, Gil JL.* Ansiedad y depresión en cuidadores informales y pacientes con neoplasias Linfoides. *Med Clin (Barc)* 2003;121(19):757-9.
8. Roca R, Úbeda B, Fuentelsaz G, López R, Pont A, García L, et al. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Aten Primaria* 2000; 26: 217-23.
9. Mateo I, Millán A, García M, Gutiérrez P, Gonzalo E, López L. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Aten Primaria* 2000;26:139-44.
10. Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving. Differential experiences by gender. *Med Care* 2002;40:1249-59.

11. Méndez-Ramírez I, Namihira-Guerrero D, Moreno-Altamirano L, Sosa de Martínez C. El protocolo de investigación: lineamientos para su elaboración y análisis. México, Trillas. 2ª ed. 1990 pp:71-84.
12. Alfaro O, Morales T, Vázquez F, Sánchez S, Ramos B, Guevara U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (5): 485-4944.
13. Espín A. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública* 2008; 34:3-8
14. Deví J, Almazán I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Gerontol* 2002;12(1):31-37.
15. Belló M, Puentes E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005;47 supl 1:S4-S11.
16. Seguí J, Ortiz M y De Diego Y. Factores asociados al estrés del cuidador pirmario en niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología* 2008;24:100-105.
17. McClendon MJ, Smyth KA, Neundorfer MM. Survival of persons with Alzheimer's disease: caregiver coping matters. *Gerontologist* 2004;44:508-519.
18. Hudson PL, Aranda S, Kristjanson LJ. Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *J Palliat Med* 2004;7:19-24.
19. Deví J, Almazán I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev Gerontol* 2002;12(1):31-37.
20. Jerrom B, Main I, Rukanyake NG. Stress on relative caregivers of dementia sufferers and predictors of the breakdown of community care. *Intern J Geriatric Psychiatry* 1993;8:331-337.

21. Bengozar Torres MC, Serra Desfilis E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de ancianos con demencia. Rev Esp Geriat Gerontol. 1997;32(5): 257-69.
22. Brandt RB. Teoría ética. Madrid: Alianza, 1982; p. 335-6.
23. Meleis AI. Experiencing transitions and progress. 3rd ed. Philadelphia. Lippincott; 1997. P.27.
24. Carod-Artal FJ, Egido- Navarro JA, González- Gutiérrez JL, Varela de Seijas E. Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores de supervivientes de un ictus. Rev Neurol. 1999;28 (12): 1130-8.

## XII. Anexos

### Anexo A. Hoja de consentimiento informado

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
Hospital General de Zona No. 27  
"Dr. Alfredo Badallo García"  
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud  
Módulo Geriatría

#### **CARTA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO:**

México D F a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado **"PERFIL PSICOAFECTIVO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE ADULTOS MAYORES"**

Registrado ante el comité de Investigación en salud No. \_\_\_\_\_.

El objetivo del estudio es identificar en las personas que cuidan a los adultos mayores cuantos tiene datos de depresión o problema de ansiedad.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contesta unas preguntas que se relacionan con que haya datos de depresión o ansiedad, por medio de cuestionarios como el de Hamilton, o el de Goldberg, además de que contestaré preguntas relacionadas con datos de cansancio por cuidar de mi paciente adulto mayor.

Se me ha informado que la información ofrecida se mantendrá bajo estricta confidencialidad y que no se utilizará mi nombre o cualquier otra información que pueda identificarme y que los datos obtenidos serán únicamente para investigación. Se me ha explicado que el beneficio de esta investigación es para poder organizar apoyo a los cuidadores de los adultos mayores y con ello evitar deterioro en la salud y conservar el entusiasmo por los cuidados.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del encuestado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Investigador responsable.  
Número telefónico.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

## Anexo B. Escala de Hamilton para la depresión

### ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
AFILIACION: \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_

#### 1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

- 0 Ausente  
1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente  
2 Estas sensaciones las relata espontáneamente  
3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)  
4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

#### 2. Sentimiento de culpa:

- 0 Ausente  
1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente  
2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones  
3 Siente que la enfermedad actual es un castigo  
4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

#### 3. Suicidio:

- 0 Ausente  
1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida  
2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir  
3 Ideas de suicidio o amenazas  
4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

#### 4. Insomnio precoz:

- 0 No tiene dificultad  
1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño  
2 Dificultad para dormir cada noche.

#### 5. Insomnio intermedio:

- 0 No hay dificultad  
1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

- 2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

#### 6. Insomnio tardío:

- 0 No hay dificultad  
1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir  
2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

#### 7. Trabajo y actividades:

- 0 No hay dificultad  
1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)  
2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)  
3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad  
4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

#### 8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 Palabra y pensamiento normales  
1 Ligero retraso en el habla  
2 Evidente retraso en el habla  
3 Dificultad para expresarse  
4 Incapacidad para expresarse

#### 9. Agitación psicomotora:

- 0 Ninguna  
1 Juega con sus dedos  
2 Juega con sus manos, cabello, etc.  
3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado  
4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

**10. Ansiedad psíquica:**

- 0 No hay dificultad
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 Preocupación por pequeñas cosas
- 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 Expresa sus temores sin que le pregunten

**11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como:**

Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 Ausente
- 1 Ligera
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

**12. Síntomas somáticos gastrointestinales:**

- 0 Ninguno
- 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

**13. Síntomas somáticos generales:**

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

**14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):**

- 0 Ausente
- 1 Débil
- 2 Grave

**15. Hipocondría:**

- 0 Ausente
- 1 Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 Preocupado por su salud
- 3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda

**16. Pérdida de peso:**

- 0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
- 1 Pérdida de más de 500 g en una semana
- 2 Pérdida de más de 1 kg en una semana

**17. Perspicacia:**

- 0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, Clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 No se da cuenta que está enfermo

TOTAL PUNTUACIÓN: \_\_\_\_\_

## Anexo C. Escala de Hamilton para ansiedad

### ESCALA DE HAMILTON PARA ASIEDAD

NOMBRE: \_\_\_\_\_ AFILIACION: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios:

0 Ausente, 1 Intensidad ligera, 2 Intensidad media, 3 Intensidad elevada, 4 Intensidad máxima.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. TENSIÓN: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada					
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos)					
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. CONDUCTA EN EL TRANSCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo					
Puntuación total:					

**Anexo D.** Escala de depresión geriátrica GDS

**ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (YESAVAGE – BRINK) Versión corta**

1	¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	<b>SI</b>	NO
3	¿Siente su vida vacía?	<b>SI</b>	NO
4	¿Se encuentra aburrida / o a menudo?	<b>SI</b>	NO
5	¿Tiene buen ánimo a menudo?	SI	<b>NO</b>
6	¿Teme que le pase algo malo?	<b>SI</b>	NO
7	¿Se siente feliz muchas veces?	SI	<b>NO</b>
8	¿Se siente abandonada / o a menudo?	<b>SI</b>	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	<b>SI</b>	NO
10	¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?	<b>SI</b>	NO
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	<b>NO</b>
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	<b>SI</b>	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	<b>NO</b>
14	¿Siente que su situación es desesperada?	<b>SI</b>	NO
15	¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	<b>SI</b>	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

Sumar un punto por cada respuesta marcada en ***negrilla-cursiva***

**NORMAL** 0 – 5 **DEPRESIÓN LEVE** 6 – 9 **DEPRESIÓN ESTABLECIDA** 10 o más

**Anexo E.** Escala de ansiedad de Goldberg

**ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG**

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: > 4

## Anexo F. Índice de Barthel

### ÍNDICE DE BARTHEL

<b>Comer:</b>					
• Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Comer en un tiempo razonable .....					10
• Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, .....					5
• Dependiente.....					0
<b>Empleo de ducha o baño:</b>					
• Independiente. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño puede hacerlo sin estar otra persona presente .....					5
• Dependiente.....					0
<b>Vestirse:</b>					
• Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos que precise sin ayuda .....					10
• Necesita ayuda, pero realiza la mitad de la tarea en un tiempo razonable .....					5
• Dependiente .....					0
<b>Aseo personal:</b>					
• Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, limpiarse los dientes .....					5
• Dependiente.....					0
<b>Control anal (valorar la semana previa):</b>					
• Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo autoadministra .....					10
• Ocasional. Un episodio de continencia. Necesita ayuda para administrarse enema o supo. ....					5
• Incontinente.....					0
<b>Control vesical (valorar la semana previa):</b>					
• Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de cuidarlo .....					10
• Ocasional. Máximo un episodio de incontinencia 24 horas. Necesita ayuda, cuidado de sonda o colector .....					5
• Incontinente.....					0
<b>Uso de retrete:</b>					
• Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar. Si va al retrete se quita y pone la ropa, se sienta y se levanta sin ayuda, se limpia y tira de la cadena .....					10
• Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa, pero se limpia solo .....					5
• Dependiente.....					0
<b>Trasladarse: (sillón / cama):</b>					
• Independiente .....					15
• Mínima ayuda física o supervisión verbal .....					10
• Gran ayuda (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda .....					5
• Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado .....					0
<b>Desplazamientos:</b>					
• Independiente. Camina solo 50m. Puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela .....					15
• Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 m .....					10
• Independiente sin silla de ruedas sin ayuda ni supervisión .....					5
• Dependiente .....					0
<b>Subir escaleras:</b>					
• Independiente. Puede subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona .....					10
• Necesita ayuda física o supervisión de otra .....					5
• Dependiente.....					0
<b>Independiente 86 – 100</b>	<b>Dependiente:</b>	<b>Leve</b>	<b>60 – 85</b>	<b>Grave</b>	<b>20 - 35</b>
		<b>Moderado</b>	<b>40 – 55</b>	<b>Total</b>	<b>0 - 19</b>

## Anexo G. Escala de minimental de Folstein

### Mini-Mental State Examination (Folstein)

#### Orientación

1. ¿Qué año es?  
¿En qué estación estamos?  
¿En qué mes estamos?  
¿Qué día del mes es?  
¿Qué día de la semana es? (5 puntos)

2. ¿En qué país estamos?  
¿En qué región?  
¿En qué ciudad estamos?  
¿Cómo se llama este hospital?  
¿En qué planta nos encontramos? (5 puntos)

#### Memoria inmediata

3. Repetir 3 nombres (árbol, puente, farol), presentarlos hasta que los aprenda y anotar el número de ensayos (3 puntos)

#### Atención y Cálculo

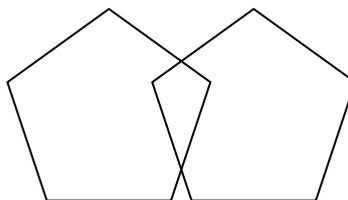
4. Restar 7 partiendo de 100, 5 veces consecutivas  
Alternativa: deletrear "mundo" de atrás adelante (5 puntos)

#### Recuerdo diferido

5. Repetir los 3 nombres aprendidos antes (3 puntos)

#### Lenguaje y construcción

6. Nombrar un lápiz y un reloj mostrados (2 puntos)
7. Repetir la frase: "Ni síes, ni noes ni peros" (1 punto)
8. Realizar correctamente las tres órdenes siguientes:  
"coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (3 puntos)
9. Leer y ejecutar la frase " cierre los ojos" (1 punto)
10. Escribir una frase con sujeto y predicado (1 punto)
11. Copiar el siguiente dibujo (1 punto)



## Anexo H. Índice de comorbilidad de Charlson y colegas

### ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON Y COLEGAS

<b>Peso asignado a cada enfermedad</b>	<b>Condiciones</b>
1	Infarto de miocardio Insuficiencia cardiaca Enfermedad vascular periférica Enfermedad cerebrovascular Demencia Enfermedad pulmonar crónica Úlcera péptica Enfermedad hepática leve Diabetes
2	Hemiplejía Enfermedad renal moderada a severa Diabetes con daño a órganos blanco Cualquier tumor Leucemia Linfoma
3	Enfermedad hepática moderada a severa
6	Metástasis de tumor sólido SIDA
<b>Peso asignado a la edad</b>	<b>Década</b>
1	50-59 años
2	60-69 años
3	70-79 años

La calificación total se obtiene al sumar los puntos de cada enfermedad existente en el paciente considerando su edad. Ejemplo: paciente de 60 años (2), con enfermedad pulmonar crónica (1) y diabetes con daño a órganos blanco (2) = 5.

## Anexo I. Escala de Zarit

### Escala de Zarit

**Nunca: 0, Casi nunca: 1, A veces: 2, Bastantes veces: 3, Casi siempre: 4**

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

## Anexo J. Escala de demencia de Blessed

### Escala de demencia de Blessed

<b>CAMBIOS EN LOS HÁBITOS (Puntúe entre 0-3)</b>			
<b>Hábito del comer</b>			
Come limpiamente, con los cubiertos adecuados	0		
Desaliñadamente, sólo con la cuchara	1		
Sólidos simples, galletas, etc.	2		
Ha de ser alimentado	3		
<b>Hábito del vestir</b>			
Se viste sin ayuda	0		
Fallos ocasionales, en el abotonamiento, etc.	1		
Errores y olvidos frecuentes en la secuencia del vestir	2		
Incapaz de vestirse solo	3		
<b>Control de esfínteres</b>			
Normal	0		
Incontinencia urinaria ocasional	1		
Incontinencia urinaria frecuente	2		
Doble incontinencia ( urinaria y fecal )	3		
<b>CAMBIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS</b>	<b>SÍ Total</b>	<b>SÍ Parcial</b>	<b>NO</b>
Incapacidad para realizar las tareas domésticas	1	0,5	0
Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0,5	0
Incapacidad para recordar listas cortas de elementos	1	0,5	0
Incapacidad para orientarse en casa	1	0,5	0
Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0,5	0
Incapacidad para valorar el entorno	1	0,5	0
Incapacidad para recordar hechos recientes	1	0,5	0
Tendencia a recordar cosas del pasado	1	0,5	0
<b>CAMBIOS DE PERSONALIDAD Y CONDUCTA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	
Retraimiento creciente	1	0	
• Egocentrismo aumentado	1	0	
Pérdida de interés por los sentimientos de los demás	1	0	
Afectividad embotada	1	0	
Perturbación del control emocional, como aumento de la susceptibilidad e irritabilidad	1	0	
Hilaridad inapropiada	1	0	
• Respuesta emocional disminuida	1	0	
Indiscreciones sexuales de aparición reciente	1	0	
• Falta de interés por las aficiones habituales	1	0	
Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0	
• Hiperactividad no justificada	1	0	

**Anexo K.** Hoja de recolección de datos

**“Perfil psicoafectivo en cuidadores primarios de adultos mayores”**

**HOJA DE REGISTRO**

Fecha: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Género: 1. F: \_\_\_ 2. M: \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Afiliación: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Índice de comorbilidad de Charlson \_\_\_\_\_

Barthel: \_\_\_\_\_ Escala de Minimental: \_\_\_\_\_ Escala de Blessed: \_\_\_\_\_

Puntuación de GDS: \_\_\_\_\_ Goldberg: \_\_\_\_\_

.....  
.....

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

Género: 1. Femenino \_\_\_\_\_ 2. Masculino \_\_\_\_\_

Estado civil: 1.casado: \_\_\_\_\_ 2. soltero: \_\_\_\_\_ 3.unión libre: \_\_\_\_\_ 4.Divorciado: \_\_\_\_\_  
5.Viudo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: 1.sin estudios: \_\_\_\_\_ 2.primaria inconclusa: \_\_\_\_\_ 3.primaria concluida: \_\_\_\_\_  
4.secundaria: \_\_\_\_\_ 5.carrera técnica: \_\_\_\_\_ 6. licenciatura: \_\_\_\_\_

Vive con el paciente: 1. Si \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_ cuantas horas lo cuida al día: \_\_\_\_\_

Tiempo que lleva cuidando al paciente: \_\_\_\_\_ Recibe recompensa económica por  
cuidar al paciente: 1.Si: \_\_\_\_\_ 2.No: \_\_\_\_\_

Respiro del cuidador: 1.Si \_\_\_\_\_ 2.No \_\_\_\_\_, cada cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ cuanto  
tiempo: \_\_\_\_\_

Parentesco con el pacientes: 1.Esposo/a: \_\_\_\_\_ 2.Hijo/a: \_\_\_\_\_ 3.Sobrino: \_\_\_\_\_

4.Amigo/a: \_\_\_\_\_ 5.Vecino/a: \_\_\_\_\_ 6. Nuera /yerno: \_\_\_\_\_ 7. Otro: \_\_\_\_\_

Puntuación de Hamilton Depresión: \_\_\_\_\_ Puntuación de Hamilton  
Ansiedad: \_\_\_\_\_

Puntuación de GDS: \_\_\_\_\_ Goldberg: \_\_\_\_\_ Zarit: \_\_\_\_\_