

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FIONAL DE GRADUACION PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGIA

Título de la investigación

“Análisis de la presencia del Síndrome del Cuidador Cansado o Síndrome de Burnout
en el personal cuidador de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la Clínica
Calle Real, en el tercer cuatrimestre 2023”

Nombre de los sustentantes

Luis Diego Orozco Brenes

Andrea Ortiz Madriz

Tutor

Dr. Leónidas Bonilla Carballo

Sede Central

Julio,2024

I. Resumen

Con el aumento de la incidencia de la población adulta mayor a nivel mundial nuestro país no se exenta de esta. En Costa Rica se considera a una persona como adulto mayor a partir de los 65 años.

Al aumentar la incidencia aumenta también el número de cuidadores de personas que no tengan la capacidad de verse por sí mismos.

El cuidado de adultos mayores no es fácil y aún más si estos presentan una demencia, la carga de trabajo aumenta y con esta el nivel de obligaciones y presiones de los cuidadores. Al aumentar el trabajo empiezan a desarrollarse una serie de manifestaciones clínicas que pueden desarrollar una enfermedad. Las más comunes son estrés, ansiedad, insomnio, cefaleas, abuso de sustancias nocivas que con el tiempo generan que se desarrolle el Síndrome de Cuidador Cansado.

Dicho síndrome se define como la manera inadecuada de manejar el estrés que como consecuencia va a generar agotamiento general, desinterés por actividades diarias, entre otras. El estrés se considera como el factor desencadenante de este síndrome, además que también se relaciona a que son las mujeres las que principalmente asumen este rol.

Hay 2 tipos de cuidadores, los principales o primarios que son usualmente un familiar o profesional contratado por la familia y los cuidadores secundarios que se considera como quien ayuda al cuidador principal y son familiares o amigos cercanos.

Como objetivo general para el desarrollo de este trabajo de investigación se realizó el Analizar la presencia del síndrome de cuidador cansado o burnout sobre el personal cuidador de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real, durante el tercer cuatrimestre 2023.

Este trabajo es una investigación cualitativa de tipo no experimental, con un enfoque de acción y de diseño transicional. A su vez la población estudiada fueron 30 personas que sean cuidadoras de personas bajo el diagnóstico de Síndrome demencial. En el cual se concluye que la población estudiada no presenta Síndrome de Cuidador Cansado.

II. Agradecimiento

De mi parte, Luis Orozco Brenes, quiero agradecerle a Dios por todo, ya que Él siempre ha sido una pieza importante en el motor como yo le digo al esfuerzo para salir adelante. Por otro lado, el mayor agradecimiento se lo quiero dar a mi papás y hermana, ya que ellos desde ese 16 de enero del 2016, cuando fue el primer día de universidad, siempre han estado apoyándome siempre y nunca han dejado caer ante todo lo que me han llegado a pasar.

También tengo que agradecerle mucho a mi compañera Andrea Ortiz, que gracias al esfuerzo de ambos, logramos culminar este trabajo final de graduación y además que desde que nos conocimos en el 2020, siempre hemos estado juntos apoyándonos en todo, no puedo estar más que agradecido con ella.

Y un agradecimiento muy grande a nuestro tutor el Dr. Leónidas Bonilla Carballo, por toda su dedicación, ayuda, aprendizaje como docente y como tutor para la culminación de este trabajo de investigación.

De mi parte, Andrea Ortiz Madriz, quiero agradecer primero a Dios, por permitirme llegar hasta acá, de igual manera agradecer tanto a mi mamá como a mi papá por estar conmigo siempre, en este largo camino que desde el día que dije que quería estudiar medicina no dudaron y siempre me apoyaron.

Además a mi compañero Luis Orozco a quien más que compañero considero un buen amigo, con el cual siempre compartimos y trabajamos juntos en la universidad así como apoyarnos mutuamente.

Agradezco también a nuestro tutor de tesis el Doctor Leónidas Bonilla Carballo por su valioso tiempo durante este trabajo final de graduación y por todo el aprendizaje brindado.

III Dedicatoria

Este trabajo final de graduación se lo dedico a mi papá Jimmy, mi mamá Grettel, a mi hermana Katherin que siempre ha sido mi mayor apoyo y también se la dedico a mi abuelo Oscar Brenes Monge que hace 2 años se nos adelantó y no pude vivir a su lado todo este proceso, pero sé que él siempre está a mi lado y sé que está orgulloso de mi.

Atentamente

Luis Orozco Brenes

Dedico este trabajo final de graduación a mis padres por su apoyo incondicional, a mi tía Mariana por ser una parte fundamental en mi vida y apoyarme siempre hasta el día de hoy.

A mi mascota Luna por esas noches largas de estudio.

Atentamente

Andrea Ortiz Madriz

IV Tabla de contenido

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Introducción.....	2
1.2 Planteamiento del problema.....	4
1.3 Objetivos.....	5
1.3.1 Objetivo General.....	5
1.3.2 Objetivos específicos.....	5
1.4 Justificación.....	6
1.5 Antecedentes.....	8
1.5.1 Locales.....	8
1.5.2 Nacionales.....	8
1.5.3 Internacionales.....	9
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Cuidador.....	13
2.1.1 Definición.....	13
2.1.2 Tipos de cuidador.....	13
2.2 Síndrome de Cuidador Cansado.....	15
2.2.1 Definición.....	15
2.2.2 Etiología.....	15
2.2.3 Factores Predisponentes.....	16
2.2.4 Estadios del cuidador cansado.....	16
2.2.5 Manifestaciones clínicas.....	19
2.2.6 Tratamiento.....	19
2.2.6 1. No farmacológico.....	20
2.2.6 2. Farmacológico.....	20
2.3 Adulto mayor.....	20
2.3.1 Definición.....	20
2.3.2 Incidencia.....	21
2.3.2.1 Incidencia del año 2021.....	21
2.3.2.2 Incidencia del año 2022.....	23
2.3.2.3 Incidencia del año 2023.....	25
2.4 Demencias.....	29
2.4.1 Definición.....	29
2.4.2 Manifestaciones clínicas.....	30
2.4.3 Epidemiología.....	31
2.4.4 Causas.....	33
2.4.5 Tipos de demencia.....	35
2.4.5.1 Enfermedad de Alzheimer.....	36

2.4.5.1.1	Generalidades.....	36
2.4.5.1.2	Manifestaciones clínicas	36
2.4.5.1.3	Diagnostico	39
2.4.5.1.4	Epidemiología.....	40
2.4.5.1.5	Patología	41
2.4.5.1.6	Genética	42
2.4.5.1.7	Tratamiento.....	43
2.4.5.2	Demencia Frontotemporal	43
2.4.5.2.1	Generalidades.....	43
2.4.5.2.2	Manifestaciones clínicas	43
2.4.5.2.2.1	Variante conductual	45
2.4.5.2.2.2	Variante semántica.....	45
2.4.5.2.2.3	Variante no fluida / agramatica de afasia progresiva primaria	46
2.4.5.2.3	Genética	47
2.4.5.2.4	Neuropatología.....	48
2.4.5.3	Demencia vascular.....	48
2.4.5.3.1	Generalidades.....	48
2.4.5.3.3	Subtipos	50
2.4.5.3.3.1	Apoplejía cerebral grande.....	50
2.4.5.3.3.2	Enfermedad cerebrovascular de vasos pequeños.....	50
2.4	Consecuencias del cuidador cansado.....	52
2.4.1	Físicas	53
2.4.2	Psicológicas	53
2.4.3	Laborales.....	53
2.4.4	Sociales	53
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO		55
3.1	Tipo de investigación.....	56
3.2	Población	57
3.3	Muestra	57
3.4	Criterios de inclusión.....	59
3.5	Criterios de exclusión	59
3.6	Fuentes de información.....	59
3.7	Criterios de búsqueda.....	60
3.7	Variables	61
3.8	Limitantes	62
CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		63
4.1	Edad de los cuidadores	64
4.2	Género de los cuidadores.....	66

4.3 ¿Es cuidador un paciente con síndrome demencial?	67
4.4 Parentesco de los cuidadores.....	68
4.5 Edad de los pacientes adultos mayores	70
4.6 Conoce la definición de Síndrome de Cuidador Cansado	72
4.7 ¿Conoce el término de demencia?.....	73
4.8 ¿Presenta una red de apoyo?	75
4.9 ¿Ha desarrollado alguna enfermedad desde que cumple su papel como cuidador?.....	76
4.10 ¿Qué enfermedad ha desarrollado a raíz de ser cuidador de adulto mayor con Síndrome demencial?.....	77
4.11 ¿ Ha empeorado su enfermedad desde que cumple el papel como cuidador del adulto mayor con síndrome demencial ?.....	80
4.12 Toma el cuidador del adulto mayor con síndrome demencial tiempo libre durante el día para él mismo.	82
4.13 Como se distrae en su tiempo libre el cuidador del adulto mayor con síndrome demencial	83
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	84
5.1 Conclusiones.....	85
5.2 Recomendaciones	87
CAPÍTULO VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
Anexos.....	99
7.1 Preguntas realizadas en la entrevista	99

V. Lista de tablas

Tabla 1. Cuál enfermedad ha desarrollado a raíz de ser cuidador del adulto mayor con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	53
Tabla 2. Cómo se distrae en su tiempo libre el cuidador del adulto mayor con síndrome demencial.....	56

VI Lista de figuras

Figura 1: Incidencia de adultos mayores 2021	22
Figura 2: Situación de pobreza en adultos mayores durante el 2021	23
Figura 3: Incidencia de adultos mayores 2022	24
Figura 4: Situaciones que merecen atención a la población adulta mayor durante el año 2022.....	25
Figura 5: Incremento de la población adulta mayor del año 2003 al 2043.....	26
Figura 6: Incremento de la población adulta mayor del año 2003	27
Figura 7: Cantones con mayor cantidad de adultos mayores	28
Figura 8: Cuidado de personas adultos mayores	29
Figura 9: TAC y RNM de cerebro sano vs enfermedad Alzheimer	39
Figura 10. Placas neuríticas y Ovillos Neurofibrilares	41
Figura 11: Variantes de la demencia frontotemporal	43
Figura 12: Criterios diagnósticos para la variante semántica	45
Figura 13: Criterios diagnósticos para la variante a-gramática no fluida de la afasia progresiva primaria	46
Figura 14 Infarto lacunar	50
Figura 15: Micro infartos en la enfermedad cerebrovascular de vasos pequeños	51
Figura 16. Identificación de la muestra	57

VII Lista de gráficos

Gráfico 1. Edad de cuidadores de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	44
Gráfico 2. Género de cuidadores de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	45
Gráfico 3. Es o no cuidador de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	46
Gráfico 4. Parentesco de los cuidadores de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	47
Gráfico 5. Edad de los pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	48
Gráfico 6. Conocen los cuidadores de adultos mayores con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023 el término síndrome de cuidador cansado.....	49
Gráfico 7. Conocen el término demencia los cuidadores de adultos mayores con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	50
Gráfico 8. Tiene apoyo por parte de otros familiares para el cuidado del adulto mayor con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023...	51
Gráfico 9. Ha desarrollado alguna enfermedad desde que cumple su papel como cuidador del adulto mayor con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	52
Gráfico 10. Ha empeorado su enfermedad desde que cumple el papel como cuidador del adulto mayor con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.....	54

Gráfico 11. Toma el cuidador del adulto mayor con síndrome demencial tiempo libre durante el día para él mismo.....

VIII. Abreviaturas

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades

DNA: Ácido desoxirribonucleico

Dr.: Doctor

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

IMC: Índice de Masa Corporal

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos

NMDA: N-Metil-D-Aspartato

OMS: Organización Mundial de la Salud

RAE: Real academia española

RMN; Resonancia Magnética Nuclear

SNC: Sistema Nervioso Central

TAC: Tomografía Computarizada

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

Análisis de la presencia de síndrome de cuidador cansado sobre el personal cuidador de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real, ya que en la actualidad es un tema que ha presentado un aumento de los casos con el pasar de los años, esto de la mano del cambio que se ha observado en la pirámide poblacional por el aumento de la cantidad de adultos mayores y, por ende, el incremento de los cuidadores hacia esta población.

Es por esto por lo que el desarrollo de la investigación será de una manera integral donde se abordará la etiopatogenia del síndrome de cuidador cansado o burnout, se expondrá la relación entre el personal con síndrome de cuidador cansado y el adulto mayor con síndrome demencial y las consecuencias que pueden llegar a desarrollarse sobre los adultos mayores.

Y por último se investigará por medio de entrevistas a los familiares o cuidadores de los adultos mayores con demencias para conocer o no la presencia del síndrome del cuidador cansado.

Esta investigación consta de cinco capítulos, en el capítulo I se desarrolla el problema por el cual se realiza esta investigación con su debida justificación, además de presentar los antecedentes a nivel local, nacional e internacional. Durante el capítulo II se va a extender todo lo relacionado con la teoría de la investigación, ya que, por medio de artículos científicos, infografías, etc., serán de utilidad para poder sustentar esta investigación.

Lo correspondiente al capítulo III llamado marco metodológico, en este capítulo se explicará el cómo se realizó la investigación, describiendo el tipo de investigación, criterios de exclusión, criterios de búsqueda, etc.

Con respecto al capítulo IV, que va de la mano con el capítulo anterior se va a realizar el análisis de la información que se recolectó por medio de las entrevistas que se le realizaron a los familiares o cuidadores de pacientes con síndrome demencial y a diferentes profesionales en medicina y psicología.

Por último, se encuentra el capítulo V, en este apartado, se indican las conclusiones correspondientes con esta investigación y las recomendaciones que se realizan para la mejora de este síndrome y además que sean de punto de partida para futuras investigaciones.

1.2 Planteamiento del problema

En la actualidad, el síndrome de cuidador cansado o también conocido como síndrome de Burnout; es una de las consecuencias más frecuentes que pueden llegar a desarrollar los cuidadores de los adultos mayores en especial con síndrome demencial. Describiéndose cómo el estrés crónico que se puede llegar a presentar a estas personas a raíz de la responsabilidad que abarca el ser la persona cuidadora de estos pacientes ¹.

Durante el pasar del tiempo, se sabe que la población de adultos mayores ha ido en aumento poco a poco, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se proyecta que para el 2030 por cada seis personas una de ellas tendrá 60 años o más y para el año 2050 esta cifra puede llegar a duplicarse ².

Siendo esto un punto de partida en la problemática actual, al ser cuidador de un familiar con síndrome demencial; según Vázquez et al., ³ en un estudio que realizaron identificaron que hasta un 35% de los cuidadores pueden llegar a presentar un agotamiento emocional y un 95% llegan a desarrollar la falta de interés en realizar el trabajo, lo cual se puede llegar a traducir de que los cuidadores lo desarrollan como una obligación y, a esto se le suma que, están presentando agotamiento emocional y, en algunos casos también físico, que puede dar como resultado una afectación en la salud del adulto mayor con síndrome demencial.

Basado en la problemática, ya expuesta anteriormente, se promueve la base de la investigación que se desarrollará a continuación, partiendo del siguiente punto ¿La presencia o no del síndrome de cuidador cansado o burnout en los cuidadores de pacientes adultos mayores con Síndrome Demencial de la Clínica Calle Real?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar la presencia del síndrome de cuidador cansado o Burnout sobre el personal cuidador de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real, durante el tercer cuatrimestre 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir la etiopatogenia del síndrome cuidador cansado.

- Relacionar el personal con síndrome de cuidador cansado y el adulto mayor con síndrome demencial y las consecuencias que se desarrollan.

- Investigar la existencia mediante entrevistas acerca del síndrome de cuidador cansado sobre el personal cuidador de adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real.

1.4 Justificación

El problema que se va a desarrollar en la investigación es la presencia o no del síndrome de cuidador cansado o Burnout en las personas cuidadoras de pacientes con síndrome demencial consultantes en de la clínica calle real.

Siendo esto que, la emergencia por así decirlo es el cuidador, por el hecho de que una parte de población que se encarga de cuidar a una persona con síndrome demencial se olvidan por así decirlo de sí mismas por estar pendientes de otra persona con síndrome demencial y colocar las necesidades del paciente en primer lugar.

Y con respecto a sus propias necesidades de salud integral las postergan para otro momento o del todo estas no les muestra la debida atención que requieren y son colocadas en segundo lugar o hasta ser olvidadas por completo, llegando así a afectar de forma negativa la salud del cuidador y también la salud de la persona enferma.

El estudio presenta un potencial positivo para su realización, ya que dentro de los objetivos que se van a desarrollar se presenta una propuesta que va a llegar a tener beneficio para el médico general tratante en cómo poder identificar el síndrome de cuidador cansado o Burnout y así realizar el abordaje necesario. Y también va a generar un beneficio al cuidador, ya que con eso se asegura que se le realice el manejo más adecuado.

Es un beneficio dual ya que se beneficia tanto el adulto mayor con síndrome demencial como su cuidador; puesto que el cuidador al tener una buena salud de forma integral va a realizar su trabajo de una manera más eficiente. De lo contrario si el cuidador no posee buena salud integral puede llegar a provocar consecuencias sin beneficio para ambas partes.

La investigación presenta utilidad metodológica, ya que puede ser utilizada como punto de referencia para futuras investigaciones, que sean similares a esta, de manera que los investigadores puedan analizar cómo ha evolucionado este síndrome con el pasar de los años, ya sea el diagnóstico, manejo, etc., o lo que crean adecuado investigar con respecto a este tema.

Es un beneficio profesional, ya que a través de los años se ha visto el aumento en la consulta de medicina general, cómo los cuidadores de los adultos mayores con síndrome demencial, llegan con múltiples síntomas que están en relación con el síndrome de cuidador cansado o Burnout; así, que, con esta investigación se pretende identificar su existencia o no en la Clínica Calle Real.

Y si está presente cómo los médicos generales lo pueden llegar a identificar, diagnosticar y cómo poder darle el manejo más adecuado y así evitar repercusiones en su salud a futuro.

1.5 Antecedentes

Para el desarrollo de los antecedentes locales y nacionales, se realizó consulta en las plataformas de la Universidad Internacional de las Américas, Universidad de Costa Rica, Universidad Hispanoamericana, Universidad San Judas Tadeo y Universidad de Iberoamericana y con respecto a los antecedentes internacionales se realizó la consulta por medio del buscador Google Académico.

1.5.1 Locales

En la base de datos de la Universidad Internacional de las Américas no se encontraron trabajos finales de graduación del mismo tema de investigación al día de hoy.

1.5.2 Nacionales

Lugar de búsqueda: Universidad de Costa Rica, autor: Luis Carlos Barrantes Navarro, año de publicación 2015.

El trabajo se trata de una revisión bibliográfica donde se pretende analizar las estrategias del síndrome del cuidador cansado en pacientes con demencia en el primer nivel de atención e identificar los instrumentos, así como las intervenciones para detectar el síndrome del cuidador cansado.

Lugar de búsqueda: Universidad de Iberoamérica, autor: Beverly Villalobos Caravaca. año de publicación 2011.

El trabajo de investigación se desarrolla con el síndrome de Burnout en los cuidadores de personas adultas mayores, el cual genera problemas psicológicos y físicos y tiene como objetivo la promoción de medidas de autocuidado en los cuidadores.

Con respecto a la Universidad Hispanoamericana y la Universidad San Judas Tadeo, al día de hoy, no se obtuvo respuesta por parte de ellas.

1.5.3 Internacionales

Lugar de búsqueda: Universidad de Ciencias Médicas Holguín, autor: Solanch Almirall Rodríguez, año de publicación 2022.

El trabajo de investigación busca conocer las cualidades de los cuidadores de los adultos mayores dentro de los cuales se ve la edad, sexo, parentesco con la persona que cuida y también el apoyo que se tiene de la familia y cómo la carga que experimenta la afecta.

Lugar de búsqueda: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, autora: Adriana Lisseth Escobar Morillo, año de publicación 2021.

El trabajo se basa en las características sociodemográficas y de salud de pacientes con demencia y cómo identificar la incidencia del síndrome de cuidador cansado en las personas que los cuidan y además establecer la relación entre los pacientes con demencia y el síndrome.

Lugar de búsqueda: Universidad Autónoma de Yucatán, autores: Carlos Vázquez García, Ramón Esperón, María del Refugio González Losa, año de publicación 2013.

La investigación identificó la presencia del síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores en casas de asistencia social, la cual dio como resultado que un alto porcentaje de las personas cuidadoras de adultos mayores presentan el síndrome y que cuando hay menor salario se presenta con mayor frecuencia.

Lugar de búsqueda: Universidad Jaume I de Castellón, autora: Susana Miguel González, año de publicación 2017.

El trabajo de investigación buscó explicar cómo viven las personas con demencia tanto en su casa como en instituciones y cómo afecta en esto los cuidados que se les brindan por parte de sus cuidadores.

Lugar de búsqueda: Universidad de la Rioja, autora: Ana María Mosquera Vázquez, año de publicación 2012.

En el trabajo de investigación se abordó tanto al cuidador como al paciente adulto mayor con demencia, buscando el estado de salud de ambos, así como la posible ayuda que pudiera tener el cuidador principal y los recursos que ambos reciben en el ingreso del servicio de geriatría del Hospital Universitario Lucus Augusti.

Lugar de búsqueda: Universidad Autónoma de Tamaulipas, autores: M.J. De Valle-Alonso, I.E. Hernández-López, M.L. Zúñiga-Vargas y P. Martínez-Aguilera, año de publicación 2014.

La investigación revisó a los cuidadores de adultos mayores los cuales vieron la situación de cada uno y si existía o no síndrome de cuidador cansado. Al finalizar la investigación vieron que la mayoría de los cuidadores eran mujeres y que en su mayoría no había síndrome de cuidador cansado.

Lugar de búsqueda: Universidad de Chile, autora: Claudia Pizarro San Martín, año de publicación 2016.

En la investigación se dieron a conocer las características de los cuidadores de adultos mayores con dependencia, saber quiénes eran mayoría si hombres o mujeres y la experiencia y aprendizaje que estos adquirirían al tener una persona a cargo.

Lugar de búsqueda: Universidad Pontificia Bolivariana, autoras: María del Mar Martínez Albornoz, Tania Marcela Prada Cediél, año de publicación 2018.

El trabajo de investigación se basa en conocer la impresión de los cuidadores de adultos mayores con trastornos neurocognitivos y conocer la experiencia de estos al ser cuidadores informales y explicar si había o no consecuencias al estar a cargo de personal con dependencia mental.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

En el presente marco teórico se centra en la comprensión del síndrome del cuidador cansado o Burnout, tomando en cuenta diferentes definiciones, características, consecuencias y demás puntos de importancia. Por medio de la revisión de información obtenida de fuentes de información como artículos científicos, tesis, revistas, entrevistas a expertos y demás fuentes de información.

2.1 Cuidador

2.1.1 Definición

Según la Real Academia Española (RAE) la palabra cuidador se define como que cuida²⁷.

Se puede definir a un cuidador primario como “la persona familiar o no, que asume la responsabilidad total en la atención y apoyo diario del paciente que presenta alguna enfermedad ya sea crónica, terminal o algún problema que impida su autosuficiencia”⁶.

De acuerdo con Bello L, León G, Covená M. definen a un cuidador como,

Un cuidador se define como la persona responsable de cuidar a una persona enferma o dependiente, lo que facilita el desempeño de sus actividades diarias, como la alimentación, la higiene personal, el suministro de medicamentos de rutina y el acompañamiento a los servicios de salud, o la realización de otras actividades. Cosas requeridas en su vida diaria¹⁷.

2.1.2 Tipos de cuidador

La noción de ser cuidador de personas da puntos importantes como, “la capacidad de realizar actividades diarias y el cubrir las necesidades sanitarias del individuo. Si una persona de por sí no es capaz de llevar a cabo eso, necesita de un cuidador”¹⁴.

Por lo que se debe saber qué tipos de cuidador existen entre los cuales se encuentran cuidadores profesionales, no profesionales, familiares, informales, cuidadores principales, cuidadores secundarios ¹⁴.

Cuidador informal primario o principal se define como un familiar directo, ya sea esposa, esposo, hijo, hija, hermanos, entre otros que asume la obligación completa y todo lo que esto implica de la persona que cuida. No existe horario ni remuneración económica sobre el trabajo que está realizando ¹⁴. Estos no tienen capacitación y tienen un alto nivel de deber por el cariño hacia la persona que cuida y no suele tener límites de horario ¹⁶.

Suele ser una mujer quien asume el puesto de cuidador primario ¹⁴.

Es por lo que “La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros es poco habitual, ya que tan solo se produce en un 20%, situación que condiciona un deterioro físico y psicológico en el cuidador” ²⁰.

El cuidador secundario es un pilar importante para el cuidador primario ya que aliviana la carga del cuidador. Se considera dentro de esta categoría a familiares y amigos cercanos que se encargan en un menor grado sobre las necesidades de la persona que se está cuidando, así como ser un apoyo emocional para este ¹⁴.

Cuidador no profesional formal es una persona sin estudios profesionales que se encarga de cuidar a cambio de una remuneración económica y suele ser un apoyo para el cuidador principal ¹⁴.

2.2 Síndrome de Cuidador Cansado

2.2.1 Definición

El significado de síndrome del cuidador cansado ha evolucionado con el pasar de los años, siendo así que lo podemos encontrar de las siguientes maneras: Burnout, síndrome de quemado, Burnout por presión laboral, síndrome de desgaste profesional, síndrome de agotamiento profesional, fatiga psicológica, entre otros⁷.

La definición de este síndrome no se encuentra como tal en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)⁸.

De acuerdo con el artículo Síndrome de Burnout:

La definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como: “Una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. P. Gil-Monte lo define como: “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado”⁸.

2.2.2 Etiología

El síndrome de cuidador cansado o Burnout puede ser causado de acuerdo con Morales J y Gonzales T como,

Los factores desencadenantes de este síndrome son: 1. el estrés continuo, 2. la reducción del tiempo libre dedicado a actividades de ocio, ya que con la progresión de la enfermedad, el paciente se hace progresivamente más demandante, 3. alteración de las condiciones laborales, ya que como se mencionó con anterioridad, en muchas ocasiones se deben reducir las

jornadas, o incluso, dejar el trabajo, 4. el agotamiento físico, puesto que la ayuda necesaria para cumplir con las actividades de la vida diaria requieren grandes dosis de fuerza física y, generalmente, no disponen de dispositivos auxiliares adecuados, 5. la realización de actividades repetitivas y monótonas día tras día y el agotamiento psicológico provocado por el empeoramiento del estado del paciente y la incapacidad por evitarlo ¹³.

2.2.3 Factores Predisponentes

Dentro de los factores predisponentes se puede mencionar el estrés, la fatiga por el cuidado de la persona adulta mayor con demencia ¹⁴. Además se puede mencionar que el ser mujer como uno de los factores predisponentes y tener algún interés social sobre el adulto mayor con demencia ¹². Otro factor predisponente que se toma en cuenta es la dinámica familiar, ya que si se generan situaciones adversas pueden llegar a generar un ambiente tenso para el cuidador ⁴⁰.

La desinformación dentro de los miembros de la familia acerca del síndrome de cuidador cansado hace que no se reconozca los síntomas clínicos y al no reconocerlos predispone aún más a que se del síndrome del cuidador cansado al no buscar ayuda.

2.2.4 Estadios del cuidador cansado

Se puede decir que el cuidador va a iniciar una serie de adaptaciones conforme inicia el cuidado, de los cuales se habla de estadios siendo el 1 la fase de negación o falta de conciencia del problema, el estadio 2 la búsqueda de la información, el estadio 3 la reorganización y el estadio 4 la resolución ¹⁶.

De acuerdo con Ruiz A, Nava M. el estadio 1

En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es como encontrar que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo. Este estadio es, normalmente, temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que se trata de una “enfermedad temporal”¹⁶.

Además Ruiz A, Nava M en el estadio 2 sobre la búsqueda de información

En esta etapa, el cuidador comienza a buscar información sobre la enfermedad de su familiar, consecuencias, secuelas, medios de ayuda, segundas opiniones, medicina alternativa... Todo esto con la esperanza de que su familiar vuelva a ser el mismo.

En este momento, son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de “malestar” por la injusticia que supone el que les haya “tocado” a ellos vivir esa situación. El enfado o, en su versión más intensa, la ira, la culpa, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias. Existen en la vida algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar y, son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas dependientes¹⁶.

También en el estadio 3 Ruiz A, Nava M. comentan sobre la reorganización

Conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. La vida suele perder el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida.

Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. Este periodo de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida ¹⁶.

Y en el último estadio Ruiz A, Navas M. comentan sobre la resolución

En esta fase aprenden a cuidar mejor de sí mismo; está más dispuestos a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares; suelen hacerse, en esta fase, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales y pueden buscar y encontrar otras fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos.

A pesar de que en esta fase las responsabilidades continúan aumentando en número e intensidad, si la persona que cuida logra una buena adaptación, podrá estar más serena que en los primeros momentos de la enfermedad. Se comienza a reconstruir una imagen de cómo era antes de que la enfermedad mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida ¹⁶.

2.2.5 Manifestaciones clínicas

El cuidado del adulto mayor es una tarea difícil y cuando estos tienen demencia aún más, los principales cuidadores son la familia y dentro de los miembros de la familia no se reparte equitativamente el cuidado, por lo que el cuidador principal tiene una mayor responsabilidad por el adulto mayor con demencia lo que genera una sobrecarga en su vida personal generando cambios en su vida los cuales generan una serie de manifestaciones clínicas que llegan a afectar tanto física como mental ¹².

Los cuidadores primarios suelen presentar una serie de síntomas dentro de los cuales se puede mencionar estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea o abuso de sustancias nocivas ¹⁰.

Además no solamente se mencionan los síntomas antes descritos sino que también se asocia a que los cuidadores primarios empiezan a tener sentimientos de culpa y con estos limitan sus actividades de distracción para concentrarse únicamente en el cuidado ¹⁰.

2.2.6 Tratamiento

Debido a los síntomas clínicos del síndrome de burnout o síndrome del cuidador cansado en su mayoría son psicológicos y psiquiátricos se mencionan una serie de intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas ³⁶.

2.2.6 1. No farmacológico

Dentro del tratamiento farmacológico se puede mencionar las siguientes recomendaciones:

- Realizar actividad física que ayuda con la disminución de la sobrecarga y el estrés ³⁶.
- Respetar el periodo de tiempo para sí mismo, y poder incorporar acciones dentro de sus planes diarios ³⁶.
- Agendar tiempo para salidas con amigos o pareja ³⁶.
- Psicoterapia para educar al cuidador sobre el síndrome y cómo manejar los síntomas que causan el síndrome ³⁸.
- Educación sobre técnicas de respiración y cómo manejar el estrés ³⁸.
- Inicio de hábitos saludables ³⁸.

2.2.6 2. Farmacológico

El tratamiento farmacológico incluye antidepresivos principalmente dopaminérgicos y se acompaña de terapias conductuales así como una incapacidad temporal del trabajo ³⁹.

2.3 Adulto mayor

2.3.1 Definición

En Costa Rica, bajo la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N°7935, en su artículo 2, define “Persona adulta mayor: toda persona de sesenta y cinco años o más y toda persona con síndrome de Down mayor de cuarenta años.” ³³

2.3.2 Incidencia

Durante los últimos años, en Costa Rica, nuestra pirámide poblacional, se está invirtiendo, es decir, que hace años atrás, la población de niños era muy alta, siendo esto que esta población fuera una base sólida, si es permitido describirlo de esa forma. En la actualidad como se menciona anteriormente ha venido cambiando, a lo que se basa, que ahora la pirámide está invertida, donde la población de niños es mucho menor y la población de los

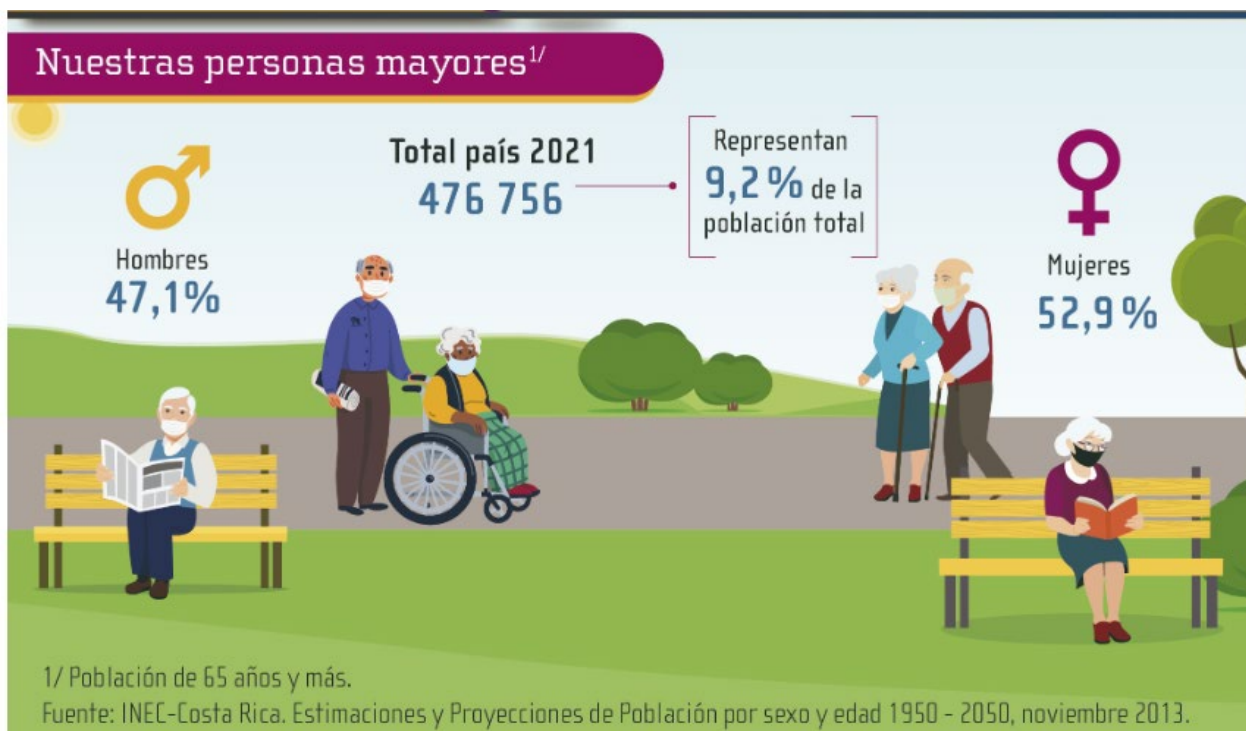
adultos mayores es mucho más grande. En los últimos años el INEC por medio de infografías, han demostrado como se ha dado el incremento ³⁷.

En esta sección se observa cómo ha estado la incidencia, defunción, entre otros datos con respecto a la población adulta mayor desde el 2021 al 2023.

2.2.2.1 Incidencia del año 2021

En la figura 1 se puede observar la población de adultos mayores para el 2021, siendo para ese año una población de 476 756, siendo esto un 9,2% de la población total. Para ese año la población adulta mayor era más representada por mujeres con un 52.9% y el sexo masculino representada con un 47.1% ³⁴.

Figura 1: Incidencia de adultos mayores 2021

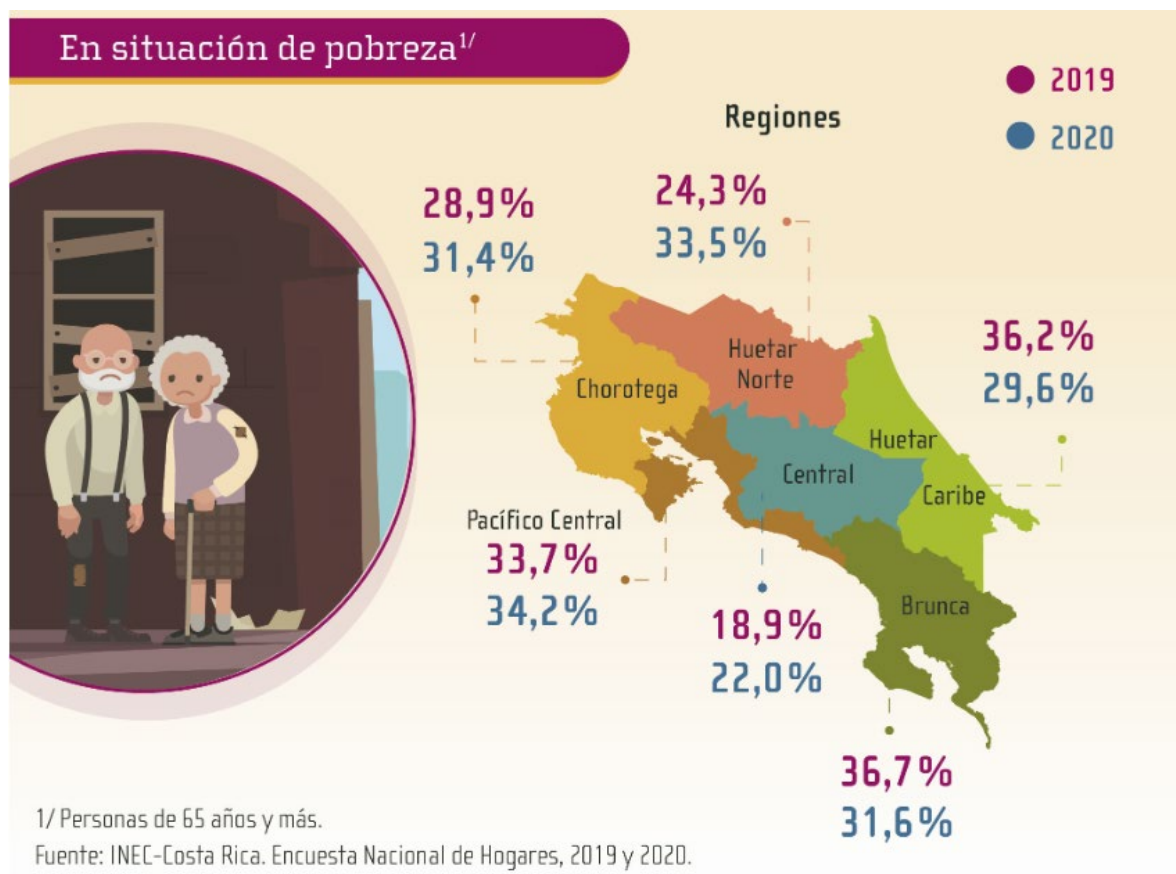


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Con respecto al grado de pobreza para los años 2019 y 2020, la población adulta mayor, en cuestión de 1 año de diferencia, se vio en la mayoría de las provincias un aumento en la situación de pobreza, donde para el año 2019 la región Huetar caribe tenía el 36.2% de nivel de pobreza para esta población, siendo en este caso la de mayor porcentaje, para el año 2020 en esta región el porcentaje de pobreza fue de un 29.6 %, siendo superado por la región Pacífico central obteniendo un 34.2% , obteniendo el mayor porcentaje para ese año, en la figura 2 se observa la distribución de la situación de pobreza en las demás regiones del país

34.

Figura 2: Situación de pobreza en adultos mayores durante el 2021

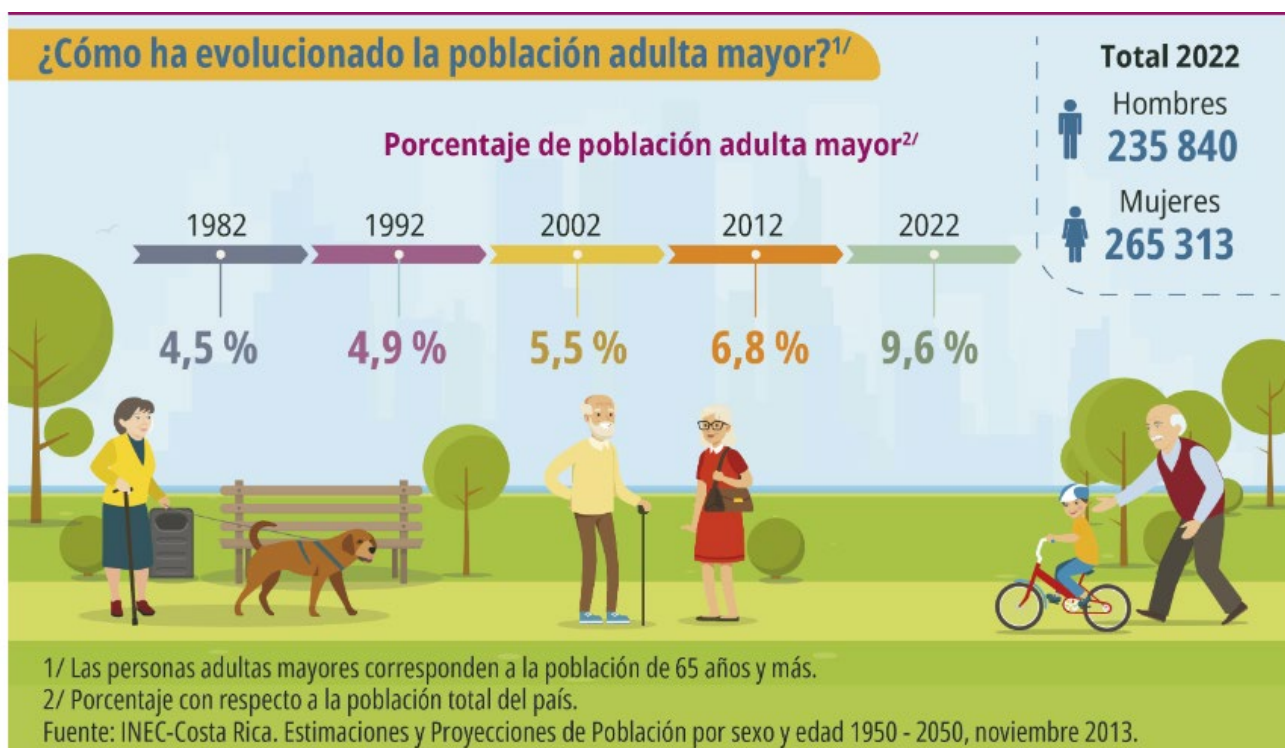


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

2.3.2.2 Incidencia del año 2022

Para el año 2022, la población de adultos mayores fue de un total de 501 153 personas, de estas el sexo masculino represento un 47.0% de la población adulta mayor y el sexo femenino, correspondió a un 52.9 % de la población adulta mayor, para el año 2022 la población adulta mayor pertenece a un 9.6% de la población costarricense, y en comparación al año anterior hubo un crecimiento del 2.8%, en la figura 3 se puede observar cómo ha sido el comportamiento del crecimiento de la población adulta mayor desde el año 1982 al 2022, se observa como esta población ha venido en incremento con el pasar de los años ³⁵.

Figura 3: Incidencia de adultos mayores 2022



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

En ese mismo año, el INEC analizó la situación donde los adultos mayores necesitan la mayor atención posible, siendo con el porcentaje más alto de un 37.9 % viven solos (as), esto es preocupante, ya que durante esta etapa de la vida, el adulto mayor necesita apoyo de sus familiares en muchas de las actividades diarias como cocinar, tomar los medicamento crónicos, el salir de su hogar a las citas médicas, entre otras actividades, donde el que pasen solos es de riesgo para su vida³⁵. En la figura 4 se observan las situaciones de mayor atención en el adulto mayor.

Figura 4: Situaciones que merecen atención a la población adulta mayor durante el año 2022

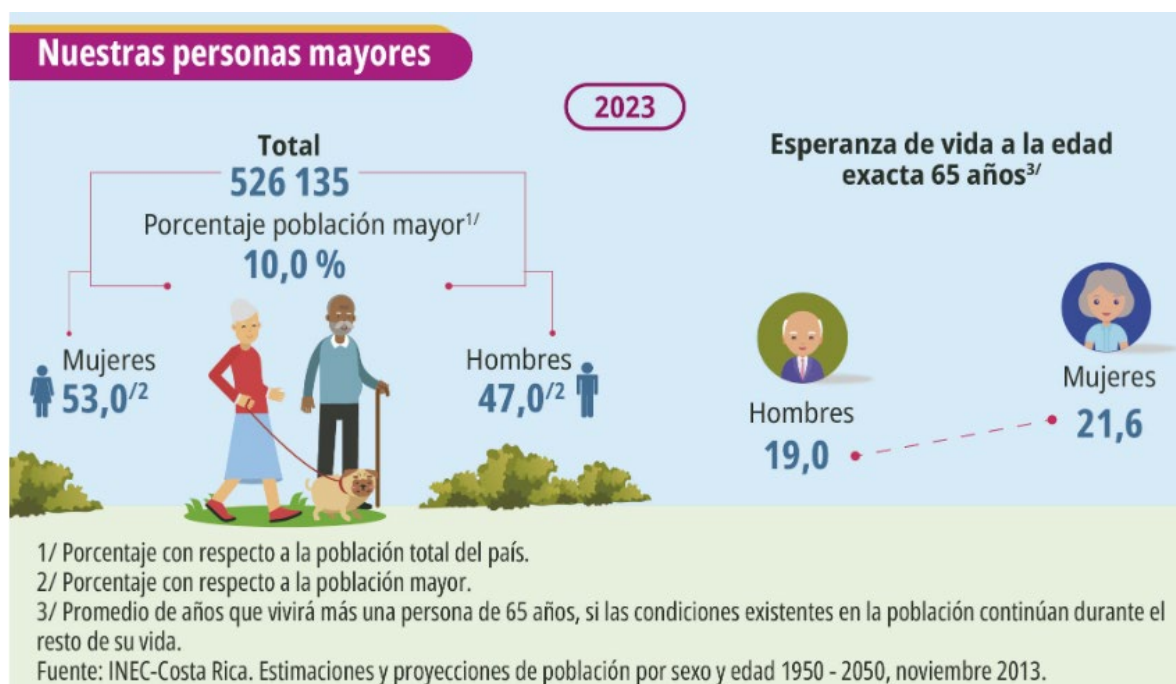


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

2.3.2.3 Incidencia del año 2023

Durante el año anterior la cantidad de adultos mayores fueron un total de 526 135 personas, representando el 10% de la población total de Costa Rica, la mujeres representaron un 53.0 % u los hombres representan el 47.0%, en la figura 5 se observa la incidencia de adultos mayores durante el año 2023, además que menciona en la esperanza de vida en nuestro país ³⁷.

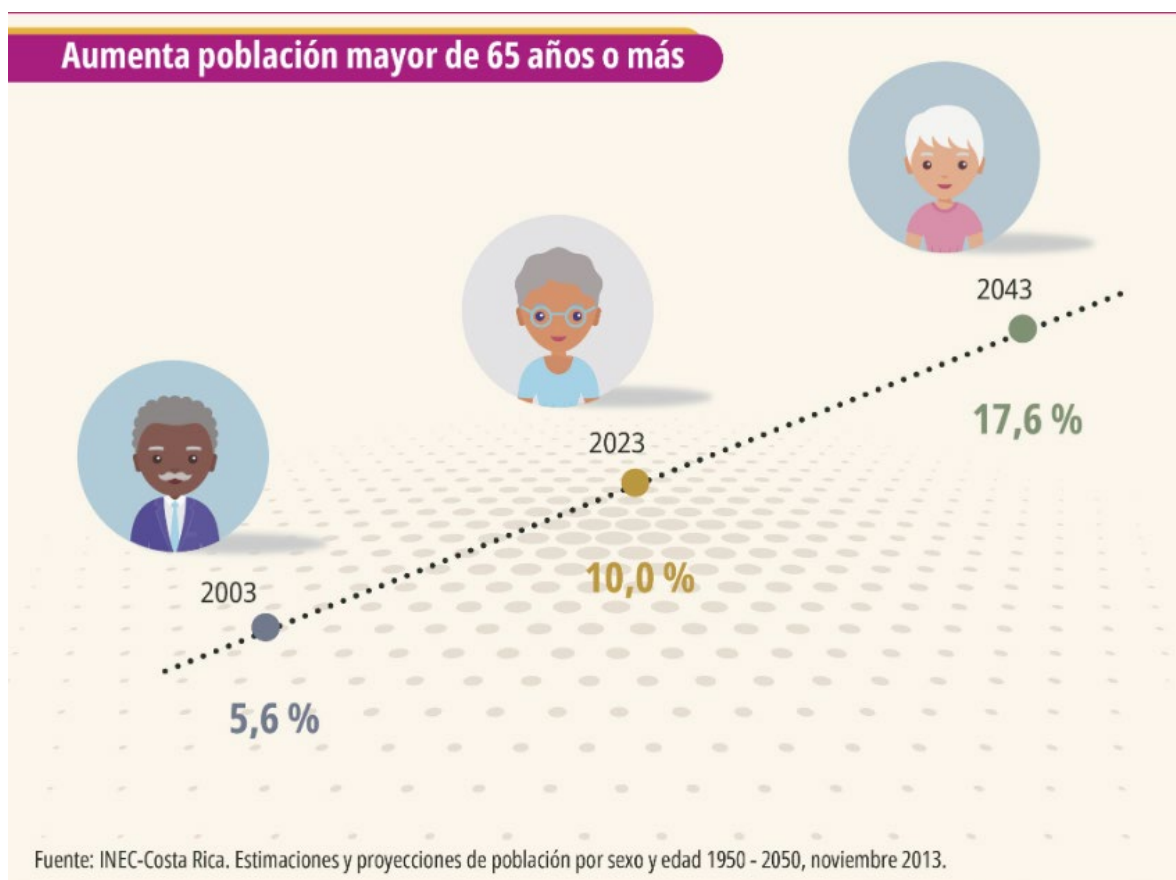
Figura 5: Incidencia de adultos mayores 2023



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Como se citó anteriormente, la población en nuestro país ha venido en aumento con el pasar de los años, en la figura 6 se puede notar como en el año 2003 el porcentaje de adultos mayores era de un 5.6 y en el 2023 fue de un 10.0%, es decir que el crecimiento general fue de un 3.4 % y el incremento entre varios períodos fue del 79%, y para el 2043 se calcula que la cantidad de adultos mayores sea de un 17.6% 37.

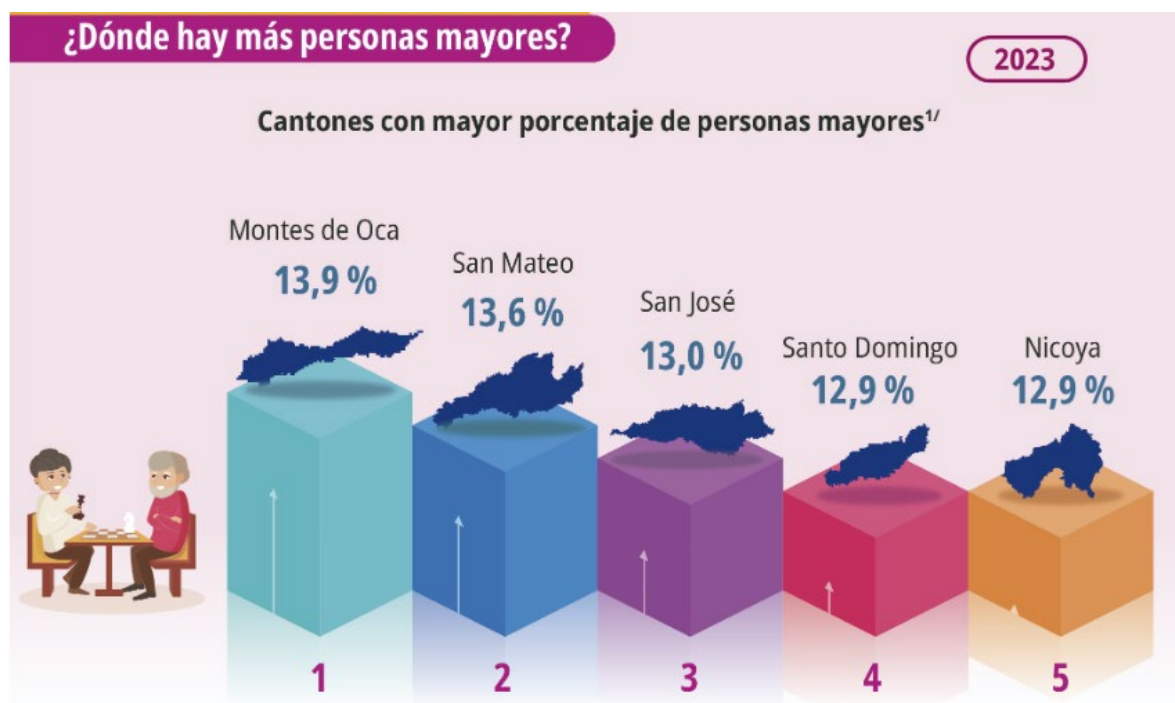
Figura 6: Incremento de la población adulta mayor del año 2003 al 2043



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Para ese mismo año se llegó a reportar, los 5 cantones de nuestro país con más porcentaje de adultos mayores, siendo el cantón de Montes de oca, ubicado en la provincia de San José con un 13.9%; en la figura 7 se observa con más detalle los 5 cantones con mayor población de adultos mayores ³⁷.

Figura 7: Cantones con mayor cantidad de adultos mayores

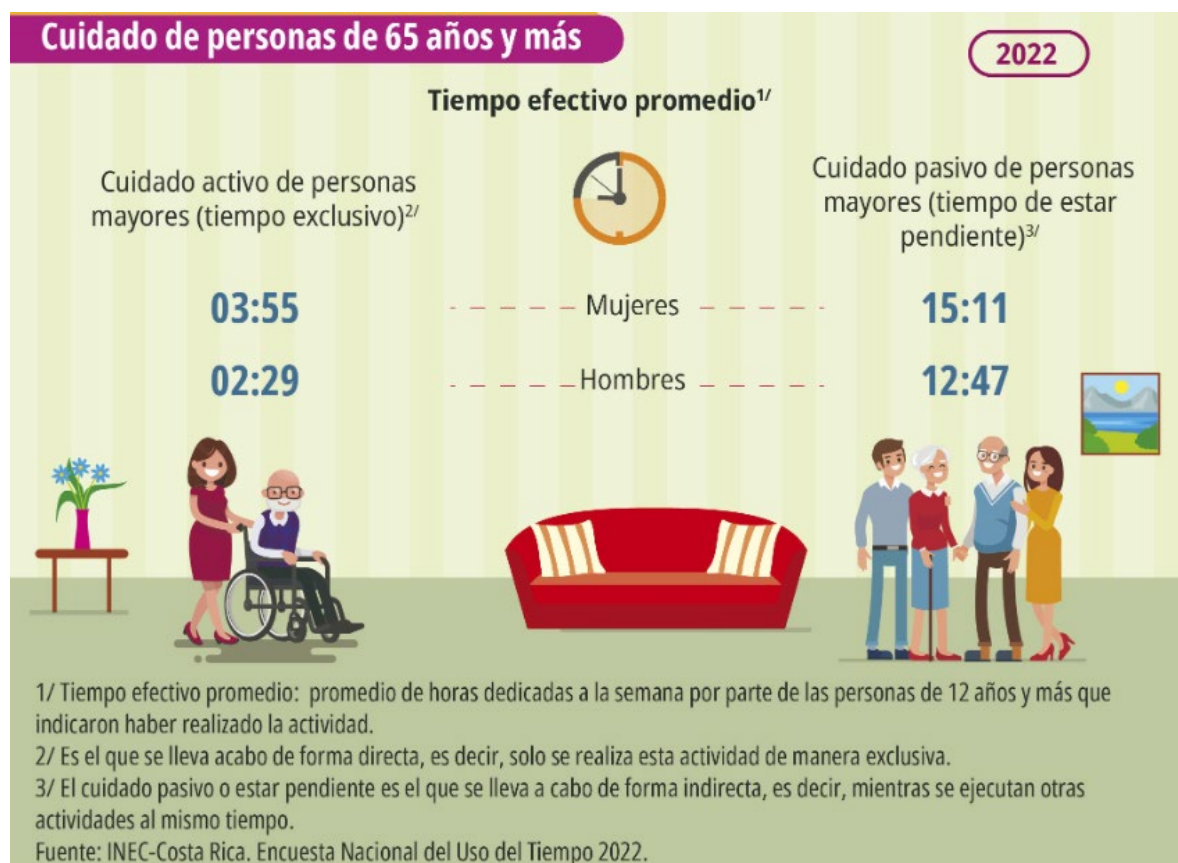


Fuente: INEC-Costa Rica. Estimaciones y proyecciones de población distritales por sexo y grupos de edades, 2000 - 2025, octubre 2014.

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Con respecto al tiempo efectivo promedio donde, al cuidado activo de personas mayores en un tiempo exclusivo siendo las mujeres quien más tiempo disponen en el cuidado de los adultos mayores de forma exclusiva en un promedio de 3:55 horas y con respecto al cuidado pasivo, también las mujeres son las que más tiempo dedican con un promedio de 15:11 horas de cuidado, en la figura 8 se puede observar con más detalle ³⁷.

Figura 8: Cuidado de personas adultos mayores



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

2.4 Demencias

2.4.1 Definición

La demencia presenta diferentes definiciones tales como “un debilitamiento psíquico profundo, global y progresivo que altera las funciones intelectuales basales y desintegra las conductas sociales”⁹. Donde esta patología llega a describir que puede afectar a la persona en diferentes áreas tales como: el pensamiento, juicio, vida social, entre otros⁹.

según la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud en su décima revisión (CIE-10) define a la demencia como,

Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, de naturaleza habitualmente crónica o progresiva, en el cual existe un deterioro de múltiples funciones corticales superiores, entre las cuales se cuenta con la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad para el aprendizaje, el lenguaje y el juicio, La conciencia no se halla obnubilada. Los deterioros en el área cognoscitiva frecuentemente se acompañan, y a menudo son precedidos por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. Este síndrome se da en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular y en otras afecciones que afectan primaria y secundariamente al cerebro ¹⁵.

2.4.2 Manifestaciones clínicas

Dentro de las manifestaciones con las cuales se llega a tener una impresión diagnóstica de esta patología son las diferentes características clínicas que se desarrollan son las siguientes:

- Se presenta de una forma lenta, la cual avanza durante 9 meses ¹¹.
- Con respecto al estado de conciencia en esta patología se mantiene en alerta ¹¹.
- La orientación en las personas que sufren de demencia se altera gradualmente ¹¹.
- La atención puede permanecer sin alteraciones, pero con respecto a la cognición si se ve afectada ¹¹.
- Con respecto a la actividad psicomotriz esta no se llega a afectar en la demencia ¹¹.

Según el Ministerio de Salud de nuestro país en su boletín N°25 mencionan que algunos signos que pueden presentarse en él una demencia serían:

- Pueden desorientarse en un vecindario conocido para ellos ¹⁸
- Uso de palabras poco usuales, cuando hablan de un objeto conocido ¹⁸.
- No recordar el nombre de un familiar, amigo, vecino o alguien conocido para el adulto mayor¹⁸.
- No poder recordar algún recuerdo de su pasado ¹⁸.
- Dejar incompletas tareas que realiza de forma independiente ¹⁸.

Dentro de la literatura correspondiente al libro Harrison, Principios de Medicina Interna, describe que en la demencia hay posibilidad de identificar la presencia o no de los déficit neuropsiquiátricos y sociales, los cuales se pueden llegar a manifestar con:

- Depresión ²³
- Apatía²³.
- Ansiedad²³.
- Alucinaciones²³.
- Delirios²³.
- Agitación²³.
- Insomnio²³.

2.4.3 Epidemiología

Se menciona que la prevalencia de las demencias a nivel mundial que de 40 a 119 personas por cada 100 000 habitantes, son diagnosticadas con esta patología. También se ha descrito en un estudio realizado en la ciudad de Londres, Inglaterra se identificaron 185 pacientes con algún tipo de demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia frontotemporal y la demencia por alcohol las más comunes de los tipos de esta patología ²³.

Durante el 2023, por medio del boletín epidemiológico N°25 publicado por el Ministerio de Salud de nuestro país, el cual presentan el comportamiento de la semana epidemiológica de N°22 del año 2023, correspondiente del 28 de mayo al 3 junio del 2023, tuvieron un reporte de 182 casos en total, de los cuales, se divide en 3 categorías, Alzheimer con 9 casos siendo esto un 6%, demencia vascular con el reporte de 55 casos representando el 29% y con una cantidad de 118 casos correspondiente al 65% de los casos en relación con demencias de otras enfermedades ¹⁸.

El sexo femenino representó la mayor casos reportados de demencias en otras enfermedades con un 2,4 por cada 100 000 habitantes y en el caso del diagnóstico de Alzheimer con 0.3 por cada 100 000 habitantes, hablando desde el punto de vista de la distribución por provincia se observó que la provincia de Puntarenas es la que más casos de demencias en otras enfermedades y Alzheimer , y la provincia de Guanacaste fue la provincia donde más casos de demencia vascular se reportaron en durante la semana epidemiologia N°22 ¹⁸.

Con respecto a la edad, se reportó que los pacientes con una edad mayor o igual a 75 años tuvieron un incremento exponencial a las demás edades dentro del grupo que edad para la categoría de adulto mayor; de los 3 diagnósticos reportados, la demencia por otras enfermedades fue el diagnóstico más reportados, durante el periodo reportado ¹⁸.

En el mismo año del 2023, el Ministerio de Salud de nuestro país, pero en su boletín N°28, correspondiente a la semana epidemiológica N°26, vuelven a brindar información epidemiológica y estadística del comportamiento de las demencias en Costa Rica, acá realizan una mención de cuales pueden son las demencias que van dentro de las categoría sobre demencia en otras enfermedades, tales son: la demencia por la enfermedad de pick, demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacobo, demencia en la enfermedad de

Huntington, entre otras. Cabe resaltar, que en nuestro país las demencias son parte del grupo A, es decir que están incluidas en las boletas VE01 de notificación obligatoria desde el año 2019 ¹⁹.

Durante la semana epidemiológica N°26, se reportaron en total 217 casos, de estos 10 casos son en relación con la demencia por Alzheimer, 69 casos fueron diagnosticados bajo demencia vascular y en su gran mayoría se da bajo el diagnóstico sobre demencias en otras enfermedades reportándose una cantidad de 138 casos ¹⁹.

También este boletín, nos menciona la incidencia de casos distribuidos por provincias; siendo en esta semana epidemiológica N°26 donde se repite una gran cantidad de reportes para las demencias en otras enfermedades con un 5,2 por cada 100 000 habitantes y en esta misma provincia también fue la que más casos de demencia por Alzheimer se reportaron siendo el 0.8 por cada 100 000 habitantes ¹⁹.

Durante esta semana, se reporta una incidencia por sexo, donde en esta semana epidemiológica, el sexo femenino fue la que más casos registro en las 3 categorías, y de estas las demencias en otras enfermedades la categoría que más casos de incidencia se reportaron ¹⁹.

2.4.4 Causas

Con respecto a las causas acerca de demencia, menciona el Harrison, Principios de Medicina interna en su edición 21 que, siempre hay que tomar en cuenta que el mayor factor de riesgo por el cual se puede desarrollar una demencia es el envejecimiento ²³.

Cabe rescatar que la plataforma UptoDate menciona sobre los factores de riesgo de las demencias sobre las patologías genéticas como las más comunes en las demencias de inicio temprano, agregando sobre una tasa elevada de enfermedades vasculares donde los factores de riesgo están muy relacionados a un mayor riesgo vascular entre esos se describe los accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal crónica, hipertensión, consumo de tóxicos y drogas, entre otros ²³.

El Harrison, divide las causas de las demencias en dos grupos; las más frecuentes y las menos frecuentes. Con respecto a las frecuentes se describe:

- Enfermedad de Alzheimer ²²
- Demencia vascular ²²
- Enfermedad ²²
- Enfermedad difusa de materia blanca ²²
- Alcoholismo ²²
- Intoxicación por drogas / fármacos ²²
- Encefalopatía TDP-43 ²²

Y dentro de las causas poco frecuentes de las cuales son una gran cantidad de causas, pero se van a mencionar algunas de las causas descritas en la literatura:

- Deficiencia de vitaminas como la B1 o B12 ²²
- Intoxicación por metales pesados ²²
- Hipotiroidismo ²²
- Síndrome de insuficiencia suprarrenal y Cushing ²²
- Hiper o Hipotiroidismo ²²
- Infección por VIH ²²
- Enfermedad de Whipple ²²

- Enfermedad de Huntington ²²
- Entre otras.

2.4.5 Tipos de demencia

Dentro de este tema de las demencias, existen muchos tipos de demencias entre ellos se describen:

- Enfermedad de Alzheimer ²⁸.
- Demencia frontotemporal ²⁸.
- Demencia vascular ²⁸.
- Demencia por enfermedad de Huntington ²⁸.
- Enfermedades priónicas como enfermedad de Creutzfeldt-Jakob ²⁸.
- Causas por infecciones del SNC como meningitis crónica, neuro sífilis ²⁸.
- entre otras

Pero para el desarrollo de esta investigación, se van a desarrollar la enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal y demencia vascular, las cuales en nuestro país son las más frecuentes y son las causas más frecuentes de demencias en forma general ²⁸.

2.4.5.1 Enfermedad de Alzheimer

2.4.5.1.1 Generalidades

Se describe que la enfermedad de Alzheimer representa la causa más frecuente de demencias a nivel mundial, teniendo un aproximado de 70% de los casos de demencias

reportados a nivel mundial. Esta patología es muy frecuente que pueda llegar a desarrollarse en la tercera edad; y en este caso es la demencia más frecuente en los adultos mayores ²⁸.

Los pacientes que presentan este diagnóstico por lo general llegan a manifestarse con pérdida de la memoria episódica de forma escalonada además de una progresión lenta de la enfermedad. Esto a su vez si al realizar estudio de imágenes, se observa una atrofia cerebral en los lóbulos temporales en su parte media, donde posteriormente se llega a extender a las porciones inferiores y laterales del mismo lóbulo, también se llega a afectar el lóbulo parietal en su parte medial y en la porción dorsolateral del lóbulo frontal ²⁸.

2.4.5.1.2 Manifestaciones clínicas

Para el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer siempre se inicia con una alteración de memoria y progresa a deficiencias con respecto de lenguaje y visuoespacial ²⁸. El Alzheimer se llega a describir en por etapas, es decir etapa temprana, intermedia, avanzada y final ²⁸.

Con respecto a la etapa temprana, suele comenzar con pérdida de memoria la cual en muchas ocasiones pasa inadvertido o se toman como un olvido benigno que muchas personas lo relacionan como normal de la edad. También se describe el término de deterioro cognitivo subjetivo el cual el libro Harrison de Principios de medicina interna lo describe como “deterioro percibido en la memoria y otras capacidades cognitivas que no son aparentes en las pruebas neuropsicológicas”²⁸. Cuando ya se evidencia por medio de las pruebas neuropsicológicas o ya es más evidente por parte de la familia, amigos o cuidadores, a esto se le conoce como el término uno de deterioro cognitivo leve ²⁸.

Al verse afectado la cognición de los adultos mayores, esto comienza a afectar las diferentes tareas que se realizan día a día, tales como manejar un vehículo, el manejo del dinero, poder realizar las labores del hogar, entre otras ²⁸, además que cualquier cambio con respecto al ambiente de que rodea al adulto mayor son perjudiciales para ellos, ya que tienden a desestabilizarse ²⁸.

En la etapa intermedia del Alzheimer, ya se comienza a notar cómo el paciente no puede ser capaz trabajar, el confundir para ellos es mucho más frecuente y además que van a necesitar más supervisión ²⁸, partiendo de este punto se puede analizar, sobre que este es el inicio, donde si no se tiene el debido cuidado de la salud del cuidador a cargo del del adulto mayor, se puede llegar a desarrollar el síndrome del cuidador cansado.

Parte del deterioro que van presentando los pacientes en esta etapa de la enfermedad, es la afectación con el lenguaje comenzado que muchos de ellos se les dificulta el nombrar objetos, hasta afectar la fluidez del habla mismo, además que los pacientes se les manifiesta la apraxia, llegando afectar las actividades donde sea necesario el uso de la motora aprendida es decir cuando aprendieron a realizar alguna actividad motora específica, por último durante esta etapa se llegan a desarrollar las deficiencias visoespaciales como el vestirse, caminar, entre otras ²⁸.

Los pacientes cuando ya se encuentran en la etapa avanzada del Alzheimer, en muchos de los casos los adultos mayores pueden llegar a deambular sin tener un rumbo fijo, ellos ya no presentan un criterio y un razonamiento, llegan a perder el patrón del sueño y vigilia, es en esta etapa donde los pacientes poco a poco se les comenzará a desarrollar la rigidez muscular, a raíz de que mucho de ellos realizan el mismo desplazamiento y en algunos casos la actividad física que antes realizaban al presentar una lentitud en los movimientos ²⁸.

Durante la etapa final, se comienzan a volver rígidos, presentan problemas de incontinencia, no vuelven a hablar y muchos de ellos pasan a estar encamados, donde tienen que tener atención la mayor parte del tiempo y, en algunos casos las 24 horas del día ²⁸, siendo esto para el cuidador una carga de trabajo muy excesiva, ya que tienen que tener asistidos a los adultos mayores para todas las tareas que quieran realizar; como por ejemplo la alimentación, el estar realizando el cambio de los pañales, vigilar que el adulto mayor no llegue a desarrollar úlceras por presión, que estas son muy comunes en los pacientes que pasan en la cama, todo el día; en fin para el cuidador, el trabajo ya se vuelve más demandante y es donde en estos casos, los familiares deben estar más atentos a la salud del cuidador, para que así, no llegue a presentar un síndrome del cuidador cansado y se pueda mantener el bienestar del adulto mayor y del cuidador.

Muchos de estos paciente al momento de morir se debe a:

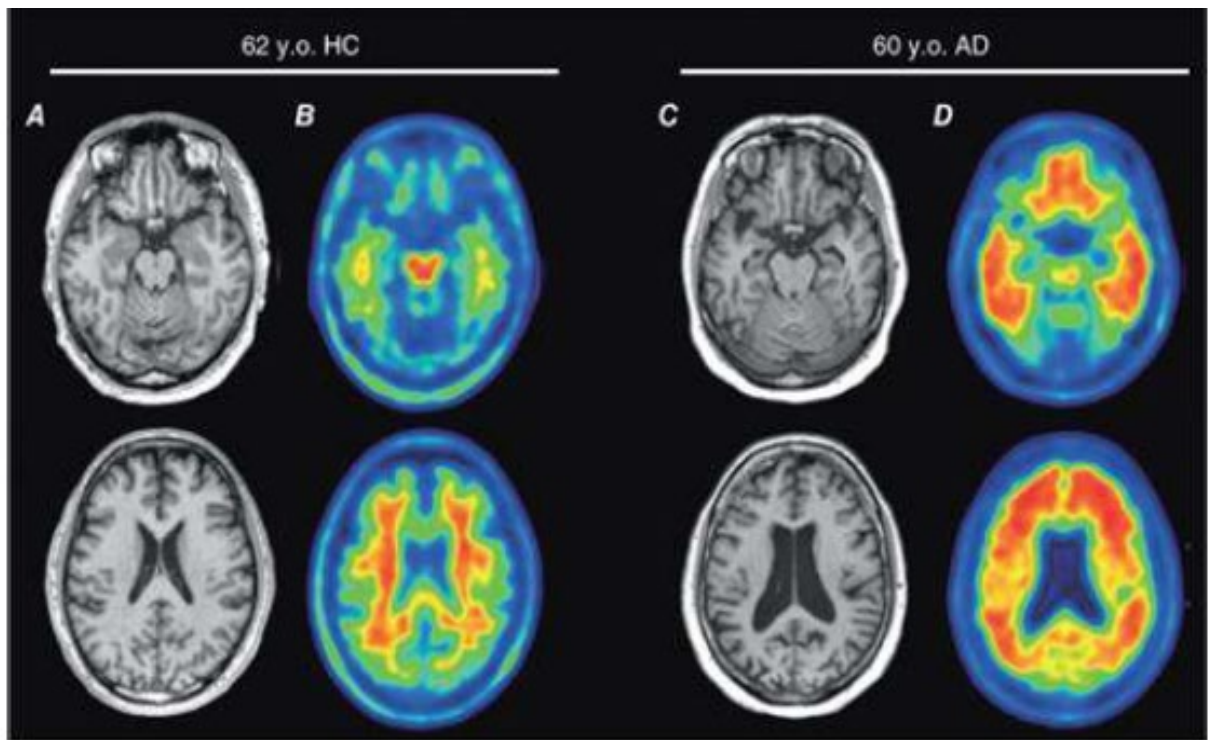
- Desnutricion²⁸.
- Infecciones secundarias ²⁸
- Embolia pulmonar ²⁸
- Cardiopatías ²⁸
- Aspiración ²⁸

2.4.5.1.3 Diagnóstico

Para el diagnóstico de esta enfermedad, comenzando con la historia clínica, donde hay que prestarle más énfasis en el inicio, la duración y el tiempo de evolución, con respecto al examen físico es realizarlo completo, pero con mucho más detalle a nivel neurológico, siempre buscando si hay afectación del sistema nervioso causante del deterioro cognitivo. Se recomienda la aplicación de instrumentos como el Mini-Mental, el cual es de mucha ayuda para la detección del avance de la enfermedad ²⁷.

Dentro de los estudios de imágenes se recomienda el uso del TAC o RMN, donde se llega a observar una atrofia de la masa cerebral como se muestra en la figura 9, en ella se observa como en las imágenes de los cerebros de la izquierda correspondientes al A y B, se observa sin atrofia de la masa cerebral, en cambio a las imágenes de la derecha correspondientes al C y D donde se observa una atrofia difusa con pérdida del volumen sobre el lóbulo temporal 27. Por otra parte los estudio de neuroimágenes, son también de ayuda para descartar otros trastornos como neoplasias, demencias vasculares, enfermedad difusa de la sustancia blanca, entre otras ²⁸.

Figura 9: TAC y RNM de cerebro sano vs enfermedad Alzheimer



Fuente: Harrison Principios de Medicina Interna edición 21

2.4.5.1.4 Epidemiología

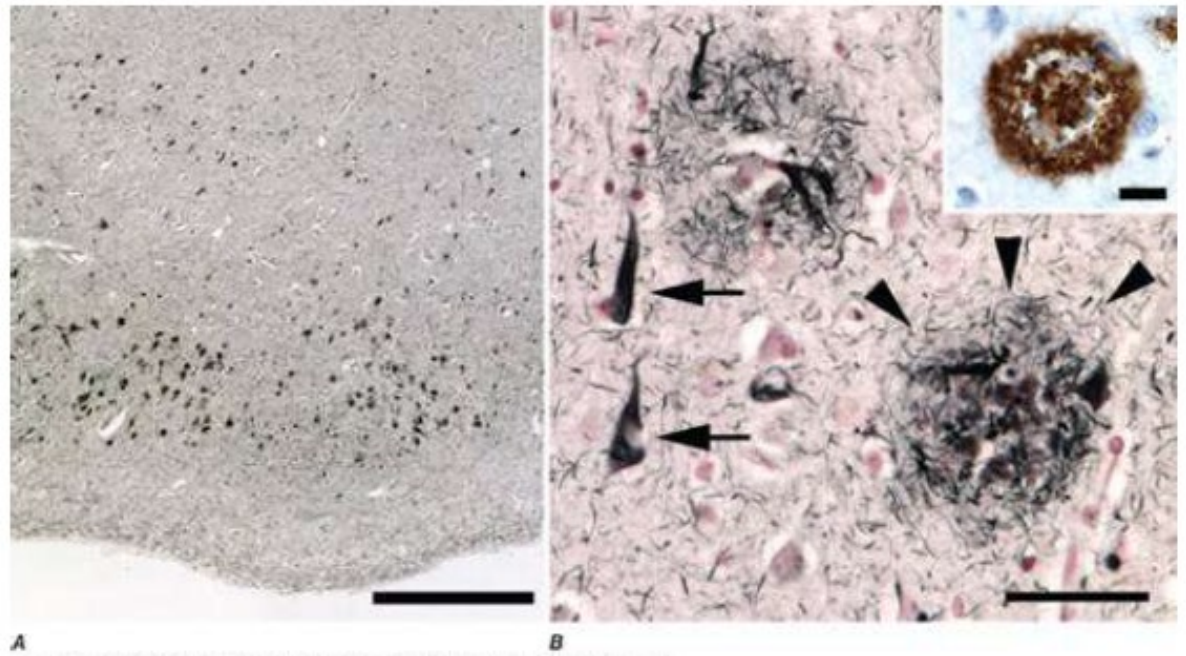
Como se había mencionado anteriormente, entre los factores de riesgo más importantes son la edad avanzada y los antecedentes heredofamiliares positivos ²⁸; esto se debe al alelo ApoE e4, más adelante, se desarrollará más acerca de la genética correspondiente al tema.

De ambos sexos, el sexo femenino es el más afectado, y se ha descrito que es por un factor genético, es decir que este sexo porta un solo alelo de Apo e4, lo cual las hace que sean mucho más susceptibles ²⁸.

2.4.5.1.5 Patología

Una vez realizada la autopsia, se observa una degeneración sobre el lóbulo temporal medial, en la cara inferolateral y sobre el núcleo basal de Meynert ²⁸, posterior a esto se procede a realizar el estudio histopatológico del cerebro, en el cual se pueden llegar apreciar las placas neuríticas y los ovillos neurofibrilares, como se puede apreciar en la figura 10 ²⁸. En esta figura se aprecia en el A, lo correspondiente a la degeneración neurofibrilar temprana la cual está conformada por los ovillos neurofibrilares y hebras de neuro pilos, en B es un acercamiento en el cual se puede apreciar con mayor detalle los ovillos neurofibrilares y como está estructurada la placa neuríticas ²⁸.

Figura 10. Placas neuríticas y Ovillos Neurofibrilares



Fuente: Harrison Principios de Medicina Interna, Edición 21.

2.4.5.1.6 Genética

Desde el punto genético, se ha llegado a mencionar en la diferente literatura médica la importancia de la predisposición, según el Harrison principios de medicina interna, menciona el gen APP encontrado en el cromosoma 21 y el de las Presenilina, siendo más específico el PSEN-1 el cual se encuentra en el cromosoma 14, el cual es autosómico dominante, y también se ha descrito la presencia del gen PSEN-2 el cual se encuentra en el cromosoma 1, siendo de los genes de Presenilina el de mayor mutación el PSEN-1 representando de un 40 a un 70% de los casos²⁸.

Otro gen que se describe que participa en la enfermedad de Alzheimer es el gen APOE el cual está en el cromosoma 19, a este gen se les describen tres alelos: e2, e3 y e4, siendo el e4 el de mayor riesgo para la mayoría de la población ²⁸.

2.4.5.1.7 Tratamiento

El tratamiento para esta patología no se centra en la curación de esta, sino se centra en darle calidad de vida al paciente, es decir que haya una mejora en el plazo de los problemas conductuales y neurológicos que se desarrollan en el Alzheimer. Por ejemplo, se le recomienda a los cuidadores y familiares, que si el paciente se encuentra en la etapa temprana de la enfermedad, usen recursos que les ayuden a recordar las tareas y demás cosas al paciente, para que el paciente no le genere un grado de estrés muy alto el no acordarse de las cosas ²⁸.

Dentro del tratamiento farmacológico. Se usa el Donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina. Donde el mecanismo principal del Donepezilo, rivastigmina y galantamina es la inhibición de la colinesterasa; la memantina su mecanismo de acciones bloquear los receptores NMDA glutamato ²⁸. La combinación de la memantina con uno de los inhibidores de colinesterasa tiene un beneficio para el paciente en reducir el ritmo de deterioro cognitivo ²⁸.

2.4.5.2 Demencia Frontotemporal

2.4.5.2.1 Generalidades

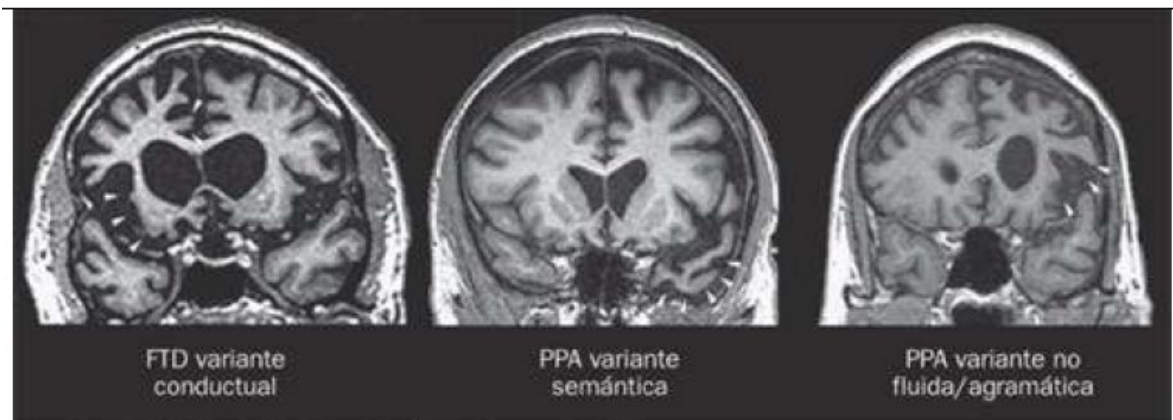
Esta demencia hace referencia a una serie de síndromes que conllevan a una degeneración del lóbulo frontotemporal, siendo provocada por una agregación anormal principalmente por las proteína Tau o la proteína de respuesta transactiva de unión al ADN, de 43 kDa. Es frecuente que se presente antecedente heredofamiliares ²⁹.

2.4.5.2.2 Manifestaciones clínicas

La clínica con la cual se llega a presentar esta demencia se ha llegado a explicar y dividir en tres síndromes clínicos, la variante conductual, variante semántica y variante no fluida / a gramática de la afasia progresiva primaria ²⁹.

En la figura 3 se puede observar por medio de la RMN como se observa la afectación que tiene el cerebro en las diferentes variantes presentes en la demencia Fronto temporal. A es la variante conductual donde se observa una atrofia del cíngulo anterior y Fronto insular, el B representa la variable semántica se aprecia la atrofia en polo temporal. C corresponde a la variable no fluida de afasia progresiva primaria observándose la degeneración frontal ²⁹.

Figura 11 Variantes de la demencia frontotemporal



Fuente: Harrison, Principios de Medicina Interna

2.4.5.2.2.1 Variante conductual

Siendo este, de los síndromes más frecuentes que se presentan en la demencia frontotemporal, en donde el paciente llega a desarrollar una disfunción social y emocional, esto se llega a traducir como apatía, desinhibición, compulsividad, pérdida de empatía ²⁹.

Como se describe en el Cognitive Communication Disorders of MCI and Dementia esta variante es el resultado de la neurodegeneración de los lóbulos temporales en la zona anterior y posterior.

2.4.5.2.2.2 Variante semántica

En esta variante se ha descrito que los pacientes con el pasar de los días van perdiendo la capacidad para decodificar palabras, objetos y personas ²⁹. Esta variante es común en los paciente de 66 a 70 años ³⁰.

El Cognitive Communication Disorders of MCI and Dementia presenta cuales son los criterios diagnósticos para la esta variante acá presente, estos criterios se representan por medio de la figura 12 ³⁰.

Figura 12: Criterios diagnósticos para la variante semántica

Table 10–4. Diagnostic Criteria for the Semantic Dementia Variant of Primary Progressive Aphasia (PPA-S)

Clinical Diagnosis of PPA-S

Both of the following core features must be present:

1. Impaired confrontation naming
2. Impaired single-word comprehension

At least three of the following other diagnostic features must be present:

1. Impaired object knowledge, particularly for low-frequency or low-familiarity items
2. Surface dyslexia or dysgraphia
3. Spared repetition
4. Spared speech production (grammar and motor speech)

Imaging-Supported PPA-S Diagnosis

Both of the following criteria must be present:

1. Clinical diagnosis of semantic-variant PPA
2. Imaging must show one or more of the following results:
 - a. Predominant anterior temporal lobe atrophy
 - b. Predominant anterior temporal hypoperfusion or hypometabolism on single photon emission computed tomography or positron emission tomography

PPA-S with Definite Pathology

Clinical diagnosis (criterion 1 below) and either criterion 2 or 3 must be present:

1. Clinical diagnosis of semantic-variant PPA
 2. Histopathologic evidence of a specific neurodegenerative pathology (e.g., FTLT-tau, FTLT-TDP, Alzheimer's disease, other)
 3. Presence of a known pathogenic mutation
-

Fuente: Cognitive Communication Disorders of MCI and Dementia

2.4.5.2.2.3 Variante no fluida / a gramática de afasia progresiva primaria

La variantes no fluida presenta una incapacidad en la generación de las palabras, siendo un daño motor en el habla ²⁹. siendo esto como el paciente llega a presentar un habla forzada y con frecuencia con apraxia; suelen usar de forma incorrecta los tiempos verbales ³⁰.

Al observa en neuroimágenes se puede notar que el hemisferio izquierdo es el más afectado, cercano a la región Fronto insular posterior, la circunvolución frontal inferior y las áreas premotora y motora, además que se nota la hipoperfusión e hipo metabolismo ³⁰.

El Cognitive Communication Disorders of MCI and Dementia menciona cuales son criterios diagnósticos para esta variante, los cuales se pueden observar en la figura 13.

Figura 13: Criterios diagnósticos para la variante a gramática no fluida de la afasia progresiva primaria

Table 10-3. Diagnostic Criteria for the Nonfluent-Agrammatic Variant of Primary Progressive Aphasia (PPA-G)

Clinical Diagnosis of PPA-G

At least one of the following core features must be present:

1. Agrammatism in language production
2. Effortful, halting speech with inconsistent speech sound errors and distortions (apraxia of speech)

At least two of three of the following other features must be present:

1. Impaired comprehension of syntactically complex sentences
2. Spared single-word comprehension
3. Spared object knowledge

Imaging-Supported PPA-G Diagnosis

Both of the following criteria must be present:

1. Clinical diagnosis of nonfluent/agrammatic variant PPA
2. Imaging must show one or more of the following results:
 - a. Predominant left posterior frontoinsula atrophy on magnetic resonance imaging
 - b. Predominant left posterior frontoinsula hypoperfusion or hypometabolism on single photon emission computed tomography or positron emission tomography

PPA-G with Definite Pathology

Clinical diagnosis (criterion 1 below) and either criterion 2 or 3 must be present:

1. Clinical diagnosis of nonfluent/agrammatic variant PPA
2. Histopathologic evidence of a specific neurodegenerative pathology (e.g., FTLD-tau, FTLD-TDP, Alzheimer's disease, other)
3. Presence of a known pathogenic mutation

Fuente: Cognitive Communication Disorders of MCI and Dementia

2.4.5.2.3 Genética

Con respecto a la genética que se presenta en la demencia frontotemporal, la literatura habla que son mutaciones autosómicas dominantes, los cuales afectan a los genes C9ORF1 y GRN presente en el cromosoma 9, GRN y MAPT ambos en el cromosoma 17, siendo de estos el gen C9ORF1 el más frecuente de los tres genes²⁹.

2.4.5.2.4 Neuropatología

Lo característico de esta demencia es la atrofia de la corteza frontal, insular y temporal que se va a llegar a presentar, donde esta atrofia es focal y luego se disemina a las regiones corticales y subcorticales ²⁹.

2.4.5.3 Demencia vascular

2.4.5.3.1 Generalidades

La demencia vascular se define como

“La demencia vascular se refiere a cualquier demencia causada principalmente por una enfermedad cerebrovascular o un flujo sanguíneo cerebral deficiente, o en la que la enfermedad cerebrovascular o el flujo sanguíneo cerebral deficiente es un factor causal contribuyente. La demencia vascular normalmente se reconoce en cualquiera de los dos escenarios clínicos aún accidente cerebro vascular clínicamente diagnosticado le sigue la demencia; o, Las imágenes cerebrales identifican una lesión cerebral vascular en un paciente con demencia pero sin antecedentes clínicos de accidente cerebrovascular” ³¹.

Siendo esta la segunda demencia más frecuente, recordando que la enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente a nivel mundial ³².

Al momento de mencionar las contribuciones vasculares al deterioro cognitivo y demencia, reflejando que en los adultos mayores se dan por cambios en vasculatura cerebral ya sea de forma aislada o a procesos neurodegenerativos ³².

Hay que siempre tener presente que esta demencia no es una patología como tal, si no es un síndrome que puede ser causado por alguna enfermedad cerebrovascular o cardiovascular que lleguen a afectar al cerebro, también se incluyen los accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos ³². Dentro de la epidemiología de esta demencia se ha descrito que puede llegar a presentar del 25 al 50 % de los casos relacionados a demencias, siendo frecuente en pacientes adultos mayores ³².

Como el accidente cerebrovascular es un factor de riesgo para el desarrollo de la demencia vascular, siempre hay que tener presente estos factores para toda la población en general, de los cuales se incluyen ³²:

- Edad avanzada
- Hipertensión
- Diabetes
- Hipercolesterolemia
- Poco actividad física
- IMC alto o bajo
- Fumado
- Arteriopatía Coronaria
- Fibrilación Auricular

También se ha llegado a describir los factores de riesgo de demencia posterior a un accidente cerebrovascular, entre ellos encontramos ³²:

- Previos al ictus (edad avanzada, raza, diabetes)
- Factores de accidente cerebrovascular (afasia, hemorragia intracerebral, ubicado en el hemisferio izquierdo, entre otros)
- Incontinencia

- Confusión
- Atrofia del lóbulo temporal medial
- Depósitos de beta-amiloide
- Entre otros

2.4.5.3.3 Subtipos

2.4.5.3.3.1 Apoplejía cerebral grande

La apoplejía ya sea isquémica o hemorrágica, provocan daños irreversibles en áreas específicas de la corteza cerebral, sustancia blanca subcortical o estructuras supra corticales o infratentoriales. Con respecto a los infartos cerebrales, las zonas más afectadas son el tálamo, corteza temporal medial, el cuerpo calloso en su zona anterior, afectando la memoria episódica y las capacidades funcionales. Esta apoplejía en la mayoría de los casos se llega a dar fuera de los territorios claves, así afectando la velocidad del procesamiento, función ejecutiva y el desempeño visoespacial ³².

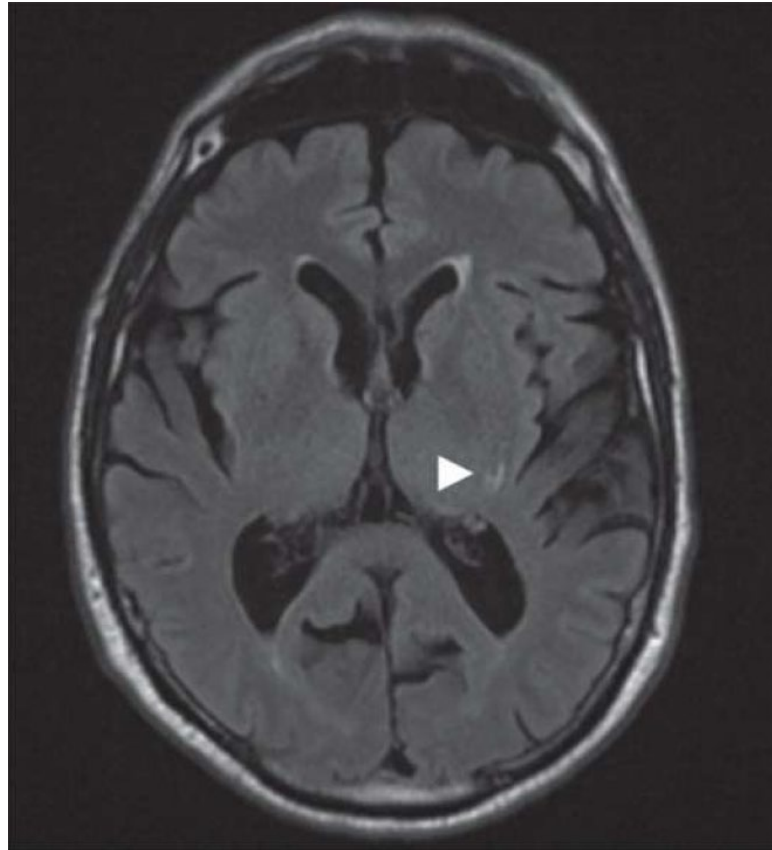
2.4.5.3.3.2 Enfermedad cerebrovascular de vasos pequeños

esta enfermedad a lo mismo que la apoplejía cerebral grande llegan a desarrollar la apoplejía isquémica o hemorrágica, pero en estos casos es más asintomática o se puede llegar a reconocer si hay presencia del deterioro cognitivo, hay dos anomalías que son muy frecuentes que están vinculados a la edad, estas son la aterosclerosis y angiopatía amiloide cerebral ³².

Recordando que la aterosclerosis es un engrosamiento de las arteriolas, si se da en los territorios del tálamo, ganglio basales o tronco del encéfalo llega a darse una apoplejía

sintomática isquémica o hemorrágica ³². De esta patología la característica más frecuente a nivel histopatológico son los infartos lacunares, el cual se ejemplifica en la figura 14 ³².

Figura 14 Infarto lacunar



Fuente: Harrison, Principios de Medicina Interna, 21 Edición

Con respecto a la angiopatía amiloide cerebral se generan depósitos péptidos B-amiloide en las arterias pequeñas afectando la pared de los vasos sanguíneos; esta se llega a reconocer por síntomas de una hemorragia intracerebral ³².

Para ambas patologías los Micro infartos < 3 mm de vasos pequeños son muy característicos, estos se pueden llegar a observar en la RMN como hiperintensidades puntiformes con ponderación en difusión como se puede llegar a admirar en la figura 15 ³².

Figura 15: Micro infartos en la enfermedad cerebrovascular de vasos pequeños



Fuente: Harrison, Principios de Medicina Interna, 21 Edición

2.4 Consecuencias del cuidador cansado

La contribución de cuidar adultos mayores requiere la atención del cuidador principal que asume un completo compromiso, causando efectos negativos para su salud al aumentar niveles de estrés que pueden llevar a problemas emocionales y físicos del cuidador ²¹.

2.4.1 Físicas

Se puede mencionar dentro de las consecuencias físicas “la fatiga, falta de sueño, agotamiento físico y/o psicológico, descompensación de enfermedades crónicas, abandono de tratamiento médico e ineficientes habilidades de autocuidado”²¹.

Debido al sobreesfuerzo también se documentan afecciones osteomusculares llevando a esguinces o fracturas²¹.

2.4.2 Psicológicas

Dos de los principales síntomas psicológicos son el estrés y la tristeza²⁴.

Otras de las afecciones psicológicas que se mencionan son insomnio, agotamiento psicológico, estados ansioso-depresivos, inicio de emociones negativas como la culpa, frustración²¹.

2.4.3 Laborales

Dentro de los problemas laborales se dice que puede haber reducción de la jornada laboral o abandono de esta lo que podría traducirse como problema económicos²⁶.

2.4.4 Sociales

La sobrecarga del cuidador afecta la vida social de manera negativa influyendo en su capacidad de realizar actividades diarias ²⁵. Se ven afectadas las actividades culturales y recreativas por el poco tiempo libre que les queda a los cuidadores ²¹.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

En el siguiente capítulo se desarrollará el marco teórico, en el cual se limitarán el tipo de estudio que se realizará, las fuentes de investigación, la población y muestra que se tomarán en cuenta, así como los criterios de inclusión y exclusión. También se podrá observar las variables que se tendrán en cuenta para realizar las encuestas a los cuidadores de adultos mayores con síndrome demencial.

3.1 Tipo de investigación

Este trabajo es una investigación cualitativa de tipo no experimental con enfoque investigación acción y con un diseño transeccional exploratorio.

Es de tipo cualitativo, porque se pretende comprender la existencia o no del síndrome de cuidador cansado en cuidadores mayores con síndrome demencial y si este desarrolla complicaciones hacia sí mismo y o al adulto mayor.

Se considera como no experimental, ya que no se van a realizar cambios en las variantes obtenidas por medio de las fuentes de información primaria y secundaria, que van a ser utilizadas para el desarrollo de la investigación presente; con respecto al enfoque, se analiza de ser tipo investigación acción y transeccional exploratorio, por el hecho de que el síndrome de cuidador cansado o Burnout, es estudiado con diferentes enfoques, pero desde el punto de vista de los cuidadores de adultos mayores con síndrome demencial no se ha realizado una amplia investigación al respecto; adicionando que se busca que el personal médico general tenga un conocimiento de este síndrome, en el cual se logre detectar a tiempo y así comenzar con el manejo más adecuado ⁴.

3.2 Población

La población para la investigación se trata de 30 cuidadores de adultos mayores con síndrome demencial de la Clínica Calle Real durante el tercer cuatrimestre 2023.

3.3 Muestra

Según el libro de texto metodología de la investigación de Roberto Hernández Sampieri, para identificar la muestra con la cual se desarrollará la investigación presente, recomiendan la utilización de la aplicación para dispositivos móviles llamada STATS, la cual es una calculadora estadística para poder obtener la muestra para el desarrollo de las investigaciones.⁴

Como se puede observar en la figura 16, se describe a detalle los puntos a considerar al momento de desarrollar la muestra, comenzando con la población que en este caso será de 30 personas, según el video visto propiedad de Audiovisuales UNED titulado STATS Y EPIDAT Cálculo de la muestra y selección de las unidades, recomiendan que para la muestra que se utilice, un error máximo aceptable del 5%, un nivel estimado de porcentaje del 50% y una confianza del 95%⁵; dando así como resultado una muestra de 28 entrevistas a realizar.

Figura. 16 Identificación de la muestra

Sample Size **STATS™**

Allows the user to calculate the sample size needed to achieve a specified level of accuracy.

Inputs **FORMULAS**

Population Size
30

Maximum Acceptable Error
5%

Estimated Percentage Level
50%

Desired Confidence Level
95%

Calculate

Sample Size = 28

Fuente: Imagen tomada de la aplicación móvil STATS

3.4 Criterios de inclusión

- Cuidadores de pacientes de la Clínica Calle Real mayores de 65 años.
- Pacientes de la Clínica Calle Real con síndrome demencial.
- Personas adultas que sean mayores de 18 años.
- Hombres.
- Mujeres.
- Familiares.
- Personal de salud
- Personas externas a la familia

3.5 Criterios de exclusión

- Cuidadores de pacientes que no sean parte de la Clínica Calle Real.
- Cuidadores de adultos mayores con demencia menores de 65 años.
- Pacientes que no presentan síndrome demencial.
- Personas que sean menores de 18 años.
- Pacientes que no pertenecen a la clínica Calle Real.

3.6 Fuentes de información

Para esta investigación la fuente de información será tipo primaria, ya que, se va a entrevistar a médicos generales, geriatras y psicólogos.

Otra fuente de información será la de tipo secundaria, esta será por medio de los datos obtenidos de los diferentes artículos científicos, páginas gubernamentales a nivel nacional e internacional, extracción de capítulos de libros, infografías y revistas científicas.

Como fuente terciaria se utilizaron tesis que sean en relación con el tema de investigación.

3.7 Criterios de búsqueda

Objetivo	Descriptor	Motores de búsqueda	Periodo de estudio	Idioma
Describir la etiopatogenia del síndrome cuidador cansado	Cuidador	Elsevier Pudmed Scielo Google academico UpToDate Libros Medigraphyc	2008 - 2024	Español Ingles
	Síndrome del Cuidador Cansado			
	Adulto Mayor			
	Demencias			
Relacionar el personal con síndrome de cuidador cansado y el adulto mayor con síndrome demencial y las consecuencias que se desarrollan.	Consecuencias del síndrome de cuidador cansado	Elsevier Pudmed Scielo Google academico UpToDate Libros Medigraphyc	2008 - 2024	Español Ingles

Investigar la existencia mediante entrevistas acerca del síndrome de cuidador cansado sobre el personal cuidador de adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real.	Edad	Elsevier Pudmed Scielo Google academico UpToDate Libros Medigraphyc	2008 - 2024	Español Ingles
	Parentesco			
	Consecuencias			
	Tiempo libre			

3.7 Variables

- Edad
- Sexo
- Parentesco del cuidador con el adulto mayor.
- Conoce o no sobre el síndrome del cuidador cansado.
- Desde hace cuánto tiempo cuida del adulto mayor
- Horas que emplea en el cuidado del adulto mayor durante el día
- La cantidad de días a la semana que se emplea en el cuidado del adulto mayor.
- Cuales redes de apoyo puede contar usted como cuidador, tales como familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, entre otros.

- Enfermedades crónicas que presenta el cuidador.
- Tiempo que se dedica así mismo el cuidador.
- Cómo es su reacción ante una crisis que presenta el adulto mayor

3.8 Limitantes

Se toma en cuenta las siguientes limitantes para delimitar los posibles riesgos que se presentar durante la investigación, que lleguen a afectarla de una forma negativa:

- Que los cuidadores se nieguen a realizar la encuesta.
- Limitante de tiempo a causa del internado en medicina.
- Limitante de tiempo a causa de las clases de medicina.
- Limitante de tiempo al realizar la tesis con las horas de estudio.
- Que los cuidadores de los adultos mayores con demencia no sepan leer ni escribir.
- Dificultad para poder transportarte a la clínica, para ir a desarrollar el trabajo de campo
- Limitante que al Dr. le cancelen las citas o que por motivos personales el Dr. no pueda realizar la consulta.
- Limitantes de salud en el cual como investigadores se nos imposibilite el poder avanzar en la investigación.
- La limitante presente son las fechas de celebraciones de fin y principio año.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

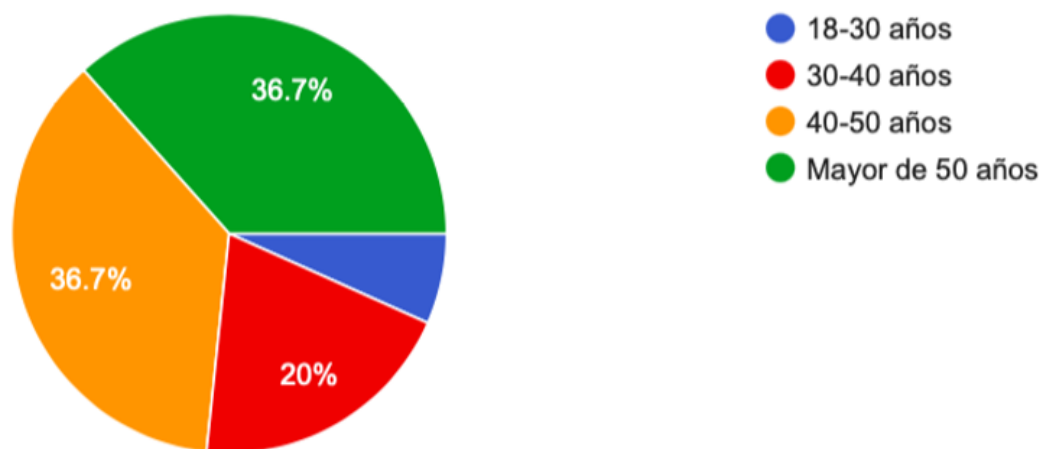
Se realizaron una serie de entrevistas a una población 30 personas con el objetivo de poder identificar diversos aspectos tales como: aspectos demográficos (edad, género), porcentaje de la población que corresponde a cuidadores de pacientes adultos mayores con síndrome demencia, parentesco, rango de edad de los pacientes, entre otros.

A continuación, se muestra el análisis de los resultados obtenidos:

4.1 Edad de los cuidadores

Gráfico 1.

Edad de cuidadores de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

Se observó que un 73,4% de la población entrevistada se encuentra entre los rangos de 40-50 y mayores de 50 años, asimismo un 20% de los entrevistados se encuentran en el rango de 30-40 años y por último un 6.6% de la población corresponde a personas en un rango de 18-30 años.

Con base a estos resultados se puede destacar que el cuidado de personas adultas mayores con síndrome demencial se concentra en personas de 40 a 50 años y mayores, esto se puede ligar a aspectos socioeconómicos derivados a aspectos laborales, ya que en la mayoría de las ocasiones el cuidado se puede concentrar en amas de casa o personas que ya no forman parte de la fuerza laboral del país, esto hace relación directa a que el menor porcentaje que se obtuvo en dicha pregunta es el de la población en el rango de 18 a 30 años los cuales en su mayoría durante esta etapa se encuentran realizando sus estudios universitarios, laborando o en algunos casos ambos, asimismo con la población de 30 a 40 años los cuales en su mayoría se encuentran laborando a tiempo completo, imposibilitando de esta manera el poder cumplir un rol como cuidador.

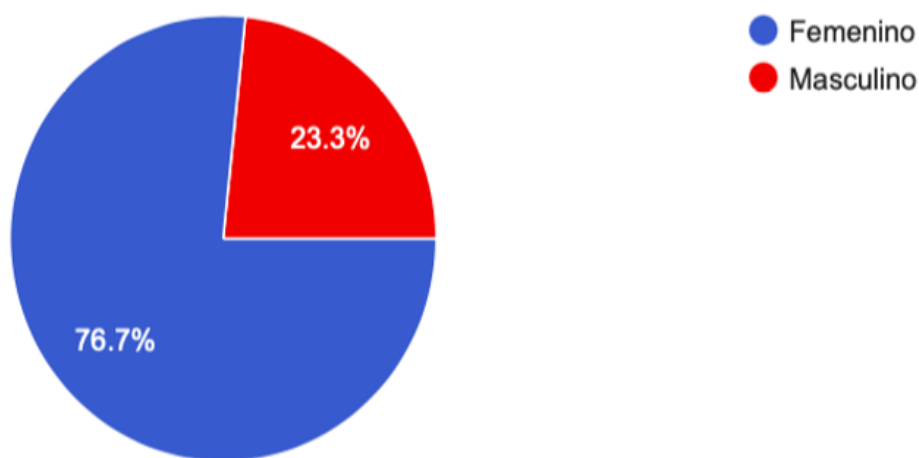
Se concluye que una de las características más notables de los cuidadores es que son adultos jóvenes, y que debido a su edad, podrían tener otras responsabilidades como atender a su cónyuge, hijos, tareas domésticas, entre otras actividades, lo cual multiplica sus responsabilidades familiares, desencadenando mayor demanda de su propia salud física y mental.

Al ser los cuidadores adultos jóvenes, vivirán un cambio en sus hábitos del diario vivir, en el ámbito social, personal, laboral, y familiar, ya que deberán emplear gran parte de su tiempo, en el cuidado de pacientes adultos mayores con síndrome demencial, y podrían experimentar estados de agotamiento, estrés y cansancio que afecta directamente las actividades y responsabilidades del cuidador.

4.2 Género de los cuidadores

Gráfico 2.

Género de cuidadores de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

El gráfico anterior forma parte (al igual que el gráfico 1) de los datos demográficos obtenidos, en este se puede observar una tendencia mayor al género femenino siendo este un 76.7% del total de la población encuestada que cumple el rol como cuidador de pacientes adultos mayores con síndrome demencial, estos resultados se pueden relacionar a lo mencionado anteriormente de que en su mayoría los cuidadores se dedican a labores del hogar (siendo en el caso de Costa Rica en su mayoría personas del género femenino), lo cual explicaría que solamente un 23.3% de la población entrevistada corresponda a personas de género masculino.

Por lo tanto, se encuentra que es la mujer quien asume la labor del cuidado, enfatizando en la feminización de este. Son mujeres, adultas, dedicando gran parte del día a cuidar, en la

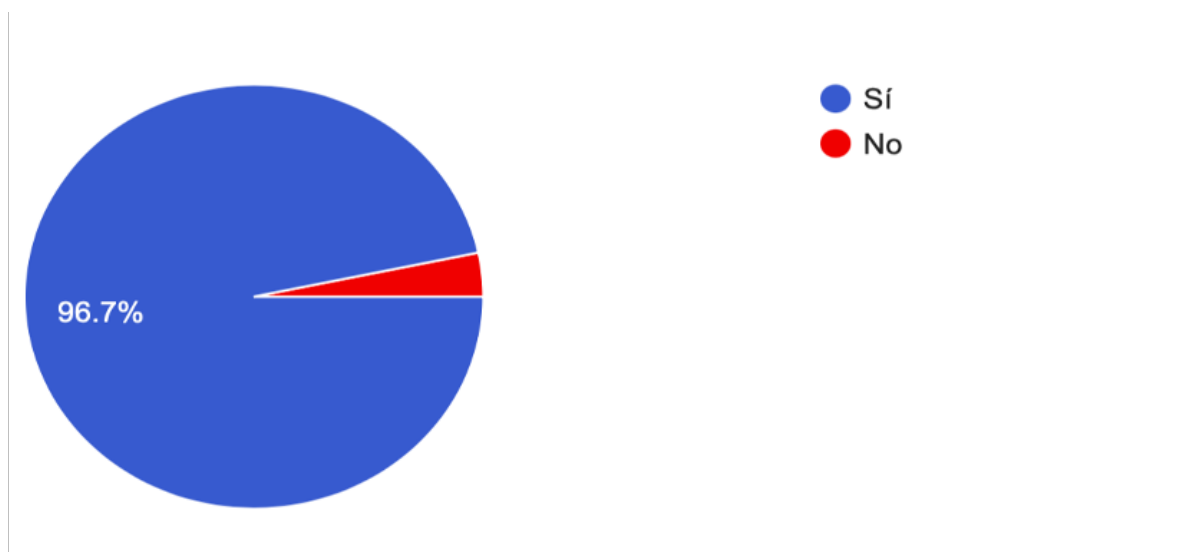
mayoría de los casos sin ayuda de terceros, con niveles de sobrecarga leve, y escasa percepción de apoyo social. De esta manera, son las mujeres quienes presentan más afectación, por su vinculación e implicación emocional y moral en su labor de cuidadora.

Atender al enfermo y hacer frente a sus otras obligaciones hace que el tiempo diario dedicado al cuidado sea el factor más estrechamente relacionado con la sobrecarga y aparición del síndrome del cuidador cansado o Burnout.

4.3 ¿Es cuidador un paciente con síndrome demencial?

Gráfico 3.

Es o no cuidador de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

Respecto a la pregunta realizada a los entrevistados sobre si es o no cuidador de un paciente adulto mayor con síndrome demencial, se observó que un 96.7% del total de la

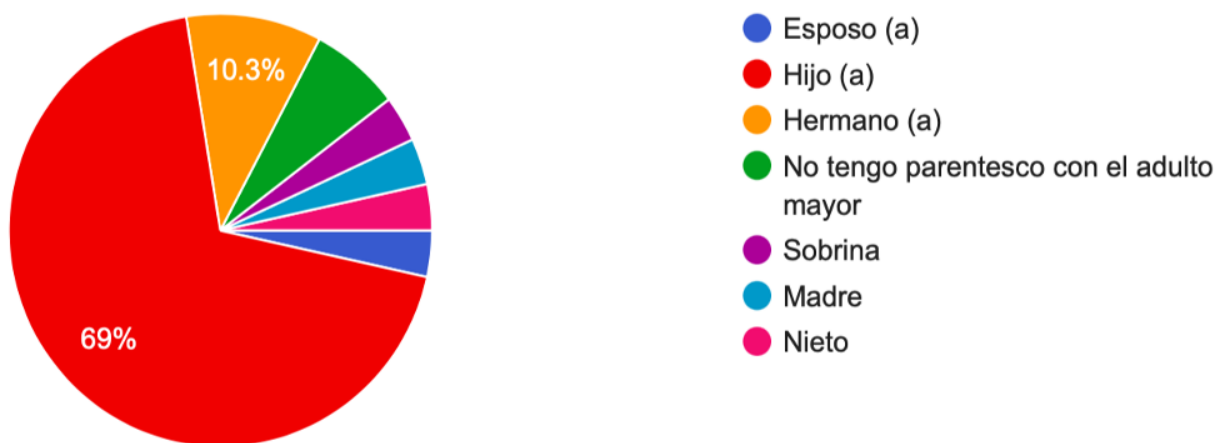
población afirma cumplir el rol de cuidador, y solamente un 3.3% de los entrevistados no realizan labores de cuidado de este tipo de pacientes.

En este punto es importante anotar, que el cuidador responsable de pacientes adultos mayores con síndrome demencial enfrenta grandes demandas de su propia salud física y mental. Se podría suponer que el estado de salud del cuidador influye en la percepción del cuidado que brindará en un futuro. Mientras fueran físicamente capaces, los cuidadores continuaron cuidando, pero se expresan sentimientos de preocupación por manejar el aumento de las demandas físicas si su receptor de cuidado se deteriora.

4.4 Parentesco de los cuidadores

Gráfico 4.

Parentesco de los cuidadores de pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

En torno al parentesco que los entrevistados tienen respecto a los pacientes se observó que un 69% de la población corresponde a hijos, posteriormente en segundo lugar se encuentran los hermanos representando un 10.3% , en tercer lugar personas que no presentan ningún parentesco con los pacientes (dentro de los cuales se pueden ubicar personal contratado para dicha labor o personas fuera del núcleo familiar o parentesco en general) representando un 6.9% de los entrevistados, por último en igual porcentaje se encuentran sobrinos (as), madre, nieto (a) y esposo (a) con un 3.4% de la población total encuestada.

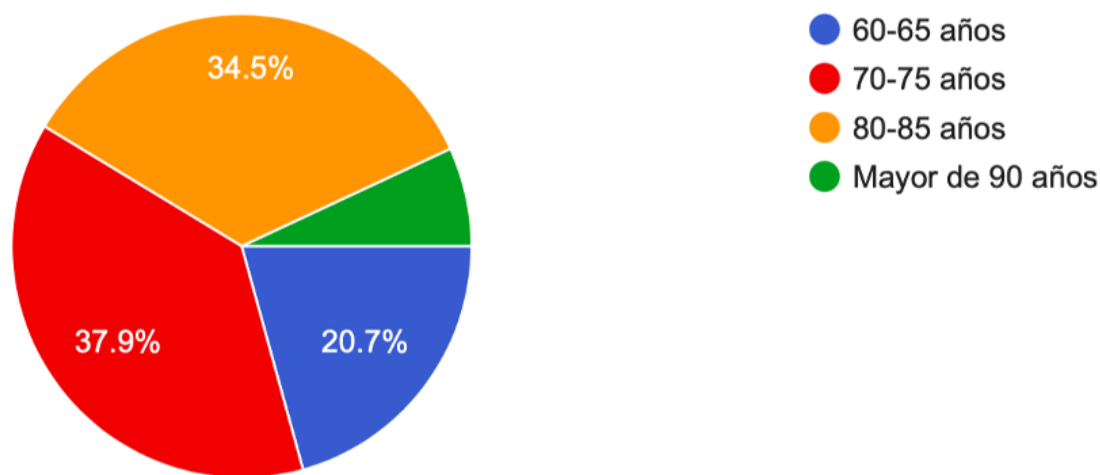
Los principales cuidadores son familiares directos que pueden considerarse como cuidadores informales (no cuentan con programas de entrenamiento de cómo cuidar a una persona con síndrome demencial). Este escenario no implica el mismo desgaste cuando se practican los cuidados desde el punto de vista del cuidado formal que del informal. Esta afirmación se pone de manifiesto en el estudio llevado a cabo por M.J. Galvis Aparicio “et al.”. Cerquera Córdoba⁴³, quienes eligieron para su investigación una muestra de cuidadores formales e informales, encontrando como resultado que los niveles de sobrecarga eran elevados en la mitad de los cuidadores informales, mientras que, entre los formales, solo un pequeño porcentaje muestra un nivel alto.

En esta línea, G. Aldana G y L.R. Guarino, en su estudio “Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer” comparan el nivel de sobrecarga que presentan las cuidadoras informales y formales de personas con demencia tipo Alzheimer. Su investigación demuestra que las cuidadoras informales muestran un nivel de sobrecarga significativamente superior. Tras analizar los hallazgos de su estudio, coinciden en concluir que el cuidado de personas que padecen Alzheimer genera en el cuidador informal altos niveles de compromiso biopsicosocial, con lo que el ejercicio de este papel puede suponer la afectación de la salud de la persona suministradora de cuidados ⁴³.

4.5 Edad de los pacientes adultos mayores

Gráfico 5.

Edad de los pacientes adultos mayores con síndrome demencial en la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

Posteriormente se efectuó la pregunta relacionada a la edad de los pacientes adultos mayores con síndrome demencial, de la cual se obtuvieron los siguientes resultados: un 37.9% de los pacientes se encuentra en un rango de 70-75 años, un 34.5% se encuentra en un rango de 80 a 85 años, siendo estos 2 rangos anteriormente mencionados donde se concentra la mayoría de los pacientes bajo el cuidado de la población entrevistada, asimismo en menor proporción se encuentran los pacientes entre 60-65 años con un 20.7% y por último aquellos pacientes mayores a 90 años con un 6.9%.

Como se expuso anteriormente, la demografía que se está presentando actualmente, es un cambio la pirámide poblacional, es decir que donde hace años atrás la base de la pirámide eran la población infantil, con el pasar de los años esto ha ido evolucionando y convirtiéndose poco a poco en un triángulo invertido, siendo la población infantil está poco a poco siendo menos la tasa de natalidad, y la población adulta mayor viene aumento.

Y hay que tomar en cuenta que mucha de la población adulta mayor puede llegar a presentar el síndrome demencial, es acá donde el aumento de la población llegará a ser paralelo el crecimiento de cuidadores y a su vez, se llegará a tener un aumento de la incidencia del Síndrome de Cuidador Cansado; solo en nuestro país sino también siendo así en países como Estados Unidos y Colombia

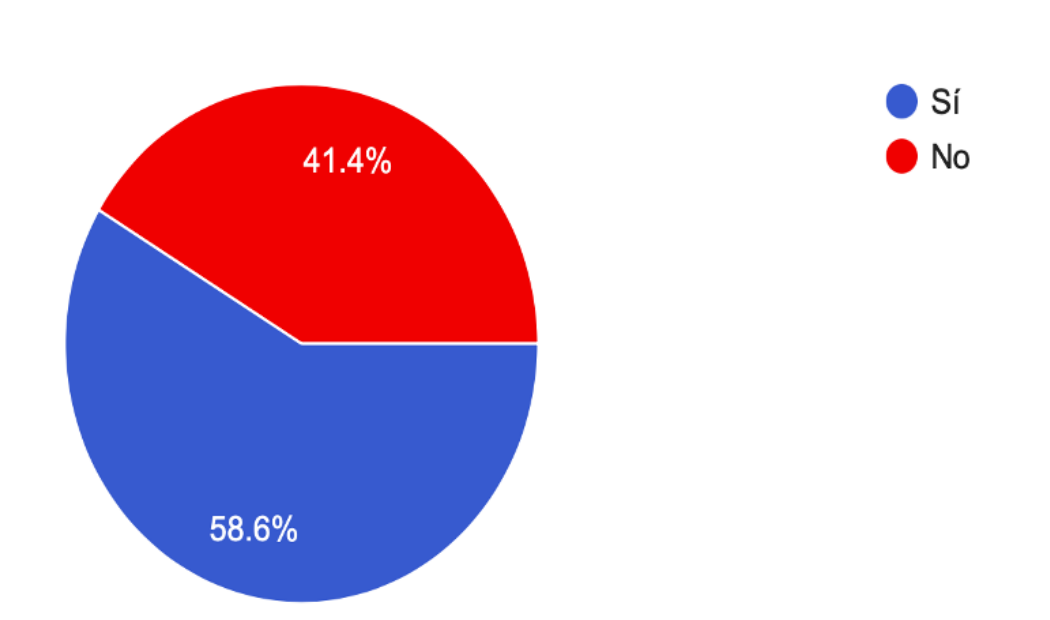
Como se mencionan en la investigación de Sargentón, Matos, Mosqueda y Chibas titulada “Factores biosociales que influyen en los cuidadores principales de pacientes con síndrome demencial”, en esta investigación se menciona que para el año 2050 en Estados Unidos aproximadamente el 17% de la población de ese país, permanecerán al grupo de adultos mayores bajo el diagnóstico de síndrome demencial. En Colombia se llega a describir que los pacientes entre 60 y 70 años se multiplican por 6,4 y los mayores de 80 por 17, donde se va a reflejar un aumento en la incidencia de la patología en este país.⁴²

Respecto a los gráficos 6 y 7 estos corresponden al conocimiento que tienen los cuidadores tanto del síndrome del cuidador como del síndrome demencial por lo cual serán analizados de manera conjunta, a continuación se muestran los resultados obtenidos y posteriormente el análisis respectivo.

4.6 Conoce la definición de Síndrome de Cuidador Cansado

Gráfico 6.

Conocen los cuidadores de adultos mayores con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023 el término síndrome de cuidador cansado.

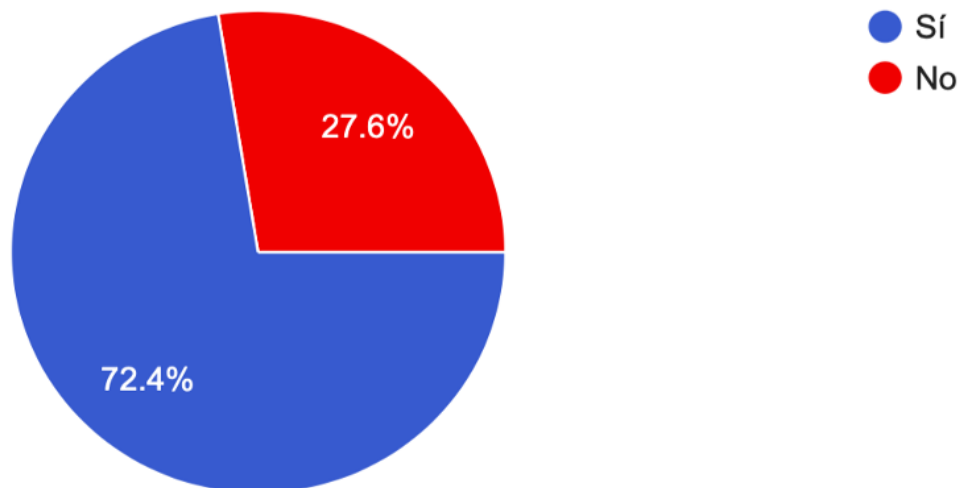


Fuente: elaboración propia

4.7 ¿Conoce el término de demencia?

Gráfico 7.

Conocen el término demencia los cuidadores de adultos mayores con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

Respecto a la pregunta realizada sobre el conocimiento del término síndrome de cuidador cansado se observó que un 58.6% de la población entrevistada afirma conocer dicho término, no obstante un 41.6% (lo que representa un porcentaje representativo del total de la población entrevistada), menciona no conocer el significado del término del síndrome de cuidador cansado, esto relacionado a los rangos de edad en los cuales se encuentran la mayoría de los entrevistados puede indicar que aunque existen diversos medios tecnológicos en los cuales poder investigar al respecto, es importante tomar en cuenta la alta brecha generacional y tecnológica bajo la cual las personas mayores se ven influenciados, dificultando el uso de dispositivos tecnológicos como medios de consulta e información.

De la misma forma respecto a la pregunta relacionada al conocimiento de los cuidadores del término de síndrome demencial, un 72.4% de la población entrevistada afirma

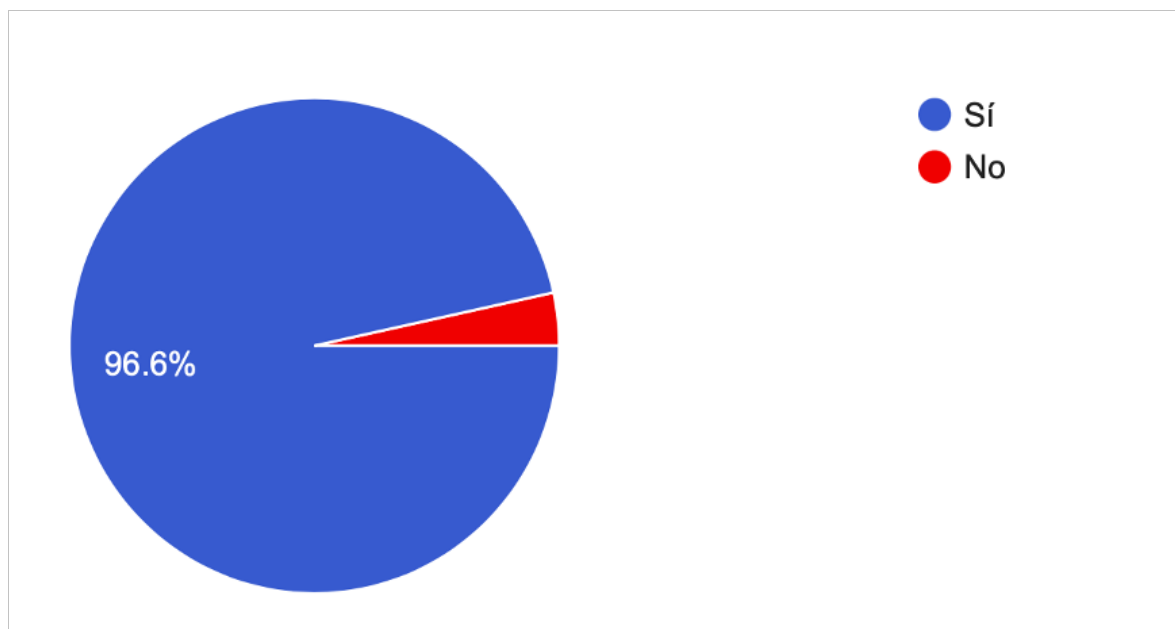
tener conocimiento de este, siendo solamente un 27.6% de los entrevistados aquellos que desconocen dicho término.

De los resultados obtenidos se puede concluir que es necesario hacer esfuerzos para que las personas que se dedican al cuidado de pacientes adultos mayores con síndrome demencial puedan adquirir el conocimiento necesario de ambos términos con el objetivo de que esto pueda ser de beneficio en su día a día, considerando el desgaste físico, emocional y mental que implica dedicarse a tiempo completo a dicha labor, sobre el impacto que tiene el ser cuidador nos estaremos refiriendo más adelante.

4.8 ¿Presenta una red de apoyo?

Gráfico 8.

Tiene apoyo por parte de otros familiares para el cuidado del adulto mayor con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

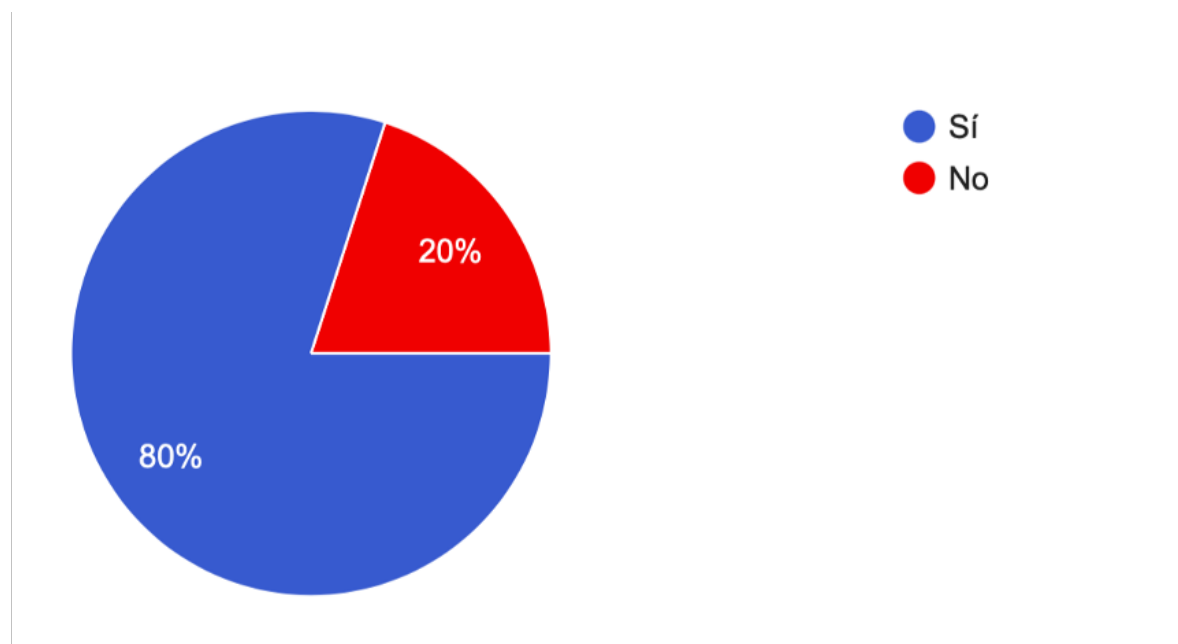
Con relación a si los cuidadores cuentan con el apoyo por parte de otros familiares para el cuidado del adulto mayor con síndrome demencial a cargo se observó que el 96.6% de la población total afirma contar con una red de apoyo para el cuidado del paciente y solamente un 3.4% menciona no contar con ningún tipo de apoyo para el cuidado del adulto mayor.

De estos resultados se puede concluir que la cultura de cuidado ha mejorado considerablemente, no dejando bajo la responsabilidad de una única persona el cuidado absoluto del adulto mayor, permitiendo que el cuidador pueda tener espacios de descanso y esparcimiento que directamente impactan en beneficios tanto físicos como mentales y emocionales para este.

4.9 ¿Ha desarrollado alguna enfermedad desde que cumple su papel como cuidador?

Gráfico 9.

Ha desarrollado alguna enfermedad desde que cumple su papel como cuidador del adulto mayor con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

En el gráfico 9 se formuló la pregunta sobre si durante el cuidado del adulto mayor con síndrome demencial se desarrolló alguna enfermedad a raíz del cuidado, de dicha pregunta se obtuvo que un 80% de los entrevistados afirman haber desarrollado algún tipo de enfermedad durante el cuidado y un 20% mencionan no haber desarrollado ningún tipo de enfermedad.

M.C. Martínez Cortés, R. López-Liria, D. Padilla Góngora et al.,⁴⁴ exponen en su estudio que, en el desempeño del cuidado, los problemas cotidianos que pueden surgir durante el día a día y el propio hecho de que las necesidades del paciente con demencia vayan siempre en aumento, ya sitúan al cuidador en una situación de estrés constante. El cuidador,

tras implicarse en la atención de su familiar, destinará la mayor parte de su tiempo al cuidado de este, dejando abandonada su esfera social y de autocuidado. Tarde o temprano comenzará a padecer los efectos perjudiciales que este sacrificio implica, viendo afectados su salud y bienestar, tanto físico como psíquico. Todo apunta hacia que, conforme vaya pasando el tiempo, las demandas del paciente superarán las posibilidades del cuidador, viéndose totalmente desbordado⁴³.

Las enfermedades que los cuidadores han desarrollado, mencionadas por los entrevistados se puede observar en la Tabla 1, en la cual además de la cantidad de respuestas obtenidas se puede detallar el peso porcentual que dicha cantidad representa sobre el total de la población entrevistada.

4.10 ¿Qué enfermedad ha desarrollado a raíz de ser cuidador de adulto mayor con Síndrome demencial?

Tabla 1.

Cuál enfermedad ha desarrollado a raíz de ser cuidador del adulto mayor con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.

Enfermedad	Cantidad de Respuestas	Porcentaje
Ansiedad	3	10%
Depresión	2	7%
Diabetes Mellitus	1	3%
Cefalea	2	7%
Estres	3	10%
Hipertensión arterial	3	10%
Fatiga	2	7%
Insomnio	2	7%
Cansancio	1	3%
Problemas musculares	3	10%
Respuestas en blanco	8	27%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia.

De la Tabla 1, se observa como enfermedades como la ansiedad, estrés, hipertensión arterial y problemas musculares generan un impacto negativo en la salud de los cuidadores.

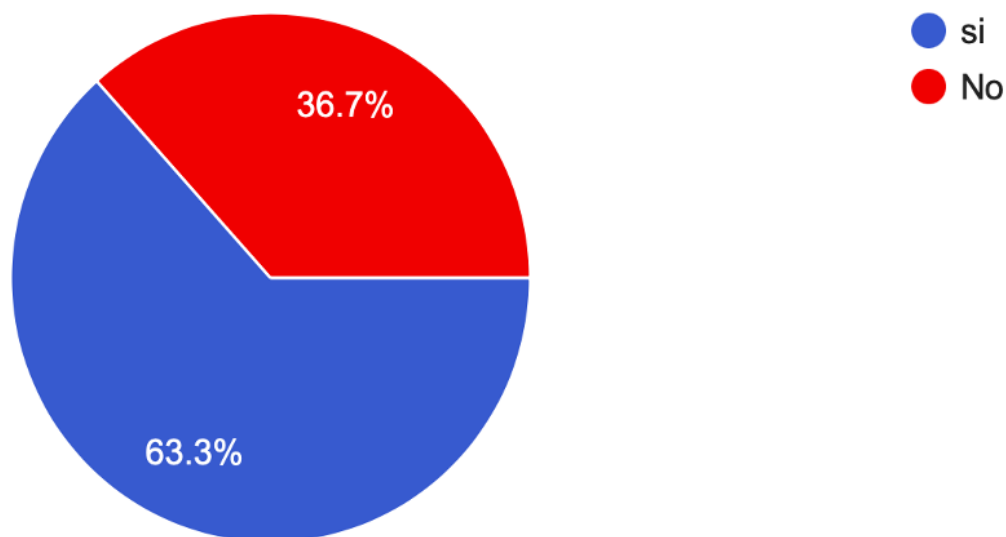
En el estudio “Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales”, A.M. Cerquera Córdoba y M.J. Galvis Aparicio se focaliza en identificar los niveles de depresión y sobrecarga subjetiva que experimentan cuidadores formales e informales de personas con Enfermedad de Alzheimer. Para evaluar la sobrecarga, hacen uso de la escala de Zarit, cuyos resultados revelan que en su mayoría los cuidadores informales presentan sobrecarga, principalmente intensa. Destacan también que un 36% de estos cuidadores informales referían síntomas asociados a la eutimia, lo cual indica que han experimentado previamente sensaciones negativas tales como el malestar general, miedo,

tristeza, ansiedad, disgusto y hostilidad, entre otras; que suelen presentarse temporalmente y pueden estar relacionadas con circunstancias específicas que padece la persona. Del mismo modo, un 25% afirmó la presencia de síntomas relativos a la depresión. La suma de todos estos factores, junto con la documentación de investigaciones previas, lleva a las autoras de la investigación a insistir en la relación existente entre la presencia de sobrecarga en los cuidadores y la aparición de trastornos afectivos como la depresión⁴³.

4.11 ¿Ha empeorado su enfermedad desde que cumple el papel como cuidador del adulto mayor con síndrome demencial?

Gráfico 10.

Ha empeorado su enfermedad desde que cumple el papel como cuidador del adulto mayor con síndrome demencial de la clínica Calle Real en el tercer cuatrimestre 2023.



Fuente: elaboración propia.

Relacionado a las preguntas anteriormente efectuadas en relación al desarrollo de enfermedades y cuales son, se les consultó si durante el período que han cumplido el rol de cuidador consideran que dicha enfermedad ha empeorado, sobre lo cual obtuvimos los siguientes resultados: un 63.3% de la población entrevistada afirma considerar que la enfermedad que presentan ha empeorado desde que cumplen el papel de cuidador y un 36.7%

menciona no haber experimentado que dicha enfermedad haya empeorado desde que cumplen dicho papel.

Al ser cuidador de un paciente con síndrome demencial, es común de que muchas de estas personas lleguen a presentar un deterioro de su salud física y mental, en la tiempo que son cuidadores de estas personas, como lo mencionan Sánchez y Fontalba en su estudio, en el cual, hacen referencia que hace más de 60 años, ya se había establecido la definición de cuidado y también se ha llegado a describir sobre la cantidad de “problemas” que llegan a tener las personas cuidadoras de adultos mayores en diferentes áreas como los son física, mental, social y económica ⁴¹.

Siendo que los casos psiquiátricos y de depresión mayor vayan en aumento, también en este estudio se ha llegado a describir, que hay situaciones las cuales llegan a generar estrés, donde a su vez, estas situaciones de estrés se llegan a dividir en primarias y secundarias; las primarias tienen relación con las exigencias que conlleva el ser cuidador que, son el deterioro físico y el cognitivo. Y desde los estresores secundarios estos van asociados con los primarios los cuales se llegan a presentar en temas familiares, laborales, económicos, entre otros ⁴¹.

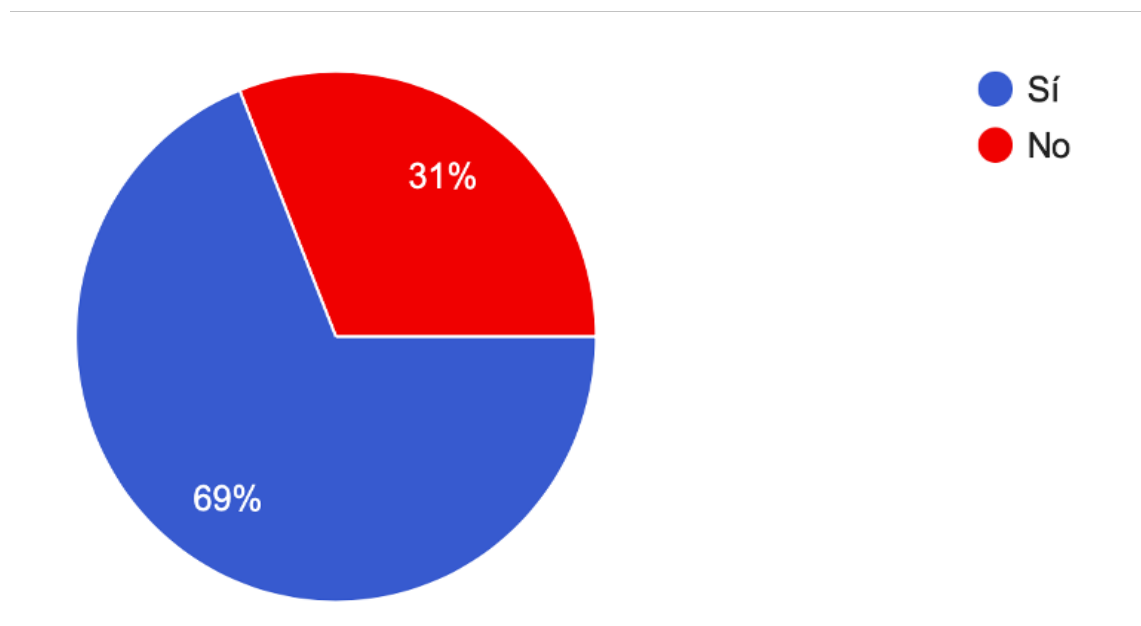
En relación con lo expuesto en la tabla 1, se ha llegado a describir diferentes manifestaciones clínicas que se pueden llegar a presentar como consecuencias de ser cuidador de un paciente con Síndrome Demencial tales como insomnio, fatiga, cefalea incremento de riesgo cardiovascular, entre otras ⁴¹.

Y esto lo se refleja en la tabla 1, donde se observó siendo la Ansiedad, problemas musculares, la hipertensión y el estrés, representan en conjunto el 40% de los problemas que más se llegan a desarrollar, y también se puede presentar el caso, acerca de que antes de comenzar con la tarea de ser un cuidador, sus patologías crónicas, se encontraban bien controladas, pero una vez que se convirtieron en cuidadores a raíz de la responsabilidad que conlleva el ser cuidador como, lo es, por ejemplo, la Hipertensión.

4.12 Toma el cuidador del adulto mayor con síndrome demencial tiempo libre durante el día para él mismo.

Gráfico 11.

Toma el cuidador del adulto mayor con síndrome demencial tiempo libre durante el día para él mismo.



Fuente: elaboración propia.

Entre las últimas consultas realizadas se les preguntó a los entrevistados si cuentan con espacios para esparcimiento (tiempo libre) durante el día para ellos mismos, sobre lo cual un 69% menciona contar con dichos espacios, esto se puede relacionar a que existe una sólida red de apoyo en relación al cuidado del adulto mayor tal como se mencionó anteriormente en los resultados obtenidos que se muestran en el gráfico 8, siendo solamente un 31% de la población aquellos que no cuentan con espacios de esparcimiento durante el día, sobre estos últimos se deben de crear espacios de concientización sobre la importancia de que los cuidadores puedan contar con este tiempo libre el cual puede traer una serie de beneficios para los mismo.

4.13 Como se distrae en su tiempo libre el cuidador del adulto mayor con síndrome demencial

Adicionalmente se les consultó sobre las actividades que realizan en su tiempo libre, las cuales se encuentran detalladas en la siguiente tabla:

Tabla 2.

Como se distrae en su tiempo libre el cuidador del adulto mayor con síndrome demencial

Actividad	Cantidad de Respuestas	Porcentaje
Coser o tejido	1	3%
Descansar	1	3%
Ejercicio	9	30%
Leer	5	17%
Salir con amigos	6	20%
Salir con esposa(o)/novia(o)	2	7%
Servicio a la iglesia	2	7%
Respuestas en blanco	4	13%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia.

Al igual que la tabla 1, se muestra la cantidad de respuestas obtenidas así como el peso porcentual que estas representan de la población total entrevistada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se concluye que en consideración sobre el aumento de la población costarricense el porcentaje de la población adulta mayor irá en incremento con el pasar de los años, donde exista la posibilidad que se incremente el Síndrome del Cuidador Cansado.
2. Se concluye acerca del Síndrome de Cuidador Cansado, como un síndrome poco estudiado a nivel nacional, no solo en el ámbito de profesionales de la salud, sino también en las diferentes áreas presentes de la sociedad costarricense y a nivel mundial.
3. Se concluye que con el pasar de los últimos años, si hay un incremento en los casos de Síndrome Demencial, siendo la Enfermedad de Alzheimer en mayor porcentaje.
4. Se concluye que al tener la responsabilidad de ser un cuidador, se desarrollan consecuencias en diferentes áreas de la vida, y además que se presenta afectación de la salud física y mental, hasta llegar al punto de requerir intervención médica.
5. Se concluye que el género femenino es el que más adquiere el rol de ser cuidadores de los adultos con síndrome demencial y a su vez son mujeres mayores de 50 años.
6. Se concluye que al desarrollarse el Síndrome de Burnout, los cuidadores pierden el interés en el cuidado del adulto mayor, siendo esto un factor de riesgo para el bienestar del paciente.

7. Se concluye que no se presenta el Síndrome del Cuidador Cansado, en los participantes de la investigación de la Clínica Calle Real durante el tercer cuatrimestre del 2023.
8. Se concluye que al ser cuidador de un paciente con Síndrome Demencial, se puede llegar a desarrollar o agravar una patología crónica como la hipertensión, depresión o ansiedad.
9. Se concluye que los cuidadores al tomar tiempo para sí mismo, se considera como un factor protector para no desarrollar del síndrome de Cuidador Cansado, ya que así pueden tener espacio de descanso, y distracción.

5.2 Recomendaciones

1. Se recomienda adoptar estilos de vida saludable desde edades tempranas para que al llegar a ser adulto mayor ser personas independientes las cuales no lleguen a necesitar un cuidador.
2. Se recomienda al personal de salud, investigar más acerca del Síndrome de Cuidador Cansado, para poder realizar un manejo integral y así evitar el aumento en la incidencia de este síndrome.
3. Se recomienda que el cuidador se informe acerca del síndrome demencial que presenta la persona a la que cuida, para así tener un mejor entendimiento sobre la patología y como esta se irá desarrollando.

4. Se recomienda a los cuidadores de personas con síndrome demencial estar alerta sobre su salud física y mental y los síntomas que puedan desarrollar para tratarlos a tiempo y evitar repercusiones graves a futuro.
5. Se recomienda que la red de apoyo sea más equitativa y que a su vez el rol no sea siempre recargado al género femenino.
6. Se recomienda que si se llega al punto del desinterés por el cuidado del adulto mayor con síndrome demencial, buscar ayuda con profesionales de salud o en sus redes de apoyo.
7. Se recomienda en un futuro volver a investigar acerca del tema, pero con una población mucho más amplia.
8. Se recomienda a los cuidadores si sufren de alguna enfermedad crónica mantenerse en control adecuado y reconocer síntomas de cambios en estas, para atenderse de inmediato y no desarrollar consecuencias.
9. Se recomienda a los cuidadores de adultos mayores con síndrome demencial que tomen tiempo para ellos mismos y poder distraerse y no desarrollar el síndrome de cuidador cansado.

CAPÍTULO VI
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar Morillo A. Asociación entre el síndrome de cuidador cansado y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes adultos mayores con demencia, atendidos en la consulta externa de psiquiatría del hospital de atención integral del adulto mayor, de la ciudad Quito, entre enero y junio 2021 [Tesis de especialidad en Geriátrica y gerontología]. Quito: Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2021.

2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington DC: OMS, 2022 [consultado el 5 de octubre del 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones)

3. Vázquez C, Esperón R, González M. Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social [Internet]. 2013 [Citado el 27 de septiembre del 2023]; 65 (6), 510-514. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn136g.pdf>

4. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A; 2014.

5. Audiovisuales UNED. YouTube [Internet]. San José, Costa Rica: UNED [Consultado el 25 de octubre del 2023]. STATS Y EPIDAT Cálculo de la muestra y selección de las unidades [1 pantalla aprox.]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ROtnFSZL0f4>

6. Velasco J, Grijalva M, Pedraza A. Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa* [Internet]. 2015. [15 de enero 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-repercusiones-del-cuidar-necesidades-basicas-S1134248X1500021X>
7. Manzano-García Guadalupe, Ayala-Calvo Juan-Carlos. New perspectives: towards an integration of the concept "burnout" and its explanatory models. *Anal. Psicol.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2023 Oct 28]; 29(3): 800-809. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000300019&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.145241>.
8. Saborío Morales Lachiner, Hidalgo Murillo Luis Fernando. Síndrome de Burnout. *Med. leg. Costa Rica* [Internet]. 2015 Mar [citado 2023 Oct 27]; 32(1): 119-124. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en.
9. Castellano M, Sánchez C, Gisbert J. Gisbert Calabuig. *Medicina Legal y Toxicológica* [Internet]. 7ma ed. España: Elsevier; 2019 [27 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.binasss.idm.oclc.org/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130963000811?scrollTo=%23hl0000020>
10. Martínez Pizarro Sandra. Síndrome del cuidador quemado. *Rev. Clin Med Fam* [Internet]. 2020 [citado 2023 Oct 28]; 13(1): 97-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es. Epub 20-Abr-2020.

11. Goes L, Agüera L. Psiquiatría Geriátrica [Internet]. 3era ed. España: Elsevier; 2021 [27 de octubre del 2023]. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.binasss.idm.oclc.org/#!/content/book/3-s2.0-B9788491131489000147>

12. Pérez Rodríguez Mario, Álvarez Gómez Tamara, Martínez Badaló Ernesto Javier, Valdivia Cañizares Susana, Borroto Carpio Iliety, Pedraza Núñez Haraicy. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Abr [citado 2024 Feb 8]; 19(1): 38-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007&lng=es.

13. Morales Hernández José, González Hernández Tomás [citado el 1 de marzo de 2024]. Disponible en: [Síndrome del Quemado en cuidadores de pacientes con Enfermedades Neurodegenerativas en tres municipios del Norte de Tenerife;](#)

14. Egaña Fernández M, Factores de Riesgo y Prevención en el Síndrome de Sobrecarga del cuidador [citado el 15 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/146801/TFG_EgañaFernándezM_FactoresRiesgo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [Internet]. Décima Edición. Washington, D.C.: OPS; 2008. [16 de enero del 2024]. Disponible en: [IE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud](#)

16. Medigraphic.com. [cited 2024 Dic 21]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>

17. de Autocuidado SENELCFEIG-COCD. FACTORES QUE PREDOMINAN [Internet]. Sld.cu. [cited 2024 Feb 2]. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v11n5/2218-3620-rus-11-05-385.pdf>

18. Brenes Murillo G, Cordero Abarca S. Ministerio de Salud [Internet]. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud [consultado el 28 de febrero del 2024]. Boletín Epidemiológico N°25 de 2023. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/boletines/boletines-vigilancia-vs-enfermedades-de-transmision-vectorial/boletines-epidemiologicos-2023/6545-boletin-epidemiologico-n-25-1/file>

19. Brenes Murillo G, Cordero Abarca S. Ministerio de Salud [Internet]. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud [consultado el 28 de febrero del 2024]. Boletín Epidemiológico N°28 de 2023. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministerio-de-salud/material-informativo/material-publicado/boletines/boletines-vigilancia-vs-enfermedades-de-transmision-vectorial/boletines-epidemiologicos-2023/6674-boletin-epidemiologico-n-28/file>

20. Metodológico: A. Dra. Janeth Gabriela Bello Pineda [Internet]. Wwww.uv.mx. [cited 2024 Feb 2]. Available from: TÍTULO “SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRIMARIO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS”
INVESTIGADOR: Dra. Janeth

21. Martínez Rodríguez L. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. Rev. Cub Salud Publica [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 2];44(4):61–72.

Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400061

22. Seeley W, Rabinovici G, Miller B. Demencias. En: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison. Principios de Medicina Interna. Edición 21. Editorial McGraw-Hill Education; 2022. 402 - 415.

23. Brosch J, Farlow M. Uptodate [Internet]. Estados Unidos: DeKosky S. 16 de febrero de 2023 [Consultado el 20 de febrero del 2024]. Early-onset dementia in adults. Disponible en: https://www-uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents/early-onset-dementia-in-adults?search=causas%20de%20la%20demencia&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3#H201302183

24. Redalyc.org. [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615418005.pdf>

25. Org.co. [cited 2024 Mar 22]. Available from: [Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017](#)

26. Sánchez Gil J, Fontalba Navas M. Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. Eur J Health Res [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 22];3(2):119. Available from: <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1187>

27. Rae.es. [cited 2024 Mar 22]. Available from: <https://dle.rae.es/cuidador>

28. Seeley W, Rabinovici G, Miller B. Enfermedad de Alzheimer. En: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison. Principios de Medicina Interna. Edición 21. Editorial McGraw-Hill Education; 2022. 7267 - 7281.

29. Seeley W, Miller B. Demencia frontotemporal. En: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison. Principios de Medicina Interna. Edición 21. Editorial McGraw-Hill Education; 2022. 7281-7287.

30. Bayles K, Mc Collough K, Tomoeda C. Cognitive Communication Disorders of MCI and Dementia. 3a ed. San Diego, California. Plural Publishing INC, 2020.

31. Smith E, Wright C, Uptodate [Internet]. Estados Unidos: De Kosky S. 24 de abril de 2023 [Consultado el 4 de marzo del 2024]. Etiology, clinical manifestations, and diagnosis of vascular dementia. Disponible en: https://www-uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents/etiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-vascular-dementia?search=demencia%20vascular&source=search_result&selectedTitle=1%7E64&u sage_type=default&display_rank=1

32. Greenberg S, Seeley W. Demencia vascular. En: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison. Principios de Medicina Interna. Edición 21. Editorial McGraw-Hill Education; 2022. 7287 - 7295.

33. Asamblea legislativa. Sistema Costarricense de Información Jurídica [Internet], San José, Costa Rica: Sistema Costarricense de Información Jurídica. 12 de mayo del 2023 [15 de marzo del 2023]. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N°7935. Disponible en: https://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=43655

34. Instituto Nacional de Estadística y Censo [Internet]. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censo; 29 de septiembre del 2021. [15 de Febrero del 2024]. Disponible en: <https://inec.cr/multimedia/dia-la-persona-adulta-mayor-2021-infografia>

35. Instituto Nacional de Estadística y Censo [Internet]. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censo; 28 de septiembre del 2022. [15 de Febrero del 2024]. Disponible en: <https://inec.cr/multimedia/infografia-dia-la-persona-adulta-mayor-2022>

36. 9 consejos para prevenir el síndrome de burnout [Internet]. Com.ar. OSDE ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DIRECTOS EMPRESARIOS; 2020 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://www.osde.com.ar/salud-y-bienestar/9-consejos-para-prevenir-el-sindrome-de-burnout-12721.html>

37. Instituto Nacional de Estadística y Censo [Internet]. San José, Costa Rica: Instituto Nacional de Estadística y Censo; 26 de septiembre del 2023. [15 de Febrero del 2024]. Disponible en: <https://inec.cr/multimedia/infografia-dia-la-persona-adulta-mayor-2023-un-vistazo-nuestra-poblacion-mayor>

38. Rivera C. El Burnout: síntomas y tratamiento psicológico [Internet]. Chile Psicólogos. 2021 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://chilepsicologos.cl/el-burnout-sintomas-y-tratamiento-psicologico>

39. Grupo Doctor Oliveros. Síndrome de Burnout: síntomas y tratamiento [Internet]. Grupo Doctor Oliveros. 2016 [cited 2024 Mar 23]. Available from: <https://www.grupodoctoroliveros.com/sindrome-de-burnout-sintomas-y-tratamiento/>

40. Barrantes Navarro L. Síndrome del cuidador cansado en el contexto de pacientes con demencia. Intervenciones de abordaje en el primer nivel de atención. Revisión bibliográfica. [Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado de Especialidades Médicas para optar al grado y título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria]. San José. Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2015.

41. Sánchez J, Fontalba M. Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. EJHRa [Internet]. 2017 [9 de mayo del 2024]; Vol. 3: 119-126. Disponible en: <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1187/864>

42. Sargentón-Savon S, Matos-Rodríguez A, Mosqueda-Lobaina Y, Chibas-Muñoz EE. Factores biopsicosociales que influyen en los cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de síndrome demencial. Interdisciplinary Rehabilitación / Rehabilitación Interdisciplinaria. 2023 [7 de mayo del 2024]. Disponible en: <https://ri.saludcyt.ar/index.php/ri/article/view/47/23>

43. García A. Sobrecarga del cuidador principal informal del adulto con enfermedad de Alzheimer. Una revisión exhaustiva. 2019 [10 de mayo 2024]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15121/Sobrecarga%20del%20cuidador%20principal%20informal%20del%20adulto%20con%20Enfermedad%20de%20Alzheimer.%20Una%20revisi%20on%20exhaustiva.pdf?sequence=1>

CAPÍTULO VII

ANEXOS

7.1 Preguntas realizadas en la entrevista

1. Edad
 - a. 18-30 años
 - b. 30-40 años
 - c. 40-50 años
 - d. Mayor 50 años
2. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino
3. Es usted cuidador del adulto mayor con demencia?
 - a. Si. No.
4. Parentesco con el adulto mayor? cuidador del adulto mayor?
 - a. Esposo(a)
 - b. Hijo(a)
 - c. Hermano(a)
 - d. Otro_____
5. Cuantos años tiene el adulto mayor?
 - a. 60-65 años
 - b. 70-75 años
 - c. 80-85 años
 - d. Mayor 90 años
6. Sabe que es síndrome de cuidador cansado?
 - a. Si
 - b. No
7. Sabe que es una demencia?
 - a. Si
 - b. No
8. Tiene apoyo por parte de otros familiares?
 - a. Si
 - b. No
9. Ha desarrollado usted alguna enfermedad desde que cumple su papel como cuidador?
 - a. Si, cual
 - b. No
10. Siente que desde que es cuidador ha empeorado su enfermedad?
 - a. Si
 - b. No
11. Toma tiempo libre para usted mismo?
 - a. Si
 - b. No
12. Como se distrae en su tiempo libre?