

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Perfil epidemiológico del cuidador en el
servicio de atención domiciliaria geriátrica
de la clínica geriátrica “San Jose ” PNP.**

TESIS Para optar el título de GERIATRA

AUTOR

Jiménez Villafuerte Maria Victoria

LIMA – PERÚ 2003

*A mis padres y hermanas
Por el apoyo siempre recibido*

*A mis amores Lucio y Juan Pablo
Por su amor y comprensión*

I. TITULO:

Perfil Epidemiológico del Cuidador en el Servicio de Atención Domiciliaria Geriátrica de la Clínica Geriátrica "San José" de la Policía Nacional del Perú.

II. AUTOR DE LA TESIS:

María Victoria Jiménez Villafuerte

Residente de 3er Año de la especialidad de Geriatria Hospital Central de la Policía Nacional del Perú.

III. ASESORES:

Dr. Luis Álvarez Cóndor

Jefe del Servicio de Atención Domiciliaria HCFAP, Prof. UNMSM

Dr. Omar Miraval Niño de Guzmán

Jefe del Servicio de Atención Domiciliaria Clínica Geriátrica San José PNP

Coasesora: Dra. Jéssica María Castro Flores

Médico Geriatra HCFAP

IV. INSTITUCIÓN:

Clínica Geriátrica "San José" PNP

V. RESUMEN

Diseño: Estudio descriptivo, observacional, transversal

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico del cuidador de los pacientes del servicio de ADOGE de la Clínica Geriátrica "San José" PNP.

Población: Se incluyeron 120 cuidadores de los pacientes del Servicio de Atención Domiciliaria Geriátrica de la Clínica Geriátrica San José PNP, se excluyeron aquellos cuidadores con fichas de evaluación del cuidador incompletas, cuidadores que se negaron a participar del estudio, aquellos cuidadores con demencia u otras enfermedades mentales, alcohólicos o con dependencia a drogas; que no puedan brindar información requerida para el estudio.

Materiales y métodos: Se entrevistó a los cuidadores para la obtención de los datos de la Ficha de Evaluación del Cuidador, luego se aplicó la entrevista de sobrecarga del cuidador de Zarit. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes así como las fichas de seguimiento para confirmar y completar datos que no se obtuvieron durante la entrevista. Se elaboró una base de datos usando el paquete estadístico EPI- INFO 2000. La información fue analizada utilizando el paquete estadístico SPSS VERSIÓN 11. Para el análisis descriptivo se calculó la frecuencia de las características sociodemográficas del cuidador en términos de porcentaje de prevalencia, se calcularon los intervalos de confianza al 95% en base a la distribución binomial. Así mismo se calcularon los promedios, media y desviación estándar de las variables numéricas. Los resultados se presentan en tablas de doble entrada y gráficos.

Resultados: En 67.5% de los 120 cuidadores registrados, el tipo de cuidado fue informal, exclusivamente proporcionado por familiares. El cuidador generalmente era una mujer

(85.8%), con una media edad de 45.4 años, ama de casa. En nuestro estudio los beneficiarios de cuidado tenían una media edad de 84.9 años, un alto nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria, y diagnóstico de ingreso a ADOGE Accidente cerebrovascular 35.8%, demencia 25% y enfermedad de Parkinson 11.7%. El impacto del cuidado en la actividad laboral del cuidador fue moderada (25%), mientras que el impacto sobre la salud física y mental fueron considerables 36.7% y 86.6% respectivamente. La sobrecarga del cuidador valorada mediante la entrevista de Zarit revela un 48.4% de sobrecarga.

Conclusiones: La demanda de cuidado de los adultos mayores atendidos por el servicio de ADOGE de la Clínica Geriátrica San José PNP es cubierta principalmente por cuidadores informales. En la mayoría de los casos el cuidador presenta niveles altos de sobrecarga que afecta su salud física y mental; y que además pone en grave riesgo de abuso y maltrato a los pacientes receptores de sus cuidados.

VI. INTRODUCCIÓN

La población de pacientes geriátricos que requieren o están en riesgo de requerir la ayuda en el cuidado personal y otras actividades de la vida diaria están creciendo rápidamente. Esto es principalmente debido a la tasa de progresión de esta población, sobre todo aquellos mayores de 85 años. En nuestro país la población mayor de 65 alcanza el 7% de la población total, es decir alrededor de 1 millón 544 mil personas son ancianas y se proyecta para el 2025 un 11,5%³. En relación a la salud, en nuestro medio, aproximadamente el 28% de adultos mayores presenta algún tipo de limitación, siendo las causas más frecuentes de discapacidad, invalidez, sordera, ceguera y trastornos psiquiátricos⁴. Este crecimiento demográfico entre las personas con alto riesgo de invalidez se traduce en una demanda creciente para el cuidado a largo plazo. En el Perú, por las características sociodemográficas y las restricciones económicas de la mayor parte de la población, que no puede subvencionar los cuidados institucionales (albergues, casas de reposo, centros geriátricos, etc.), dichos cuidados son ejercidos en la comunidad por cuidadores formales (remunerados) e informales (no remunerados) a cargo de la familia, amigos, o vecinos.

En Estados Unidos, la proporción de la población de adultos mayores que requieren cuidado personal es de aproximadamente 9% entre los adultos mayores de 65 a 69 años y mayor de 50% en los mayores de 85 años². El en 1998 el Departamento de Salud de Washington DC, basado en el Boletín Nacional de Familias y Casas (NSFH), reportó que en USA existían cerca de 7 millones de cuidadores informales (familiar, amigo, vecino), que proporcionaban ayuda a personas mayores de 65 años y que requerían ayuda en actividades de la vida diaria².

La convivencia de que los ancianos residan en su domicilio mientras sea posible ofrecerles una calidad de vida digna, está hoy avalada por recomendaciones de los organismos

internacionales³¹. Hay múltiples motivos para que esto sea así; en primer lugar, el anciano suele desear vivir en su entorno familiar de forma independiente y los pacientes atendidos de forma adecuada en sus hogares manifiestan mayor satisfacción que otros ingresados en residencias. Además, se ha demostrado mejoras tanto en la situación funcional como en los indicadores de salud general de ancianos que residen en sus domicilios. Por último, el correcto manejo de determinados enfermos en la comunidad disminuye los costos de su atención, reduce el número de reingresos y la estancia media hospitalaria³².

Todo ello contribuye probablemente a que tanto la provisión como la demanda de las visitas domiciliarias a los ancianos se esté intensificando actualmente. De hecho, el único grupo de edad en que ha aumentado el número de primeras visitas en los últimos 10 años es el de mayores de 65 años, según un estudio inglés³³.

La Atención Geriátrica Domiciliaria es un nivel asistencial con base en el Servicio de Geriatría hospitalario que tiene como función el colaborar con la atención primaria en el manejo de los pacientes cuya complejidad desborde las posibilidades de ésta. Se trata generalmente de ancianos de "alto riesgo" que no puede desplazarse a la consulta, que constituyen una pesada carga para sus cuidadores y que de no prestárseles una atención, o al menos una supervisión especializada, son candidatos a ingresar en una institución de por vida.³⁴ Son características de estos pacientes su edad avanzada (media de 78 a 83 años), su pluripatología (media de 4 enfermedades crónicas por paciente), la necesidad de polifarmacia (media de 3 fármacos), su deterioro avanzado (del 55 a 65% padecen incapacidad grave) y sus altos requerimientos de asistencia de enfermería.³⁵

El medio domiciliario se ha revelado como un lugar muy útil para estudiar los problemas de salud y llevar a cabo valoración de los pacientes. Ello se ha venido realizando de forma tradicional en la geriatría inglesa, en que el geriatra (generalmente el jefe de la unidad)

valora en el propio hogar del enfermo, si éste es candidato a ingreso hospitalario y se ha confirmado más recientemente, al comprobarse que una valoración en el domicilio puede detectar un mayor número de problemas y proveer un mayor número de recomendaciones terapéuticas.³⁶

No obstante, es preciso conocer las limitaciones de este nivel asistencial, puesto que existen enfermos muy deteriorados a los que difícilmente puede aportarse una asistencia de calidad en su domicilio. Por ejemplo, se sabe que un pequeño porcentaje de pacientes (4%) consume una gran parte (40%) de los días de ingreso hospitalario y posiblemente, esa minoría de individuos sean candidatos a institucionalización permanente.³⁷

La Clínica Geriátrica de la Policía Nacional del Perú, proporciona sus servicios a la población mayor de 60 años de la institución, que incluye policías en actividad y retiro así como padres del personal. Entre los niveles de atención que se proporciona se encuentra el servicio de Atención Domiciliaria Geriátrica (ADOGE) que brinda atención a pacientes con deterioro del estado físico y/o mental. Estos pacientes se encuentran a cargo de cuidadores entre formales e informales que son supervisados por el personal de enfermería de este servicio. Hasta el momento no se posee estadísticas demográficas ni evaluaciones del estado físico ni emocional de estos cuidadores; datos que consideramos de mucha importancia para realizar intervenciones y acciones de soporte, que de manera indirecta repercutirán en el bienestar de nuestros pacientes. El presente estudio pretende estructurar el perfil sociodemográfico del cuidador formal e informal de los pacientes de ADOGE, y adicionalmente valorar la carga del cuidador y de esta forma contribuir con información que servirá de base para desarrollar estrategias de intervención y soporte de esta población.

VII. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Determinar el perfil epidemiológico del cuidador de los pacientes atendidos en el servicio de ADOGE de la Clínica Geriátrica "San José" PNP.

Objetivos Específicos:

- Determinar las características demográficas de los cuidadores de pacientes atendidos en el servicio de ADOGE de la Clínica Geriátrica San José PNP.
- Describir las características demográficas de los pacientes atendidos por el servicio de ADOGE de la Clínica Geriátrica San José PNP.
- Describir las características del cuidado ofrecido por cuidadores de estos pacientes.
- Evaluar el impacto del cuidado, en la salud física y mental del cuidador.
- Evaluar el impacto laboral en el cuidador informal.

VIII. MATERIAL Y METODOS

Población de estudio

Un total de 120 cuidadores de los pacientes del Servicio de Atención Domiciliaria Geriátrica de la Clínica Geriátrica San José PNP, fueron considerados en el estudio. Se excluyeron aquellos cuidadores con fichas de evaluación del cuidador incompletas, cuidadores que se negaron a participar del estudio, aquellos cuidadores con demencia u otras enfermedades mentales, alcohólicos o con dependencia a drogas; que no puedan brindar información requerida para el estudio.

Diseño del estudio

Se trató de un estudio descriptivo, observacional, transversal. Inicialmente se realizó una entrevista a cada uno de los cuidadores, en la cual se obtuvo los datos necesarios para el llenado de las fichas de Evaluación del Cuidador (Anexo 1), luego de lo cual se aplicó la entrevista de sobrecarga del cuidador de Zarit^{45,46} (Anexo 2).

La Ficha de Evaluación del cuidador, incluyó básicamente tres partes. En la primera parte se obtuvieron datos de filiación del paciente, datos de filiación del cuidador, grado de parentesco o relación cuidador/paciente, En la segunda parte se detallaron datos a cerca del cuidado: tiempo de cuidado, horas/semana de cuidado, remuneración, conocimiento de los diagnósticos del paciente, actividades de la vida diaria en las que apoya al paciente, si el cuidador tiene capacitación. Finalmente en la tercera parte se consignó datos acerca del impacto en la salud física del cuidador a causa del cuidado, así como también el impacto en la salud mental (ansiedad, depresión, aburrimiento, alteraciones del sueño) y el impacto laboral

(trabaja menos horas, falta al trabajo, dejó de trabajar, busca trabajo). Además se preguntó sobre el tipo de capacitación que le gustaría recibir al cuidador para mejorar su desempeño.

La entrevista sobre carga del cuidador de Zarit, se aplicó seguidamente; y si el tiempo no lo permitía se realizó en una segunda visita.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes así como las fichas de seguimiento para confirmar y completar datos que no se obtuvieron durante la entrevista.

Análisis estadístico

Para el procesamiento de la información obtenida, se elaboró una base de datos usando el paquete estadístico EPI- INFO 2000. La información fue analizada utilizando el paquete estadístico SPSS VERSIÓN 11. Para el análisis descriptivo se calculó la frecuencia de las características sociodemográficas del cuidador en términos de porcentaje de prevalencia, se calcularon los intervalos de confianza al 95% en base a la distribución binomial. Así mismo se calcularon los promedios, media y desviación estándar de las variables numéricas. Los resultados se presentan en tablas de doble entrada y gráficos.

IX. RESULTADOS

Se entrevistó 120 cuidadores que tenían a su cargo pacientes atendidos por el servicio de ADOGE de la Clínica Geriátrica San José de la PNP, encontrando edades entre 15 y 88 años con una edad promedio de 45.5 años; además se debe considerar que un 25.8% (31) son adultos mayores (> 60 años). Cuando se evaluó el género se determinó una predominancia del sexo femenino con un 85.8% (103).

Tabla 1. Cuidadores según grupo de edad y sexo

Count

		Sexo		Total
		hombres	mujeres	
Edad	15 - 19		6	6
	20 - 39	6	32	38
	40 - 59	3	42	45
	60 - 79	7	20	27
	80 - 99	1	3	4
Total		17	103	120

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

En el estado civil de los cuidadores, predominan los solteros con un 55% (66) seguidos por los casados en un 40% (48), dejando las demás categorías en un 5%. Mientras que si analizamos el grado de instrucción de los cuidadores se hallaron que un 35.8% (43) culminó

estudios secundarios, mientras que un 22.5% (27) poseía instrucción superior y sólo un cuidador carecía de instrucción.

Tabla 2. Cuidadores según estado civil y sexo

Count

		Sexo		Total
		hombres	mujeres	
Estado civil	soltero	8	58	66
	casado	8	40	48
	viudo	1		1
	separado		3	3
	conviviente		2	2
Total		17	103	120

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

Tabla 3. Cuidadores según grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	1	.8
Primaria incompleta	6	5.0
Primaria completa	11	9.2
Secundaria incompleta	14	11.7
Secundaria completa	43	35.8
Técnico	18	15.0
Superior	27	22.5
Total	120	100.0

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

En cuanto a la ocupación principal del cuidador, se encontró predominio de amas de casa 40.8% (49), seguido por trabajadores independientes dentro de los que se encuentran cuidadores remunerados (39) con un 36.7% (44). Cabe resaltar un 5% de estudiantes que comparten su tiempo con el cuidado de su familiar.

Tabla. 4 Cuidadores según ocupación predominante

	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	49	40.8
Empleado público	4	3.3
Empleado privado	3	2.5
Trabajador independiente	44	36.7
Cesante	10	8.3
Desocupado	4	3.3
Estudiante	6	5.0
Total	120	100.0

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

Al evaluar la relación del cuidador con el paciente receptor de cuidado, se encontró que el 32.5% (39) corresponde a cuidadores formales es decir remunerados, entre los cuales figuran dos sobrinas nietas, mientras que el 67.5% (81) corresponde a cuidadores informales exclusivamente familiares, dentro de los cuales predominan hija y cónyuge con un 34 y 23% respectivamente. No se reportaron vecinos ni amigos como parte del cuidado informal.

Tabla 5. Cuidadores según grado de parentesco y tipo de cuidado

Count

		Recibe un salario como cuidador		Total
		si	no	
Parentesco con el paciente	Cónyugue		23	23
	Hija		34	34
	Hijo		5	5
	Nuera		4	4
	Otros	2	15	17
	Ninguno	37		37
Total		39	81	120

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

En cuanto a las características de los pacientes se encontró una edad promedio de 84.9 años, con extremos de edad de 62 y 102 años; siendo la distribución por géneros casi equitativa 51.7% (62) mujeres y 48.3% (58) hombres .

Tabla 6. Pacientes según grupos de edad y sexo

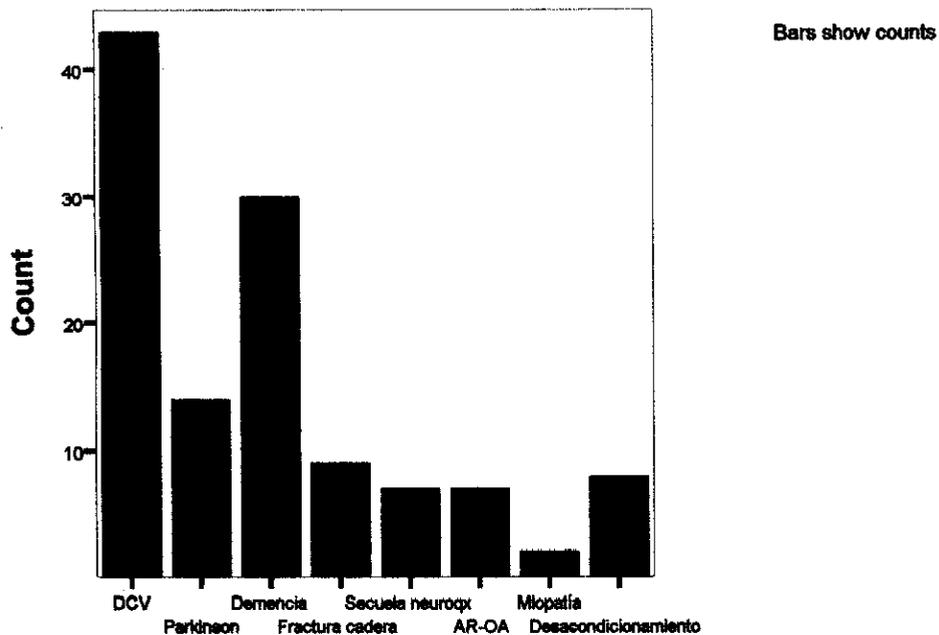
Count

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Edad	60 - 69	2	3	5
	70 - 79	11	15	26
	80 - 89	30	24	54
	90 - 99	13	20	33
	100 - 109	2		2
Total		58	62	120

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

Al evaluar el diagnóstico principal que motivó su atención por ADOGE, encontramos el Accidente cerebrovascular en un 35.8% (43), seguido por Demencias 25% (30), Enfermedad de Parkinson 11.7% (14) y Fractura de cadera 7.5% (9), quedando las demás causas en porcentajes menores. Al considerar otros aspectos relacionados con el cuidado se encontró desnutrición en 36.6% (44), higiene inadecuada 27.5% (33) y úlceras por presión en 15.8% (19).

Gráfico 1. Pacientes según diagnóstico principal



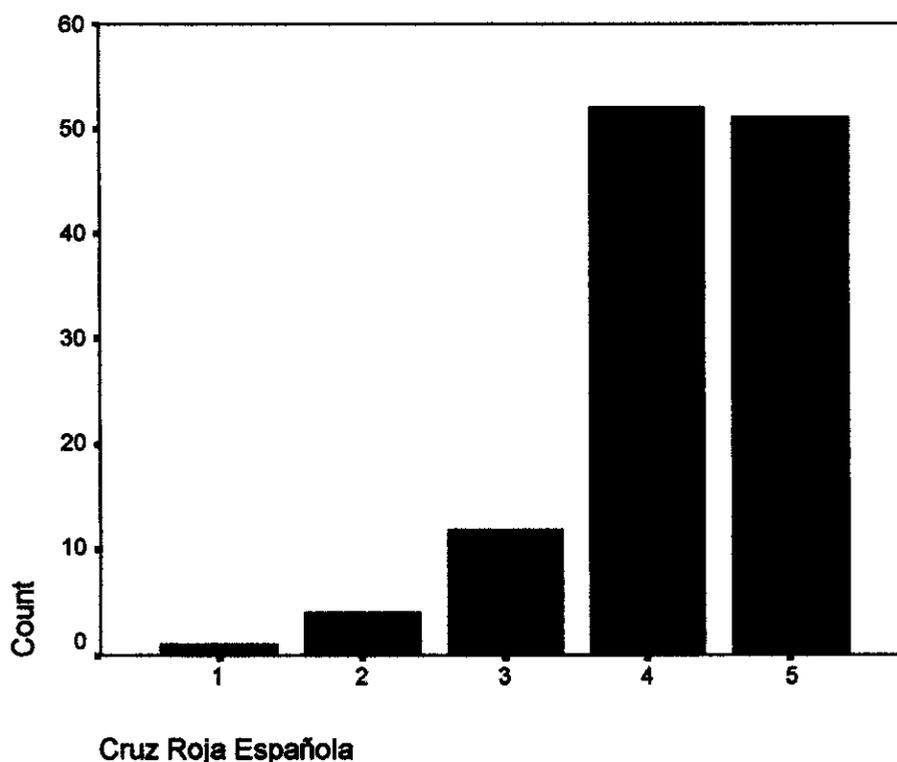
Cuando se valoró el grado funcional de estos pacientes se hallaron que la mayor parte de los pacientes tenían CRF 4 y 5 43.3% (52) y 42.5% (51) respectivamente, por otro parte un 42.5% (51) tuvo un Índice de Katz G, 29.2% (35) Katz F, 15.8% (19) Katz E.

Tabla 7. Pacientes según Katz y Cruz Roja Española

Count		Cruz Roja Española					Total
		1	2	3	4	5	
Katz	C	1	2		3		6
	D		1	6	1	1	9
	E		1	4	12	2	19
	F			2	19	14	35
	G				17	34	51
Total		1	4	12	52	51	120

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

Gráfico 2. Pacientes según grado funcional



Respecto a las características del cuidado se encontró que la mayor parte de los cuidadores 85.8% (103) vive con el paciente. En cuanto al tiempo de duración del cuidado, el

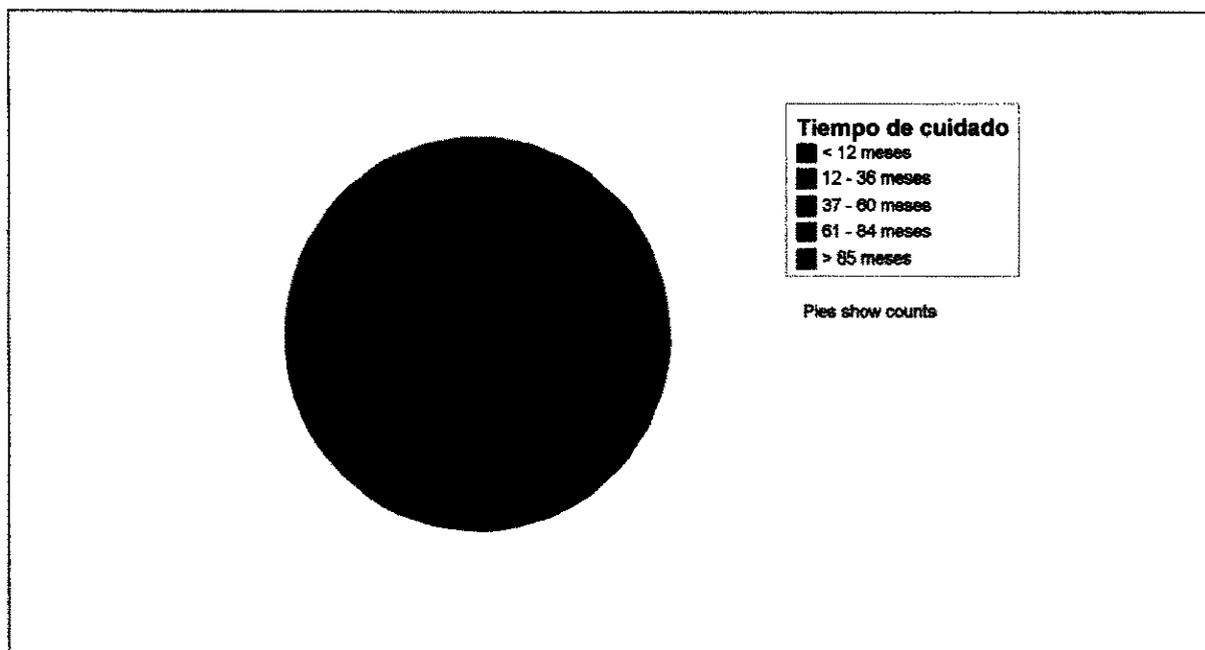
32.5% (39) proporcionó su cuidado entre 1 y 3 años, 24.2% (29) menos de 1 año, sólo 15.8% (19) brindó el cuidado por más de 7 años. Al examinar el tiempo empleado para el cuidado del paciente, en este estudio se encontró que un 70% (84) lo realiza los 7 días de la semana, por otro lado un 70.8% (85) lo realiza entre 19 a 24 horas diarias. La mayor parte lleva a cabo su cuidado en horas del día y noche 74.2% (89).

Tabla 8. Días por semana de cuidado vs horas por día de cuidado

Count		Horas por día			Total
		6 - 11	12 - 18	19 - 24	
Días por semana	3			1	1
	4			6	6
	5			1	1
	6	9	5	14	28
	7	7	14	63	84
Total		16	19	85	120

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

Gráfico 3. Tiempo de Cuidado



Sólo 19 de los 39 cuidadores remunerados, contaba con capacitación en actividades de salud, auxiliares de enfermería. La mayor parte de estos cuidadores 33.3% (13), percibe remuneraciones que apenas se acercan a un sueldo mínimo vital entre 300 y 400 soles.

Tabla 9. Honorarios mensuales de los cuidadores

	Frecuencia	Porcentaje
< 200	4	10.3
200 - 300	8	20.5
301 - 400	13	33.3
401 - 500	9	23.1
501 - 600	1	2.6
> 600	4	10.3
Total	39	100.0

Fuente: Ficha de Evaluación del Cuidador

Cuando se evaluó el impacto del cuidado en el aspecto laboral del cuidador, se encontró que la mayoría 73.3% (88), no alteró sus actividades laborales por el cuidado ofrecido, mientras que sólo un 20.8% (25) dejó de trabajar a causa de éste.

En el impacto del cuidado sobre la salud física y mental del cuidador, se determinó que el 87.6% (104), refiere por lo menos una molestia asociada a su labor de cuidado, siendo las más frecuentemente referidas: alteraciones del sueño 33.3% (40), ansiedad 20.8% (25), aburrimiento 15.8% (19) y depresión 9.2% (11). Por otro lado 44 de los 120 cuidadores entrevistados (36.7%) padece una enfermedad orgánica diagnosticada, siendo la más frecuentes, lumbalgia 18.2% (8), gastritis 15.9% (7) y artritis reumatoidea / osteoartritis

15.9% (7).

Gráfico 4. Cuidadores según patologías diagnosticadas

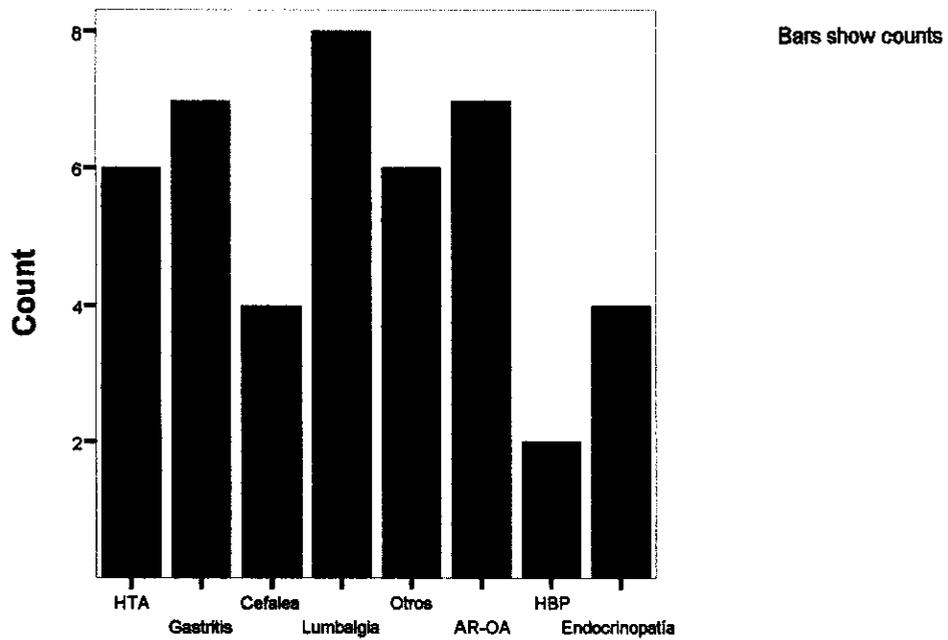
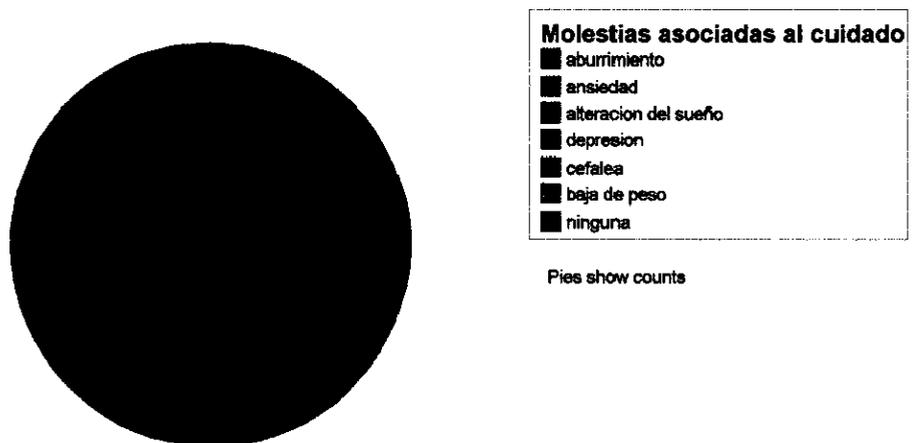
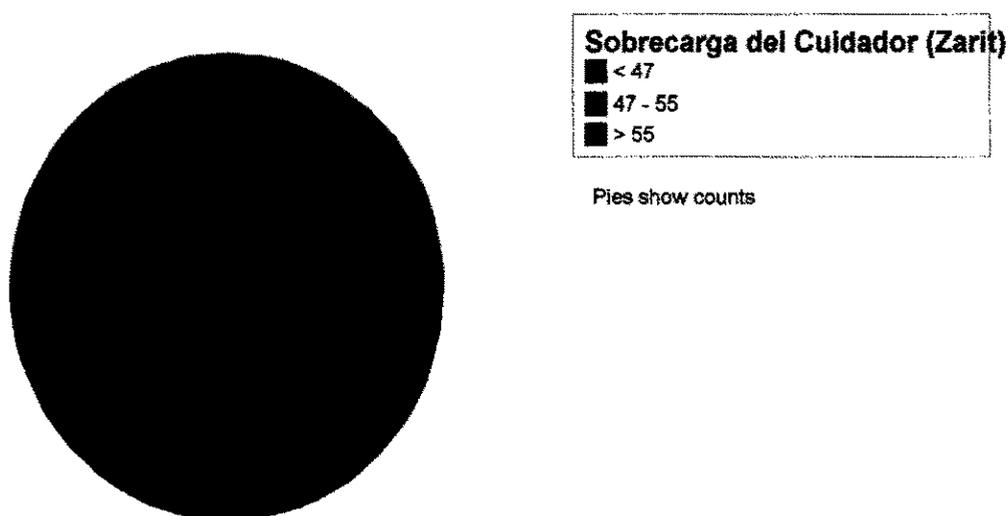


Gráfico 5. Impacto en la salud del cuidador



Cuando se aplicó la entrevista de sobrecarga del cuidador, los resultados fueron: el 51.7% (62) sin sobrecarga Zarit < 47, mientras que un 26.7% (32) presentó sobrecarga leve Zarit 47 – 55 y un 21.7% (26) sobrecarga intensa, Zarit > 55.

Gráfico 6. Sobrecarga del Cuidador



En un último acápite se consideró el tipo de capacitación para mejorar el cuidado del paciente, que el cuidador preferiría, hallándose que un 53.3% (64) optaría por asistir a cursos, un 30.8% (37) quisiera entrenamiento en domicilio y un 15.8% (19) prefiere la lectura de folletos.

X. DISCUSIÓN

En muchas sociedades como la nuestra, la familia es el sistema de apoyo social para el adulto mayor más importante y muchas veces el único. Este sistema proporciona una infinidad de servicios como apoyo emocional, económico, toma de decisiones y asistencia instrumental. El cuidado y la preocupación surgen de compromisos emocionales sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo. Por estos motivos en nuestra sociedad predomina el cuidado informal ejercido por un familiar, amigo o vecino. Un estudio norteamericano encontró que el 26.6% de los cuidadores de personas mayores de 65 años eran hijas, 17.5% otro familiar mujer, 14.7% hijo, 13.4% esposa, 10.0% esposo, 8.6% otro familiar varón⁸. Otros estudios han encontrado porcentajes de 15%⁵ y 24%⁶ para el cuidado ejercido por amigos o vecinos. Parodi, en su estudio realizado en cuidadores del Centro Geriátrico Naval en Lima encontró que el 84.2% de los cuidadores eran familiares⁴⁴. Este aspecto también ha sido corroborado en el presente estudio, donde el 67, 5% (81) corresponde al cuidado informal, ejercido exclusivamente por familiares, no encontrándose vecinos ni amigos que brinden el cuidado.

Los familiares no necesariamente se reconocen ni describen a sí mismos como *cuidadores*; son generalmente cónyuges, hijas, hijos o nueras, que en un momento dado tienen que asumir la mayor parte de la responsabilidad del cuidado del paciente que requiere de cuidado personal y apoyo en otras actividades de la vida diaria, ya que ha perdido la capacidad de cuidarse a sí mismo parcial o totalmente. La mayor parte de estudios coinciden en la predominancia del género femenino tanto en estudios a nivel local como en la literatura importada^{2,44}, lo que así mismo ha sido demostrada en nuestra población de estudio; además

aproximadamente el 75% de cuidadores de personas mayores de 65 años son hijas², nosotros encontramos un 28.3% similar a los resultados de otro estudio local 29.8%⁴⁴.

La edad promedio de los cuidadores calculada en estudios norteamericanos fluctúa entre 43² y 46⁶ años. La Asociación Peruana de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias reportó en el 2000, un promedio de 39 años para los cuidadores de pacientes con esta enfermedad dentro de sus asociados⁷. En nuestro trabajo se encontró un promedio de edad de 45.45 años lo que coincide con promedios internacionales. En lo que respecta a cuidadores adultos mayores, sólo encontramos un 25.8% inferior a los hallazgos en estudios locales que encontraron hasta un 56.1%.

Un buen porcentaje de los cuidadores del estudio eran amas de casa 40.8% (49), es decir que comparten sus labores domésticas con el cuidado del paciente circunstancia que no es bien evaluada en otros estudios similares y que lógicamente debe influenciar negativamente en la sobrecarga del cuidador.

El estado civil del cuidador es un aspecto del perfil que difiere de los hallazgos de otros estudios donde predominan los casados 70.2%⁴⁴; mientras que en nuestro estudio representan sólo 40% y donde el predomio es de los solteros 55%, además se debe mencionar que un 21.6% (26) corresponde a mujeres solteras mayores de 40 años, que en su mayoría, refieren que *han postergado la formación de su propia familia por brindar cuidados a su familiar por lo general sus padres.*

El nivel de instrucción del cuidador repercute en la calidad del cuidado ofrecido, ya que indirectamente repercutirá en la calidad de información reportada por el cuidador al personal de salud, la habilidad para la comprensión de las instrucciones médicas, etc. Los resultados de este estudio ya mencionaron porcentajes de cuidadores con nivel de secundaria completa (35.8%) superior (22.7%) y técnico (15%), lo que podría constituir una fortaleza

cuando se planteen estrategias de intervención.

Algunos estudios han reportado un incremento en el número de cuidadores que no viven con el paciente principalmente por el aumento del cuidado formal⁵, sin embargo nuestros resultados arrojan cifras interesantes, ya que el 14.2% (17) de los cuidadores no viven con el paciente, pese a corresponder a un 32.5% (39) de cuidado formal (remunerado); es decir que cuidadores formales se ven en la necesidad de trasladarse al domicilio del paciente receptor de cuidado, para cumplir su trabajo.

Como sabemos la Atención Geriátrica Domiciliaria, es un nivel asistencial con base en el Servicio de Geriátrica hospitalario, que tiene como función el colaborar con la atención primaria en el manejo de los pacientes cuya complejidad desborde las posibilidades de ésta, tratándose generalmente de ancianos de “alto riesgo” que no puede desplazarse a la consulta, que constituyen una pesada carga para sus cuidadores y que de no prestárseles una atención, o al menos una supervisión especializada, son candidatos a ingresar en una institución de por vida³⁴. Siendo características de estos pacientes su edad avanzada (media de 78 a 83 años), su pluripatología (media de 4 enfermedades crónicas por paciente), la necesidad de polifarmacia (media de 3 fármacos), su deterioro avanzado (del 55 a 65% padecen incapacidad grave) y sus altos requerimientos de asistencia de enfermería³⁵. En el presente estudio se encontró una edad media del paciente de 84.98 años ligeramente mayor a la reportada por un estudio local⁴⁴ de 80.6 años; en cuanto al género de los pacientes se encontró una distribución relativamente equitativa entre hombres y mujeres 48.3% (58) y 51.7% (62) respectivamente, a pesar de tratarse de pacientes de una institución policial con personal predominantemente masculino; si embargo esto se explicaría porque los servicios de la Clínica Geriátrica San José PNP, son ofertados además de titulares a los padres y esposas de éstos.

Si consideramos el deterioro funcional, se encontró 85.8% (103) pacientes con

incapacidad grave (CRF 4 y 5) y 71.7% (86) pacientes dependientes con Katz F y G. Shaw y col. en un estudio longitudinal concluyeron que el riesgo alto de experimentar problemas de salud está asociado a mayor necesidad de asistencia en las AVD del paciente; por tanto esto constituiría un factor de riesgo en nuestra población de estudio.

Cuando se evaluó los diagnósticos principales por los que el paciente fue incluido en el servicio de ADOGE, se determinaron resultados congruentes a los hallazgos de Ovalle en España³⁵, con el Accidente Cerebrovascular (35.8%) a la cabeza, seguido por demencias (25%) y enfermedad de Parkinson (11.7%). Adicionalmente se consideran otros aspectos relacionados con el cuidado encontrándose desnutrición en 36.6% (44), higiene inadecuada 27.5% (33) y úlceras por presión en 15.8% (19); lo que indirectamente mostraría un cuidado inadecuado, que amerita intervención social.

El tiempo empleado para el cuidado de adultos mayores, es otro aspecto ampliamente evaluado en muchos estudios; se ha calculado en 17.9 horas semanales el tiempo asignado al cuidado de personas mayores de 50 años⁵ llegando a 20 horas semanales si se trata del cuidado de mayores de 65 años⁶. El 20% de los cuidadores de personas mayores de 50 años emplean 40 horas semanales⁵. En este trabajo, se observa el tiempo dedicado al cuidado es mucho mayor, un 51.6% (62) de los cuidadores invierten las 24 horas del día, los 7 días de la semana al cuidado del paciente, es decir 168 horas semanales, prácticamente viven a los pies de la cama del paciente. Inclusive se encontró 3 cuidadores formales (remunerados) dentro de este grupo.

Es conocido que las situaciones de mayor sobrecarga del cuidador son el número elevado de horas de cuidado diario y la necesidad de prestar cuidados durante la noche. Los cuidadores de nuestro estudio en un 74.2% (89) realizan su labor en horarios de día y noche, mientras que un 20% (24) lo realizan en horario diurno y el 5.8% (7) lo hace exclusivamente

en horario nocturno; resultados que adicionados a los del párrafo anterior, demuestran el gran riesgo de sobrecarga al que están expuestos.

Al evaluar el cuidado formal, se encontró que un 32.5% (39) de los cuidadores pertenecían a este tipo de cuidado, correspondiendo en su totalidad al género femenino; encontrándose además en este grupo dos sobrinas nietas. Las remuneraciones que perciben estos cuidadores a penas se acerca a un sueldo mínimo vital, en promedio 393 soles mensuales. Se conoce que el estrés es inversamente correlacionado con los ingresos del cuidador, cuanto menor ingreso tenga el cuidador mayor es el estrés que él o ella desarrollará¹⁸. Estos resultados reflejan probablemente la situación económica que atraviesa el país, y las precarias remuneraciones de los miembros de las fuerzas policiales. Quizá este sea el motivo por el que también, cuando se contrata a un cuidador se opte por personal muchas veces no calificado, pero que está dispuesto a brindar sus servicios por un sueldo mínimo. Este estudio demuestra que sólo el 13.3% (16) de los cuidadores poseía capacitación en actividades de salud generalmente, auxiliares de enfermería.

Por otro lado la importancia del cuidado informal es decir el brindado por un familiar, amigo o vecino; viene cobrando mayor importancia en los últimos tiempos a raíz de los análisis efectuados para valorar su costo. En el estudio efectuado por Arno en USA en 1999, "El Valor Económico del Cuidado Informal", este economista estimó que si el cuidado informal fuera reemplazado por servicios remunerados, éste costaría unos \$196 billones. En 1997, \$83 billones fueron gastados en cuidados en casa de reposo comparado con \$32 billones para cuidados domiciliarios. En muchos países se están desarrollando sistemas para el apoyo del cuidador, de tal forma que permitan de algún modo liberar parte de la carga emocional que soportan a raíz del cuidado que proporcionan; así como constante capacitación e información sobre temas de su interés. Estos servicios de soporte de cuidadores incluyen consejo,

información, apoyo continuo y han demostrado diferir la institucionalización de personas con demencia moderada por cerca de una año²⁴.

Algunos estudios han evaluado el aspecto laboral y el impacto del cuidado en éste; en 1998 el 51.8% de los cuidadores de personas mayores de 65 años en USA contaba con un trabajo a tiempo completo, 19.7% no contaba con trabajo, 15.9% era retirado y 12.3% contaba con trabajo a tiempo parcial⁹. En este estudio se ha encontrado que un 20.8% de los cuidadores dejó de trabajar por cuidar a su familiar, un 4.2% trabaja menos horas, un 1.7% falta al trabajo con frecuencia; lo que demuestra un impacto discreto y condicionado por situaciones de coyuntura socioeconómica del país.

Cuando se evaluó el impacto del cuidado sobre la salud física y mental del cuidador se encontraron interesantes resultados que merecen ser detallados; Schulz encontró que los cuidadores que experimentan estrés mental o emocional tienen un 63% de riesgo mayor de morir que los no cuidadores¹¹. Se reporta que un 31% de los cuidadores de personas mayores de 65 años describen su salud física como "fair to poor".⁵ En un estudio publicado por la Fundación Kayser el 2000, los cuidadores informales describieron sus sentimientos hacia la persona receptora del cuidado como: amor 96%, aprecio 90%, orgullo 84%, preocupación 53%, frustración 37%, triste o deprimido 28%, agobiado 22%.¹² En el estudio de Schulz, encontró que la respuesta al fallecimiento del cónyuge es diferente dependiendo si éste requirió de mayores o menores cuidados, aquellos que habían proporcionado cuidado y habían padecido tensión como producto del cuidado, mostraron mejoría de la salud como resultado de la muerte del cónyuge; mientras que aquellos que no actuaron como cuidadores respondieron a la muerte con depresión y pérdida de peso.¹¹ Muchos estudios han estimado entre cuidadores un 46 – 59% de depresión clínica¹³, aproximadamente 49% de cuidadores femeninos y 31% de cuidadores masculinos experimentan depresión como resultado del cuidado¹⁴. Entre los

cónyuges cuidadores, 21 – 25% de los esposos y 50 – 52% de las esposas son deprimidos¹⁵. En este estudio se encontraron que las principales molestias que reportaron los cuidadores y que asocian a su labor como cuidador fueron: alteraciones del sueño (33.3%), ansiedad (20.8%), aburrimiento (15.8%) y depresión 9.2%. En cuanto al padecimiento de enfermedades diagnosticadas, se encontró que el 36.7% padecía al menos una enfermedad entre las que destacan lumbalgia, gastritis, hipertensión arterial, patologías que directa o indirectamente también pueden relacionarse a la labor o al estrés del cuidador. Es importante resaltar que ninguno de los cuidadores reportó como enfermedad diagnosticada, los trastornos afectivos (ansiedad/depresión) ,pese a que como se mencionó estas entidades son mencionadas por los mismos cuidadores en un 30% como molestias relacionadas al cuidado. De ello se puede deducir que estas entidades podrían estar siendo confundidas como problemas psicossomáticos y por tanto subdiagnosticadas.

Según Brown et al, la percepción de “*carga del cuidador*” referida como excesiva entre el 15 y 17% constituye un punto clave, por que debe buscarse en forma sistémica, como parte de la valoración integral del anciano dependiente, para su detección precoz, ya que se correlaciona claramente con la necesidad de apoyo social domiciliario y el riesgo de institucionalización. Para valorar este aspecto, se ha empleado la escala de sobrecarga del cuidador Zarit, que consta de 22 items que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociada a la prestación de cuidados: salud física, salud psíquica, actividades sociales y recursos económicos. En este trabajo se encontró que el 48.4% de los cuidadores tenían sobrecarga, de ellos el 44.8% tuvo sobrecarga intensa. Existe una relación lineal y estrecha entre sobrecarga y estrés del cuidador y abuso y maltrato del adulto mayor, enmarcada desde abuso físico, negligencia, abuso psicológico y abuso económico; lo que podría correlacionarse con nuestros hallazgos de evidencia de pacientes con desnutrición,

higiene inadecuada y úlceras por presión. Por estas razones cobra vital importancia las estrategias de intervención con la finalidad de aliviar esta sobrecarga. Zarit reportó que los cuidadores que recibieron ayuda con 1 día de cuidado, 2 veces por semana por lo menos por tres meses experimentaron una reducción en el número de indicadores de estrés comparado con el grupo control que no tuvo “respiro de cuidado”. De lo anterior podemos deducir que los cuidadores del estudio presentan niveles elevados de sobrecarga y por tanto los pacientes a su cargo están en grave riesgo, si es que ya no sufren, de algún tipo de abuso ya mencionado; por lo que se hace necesario establecer programas y otras estrategias de intervención en este grupos de cuidadores.

Adicionalmente en el estudio se consideró la interrogante a cerca del tipo de capacitación que el cuidador desearía recibir, encontrándose que el 53.0% prefería asistir a cursos, un 30.8% prefería recibir capacitación en su domicilio y un 15.8% prefería leer folletos. Cuando evaluamos los motivos de estas respuestas, muchos cuidadores refirieron que preferían no salir de su domicilio para asistir a un curso, “por no tener con quien dejar a su familiar”, sin embargo entre aquellos que desearían asistir, encontramos otros, que a pesar de no tener facilidades de tiempo, consideran que sería bueno tener un tiempo libre fuera de su domicilio y más aun dedicado a conocer más sobre el cuidado de su familiar.

XI. CONCLUSIONES

- Los cuidadores de los pacientes atendidos en el servicio de ADOGE de la Clínica Geriátrica San José PNP, corresponden en su mayoría a cuidadores informales, exclusivamente familiares; generalmente mujeres, hijas y esposas, que comparten su tiempo entre el cuidado de su familiar y labores de ama de casa.
- Los montos de las remuneraciones de los cuidadores formales, reflejarían la situación económica del personal policial e indirectamente la situación económica del país.
- Caracteriza a este grupo de pacientes, su edad avanzada media de 84.98 años, su deterioro avanzado (el 85.8% padece incapacidad grave) y sus altos requerimientos de asistencia en actividades de la vida diaria.
- Los altos niveles de sobrecarga del cuidador tienen un impacto negativo en la salud física y mental de estos cuidadores.
- Existe una estrecha relación entre sobrecarga del cuidador y riesgo del paciente de padecer abuso y maltrato.
- La evidencia de úlceras de presión, desnutrición, higiene inadecuada, podrían considerarse como signos de alarma para la detección de maltrato del adulto mayor e indirectamente sobrecarga del cuidador.
- Los programas de intervención de los cuidadores han demostrado eficacia en la disminución de la sobrecarga.
- Entre las estrategias de intervención de cuidadores, además de la motivación, se encuentran la capacitación y el entrenamiento sobre estrategias de manejo terapéutico, diagnóstico y conductuales.

XII. RECOMENDACIONES

- Incluir la valoración de sobrecarga del cuidador en todo paciente adulto mayor dependiente .
- Implementar un Programa de Intervención de los cuidadores del servicio de ADOGE de la Clínica Geriátrica San José PNP a corto plazo.
- Extender los cursos de capacitación a cuidadores de pacientes hospitalizados, a los cuidadores del servicio de ADOGE como parte de las estrategias de intervención.
- Ampliar le evaluación social de todo paciente con evidencia de cuidado inadecuado o evidencia de sobrecarga de cuidador, para potenciar los recursos familiares en la ayuda al cuidador principal.
- Implementar un Programa de Apoyo a Cuidadores con los recursos humanos de la Oficina de Voluntariado de la Clínica Geriátrica San José PNP, para ofrecer ayuda con el cuidado, y de esta manera brindar un poco de “respiro” al cuidador de pacientes que no tengan la posibilidad de utilizar los recursos familiares, de acuerdo a la evaluación social de cada caso.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Salvatore J. Giorgianni, PharmD : The Pfizer Journal, Volume One, Number Three Fall 1997.
2. Wagner D. *Comparative Analysis of Caregiver Data for Caregivers to the Elderly*. 1990 and 1998. Bethesda, Md: National Alliance for Caregiving; June, 1998.
3. INEI Informe Estadístico. Lima 1993.
4. INEI Perú: Perfil Sociodemográfico de la tercera edad. Lima 1993.
5. National Alliance for Caregiving and AARP (June, 1997). *Family Caregiving in the U.S.: Findings From a National Survey*, National Alliance for Caregiving, Bethesda, MD and AARP, Washington, DC.
6. Health and Human Services (June, 1998). *Informal Caregiving: Compassion in Action*. Department of Health and Human Services, Washington, DC.
7. Guerrá A. Mariella y col. Guía de Orientación para Familiares y Cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer
8. Spector, W. el D. et al. (Septiembre, 2000). *Las Características de Usuarios del Cuidado A largo plazo (AHRQ Publicación No. 00-0049)*. La Agencia para Healthcare e search y Política, Rockville, MD.
9. J. T., Galinsky, E. y Swanberg, J. E. (1998). *Estudio Nacional de la Mano de obra Cambiante*. Instituto de Trabajo, Nueva York, NY.

10. Stone, R., Cafferata, G.L., and Sangl, J. (1987). Cuidadores del Anciano Grágil. Un Perfil Nacional. *The Gerontologist*, Vol. 27, No. 5, pp. 616-626.
11. Schulz, R. and Beach, S. R. (Diciembre, 1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study, *JAMA*, Vol. 282, No. 23, pp. 2215-2219.
12. Family Circle and Kaiser Family Foundation (Setiembre, 2000). *The Family Circle/Kaiser Family Foundation National Survey on Health Care and Other Elder Care Issues: Summary of Findings and Chart Pack*. The Henry J. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA.
13. Gallagher, D. Rose, J., Rivera, P., Lovett, S., and Thompson, L (1989). Prevalence of Depression in Family Caregivers. *The Gerontologist*, Vol. 29, No. 4, pp.449-456.
14. Family Caregiver Alliance (December, 2000). *California's Caregiver Resource Center System Annual Report Fiscal Year 1999-2000*. Family Caregiver Alliance, San Francisco, CA.
15. Cohen, D., Luchins, D., Eisdorfer, C., Paveza, G., Ashford, J., Gorelick, P., Hirschman, R., Freels, S., Levy, P., Semia, T., and Shaw, H. (1990). Caring for Relatives With Alzheimer's Disease: The Mental Health Risks to Spouses, Adult Children, and Other Family Caregivers. *Behavior, Health and Aging*, Vol. 1, No. 3, pp. 171-182.
16. George, L.K., and Gwyther, L.P. (1986). Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *The Gerontologist*, 26(2), 253-260.
As cited by Scharlach, A.E., Lowe, B.F., and Schneider, E.L. (1991). *Elder Care and the Work Force: Blueprint for Action*. Lexington Books, Canada.
17. Yee, J. L. and Schulz, R. (2000). Gender Differences in Psychiatric Morbidity Among Family Caregivers: A Review and Analysis. *The Gerontologist*, Vol. 40, No. 2, pp. 147-164.

18. AARP (2001). *In the Middle: A Report on Multicultural Boomers Coping with Family and Aging Issues, Executive Summary*. AARP, Washington, DC.
19. Arno, P. S., Levine, C. and Memmott, M. M. (1999). The Economic Value of Informal Caregiving. *Health Affairs*, Vol. 18, No. 2, pp. 182-188.
20. Metlife Mature Market Group (June, 1997). *The Metlife Study of Employer Costs for Working Caregivers*. Metlife Mature Market Group, Westport, CT.
21. Brody, E.M. (1990). *Women in the Middle: Their Parent Care Years*. Springer Publishing Co., New York, NY.
22. Gwyther, L.P. (1990). Clinician and Family: A Partnership for Support. In N.L. Mace (Ed.), *Dementia Care: Patient, Family and Community*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
23. American Association of Retired Persons (AARP) and The Travelers Foundation (1988). *A National Study of Caregivers: Final Report*. AARP, Washington, DC.
24. Mittelman, M., et al. (1996). A Family Intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of the American Medical Association*, vol. 276, No. 21, pp. 1725-1731.
25. Guillén Llera F, Salgado Alba A. Organización Geriátrica de un área sanitaria. Atención Geriátrica primaria. *Medicine (Madrid)* 1987; 86: 3601-3607.
26. Salgado Alba A. Geriátria y Medicina Interna: Colaboración y no antagonismo, *N Arch Fac. Med.* 1985; 43: 200-201.

27. Applegate W, Akins DE, Elam JT. A geriatric assessment and rehabilitation unit in a rehabilitation hospital. EN: Rubenstein LZ, Campbell LI, Kane RL. Clin Geriatric Med 1987; 3: 145-154.
28. Guillén Llera F, Unidades Geriátricas de Hospitalización. En: Salgado Alba A. Tratado de Geriatria. Barcelona, Salvat Ed SA, 1986: 59-67.
29. Steel K, Hays A. A consultation service in geriatric medicine at an university hospital. JAMA 1981; 245: 1410-1411.
30. García Sierra JL. Hospital de Día Geriátrico. En: Salgado Alba A. Tratado de Geriatria. Barcelona, Salvat Ed SA, 1986: 69-78.
31. Comité de Expertos de la OMS. Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos. Ginebra: OMS, 1974.
32. Rossman I. The geriatrician and the homebound patient. J Am Geriatr Soc 1988; 36: 348-354.
33. Whewell J, Marsh GN, Mc Nay RA. Changing patterns of home visiting in the North of England. Br Med J 1987; 286: 1259-1261.
34. Buckley EG, Williamson J. What sort of "health checks" for older people? Br Med J 1988; 296: 1144-1145.
35. Ovallé F, López Alvarez JL. Experiencia en cuidados domiciliarios en Atención primaria de salud. Rev Esp Geriatr Gerontol 1987; 22: 175-178.
36. Ramsdell JW. The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients. J Am Geriatr Soc 1989; 37: 1071-1078.

37. Hendriksen C, Lund E. Hospitalization of elderly people. A 3-year controlled trial. *J Am Geriatric Soc* 1989; 37: 117-122.
38. Vladek BC. Understanding long-term care. *N Engl J Med* 1989; 307: 889-890.
39. Gutner T, ed. Farewell to the nursing home: a host of alternatives help the aging live independently. *Business Week*. February 17, 1997;100-101.
40. Vladek BC. On reforming Medicare home health benefit. Statement before the House Commerce Committee, Subcommittee on Health and Environment, March 5, 1997; Washington, DC: HCFA.
41. Feinberg LF. Private sorrows/public issues: the needs of family caregivers. *J Mental Health Aging*. 1995;1:213-219.
42. Freudenheim E, ed. *Chronic Care in America: A 21st Century Challenge*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; August 1996.
43. Martín et al, Validación de la Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit. *Rev. Gerontol* 1996.
44. Parodi JF, Perfil del Cuidador del paciente Adulto Mayor del Centro Geriátrico Naval. Tesis especialista Geriatria UNMSM 2000.
45. Zarit KE, Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980, 20: 649-654.
46. Martín M; Salvadó I, NadalS. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caergiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996; 6: 338-346