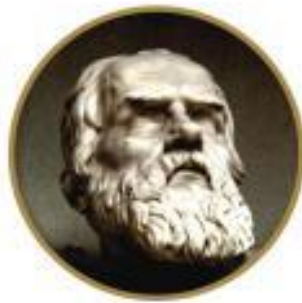


UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

**“Prevalencia de secuelas biopsicosociales en 50 cuidadores primarios
informales de pacientes adultos mayores en la ciudad de Guatemala”**



Galileo
UNIVERSIDAD
La Revolución en la Educación

PROYECTO DE INVESTIGACION
PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POR
DR. ARNOLDO TOSCAN TORRES

PREVIO A CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE
GERIATRA Y GERONTOLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE
MÁSTER

GUATEMALA DE LA ASUNCION, OCTUBRE DE 2,016

INDICE

1. Justificación de la investigación	2
2. Planteamiento del problema	4
2.1 Definición del problema	4
2.2 Especificación del problema	5
2.3 Delimitación del problema	5
2.3.1 Unidad de análisis	5
2.3.2 Tamaño de la muestra	6
2.3.3 Ámbito geográfico	6
3. Marco teórico	6
3.1 Situación mundial del adulto mayor	6
3.2 Situación a nivel nacional	7
3.3 Marco Demográfico	8
3.4 Marco legal	11
3.5 Síndromes geriátricos	13
3.6 Conceptos de síndrome geriátrico	14
3.7 Cuidador	15
3.7.1 Clasificación del Cuidador	16
3.7.2 Cuidador informal primario:	16
3.7.3 Teoría de la entidad del cuidador primario	17
3.7.4 Cuidador formal:	18
3.7.5 Cuidador Terciario:	19
3.7.6 Perfil del cuidador	19
3.8 Síndrome de carga	20
3.8.1 Síndrome del cuidador quemado (Síndrome Burnout).	21
3.8.2 Secuelas del síndrome del cuidador	23
3.9 Maltrato en el adulto mayor	25
3.9.1 Definición de maltrato	25
3.9.2 Factores predisponentes de maltrato hacia el adulto mayor:	27
3.9.3 Acciones para prevenir el maltrato:	28
3.10.1 Síntomas físicos	29
3.10.2 Síntomas psicológicos	29
3.10.3 Síntomas cognitivos	29
3.10.4 Síntomas emocionales	29

3.10.5 Síntomas sociales	30
3.10.6 Síntomas familiares	30
3.10.7 Síntomas Laborales	30
3.11 IX Escala de ZARIT (Síndrome del Cuidador)	30
3. 12 Escala de ansiedad y depresión de GOLDBERG (E.A.D.G.)	31
3.12 Índice de BARTHEL (Evaluación ABVD):	32
4. Hipótesis	34
5. Objetivos de la investigación	34
5.1 Objetivo general	34
5.2 Objetivos específicos	34
6. Bosquejo preliminar de temas y subtemas	34
7. Métodos, técnicas e instrumentos	36
7.1 Métodos	36
7.2 Técnicas	36
7.3 Instrumentos	37
7.3.1 Ficha clínica	37
7.3.2 Escala de Zarit	40
7.3.3 Escala de Goldberg	41
7.3.4 Escala de Barthel	43
8. Cronograma de actividades	43
9. Recursos	44
9.1 Recursos humanos	44
9.2 Recursos materiales	44
9.3 Recursos financieros	45
10. Bibliografía	46

INTRODUCCION

Actualmente los cuidados en casa de pacientes Adultos Mayores son llevados a cabo en su gran mayoría por personas familiares directos (cónyuges, hijas/os, nueras, entre otros), y muchas veces sin ni siquiera tener algún entrenamiento o cursos acerca del cuidado de adultos mayores discapacitados o con dependencias, ni las competencias y habilidades para asumir con éstas funciones.

Esta situación trae como consecuencia aspectos negativos en la atención del Adulto Mayor con enfermedades crónicas y que requieren atención especial en todas sus necesidades, tanto en el aspecto físico, emocional y social, pero también repercuten en la salud física, psicológica y social de quienes asumen semejante responsabilidad, o sea, los cuidadores primarios informales.

Lo anterior se demuestra en la sobrecarga de trabajo expresado por estas personas tanto en las molestias subjetivas que relaciona muchas veces la conducta del paciente Adulto Mayor, la carencia de competencias y habilidades en la rama de la medicina de Geronto Geriatria y los propios problemas biopsicosociales que habitualmente se presentan en los encargados del cuidado del Adulto Mayor con algún nivel de discapacidad.

Se debe priorizar el bienestar integral del Adulto Mayor, pero esto se logrará en la medida que sus cuidadores posean las herramientas académicas, vocación, competencias, habilidades y una actitud positiva para el buen desenvolvimiento de sus funciones en tan delicada tarea.

En el presente estudio "Prevalencia de secuelas biopsicosociales en el Cuidador primario informal del paciente Adulto mayor en la Ciudad de Guatemala, Departamento de Guatemala", se pretende establecer si hay relación proporcional entre la presencia del Síndrome del Cuidador y la calidad de atención recibida por parte de los Adultos Mayores a su cargo. Así mismo se pretende definir la relación entre la sobrecarga del cuidador y sus efectos en su salud física, emocional. la

alteración en su dinámica social, y la repercusión en el trato hacia el Adulto Mayor a su cargo.

Plan de investigación

Prevalencia de secuelas biopsicosociales en 50 cuidadores primarios informales de pacientes adultos mayores en la ciudad de Guatemala

1. Justificación de la investigación

La situación en general del adulto mayor en Guatemala es difícil, pues el 40% de ellos viven en condiciones de pobreza según la P.D.H. (Procuraduría de los Derechos Humanos) esta población que sobrepasa los 60 años y según el I.N.E (Instituto Nacional de Estadística) se estimó en 739,518. Lo que representa el 1.20% de la población guatemalteca. El 49.6% corresponden al género masculino y el 50.4% corresponden al género femenino, según EMEFAM (1999).

Esta población se encuentra en condiciones de desigualdad, pobreza, exclusión, violencia y discriminación. La exclusión laboral y a ausencia de programas estatales de asistencia al adulto mayor son las principales razones de su pobreza.

Es fácil dimensionar la situación de riesgo socio-familiar del adulto mayor, al revisar las estadísticas de P.D.H. en las cuales refieren que 37 de cada 100 denuncias recibidas en esa institución relativas a ese sector en estudio, se refieren a Maltrato, Violencia Intrafamiliar, Violencia Física, Psicológica y Amenazas.

Durante los primeros meses del 2009 fueron asesinados 181 adultos mayores, lo que representa un incremento del 16% en relación al mismo periodo del 2008.

La esperanza de vida en Guatemala ha aumentado, la cual según estudios del 2015 está en 73.3 años, y se cree incluso que para el 2030 llegara a 76.3 años. Lo que evidencia que en Guatemala a pesar de ser un país en vías de desarrollo su población va a la tendencia del envejecimiento, con todas las consecuencias negativas que este fenómeno trae. Paradójicamente con esta situación, está el

incremento de la fragilidad y dependencia, asociados al envejecimiento y las consecuentes enfermedades crónicas.

Al hablar del adulto mayor, la situación todavía se torna más difícil pues el cuidado de un adulto mayor enfermo o discapacitado, es siempre una dura carga para cualquier persona que se vea sometido a dicha tarea y es frecuente que en algún momento el “cuidador” se sienta incapaz de afrontarlo, ya que compromete su salud física, psicológica y socio-familiar.

Para algunos autores, el “Cuidador Primario Informal” es un paciente oculto que precisa de un diagnóstico temprano de su enfermedad y una intervención inmediata antes que el deterioro sea difícilmente reversible.

Esta enfermedad se caracteriza por la existencia de un síndrome pluri sintomático (síndrome del cuidador), que afecta todas las esferas de la persona con repercusiones médicas, emocionales, sociales y otras que puedan llevar al cuidador a tal grado de frustración que tenga repercusión directa sobre el cuidado integral del adulto mayor a su cargo.

En la mayoría de veces el cuidador primario informal, no tiene ninguna formación en cuidados de salud, psicología, pedagogía y cumplen con este papel sin someterse a normas, ni procedimientos de capacitación, vocación u orientación, pasan gran parte del día con las personas que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella. Este cuidador informal tiene un elevado compromiso hacia esa tarea, pero sin las competencias o habilidades requeridas para tal función.

En consecuencia, la ayuda que han de suministrar los cuidadores por las propias características de la dependencia es en general constante e intensa. En muchas ocasiones sobrepasa la propia capacidad física y mental de cuidador, conformando un evento estresante crónico que genera sobrecarga física,

emocional, socio familiar que suele afectar al cuidador, pero también repercute en el cuidado y trato del adulto mayor a su cuidado.

En ese sentido se hace necesario realizar la presente investigación, para determinar las secuelas biopsicosociales en el cuidador primario informal y sus repercusiones en su condición física, mental, familiar y social que redunde en la calidad de vida del adulto mayor.

2. Planteamiento del problema

2.1 Definición del problema

Un aspecto importante a tomar en cuenta para el buen cuidado integral del adulto mayor es la preparación académica profesional, habilidades, competencias y una actitud positiva de parte del cuidador primario informal. El problema a estudiar radica en que un buen porcentaje de estos cuidadores que desempeñan esta función, no tienen estudios académicos formales o cursos de capacitación y muchas veces ni la experiencia sobre el cuidado integral del adulto mayor.

Actualmente los cuidados de pacientes del adulto mayor son llevados a cabo en su gran mayoría por los familiares directos (cónyuges, hijas, nueras entre otros y muchas veces sin ni siquiera con una experiencia primaria de cuidados especializados en pacientes geriátricos discapacitados), menos con una preparación académica especializada en Geronto Geriatria, ni las competencias y habilidades para asumir con estas funciones.

Esta situación trae como consecuencia aspectos negativos en la atención del adulto mayor con enfermedades crónicas degenerativas y discapacitantes, en todas sus necesidades, en los aspectos físicos, emocionales y sociales de quien asume esa gran responsabilidad ósea, los cuidadores primarios informales.

Lo anterior se demuestra en la sobre carga de trabajo expresando por estas personas tanto las molestias subjetivas que relaciona muchas veces la conducta

del paciente adulto mayor, la carencia de competencias y habilidades en la rama de la medicina de Geronto Geriatria y los propios problemas biopsicosociales que habitualmente se presentan en los encargados del cuidado del adulto mayor.

Se debe priorizar el bienestar integral del adulto mayor, pero esto se dará en la medida que sus cuidadores primarios informales posean las herramientas académicas, vocación, competencias, habilidades y una actitud positiva para el buen desenvolvimiento de sus funciones en tan delicada tarea.

En el presente estudio “Prevalencia de secuelas biopsicosociales en 50 cuidadores primarios informales de paciente adulto mayor, en el departamento de Guatemala”, se pretende establecer si hay relación proporcional entre la presencia del síndrome del cuidador y calidad de atención recibida por parte del adulto mayor a su cargo. Así mismo se pretende definir la relación entre la sobrecarga del cuidador y sus efectos en su salud física, emocional, la alteración en su dinámica social y la repercusión en el trato con el adulto mayor a su cargo.

2.2 Especificación del problema

- ¿Cuáles son las secuelas biopsicosociales más frecuentes en los cuidadores primarios informales en los sujetos de investigación?
- ¿Cómo afecta el estado de salud en general a los cuidadores primarios informales?
- ¿Cuál será la modificación en el patrón de pensamiento y conducta del cuidador primario?

2.3 Delimitación del problema

2.3.1 Unidad de análisis

El presente estudio utilizara como unidad de análisis cuidadores primarios informales.

Criterios de inclusión

- Género masculino o femenino

- Estar al cuidado del paciente discapacitado mayor de 8 horas
- No recibir ningún salario o remuneración alguna
- No haber recibido entrenamiento o capacitación alguna sobre cuidados del adulto mayor
- Llevar más de seis meses al cuidado del adulto mayor

Criterios de exclusión

- Tener menos de seis meses al cuidado del adulto mayor
- Invertir menos de seis horas diarias al cuidado del adulto mayor

2.3.2 Tamaño de la muestra

La presente investigación se realizará con un total de 50 cuidadores primarios informales.

2.3.3 Ámbito geográfico

El presente estudio tomara como sujetos de estudio a cuidadores primarios informales que residan en los municipios del departamento de Guatemala.

3. Marco teórico

3.1 Situación mundial del adulto mayor

Datos y Cifras

La población Mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2,000 y 2,050 la proporción de los habitantes del planeta, Mayores de 60 años se duplicará. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2,000 millones en el transcurso del medio siglo.

- Entre 2,015 y 2,050 el porcentaje de los Mayores de 60 años, casi se duplicará, pasando del 12% a 22%.
- Para el 2,020 el número de personas mayores de 60 años o más será superior al de niños menores de 5 años.

- En el 2,050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.
- Se vive más tiempo en todo el mundo. Para 2,050, se espera que la población mundial de éste grupo etario llegue a los 2,000 millones un aumento de 900 millones con respecto a 2,015

Hoy en día hay 123 millones de personas con 80 años o más, para el 2,050 se espera que haya 434 millones o más en todo el mundo, y un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

Si bien existe la tendencia a que en estos años las personas vivan más, “Envejecimiento Poblacional”, pero si esos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas (OMS, nota descriptiva, No. 404, sept. de 2,015).

3.2 Situación a nivel nacional

Población Total Guatemalteca 14,636,487

Hombres: 7,163,013

Mujeres: 7,473,474

3.3 Marco Demográfico

Cuadro # 1

Población Total Guatemalteca por Género
(En cifras Absolutas y porcentajes)

Grupo	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Quinquenal					
por edad					
60 – 64	145,639	14.35	168,734	16.63	314,373
65 – 69	104,416	10.29	123,496	12.17	227,912
70 – 74	92,004	9.07	97,609	9.62	189,613
75 – 79	63,028	6.21	70,334	6.93	133,362
80 – 84	39,395	3.88	39,940	3.94	79,335
85 o más	28,416	2.80	41,699	4.11	70,115
Totales	472,898	46.60	541,812	53.40	1,014,710

Fuente: Encovi (INE, Guat), 2,011

Cuadro #. 2

Características Demográficas de la Población por niveles de Pobreza
(En cifras absolutas)

Característica	Población	Todos los	Pobres	Pobres no	No
	Total	Pobres	Extremos	Extremos	Pobres
Adultos					
Mayores					
65 años o Más	700,337	270,004	53,142	216,862	430,333

Fuente: ENCOVI (INE, Guat) 2,011

Cuadro # 3
 Características Demográficas de la Población por niveles de Pobreza
 (Por Incidencia en porcentaje)

Característica	Población Total	Todos los Pobres	Pobres Extremos	Pobres no Extremos	No Pobres
Adultos Mayores 65 años o Más	100.00%	38.55%	7.59%	30.97%	61.45%

Fuente: ENCOVI (INE, Guat) 2,011

Cuadro #. 4
 Población del Adulto Mayor en el Departamento
 de Guatemala por niveles de pobreza
 (En porcentajes)

	Población Total	Todos los Pobres	Pobres Extremos	Pobres no Extremos	No Pobres
Adultos Mayores 65 años o Más	4.78%	3.43%	2.72%	3.67%	6.35%

Fuente: Encovi (INE, Guat) 2,011

Cuadro # 5
 Adultos Mayores según condición de actividad 1,998
 (En Porcentajes)

Condiciones	%
Jubilados o Pensionado	11.5
Rentista	3.7
Estudiante	3.1
Que hace res del Hogar	59.3
Incapacitado	14.3
Otra	14

Fuente: PNUD, 2,000

Cuadro # 6
 Condiciones de Exclusión del Adulto Mayor en Guatemala
 Denuncias de Maltrato
 (En Porcentajes)

1	Violencia Intrafamiliar		
	(Maltrato Económico y Patrimonial)	84	46%
2	Violencia a sus Derechos en Salud,		
	Laboral, Seguridad, Vivienda,	97	54%
	Seguridad Social y otros.		
	Total	181	100%

Fuente: ODHAG, 2,011

3.4 Marco legal

En Guatemala, La Constitución Política de la República de Guatemala, expresa lo siguiente en relación a la protección del Adulto Mayor.

TITULO I

La persona humana, fines y deberes del Estado

Capítulo único

Artículo 1. Protección a la persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y la familia: su fin supremo es la realización del bien común.

Artículo 2. Deberes del Estado Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la república la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

Capítulo II

Derechos Sociales

SECCION PRIMERA

Familia

Artículo 51. Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental, y moral de los menores de edad de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.

Lo anterior es en el marco constitucional con relación a la obligación del Estado y su razón de ser en función de garantizar el bienestar integral de la persona humana y en lo específico de los/as adultos mayores.

El derecho a la Seguridad Social se reconoce en el **Artículo 100, Seguridad Social**, en el cual se define desde una perspectiva universalista, la obligatoriedad del estado, los empleadores y trabajadores de contribuir al régimen. Es importante señalar que en dicho artículo se plantea que la seguridad social será una función pública en forma nacional, unitaria y obligatoria, lo cual en la práctica tiene grandes rezagos debido a que existe una diversidad de programas de retiro, los cuales tienen sus propias definiciones, la cobertura no es nacional y se dan diversas formas de evadir dicha responsabilidad. Se establece igualmente su carácter autónomo y en la realidad el IGSS, ha visto violentada dicha definición, pues cada gobierno ha visto los fondos de la seguridad social como una especie de caja chica. Dicha situación se ha visto acrecentada desde los primeros gobiernos de la transición democrática (Vinicio Cerezo) hasta el último escándalo (Alfonso Portillo) del fideicomiso por 240 millones de quetzales de los cuales se recuperaron solo una parte. Se define el compromiso del organismo ejecutivo de asignar anualmente en el presupuesto de ingresos y egresos de la nación una partida específica para cubrir las responsabilidades del Estado con el régimen, pero en la práctica, el Estado tiene una deuda acumulada de Q 1,000 millones, Q 400. Millones de los empresarios y Q 500, millones de las municipalidades.

Del lado de los pensionados del IGSS la situación es una situación bastante precaria. Según información de la AGIVISS (Asociación Guatemalteca de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia) el número de jubilados son en estos momentos de 147,000 personas, los cuales reciben pensiones de diversos montos, los cuales vienen de montos tan ínfimos como de Q 200.00 y Q 300.00 quetzales al mes, lo cual no les alcanza para tener una vida digna. Pues al contrario de lo que se piensa en torno a que un adulto mayor retirado, tiene menos necesidades en la realidad y esto de acuerdo a su situación, se presenta una serie de necesidades de atención y salud que tiene que costear por su cuenta.

“Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad” y su respectivo reglamento acuerdo gubernativo **135-202**. Esta es la ley específica para la población mayor en Guatemala, contenido en el Decreto Legislativo 80-96.

De estos dos cuerpos legales es importante resaltar el Marco Institucional que plantean, su grado de funcionamiento real y como se define la participación de los Adultos Mayores en la implementación de la Ley. Creándose las siguientes Instancias creadas: a) Consejo Nacional para la protección de las Personas de la tercera edad. b) Comité Nacional de Protección a la Vejez y c) Consejo Asesor del Comité Nacional de Protección para la Vejez.

3.5 Síndromes geriátricos

Envejecimiento

Desde el punto biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y cerebrales a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente la muerte.

Ahora bien, éstos cambios no son lineales ni uniformes y su vinculación con la edad es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable para la realización de sus actividades básicas de la vida.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, traslado obligado de vivienda, muerte de la pareja y amigos, entre otros.

La vejez se caracteriza también por el surgimiento de varios estados de salud que son comunes en este grupo poblacional como: La pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda, cuello y osteoartritis, EPOC, Hipertensión arterial, diabetes, depresión, demencia, entre otros. Es más, a medida que se envejece, aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

3.6 Conceptos de síndrome geriátrico

Concepto # 1 Son Estados de Salud complejos que suele presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes. Los Síndromes Geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Ahora bien, puesto que no son específicos de una disciplina médica, con frecuencia se dejan de lado en los servicios de salud de estructuras tradicional. (OMS. Nota Descriptiva No. 404, septiembre de 2,015).

Concepto # 2 “Es un grupo de signos y síntomas que se presentan juntos y caracterizan a una anomalía en particular, o el conjunto de síntomas y signos asociados con cualquier proceso mórbido, y que constituyen en conjunto la imagen de la enfermedad”.

Los síndromes geriátricos, se refieren a condiciones de salud multifactoriales, propias del paciente adulto mayor, que ocurren cuando los efectos de la acumulación de deterioro, en múltiples sistemas, tornan a una persona vulnerable ante demandas fisiológicas o fisiopatológicas. (Medicina interna, Harrison

Síndromes geriátricos más comunes:

- a) Incontinencia Urinaria
- b) Las caídas
- c) La Inmovilidad
- d) Deterioro Mental
- e) Ulceras por presión

Existen otras de discutible menor prevalencia, como:

- f). depresión
- g). de privación sensorial
- h). Insomnio

- i). Estreñimiento
- j). Polifarmacia
- k). Sincope
- L). Deshidratación
- m). mal nutrición
- n). hipotermia
- ñ) aislamiento social

Así, una causa puede provocar varios síndromes geriátricos, y a la inversa, varias causas pueden provocar uno o más síndromes.

Por ello, es importante conocerlos y estar atentos a su aparición, pues el diagnóstico precoz, el diagnóstico etiológico y su tratamiento depende que el paciente Adulto Mayor, se rehabilite de la mejor manera posible y tenga una calidad de vida óptima. (Sharun K. Inouye, Stephanie Studensky, Mary E Tinetti, George A. Kuchel, Geriatric Syndrome: Clinical, Research, the American Geriatrics Society, Mayo 2,007

– Vol. 55 # 5 Caruso L., Sillman R., Cap. 9= Medicina Geriátrica, Harrison Principios de Medicina Interna., 17 Edición.

3.7 Cuidador

Conceptos:

Real Academia Española:

Concepto: Se define como la persona (habitualmente un familiar directo o no), que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente incapaz de auto sostenerse necesita.

En términos generales, se puede definir como aquella persona que de un momento a otro cambia la dinámica de su vida familiar, laboral y social, para

hacerse responsable del cuidado y apoyo de las actividades básicas de la vida diaria de un paciente con una o más enfermedades crónicas discapacitantes.

Lo anterior, conforme pasa el tiempo y con características de cuidado prolongado e intenso, puede causar daños en las esferas físicas, psicológicas, familiar y social, del cuidador lo que se ha dado por darle el nombre de “sobre carga”, dando la connotación de un esfuerzo prolongado y exagerado que va más allá de sus fuerzas y que puede provocar efectos negativos sobre la salud de ésta persona.

3.7.1 Clasificación del Cuidador

Uno de los grupos etéreos que mayor crecimiento a nivel Mundial ha tenido es el grupo del Adulto Mayor, (se entiende como Adulto Mayor a toda persona mayor o igual a 65 años de edad), junto con ese crecimiento también ha aumentado la expectativa de vida en dicha población lo que trae consigo el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas y discapacitantes, a nivel físico y mental.

La situación anteriormente descrita precisa de una persona que se haga cargo del Cuidado de apoyo de las necesidades básicas del paciente. En su mayoría se trata de un familiar cercano y muy pocas veces de un amigo o vecino cercano. Ante esta situación estresante e inesperada, se hace necesario de una persona que se haga cargo de brindar el cuidado en todas las necesidades del enfermo discapacitado.

De ésta situación, se ha hecho una clasificación de cuidadores que dependiendo de sus competencias y habilidades se ha dado en darles la categoría de cuidadores primarios informales, cuidadores formales y cuidadores terciarios.

A continuación, se describen las características de cada uno de ellos.

3.7.2 Cuidador informal primario:

Se le da este nombre a toda persona que posea las siguientes características:

- a) Familiar, vecino cercano o amigo que invierte más de doce horas al cuidado de las necesidades físicas, mentales y económicas del Adulto Mayor.
- b) Carecen de preparación académica o capacitación formal en cuidados especiales del Adulto Mayor con enfermedades y/o discapacitantes.
- c) En su gran mayoría son de género femenino.
- d) No reciben ningún salario ni remuneración alguna por el arduo trabajo realizado.
- e) Inician a presentar ausentismo laboral y en muchos casos hasta renuncia laboral por causa de las exigencias del cuidado integral que le demanda la situación de discapacidad leve, moderada o severa, a nivel físico, mental o ambos.
- f) En su mayoría son cónyuges, hijos, nueras.
- g) En muchas ocasiones conviven en la misma vivienda.

El cuidador primario, debe enfrentar todos los días situaciones difíciles e imprevistas. En muchas ocasiones estos cuidados rebasan la capacidad física y mental del cuidador. Normalmente esta persona se siente comprometida con dicho cuidado por el afecto sentido hacia el paciente.

3.7.3 Teoría de la entidad del cuidador primario

Entidad que define las necesidades afectiva-cognitiva y activa. La pérdida de éste relación está relacionada con la falta de recursos humanos, económicos, materiales y sociales para cubrir las necesidades de supervivencia del enfermo (Montgomery, 2009).

Algunas veces, el cuidador primario se siente sobre cargado e incapaz de cumplir con las demandas o responsabilidades que la tarea le exige y con el sentimiento de no ser comprendido.

Si éstas personas no reciben el apoyo del resto de los miembros de la familia, vecinos o amigos, terminarán sufriendo cansancio físico severo, estrés emocional,

escases económica, problemas familiares, entre otros, por lo que iniciarán sufriendo

de pensamientos negativos y destructivos, luego dolencias físicas, a nivel psicológico, ansiedad y depresión, a nivel emocional, sentimientos de ira, coraje, frustración y angustia (INECO, 2,012), lo que terminará con una situación de UN PACIENTE CUIDANDO A OTRO PACIENTE.

El cuidado prolongado conlleva con frecuencia a lo que se ha llamado crisis de identidad personal, la cual se manifiesta como una falta del sentido de la vida, debilitamiento en sus creencias espirituales y la mayoría de éstos cuidadores enfermos se quejan de escasez de recursos, terapéuticos y asistenciales lo cual repercute negativa y directamente en la relación cuidador-paciente.

Existen escasas estadísticas a nivel Centroamericano y del Caribe, que describen que a nivel cultural y social se asume y acepta que es la familia, y dentro de ésta es la Mujer quien debe asumir el rol de cuidador informal primario del Adulto Mayor con enfermedad discapacitante a nivel física, mental o ambas. En Costa Rica, en donde se supone que van en avance en aspectos gerontológicos y geriátricos, respondieron en un 65% que es la familia y no el Estado, la responsable del cuidado de enfermos crónicos o discapacitados (CEPAL, 2,012).

3.7.4 Cuidador formal:

Hugo Valderrama, 1,997, describió a los cuidadores formales, como toda aquella persona que posee las siguientes características:

- a) Es un profesional certificado en Salud (Doctor, enfermera, fisioterapeuta, otros).
- b) Posee una preparación académica especializada en la materia con competencias, herramientas y actitudes adecuadas, para brindar atención preventiva, asistencial, educativa al enfermo y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día y servicios especializados.
- c) Recibe un salario por dicho trabajo.
- d) Tienen un período de trabajo, goza de vacaciones y prestaciones de ley.

- e) Generalmente, es una persona ajena a la familia.
- f) Su experiencia la ha adquirido en instituciones médicas, geriátricas o cuidando adultos mayores en casa.
- g) Se mantiene cerca del paciente, lo apoya a afrontar sus enfermedades crónicas degenerativas o discapacidades y lo acompaña hasta la etapa final de su muerte.
- h) Trabajan interdisciplinariamente (enfermeras, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros).

En Guatemala, no se cuentan con estadísticas recientes que definan el porcentaje de estos trabajadores desarrollando dicha tarea. Actualmente existen tres Universidades privadas y una estatal que brindan cursos teórico-prácticos de formación para brindar un buen cuidado del paciente.

3.7.5 Cuidador Terciario:

Es cualquier amigo o vecino cercano que expresa afecto por el paciente y que dependiendo de su disponibilidad de tiempo, contribuye al cuidado del paciente discapacitado, algunas veces apoya con recurso económico, pero sin ninguna obligación directa.

3.7.6 Perfil del cuidador

Numerosos estudios coinciden en varios aspectos al tratar de definir el perfil de un cuidador, siendo comunes las siguientes características:

- a). Mujer de edad adulta. El promedio es entre los 40 – 60 años.
- b) Familiar directo del paciente. En todos los estudios anteriores el cuidador primario informal, en el 70% son de género femenino en edad media de 40 – 60 años, parentesco puede ser cónyuge, hijo (a), o nueras.
- c). Al inicio trata de coordinar actividades familiares y laborales con el tiempo y recursos económico del cuidado del adulto mayor con discapacidad.
- d). Cree que será una situación que exigirá poco esfuerzo y que será de poca duración en relación a tiempo.

- e). Paulatinamente la discapacidad del paciente a su cuidado, va aumentando, lo que le ocasiona un sobre esfuerzo físico y emocional, por lo que va perdiendo su independencia para sus actividades laborales, familiares, sociales, religiosas y de recreación.
- f). Es el único responsable de la administración de los medicamentos, aseo personal, alimentación y movilización del paciente.
- g). Mantiene la esperanza de ser ayudado en todas las esferas del paciente, por sus familiares cercanos.
- h). Brindan un cuidado mayor de 12 horas.
- I). No reciben remuneración económica.
- J). La mayoría no han recibido formación académica o capacitación sobre los cuidados de un adulto mayor con enfermedad crónica discapacitante.
- k). Gran parte refiere no recibir apoyo, del resto de la familia, lo que obliga a ausentismo laboral, alejamiento de su núcleo familiar y aislamiento social.
- L) El cuidado lo hace por el sentimiento de que está obligado moralmente a realizarlo.

3.8 Síndrome de carga

Síndrome= Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado, provocado en ocasiones, por la consecuencia de más de una enfermedad o factores de riesgo.

Concepto # 2= Conjunto de fenómenos que concurren unos con otros y que caracterizan una determinada situación.

Síndrome de sobre carga del cuidador= Es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidados principales de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico.

La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva de responsabilidad de cuidado, para la cual no estaba preparada, que consume al inicio gran parte de su tiempo y energía.

Se considera es provocado por el estrés continuado (no por una situación puntual), es una lucha diaria contra la enfermedad y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. A todo lo anterior hay que agregar lo prolongado de la enfermedad, el tratamiento y el alejamiento de su familia y aislamiento social derivado de la misma situación. Todo ello supone una sobrecarga emocional y física que se conoce con el nombre de “Síndrome de cuidador primario Informal”.

3.8.1 Síndrome del cuidador quemado (Síndrome Burnout).

El término “Burnout”, es un término inglés que su traducción literal es “Estar quemado” por el trabajo. Se puede definir como una patopsiquia que se caracteriza por el desgaste físico, mental, económico y familiar que sufren las personas que cuidan a una persona debido a la exigencia persistente de una concentración de expectativas inalcanzables (Freudenberger, 2,012) es una sensación de fracaso y existencia agotada por una sobrecarga provocada por las exigencias de energía física, recursos personales o fuerza espiritual del cuidador.

Esta patología no es de aparición inmediata, sino que el sujeto ya se encuentra inmerso durante un período largo de fatiga mental, cansancio físico, vacío, drenado, y sin energía para cuidar de su salud física, mental abandonan su trabajo descuidan sus obligaciones del hogar y se aíslan de toda actividad social y/o religiosa por atender plenamente las necesidades físicas, de alimentación de tratamiento, aseo personal, movilización apoyo en su estado, emocional-cognitivo. A este punto el cuidador primario informal necesita de ayuda profesional.

En España se realizó una encuesta entre cuidadores primarios informales y reportaron los siguientes resultados:

- Cansancio físico exagerado provocado por el cuidado del Adulto Mayor enfermo. 33%

- Efecto negativo sobre su Salud por el cuidado del Adulto Mayor enfermo.
28%
- Abandono de sus actividades sociales, recreativas, religiosas y familiares.
27%

(Pinquart, Sorensen, 2,012)

Se considera que las causas primarias del síndrome de sobre carga del cuidador primario, es por el agotamiento de los recursos económicos, emocionales, físicos, psíquicos, espirituales y sociales. Todo lo anterior es exteriorizado por un cuadro clínico de stress continuo y crónico que es producido por las tareas monótonas y repetitivas realizadas durante un período prolongado que finalmente agota todas sus reservas físicas, psíquicas y espirituales dando una situación de “Cuidador Quemado”, perjudicando su estado físico y psicológico, poniendo en riesgo tanto su salud personal como la del Adulto Mayor a su cuidado.

Según INMERSO, 1,995 en una investigación realizada con el nombre de “Cuidados en la Vejez-el apoyo informal” reveló que los resultados de los efectos negativos del cuidado del Adulto Mayor en el cuidador primario son de tres tipos:

1. Laboral:	a) Falta de concentración	20%
	b) Abandono laboral	11%
	c) Ausentismo laboral	12.4%
2. Salud:	a) Cansancio extremo	51%
	b) Depresión	32%
	c) Deterioro de su salud	32%
3. Vida afectiva: y relacional	a) Reducción del ocio	64%
	b) No gozan de vacaciones	48%
	c) Problemas familiares	28%

Como conclusión se puede mencionar que el trabajo excesivo y prolongado que requiere el cuidado del Adulto Mayor discapacitado, produce una serie de

problemas físicos y angustias psíquicas y emocionales lo que al final convierte al cuidador primario en otro paciente.

3.8.2 Secuelas del síndrome del cuidador

En términos generales, los aspectos que determinan que el Cuidador Primario desarrolle el “Síndrome de Sobre Carga” en el deterioro cognitivo, Incapacidad Funcional y los trastornos conductuales y el deterioro de la salud que se podría decir es el mayor factor de desvelas de dicho síndrome.

Según (INMERSO, España, 1,995) la investigación “Cuidados en la vejez - El apoyo Informal” , el resultado de los efectos negativos del cuidador del Adulto Mayor dando lo siguiente:

- a) Secuela de salud y calidad de vida = Se relacionan con mayor riesgo de ansiedad y sobre carga.
- b) Secuelas de abandono laboral por cuidado del paciente y Mayor edad y menor formación académica, se relacionaron con riesgo de depresión.

Los resultados de la investigación fueron:

1) Laborales:	- Falta de concentración	20%
	- Abandono de trabajo	5%
	- Disminución de Jornada	12.4%
2) Salud:	- Cansancio Extremo (fatiga)	51.2%
	- Depresión	32%
	- Las tareas afectan la salud	32%
3) Vida afectiva		
yrelacional	- Obligados a renunciar de Ocio	64%
	- Obligados a renunciar a vacaciones	48.4%

Se puede clasificar las secuelas en las áreas de Salud, Psicológicas, Laborales, Familiares y Sociales.

A continuación, se describen algunas de ellas por su importancia y frecuencia.

Secuelas Laborales: - Pérdida de interés de funciones laborales
 - Ausentismo laboral
 - Abandono laboral

Secuelas Familiares: - Problemas interpersonales con su cónyuge
 - Descuido de sus responsabilidades con sus hijos.

En la mayoría de países a nivel nacional los profesionales de la medicina, se ocupan del diagnóstico pronóstico y tratamiento de enfermedades propias del Adulto Mayor, pero en muchas ocasiones se olvidan de un protagonista importante dentro del escenario del cuidado de una persona con discapacidad leve, importante dentro del escenario del cuidado de una persona con discapacidad leve, moderada o severa, en donde surgen situaciones con efectos negativos a nivel económico, familiar, personal y social de aquellas personas que se dedican al cuidado completo de pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas.

En nuestra sociedad guatemalteca, en su gran mayoría el cuidado de un adulto mayor con discapacidad la asume la familia, pero dentro de esta, es un miembro de la misma quien asume esta responsabilidad sin tener ninguna preparación formal o informal previa para asumir dicha responsabilidad que conforme va transcurriendo el tiempo inicia a tener secuelas a nivel familiar, económico, social, mental y física, para finalmente desarrollar el Síndrome de Sobre carga del cuidador. Lo que los convierte en una población con alto riesgo de sufrir enfermedades físicas y psicológicas.

Si no se presta atención a las manifestaciones iniciales del Síndrome de Sobre Carga del Cuidador y no se trata con un enfoque integral (biológico-psicológico-socio familiar) se corre el riesgo que dicha situación tenga repercusiones negativas directas en el cuidador primario informal e indirectas en el paciente discapacitado necesitado de cuidado, expresadas en mal trato físico, psicológicoo económico, ya sea de forma intencional o por negligencia.

Las secuelas subjetivas del cuidador informal pueden ser expresadas en los cambios de la personalidad y conductuales, tienen su origen más en la sensación de impotencia de cambiar la situación, la sensación de que las necesidades del paciente discapacitado sobrepasan sus capacidades físicas, psicológicas y emocionales para satisfacer dichas necesidades. Otra secuela son los sentimientos negativos de ira, confusión e irritabilidad sentidos hacia el paciente con pérdida de la autonomía en general.

Según un estudio realizado en España con 310 cuidadores principales de Adultos Mayores de 65 años en adelante, "Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobre carga del Cuidador Primario de Ancianos", Cardona D, Segura A, Berberí D, Agudelo M. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2,013; 3 (1): 30- 39. Encontraron como dato interesante la relación entre desarrollar secuelas, con el número de horas de cuidado, edad, sexo, parentesco, recreación y ayuda en el cuidado por parte de la familia percibida por el Cuidador Primario Informal.

En relación con el nivel educativo y estrato socioeconómico del Cuidador con respecto al riesgo de desarrollar secuelas por el Síndrome de Cuidador, éste se da en relación inversamente proporcional, es decir a menor nivel educativo mayor riesgo de desarrollar secuelas y a menor estrato social mayor riesgo de desarrollo de secuelas.

3.9 Maltrato en el adulto mayor

3.9.1 Definición de maltrato

Maltrato es todo acto de agresión, omisión o negligencia, física, psicológica, emocional y económica por parte del cuidador en el cuidado y asistencia al enfermo en todas sus necesidades y que por su condición de discapacidad necesita de una persona que lo apoye.

Los cambios propios del envejecimiento asociado al estilo de vida y generalmente asociado a condiciones socio económicas diferentes llevan al adulto mayor a una situación de alta vulnerabilidad en su salud funcional llegando a presentarse pérdida de la autonomía en diferentes grados, situación en la cual el adulto mayor depende de otras personas para realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

Los adultos mayores principalmente los dependientes requieren un cuidador o una persona que sea responsable de atender todas sus necesidades, tanto físicas, psicológicas, económicas y espirituales. La familia es la principal proveedora de esos cuidados, pero dentro de la misma, un miembro específicamente asume en la mayoría de veces de una forma inconsciente y sin ninguna herramienta o preparación previa sobre cuidados del adulto mayor dependientes; tarea que se torna como una sobre carga exagerada y que desborda sus capacidades físicas y mentales conforme la persona enferma vaya perdiendo cada vez más su funcionalidad y vaya transcurriendo el tiempo en meses y a veces hasta años. En la mayoría de veces se trata de una persona de género femenino (cónyuge, hija, nuera u otro parentesco familiar).

Cuando esta “Sobrecarga” se hace constante, intensa y crónica, causa un desbalance físico y emocional a tal punto que éste cuidador presenta alteración en su salud física y mental. Este síndrome no sólo abarca lo físico-emocional de la persona cuidadora, ya que también abarca repercusiones tanto económicas, familiares, sociales y espirituales.

A éste punto, se hace peligroso que un cuidador primario estresado tenga a su cargo el cuidado integral de un adulto mayor con discapacidad, por el riesgo inminente del maltrato físico, psicológico o económico.

El cuidador primario informal con este síndrome, podría incurrir en el maltrato o negligencia hacia el adulto mayor a su cuidado, sin ninguna intención o premeditación. Lo anterior podría ser causa que el cuidador se encuentre con

fatiga extrema a nivel físico, mental y emocional debido al cuidado extremo y tiempo prolongado del cuidado del paciente con discapacidad. Los factores predisponentes hacia el maltrato podrían ser:

Un sentimiento de abandono por parte del resto de la familia en el cuidado del enfermo.

- a) Problemas económicos de su núcleo familiar.
- b) Problemas laborales.
- c) Problemas de salud física o mental no tratadas.
- d) Irritabilidad por disfunción del sueño o alimentación.
- e) Desconocimiento de las leyes de protección al adulto mayor.

El cuidador que no duerme bien, no se alimenta adecuadamente, no se recrea, y se siente con una carga física y psicológica extrema está en un alto riesgo de convertirse en un sujeto enfermo que no es capaz de cuidar su propia salud y mucho menos la del adulto mayor a cargo de su cuidado y en el peor de los casos maltratar al paciente.

El cuidador primario puede experimentar un sentimiento de ira o enojo en contra de sus familiares al percibir que éstos le han dejado solo la responsabilidad del cuidado directo del paciente discapacitado.

Por las razones anteriormente expuestas se hace necesario despertar conciencia a los familiares más cercanos del cuidador primario sobre la necesidad de apoyo en el cuidado del paciente y proveerles de espacios de descanso, recreación, apoyo económico, entre otros con el objetivo de prevenir el maltrato físico, verbal o psicológico o situaciones de negligencia hacia el paciente con discapacidad.

3.9.2 Factores predisponentes de maltrato hacia el adulto mayor:

- a). Manifestaciones psico-emocionales de ira, enojo hacia la persona bajo su cuidado y protección.
- b). Percepción negativa de la vida.

- c). Escasez económica.
- d). Estrés.
- e). Percepción de abandono por parte de la familia en el cuidado del paciente.
- f). Ausencia de relaciones sociales o religiosas.

OMS, (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud /WHO

3.9.3 Acciones para prevenir el maltrato:

- a). Asistencia a programas de psicoterapia grupal.
- b). Asistencia a programas de capacitación sobre cuidados del Adulto Mayor.
- c). Asistencia a consultas médicas periódicas por parte del cuidador primario.
- d). Reconocer por parte de la familia que la tarea del cuidado es fuerte y digna de una remuneración.
- e). Apoyar al cuidador primario para que realice vida social, recreación y ocio.

OMS, (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud /WHO

3.10 Manifestaciones del síndrome del cuidador

Una enfermedad crónica o discapacitante afecta a la salud del adulto mayor enfermo y también en la dinámica familiar, pero principalmente al cuidador primario informal a nivel físico, emocional, pero también afecta la relación familiar, laboral, económica, social y ocio.

Existen ciertos indicadores a nivel físico, cognitivo, emocional que evidencian el impacto negativo de dicha tarea en su funcionalidad y autonomía. A continuación, se describen algunos de esos indicadores.

En muchos estudios relacionados con la geriatría con respecto al síndrome de sobre carga del cuidador refiere que en términos generales existen tres condiciones básicas que se encuentran en todos los cuidadores en peligro de sufrir el síndrome de sobre carga del cuidador, los cuales son:

- 1). Impacto del cuidado.
- 2). Carga interpersonal.
- 3). Expectativas de autoeficacia.

3.10.1 Síntomas físicos

- * Cansancio excesivo Físico y Mental (fatiga)
- * Anorexia o hiperfagia
- * Insomnio o pesadillas
- * Cefaleas
- * Trastornos osteomusculares
- * Trastornos gastrointestinales
- * Alteraciones del sistema inmunológico

3.10.2 Síntomas psicológicos

- * Uso excesivo de tabaco y alcohol
- * Abandono o ausencia de recreación
- * Manifestaciones de tristeza y llanto
- * Sentimiento de soledad
- * Ansiedad
- * Depresión
- * Preocupación por el deterioro físico y cognitivo del paciente.
- * Manifestación de agresión verbal o física.
- * Necesidad de ser escuchado.

3.10.3 Síntomas cognitivos

- * Problemas de memoria
- * Problemas de concentración
- * Aislamiento

3.10.4 Síntomas emocionales

- * Problemas respiratorios (disnea).
- * Problemas cardiovasculares (opresión torácica y taquicardia).
- * Alimentación inadecuada en horario y balance.
- * Incumplimiento de sus propios tratamientos.

- * Descuido del cuidado personal (higiene y arreglo).
- * Irritabilidad.
- * Actitudes de rabia y manipulación
- * Negación de las emociones.
- * Nerviosismo exagerado.
- * Resentimiento hacia la persona que cuida.

3.10.5 Síntomas sociales

- * Pérdida gradual de amistades que anteriormente frecuentaba.
- * Debilitamiento de creencias y prácticas religiosas.
- * Dificultad de relaciones personales.

3.10.6 Síntomas familiares

- * Descuido en sus funciones de amas de casa.
- * Descuido en la atención de su cónyuge e hijos.
- * Inicio de escases económica.
- * Problemas interpersonales con su núcleo familiar

3.10.7 Síntomas Laborales

- * Ausentismo laboral
- * Abandono laboral

3.11 IX Escala deZARIT (Síndrome del Cuidador)

Zarit y Col. Consideraron la carga de los cuidadores, como la clave del cuidado de los pacientes con demencia y elaboraron un instrumento para su evaluación. Es probablemente el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar.

- * Carga subjetiva: Conjunto de actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar.
- * Carga objetiva: Grado de perturbaciones en el ámbito doméstico, laboral y de la vida del cuidador.

Las puntuaciones de carga se correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el estado de ánimo y su salud física, así como la calidad de relación entre el cuidador y el paciente.

El entrevistado, debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado. Cada respuesta se clasifica como NUNCA = 0 , RARA VEZ = 1 , ALGUNAS VECES = 2 , MUCHAS VECES = 3 y CASI SIEMPRE = 4.

Esto nos permite identificar con qué frecuencia se siente afectado el cuidador por cada ítem en particular, mientras que el ítem 22 nos ofrece una valoración global de la sobre carga que percibe el cuidador y la califica en: NADA = 0 , POCO = 1 , MODERADA = 2 , MUCHA = 3 y EXTREMA = 4.

Se deben sumar todos los puntos para el resultado. No existen normas o puntos de corte establecidos:

22 -- 46 = No sobre carga

47 -- 55 = Sobre carga leve

56 -- 110 = Sobre carga intensa

3. 12 Escala de ansiedad y depresión de GOLDBERG (E.A.D.G.)

Indicación: Instrumento de Cribaje para detectar la ansiedad y la depresión.

Codificación proceso:300.00 Ansiedad, 311 Depresión (CIE9 – MC).

Administración:Su aplicación es intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los y síntomas a los que hacen referencia los ítems; no

se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Interpretación:Cada una de las sub escalas se estructura en cuatro ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que existe un trastorno mental, y un segundo grupo de cinco ítems que se formula solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la sub escala de ansiedad, 1 o más en la sub escala de depresión).

Los puntos de corte son mayores o igual 4 para la sub escala de ansiedad y mayor o igual 2 para la depresión, el instrumento está diseñado para detectar probables casos, no para diagnosticarlos.

Propiedades Psicométricas:La escala global tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. La sub escala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar pacientes diagnosticados con trastornos depresivos (85.7%), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66% de los pacientes con trastornos de ansiedad). La de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72%), pero mayor capacidad discriminante (solo detecta un 42% de los trastornos depresivos).

3.12 Índice de BARTHEL (Evaluación ABVD):

El índice de Barthel, es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

El IB se comenzó utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1,955. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para

valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, siendo considerado para muchos autores como la escala más adecuada para valorar las AVID. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice original son diez: Comer, trasladarse de la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse-ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir-bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de esfínteres. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 – (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Esta ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

Validez: Existen evidencias que la escala de Barthel es un buen predictor de la mortalidad, por su acierto al medir discapacidad, condición que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad.

Sensibilidad: La escala ha demostrado la capacidad de detectar cambios en el aspecto funcional del paciente, aunque en los extremos de discapacidad o independencia pierde mucho de ésta sensibilidad, aquellas personas con puntuaciones intermedias los cambios son fácilmente detectados.

Aceptabilidad: Las molestias a la hora de pasar la escala Barthel al paciente son escasas al igual que para la persona que lo administra por lo general únicamente es necesario pedirle la ejecución de algunas actividades básicas o bien observarle en su quehacer cotidiano, o realizar una grabación y observar después la misma.

Utilización: Esta escala facilita la comparabilidad de los estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida.

4. Hipótesis

- Las secuelas biopsicosociales más importantes en los cuidadores primarios informales son la ansiedad, depresión y aislamiento social.
- El estado de salud del cuidador primario se ve afectado en la parte física por la alta prevalencia de estrés y enfermedades psicosomáticas.
- Mediante un proceso de capacitación se mejora el estado de ánimo y conducta del cuidador primario con respecto al cuidado del adulto mayor con discapacidad.

5. Objetivos de la investigación

5.1 Objetivo general

Establecer las secuelas biopsicosociales más frecuentes en los cuidadores primarios informales de la presente investigación.

5.2 Objetivos específicos

5.2.1 Establecer la relación entre el síndrome del cuidador y sus efectos en la salud física, psicológica y emocional del cuidador primario.

5.2.2 Determinar la relación entre la presencia del síndrome del cuidador y la calidad de atención recibida por parte del cuidador primario informal.

5.2.3 Determinar si la alteración de la dinámica social y familiar repercute en el trato del adulto mayor en situación de discapacidad.

6. Bosquejo preliminar de temas y subtemas

1. Justificación de la investigación
2. Planteamiento del problema
 - 2.1 Definición del problema
 - 2.2 Especificación del problema
 - 2.3 Delimitación del problema
 - 2.3.1 Unidad de análisis
 - 2.3.2 Tamaño de la muestra

- 2.3.3 Ámbito geográfico
- 3. Marco teórico
 - 3.1 Situación mundial del adulto mayor
 - 3.2 Situación a nivel nacional
 - 3.3 Marco Demográfico
 - 3.4 Marco legal
 - 3.5 Síndromes geriátricos
 - 3.6 Conceptos de síndrome geriátrico
 - 3.7 Cuidador
 - 3.7.1 Clasificación del Cuidador
 - 3.7.2 Cuidador informal primario:
 - 3.7.3 Teoría de la entidad del cuidador primario
 - 3.7.4 Cuidador formal:
 - 3.7.5 Cuidador Terciario:
 - 3.7.6 Perfil del cuidador
 - 3.8 Síndrome de carga
 - 3.8.1 Síndrome del cuidador quemado (Síndrome Burnout).
 - 3.8.2 Secuelas del síndrome del cuidador
 - 3.9 Maltrato en el adulto mayor
 - 3.9.1 Definición de maltrato
 - 3.9.2 Factores predisponentes de maltrato hacia el adulto mayor:
 - 3.9.3 Acciones para prevenir el maltrato:
 - 3.10 Síntomas
 - 3.10.1 Síntomas físicos
 - 3.10.2 Síntomas psicológicos
 - 3.10.3 Síntomas cognitivos
 - 3.10.4 Síntomas emocionales
 - 3.10.5 Síntomas sociales
 - 3.10.6 Síntomas familiares
 - 3.10.7 Síntomas Laborales
 - 3.11 IX Escala de ZARIT (Síndrome del Cuidador)
 - 3.12 Escala de ansiedad y depresión de GOLDBERG (E.A.D.G.)
 - 3.12 Índice de BARTHEL (Evaluación ABVD):
- 4. Hipótesis
- 5. Objetivos de la investigación
 - 5.1 Objetivo general
 - 5.2 Objetivos específicos
- 6. Bosquejo preliminar de temas y subtemas

7. Métodos, técnicas e instrumentos

7.1 Métodos

7.2 Técnicas

7.3 Instrumentos

7.3.1 Ficha clínica

7.3.2 Escala de Zarit

7.3.3 Escala de Goldberg

7.3.4 Escala de Barthel

8. Cronograma de actividades

9. Recursos

9.1 Recursos humanos

9.2 Recursos materiales

9.3 Recursos financieros

7. Métodos, técnicas e instrumentos

7.1 Métodos

El método a utilizar será un estudio descriptivo trasversal con el objetivo de determinar la prevalencia de las secuelas a nivel físico, psicológico, social y familiar que presentan los sujetos en estudio con respecto al cuidado informal del adulto mayor en situación de discapacidad.

7.2 Técnicas

Para la obtención de la información se realizará a cada cuidador primario informar examen físico general, aplicación de las escalas de Zarit para medir el grado de sobrecarga subjetiva del cuidador primario y la escala de Goldberg para medir los niveles de ansiedad y depresión en el cuidador primario.

Al adulto mayor en situación de discapacidad se realizará examen físico general y la aplicación de la escala de Barthel, a fin de determinar el grado de independencia del adulto mayor.

Acto seguido se tabulará la información obtenida, para finalmente realizar el análisis e interpretación de resultados.

7.3 Instrumentos

7.3.1 Ficha clínica

Por favor llenar lo mejor posible para que nuestro personal pueda proporcionar el mejor cuidado posible a usted y sus familiares.

APELLIDO _____ NOMBRE(S) _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ IDIOMA PRIMARIO _____ MASCULINO
/FEMENINO _____

PROBLEMAS CRONICOS (CONDICIONES) (por ejemplo: diabetes, hipertensión, depresión o etc.) NINGUNO

Nombre de la Condición	Fecha de Inicio	Información adicional

MEDICAMENTOS (Si necesita mas espacio por favor pida una hoja extra) **NINGUNO**

Nombre del Medicamento	Dosis	¿Cuántas veces al día?	Fecha de Inicio	Recetado por

ALERGIAS (circule y explique tipo de reacción abajo): Medicamento, Productos Domésticos, Animales, Ambientales

HISTORIA MEDICA PASADA (por favor todos los que apliquen y año de inicio) **NINGUNO**

Date	Problema Medico	Fecha	Problema Medico	Fecha	Problema Medico
	Problema de Drogas /Alcohol		Enfermedad de Crohn		Enfermedad de Intestino Irritable
	Alergias /Fiebre del Heno		ACV /Derrame Cerebral		Problemas Hepáticos
	Artritis		Depresión		Dolor de Cabeza por Migraña
	Problemas de Asma /Pulmón		Diabetes		SARM /ERV
	Fibrilación Atrial		ERGE (Reflujo Estomacal)		Osteoporosis
	Infección de vejiga / renal y piedras		Glaucoma		Convulsiones
	Hemorragia /Coagulación		Cardiopatía /Ataque Cardíaco		Enfermedades de Transmisión Sexual
	Transfusión sanguínea		Hepatitis C		Enfermedad de la Tiroides
	Cáncer: _____		Alta Presión Sanguínea		Tuberculosis
	—				
	EPOC		Colesterol Alto		Otro: _____
	Enfermedad de Arteria Coronaria		Alto nivel de Lípidos		Otro: _____

Información de historia medica pasada adicional:

HISTORIA PASADA DE CIRUGIAS /HOSPITALIZACIONES (toda cirugía u hospitalizaciones con las fechas) NINGUNO

Fecha	Cirugía /hospitalización	Fecha	Cirugía /hospitalización

Información pasada sobre cirugías adicional: _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR No historia familiar relevante

Problema Medico	Parentesco	Edad al inicio o al morir	Problema Medico	Parentesco	Edad al inicio o al morir	Problema Medico	Parentesco	Edad al inicio o al morir
Alcohol /Drogas			Diabetes			Enfermedad Mental		
Alergias			Estomago /intestino			Migraña		
Alzheimer			Vejiga /Riñón			Problema Pulmonar		
Anestesia			Corazón			Derrame Cerebral		
Artritis			Presión Sanguínea			Tiroides		
Asma			Colesterol			Cáncer		
Enfermedad Hematológica			Otro			Otro		

Información de Historia Familiar adicional _____

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

Uso de Tabaco

- Nadie en Casa
- Dejó el Hábito: cajetillas /día _____ años que fumó: _____ fecha en que dejó el hábito: _____ tipo de tabaco: _____
- Fumador: cajetillas /día _____; fecha de inicio: _____ tipo de tabaco: _____
- Humo de segunda mano (¿quién fuma en el hogar?) _____

Uso de alcohol (un trago contiene 0.5 oz. de alcohol): (respuesta para hijos mayores de 12 años)

- No
- Si: Tragos(s) por semana: _____ tipo de alcohol _____

Abuso de sustancias prohibidas

- Si Tipo _____ Cantidad _____ ¿Con que frecuencia? _____
- No

Nutrición y Actividades

- Cafeína (café, té, soda): si no, si respuesta es positiva, ¿cuánto por día? : _____
- Dieta: buena normal mala vegetariana vegana
- Ejercicio: tipos: _____ min. por día: _____; veces por semana: _____

Necesidades Sociales y Especiales

- ¿Siente seguridad al estar en casa? si / no
- Tiene necesidades de comunicación que afectan su cuidado medico: si / no si su respuesta es positiva, explique: _____

Obstetricia (para mujeres)

¿Cuántos embarazos ha tenido? : _____ edad del primer embarazo _____
Numero de embarazos completos (>37 semanas) _____ No. de partos pretérmino (< 37 semanas)

No. de abortos espontáneos: _____ No. de abortos _____ No. de embarazos ectópicos _____
No. de embarazos múltiples _____ Numero de hijos vivos _____

Mantenimiento de la Asistencia Sanitaria (por favor anote las fechas; también escriba **N** para "normal" o **AN** para "anormal"):

Ultimo examen fisico _____ Ultimo examen dental _____ Ultimo examen de la vista _____

Vacunas hasta la fecha _____
Ultimo Papanicolaou (mujer) _____ Ultimo mamograma (mujer) _____
Ultima colonoscopia _____ Ultimo perfil de Lípidos _____
Ultimo DMO (Densidad Ósea) _____ Ultimo chequeo del azúcar en ayunas _____
Ultima Hemoglobina A1c (Análisis de Diabetes) _____

Formulario llenado por _____ **Fecha** _____

REV. 11/28/11

FUENTE

Arriola, E. Medicina Preventiva en el anciano. MatiaFundazioa. España 2001

7.3.2 Escala de Zarit

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítemes relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

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

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces 5= Casi siempre

FUENTE

Pfeiffer, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of the American Geriatric Society 1975;23:433-441

7.3.3 Escala de Goldberg

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (E.A.D.G)

Indicación: instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y la depresión.

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
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 dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

≥ 2 : Depresión probable

FUENTE

Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al.
Detecting anxiety and depressed in general medical
Settings Br Med J. 1989;97: 897-81

7.3.4 Escala de Barthel

Índice de Barthel

Ítem	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	1
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)		

Resultado y grado de dependencia	
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independiente

FUENTE
Índice de Barthel
Johns Hopkins University School

Hygiene and public health, Baltimore

(EEUU, 1997)

8. Cronograma de actividades

No.	Descripción	Julio- Noviembre 2016									
		Semana 1-2	Semana 2-4	Semana 5-6	Semana 7-8	Semana 9-10	Semana 11-12	Semana 13-14	Semana 15-16	Semana 17-18	Semana 19-20
1	Elaboración del protocolo de investigación	■	■								
2	Presentación del protocolo de investigación		■								
3	Revisión del protocolo de investigación			■							
4	Corrección del protocolo de investigación			■							
5	Autorización del protocolo de investigación			■							
6	Recopilación de la información				■						
7	Clasificación de la información				■	■					
8	Tabulación de la información					■	■				
9	Análisis de la información						■	■			
10	Redacción del informe final							■	■		
11	Presentación del informe final								■	■	
12	Corrección del informe final								■	■	
13	Autorización del informe final									■	■
14	Entrega del informe final de tesis									■	■

9. Recursos

9.1 Recursos humanos

- Estudiante de la maestría de Geriátría y Gerontología de la facultad de ciencias de la salud de la universidad Galileo.
- Asesor de la universidad Galileo
- Revisor de la universidad Galileo
- Familiares del adulto mayor incluidos en la presente investigación.

9.2 Recursos materiales

- Escalas impresas (Zarit, Goldberg, Barthel)
- Boleta de recolección de datos generales del cuidador primario informal
- Ficha clínica del adulto mayor
- Ficha clínica del cuidador primario informal
- Equipo de oficina: computadora, impresora, internet, hojas de papel bond, lápices, lapicero.

- Artículos académicos de investigación.

9.3 Recursos financieros

• Computadora	Costo Q4,000
• Impresora	Costo Q1,000
• Papelería	Costo Q300
• Fotocopias	Costo Q400
• Encuadernación	Costo Q200
• Combustible	Costo Q1,000
Costo total de la investigación	Q 6,600

10. Bibliografía

1. Acosta, S. C. (Septiembre de 2012). Literatura Bío médica. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de Índice de Revistas Médicas Latinoamericanas: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph123d.pdf>
2. Balducchi, L (2001), Oncología Geriátrica, European Journal, 234-242 Fong, B. H. (1 de Junio de 2002). Medisan. Obtenido de Revista de los profesionales y técnicos de la Salud en Santiago de Cuba: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm
3. Guijarro, J. (1999). Las enfermedades en la ancianidad. Obtenido de Navarra: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/pdf/07-3nf.pdf>
4. L"bu, O. (2010). Generaciones que Trascienden. Guatemala. Melgar Cuellar, P. M. (2012). Geriátría y gerontología para el médico internista . Bolivia: Grupo Editorial La Hoguera.
5. Nabal, M. (2006). Valoración General del Adulto Mayor en los servicios de Atención primaria, 21-08
6. OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Obtenido de WHO: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
7. Paniagua, D. (s.f.). San Salvador, San Salvador, El Salvador. Querol, C. M. (Enero - Abril de 2005). Revista Cubana de Medicina General Integral. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de Revista Cubana de Medicina General Integral: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-2125&lng=es&nrm=iso
8. Restrepo, S. L. (2005). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000500006. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de Scientific electronic library online Chile: <http://www.scielo.cl/scielo.php?lng=es>

9. Rivas, D. P. (2015). Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Recuperado el 15 de Octubre de 2016, de Centro Nacional de Epidemiologia: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt>