

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR



FACULTAD DE MEDICINA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

TEMA:

**“ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA DE LA
INSTITUCIONALIZACIÓN DE ADULTOS MAYORES CON
DEMENCIA LEVE Y MODERADA Y SUS FACTORES
DETERMINANTES, EN PACIENTES DE LA CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE GUADALUPE, EN EL PERÍODO ABRIL - JULIO 2015”**

AUTORES: MD. BYRON AMABLE QUINCHE FARINANGO

MD. DIANA KARINA VILLACRÉS ESTRADA

DIRECTOR GENERAL: DR. GIOVANNI ROJAS

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. EDGAR ROJAS

QUITO – AGOSTO 2015

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser la luz en mi camino, levantarme cuando más inseguro me sentía,
facilitar cada obstáculo que se me ha presentado en mi carrera.

A mi madre, que siempre ha sido un pilar, mi respaldo, mi razón para caminar, ella
con solo su recuerdo ha logrado que cada paso en un mundo que no es el mío, sea
menos desconocido, me dio la fuerza, el aliento y la luz para llegar a cumplir mis
sueños.

A mi doctora Susana Alvear, por su paciencia, su calidad humana, por su ejemplo
que incita a continuar el camino, por ver en mi persona, una posibilidad de
superación. Siempre gracias!

Byron

A Dios, que cada día colma de bendiciones mi vida.

A mis amados padres y hermanos por el apoyo incondicional.

A la Universidad, con sus maestros y tutores, por darme la oportunidad de conocer y
amar la especialidad de Medicina Familiar.

Al Hospital Voz Andes, por formarme como médica, persona y creyente

A la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe y sus amables adultos mayores

A mi colega, amigo y compañero del presente trabajo. Muchas gracias

Diana

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, de manera especial a mi madre, quien me dio la vida y ha participado en cada momento de esta trayectoria, sus consejos, su esperanza en mí y más que todo su amor y cariño han logrado que se cumpla esta meta.

Byron

A Dios, nuestro Señor, mi principal inspiración.

A mis padres Telmo y Blanca, por su amor, cuidado, ayuda y comprensión en estos años de estudio.

A mis hermanos por todo su apoyo y amor día a día.

A los tutores, maestros, compañeros y amigos, dedico estas páginas.

Diana

RESUMEN

Antecedentes: La decisión de institucionalizar a un adulto mayor con demencia depende tanto de las características del paciente como de la sobrecarga del cuidador. El objetivo del estudio es analizar las características (sociodemográficas, cognitivas, funcionales, mórbidas) de los adultos mayores con demencia leve y moderada de la clínica Nuestra Señora de Guadalupe en el periodo abril-julio 2015 e investigar asociación de estas variables con una institucionalización temprana.

Metodología: se estudió 37 pacientes y sus cuidadores, a través de una encuesta y 3 escalas para valorar deterioro cognitivo, dependencia y sobrecarga del cuidador. Los datos obtenidos fueron procesados en una base de datos y finalmente analizados en el paquete estadístico PSPP.

Resultados: De la población estudiada, el 43,24% tiene entre 81 - 90 años, 67,57% son mujeres, el 75,68% no tiene pareja, el 59,46% padece enfermedades cardiovasculares. El 51,35% de adultos mayores tienen demencia moderada y 48,65% demencia leve; el 64,86% presenta dependencia severa. Los cuidadores son hijos en un 45,95%, el 48,65% con sobrecarga intensa. El 21,62% de participantes fueron institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia, de los que el 75% son hombres. Encontrándose correlación significativa entre institucionalización temprana y género masculino ($p < 0.004$).

Conclusión: una correlación significativa entre institucionalización temprana y el género masculino fue la única encontrada; debido al pequeño tamaño de la muestra que no permite identificar otras correlaciones existentes entre las variables estudiadas

e institucionalización temprana. Sin embargo se encontró un importante número de pacientes con dependencia severa y cuidadores informales con sobrecarga intensa.

Palabras clave: Adulto mayor, demencia, institucionalización, dependencia, sobrecarga del cuidador.

ABSTRACT

Background: the choice to institutionalize elderly people with dementia depends both on the characteristics of the patient and on the overload of the caregiver. The goal of this study is to analyze the sociodemographic, cognitive, functional and morbid characteristics of elderly people with mild and moderate dementia on the Clinic Nuestra Señora de Guadalupe during the April – July 2015 period, and to research how these variables influence institutionalization.

Methodology: 37 patients and their caregivers were studied through a specially designed poll. A scale of 3 levels was applied to assess the level of cognitive deterioration, dependency and overload of caregivers. Obtained data was processed on a database and analyzed on the PSPP statistics package.

Results: of the surveyed sample, 43.24% has 81 – 90 years of age- 67.57% are female and 75.68% have no partners, 59.4% present cardiovascular disease. 51.52% of the surveyed elderly have moderate dementia and 48.65% have mild dementia; 64.86% show severe dependency. Caregivers are the patient's children in 45.95% of the cases; 48.65% show an extreme degree of overload. 21.26% of those surveyed were institutionalized within one year of being diagnosed with dementia, with the only associated variable of being male gendered with ($p < 0.004$)

Conclusion: even when a large number of the surveyed population presents a remarkable level of dependency, as well as an extreme overload on the caregiver's side, the small sample number does not allow the identification of significant links between the aforementioned variables and an early institutionalization.

Key words: elderly, dementia, institutionalization, dependency, caregiver's overload.

CONTENIDOS

| | |
|--|------|
| AGRADECIMIENTO | I |
| DEDICATORIA | II |
| RESUMEN..... | III |
| ABSTRACT..... | V |
| CONTENIDOS | VII |
| LISTA DE CUADROS, FIGURAS Y TABLAS. | XII |
| Cuadros | xii |
| Figuras..... | xiii |
| Tablas | xvi |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| 1.1 Introducción | 1 |
| 1.2 Justificación..... | 4 |
| CAPÍTULO II | 6 |
| MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 2.1 Definiciones | 6 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 2.2 | Población Adulta Mayor | 9 |
| 2.2.1 | Cambio demográfico mundial | 9 |
| 2.2.2 | Legislación para el adulto mayor | 10 |
| 2.2.3 | Condición socio económica del adulto mayor en el Ecuador | 11 |
| 2.2.4 | Perfil de morbimortalidad del adulto mayor | 17 |
| 2.3 | Envejecimiento..... | 19 |
| 2.3.1 | Valoración geriátrica integral | 20 |
| 2.3.1.1 | Valoración funcional..... | 21 |
| 2.3.1.1.1 | Índice de Katz..... | 22 |
| 2.3.1.2 | Valoración cognitiva | 23 |
| 2.3.1.2.1 | Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer. | 23 |
| 2.4 | Demencia..... | 25 |
| 2.4.1 | Factores de riesgo no modificables..... | 28 |
| 2.4.2 | Factores de riesgo potencialmente modificables | 30 |
| 2.4.3 | Fases de la enfermedad | 31 |
| 2.4.3.1 | Primera fase: Demencia leve..... | 31 |
| 2.4.3.2 | Segunda fase: Demencia moderada | 32 |
| 2.5 | Cuidado del adulto mayor con demencia | 33 |
| 2.5.1 | Cuidado Formal e Informal..... | 33 |
| 2.5.2 | El cuidador | 35 |
| 2.5.2.1 | Sobrecarga del cuidador..... | 35 |
| 2.5.2.1.1 | “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” | 37 |
| 2.5.3 | Institucionalización del adulto mayor..... | 38 |
| 2.5.3.1 | Institucionalización del adulto mayor con demencia..... | 40 |

| | | |
|-------------------|---|----|
| 2.5.3.2 | Predictores de la institucionalización..... | 41 |
| 2.5.3.3 | Necesidad de ingreso a una casa de cuidados prolongados | 47 |
| 2.5.3.4 | Tasa de Institucionalización..... | 47 |
| CAPÍTULO III..... | | 49 |
| METODOLOGÍA | | 49 |
| 3.1 | Problema de investigación | 49 |
| 3.2 | Objetivos | 49 |
| 3.2.1 | General..... | 49 |
| 3.2.2 | Específicos | 49 |
| 3.3 | Hipótesis..... | 50 |
| 3.4 | Metodología | 50 |
| 3.4.1 | Universo y muestras..... | 50 |
| 3.4.2 | Análisis de datos | 50 |
| 3.4.3 | Tipo de estudio..... | 51 |
| 3.4.4 | Criterios de inclusión | 52 |
| 3.4.5 | Criterios de exclusión | 52 |
| 3.4.6 | Instrumentos..... | 52 |
| CAPÍTULO IV..... | | 53 |
| RESULTADOS..... | | 53 |
| 4.1 | Características socio demográficas de la población en estudio | 53 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1.1 | Edad de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 53 |
| 4.1.2 | Género de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 55 |
| 4.1.3 | Estado civil de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 56 |
| 4.1.4 | Procedencia de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 57 |
| 4.1.5 | Educación de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 58 |
| 4.2 | Comorbilidades presentes en los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 59 |
| 4.3 | Deterioro cognitivo de los adultos mayores con demencia institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 60 |
| 4.4 | Deterioro funcional de los adultos mayores con demencia institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 64 |
| 4.5 | Cuidador informal del adulto mayor con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 68 |
| 4.5.1 | Sobrecarga del Cuidador informal del paciente adulto mayor institucionalizado en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 69 |
| 4.6 | Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de demencia hasta la institucionalización | 75 |

| | | |
|------------------------------|--|-----|
| 4.6.1 | Características de los adultos mayores con demencia leve y moderada de acuerdo al momento de su institucionalización | 76 |
| 4.7 | Correlaciones entre las variables estudiadas e institucionalización temprana | 92 |
| CAPÍTULO V | | 94 |
| DISCUSIÓN | | 94 |
| CONCLUSIONES | | 101 |
| RECOMENDACIONES | | 104 |
| LIMITACIONES | | 106 |
| FUTURAS INVESTIGACIONES..... | | 107 |
| BIBLIOGRAFÍA | | 108 |
| ANEXOS | | 114 |

LISTA DE CUADROS, FIGURAS Y TABLAS.

Cuadros

Cuadro 1: Modelo propuesto de los factores de riesgo asociados a institucionalización de adultos con demencia.....42

Cuadro 2: Modelo predictivo de institucionalización de pacientes con demencia leve y moderada de Pruchno.....44

Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1: Tasa global de Fecundidad en el Ecuador | 12 |
| Figura 2: Esperanza de vida en el Ecuador | 12 |
| Figura 3: Porcentajes de adultos mayores por edad y por sexo Ecuador | 13 |
| Figura 4: Distribución de adultos mayores en el Ecuador | 14 |
| Figura 5: Pirámide poblacional | 15 |
| Figura 6: Principales causas de morbi mortalidad en el adulto mayor | 17 |
| Figura 7: Función del adulto mayor | 20 |
| Figura 8: Edad de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)..... | 54 |
| Figura 9: Género de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)..... | 55 |
| Figura 10: Estado civil de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)..... | 56 |
| Figura 11: Procedencia de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)..... | 57 |
| Figura 12: : Educación de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)..... | 58 |
| Figura 13: Comorbilidades de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)..... | 59 |
| Figura 14: Deterioro Cognitivo de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)..... | 61 |
| Figura 15: Respuestas en la Escala de Pfeiffer para determinar el Deterioro Cognitivo de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) | 63 |

| | |
|--|----|
| Figura 16: Respuestas en la Escala de Pfeiffer para determinar el Deterioro Cognitivo de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) | 63 |
| Figura 17: Dependencia de los adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) de acuerdo al índice de Katz | 66 |
| Figura 18: Dependencia según el índice de Katz en adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) | 67 |
| Figura 19: El Cuidador informal del adulto mayor con demencia leve y moderada institucionalizado en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe | 68 |
| Figura 20: Sobrecarga del cuidador informal en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) | 70 |
| Figura 21: Preguntas de la Escala de Zarit (factor impacto del cuidado) en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) | 71 |
| Figura 22: Preguntas de la Escala de Zarit (factor impacto del cuidado) en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) | 72 |
| Figura 23: Preguntas de la Escala de Zarit (factor relaciones interpersonales) en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) | 73 |
| Figura 24: Preguntas de la Escala de Zarit (expectativa de autocuidado) en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) | 74 |

Figura 25: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de demencia hasta la institucionalización adulto mayor clínica Nuestra Señora de Guadalupe..... 75

Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Auto identificación de los adultos mayores según su cultura y costumbres | 15 |
| Tabla 2: Grados de dependencia según el índice de Katz | 22 |
| Tabla 3: Grado de incapacidad de acuerdo al índice de Katz | 65 |
| Tabla 4: Perfil de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015 | 76 |
| Tabla 5: Escala de Pfeiffer aplicada a los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015 | 78 |
| Tabla 6: Deterioro cognitivo de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015 | 79 |
| Tabla 7: Dependencia de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015 | 80 |
| Tabla 8: Índice de Katz aplicado a los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015 | 80 |
| Tabla 9: Cuidador informal de adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015 | 81 |

| | |
|--|----|
| Tabla 10: Sobrecarga del cuidador de adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015 | 82 |
| Tabla 11: Escala de Zarit aplicada a los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015 | 86 |
| Tabla 12: Cruce de variables sociodemográficas con institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril – julio 2015 | 92 |
| Tabla 13: Cruce de variable sobrecarga del cuidador con institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril – julio 2015) | 93 |
| Tabla 14: Cruce de variable deterioro cognitivo con institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril – julio 2015) | 93 |
| Tabla 15: Cruce de variable dependencia con institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril – julio 2015) | 93 |

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

El cambio demográfico mundial traducido como el progresivo envejecimiento de la población, representa un nuevo reto para el sector salud, ya que trae consigo mayor prevalencia de enfermedades crónicas, importantes limitaciones funcionales, trastornos mentales, cognitivos y de comportamiento que conllevan malestar para el adulto mayor y para su familia (1).

Uno de los trastornos prevalentes de este grupo poblacional es la demencia, puesto que a nivel mundial hay unos 47,5 millones de personas que la padecen, de los cuales un poco más de la mitad se encuentran en países de ingresos medios y bajos. Cada año se registran 7.7 millones de nuevos casos de demencia; el tipo más común es la enfermedad de Alzheimer, que representa un 60-70% de los casos. Se calcula que entre el 5 y 6% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento de su vida, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2014) (2).

En el Ecuador, de acuerdo al estudio FARYPDEA (Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha – Ecuador), realizado por Espinosa y colaboradores (3) en una población de 402 personas mayores de 65 años, el 36 % de ellos tuvieron resultados compatibles con deterioro cognitivo – demencia, y los principales factores de riesgo identificados son la edad y la baja escolaridad.

La Demencia se asocia a un progresivo deterioro cognitivo y funcional, que genera consecuencias para el paciente, su familia y cuidadores. Debido a la sobrecarga que

representa la demencia para los cuidadores, se ha convertido en la principal causa de institucionalización del adulto mayor (4).

La revisión sistemática de Melanie Luppá (4) en el año 2008, divide a los predictores de institucionalización de adultos mayores con demencia en 3 grupos: **variables predisponentes** que abarcan a las características socio demográficas, culturales, económicas de los adultos mayores, relación paciente – cuidador. A un segundo grupo de variables las denominó como **necesarias** y las subdividió en “estresores primarios” que se refieren a los aspectos relacionados con la demencia y prestación de cuidados y los “estresores secundarios” que evalúan la carga de los cuidadores. Finalmente el tercer grupo engloba a las **variables facilitadoras** que se refieren a los recursos personales (estrategias de afrontamiento) y los recursos comunitarios (centros de atención para adultos mayores).

Además del progresivo deterioro cognitivo y funcional que vive un importante porcentaje de adultos mayores, la prevalencia de otras enfermedades crónicas llegan a su auge en este grupo etario, según datos obtenidos de la OPS (5) las 10 principales causas de defunción de los adultos mayores en Latinoamérica son: Diabetes mellitus (13,34%), Enfermedad cerebro vascular (12,34%), Enfermedad isquémica del corazón (11,11%), Hipertensión arterial (6,27%), Enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores (6,18%), Influenza- neumonía (3,78%), Cirrosis - enfermedad hepática (3,14%), Septicemia (2,70%), Insuficiencia cardíaca (2,37%), Neoplasia maligna de próstata (2,17%).

Según Exton – Smith (6), en su estudio sobre ancianos enfermos que permanecían en sus hogares, encontró que una quinta parte de ellos podía seguir con este cuidado hasta donde sea posible, proporcionándoles facilidades y servicios que recibirían si

estuvieran en un hospital, y que estos cuidados deberían darse como parte de las actividades extramurales de los servicios de salud, concluyendo a la vez que cuando se requiera cuidados en hospital debería ser por un corto tiempo y que se debe establecer criterios bien definidos para seleccionar candidatos a una estancia prolongada.

Varios estudios, mencionados en el trabajo de Catalina Sepúlveda (7) en el 2010 indican que la internación geriátrica precoz no justificada acelera el deterioro de los adultos mayores, lo que genera mayor dependencia, sentimientos de soledad, apatía, poca participación y aislamiento.

El presente estudio se centrará en identificar la pertinencia de la institucionalización de adultos mayores con demencia leve y moderada y sus factores determinantes en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de la ciudad de Quito.

1.2 Justificación

El importante grupo de pacientes con deterioro cognitivo, representa un reto para la sociedad, ya que requiere apoyo y cuidado constante, multidisciplinario a largo plazo no solo por parte de la familia sino de las autoridades de turno; teniendo presente que este cuidado puede llevarse a cabo en el domicilio y que, una vez que resulta insuficiente la alternativa será la institucionalización del adulto mayor.

En Estados Unidos se estima que cerca del 6% del total de adultos mayores están en una institución. De acuerdo a Marín (8), de la Universidad Católica de Chile, alrededor de 8% de adultos mayores requieren cuidados a largo plazo, pero esa cifra aumenta de la mano con los cambios que acarrea el envejecimiento de la población y la nueva conformación de la familia, que tiene varias generaciones viviendo bajo el mismo techo. En el Ecuador, pese a ser una problemática de gran importancia no solo que no existen suficientes alternativas de residencia estatal sino que también se carece de cifras oficiales del número de adultos mayores institucionalizados, y los factores que determinan la misma; se dispone de los datos provenientes del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y la división de población (CEPAL) (9) en donde se aprecia que el 4,81% de los adultos mayores de 60 años viven en “arreglos residenciales” definidos como asilos sin otra especificación.

El estudio de la situación sociodemográfica y médica de los pacientes con demencia institucionalizados, nos brindará un panorama de las condiciones que más frecuentemente se asocian con los pacientes y de esta manera nos permitirá advertirnos frente a condiciones similares en pacientes que aún tengan cuidado domiciliario, con la premisa de que el aislamiento precoz no justificado del núcleo

familiar del anciano con demencia, está relacionado con un mayor y más rápido deterioro en todas las esferas.

Obtener información en nuestro medio, puede ser de gran ayuda para orientar al médico y a la familia sobre la pertinencia y necesidad de ingresar al adulto mayor con demencia a una casa de reposo, teniendo en cuenta que esta decisión siempre será difícil y cargada de conflictos; además puede ser un aporte a las políticas gubernamentales en beneficio de este grupo prioritario.

El presente estudio busca trabajar las competencias del médico de familia en el cuidado con enfoque integral del adulto mayor, tanto en el aspecto físico, social, cultural, existencial, con atención centrada en la persona con buena relación médico – paciente, buscando atender las necesidades únicas de los adultos mayores con el desarrollo de capacidades específicas en el médico familiar.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Definiciones

Para empezar, realizaremos algunas definiciones que nos permitan comprender mejor este tema:

- **Actividades básicas de vida diaria (ABVD):** son las tareas propias del auto cuidado como bañarse, vestirse, asearse, movilidad, continencia y alimentación; se utilizan para evaluar el estado funcional de los adultos mayores (10).
- **Actividades instrumentales de vida diaria (AIVD):** son aquellas actividades que dan al individuo la capacidad de vivir independientemente y son: uso de transporte, compras, uso del teléfono, control de la medicación y tareas domésticas (10).
- **Adulto mayor:** “según el acuerdo de Kiev de 1979, la OMS considera adultos mayores a las personas de más de 60 años en países en vías de desarrollo y de 65 años en países desarrollados”.
- **Capacidad funcional:** es la habilidad del adulto mayor de realizar sus actividades habituales y ser independiente en la sociedad, representa un importante elemento en la evaluación geriátrica (10).

- **Comorbilidad:** el término se refiere a la existencia de cualquier patología distinta o adicional a otra que cursa actualmente el paciente y es la que se encuentra en estudio (10). Cabe recalcar que las comorbilidades son frecuentes en el adulto mayor, porque se da un efecto cascada en el que la insuficiencia de su sistema va precedido del daño en otro (11).
- **Demencia:** es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida progresiva de las funciones cognitivas superiores, secundario a desórdenes cerebrales, diferentes de los concernientes al envejecimiento normal (10).
- **Dependencia:** definida por el Consejo de Europa (10) como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, incluye a los pacientes que perdieron o no tienen capacidades físicas, psíquicas o intelectuales y requieren ayuda particularmente para las actividades de cuidado personal. Es importante recalcar el hecho de que la dependencia no es propia del envejecimiento per se, pues para ello influyen factores como la exclusión social, institucionalización, desnutrición, comorbilidades, entre otros.
- **Deterioro Cognitivo:** se define como la alteración de varias funciones cognitivas que son mayores en comparación con la población general de la misma edad, estado de salud y nivel cultural (10).
- **Envejecimiento:** reconocido como “un proceso dinámico, progresivo, intrínseco, universal y normal que ocurre desde la concepción hasta la muerte” (12), está asociado a cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas que

aumentan la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad (10).

- **Funcionalidad:** se refiere a la capacidad de la persona de realizar independientemente actividades de auto cuidado (10).
- **Institución:** es un lugar en donde se obtiene supervisión formal por al menos 3 meses, engloba: hogares de ancianos, hospitales que ofrecen camas para atención crónica, instituciones psiquiátricas, etc. (13).
- **Sobrecarga de cuidador:** Se define como el conjunto de problemas físicos, emocionales, sociales y económicos que padecen los cuidadores de un paciente geriátrico, en este caso específicamente de un paciente con demencia, y cómo estos problemas afectan las otras actividades del cuidador (10).

2.2 Población Adulta Mayor

2.2.1 Cambio demográfico mundial

Históricamente conocemos que la expectativa de vida en el mundo ha sufrido importantes cambios, desde hace algunos años atrás la mejoría en el estado socio económico, servicios de salud, tecnología, saneamiento, educación ha disminuido la mortalidad de la población, llevando a una mayor expectativa de vida, sin que esto signifique necesariamente mejor calidad de vida (12).

Según las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (14), el envejecimiento de la población se acelera, pues entre el año 2000 y 2050, el porcentaje de habitantes mayores de 60 años se duplicará, del 11% al 22%, que en valores absolutos significa que la población de este grupo etario pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de 50 años. Particularmente la población de 80 o más años aumentará casi 4 veces, alcanzando los 395 millones.

Con los datos obtenidos de la OMS (14) se evidencia también que el cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos, “lo que significa hacer frente a este proceso con menos recursos y mayor premura” (12).

En América, las proyecciones de la OMS (15) indican que para el año 2020 habrá 200 millones de personas de más de 60 años y se estima que esa cifra subirá a 310 millones en 2050; en el Ecuador, de acuerdo al censo de población y vivienda del 2010 (INEC) (16) hay 14'483.499 habitantes y de ellos 940.905 personas son mayores de 65 años, que representan el 6,5% de la población en el 2010, y según las estimaciones para el año 2020 representarán el 7,4%.

Tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo los ancianos de edad muy avanzada padecen enfermedades no transmisibles (14).

Para el año 2050, el porcentaje de población anciana dependiente se multiplicará por cuatro, debido a limitaciones funcionales, cognitivas, que harán necesario el ingreso a unidades de cuidado a largo plazo (14).

2.2.2 Legislación para el adulto mayor

La resolución 46/91 de la ONU reconoce cinco derechos de los adultos mayores: independencia para realizar su plan de vida, el derecho a participar activamente en la sociedad y en la toma de decisiones, el derecho a recibir los cuidados y la protección de los familiares y la comunidad, el acceso a recursos educativos, culturales, recreativos que le permita realizarse y el respeto a su dignidad.

En el año 1948, la Declaración de los Derechos Humanos (12) establece el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez.

De igual manera la comisión americana de derechos humanos (Art. 17), garantiza la integridad física, mental y moral de los adultos mayores.

Según lo establecido en la constitución del Ecuador se considera adulto mayor a toda persona mayor de 65 años, y se reconocen como un grupo de atención prioritaria y especializada en el ámbito público y privado (Art.35, 36).

“El estado deberá implementar políticas con la intención de proteger al adulto mayor contra cualquier tipo de explotación o maltrato, también crear programas que fomenten actividades recreativas y capacitación, garantiza la atención en centros

especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de derechos. Se creará centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de manera permanente” (Art.38).

“La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de los familiares o instituciones establecidas para su protección” (Art 38.) (17)

2.2.3 Condición socio económica del adulto mayor en el Ecuador

El Ecuador vive un proceso calificado como de transición demográfica avanzada por la baja tasa de natalidad y mortalidad (18), evidenciado por el aumento en la expectativa de vida que pasó de 48,3 años en 1950 a 75,6 años en 2010; expectativa de vida casi 1 año mayor que en otros países de Latinoamérica (12). Según la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (19) en el período 2010-2015 la esperanza de vida es de 75,5 años (72,8 años para los hombres y 78,4 años para las mujeres).

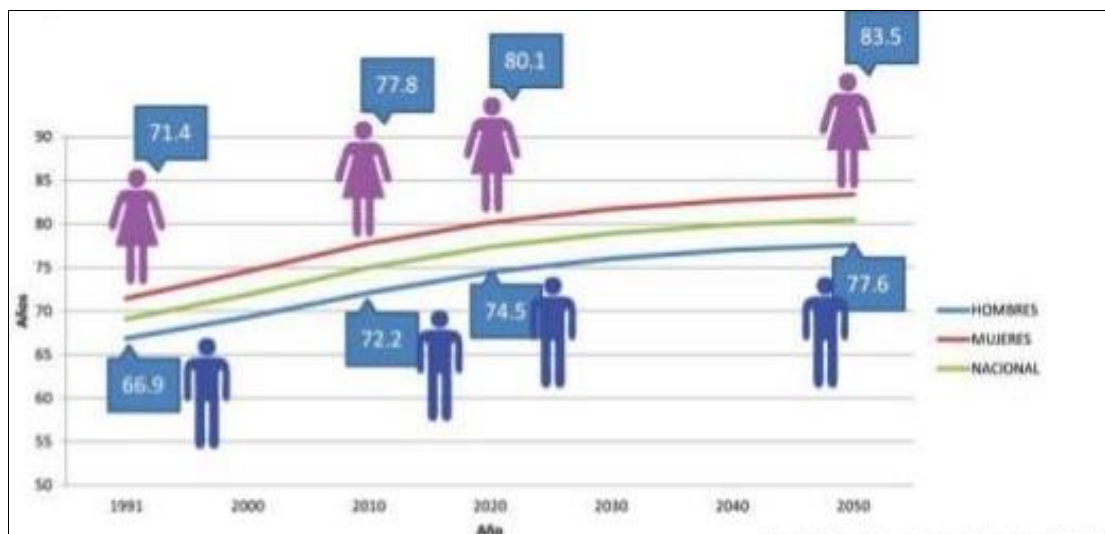
Las **Figuras 1 y 2** demuestran la relación inversa entre el aumento de los años en esperanza de vida, la menor tasa global de fecundidad de los últimos 30 años y la tendencia en los próximos años. (20)

Figura 1: Tasa global de Fecundidad en el Ecuador



Fuente: Estimación de proyecciones. INEC 2010

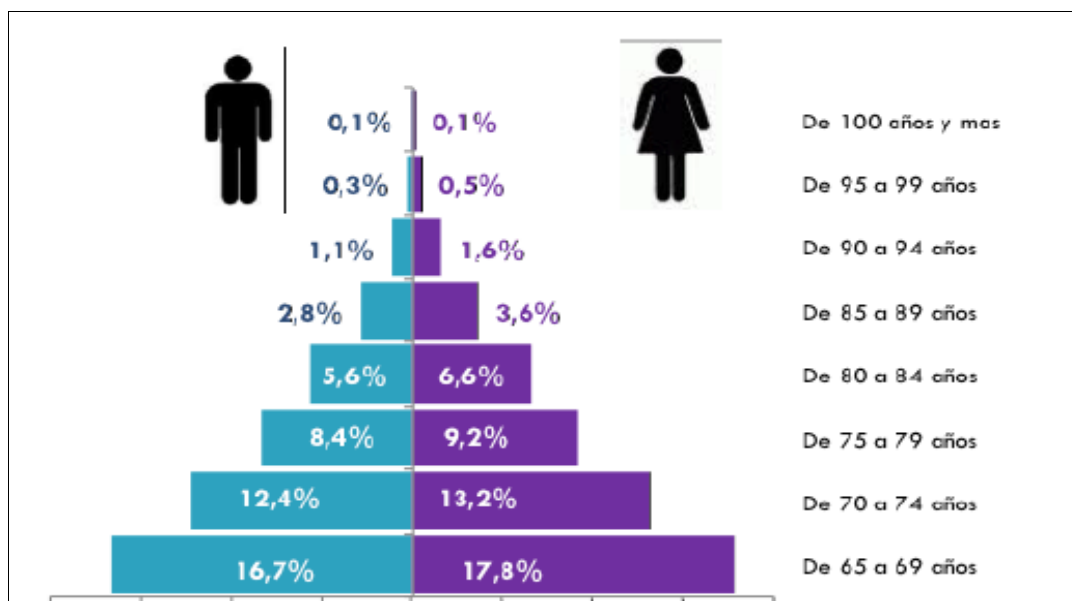
Figura 2: Esperanza de vida en el Ecuador



Fuente: Estimación de proyecciones. INEC 2010

Según los datos estadísticos existe una diferencia porcentual de cinco puntos entre mujeres y hombres (53 a 47%), en todos los grupos etarios. (12), como se aprecia en la **Figura 3**

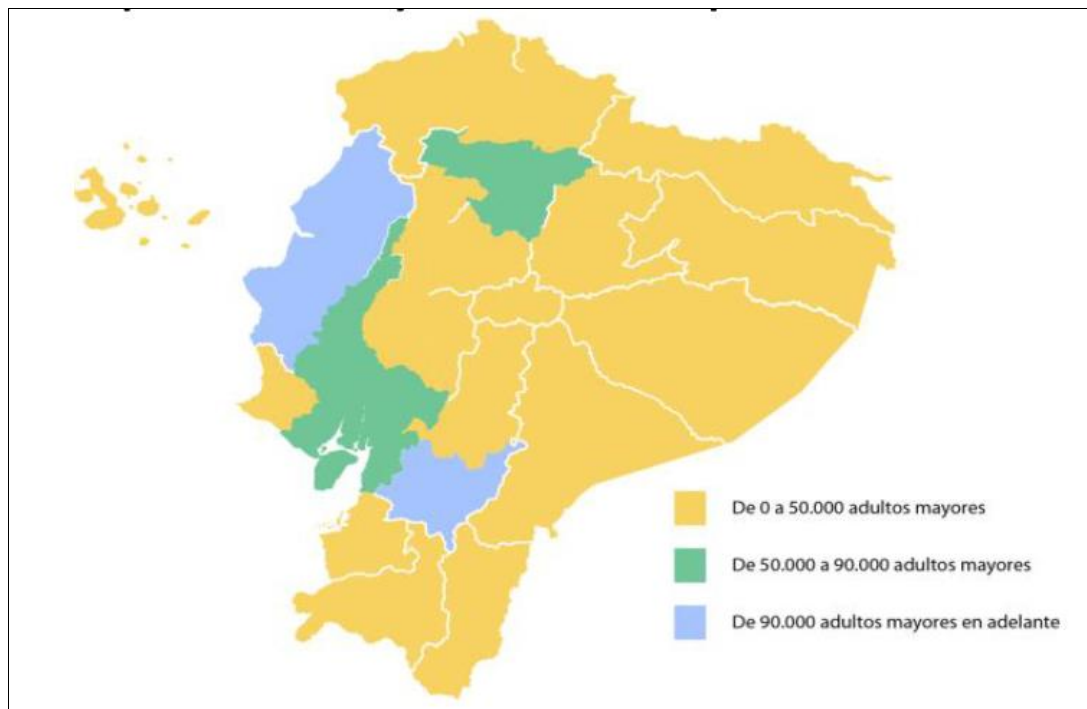
Figura 3: Porcentajes de adultos mayores por edad y por sexo Ecuador



Fuente: INEC, Censo de población y vivienda 2010.

El CENSO del 2010 arrojó el dato de que la distribución de adultos mayores en el país es heterogénea. Como se observa en la **Figura 4**, las zonas interandinas y de la Costa (especialmente Guayaquil y el sur de Manabí) tienen una población más envejecida, debido a la menor tasa de natalidad y mayor migración de jóvenes hacia la Amazonía, donde relativamente hay pocas personas adultas mayores. (12)

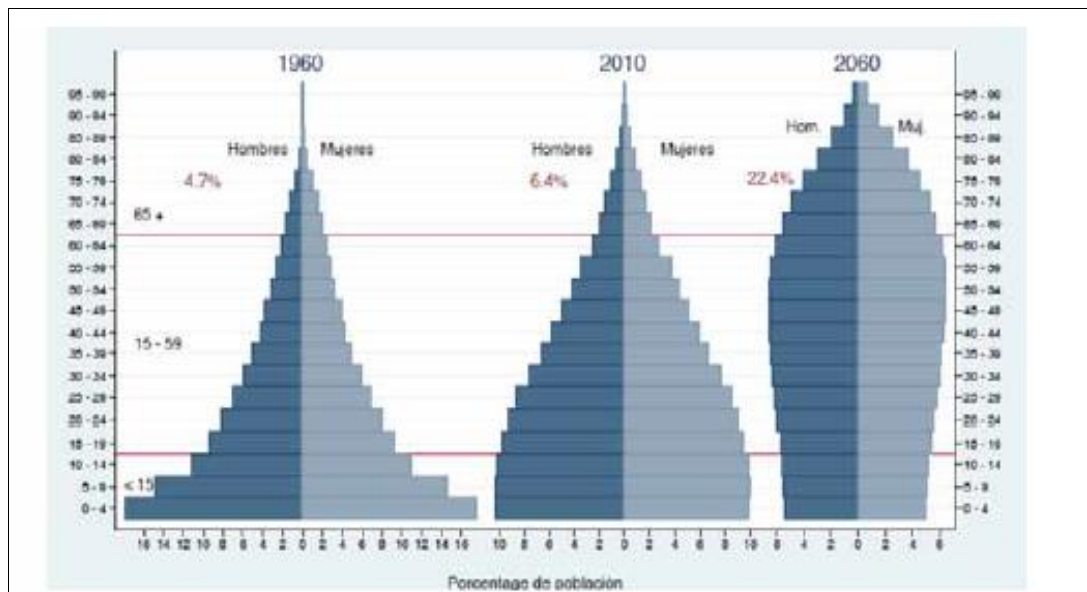
Figura 4: Distribución de adultos mayores en el Ecuador



Fuente: INEC, Censo de población y vivienda 2010

La pirámide poblacional hasta ahora conocida, de acuerdo a los estudios poblacionales y sus proyecciones cambiará de forma en las próximas décadas, pues perderá su forma triangular con jóvenes en la base por una forma rectangular con un abultamiento en la cúspide, atribuible al envejecimiento de la población como se observa en la **Figura 5** (12)

Figura 5: Pirámide poblacional



Fuente y elaboración: Proyecciones de población CIESPAL

La mayoría de personas adultas mayores se identifican como mestizos, seguido por auto consideración blanca y la indígena en tercer lugar, como lo muestra la **Tabla 1**

Tabla 1: Auto identificación de los adultos mayores según su cultura y costumbres

| GRUPO CULTURAL | Indígena | Afroecuatoriano/a | Negro/a | Mulato/a | Montubio/a | Mestizo/a | Blanco/a | Otro/a | TOTAL |
|----------------|----------|-------------------|---------|----------|------------|-----------|----------|--------|--------|
| TOTAL | 61.450 | 27.330 | 8.052 | 12.252 | 80.992 | 66.241 | 82.515 | 3.073 | 940905 |

Fuente y elaboración: investigadores con los datos de INEC, Censo 2010

Conocemos por los datos censales que la condición socioeconómica de nuestros adultos mayores es deficitaria, pues el 57,4% se encuentra en condiciones de pobreza y pobreza extrema; de tal manera que en el área rural, 8 de cada 10 personas adultas mayores la padecen. (12)

Sumado a la pobreza, las personas adultas mayores en Ecuador tienen un modesto nivel educativo: 1 de cada 4 son analfabetos (porcentaje mayor en las mujeres que en los hombres 29% vs 20%), el 54,9% ha completado la educación primaria y básica, el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres han completado la secundaria. (Encuesta ENEMDUR 2009).

En este contexto el acceso a un sueldo digno se transforma en un problema importante, pues en general no existen plazas laborales adecuadas a su condición. Según datos de ENEMDUR (12) sólo el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación acorde a su edad y sexo.

Conforme pasan los años, la soledad se torna en un tópico de gran relevancia, pues se estima que aproximadamente el 11% de adultos mayores viven solos y del resto, el 49% vive con un hijo, 16% con un nieto y 15% con esposo o compañero. A este dato hay que sumarle el hecho de que en la encuesta SABE (12) los adultos mayores que viven acompañados se sentían satisfechos con la vida, en un porcentaje considerablemente mayor que los adultos mayores que viven solos.

En cuanto a los problemas de salud de los adultos mayores, se determinó que muchos casos se complican en el domicilio por el escaso acceso o por el uso inadecuado de los servicios de salud. La encuesta SABE (12) muestra que 3 de cada 4 personas que viven en pobreza no se acercaron a consultas médicas por falta de dinero y cobertura

de un seguro; tan sólo el 33% de las personas adultas mayores se hallan cubiertos por algún sistema de seguro de salud y es casi exclusivamente de orden público (98%).

2.2.4 Perfil de morbimortalidad del adulto mayor

Las condiciones de salud de los adultos mayores plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria, siendo determinado no solo por el mayor número de años cumplidos, sino además otros determinantes, como exclusión social, desnutrición, pobreza etc. A pesar de esto, envejecer no es sinónimo de enfermedad.

La **Figura 6** muestra las 10 principales causas de mortalidad informadas por la OPS:

Figura 6: Principales causas de morbi mortalidad en el adulto mayor

| Causas principales | Ranking | Causa | Porcentaje |
|--------------------|---------|---|------------|
| | 1 | Enfermedades isquémicas del corazón | 12,36% |
| | 2 | Enfermedades cerebrovasculares | 6,32% |
| | 3 | Diabetes mellitus | 4,62% |
| | 4 | Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores | 4,45% |
| | 5 | Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y del pulmón | 4,39% |
| | 6 | Demencia y enfermedad de Alzheimer | 4,32% |
| | 7 | Influenza y neumonía | 3,43% |
| | 8 | Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón | 3,12% |
| | 9 | Enfermedades hipertensivas | 2,94% |
| | 10 | Enfermedades del sistema urinario | 2,57% |

Fuente: Sistema regional de mortalidad 2012. OPS

Evidenciamos un orden estadístico bien definido, sin embargo no es estático, determinado más bien por el grupo poblacional y el grupo etario, así en personas

entre 60-69 años la diabetes mellitus desplaza a las enfermedades cerebrovasculares ascendiendo a la segunda posición, con el avance de la edad llega a colocarse como la séptima causa de mortalidad después de los 90 años, mostrando también una reducción en las etiologías oncológicas. Enfermedades transmisibles como influenza, neumonía sin embargo pueden llegar a ocupar el tercer lugar en personas mayores de 80 años, en esta etapa toman también importancia la desnutrición y anemias nutricionales como causas de muerte.

En Chile según la publicación DEIS- MINSAL (21) las principales causas de mortalidad en las personas mayores de 65 años son: las enfermedades del sistema circulatorio con un 32.4%, seguido por tumores malignos con un 24.0%, enfermedades respiratorias en un 12.7%, enfermedades digestivas con un 6%, nutricionales metabólicas con un 5.5%, por último causas genito urinarias, trastornos del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso central con un porcentaje menor al 5% por cada una.

En el Ecuador como se informa en la encuesta SABE II 2010 la morbilidad del adulto mayor está encabezada por la enfermedad hipertensiva con una prevalencia de 54 % para las mujeres y un 38% para los hombres, seguida por enfermedades tipo reumáticas y en tercer lugar por la osteoporosis.

En el periodo 2005-2010 la tasa de mortalidad en Ecuador para el adulto mayor fue de 38.000 para mujeres y 40.000 para hombres, anualmente fallecen 34.000 personas de ese grupo etario, teniendo como principales etiologías a: enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus II, influenza y neumonía, enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares, según la encuesta SABE.

2.3 Envejecimiento

Desde siempre se ha intentado explicar el proceso de envejecimiento, sin embargo solo existen teorías, entre las más reconocidas tenemos: la programación genética y la oxidación de radicales libres, siendo más bien complementarias entre sí.

Múltiples cambios suceden desde el nacimiento, llegando a los 30 años aproximadamente a una etapa de plenitud, después de los cuales los procesos catabólicos superan a las anabólicos lo que da lugar a menores mecanismos de reserva, siendo ésta la principal característica fisiológica del envejecimiento, haciéndose evidente en el momento que se necesita de ella, por ejemplo en situaciones de estrés, trabajo, enfermedad, etc.

Es importante entender que envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sin embargo los cambios fisiológicos que se van presentando como secuencia del proceso natural de envejecimiento juegan un papel muy importante en el deterioro tanto físico como mental de todos los seres humanos (22).

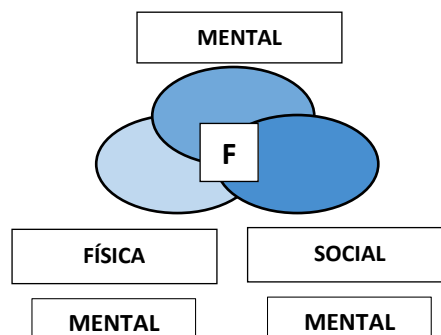
En términos generales los procesos fisiológicos que determinan un deterioro funcional y cognitivo en el envejecimiento son: disminución del agua corporal total, lo que le hace susceptible a mayores y más graves procesos de deshidratación, disminución de la masa y fuerza muscular, menor mineralización ósea, desgaste y fibrosis de la membrana sinovial, disminución del ácido hialurónico interarticular, todo esto asociado a mayor limitación funcional y caídas. Neurológicamente existe atrofia cerebral por la disminución del tamaño neuronal antes que por un menor número de neuronas; además se evidencia disminución de catecolaminas y menor síntesis de dopamina lo que explica el deterioro cognitivo y de la memoria (22).

El concepto que cada persona tiene de la vejez es una construcción cultural (23); dentro de la perspectiva de ciclo de vida se considera como una etapa más del proceso de desarrollo, no una fase terminal de desintegración del individuo de la sociedad. Por último entender que los cambios fisiológicos y las amplias variaciones en el deterioro y conservación de las funciones hacen difícil la definición de envejecimiento normal (24).

2.3.1 Valoración geriátrica integral

La valoración geriátrica, es un proceso diagnóstico evolutivo, multidimensional y multidisciplinario, empleado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales del adulto mayor (25); es decir, considerando que la función del adulto mayor depende de la intersección que forman el área mental, física y social, como podemos observar en la **Figura 7** (26).

Figura 7: Función del adulto mayor



Tomado de: Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. Alvarez et al.

El propósito final de la valoración geriátrica integral es planificar para cada adulto mayor estrategias y acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento (25).

2.3.1.1 Valoración funcional

Uno de los componentes de la valoración geriátrica integral es la evaluación del estado funcional del adulto mayor, entendiendo que el envejecimiento se relaciona en grado variable a una disminución fisiológica de las reservas y por ende a una pérdida de funciones, es decir disminuye progresivamente su capacidad de realizar actividades cotidianas sin ayuda. Según la OMS (26) la salud en el anciano se mide en términos de función.

La funcionalidad se define por medio de tres componentes (25):

1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como: bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse (entrar y salir de la cama), continencia y alimentarse.
2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) Uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de fármacos, capacidad para realizar las tareas domésticas.
3. Marcha y equilibrio.

Cuando el adulto mayor presenta algún grado de deterioro funcional, esto puede ser el único indicador de otros problemas importantes (25).

Para evaluar las actividades de la vida diaria hay que considerar que estas son conductas sensoriales y motoras de base, que engloban actividades de supervivencia y autocuidado (25), desde las más elementales (comer, uso de retrete, continencia) hasta las inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar). La evaluación funcional se hace de acuerdo a este orden jerárquico, por lo que una persona que sea dependiente para una determinada función será independiente para otra de rango inferior (27).

2.3.1.1.1 Índice de Katz

Originalmente creado en el año 1958 por S. Katz y colaboradores (27).

Es un instrumento útil para valorar la funcionalidad del adulto mayor, necesidad de tratamiento o rehabilitación y evalúa la respuesta a los mismos. Es un valioso predictor de mortalidad.

Sus ítems evalúan el grado de dependencia que tienen los adultos mayores en las actividades básicas de la vida diaria (baño, vestido, uso de retrete, movilidad, continencia y alimentación). El momento de aplicarlo es cuando se detecta déficits funcionales en el adulto mayor, particularmente en las actividades instrumentales de la vida diaria (28).

El grado de dependencia se clasifica en uno de los siguientes 8 niveles (**Tabla 2**)

Tabla 2: Grados de dependencia según el índice de Katz

| |
|---|
| A. Independiente para todas las funciones. |
| B. Independiente en todas las funciones excepto en una. |
| C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera. |
| D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera. |
| E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso de retrete y otra cualquiera. |
| F. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso de retrete, movilidad y otra cualquiera. |
| G. Dependiente en todas sus funciones |
| H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasifica como C,D,E,F. |

Tomado de: OPS. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores

2.3.1.2 Valoración cognitiva

Otro de los componentes importantes de la valoración geriátrica integral es la evaluación del deterioro cognitivo, ya que durante el envejecimiento, las alteraciones de la esfera cognitiva adquieren una especial importancia, teniendo a la demencia como su paradigma (25) (29).

La fragilidad cognitiva depende de:

1. Variables orgánicas.
2. Factores psicosociales.
3. Entidades clínicas como: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Enfermedad cerebro vascular, enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), polifarmacia, y alteraciones de los órganos de los sentidos.

2.3.1.2.1 Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer

El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer es un cuestionario de cribado, pero también de apoyo para el diagnóstico y seguimiento del deterioro cognitivo de adultos mayores institucionalizados o de la población general, utilizado ampliamente en atención primaria. Sus preguntas evalúan memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado (29) (30).

Entre los beneficios que encontramos en el instrumento SPMSQ de Pfeiffer es su sencillez, facilidad para ser aplicado a la población incluso de bajo nivel de

instrucción, además no requiere ningún material especial. Tiene una sensibilidad de 91% y especificidad del 90% (29).

La escala se encuentra adaptada y validada al castellano por Martín y sus colaboradores (29), con buenos resultados de fiabilidad inter e intraobservador y consistencia interna, lo cual hace de este cuestionario reproducible para el presente estudio.

2.4 Demencia

Es un síndrome clínico neuro – conductual (30), caracterizado por pérdida o deterioro de las funciones cognitivas superiores (memoria, pensamiento, orientación, comprensión, lenguaje, cálculo, abstracción), acompañado de cambios en el comportamiento, que no compromete el estado de conciencia pero es capaz de interferir con las actividades cotidianas. Habitualmente este síndrome es irreversible o no totalmente reversible (31).

En algunas publicaciones de la OMS se le considera como un síndrome geriátrico, no necesariamente consecuencia de la edad.

Al mencionar el impacto de la enfermedad en la sociedad necesariamente debemos referirnos al gasto anual que representa, ya que en promedio 604 mil millones de dólares son asignan para este grupo; estimándose que por persona se gasta entre 35 a 45 mil dólares (OMS) (32). A este dato hay que asociar el hecho de que el tiempo medio de supervivencia, a partir del diagnóstico es de 4.5 años.

De acuerdo a la OMS (32) en el mundo existen aproximadamente 47.5 millones de personas que padecen de demencia, con un incremento anual de 7.7 millones de nuevos diagnósticos.

La prevalencia de Demencia en España (14) y la población anglosajona (29) es aproximadamente 5-10% para mayores de 65 años y aumenta netamente con la edad, así, entre el 20-30% de las personas mayores de 85 años padecen cierto grado de deterioro cognitivo.

Según el trabajo presentado por Quizhpe, Tigre y Vera en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca - Ecuador, se estima una prevalencia de demencia de 24 por

cada 1000 adultos mayores en el año 2012. En el mismo año, el estudio (FARYPDEA) realizado por H. Espinoza (16) estiman una prevalencia de 36.3 % de adultos mayores con demencia a partir de una población de 402 personas mayores de 65 años.

La Demencia aparece mucho más frecuentemente entre personas de edad avanzada, y aunque hay algunos factores orgánicos que pueden provocarla (enfermedad infecciosa, metabólica, vascular, traumatismo), las enfermedades neurodegenerativas son la causa más común en este grupo poblacional (30).

Las principales enfermedades neurodegenerativas incluyen: la enfermedad de Alzheimer (EA) como la forma más común de demencia en los ancianos y representa entre el 60 - 80 % de los casos.

Otras formas de demencias menos prevalentes son: la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia fronto temporal, demencia vascular (DV), demencia asociada a enfermedad de Parkinson, al consumo de alcohol, uso crónico de anticolinérgicos.

En el año 2013, el DSM-5 lanzó los criterios diagnósticos de demencia (trastorno neurocognitivo mayor) y son los siguientes:

A. La evidencia de un significativo deterioro desde un nivel previo conocido en al menos uno de los siguientes dominios cognitivos:

- a) El aprendizaje y la memoria
- b) Lenguaje
- c) La función ejecutiva
- d) Atención Compleja
- e) Función perceptiva-motora

f) La cognición social

B. El deterioro cognitivo interfiere con la independencia en actividades diarias. O al menos requiere asistencia con actividades instrumentales de la vida diaria como manejar medicación.

C. El deterioro cognitivo no ocurre exclusivamente en el contexto de delirio

D. El deterioro cognitivo no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Los datos como pérdida de memoria en el adulto mayor son reportados generalmente por el o la acompañante, lo cual predice mejor la presencia actual o el posible futuro desarrollo de demencia que el auto – reporte. Los pacientes con demencia pueden tener dificultad con uno o más de los siguientes aspectos:

- Alteración de la memoria anterógrada y posteriormente también la episódica: el déficit producido se caracteriza por amnesia para hechos recientes, resultante de la incapacidad para retener nueva información, conforme avanza la enfermedad la dificultad se amplía hacia recuerdos más lejanos en el tiempo (33).
- Atención (aprosexia) se presenta precozmente
- Agnosia: se manifiesta como la limitación o imposibilidad para dar una interpretación de lo que se percibe, supone una gran dificultad en la vida del enfermo a la hora de comunicarse con el entorno.

- Manejo de tareas complejas (por ejemplo, saldo de la chequera)
- Razonamiento (por ejemplo, incapaz de hacer frente a eventos inesperados)
- Capacidad espacial y orientación (perderse en lugares conocidos)
- Idioma (por ejemplo, la búsqueda de palabras)
- Disfunción ejecutiva: corresponden a los procesos cognitivos más avanzados, incluyen: autocontrol, comportamiento
- Alteración de la conducta motora: ansiedad, deambulación errática, estereotipias sin finalidad.
- Trastornos del ciclo sueño – vigilia por la desorientación témporo espacial.
- Desinhibición: actúa fuera de los límites sociales establecidos (agresión)
- Trastornos del ánimo: labilidad emocional, apatía.
- Aparición de síntomas psicóticos: delirios o pensamientos irracionales, alucinaciones o percepciones sin objeto.
- Alteración de las capacidades viso espaciales

2.4.1 Factores de riesgo no modificables.

Edad: es el factor más importante para demencia, en el contexto de la Enfermedad de Alzheimer, su incidencia se duplica aproximadamente cada 10 años después de los 60, de tal forma que a los 90 años la prevalencia de demencia se acerca al 50%.

Género: el sexo femenino parece tener mayor riesgo de Enfermedad de Alzheimer y esta diferencia se acrecienta a mayor edad, mientras que el género masculino se ha relacionado con mayor incidencia de Demencia Vascular reduciéndose la diferencia conforme la edad avanza (34).

Antecedentes Familiares: hasta el 30% de los familiares de primer grado de pacientes con Enfermedad de Alzheimer tienen probabilidad de desarrollar esta patología, siendo menor la relación si el debut del trastorno fue después de los 75 años (34).

Factores genéticos: son poco conocidos. En la enfermedad de Alzheimer del 0.5% al 1% de los casos presentan mutaciones, las que mejor se conocen son: las del PSEN1 (30-70%), APP (10-15%) y PSEN2 (menos del 5%) (34) .

Deterioro cognitivo leve (DCL): considerado una etapa intermedia entre la cognición normal y un cuadro establecido de demencia.

La prevalencia en adultos mayores de 65 años oscila entre un 10 al 15 % (35) , siendo mayor en los hombres (OR1.5). Estados hipertensivos, diabetes, obesidad, cardiopatías y presencia de apolipoproteína E parecen relacionarse con una mayor prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve.

Al deterioro cognitivo leve se lo clasifica como amnésico y no amnésico, siendo el primero asociado a un deterioro de la memoria sin llegar a cumplir criterios de demencia, además es considerado como predecesor del desarrollo de enfermedad de Alzheimer; el segundo presenta un deterioro de funciones distintas de la memoria (lenguaje, atención, habilidades viso espaciales) y generalmente antecede a otro tipo de demencias (frontotemporal, cuerpos de Lewy) (35).

2.4.2 Factores de riesgo potencialmente modificables

Factores de riesgo vasculares: el antecedente de Enfermedad Cerebro Vascular es un criterio diagnóstico de Demencia Vascular, pero se conoce que también puede incrementar la prevalencia de Enfermedad de Alzheimer (34).

Hipercolesterolemia: el riesgo depende del estado de ApoE, pues éste participa en la absorción de colesterol y transporte de colesterol en el cerebro. Existen estudios que sugieren que esta asociación es más fuerte en las personas sin ApoE 4 (34).

Diabetes mellitus: su mecanismo es incierto; sin embargo el hallazgo más común son niveles elevados de glucosa y atrofia del hipocampo.

Hipertensión Arterial: se considera factor de riesgo para enfermedad cerebro vascular y demencia multi - infarto. En estudios tomográficos se ha observado cambios del flujo sanguíneo cerebral regional, con engrosamiento, rigidez, y cambios en la flexibilidad de los vasos cerebrales. Por otro lado, la hipotensión se ha relacionado con deterioro cognitivo en adultos mayores (34).

Fumadores: se ha encontrado una posible modificación biológica directa del efecto de fumar en los pacientes con demencia por Enfermedad de Alzheimer portadores de ApoE e4, ya que estos pacientes poseen menos sitios de unión a receptores nicotínicos que los no portadores (34).

Estilo de vida: particularmente se ha sugerido tres hipótesis: una de ellas es la reserva cognitiva, en la que posiblemente la actividad mental, aprendizaje e interacción social activan la plasticidad cerebral pudiendo prevenir o reducir el déficit cognitivo. La segunda teoría se refiere a que la reducción de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrales es posible a través de la actividad social,

mental y física. La tercera sugiere que las personas con menor susceptibilidad para desarrollar demencia poseen estados emocionales más positivos, debido a que el estrés podría amortiguar la retroalimentación negativa del eje adrenocortical, con lo cual habría niveles elevados de cortisol, con atrofia del hipocampo y deterioro de la cognición.

Educación y reserva cognitiva: a mayor instrucción se ha encontrado menor riesgo de enfermedad de Alzheimer.

Traumatismo craneal: el deterioro cognitivo, síntomas neuropsicológicos, parkinsonismo, alteraciones del habla y la marcha, pueden presentarse en pacientes con encefalopatía traumática crónica, secundaria (34)

2.4.3 Fases de la enfermedad

Durante el transcurso de la enfermedad, se distinguen 3 fases: leve, moderada y severa. Por nuestro estudio, solo analizaremos las dos primeras.

2.4.3.1 Primera fase: Demencia leve

Puede durar entre 2 y 4 años. Se caracteriza por alteración de la memoria, que puede acompañarse de cambios en la personalidad, cambios bruscos de humor, alteraciones conductuales, alteraciones en la utilización del lenguaje y episodios de desorientación espacial que pueden generar rechazo de otras personas y consecuentemente disminuye la seguridad de salir a la calle, generando disminución de la actividad física y social. En esta fase el adulto mayor puede aún tener una vida normal (30).

2.4.3.2 Segunda fase: Demencia moderada

Aproximadamente dura entre 3 y 5 años. En esta fase encontramos mayor alteración de la memoria reciente e inicia también la alteración de la retrógrada; se acompaña de diversos signos sugestivos del deterioro de las funciones corticales superiores: el lenguaje es menos fluido, deterioro en la capacidad de juicio y pensamiento abstracto, alteración de la marcha, falta de coordinación y equilibrio que genera inmovilismo por el temor a las caídas. En esta etapa se evidencia el comienzo de dependencia en las actividades de la vida diaria, riesgo de caídas, escaras (30).

2.5 Cuidado del adulto mayor con demencia

2.5.1 Cuidado Formal e Informal

Frente a la transición demográfica actual, nace el desafío para el Estado y sus entidades de salud de brindar la atención adecuada a las necesidades de la creciente población adulta mayor, lo cual incluye atención al adulto mayor sano, al que cursa una enfermedad aguda y a los que padecen enfermedades crónicas, muchos de los cuales sufren deterioro cognitivo, dependencia y requerirán cuidados prolongados. (8)

Es en este contexto local que entre otros servicios geriátricos, los de cuidados prolongados representan una verdadera necesidad social para construir una expectativa de calidad de vida para los adultos mayores dependientes (18).

Los adultos mayores con demencia que requieren cuidado a largo plazo necesitan atención permanente que puede llevarse a cabo en el propio hogar con un cuidador o en instituciones (8), considerando siempre que si se opta por el ingreso a una institución, esto no significa desvinculación del núcleo familiar (18).

Se dispone de suficiente experiencia clínica como para saber que los adultos mayores se recuperan mejor en un entorno familiar y seguro, lo que implica que el tratamiento debe centrarse en el domicilio del paciente mientras sea posible, como medio óptimo, y cuando sea requerido el cuidado en una institución también haciéndolo lo más cómodo y familiar posible para el paciente (6).

Las redes de apoyo para los adultos mayores pueden ser: *formales* o de participación, correspondientes a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado (23), que contempla la participación de

profesionales que reciben una remuneración (33); las *informales* pueden ser primarias conformadas por familiares y convivientes, y secundarias conformadas por vecinos y amigos, quienes habitualmente no reciben remuneración (23).

Dentro del apoyo informal primario se encuentra, como principal sistema, la familia, que según Sánchez (23) brinda el apoyo social, económico, afectivo. Algunos estudios mencionan al cónyuge y los hijos como los principales actores; sin embargo, con los cambios en la conformación de las familias, fenómenos como la migración, descenso de la natalidad, varias generaciones conviviendo, se espera que en el futuro no muy lejano sean otras redes, posiblemente otros familiares o no familiares quienes sean capaces de brindar el apoyo para que el adulto mayor continúe siendo útil y productivo.

Para Gaugler y colaboradores (36) el soporte informal brindado por la familia, es uno de los principales predictores del mantenimiento de los adultos mayores en sus hogares, especialmente con tres actividades clave: el cuidado nocturno, la ayuda con las actividades de la vida diaria en las que el adulto mayor es dependiente y la supervisión diurna.

En este punto vale la pena mencionar que dentro de los grandes desafíos para los políticos de turno en el área de salud para los adultos mayores, está el encontrar un equilibrio entre el autocuidado, el sistema de apoyo informal y los cuidados profesionales o apoyo formal (23). Rogero García (37) analiza la relación de complementariedad o suplementariedad entre cuidados formales e informales, concluyendo que el modelo compensador jerárquico es el más extendido y dice que la persona dependiente prefiere ser cuidada en primer lugar por su cónyuge, después por los hijos, luego por otro familiar y en último lugar, por otro cuidador informal, en

combinación con el modelo que aúna apoyo formal e informal, pero con el apoyo formal en un segundo plano con carácter complementario, es decir sólo cuando el apoyo informal no es suficiente.

2.5.2 El cuidador

Como “Cuidador” se define a la persona que mantiene la responsabilidad de proveer cuidados y recursos que un paciente, incapaz de autosustentarse necesita, generalmente se trata de un familiar directo.

El *cuidador informal primario* es la persona que el sujeto con demencia o su familia consideran como el responsable de la toma de decisiones y es quien provee los cuidados sin percibir remuneración (13).

En Estados Unidos aproximadamente 50 millones de individuos proveen cuidado no remunerado a los adultos que están discapacitados o enfermos (38)

2.5.2.1 Sobrecarga del cuidador

La sobrecarga, como lo menciona Roig, Abengózar y Serra en 1998 (33), se puede definir como el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, haciendo referencia a un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo.

Asumir el rol de cuidador no es inocuo. Es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” por la tarea asumida, esta carga puede ser de tipo objetivo o subjetivo (33):

Cargas objetivas: son producto del tiempo ocupado para el cuidado del adulto mayor, del cumplimiento de las demandas debido a la gravedad de las alteraciones físicas, cognitivas y sociales del paciente.

Cargas subjetivas: se refiere a los sentimientos y percepciones negativas que el cuidador tiene de su rol.

La sobrecarga del cuidador desarrollará en él o ella una serie de diversas manifestaciones:

- 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y /o vida social
- 2) Deterioro de las relaciones familiares, debido a culpa, ira y manipulación
- 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento en el cuidado de pacientes dependientes

Cabe recalcar que el cuidado diario de un adulto mayor con demencia supone un estrés emocional y físico importante para el cuidador.

Existen numerosos estudios que han demostrado las repercusiones negativas que puede presentar un cuidador cansado, es importante recalcar aparte de las ya mencionadas, que se ha encontrado repercusiones en la salud física, incluso mayor mortalidad, que en población comparable no sobrecargada (39).

La sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa; ésta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

La revisión sistemática de Gaugler y colaboradores en el año 2000 (36) muestra un modelo predictivo de cómo el cuidador de pacientes con demencia desarrolla estrés

en su labor, menciona las *características propias del cuidador y el paciente* como mayor edad, género femenino, sin pareja, cónyuges, soledad; *estresores primarios* como la demanda de atención que implica problemas del comportamiento, dependencia en las actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo; la *reacción emocional negativa del cuidador* frente a las demandas mencionadas: agotamiento, preocupación excesiva, tensión, sentirse atrapado en el papel de cuidador; *reacciones psicológicas y físicas del cuidador*: ira, depresión, son fuertes predictores de sobrecarga del cuidador y por ende necesidad precoz de institucionalizar al adulto mayor con demencia (38).

Una vez que el adulto mayor con demencia es institucionalizado los cuidadores informales pueden experimentar una rápida reducción de sus cargas físicas y emocionales, sin embargo puede haber también aumento de los síntomas de estrés o depresión; es decir que las tareas del cuidado del adulto mayor no se resuelven con su institucionalización, más bien cambiaron a otro espacio. (40), pues el cuidador buscar asegurarse del buen cuidado del adulto mayor (38).

2.5.2.1.1 “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”

Se ha desarrollado varias herramientas para medir objetivamente las repercusiones físicas, emocionales, económicas, familiares que el hecho de cuidar pacientes puede tener sobre el cuidador. La carga que el cuidador puede experimentar depende de las estrategias de afrontamiento y apoyo con que cuenta (39)

Entre los instrumentos desarrollados, uno de los más conocidos es la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”, que evalúa las dimensiones del fenómeno: impacto del cuidado, relaciones interpersonales, expectativa de autocuidado. Es la escala más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español. (41)

Consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica en:

- Ausencia de sobrecarga: ≤ 46 puntos
- Sobrecarga ligera: 47-55 puntos
- Sobrecarga intensa: ≥ 56 puntos

Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador, consistencia interna. Ha sido validada en varios idiomas. El principal inconveniente que encontramos es la extensión, por lo que se validó en España una forma abreviada que no se adapta a las necesidades de nuestro estudio, por lo que se seleccionó la versión original de 22 preguntas (41).

2.5.3 Institucionalización del adulto mayor

Se reconoce como unidad de larga estancia a aquel sitio encargado de los cuidados y atención médica - social de pacientes, generalmente adultos mayores que se encuentren cursando fases crónicas de una o varias patologías, durante períodos prolongados de tiempo (meses o años). Con la premisa de que los cuidados no se puedan recibir de manera ambulatoria o en el domicilio, debido a problemas socio - económicos, dependencia, abandono, alteraciones del comportamiento (23).

El ingreso de un adulto mayor con demencia a una institución de cuidado a largo plazo, debe traducirse en un cambio de rol de la familia y no en una desvinculación de la misma, es importante mantener el lazo emocional de los amigos, hijos, cónyuges, hermanos, nietos, etc. (18). En un estudio realizado en Italia por Sansoni y sus colaboradores (42) se observó que muchos de los cuidadores familiares continúan el mismo ritmo de trabajo y cuidado en la institución una vez que el adulto mayor ha sido ingresado.

En países como Japón, Alemania y Estados Unidos se estima que un 2%, 3.5% y un 5% respectivamente de adultos mayores se encuentran institucionalizados (43)(1) y en Brasil el 0.6% . Los usuarios de estos centros son principalmente mujeres, viudas, con discapacidad funcional, un tercio son mayores de 85 años y la mayoría tiene demencia o trastornos conductuales, incontinencia urinaria o requieren ayuda en las actividades de la vida diaria. (18)

Según datos de la Universidad Católica de Chile (8), para el año 2004 el cuidado a largo plazo es requerido por aproximadamente el 8% de la población de adultos mayores, porcentaje cada vez mayor debido al progresivo envejecimiento de la población y a los cambios socio familiares de nuestras sociedades.

En Ecuador, de acuerdo a la información de las bases de datos censales disponibles en el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y la división de población (CEPAL) (1) el 4,81% de los adultos mayores de 60 años (2,30% de hombres y 2,51% de mujeres) viven en “arreglos residenciales” específicamente definidos como asilos, sin mencionar otros tipos de unidades de cuidado a largo plazo. (9). Sin embargo en nuestro medio resulta aún difícil adaptarse a la idea de institucionalizar al adulto mayor.

Actualmente se debe trabajar en erradicar la idea de que la institucionalización de un adulto mayor es un fracaso o una circunstancia negativa, ya que en las fases avanzadas de la enfermedad los cuidados necesarios no pueden ser alcanzado por la familia, y se debe recurrir a la atención profesional en una residencia (26).

El ingreso a la institución tiene aspectos positivos y negativos a la vez de acuerdo a la familia. Existen posiciones como las del antropólogo Adolfo García Martínez (26), que recorrió varias residencias en Asturias, detectando que el principal problema para los adultos mayores institucionalizados no es la falta de comodidades sino la falta de vida social, ocupación del tiempo y la falta de roles, recomendando la creación de espacios que sirvan para paliar estas carencias donde los ancianos puedan fomentar la ayuda mutua dentro de la residencia.

2.5.3.1 Institucionalización del adulto mayor con demencia

Debido a la carga global, y sobre todo, a la carga de los cuidadores informales, la demencia es el principal motivo de institucionalización en los ancianos (4).

La Demencia se asocia a elevados costos, que incluyen el ingreso a una institución, se reconoce que este hecho puede ocurrir en cualquier etapa del transcurso de la enfermedad; y ya que no se conoce con claridad el momento en el que la institucionalización es inevitable, se debe identificar los factores que se asocian para diseñar estrategias de cuidado y prevención que permitan mantener a los adultos mayores el mayor tiempo posible en su propio hogar, en su contexto, y simultáneamente preparar el momento de tomar la decisión cuando sea apropiado y necesario (13).

Es importante recordar que el anciano con demencia va a tener alteraciones que afectan distintas esferas: mental, física, funcional que finalmente producirán dependencia del adulto mayor, en ese punto requerirá mayor apoyo de su familia y la sociedad, lo cual puede derivar en la institucionalización, como hito en el cuidado del paciente con demencia (26). De acuerdo con Yaffek et al. (2002) (26) la decisión de institucionalizar a un paciente con demencia es compleja, llena de conflictos y se basa en características tanto del paciente como del cuidador.

En Canadá la mitad de personas con demencia viven en instituciones, según los datos del Canadian study of health and aging (13).

2.5.3.2 Predictores de la institucionalización

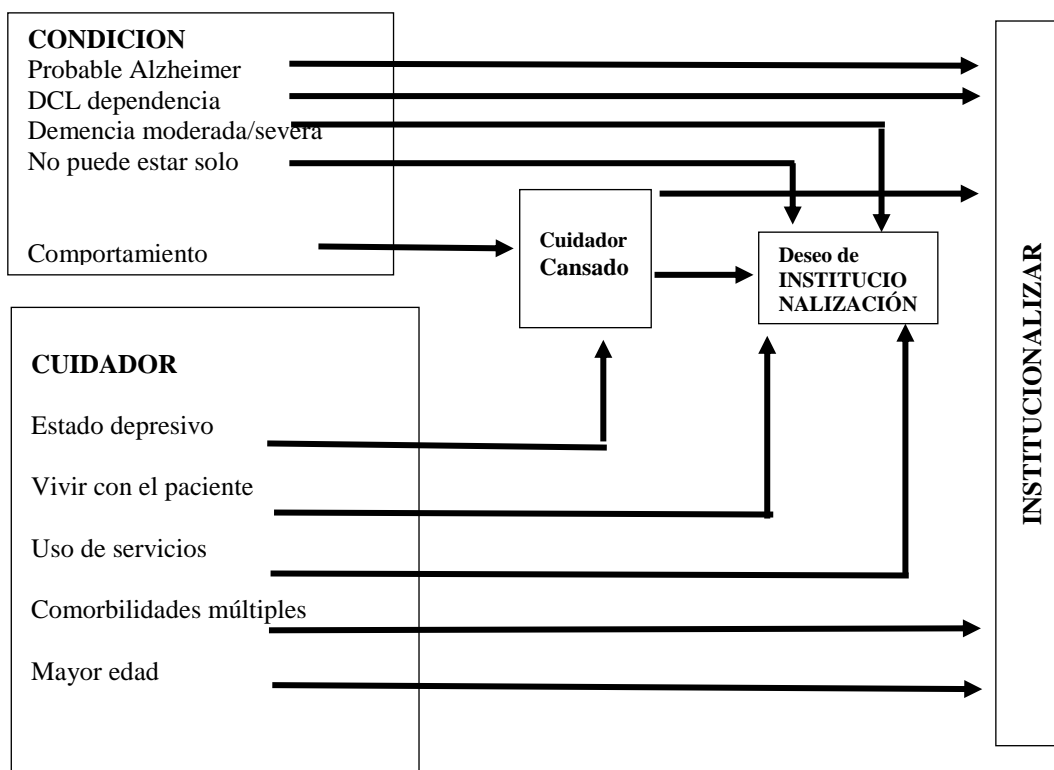
Ya en el año 2001 Hébert (44), en el contexto del estudio Canadiense de Salud y Edad, evidenció el hecho de que el cansancio en el cuidador es un fuerte predictor de institucionalización (HR 1.71). Se encontró además que el hecho de que el cuidador sea el cónyuge es un factor protector, probablemente explicado por el lazo emocional. Sansoni y sus colaboradores (42) hacen referencia al hecho de que los cuidadores informales principales en su mayoría son hijos y cónyuges, pero los hijos ven en el cuidar de su familiar una “tarea más” sobre las que ya tienen, mientras que para el cónyuge el hecho de cuidar a su familiar es considerado dentro de sus tareas de esposa o esposo, no una carga más. La dificultad para plantearse la institucionalización es más evidente en los cónyuges, que tienen unos vínculos más fuertes con la persona con demencia, y especialmente en las cuidadoras, quienes probablemente se sienten obligadas a continuar con el cuidado por su condición de mujeres (45).

De acuerdo a Gutiérrez (37), las mujeres son más propensas a institucionalizarse, por una menor resistencia a asistir a los médicos y casas de salud, además tienen una mayor facilidad para iniciar relaciones sociales y mayor expectativa de vida.

La carga del cuidador fue correlacionada fuertemente con su estado de ánimo depresivo, estrés al evidenciar el progresivo deterioro de la salud de su familiar, pero problemas en el comportamiento (agresividad, desinhibición), en la conducta de las personas con demencia se evidenció que se asocian más que con las variables deterioro cognitivo, funcional o la gravedad de la demencia (44).

En definitiva, el estudio Canadiense de Salud y Edad del año 2001 (44), identificó importante asociación entre institucionalización y: tipo de demencia (Alzheimer), gravedad de las discapacidades, mayor edad del adulto mayor y del cuidador, parentesco del cuidador (no hijo ni cónyuge), problemas de salud del cuidador, nivel de carga relacionada del cuidador asociada a depresión y problemas de conducta o comportamiento del adulto mayor con demencia, como se observa en el **Cuadro 1**

Cuadro1: Modelo propuesto de los factores de riesgo asociados a institucionalización de adultos con demencia



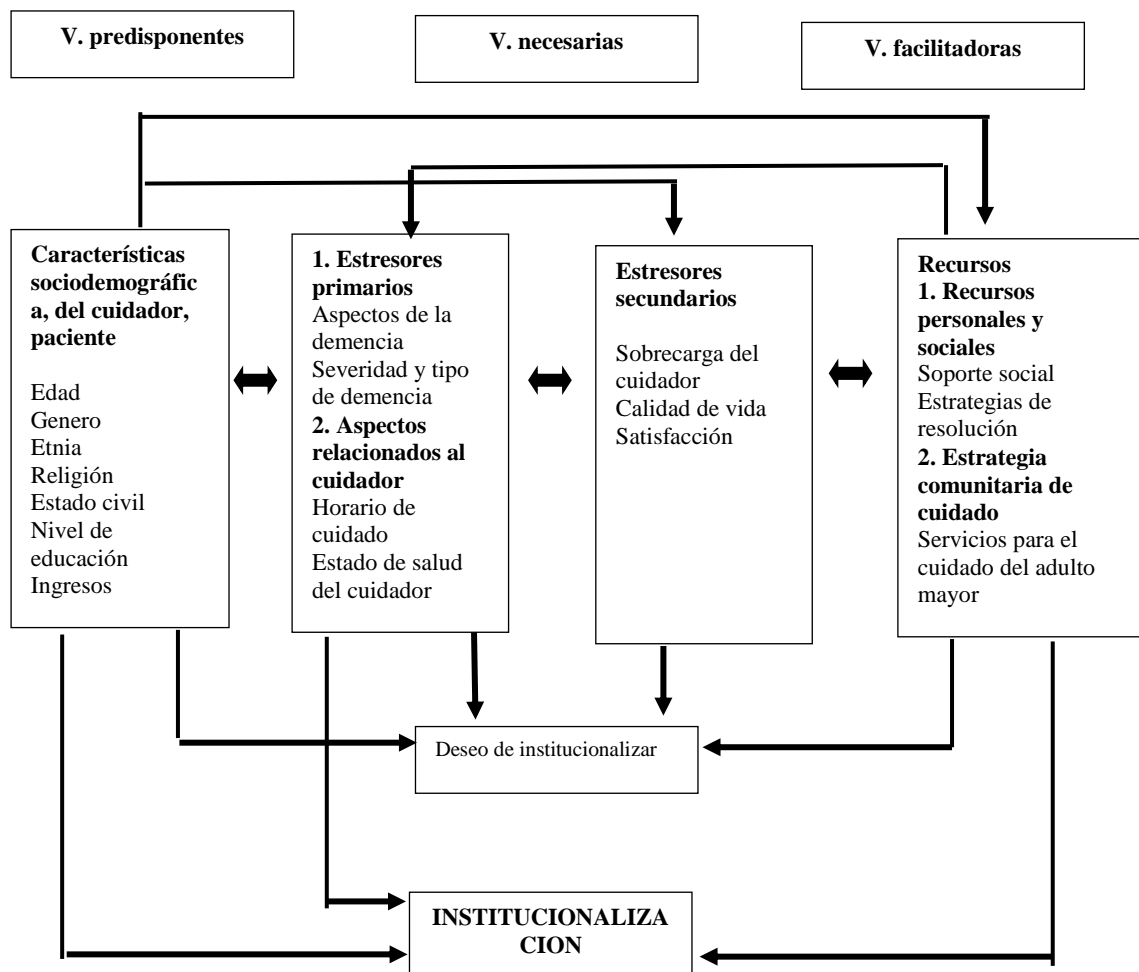
Fuente: Hébert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L, Cohen C. Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging

Gaugler (37) publicó en el año 2007 un meta análisis, en este caso únicamente con población mayor de EEUU, en el que analiza el peso que han tenido diferentes indicadores sociodemográficos, funcionales, cognitivos, de uso de servicios, y la posibilidad de recibir apoyo informal, en la predicción de la institucionalización de las personas de edad avanzada.

Frente al número sustancial de estudios realizados en las últimas décadas, en el año 2008 Luppá y sus colaboradores (4) realizaron una revisión sistemática con 42 estudios prospectivos en donde se incluyó pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de demencia leve y moderada para determinar los factores determinantes

de institucionalización, basándose en el modelo predictivo desarrollado por Pruchno et al en 1990, como se observa en el **Cuadro 2**

Cuadro 2: modelo predictivo de institucionalización de pacientes con demencia leve y moderada de Pruchno



Fuente: Luppá M, Luck T, Brähler E, König HH, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalisation in dementia: A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord*

En una nueva revisión sistemática dirigida por Luppá en 2010 (46), que incluyó 36 estudios realizados entre 1950 – 2008, en mayores de 65 años de Estados Unidos, Europa, Australia, Canadá y Hong Kong, se clasificó a los factores predictores de institucionalización de acuerdo a la fuerza de evidencia encontrada

Fuerte Evidencia

- **Variables predisponentes:** mayor edad, no tener casa propia, en los estudios Americanos se encontró evidencia para la raza blanca.
- **Variables necesarias:** autopercepción del estado de salud como deficiente, dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, deterioro cognitivo, institucionalización previa, mayor número de prescripciones (46)

Moderada y Débil evidencia

- **Variables predisponentes:** personas sin pareja (solteros, divorciados y viudos), desempleados, pobre red de apoyo.
- **Variables necesarias:** bajo nivel de actividad, Diabetes (46)

Evidencia no concluyente

- **Variables predisponentes:** Género masculino, vivir solo, bajo nivel de educación, bajos ingresos
- **Variables necesarias:** Accidente cerebro vascular, Hipertensión, Artritis, Enfermedades respiratorias, incontinencia, depresión, hospitalización previa (46).

Los predictores de institucionalización entre personas con y sin demencia varían ampliamente (46).

El proceso de institucionalización del adulto mayor con demencia es multifactorial, considerando a la población estudiada, pues no solo son importantes las variables médicas sino también las psicosociales (40).

Entre las variables médicas debemos mencionar que la demencia constituye en sí misma un fuerte predictor de la institucionalización de los adultos mayores, otras condiciones de salud como: Diabetes, Hipertensión arterial, cáncer y enfermedad cerebrovascular, además del grado de deterioro cognitivo y funcional son determinantes universales, fuertemente predictores en distinta ponderación de acuerdo a los estudios revisados (47).

Según algunos autores como Dukin et al (1998) (40), las variables dependientes del cuidador sobre todo la carga constituye un importante predictor individual de institucionalización; estas variables pueden ser mucho más determinantes en el proceso de institucionalización del adulto mayor, dejando de lado su estado funcional y cognitivo (26).

De acuerdo con diferentes autores, a estas variables habría que añadir una variable de tipo cultural para tomar la decisión de institucionalización, el familismo, que significa otorgar a la familia mayor importancia que el individuo aislado, asumiendo que hay que mantenerse leal a la familia, ser solidario con ella y, si es necesario, sacrificar el interés personal por el bien familiar (45).

Según los estudios realizados por Luppá (48) la mayoría de adultos mayores prefieren vivir en sus hogares, mientras se encuentren íntegras sus redes sociales y sus actividades diarias, teniendo en cuenta el alto costo para las finanzas públicas y privadas que tiene el ingreso del adulto mayor a una institución de cuidado a largo plazo. De ahí la importancia que involucra la responsabilidad de la familia o de los

cuidadores del adulto mayor, en permitir en la medida de lo posible la autonomía del paciente en todas sus actividades, así como incluirlos en todos los eventos sociales y familiares.

En los países de ingresos bajos y medianos los ancianos aquejados de demencia por lo general no tienen acceso a la atención asequible a largo plazo que su afección puede requerir. Muchas veces, la familia no recibe ayuda gubernamental para ayudar a cuidar de estos pacientes en casa.

2.5.3.3 Necesidad de ingreso a una casa de cuidados prolongados

De acuerdo a la estratificación de la Evaluación funcional (FAST), los adultos mayores que requieren cuidados en una institución especializada son aquellos con un nivel de gravedad más allá del nivel 7c, lo que incluye: incapacidad para caminar, vestirse, bañarse, ir al inodoro, incontinencia urinaria y fecal; ninguna comunicación verbal significativa (que incluye frases estereotipadas, capacidad de hablar limitada a seis palabras o menos); y al menos una complicación médica en los últimos 12 meses: neumonía por aspiración, pielonefritis u otra infección de las vías urinarias, septicemia, úlceras de decúbito, fiebre recurrente después de antibióticos, pérdida de peso mayor al 10% en los últimos 6 meses o albúmina sérica <2,5 g / dl.

2.5.3.4 Tasa de Institucionalización

En la revisión sistemática guiada por Melanie Luppá en 2008 (4), se detectó en 42 estudios que la tasa de institucionalización era del 20 % en el primer año luego del

diagnóstico de Demencia, 50 % a los 5 años y 90% después de los 8 años, con una mediana de institucionalización de 30-40 meses.

En España (30), la demencia es hoy en día una de las principales causas de institucionalización, llegando a efectuarse hasta en un 90% de los pacientes, frente a un 50% de la población general, lo que constituye una tasa de institucionalización del 10,5%.

Aproximadamente la mitad de las personas con demencia se institucionalizó después de 5-6 años, mientras que en la mayor parte del 17% de las muestras poblacionales fueron ingresados en una clínica de reposo después de 6 años (48).

En el estudio Canadian Study of health and aging, se concluyó que la mediana de tiempo hasta la institucionalización fue de 41 meses (13).

De acuerdo a varios estudios, se considera que una **institucionalización es temprana** cuando se ha dado antes de 1 año del diagnóstico de demencia (49).

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

3.1 Problema de investigación

¿Cuáles son los determinantes para la institucionalización temprana de un paciente adulto mayor, con demencia leve y moderada?

¿La institucionalización del adulto mayor con demencia leve y moderada es justificada y necesaria en el momento que se está tomando la decisión, en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe?

3.2 Objetivos

3.2.1 General

Analizar los determinantes para la institucionalización de adultos mayores con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe y determinar si la decisión de institucionalizar al adulto mayor es necesaria y justificada.

3.2.2 Específicos

1. Describir los determinantes predictores de tipo sociodemográfico (edad, género, estado civil, procedencia, educación) de la institucionalización de los adultos mayores con demencia leve y moderada.
2. Identificar el grado de dependencia de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados.

3. Determinar la carga para los cuidadores informales del adulto mayor con demencia leve y moderada institucionalizados.
4. Analizar cuáles son las principales condiciones de salud que influyen para la institucionalización de los adultos mayores con demencia leve y moderada.

3.3 Hipótesis

La institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada está dada por la sobrecarga en el papel del cuidador y no por la severidad del deterioro cognitivo o funcional del paciente

3.4 Metodología

3.4.1 Universo y muestras

Para el presente estudio se trabajó con una población finita accesible de 37 adultos mayores con diagnóstico de demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra señora de Guadalupe, en el periodo Abril- Julio 2015, que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.4.2 Análisis de datos

Considerando la población del presente estudio se realizó una evaluación de la totalidad de personas que cumplieron los criterios de inclusión.

Como primer paso se revisó la historia clínica electrónica de cada persona incluida en el estudio, a continuación se realizó un acercamiento inicial para obtener el

consentimiento informado de los adultos mayores institucionalizados y sus cuidadores informales.

Se aplicó a cada adulto mayor institucionalizado y a su cuidador informal una encuesta para obtener datos sociodemográficos, comorbilidades del paciente y datos generales del cuidador informal.

A los adultos mayores institucionalizados se les aplicó además escalas para determinar grado de deterioro cognitivo y funcional. Al cuidador principal se corrió una escala para determinar grado de sobrecarga en sus funciones.

La encuesta fue sometida a una prueba piloto con población similar y las escalas aplicadas han sido validadas en Latinoamérica.

La fuente primaria de la información fueron los adultos mayores institucionalizados con apoyo de sus cuidadores informales.

Con los datos así obtenidos se construyó una matriz para ser sometida a métodos de estadística descriptiva.

El procesamiento de datos y el análisis estadístico se realizó con el programa PSPP.

Para establecer la asociación entre variables se calculó el χ^2 .

3.4.3 Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal cuantitativo sobre la población institucionalizada con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe.

3.4.4 Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores de 60 años institucionalizados
- Diagnóstico de Demencia leve a moderada
- Integridad de la relación con el cuidador informal
- Deseo de participar en el estudio.
- Firma del consentimiento informado por el paciente y/o cuidador informal

Consideramos como “caso” a cualquier sujeto con diagnóstico clínico de Demencia según criterios DSM –V, independientemente del tipo de demencia.

3.4.5 Criterios de exclusión

- Paciente adulto mayor de 60 años con diagnóstico de Demencia severa
- Discapacidad auditiva o visual que limiten la recolección de datos.
- No aceptación de participar en el estudio.

3.4.6 Instrumentos

- Encuesta
- Escala para valoración del deterioro cognitivo de Pfeiffer
- Índice de Katz para valoración del estado funcional
- Escala de Zarit para valorar sobrecarga del cuidador

CAPÍTULO IV.

RESULTADOS

De 66 pacientes institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, 37 adultos mayores cumplían los criterios de inclusión, a quienes se les realizó una encuesta y escalas geriátricas para valorar su estado funcional y cognitivo, de forma individual y posteriormente se entrevistó a cada cuidador informal.

4.1 Características socio demográficas de la población en estudio

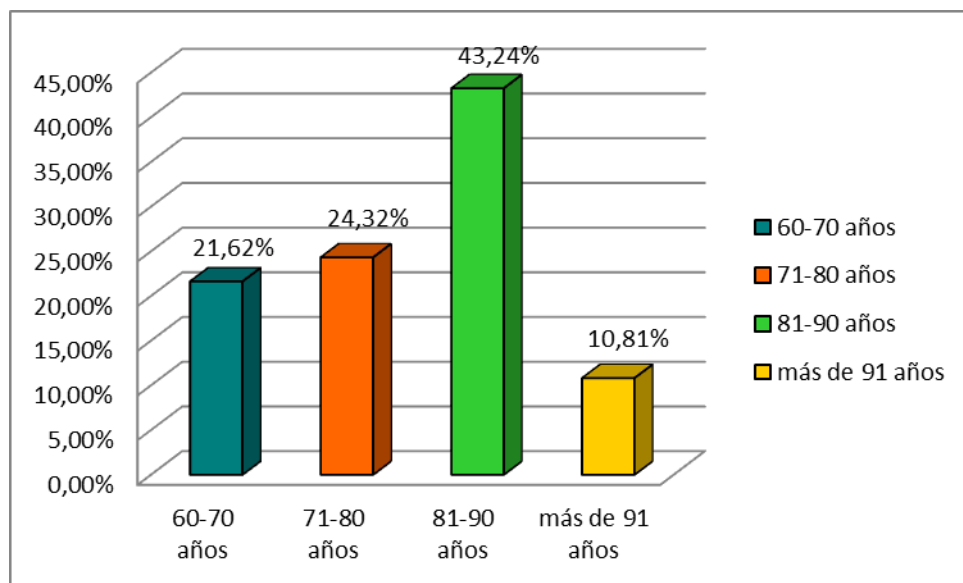
Se realizaron 37 encuestas validadas previamente mediante una prueba piloto a una población de similares características. Las encuestas fueron aplicadas directamente a los adultos mayores, quienes contestaron de forma individual, con apoyo de sus cuidadores; posteriormente se constató los datos con los disponibles en la historia clínica electrónica.

4.1.1 Edad de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

La edad de los pacientes estudiados va desde los 62 a los 94 años, con una media de 79 años, el grupo más numeroso de pacientes tiene entre 81-90 años, con un 43,24 % de toda la población en estudio como se observa en la **Figura 8**. Seguramente debido a que la población geriátrica de menor edad vive en su propio domicilio o acuden a

consulta ambulatoria y necesitan menos atención especializada o a largo plazo en una institución, misma que se hará necesaria con el pasar de los años y la progresión de la demencia. La media de edad calculada en 79 años, es elevada, por encima de la esperanza de vida que de acuerdo a los datos de la CEPAL en nuestro país es de 75 años (72,8 para los hombres y 78,4 para las mujeres), sin embargo es la edad característica de los pacientes que requieren atención en unidades de cuidado prolongado, residencias, instituciones especializadas.

Figura 8: Edad de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



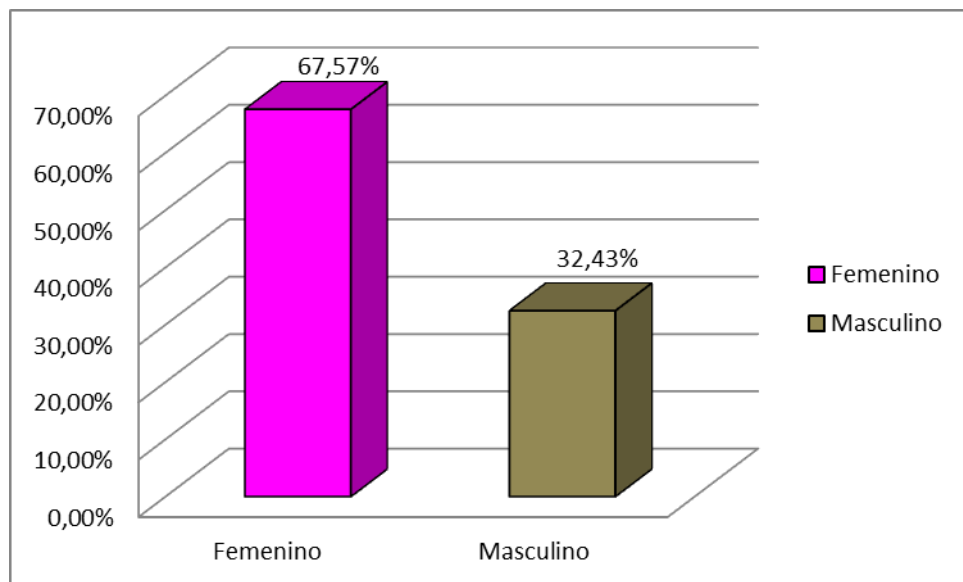
Fuente: encuestas aplicadas a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.1.2 Género de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

La mayoría de pacientes objeto del estudio son mujeres, con un predominio notable, pues la relación con la población masculina es de 2:1, correspondiendo al 67,57%, como se aprecia en la **Figura 9**. Probablemente debido a la mayor supervivencia de la población femenina entre los mayores de 65 años, lo cual conlleva que su esperanza de vida sea mayor, según la estadística revisada la cantidad de mujeres es siempre mayor con aproximadamente 5 puntos porcentuales sobre la población masculina después de los 65 años.

Figura 9: Género de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



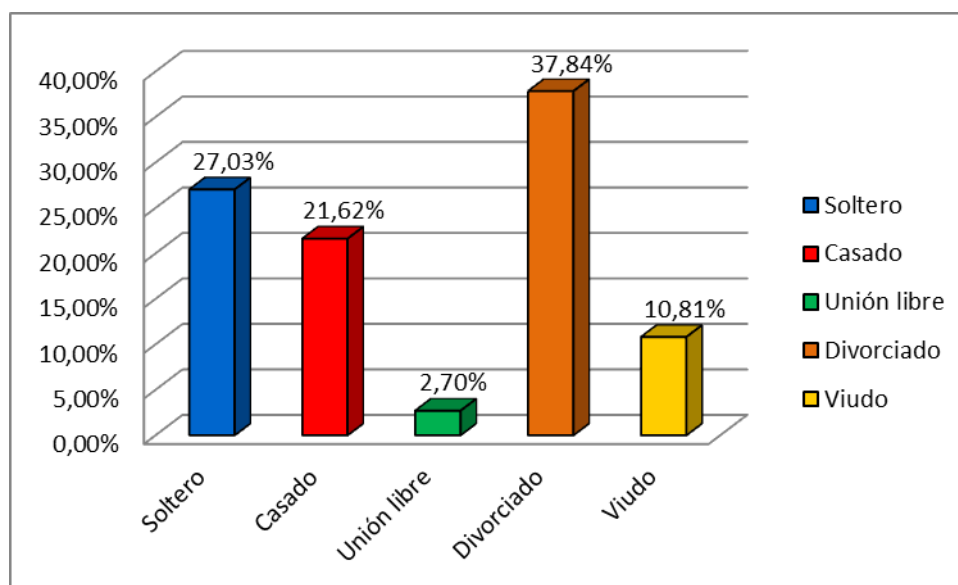
Fuente: encuestas aplicadas a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.1.3 Estado civil de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

En la población estudiada observamos que la condición de soledad es bastante llamativa ya que si sumamos el número de pacientes adultos mayores viudos, divorciados y solteros, resulta que el 75,68% de los pacientes no tienen pareja, como se observa en la **Figura 10**. Al relacionarlo con el género encontramos que 21 mujeres no tienen pareja (9 solteras, 8 divorciadas, 4 viudas) vs los 7 hombres sin pareja (1 soltero, 6 divorciados), lo que refleja el hecho de que las mujeres generalmente han tenido que cumplir durante su vida roles de cuidadoras como hijas o hermanas, y no han contraído matrimonio.

Figura 10: Estado civil de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



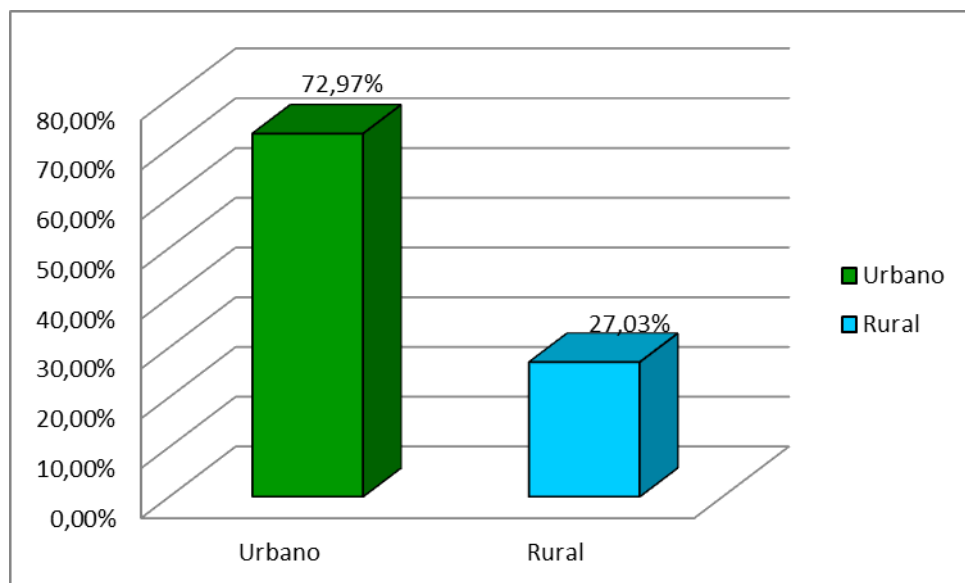
Fuente: encuestas aplicadas a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.1.4 Procedencia de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

La mayor parte de la población estudiada tiene procedencia urbana, correspondiendo a un 72.97%, como se puede observar en la **Figura 11**, es decir que la relación existente entre la procedencia urbana y rural es de aproximadamente 2,5:1, se debe considerar que la institución en donde se realizó el estudio se encuentra en zona urbana y es de tipo privado. Sin embargo culturalmente las personas que viven en zonas rurales consideran a sus ancianos como personas venerables a las que se debe cuidar como jefes de las comunidades, por su experiencia de vida, en la propia comunidad.

Figura 11: Procedencia de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



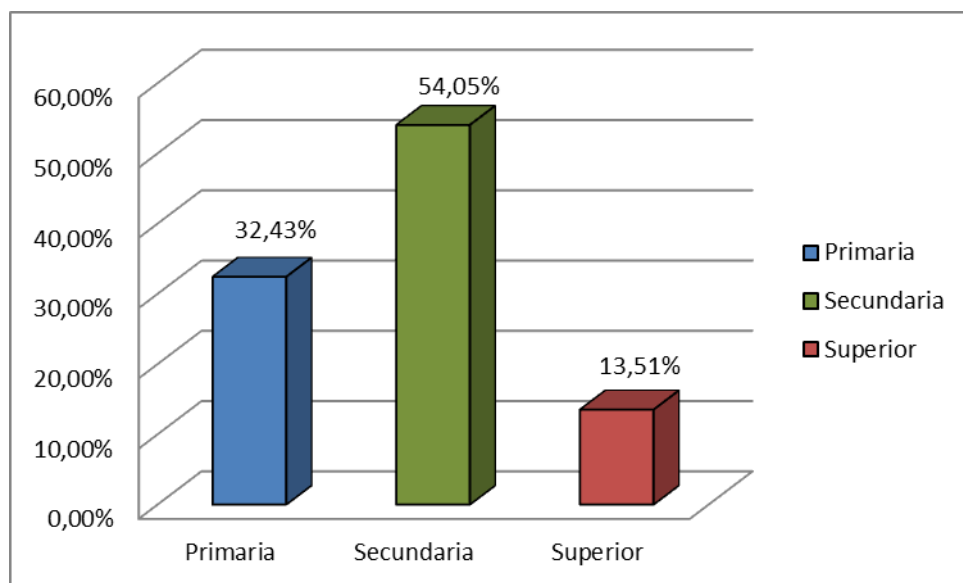
Fuente: encuestas aplicadas a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.1.5 Educación de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

De acuerdo al nivel de educación, el 54,05% de la población en estudio tiene educación secundaria, como podemos apreciar en la **Figura 12**, lo que llama la atención es que no se encontró pacientes analfabetos, como se esperaría de acuerdo a la realidad nacional de los adultos mayores, sin embargo hay que considerar que la población en estudio es urbana y la institución es privada.

Figura 12: : Educación de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



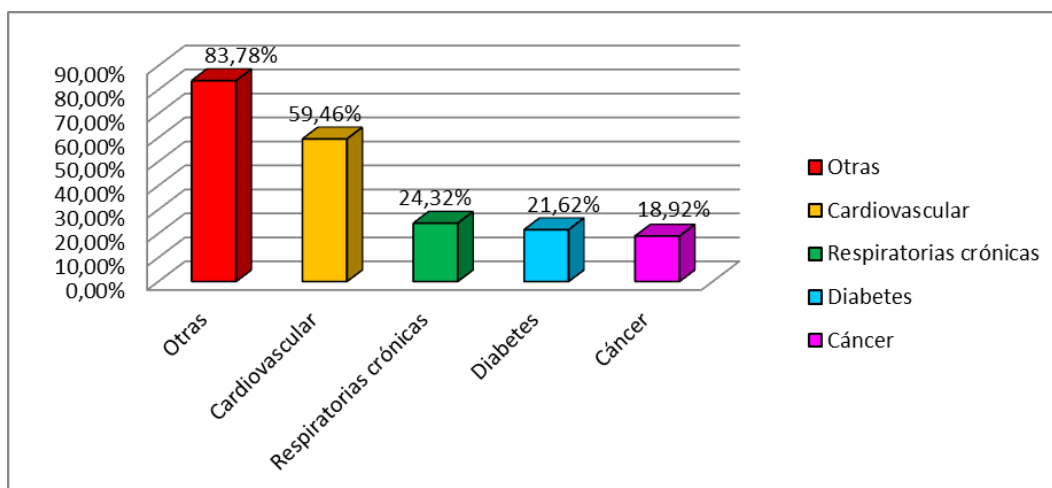
Fuente: encuestas aplicadas a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.2 Comorbilidades presentes en los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

En los pacientes estudiados con demencia como enfermedad de base se ha investigado la presencia de enfermedades no transmisibles (ENT) como comorbilidades, mismas que han sido agrupadas en cinco grandes grupos: Enfermedades cardiovasculares, cáncer, Enfermedades respiratorias crónicas, Diabetes y otras no relacionadas entre sí, encontrando que las otras enfermedades no relacionadas entre si (hipotiroidismo, depresión, Parkinson, artrosis, cirrosis, gastritis, anemia, osteoporosis) en conjunto representan el 83,78%, ubicándose en el primer lugar, las enfermedades cardiovasculares ocupan el segundo lugar con el 59,46%, cabe recalcar el hecho de que varios pacientes padecen varias comorbilidades a la vez.

Figura 13: Comorbilidades de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



Fuente: encuestas aplicadas a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.3 Deterioro cognitivo de los adultos mayores con demencia institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Se aplicó la *escala de Pfeiffer* a los 37 adultos mayores incluidos en el estudio para determinar el grado de deterioro cognitivo, de manera individual sin intervención del cuidador. Este instrumento consta de 10 ítems para valorar: orientación, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, información sobre hechos cotidianos, concentración y capacidad para realizar trabajo matemático seriado. El punto de corte es 3 errores, a partir del cual se sospecha de deterioro cognitivo.

Deterioro cognitivo leve: con 3-4 errores, *moderado* con 5-7 errores y *severo* mayor a 7 errores. El nivel académico es importante pues se acepta un error más para las personas con educación básica o ninguna y lo contrario para las personas con instrucción superior.

Las respuestas para ser consideradas correctas, deben ser contestadas por el sujeto sin mirar un calendario, periódico u otro que facilite la respuesta.

Pregunta 1. Se considera correcta cuando diga día, mes y año exacto.

Pregunta 2. Se auto explica.

Pregunta 3. Correcta si dice alguna descripción del lugar: policlínico, hospital, etc.

Pregunta 4. Correcta si se puede confirmar el número o si lo repite en otro momento.

Pregunta 4 A. Si detalla la dirección exacta o algún punto de referencia claro.

Pregunta 5. Correcta si corresponde a la fecha de nacimiento anotada.

Pregunta 6. Será correcta solo con el día, mes y año exacto.

Pregunta 7 y 8. Será suficiente con el apellido.

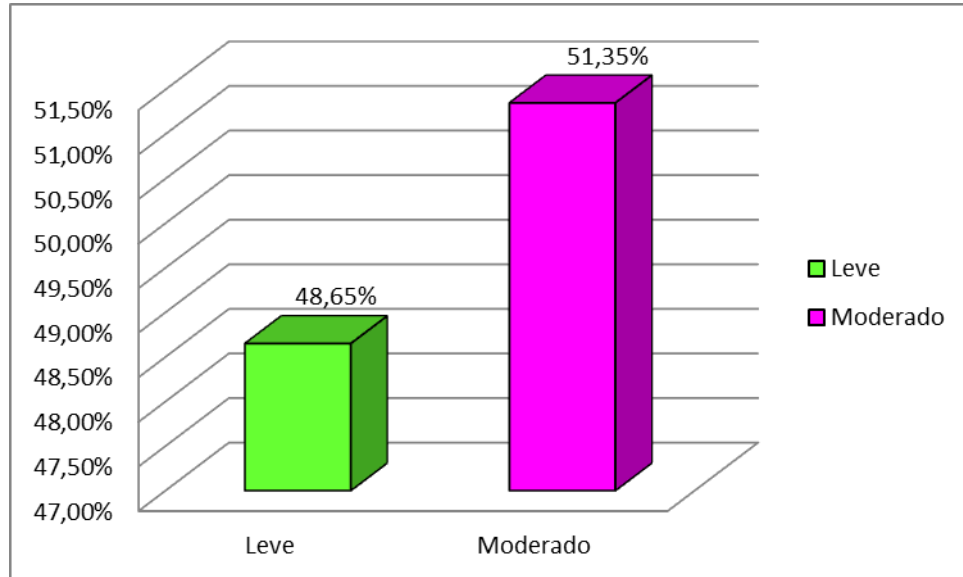
Pregunta 9. Correcta cuando tenga relación con su segundo apellido.

Pregunta 10. Correcta si toda la serie es correcta.

De acuerdo a los resultados obtenidos al aplicar la escala de Pfeiffer en la población de estudio, se determinó que el 48,65% padece deterioro cognitivo leve y el restante 51,35% tiene un deterioro cognitivo moderado, tal como se aprecia en la **Figura 14**.

Debido a que todos los pacientes incluidos en el estudio tienen algún grado de instrucción, no se debió corregir la calificación de la prueba.

Figura 14: Deterioro Cognitivo de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



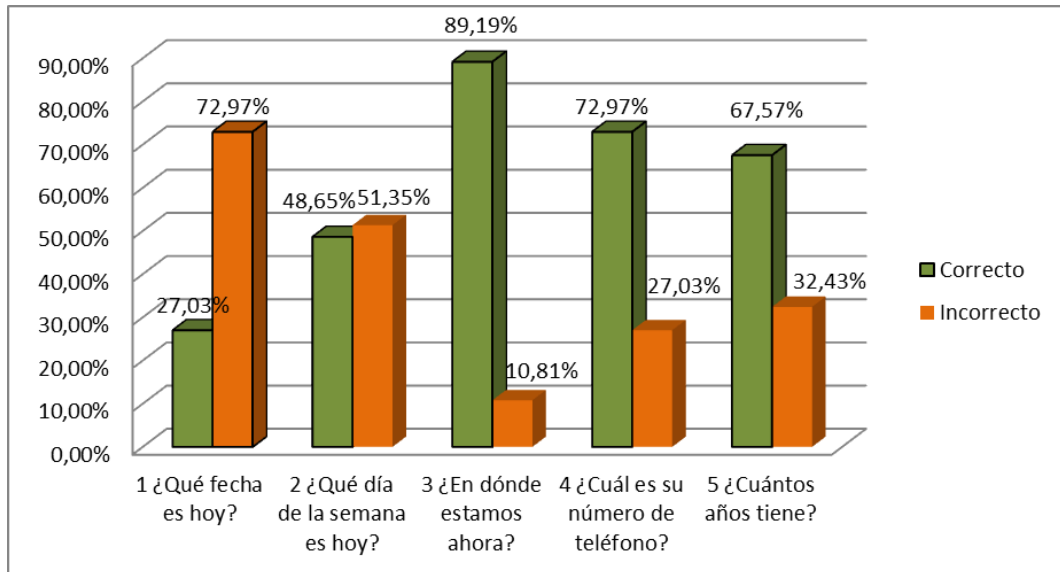
Fuente: escala de Pfeiffer aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

A continuación se desglosa la escala de Pfeiffer para poder determinar las preguntas cuyo resultado fue *“Incorrecto”*, y por ende identificar la esfera en la que se manifiesta el deterioro cognitivo de los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados. Como se puede observar en las **Figuras 15 y 16**, las preguntas en las que la mayoría de pacientes respondió incorrectamente fueron:

La **pregunta 1** que hace referencia a la orientación en tiempo (fecha exacta con día, mes y año) fue contestada incorrectamente por la mayoría de personas 72,97% de pacientes estudiados, lo que representa $\frac{3}{4}$ partes de los adultos mayores estudiados. De la mano con esta pregunta tenemos la **pregunta 2** en donde el 51.35% desconocen el día exacto en el que se encuentran, en la **pregunta 6** el 56,76% de personas no recuerdan la fecha exacta de su nacimiento, o la recuerdan parcialmente, en la **pregunta 8** el 100% no recuerda quien fue el presidente anterior de la república, lo que hace notar el deterioro en el recuerdo de actividades cotidianas y en la **pregunta 10** el 59,46% tiene errores importantes en cálculo, sea de forma total o parcial en la serie solicitada en la escala.

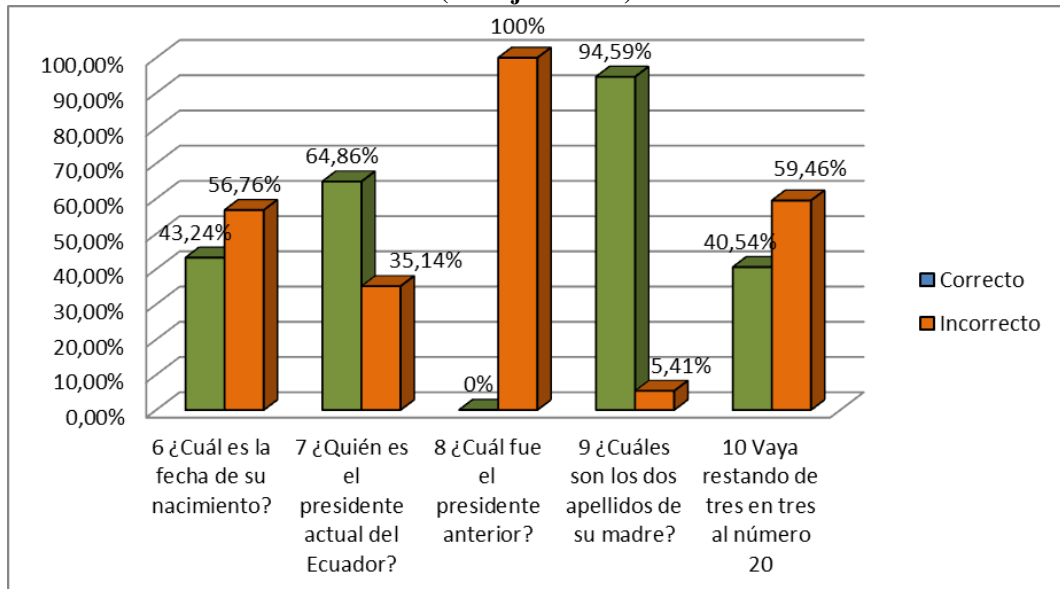
Figura 15: Respuestas en la Escala de Pfeiffer para determinar el Deterioro Cognitivo de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



Fuente: escala de Pfeiffer aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Figura 16: Respuestas en la Escala de Pfeiffer para determinar el Deterioro Cognitivo de los pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



Fuente: escala de Pfeiffer aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.4 Deterioro funcional de los adultos mayores con demencia institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Se evaluó la independencia en las actividades de la vida diaria de cada uno de los 37 pacientes incluidos en el estudio, con ayuda de los cuidadores se determinó la situación concreta del paciente con respecto a cada ítem del *índice de Katz*

El instrumento consta de 6 ítems (baño, vestido, uso de retrete, movilidad, continencia, alimentación) cuya opción de respuesta es dicotómica

Para determinar a un paciente como independiente debemos recordar que debe hacer la actividad sin supervisión, dirección, o ayuda personal activa. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.

Baño: se considera al paciente **independiente** si se baña enteramente solo, o requiere mínima ayuda para zonas específicas (ej. espalda) y es **dependiente** si necesita ayuda para lavarse más de una zona del cuerpo, o para salir o entrar a la ducha.

Vestido: se considera **independiente** si coge la ropa y se pone solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse medias) y es **dependiente** si no se viste por sí mismo, o permanece vestido parcialmente.

Uso del retrete: es **independiente** cuando va solo al retrete, se limpia solo y se arregla la ropa, es **dependiente** si precisa ayuda para ir al retrete o para limpiarse.

Movilidad: el paciente se considera **independiente** si se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta en una silla solo, se desplaza solo y es **dependiente** si requiere ayuda para acostarse o levantarse de la cama, sentarse o levantarse de una silla, ayuda para desplazarse o no se desplaza.

Continencia: se considera que el paciente es **independiente** si tiene control completo de la micción o defecación y es **dependiente** si tiene incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

Alimentación: el paciente es **independiente** si come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca (se excluye cortar alimentos) y es **dependiente** si necesita ayuda para comer, no come solo, o recibe alimentación enteral.

Al terminar de correr el índice se categoriza a los pacientes de acuerdo a los niveles ya especificados por el autor del Índice de Katz:

El índice de Katz presenta 8 posibles niveles:

- A) Independiente para todas las funciones.
- B) Independiente para todas menos una cualquiera.
- C) Independiente para todas menos para el baño y cualquier otra.
- D) Independiente para todas menos para el baño, vestido y cualquier otra.
- E) Independiente para todas menos para el baño, vestido, uso de retrete y cualquier otra.
- F) Independiente para todas menos para el baño, vestido, uso de retrete, movilidad y cualquier otra.
- G) Dependiente en todas las funciones.

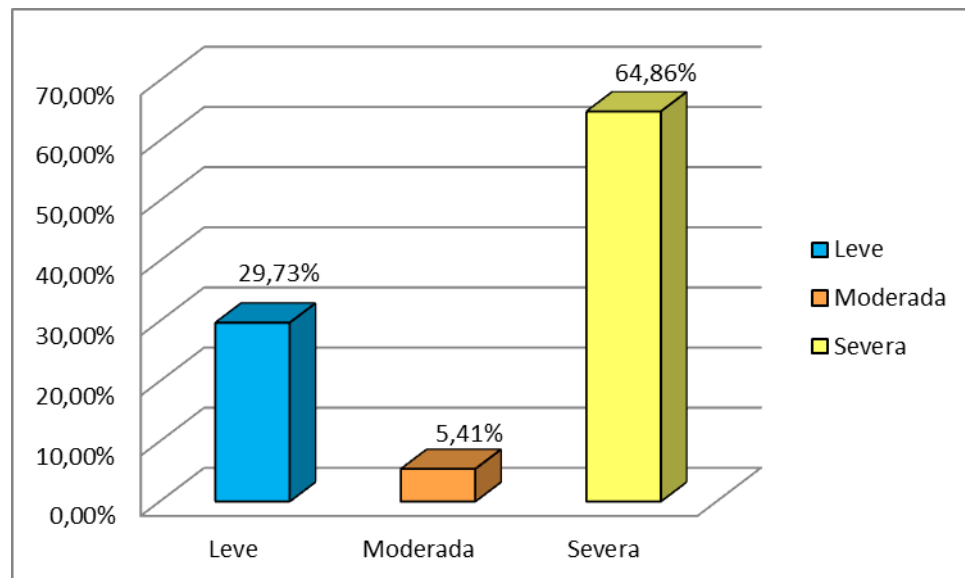
Tabla 3: Grado de incapacidad de acuerdo al índice de Katz

| | |
|----------------|---|
| GRADO 1-2. A-B | Ausencia de incapacidad o incapacidad leve. |
| GRADO 2-3. C-D | Incapacidad moderada. |
| GRADO 4-6. E-G | Incapacidad severa. |

Tomado de: OPS

En la población estudiada el 64,86% padece dependencia severa, siendo un grupo cautivo, orienta a que el deterioro funcional es un importante determinante en el proceso de institucionalización, probablemente asociado a una mayor carga para el cuidador. Un 29.73% de los participantes sin embargo presentan dependencia leve lo que aclara que la institucionalización es un proceso multifactorial, como se puede apreciar en la **Figura 17**.

Figura 17: Dependencia de los adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015) de acuerdo al índice de Katz



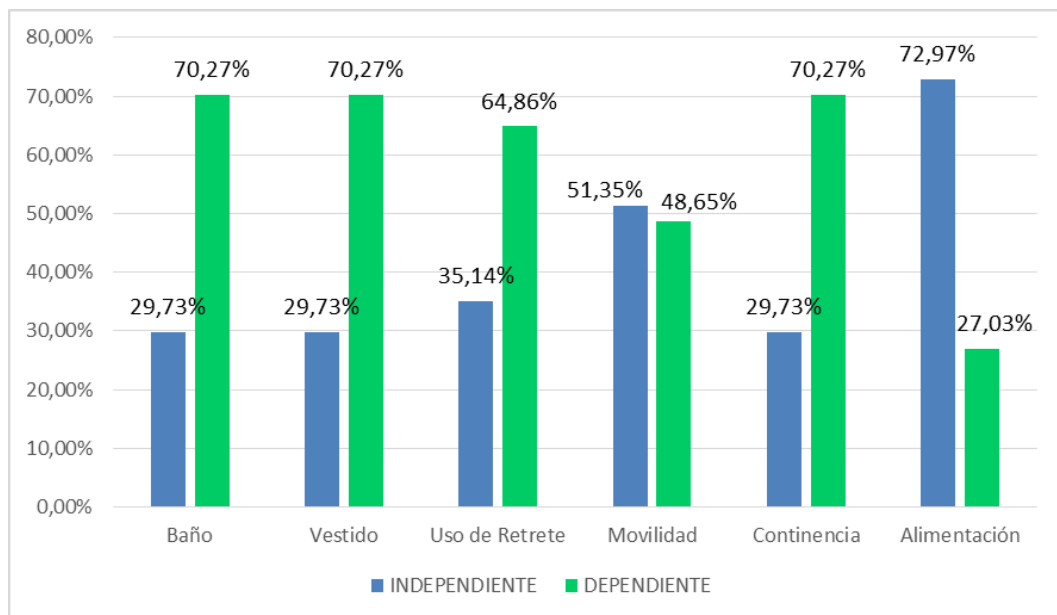
Fuente: índice de Katz aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Al desglosar los ítems del índice de Katz observamos que las actividades de la vida diaria con mayor grado de dependencia (baño, vestido y continencia) coinciden en un 70.27% de los pacientes, siendo los dos primeros concordantes con el orden jerárquico con que se deteriora fisiológicamente la funcionalidad del adulto mayor,

corroborándose este fenómeno con un 72.97% de adultos mayores que conservan la función más primitiva, la primera que adquiere de niño y la última en perderse en el anciano como es la de alimentarse, como se aprecia en la **Figura 18**

Figura 18: Dependencia según el índice de Katz en adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



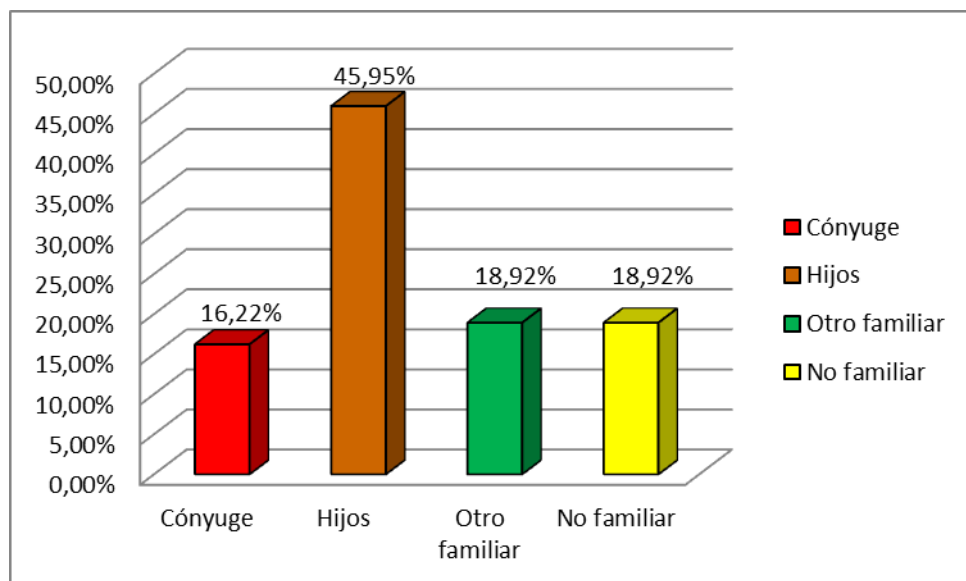
Fuente: índice de Katz aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.5 Cuidador informal del adulto mayor con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

En el presente estudio se encontró que el 45,95% de los cuidadores informales son hijos o hijas, el 16,22 % son cónyuges pero llama la atención el hecho de que cuidadores informales entre otros familiares y no familiares representan sumados el 37,84%, como se puede observar en la **Figura 19**, lo cual se relaciona con el estado de soledad que viven la mayoría de adultos mayores estudiados.

Figura 19: El Cuidador informal del adulto mayor con demencia leve y moderada institucionalizado en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe



Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

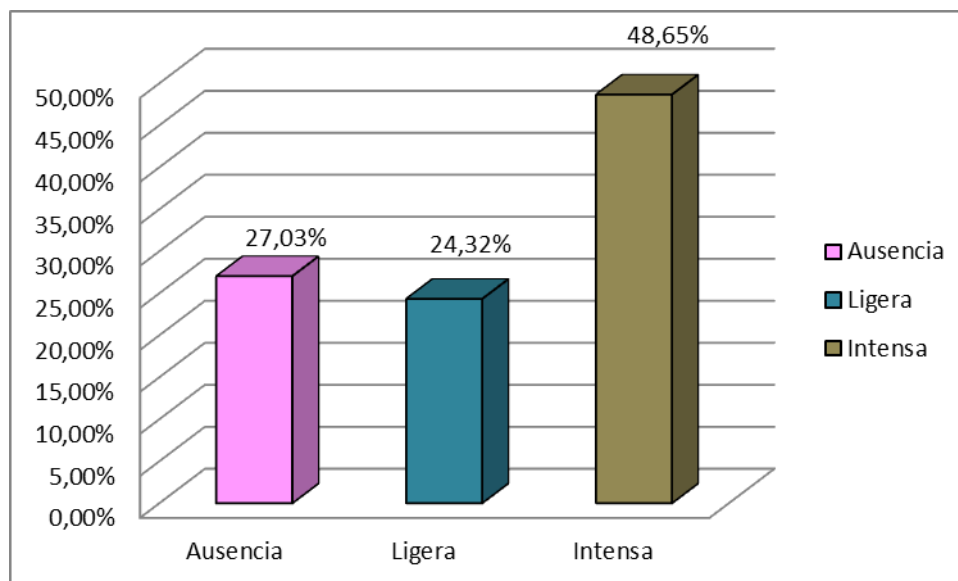
4.5.1 Sobrecarga del Cuidador informal del paciente adulto mayor institucionalizado en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Se aplicó la Escala de Zarit a los cuidadores informales. Este instrumento consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones, (1 = nunca, 2 = rara vez, 3 = algunas veces, 4 = bastantes veces, 5 = casi siempre) cuyos resultados nos dan una puntuación máxima de 110 y una mínima de 22.

De acuerdo a la puntuación obtenida se agrupa a los cuidadores en tres categorías: ausencia de sobrecarga con un puntaje inferior a 46 puntos, sobrecarga ligera con un puntaje de 47-55 y es catalogada como sobrecarga intensa con un valor superior a 56 puntos.

El 48.65% de los cuidadores informales presentan sobrecarga intensa, sumado a un 24.32 % de sobrecarga ligera nos da un total de 72.97% de cuidadores saturados en mayor o menor medida de sus funciones, lo cual tiene probablemente relación con el importante deterioro funcional de los pacientes más su patología de base “demencia”. Los resultados se pueden observar en la **Figura 20**.

Figura 20: Sobrecarga del cuidador informal en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



Fuente: escala de Zarit aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

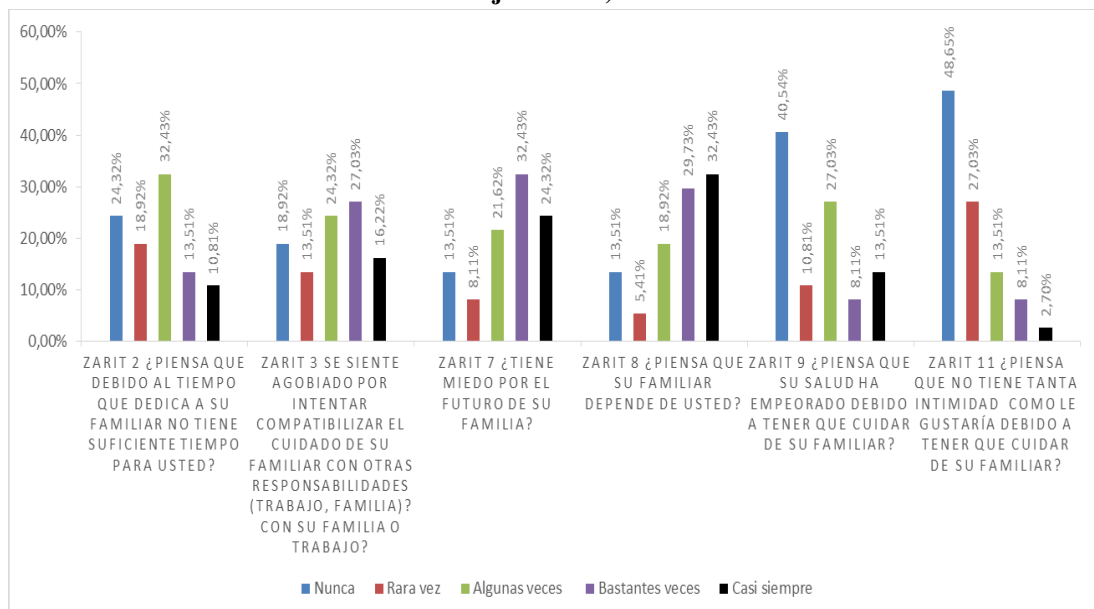
A continuación se detalla los resultados de la escala de sobrecarga del cuidador (Zarit), agrupados de acuerdo a la estructura factorial (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia:

El primer factor denominado **“impacto del cuidado”** representado por las preguntas (2, 3, 7, 8, 9, 11,12, 14, 16, 17, 18, 19, 22) cuyas respuestas se grafican en las **Figuras 21 y 22**

Observamos que el efecto sobre la calidad de vida del cuidador, se ve inalterada en un 45.95% de los encuestados que responden nunca haber sentido perder el control de su vida pese al cuidado de un paciente con demencia, que las relaciones sociales, de intimidad y estado de salud se mantienen integras en un porcentaje importante de los cuidadores (rara vez nota que su vida social se ve afectada por el cuidado de su

familiar con un 35.14%, nunca han notado deterioro de salud asociado al cuidado de su familiar 40.54%, su intimidad nunca se ve afectada 48.65%). Sin embargo al existir poco apoyo sobre el cuidado del adulto mayor, descargando toda la responsabilidad de una sola persona generalmente el hijo/a, nos llevan a respuestas que intervienen fuertemente en el grado de sobrecarga del cuidador por ejemplo (casi siempre piensa que su familiar le considera a usted la única persona que lo puede cuidar 37.54%, casi siempre consideran que su familiar depende solo de usted 32.43%), esto se ve reflejado en las respuestas sobre el grado de sobrecarga global al cuidado del paciente así, el 51.35 % de los encuestados responden en una escala ascendente de intensidad del 1 al 5 (4 y 5). Aun así el 43.24 % manifiestan que nunca dejarían el cuidado de su paciente a otra persona.

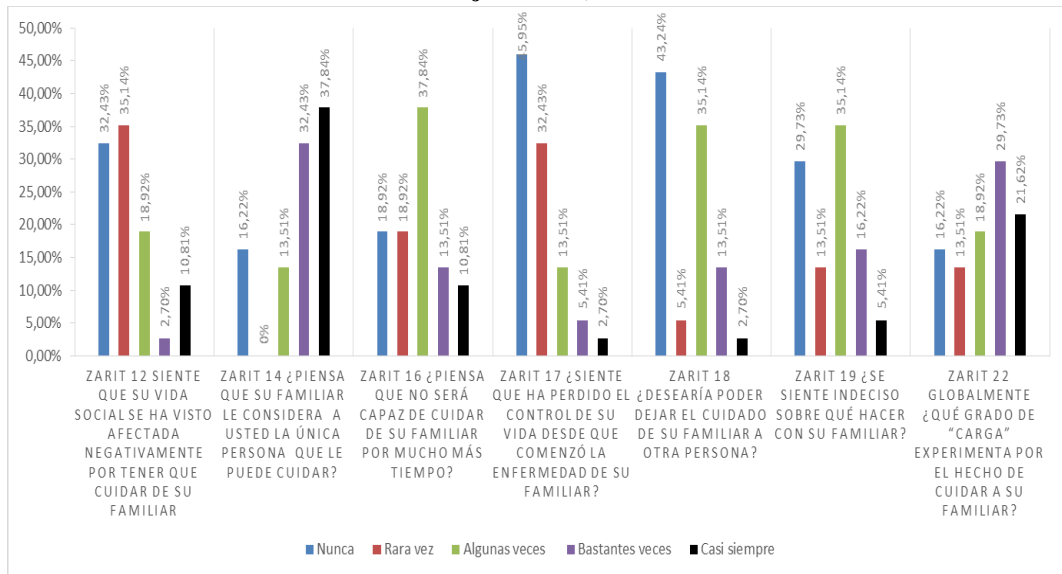
Figura 21: Preguntas de la Escala de Zarit (factor impacto del cuidado) en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



Fuente: escala de Zarit aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Figura 22: Preguntas de la Escala de Zarit (factor impacto del cuidado) en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



Fuente: escala de Zarit aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

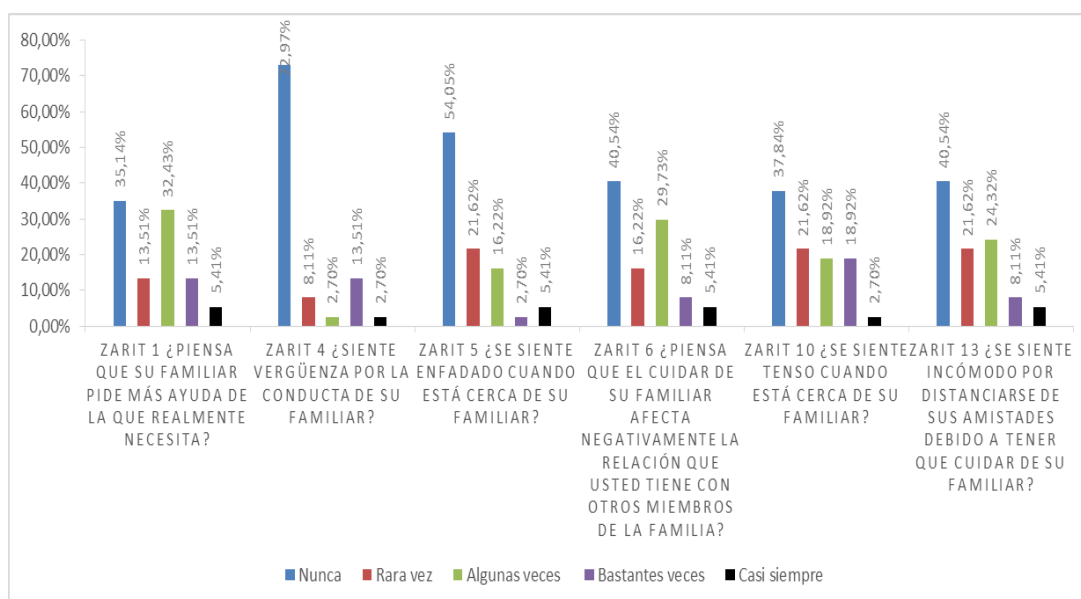
Elaborada por: los investigadores

El segundo factor se refiere a las **“relaciones interpersonales”** entre el receptor del servicio y el cuidador, preguntas (1, 4, 5, 6, 10, 13), sus respuestas se ven graficadas en la **Figura 23**

A continuación se muestra como la integridad de las relaciones interpersonales, entre el paciente y el cuidador son el común denominador en este grupo de preguntas así: el 72.97% responde nunca sentir vergüenza por la conducta de su familiar, 54.05% nunca se ha sentido enfadado cuando está cerca de su familiar, 40.54% nunca se siente incómodo por distanciarse de sus amistades o descuidar sus relaciones familiares debido a tener que cuidar de su familiar, 37.54% nunca se sienten tensos por estas junto a su familiar. Esto se manifiesta en la firmeza del cuidado que los familiares realizan, con visitas periódicas, siempre sirviendo de apoyo, sin necesidad

de un cuidado domiciliario, pues en última instancia, desistir del apoyo profesional podría relacionarse con un cuidado deficitario alterando la relación paciente-cuidador.

Figura 23: Preguntas de la Escala de Zarit (factor relaciones interpersonales) en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



Fuente: escala de Zarit aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

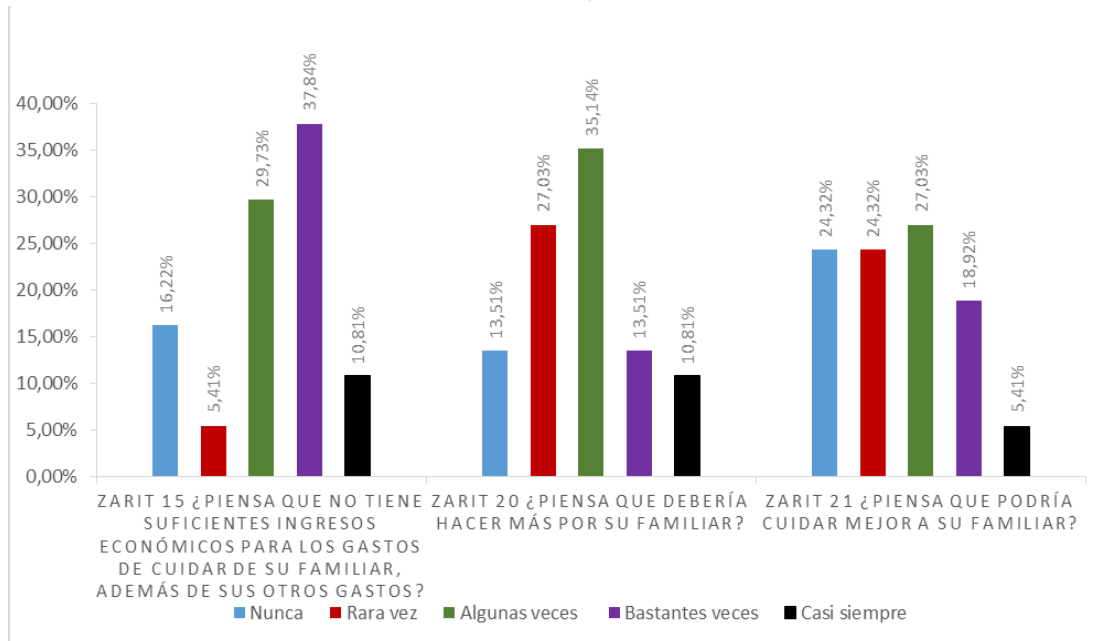
Elaborada por: los investigadores

El factor sobre la “**expectativa de autoeficacia**” está representado por las preguntas (15, 20, 21) respuestas que se grafican a continuación. **Figura 24**

Frente a la respuesta de los cuidadores sobre su desempeño al cuidado del adulto mayor con demencia, se percibe un grado de inconformidad consigo mismo así: en un 35.14 % responden que algunas veces piensan que debería hacer más por su familiar y un 27.03% piensan que algunas veces podrían cuidar mejor a su familiar

todo esto coincidente con el déficit de recursos económicos para solventar las demandas de los pacientes, manifestado por un 37.84 % de los cuidadores.

Figura 24: Preguntas de la Escala de Zarit (expectativa de autocuidado) en una población de adultos mayores con demencia leve y moderada clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril-julio 2015)



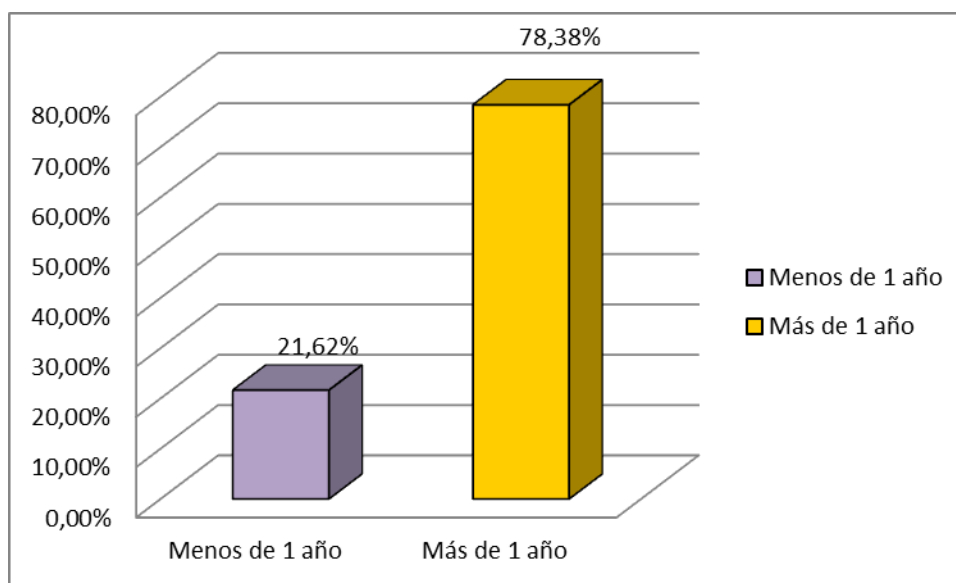
Fuente: escala de Zarit aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.6 Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de demencia hasta la institucionalización

En el presente estudio se evidencia que el 21.62% de adultos mayores fueron ingresados antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia, como se observa en la **Figura 25**, lo cual hace pensar que la mayoría de pacientes permanecen en su hogar por lo menos un año desde el diagnóstico de demencia hasta el ingreso en la institución momento en el que la capacidad de respuesta se ve superada.

Figura 25: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de demencia hasta la institucionalización adulto mayor clínica Nuestra Señora de Guadalupe.



Fuente: encuestas aplicadas a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.6.1 Características de los adultos mayores con demencia leve y moderada de acuerdo al momento de su institucionalización

Perfil de los adultos mayores

En la siguiente tabla se ha dividido los resultados obtenidos de los 37 adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados, en dos grupos de acuerdo al tiempo transcurrido desde el diagnóstico de demencia hasta su ingreso a la institución. En la **tabla 4** se expone el principal resultado obtenido, pues difiere de los resultados ya presentados. En el grupo de pacientes institucionalizados antes de 1 año hay predominio del género masculino con un 75%, recalcando el hecho de que la población de estudio es pequeña.

Tabla 4: Perfil de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Variables sociodemográficas | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|-----------------------------|-----------|---|--|
| Género | Femenino | 25,0% | 79,31% |
| | Masculino | 75,0% | 20,69% |

Fuente: encuestas aplicadas a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Deterioro cognitivo

Los resultados que se observan de la escala de Pfeiffer en la **Tabla 5** coinciden con la evolución natural de la enfermedad, pues en los institucionalizados antes del año de su diagnóstico, la orientación en tiempo y espacio, es mucho más preservada que en los institucionalizados después del año de su diagnóstico así: en la pregunta que fecha es hoy? 50% de los primeros contesta correctamente vs un 20.69% del segundo grupo, nombre del presidente actual? 87.5% responde correctamente en el primer grupo vs un 58.62% del segundo grupo, en donde estamos ahora? 100% responde correctamente en el primer grupo vs 86.21% del segundo grupo. Fenómeno similar se evidencia en la pregunta que valora cálculo, con un 50 % de personas que responden correctamente en el primer grupo vs un 37.93% del segundo grupo.

Llama la atención la respuestas de la pregunta 6 que valora memoria retrograda. Cuál es su fecha de nacimiento? Apenas 12.5% del primer grupo responde correctamente vs un 51.72% del segundo grupo, recordar el pequeño número de la población y la diferencia 1 a 3 en los grupos comparados

En la **Tabla 6** se aprecia el resultado final obtenido en la escala de Pfeiffer, en el que el grado de deterioro cognitivo de los pacientes institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia es leve en el 75% y moderado en el 25% de pacientes, para el grupo de pacientes institucionalizados después de 1 año desde el diagnóstico es leve en el 41,38% y moderada en el 58,62%.

Tabla 5: Escala de Pfeiffer aplicada a los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Escala de Pfeiffer | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|--------------------------------------|------------|---|--|
| 1) ¿Qué fecha es hoy? | Correcta | 50,0% | 20,69% |
| | Incorrecta | 50,0% | 79,31% |
| 2) ¿Qué día de la semana es hoy? | Correcta | 62,5% | 44,83% |
| | Incorrecta | 37,5% | 55,17% |
| 3) ¿En dónde estamos ahora? | Correcta | 100% | 86,21% |
| | Incorrecta | 0% | 13,79% |
| 4) ¿Cuál es su teléfono o dirección? | Correcta | 75,0% | 72,41% |
| | Incorrecta | 25,0% | 27,59% |
| 5) ¿Cuántos años tiene? | Correcta | 62,5% | 68,97% |
| | Incorrecta | 37,5% | 31,03% |
| 6) Fecha de nacimiento | Correcta | 12,5% | 51,72% |
| | Incorrecta | 87,5% | 48,28% |
| 7) Nombre del presidente actual | Correcta | 87,5% | 58,62% |
| | Incorrecta | 12,5% | 41,38% |
| 8) Nombre del presidente anterior | Correcta | 0% | 0% |
| | Incorrecta | 100% | 100% |
| 9) Apellidos de su madre | Correcta | 100% | 93,1% |
| | Incorrecta | 0% | 6,9% |
| 10) Calculo | Correcta | 50% | 37,93% |
| | Incorrecta | 50% | 62,07% |

Fuente: escala de Pfeiffer aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Tabla 6: Deterioro cognitivo de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Escala de Pfeiffer | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|---------------------|----------|---|--|
| Deterioro Cognitivo | Leve | 75,0% | 41,38% |
| | Moderado | 25,0% | 58,62% |

Fuente: escala de Pfeiffer aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Deterioro funcional (Dependencia)

De acuerdo al índice de Katz en el grupo de adultos mayores institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia encontramos que el 75% de pacientes tienen dependencia severa en las actividades de la vida diaria, como se aprecia en la **Tabla 7**, evidenciando que el 75% de pacientes son dependientes para el baño, vestido, uso de retrete, continencia, el 50% es dependiente para la movilidad y 25% para alimentarse, mientras que para el grupo de pacientes institucionalizados después de 1 año el 62,07% de pacientes también tienen un grado de dependencia severa, el 68,97% de pacientes son dependientes para el baño, vestido, continencia, el 62,07% para uso del retrete, 48,28% para movilidad y 27,59% para alimentación. Demostrando en ambos grupos la pérdida jerárquica de la independencia para actividades de la vida diaria, se observa en la **Tabla 8**

Tabla 7: Dependencia de los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Índice de Katz | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|----------------|----------|---|--|
| Dependencia | Leve | 25,0% | 31,03% |
| | Moderada | 0% | 6,90% |
| | Severa | 75,0% | 62,07% |

Fuente: índice de Katz aplicado a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

insti **Elaborada por:** los investigadores **demencia leve y moderada
tes de 1 año y después de 1 año
desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015**

| Índice de Katz | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|-----------------|---------------|---|--|
| Baño | Independiente | 25,0% | 31,03% |
| | Dependiente | 75,0% | 68,97% |
| Vestido | Independiente | 25,0% | 31,03% |
| | Dependiente | 75,0% | 68,97% |
| Uso del retrete | Independiente | 25,0% | 37,93% |
| | Dependiente | 75,0% | 62,07% |
| Movilidad | Independiente | 50,0% | 51,72% |
| | Dependiente | 50,0% | 48,28% |
| Continencia | Independiente | 25,0% | 31,03% |
| | Dependiente | 75,0% | 68,97% |
| Alimentación | Independiente | 75,0% | 72,41% |
| | Dependiente | 25,0% | 27,59% |

Fuente: índice de Katz aplicado a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Cuidador informal

En la **Tabla 9** se observa a los cuidadores informales; en el grupo de los pacientes institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia vemos que los hijos y cónyuges representan el 75% de los cuidadores, mientras que otros familiares el 12,5% y los cuidadores no familiares el otro 12,5%. En el grupo de pacientes institucionalizados después de al año del diagnóstico de demencia encontramos que el porcentaje de cónyuges como cuidadores disminuye al 10,34% y los hijos aumentan en porcentaje hasta 48,28%, representando entre ambos el 58,62%, los cuidadores no familiares representan el 20,69% y otros familiares representan el restante 20,69%.

Tabla 9: Cuidador informal de adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Cuidador | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|-------------------|---------------|---|--|
| Cuidador informal | Cónyuge | 37,5% | 10,34% |
| | Hijos | 37,5% | 48,28% |
| | Otro familiar | 12,5% | 20,69% |
| | No familiar | 12,5% | 20,69% |

Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Sobrecarga del cuidador informal

Luego de aplicar la escala de Zarit a los cuidadores informales de los adultos mayores con demencia institucionalizados se encontró que en el grupo de pacientes ingresados antes de 1 año del diagnóstico, el 37,5% tienen sobrecarga ligera y el restante 25% presentan sobrecarga intensa en sus funciones de cuidadores, como se observa en la **Tabla 10**

Tabla 10: Sobrecarga del cuidador de adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Escala de Zarit | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|-------------------------|----------|---|--|
| Sobrecarga del cuidador | Ausencia | 37,5% | 24,14% |
| | Ligera | 37,5% | 20,69% |
| | Intensa | 25% | 55,17% |

Fuente: índice de Katz aplicado a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Tabla 11. Las que hablan del “**impacto del cuidado**” (2, 3, 7, 8, 9, 11,12, 14, 16, 17, 18, 19, 22) muestran el siguiente patrón:

En la pregunta 2, sobre el tiempo que el cuidador dedica a su familiar; en los pacientes institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico el 50% de los cuidadores nunca (25%) o rara vez (25%) sintieron que no tenían tiempo suficiente para ellos mismos, mientras que en el grupo institucionalizado después del año el

porcentaje es menor 41,38% para las personas que nunca (24,14%) o rara vez (17,24%) han sentido que no tenían tiempo suficiente para ellos mismos.

En referencia a la tercera pregunta el 50% de los cuidadores de las personas institucionalizadas antes de 1 año indican que bastantes veces se sienten agobiados por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades, mientras que en conjunto 41,38% de los cuidadores de los pacientes ingresados después del año del diagnóstico de demencia afirman que bastantes veces (20,69%) y casi siempre (20,69%) se sienten agobiados.

En la pregunta 7, el 62,5% de los cuidadores de las personas institucionalizadas antes del año del diagnóstico de demencia indican que tienen miedo por el futuro de su familiar: 25% bastantes veces y 37,5% casi siempre. En cambio el 82,76% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados después del año del diagnóstico indican que tienen miedo por el futuro de su familiar, pues han observado el irremediable progreso de la enfermedad: el 27,59% algunas veces, el 34,48% bastantes veces y 20,69% casi siempre.

En la pregunta 8, el 87,5% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia piensan que sus familiares dependen de ellos : 12,5% algunas veces, el 25% bastantes veces y 50% casi siempre. Mientras que el 79,31% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados más de 1 año después del diagnóstico de demencia piensan que sus familiares dependen de ellos, 20,69% algunas veces, 31.03% bastantes veces y 27.59% casi siempre.

La pregunta 9 hace referencia a la salud del cuidador, el 62,5% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia

nunca han pensado que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar, mientras que en el grupo de los cuidadores de los pacientes que ingresaron a la institución después de 1 año del diagnóstico de demencia el 34,48% nunca pensaron que su salud ha empeorado pero el 31,03% lo ha pensado algunas veces.

En la pregunta 11, el 87,5% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes de 1 año del diagnóstico de demencia nunca (62,5%) y rara vez (25%) han pensado que no tienen tanta intimidad como les gustaría debido a tener que cuidar de su familiar. Entre los cuidadores de los pacientes institucionalizados después de 1 año del diagnóstico de demencia el 72,42% nunca y rara vez han pensado que no tienen tanta intimidad como les gustaría (44,83% y 27,59% respectivamente).

La pregunta 12 hace referencia a la vida social del cuidador, EL 75% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes del año del diagnóstico de demencia nunca han sentido que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar en un 50,0% y rara vez en el 25,0%. Entre los cuidadores de los pacientes institucionalizados después del año del diagnóstico de demencia el 65,52% nunca han sentido que su vida social se ha visto afectada negativamente en un 27,59% y rara vez en el 37,93%.

En la pregunta 14, el 50% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes de 1 año del diagnóstico de demencia nunca piensan que sus familiares les considera las únicas personas que les pueden cuidar en un 12,5% , rara vez en el 37,5% y un 12,5% lo piensan casi siempre. En cambio el 44,83% de cuidadores de los pacientes ingresados después del año del diagnóstico casi siempre piensan que sus familiares les consideran las únicas personas que les pueden cuidar.

En la pregunta 16, el 37,5% de cuidadores de los pacientes institucionalizados antes de 1 año del diagnóstico de demencia nunca piensan que no serán capaces de cuidar de su familiar por mucho más tiempo en un 12,5% y rara vez lo han pensado en un 25,0%, algunas veces en un 37,5%. En el grupo de los cuidadores de los pacientes institucionalizados después de 1 año desde el diagnóstico de demencia 20,69% nunca han pensado que no serán capaces de cuidar de su familiar por más tiempo, 37,93% lo han pensado algunas veces y 24,13% lo ha pensado bastantes veces 10,34% y casi siempre 13,79%.

En la pregunta 17, el 100% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes del año del diagnóstico nunca han sentido que han perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de sus familiares en el 62,5% y rara vez lo han sentido en el 37,5%. En el grupo de pacientes institucionalizados después del año del diagnóstico de demencia el 72,41% de cuidadores nunca han sentido perder el control de su vida desde el comienzo de la enfermedad de sus familiares en un 41,38% y rara vez en un 31,03% .

En la pregunta 18, el 62,5% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia nunca han deseado poder dejar el cuidado de su familiar en otra persona. Entre los cuidadores de los pacientes institucionalizados después de 1 año desde el diagnóstico de demencia el 37,93% nunca han deseado poder dejar el cuidado de su familiar en otra persona, el 41,38% lo ha pensado algunas veces.

En la pregunta 19, el 37,5% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes de 1 año del diagnóstico de demencia nunca han experimentado indecisión sobre qué hacer con sus familiares, el 50% algunas veces. Entre los cuidadores de los

pacientes institucionalizados después de 1 año desde el diagnóstico el 44,83% han tenido momentos de indecisión nunca (27,59%) y rara vez (17,24%), sin embargo un 31,03% lo ha tenido algunas veces.

Finalmente en la pregunta 22, el grado de carga que globalmente experimentan los cuidadores, para el 50% de los cuidadores de los pacientes institucionalizados antes de 1 año desde el diagnóstico fue bastantes veces (corresponde a 4/5), mientras que para los cuidadores de los pacientes institucionalizados después de 1 año el 24,14 % experimenta carga algunas veces (corresponde a 3/5) y otro 24,14% bastantes veces (corresponde a 4/5).

Tabla 11: Escala de Zarit aplicada a los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Escala de Zarit Impacto del cuidado | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|---|-----------------|---|--|
| Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? (pregunta 2) | Nunca | 25,0% | 24,14% |
| | Rara vez | 25,0% | 17,24% |
| | Algunas veces | 37,5% | 31,03% |
| | Bastantes veces | 12,5% | 13,79% |
| | Casi siempre | 0% | 13,79% |
| Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades? (pregunta 3) | Nunca | 25,0% | 17,24% |
| | Rara vez | 0% | 17,24% |
| | Algunas veces | 25,0% | 24,14% |
| | Bastantes veces | 50,0% | 20,69% |
| | Casi siempre | 0% | 20,69% |
| Tiene miedo por el futuro de su familiar? (pregunta 7) | Nunca | 12,5% | 13,79% |
| | Rara vez | 25,0% | 3,45% |
| | Algunas veces | 0% | 27,59% |
| | Bastantes veces | 25,0% | 34,48% |

| | | | |
|--|-----------------|-------|--------|
| | Casi siempre | 37,5% | 20,69% |
| Piensa que su familiar depende de usted? (pregunta 8) | Nunca | 0% | 17,24% |
| | Rara vez | 12,5% | 3,45% |
| | Algunas veces | 12,5% | 20,69% |
| | Bastantes veces | 25,0% | 31,03% |
| | Casi siempre | 50,0% | 27,59% |
| Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? (pregunta 9) | Nunca | 62,5% | 34,48% |
| | Rara vez | 12,5% | 10,34% |
| | Algunas veces | 12,5% | 31,03% |
| | Bastantes veces | 0% | 10,34% |
| | Casi siempre | 12,5% | 13,79% |
| Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? (pregunta 11) | Nunca | 62,5% | 44,83% |
| | Rara vez | 25,0% | 27,59% |
| | Algunas veces | 12,5% | 13,79% |
| | Bastantes veces | 0% | 10,34% |
| | Casi siempre | 0% | 3,45% |
| Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? (pregunta 12) | Nunca | 50,0% | 27,59% |
| | Rara vez | 25,0% | 37,93% |
| | Algunas veces | 25,0% | 17,24% |
| | Bastantes veces | 0% | 3,45% |
| | Casi siempre | 0% | 13,79% |
| Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? (pregunta 14) | Nunca | 12,5% | 17,24% |
| | Rara vez | 37,5% | 6,90% |
| | Algunas veces | 37,5% | 31,03% |
| | Bastantes veces | 0% | 0% |
| | Casi siempre | 12,5% | 44,83% |
| Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo? (pregunta 16) | Nunca | 12,5% | 20,69% |
| | Rara vez | 25,0% | 17,24% |
| | Algunas veces | 37,5% | 37,93% |
| | Bastantes veces | 25,0% | 10,34% |
| | Casi siempre | 0% | 13,79% |

| | | | |
|--|-----------------|-------|--------|
| Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? (pregunta 17) | Nunca | 62,5% | 41,38% |
| | Rara vez | 37,5% | 31,03% |
| | Algunas veces | 0% | 17,24% |
| | Bastantes veces | 0% | 6,90% |
| | Casi siempre | 0% | 3,45% |
| Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? (pregunta 18) | Nunca | 62,5% | 37,93% |
| | Rara vez | 0% | 6,90% |
| | Algunas veces | 12,5% | 41,38% |
| | Bastantes veces | 25,0% | 10,34% |
| | Casi siempre | 0% | 3,45% |
| Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar? (Pregunta 19) | Nunca | 37,5% | 27,59% |
| | Rara vez | 0% | 17,24% |
| | Algunas veces | 50% | 31,03% |
| | Bastantes veces | 12,5% | 17,24% |
| | Casi siempre | 0% | 6,90% |
| Globalmente que grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? (pregunta 22) | Nunca | 12,5% | 17,24% |
| | Rara vez | 12,5% | 13,79% |
| | Algunas veces | 0% | 24,14% |
| | Bastantes veces | 50,0% | 24,14% |
| | Casi siempre | 25,0% | 20,69% |

Fuente: escala de Zarit aplicado a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Al referirnos a “**relaciones interpersonales**” valoradas por las preguntas (1, 4, 5, 6, 10, 13), evidenciamos como el tiempo, actúa como importante factor regulador de la relación cuidador-paciente siendo esta distinta antes del año como después del año de diagnóstico de demencia en el adulto mayor así: en la tabla 12 observamos, cuando preguntamos siente vergüenza por la conducta de su familiar? El 100% del primer grupo responde nunca vs un 65.52% del segundo grupo, entendiéndose que un 34.48% ya cambia su opinión respondiendo rara vez 10.34%, algunas veces

3.45% y entre bastantes veces y casi siempre 20.69% de los cuidadores encuestados, igual relación podemos sacar en las siguientes preguntas, se siente enfadado cuando esta junto a su familiar? 62.5% responde nunca en el primer grupo vs un 51.72% en el segundo grupo, se siente tenso cuando esta junto a su familiar? Nunca responde el 87.5% de los encuestados en el primer grupo vs un 24.14%, se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por tener que cuidar a su familiar? 62.5% vs 34.48%. Nótese como en función de un mayor tiempo a partir del diagnóstico, la tendencia a contestar “nunca afecta mis relaciones” es menor.

Tabla 12: Escala de Zarit aplicada a los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Escala de Zarit | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia |
|---|-----------------|--|--|
| Relaciones interpersonales | | (n=8) | (n=29) |
| Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita? (pregunta 1) | Nunca | 37,5% | 34,48% |
| | Rara vez | 37,5% | 6,90% |
| | Algunas veces | 12,5% | 37,93% |
| | Bastantes veces | 12,5% | 13,79% |
| | Casi siempre | 0% | 6,90% |
| Siente vergüenza por la conducta de su familiar? (pregunta 4) | Nunca | 100% | 65,52% |
| | Rara vez | 0% | 10,34% |
| | Algunas veces | 0% | 3,45% |
| | Bastantes veces | 0% | 17,24% |
| | Casi siempre | 0% | 3,45% |
| Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? (pregunta 5) | Nunca | 62,5% | 51,72% |
| | Rara vez | 12,5% | 24,14% |
| | Algunas veces | 12,5% | 17,24% |
| | Bastantes veces | 0% | 3,45% |
| | Casi siempre | 12,5% | 3,45% |

| | | | |
|--|-----------------|-------|--------|
| Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia? (pregunta 6) | Nunca | 37,5% | 41,38% |
| | Rara vez | 37,5% | 10,34% |
| | Algunas veces | 25% | 31,03% |
| | Bastantes veces | 0% | 10,34% |
| | Casi siempre | 0% | 6,90% |
| Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? (pregunta 10) | Nunca | 87,5% | 24,14% |
| | Rara vez | 0% | 27,59% |
| | Algunas veces | 12,5% | 20,69% |
| | Bastantes veces | 0% | 24,14% |
| | Casi siempre | 0% | 3,45% |
| Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? (pregunta 13) | Nunca | 62,5% | 34,48% |
| | Rara vez | 12,5% | 24,14% |
| | Algunas veces | 25,0% | 24,14% |
| | Bastantes veces | 0% | 10,34% |
| | Casi siempre | 0% | 6,90% |

Fuente: escala de Zarit aplicado a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

Fuente: encuesta aplicada a los cuidadores informales de pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

En lo referente a la expectativa de "autocuidado", se puede observar en la tabla 13 como la percepción de la falta de recursos económicos incrementa en función de los años de cuidado, así el 37.5% de los familiares que están a cargo de un paciente con demencia cuyo diagnóstico es menor a un año, respondieron como "bastantes veces y casi siempre" estar afectados por bajo ingreso económico vs un 51.72% de los cuidadores con su familiar cuyo diagnóstico es mayor a un año. De igual manera la percepción por parte de los cuidadores de un trabajo deficiente, es mucho más notorio en los cuidadores cuyo paciente fue diagnosticado de demencia desde hace más de un año. Nótese como el 27.58% de los encuestados pertenecientes al segundo grupo consideran que "bastantes veces y casi siempre" podrían hacer más por su familiar vs un 12.5% del primer grupo.

Tabla 13: Escala de Zarit aplicada a los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe antes de 1 año y después de 1 año desde el diagnóstico. Período abril – julio 2015

| Escala de Zarit | | Institucionalización antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=8) | Institucionalización después de 1 año desde el diagnóstico de demencia (n=29) |
|--|-----------------|---|--|
| Expectativa de autoeficacia | | | |
| Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar de su familiar, además de sus otros gastos? (pregunta 15) | Nunca | 25,0% | 13,79% |
| | Rara vez | 0% | 6,90% |
| | Algunas veces | 37,5% | 27,59% |
| | Bastantes veces | 37,5% | 37,93% |
| | Casi siempre | 0% | 13,79% |
| Piensa que debería hacer más por su familiar? (pregunta 20) | Nunca | 12,5% | 13,79% |
| | Rara vez | 25,0% | 27,59% |
| | Algunas veces | 50,0% | 31,03% |
| | Bastantes veces | 0% | 17,24% |
| | Casi siempre | 12,5% | 10,34% |
| Piensa que podría cuidar mejor de su familiar? (pregunta 21) | Nunca | 50,0% | 17,24% |
| | Rara vez | 12,5% | 27,59% |
| | Algunas veces | 12,5% | 31,03% |
| | Bastantes veces | 12,5% | 20,69% |
| | Casi siempre | 12,5% | 3,45% |

Fuente: escala de Zarit aplicado a los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe

Elaborada por: los investigadores

4.7 Correlaciones entre las variables estudiadas e institucionalización temprana

En el paquete estadístico utilizado para esta tesis (PSPP) se realizaron cruces entre las variables relevantes en función de los objetivos de la investigación y la literatura revisada. No se encontraron datos estadísticamente significativos en la mayoría de ellas así:

La excepción a la constante encontrada en el presente estudio, está representado por la asociación entre las variables: género e institucionalización temprana con un valor de p (0,004), en donde se ve que los adultos mayores varones aparentemente tienen mayor probabilidad de ser institucionalizados precozmente en comparación con las mujeres, como se aprecia en la **Tabla 14**.

Tabla 14: Cruce de variables sociodemográficas con institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril – julio 2015)

| CRUCE DE VARIABLES | Valor de p |
|---|------------|
| Edad vs institucionalización temprana | 0,499 |
| Estado civil vs institucionalización temprana | 0,439 |
| Procedencia vs institucionalización temprana | 0,884 |
| Educación vs institucionalización temprana | 0,942 |
| Género vs institucionalización temprana | 0,004 |

Fuente: programa PSPP. **Elaborada por:** los investigadores

Al realizar los cruces de variables entre institucionalización temprana y sobrecarga del cuidador no se encontró asociación significativa, por lo que se procedió a desglosar la escala de Zarit y asociar pregunta por pregunta con la variable institucionalización temprana, tampoco se encontró asociación. **Tabla 15**

Tabla 15: Cruce de variable sobrecarga del cuidador con institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril – julio 2015)

| CRUCE DE VARIABLES | Valor de p |
|--|------------|
| Sobrecarga del cuidador vs institucionalización temprana | 0,314 |
| Cuidador informal vs institucionalización temprana | 0,327 |

Fuente: programa PSPP. **Elaborada por:** los investigadores

Se realizó el cruce de las variables institucionalización temprana vs deterioro cognitivo sin encontrar asociación significativa, al desglosar cada pregunta de la escala de Pfeiffer tampoco se encontró asociaciones, como se observa en la **Tabla 16**

Tabla 16: Cruce de variable deterioro cognitivo con institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril – julio 2015)

| CRUCE DE VARIABLES | Valor de p |
|--|------------|
| Deterioro cognitivo vs institucionalización temprana | 0,092 |

Fuente: programa PSPP. **Elaborada por:** los investigadores

Al cruzar la variable dependencia con institucionalización temprana se encontró una p de ,674 no significativa, por lo que se procedió a desglosar el índice de Katz para cruzar cada ítem con la variable institucionalización temprana sin encontrar asociaciones significativas., se observa en la **Tabla 17**.

Tabla 17: Cruce de variable dependencia con institucionalización temprana del adulto mayor con demencia leve y moderada en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe (abril – julio 2015)

| CRUCE DE VARIABLES | Valor de p |
|--|------------|
| Dependencia vs institucionalización temprana | 0,674 |

Fuente: programa PSPP. **Elaborada por:** los investigadores

CAPÍTULO V.

DISCUSIÓN

En comparación con los estudios analizados, nuestra investigación tiene algunas debilidades, pues los datos provienen de una reducida población de pacientes adultos mayores con demencia leve y moderada, institucionalizados y sus cuidadores informales.

Tanto al adulto mayor como a su cuidador informal se les evaluó a través de instrumentos estandarizados para medir las variables que se considera asociadas a la institucionalización precoz.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población estudiada encontramos que la media de la edad de los pacientes incluidos es de 79 años, la cual está por encima de la esperanza de vida de la población ecuatoriana, ya que según datos de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) en el período 2010-2015 la esperanza de vida en el Ecuador es de 75,5 años (72,8 años para los hombres y 78,4 años para las mujeres) (19). Con predominio del género femenino, igual que en estudios realizados en otros países como Chile, donde Pedro Marín encontró que la mayoría de adultos mayores institucionalizados son mujeres (8), en concordancia con la mayor expectativa de vida del género femenino en la población ecuatoriana mayor de 65 años (12). La única asociación estadística que se encontró en el presente estudio para la institucionalización precoz es el género masculino, por el contrario en los resultado de la revisión sistemática de Luppá (48) consta como inconsistente el hecho de ser hombre para ameritar institucionalización.

La mayoría de adultos mayores institucionalizados no tienen pareja (solteros, viudos y divorciados) igual que sucede en otros lugares del mundo, como en Alemania según la revisión de Luppá (4), también en Chile la mayoría de adultos mayores institucionalizados son viudos y solteros según el estudio realizado por Vergara (50). La escolaridad de la población ecuatoriana no es distinta a la de países vecinos como Bolivia y Chile, en donde hay una importante tasa de analfabetismo entre la población adulta mayor; de acuerdo a datos de la Encuesta SABE (12) en el Ecuador la mayor parte de la población adulta mayor no tiene escolaridad o esta es primaria incompleta; en el presente estudio no se encontró pacientes analfabetos, la mayoría tenía nivel de instrucción primario y secundario, dato que coincide con el nivel de instrucción de los pacientes incluidos en el estudio de Cardona en Medellín, (51).

Al igual que en estudios similares, la mayoría de pacientes proceden de áreas urbanas, según Mercedes Gutiérrez investigadora española (52) esta condición multiplica por tres la probabilidad de institucionalización, probablemente relacionado con un mayor acceso y facilidad de ingreso a este tipo de instituciones, además el rol patriarcal del adulto mayor en las comunidades rurales impiden que esta práctica se lleve a menudo.

Las comorbilidades en nuestra población de estudio, revelan similitud con los datos de la encuesta SABE II (12), en donde las enfermedades cardiovasculares, cuyo principal representante es la HTA representan el 54% de patología en mujeres y 38% en hombres, mientras que en el presente estudio representan el 59,46 %, ubicándose en el primer lugar. En relación con la revisión sistemática de Luppá 2010 (48), realizada en poblaciones similares de Estados Unidos, Europa, Australia,

Canadá y Hong Kong se evidencia que la hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular tienen resultados inconsistentes como predictores relacionados a la institucionalización. Por otro lado los datos oficiales de la OPS 2013 registran a la diabetes como principal causa de mortalidad en adultos mayores con un 13.4%, la población estudiada en el presente trabajo aun con un número reducido de participantes arrojan un 21.62 % de personas con dicho trastorno, ubicándose en tercer lugar y precedido de enfermedades respiratorias crónicas con un 24.32%. Estos resultados nos advierten sobre el predominio de enfermedades asociadas a un inadecuado estilo de vida y potencialmente reversibles.

Llama la atención la discordancia con la encuesta SABE II (12) donde sitúan a las enfermedades reumáticas y artritis en un segundo lugar, como causa de morbilidad del adulto mayor, con un 44% en mujeres un 21% en hombres, distinto a lo revelado en nuestro trabajo, donde son puntuales los casos.

Los problemas de neoplasia pese a no liderar la epidemiología nacional y en los datos de la OPS a penas en el puesto 10 aparece la neoplasia maligna de próstata, nos sorprende encontrar un 18.92% de cáncer en la población estudiada.

El deterioro cognitivo de los adultos mayores con demencia, particularmente de tipo Alzheimer se caracteriza por una amnesia de tipo anterógrada lentamente progresiva que consiste en la dificultad para retener nuevos recuerdos (33), según datos del Task Force no existe una escala considerada como “gold estándar” para evaluar deterioro cognitivo como screening (53), sin embargo, la escala de Pfeiffer al ser corta, fácil de aplicar, reproducible y con alta sensibilidad y especificidad para cualquier

demencia es útil para su uso en atención primaria y evidenciar el grado del deterioro cognitivos de los adultos mayores institucionalizados y en la población general.

En el presente estudio se evidenció que 48,65% de los adultos mayores incluidos tienen deterioro cognitivo leve y el restante 51,35% tienen deterioro cognitivo moderado, al comparar con el trabajo de Eska 2013 (38) se encontró diferente grado de deterioro cognitivo en los pacientes institucionalizados, así, el 61,4% presentó deterioro cognitivo leve y un 35,9% deterioro cognitivo moderado.

Al desglosar la escala de Pfeiffer encontramos que cada pregunta evalúa las diferentes esferas cognitivas, así los problemas de memoria episódica (con tareas cotidianas como recordar nombres y apellidos) son evaluados por: pregunta 7 (nombre o apellido del presidente actual del Ecuador), pregunta 8 (nombre o apellido del presidente anterior del Ecuador), pregunta 9 (apellido de su madre), y la pregunta 6 que habla de la fecha de nacimiento del adulto mayor. Los problemas de orientación temporal se evalúan en la pregunta 1 (día, mes y año del día de hoy), y en la pregunta 2 (día de la semana de hoy); la orientación espacial se valora con la pregunta 3 (dónde estamos), el cálculo se valora con la pregunta 10 (30). En el caso particular de la pregunta 8 todos los pacientes fallaron en el nombre del anterior presidente de la nación (de hace 8 años atrás), la mayoría de las respuestas hacían referencia a un presidente cuyo último mandato fue hace aproximadamente 40 años, cuando los pacientes pertenecían a la población joven, más activa. Este dato nos conduce a presumir que el escaso contacto que tiene un adulto mayor con el mundo exterior mas la pérdida de la memoria a largo plazo influyen de manera imponente con la alteración en esta esfera sin poder llegar a correlacionar con otros estudios pues la bibliografía es mínima en relación a una descripción detallada de la escala de

Pfeiffer. En este punto debemos recordar que la población en estudio tiene en su grado de escolaridad un factor protector descrito como reserva cognitiva, dato que es aseverado por la investigación realizada por Espinoza en la ciudad de Quito año 2012 (16)

En cuanto a la valoración funcional, se utilizó el índice de Katz, evidenciando que la pérdida de independencia se presenta de manera jerárquica, desde las actividades superiores (asearse, vestirse, andar) hasta las más elementales (uso de retrete, continencia, comer) como menciona Tigras-Ferrin (27). Así, en la mayoría de veces la pérdida de la capacidad de comer se relaciona con pérdida de todas las otras funciones. En el presente trabajo, la mayoría de pacientes, mantienen independencia para alimentarse, lo que sugiere que las funciones en las actividades de mayor jerarquía se deterioraron en el orden esperado, sin embargo la presencia de múltiples factores (comorbilidades, fármacos, institucionalización etc.) hacen difícil especificar en el presente estudio la pérdida jerárquica ya que además no se realizó un trabajo de seguimiento.

La decisión de institucionalizar al adulto mayor, tiene una franca relación con el deterioro funcional, así el 64.86% de la población estudiada presenta un grado de dependencia severa, igual que la población de adultos mayores institucionalizados incluidos en los estudios de Luppa 2010 (46) y del Duca (1) haciendo evidente la importancia del deterioro progresivo en las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente.

El cuidado del adulto mayor con demencia en el Ecuador es predominantemente informal, proveniente de familiares o allegados al paciente, dato que se pudo constatar en la institución estudiada, al contrario de la realidad de otras sociedades en donde el cuidado proviene de programas comunitarios bien estructurados (40). Los resultados que arroja el estudio es que la mayoría de cuidadores informales son hijos o hijas, para quienes el cuidado de un familiar con demencia, representa una tarea adicional, en comparación con los cónyuges que perciben el cuidado como parte de sus responsabilidades como pareja comparable a los resultados presentados por Sansoni, sobre cuidadores del adulto mayor con demencia. (42). En el estudio de Gaugler y colaboradores se encontró el impacto protector que tiene el apoyo y cuidado de los cónyuges en el retraso de la institucionalización (36), esto explicaría el número reducido de cónyuges como cuidadores informales en nuestro estudio.

Al evaluar el grado de sobrecarga del cuidador informal se encontró una media en la puntuación obtenida en la escala de Zarit de 57.03, recordando que el valor límite sobre el que se habla de sobrecarga es 46, en contraposición con otros estudios como el de Alvarez en España, donde el puntaje fue de 46,11 (54). Demostrándose un mayor grado de sobrecarga en los cuidadores de nuestro estudio, probablemente por la patología de base, el importante grado de dependencia y comorbilidades asociadas.

En el estudio español llevado a cabo por Babarro y colaboradores (39) para evaluar el grado de sobrecarga de cuidadores de pacientes con demencia se determinó que el 55.5% de ellos tenía sobrecarga intensa de acuerdo a la escala de Zarit, sobre todo basados en la escasez de tiempo, deterioro de las relaciones sociales y agobio producido por los cuidados, en el presente estudio el grado de sobrecarga intenso es un poco menor en comparación (48,65%), haciendo referencia a sentimientos de

indecisión, agobio, miedo, incapacidad de poder o deber hacer más por su familiar, escasez de tiempo, e ingresos económicos, y la idea concebida como certeza de que el adulto mayor depende de su cuidador.

Las diferencias porcentuales en el grado de sobrecarga entre los distintos estudios tienen validez, en el sentido que cada grupo poblacional es distinto así, la edad, comorbilidad del paciente, parentesco del cuidador, el grado de responsabilidad como cuidador primario, secundario, formal o informal pueden influir en el desenvolvimiento del cuidado del adulto mayor. (55)

Llama la atención el importante grado de sobrecarga global detectado (72.97%) pese a la integridad en todas las preguntas relacionadas a relaciones interpersonales donde la respuesta que predomina es “nunca” (nunca les da vergüenza de la conducta del paciente, nunca se sienten tensos o enfadados en la compañía de su familiar, nunca afecta las relaciones con el resto de familiares etc.), similares resultados presentaron Alpuche y Ramos (56), en su trabajo, lo que nos permite asumir que la tendencia a contestar “nunca” puede explicarse porque las preguntas comprometen emocionalmente al cuidador y en ese sentido dan una respuesta socialmente aceptable.

CONCLUSIONES

Los pacientes de la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe institucionalizados con demencia leve y moderada en su mayoría son mujeres que no tienen pareja, de procedencia urbana y con grado de escolarización secundaria. Estos resultados no son aplicables a la población Ecuatoriana por varias razones, en primer lugar la institución es de tipo privado, por lo que las personas que tienen acceso a ella son de clase socioeconómica media – alta, en segundo lugar el tamaño pequeño de la muestra no permite hallar significancia estadística en las diferencias sutiles pero existentes del estudio.

En el particular grupo de adultos mayores institucionalizados tempranamente, es decir antes de 1 año desde el diagnóstico de demencia, se encontró que las características sociodemográficas son similares a las del grupo total de estudio, excepto en la variable género, pues en este grupo de personas la mayoría son varones, lo cual tiene aparente correlación estadística con la institucionalización temprana ($p < 0,004$)

La población institucionalizada con demencia leve y moderada de la clínica Nuestra Señora de Guadalupe, independientemente del momento de su institucionalización presentan un grado de dependencia severa, determinado por el deterioro de todas las actividades de la vida diaria excepto alimentación en la mayoría de los pacientes. Esto hace suponer que la dependencia es un fuerte predictor de institucionalización temprana, pero el tamaño de la muestra no permite demostrar la correlación estadística.

La mayoría de los cuidadores informales de los pacientes con demencia leve y moderada institucionalizados en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe experimentan un grado de sobrecarga intensa, a pesar de esto no han pensado en dejar definitivamente el cuidado de sus familiares en otras manos. El importante grado de dependencia encontrado en el grupo de estudio, sin duda está relacionado con la sobrecarga intensa de los cuidadores informales. Lo que nos permite concluir que la relación de estas variables es complementaria una de la otra, y que en conjunto determinan una mayor probabilidad de institucionalización.

La institucionalización temprana del paciente adulto mayor con demencia leve y moderada, presenta una fuerte relación con la dependencia y sobrecarga del cuidador, independientemente de la severidad del deterioro cognitivo y del tiempo de diagnóstico de la demencia.

La asociación entre las características sociodemográficas de la población estudiada vs las variables en cuestión (deterioro funcional, sobrecarga del cuidador) tampoco arrojaron una relación significativa, probablemente por la misma limitante de la población.

Los adultos mayores con demencia leve y moderada institucionalizados en la clínica Nuestra Señora de Guadalupe padecen varias comorbilidades, con predominio de las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, síndrome coronario, enfermedad cerebro vascular), debido al proceso fisiológico propio del envejecimiento por un lado y por otro al estilo de vida.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios complementarios a este, con una mayor población que incluya no sólo mayor número sino diversidad en cuanto a características socio económicas, de diferentes estratos, en instituciones públicas y privadas, para poder encontrar los factores que determinan la institucionalización temprana de adultos mayores con demencia leve y moderada, con la intención de que ese conocimiento pueda ser generalizable.

Fomentar en los médicos de atención primaria y especialistas que trabajan con pacientes adultos mayores con demencia, la idea de atender integralmente a esta población, lo cual incluye consultas con sus cuidadores, para poder conocer con exactitud los factores que pueden estar prediciendo una institucionalización temprana, con la intención de dar guías preventivas y ayudar en la toma de decisión para que el ingreso a una institución sea en el momento oportuno.

Fortalecer la educación y acompañamiento a los cuidadores informales del paciente adulto mayor con demencia antes y durante la institucionalización, para que conozcan la progresión de la enfermedad, y a la vez disminuir el grado de sobrecarga o evitar que los cuidadores lleguen a este punto a través de la enseñanza de estrategias de afrontamiento y autocuidado.

Mejorar el registro estadístico nacional que permita conocer no sólo la normativa nacional sobre adulto mayor, sino también el detalle de las instituciones tanto públicas como privadas que prestan el servicio de guardería del día para adultos mayores, hospitales de cuidados crónicos e instituciones de cuidado a largo plazo.

Como médicos de familia se debe ir informando a los cuidadores y a toda la familia la evolución predecible de la enfermedad, de manera dosificada sin omitir aspectos importantes. (deterioro cognitivo, dependencia)

LIMITACIONES

Dentro de los limitantes encontrados por los investigadores mencionamos:

La falta de apertura por parte de las instituciones públicas y privadas en pro de un proyecto de investigación.

Los limitados datos estadísticos en nuestro país, no permiten desarrollar una discusión mas detallada con los datos encontrados.

El pequeño número de la población estudiada, no permite garantizar, una aplicabilidad de los resultados encontrados y menos extrapolar los hallazgos.

.

FUTURAS INVESTIGACIONES

Actualizar estudios descriptivos que permitan conocer la realidad demográfica de nuestro país.

Repetir la experiencia con un estudio que permita contrastar diferentes centros, para obtener datos generalizables a la población, contrastar los factores determinantes de institucionalización entre las diferentes regiones del país (Costa, Sierra, Oriente), determinar si hay diferencia entre instituciones públicas y privadas, contrastar entre los distintos quintiles de ingresos

Siendo el cuidador informal parte importante del entorno del adulto mayor con demencia, es importante realizar una investigación sobre los factores socio demográfico, de comportamiento, estado de salud, etc, presentes en esta población para desarrollar estrategias de cuidado específicas para el grupo de pacientes a quienes cuidan pero también para ellos mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Duca GF, da Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Predictive factors for institutionalization of the elderly: A case-control study. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012;46(1):147–53. Available from: http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n1/en_3431.pdf
2. OMS. Demencia. OMS [Internet]. 2014;2:2–5. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/#>
3. Espinosa del Pozo PH, Espinosa PS, Garzon YR, Velez RM, Batallas E V, Basantes A, et al. Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha – Ecuador (Estudio FARYPDEA). *Rev Fac Cien Med*. 2012;37:49–54.
4. Luppá M, Luck T, Brähler E, König HH, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalisation in dementia: A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord* [Internet]. 2008;26(1):65–78. Available from: <http://www.karger.com/Article/Pdf/144027>
5. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Causas principales de defunción en Adultos Mayores. OPS. 2013.
6. Amulree, Exton Smith A, Crockett G. Proper use of the hospital in treatment of the aged sick. *Lancet*. 1951;1:123–6.
7. Sepúlveda R Catalina, Rivas Edith, Bustos M Luis IPM. Perfil socio - familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre las casas y Nueva Imperial. *Cienc enferm*. 2010;(3):49–61.
8. Marín L PP, Guzmán M JM, Araya G A. Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Rev Med Chil* [Internet]. 2004;132(7):832–8. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n7/art07.pdf>
9. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Arreglos residenciales Ecuador [Internet]. 2015. Available from: <http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/MADRID/>
10. México SN de S. Valoración Geronto - Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Ambulatorio. Guía de práctica clínica. 2011.
11. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores. OPS. 2001.
12. Ministerio de inclusión económica y social. Agenda de igualdad para adultos mayores 2012 2013 [Internet]. Ministerio de inclusión económica y social.

2012. Available from: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf
13. Hébert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L, Cohen C. Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(11):M693–9.
 14. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida Datos interesantes acerca del envejecimiento. OMS. 2015;1–2.
 15. Sabe E. CIUDADANÍA ACTIVA Y ENVEJECIMIENTO POSITIVO (Diseño de una política pública a favor de los derechos de las personas adultas mayores). Minist inclusión económica y Soc [Internet]. 2013; Available from: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Política-Pública.pdf>
 16. Espinosa del Pozo PH, Espinosa PS, Garzon YR, Velez RM, Batallas E V, Basantes A, et al. Factores de riesgo y prevalencia de la demencia y enfermedad de Alzheimer en Pichincha – Ecuador (Estudio FARYPDEA). *Rev Fac Cien Med* [Internet]. 2012;37:49–54. Available from: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=91719&id_seccion=3454&id_ejemplar=8994&id_revista=203
 17. INEC. Cuántos son [Internet]. ECUADOR; 2014. Available from: <http://igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>
 18. Vergara S. Residencias para adultos mayores: criterios básicos para su adecuada selección. *Rev hosp Clín Univ Chile*. 2008;478(1).
 19. Naciones Unidas. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. CEPAL [Internet]. 2014; Available from: <http://www.telegrafo.com.ec/images/eltelegrafo/Economia/2015/03-02-15-Anuario-Estadistico-ALC-2014.pdf>
 20. INEC. ¿Cómo crecerá la población del Ecuador? INEC [Internet]. 2010; Available from: http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf
 21. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2014;238. Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador_documento_Programa_Nacional_de_Personas_Adultas_Mayores-04-03_14.pdf
 22. Bazzano JMC. Geriatria y gerontología para el médico internista [Internet]. 1.a edición. *Geriatria y Gerontología*. 2012. 189-192 p. Available from: http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf

23. Cardona-Arango D, Estrada-Restrepo A, Chavarriaga-Maya LM, Segura-Cardona AM, Ordoñez-Molina J, Osorio-Gómez JJ. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Revista de Salud Pública*. 2010. p. 414–24.
24. Dr. Felipe Salech M., Dr. Rafael Jara L. PLM a. CAMBIOS FISIOLÓGICOS Physiological changes associated with normal aging. *Rev Med Clin Mondes* [Internet]. 2012;23(1):19–29. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90361755&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=54&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v23n01a90361755pdf001.pdf
25. Pública M de salud. Guías Clínicas Geronto - Geriátricas. Guías clínicas. 2008.
26. Alvarez M, Vigil P. Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Rev del ministerio do Trab y asuntos ...* [Internet]. 2006;(60):129–47. Available from: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Est11.pdf
27. Clínica G, Galega S, Interna DM, De E, Medicina S De, Complejo I, et al. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin Soc galeta Med Interna* [Internet]. 2011;72(1):11–6. Available from: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
28. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores [Internet]. OPS. 2001. Available from: http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/proyecto_regional_ops.pdf
29. Martínez de la Iglesia J, DueñasHerrerob R, Carmen Onís Vilchesa M, Aguado Tabernéa C, Albert Colomerc C, Luque Luquec R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:129–34.
30. Unidad de investigación en enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Guía práctica [Internet]. 2012; Available from: [https://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/29628B1ABA0EED62C1257ACA005288E8/\\$FILE/Guía_profesionales_Alzheimer_final.pdf](https://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/29628B1ABA0EED62C1257ACA005288E8/$FILE/Guía_profesionales_Alzheimer_final.pdf)
31. Cognoscitivo DE, El EN, Ayora DM. Deterioro cognositivo en el adulto mayor. 2012; Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf

32. Simmons BB, Hartmann B, DeJoseph D. Evaluation of suspected dementia. *Am Fam Physician* [Internet]. 2011;84(8):895–902. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2011/1015/p895.pdf>
33. Aldana G, Guarino LR. Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica UST* [Internet]. 2012;9(1):5–14. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3974398.pdf> \n <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3974398>
34. Sanidad MDE. Guías de práctica clínica en el sns ministerio de sanidad, política social e igualdad. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
35. Perneczky R, Alexopoulos P, Kurz A. Mild cognitive impairment. *MMW Fortschr Med* [Internet]. 2004;146(38):34–7. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp0910237>
36. Gaugler JE, Edwards a B, Femia EE, Zarit SH, Stephens M a, Townsend a, et al. Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: family help and the timing of placement. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(4):P247–55.
37. Gutierrez, Mercedes. Del Pozo, Raul. Escribano F. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Rev Esp Salud Pública*. 2010;6:789–98.
38. Gaugler JE, Mittelman MS, Hepburn K, Newcomer R. Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC Med*. BioMed Central Ltd; 2010;8(1):85.
39. Alonso Babarro a, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria* [Internet]. 2004;33(2):61–6. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13057256&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=38&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v33n02a13057256pdf001.pdf
40. Eska K, Graessel E, Donath C, Schwarzkopf L, Lauterberg J, Holle R. Predictors of institutionalization of dementia patients in mild and moderate stages: a 4-year prospective analysis. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* [Internet]. 2013;3(1):426–45. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3843910&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

41. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chil*. 2009;137(5):657–65.
42. Sansoni J, Anderson KH, Varona LM, Varela G. Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature. *Ann Ig [Internet]*. 2013;25(3):235–46. Available from: http://www.seuroma.it/riviste/annali_igiene/open_access/articoli/0c3f2676640af498e8434c85928b9def.pdf
43. Vergara S. Residencias para adultos mayores: criterios básicos para su adecuada selección. *Rev hosp Clín Univ Chile [Internet]*. 2008;478(1). Available from: http://www.redclinica.cl/hospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_Ch6258/deploy/residencias_adultos_mayores.pdf
44. Hébert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L, Cohen C. Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]*. 2001;56(11):M693–9. Available from: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/11/M693.full.pdf+html>
45. López J, Losada A, Romero-Moreno R, Márquez-González M, Martínez-Martín P. Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología [Internet]*. 2012;27(2):83–9. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-factores-asociados-consideracion-ingresar-un-familiar-demencia-90118099>
46. Luppá, Melanie. Luck, Tobias. Weyerer, Siegfried. König, Hans. Braehler, Steffi. Heller R. Prediction of institutionalization in the elderly . A systematic review. *Oxford journals [Internet]*. 2010;(November 2009):31–8. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2009/11/23/ageing.afp202.full.pdf+html>
47. Gaugler JE, Duval S, Anderson K a, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr [Internet]*. 2007;7:13. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-7-13.pdf>
48. Luppá, Melanie. Luck, Tobias. Weyerer, Siegfried. König, Hans. Braehler, Steffi. Heller R. Prediction of institutionalization in the elderly . A systematic review. *Oxford journals*. 2010;(November 2009):31–8.
49. Dorenlot P, Harboun M, Bige V, Henrard J-C, Ankri J. Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20(5):471–8.

50. Vergara S. Residencias para adultos mayores: criterios básicos para su adecuada selección. *Rev hosp Clín Univ Chile* [Internet]. 2008;478(1). Available from: http://www.redclinica.cl/hospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_Ch6258/deploy/residencias_adultos_mayores.pdf
51. Cardona-Arango D, Estrada-Restrepo A, Chavarriaga-Maya LM, Segura-Cardona ÁM, Ordoñez-Molina J, Osorio-Gómez JJ. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2010;12(3):414–24. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a07.pdf>
52. Gutierrez, Mercedes. Del Pozo, Raul. Escribano F. Factores sociodemográficos y de salud asociados a la institucionalización de personas dependientes. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2010;6:789–98. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n6/original8.pdf>
53. Cordell CB, Borson S, Boustani M, Chodosh J, Reuben D, Verghese J, et al. Alzheimer's Association recommendations for operationalizing the detection of cognitive impairment during the Medicare Annual Wellness Visit in a primary care setting. *Alzheimer's Dement* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013;9(2):141–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2012.09.011>
54. Alvarez M, Vigil P. Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Rev del Minist Trab y asuntos Soc* [Internet]. 2006;(60):129–47. Available from: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Est11.pdf
55. Matsumoto R, Evans S. Choristoderes and the freshwater assemblages of Laurasia. 2010;11(1):71–85. Available from: <http://discovery.ucl.ac.uk/398831/>
56. Janeth V, Ramírez A, Ramos B, Enrique M, Russell R, Gonzalo C, et al. Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales 1. *Psicol y Salud* [Internet]. 2008;18(2):237–45. Available from: [file:///C:/Users/PERSONALL/Downloads/665-2984-1-PB\(1\).pdf](file:///C:/Users/PERSONALL/Downloads/665-2984-1-PB(1).pdf)

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO – PACIENTE

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación, es conducida por los Doctores: Byron Quinche Farinango y Diana Villacrés Estrada, médicos del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE.

El objetivo de esta investigación es analizar los determinantes para la institucionalización de adultos mayores con demencia leve y moderada.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una entrevista y escalas que valoran factores sociodemográficos, deterioro cognitivo y funcional. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conteste en estos test será plasmado en una hoja de papel, para posteriormente proceder al análisis de los datos obtenidos

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactarse con los investigadores mediante correo electrónico: byronqf-0585@hotmail.com, dvillacresestrada@gmail.com

Igualmente puede negarse a participar del proyecto sin que esto lo perjudique de alguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por los Doctores: Byron Quinche Farinango y Diana Villacrés Estrada; de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE.

He sido informado que el objetivo de la investigación es analizar los determinantes para la institucionalización de adultos mayores con demencia leve y moderada.

Declaro que me han indicado que tendré que participar de la encuesta por un tiempo aproximado de 30 minutos, que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sea esta investigación sin mi consentimiento.

Reconozco que mi participación es estrictamente voluntaria y que puedo negarme a participar sin que eso me perjudique en alguna forma. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de esta estudio cuando este haya concluido. Para esto puedo contactarme con los investigadores mediante correo electrónico: byronqf-0585@hotmail.com, dvillacresestrada@gmail.com

Nombre del participante

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO – FAMILIAR

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación, es conducida por los Doctores: Byron Quinche Farinango y Diana Villacrés Estrada, médicos del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE.

El objetivo de esta investigación es analizar los determinantes para la institucionalización de adultos mayores con demencia leve y moderada.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una entrevista y escalas que valoran factores sociodemográficos, deterioro funcional, cognitivo de su familiar y sobrecarga en el cuidador. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que conteste en estos test será plasmado en una hoja de papel, para posteriormente proceder al análisis de los datos obtenidos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactarse con los investigadores mediante correo electrónico: byronqf-0585@hotmail.com, dvillacresestrada@gmail.com

Igualmente puede negarse a participar del proyecto sin que esto lo perjudique de alguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por los Doctores: Byron Quinche Farinango y Diana Villacrés Estrada; de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE.

He sido informado que el objetivo de la investigación es analizar los determinantes para la institucionalización de adultos mayores con demencia leve y moderada.

Declaro que me han indicado que tendré que participar de la encuesta por un tiempo aproximado de 15 minutos, que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sea esta investigación sin mi consentimiento.

Reconozco que mi participación es estrictamente voluntaria y que puedo negarme a participar sin que eso me perjudique en alguna forma. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados de esta estudio cuando este haya concluido. Para esto puedo contactarme con los investigadores mediante correo electrónico: byronqf-0585@hotmail.com, dvillacresestrada@gmail.com

Nombre del participante

Firma

Fecha

ENCUESTA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

TEMA: Análisis de la pertinencia de la institucionalización de adultos mayores con demencia leve y moderada y sus factores determinantes, en pacientes de la clínica Nuestra Señora de Guadalupe.

OBJETIVOS:

1. Describir los determinantes predictores de tipo sociodemográfico de la institucionalización de los adultos mayores con demencia leve y moderada.

DATOS INFORMATIVOS

1. **Edad:** _____

2. **Género:** Femenino Masculino

3. **Raza/etnia:** Blanca Negra Mestiza

4. **Religión:** Católica Evangélica Otra

5. **Estado civil:** Soltero/a Casado/a Unión libre

Divorciado Viudo

6. **Procedencia:** Urbana Rural

7. **Instrucción:** Primaria Secundaria Superior

PREGUNTAS SOBRE EL PACIENTE (PARA EL CUIDADOR)

8. Parentesco del cuidador con respecto al paciente:

Cónyuge Hijo/a
Otro familiar No familiar

9. Seguro de salud: si no

10. Comorbilidades:

SI NO

¿Cuál o cuáles enfermedades?

- a) Cáncer : si no
- b) Enfermedad cardiovascular: si no
- c) Enfermedades respiratorias crónicas: si no
- d) Diabetes: si no
- e) Otras. Si no

11. ¿Hace qué tiempo se hizo el diagnóstico de Demencia?

12. ¿Qué tiempo después del diagnóstico de Demencia el paciente fue institucionalizado?

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

VERSIÓN ORIGINAL

Instrucciones: a continuación se presenta una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona.

Después de leer cada frase, indique, marcando con una cruz en la casilla correspondiente, con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre.

| Puntuación para cada respuesta | | Nunca 1 | Rara vez 2 | Alguna s veces 3 | Bastante s veces 4 | Casi siempre 5 |
|--------------------------------|--|------------|------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|
| 1 | ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita? | | | | | |
| 2 | ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? | | | | | |
| 3 | Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | | | | | |
| 4 | ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | | | | | |
| 5 | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 6 | ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia? | | | | | |
| 7 | ¿Tiene miedo por el futuro de su familia? | | | | | |
| 8 | ¿Piensa que su familiar depende de usted? | | | | | |
| 9 | ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | | | | | |
| 10 | ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 11 | ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | | | | | |
| 12 | Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar | | | | | |
| 13 | ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | | | | | |
| 14 | ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | | | | | |
| 15 | ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar de su familiar, además de sus otros gastos? | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 16 | ¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo? | | | | | |
| 17 | ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | | | | | |
| 18 | ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | | | | | |
| 19 | ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | | | | | |
| 20 | ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | | | | | |
| 21 | ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | | | | | |
| 22 | Globalmente ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | | | | | |

CUESTIONARIO BREVE DE LA FUNCIÓN COGNITIVA

TEST DE PFEIFFER

(Adaptación al castellano)

Nombre:**Edad:**.....

Ocupación:.....**Escolaridad:**.....

Evaluador:.....**Fecha:**.....

Instrucciones: responda las preguntas 1 al 10 de la siguiente lista. Haga la pregunta 4 a sólo si no tiene teléfono

| PREGUNTAS | RESPUESTAS | CALIFICACIÓN | |
|---|--------------------|--------------|------------|
| | | CORRECTA | INCORRECTA |
| 1. ¿Qué fecha es hoy? (día mes, año) | | | |
| 2. ¿Qué día de la semana es hoy? | | | |
| 3. ¿En dónde estamos ahora? | | | |
| 4. ¿Cuál es su número de teléfono? a) ¿Cuál es su dirección? | | | |
| 5. ¿Cuántos años tiene? | | | |
| 6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes, año) | | | |
| 7. ¿Quién es el presidente actual del Ecuador? | | | |
| 8. ¿Cuál fue el presidente anterior? | | | |
| 9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre? | | | |
| 10. Vaya restando de tres en tres al número 20 | | | |
| | VALOR TOTAL | | |

INDEPENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

INDICE DE KATZ

Nombre.....Edad.....

Evaluador.....Fecha.....

Instrucciones: Anotar con ayuda del cuidador la situación concreta personal del paciente, respecto a cada ítem.

Independiente significa sin supervisión, dirección, o ayuda personal activa. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.

| ACTIVIDAD | FUNCIONALIDAD | INDEP:0 DEP: 1 |
|--------------------|--|-------------------|
| BAÑO | Independiente. Se baña enteramente solo, o requiere mínima ayuda para zonas específicas (ej. espalda) Dependiente. Necesita ayuda para lavarse más de una zona del cuerpo, o para salir o entrar a la ducha. | |
| VESTIDO | Independiente. Coge la ropa y se pone solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse medias) Dependiente. No se viste por sí mismo, o permanece vestido parcialmente. | |
| USO DEL RETRETE | Independiente. Va solo al retrete, se limpia solo y se arregla la ropa. Dependiente. Precisa ayuda para ir al retrete o para limpiarse. | |
| MOVILIDAD | Independiente. Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta en una silla solo, se desplaza solo. Dependiente. Requiere ayuda para acostarse o levantarse de la cama, sentarse o levantarse de una silla, ayuda para desplazarse o no se desplaza. | |
| CONTINENCIA | Independiente. Control completo de la micción o defecación. Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación. | |
| ALIMENTACION | Independiente. Come solo, lleva alimento solo desde el plato a la boca(se excluye cortar alimentos) Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come solo, o recibe alimentación enteral. | |

