



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CUIDADORES DE PACIENTES DEMENCIALES Y SU ESTADO DE
SALUD MENTAL

ANDRADE COLITO CLEIDIVANIE
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD**

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

**CUIDADORES DE PACIENTES DEMENCIALES Y SU ESTADO DE
SALUD MENTAL**

**ANDRADE COLITO CLEIDIVANIE
MÉDICA**

**MACHALA
2019**



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

CUIDADORES DE PACIENTES DEMENCIALES Y SU ESTADO DE SALUD MENTAL

ANDRADE COLITO CLEIDIVANIE
MÉDICA

RODRIGUEZ PERDOMO MANUEL HUMBERTO

MACHALA, 31 DE ENERO DE 2019

MACHALA
31 de enero de 2019

Nota de aceptación:

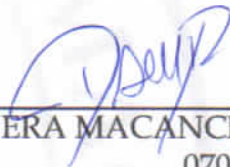
Quiénes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado CUIDADORES DE PACIENTES DEMENCIALES Y SU ESTADO DE SALUD MENTAL, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



RODRIGUEZ PERDOMO MANUEL HUMBERTO
0960246189
TUTOR - ESPECIALISTA 1



REY CURAY WALTER VICENTE
0702753351
ESPECIALISTA 2



RIVERA MACANCHI DARWIN ARNULFO
0703313429
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: martes 05 de febrero de 2019 - 15:51

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ANDRADE COLITO CLEIDIVANIE_PT-011018.pdf (D47107936)
Submitted: 1/22/2019 12:46:00 PM
Submitted By: titulacion_sv1@utmachala.edu.ec
Significance: 1 %

Sources included in the report:

Impacto-CuidadoresinfrmalesBJGL.docx (D37801235)
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100011

Instances where selected sources appear:

2

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, ANDRADE COLITO CLEIDIVANIE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado CUIDADORES DE PACIENTES DEMENCIALES Y SU ESTADO DE SALUD MENTAL, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 31 de enero de 2019

Cleidivanie Andrade Colito

ANDRADE COLITO CLEIDIVANIE
J372513

RESUMEN

A lo largo del tiempo, la relación entre la juventud y las tasas de demografía aseguraban que la distribución de la población permaneciera invariable, o sea, había un predominio de la juventud sobre la edad avanzada. Por la caída gradual de los pacientes con demencia, es requisito que las funcionalidades de la vida diaria del individuo pasen a ser asumidas por el cuidador y puede traer secuelas negativas en el cuidador a nivel físico, emocional, social y financieramente.

Objetivo general: Describir los trastornos mentales en los cuidadores de pacientes demenciales.

Objetivos específicos: identificar los trastornos mentales más frecuentes en personas cuidadoras de pacientes demenciales y valorar la calidad de vida del cuidador de pacientes demenciales.

MÉTODO: En el presente trabajo se realizó una revisión bibliográfica recopilando información desde el año 2013 al año vigente en revistas científicas electrónicas tales como: Google Académico, Pubmed, Science Direct, Neuroscience, PMC, Scielo, Dialnet además también se obtuvo información de guías del ministerio de salud pública.

CONCLUSIONES: El estado Depresivo tiene mayor incidencia en los cuidadores informales. El alto nivel de estrés perjudica el trabajo del cuidador formal debido a falta de motivación.

Palabras claves: Cuidadores, Demencia, Calidad de vida, Trastornos mentales

ABSTRACT

Throughout time, the relationship between youth and demographic rates ensured that the distribution of the population remained unchanged, that is, there was a predominance of youth over old age. Due to the gradual fall of patients with dementia, it is required that the functionalities of the individual's daily life become accepted by the caregiver and can bring negative consequences in the caregiver physically, emotionally, socially and financially.

Course objective: To describe mental disorders in caregivers of insane patients.

Specific objectives: identify the most frequent mental disorders in people who care for insane patients and assess the quality of life of the caregiver of insane patients.

METHOD: In the present work a bibliographic review was carried out compiling information from the year 2013 to the current year in electronic scientific journals such as: Google Academic, Pubmed, Science Direct. Neuroscience, PMC, Scielo, Dialnet also obtained information from guides of the Ministry of Public Health.

CONCLUSIONS: The depressive state has a higher incidence in informal caregivers. The high level of stress damages the work of the formal caregiver due to lack of motivation.

Keywords: Caregivers, Dementia, Quality of life, Mental disorders

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	4
1. DESARROLLO	7
1.1.2 Concepto de cuidador	8
1.1.3 Clasificación de cuidador	8
1.2 PERFIL DEL CUIDADOR	8
1.2.1 Vínculo familiar	9
1.2.2 Género	10
1.2.4 Estado civil	10
1.2.5 Situación laboral	11
1.3.2 Ansiedad	13
1.3.3 Stress psicológico	13
1.4 CALIDAD DE VIDA EN LOS CUIDADORES Y LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL	14
1.4.1 Dimensiones de calidad de vida	14
1.4.2 Factores de riesgo relacionados	14
1.4.3 Valoración de la calidad de vida	
2.CONCLUSIONES	15
3. RECOMENDACIONES	16

INTRODUCCIÓN

La expectativa de vida, definida como la proporción de años que viviría un nacido, si los patrones de mortalidad desde su nacimiento no sufrieran alteraciones a lo largo de su vida, era muy baja en siglos pasados, gracias a los enfrentamientos de guerra, carencia de educación, desnutrición debido a pocas cosechas, adversidades de comunicación, deficiencias tecnológicas y falta de conocimiento sobre el tratamiento de ciertas enfermedades.¹ Secundario eso, a lo largo del tiempo, la relación entre la juventud y las tasas de demografía aseguraban que la distribución de la población permaneciera invariable, o sea, había un predominio de la juventud sobre la edad avanzada.²

No obstante, en la actualidad, la demografía ha sufrido cambios debido al aumento de la velocidad de transición en la distribución de las diferentes franjas etarias, fenómeno que se conoce mundialmente como envejecimiento poblacional.² En Latinoamérica Chile posee la mayor expectativa de vida para ambos géneros, seguido de Argentina y Uruguay. La menor expectativa de vida promedio para ambos géneros se presenta en Bolivia, seguido de Perú, Brasil y Ecuador.¹

Según estudios de Vázquez et al. sostiene que el envejecimiento poblacional incrementa, la prevalencia de enfermedades degenerativas, tales como la demencia.³

La demencia es definida como un conjunto de signos y síntomas, caracterizado por la disminución de la actividad cerebral, decadencia cognitiva, cambios de la conducta y del humor, síntomas psiquiátricos y cambios de la funcionalidad.² Según el estudio de Llibre y Gutiérrez la demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer seguida de las demencias vasculares, las demencias por cuerpos de Lewy y las degeneraciones frontotemporales.³

De acuerdo a Llibre estas patologías tienen un impacto negativo sobre la salud mental, debido a que esta enfermedad produce discapacidad al paciente, tanto mental como de forma física.⁴

Los pacientes con demencia, tienen la posibilidad de convivir 8 o 10 años con el diagnóstico, tiempo en el que el sujeto paulatinamente se vuelve cada vez más ligado a otros para el desarrollo de las ocupaciones. Por la decaída mental gradual de los pacientes con demencia, es requisito que las funcionalidades de la vida diaria del individuo pasen a ser asumidas por el cuidador, quien dedicara parte importante de su tiempo a atender a la persona afectada.³ Por tal motivo la demencia puede traer secuelas negativas en el cuidador a nivel físico, emocional, social y financieramente, lo que se llama sobrecarga del cuidador.⁵ Esto se produce secundariamente al incremento de las actividades del cuidador.

El exceso de actividades del cuidador está relacionada con el empeoramiento de la salud física, alta mortalidad, ansiedad y depresión, percepción negativa de su estado de salud, sentimientos de estigmatización, modificaciones en el desempeño familiar y popular, cambios en la circunstancia laboral, aumento de costos relacionados con el paciente y menor calidad de vida, Todos estos componentes disminuyen la calidad de vida del cuidador.⁶

Según Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C, los factores de riesgo que influyen sobre la salud mental del cuidador, están íntimamente vinculados con el cambio y desarrollo de las actividades diarias en función del cuidado del paciente con demencia, por lo que ocasiona alteraciones en su calidad de vida.⁷

En resumen la tarea de los cuidadores tiende a ser enormemente agotador, razón por la cual tienen la posibilidad de llegar a presenciar sobrecarga y depresión y evidentemente menor calidad de vida.⁸

Ante lo expuesto es de vital importancia conocer e identificar las secuelas en la salud del cuidador relacionados con el cuidado del paciente, aunque lo habitual es que en la práctica médica, según Espin Andrade la atención se centre en los cuidados del paciente con trastornos demenciales, poniendo en segundo plano a al cuidador.⁷

Ante esta problemática en este presente trabajo de investigación se pretende enfocarse en los cuidadores de pacientes demenciales. identificar los principales

trastornos mentales presentes en los cuidadores de pacientes demenciales así como conocer las características del cuidador, los factores de riesgo relacionados y como se manifiesta dichos trastornos, así como, valorar la calidad de vida de los cuidadores, con revisiones bibliográficas relacionadas el cuidado y sus secuelas.

Teniendo como finalidad de obtener información con resultados novedosos y de utilidad en la práctica médica permitiendo diagnosticar y poder intervenir en el momento oportuno.

1. DESARROLLO

1.1 GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.1 Concepto de calidad de vida relacionada con la salud

No hay un consenso en cuanto a una definición clara del concepto. Al ser un concepto de utilización multidisciplinar y con cierta ambigüedad los científicos utilizan la definición que más concuerda con el objetivo de su investigación. De este modo, nos encontramos en la literatura con diversas definiciones de calidad de vida adaptadas a cada disciplina. Así, desde las ciencias de la salud se tiende a utilizar el concepto “calidad de vida relacionada con la salud”.⁷

La Organización Mundial de la Salud como la evaluación por parte de un individuo de su posición. en la vida, evaluados en el contexto de la cultura, valores, metas, expectativas, estándares y preocupaciones de la persona.⁹

La CVRS es un concepto multidimensional, abstracto, principalmente subjetivo y muy ligado a la cultura, en el que se considera la calidad de vida desde una perspectiva del estado salud.¹⁰

1.1.2 Concepto de cuidador

El cuidador es la persona más próximo del paciente, independientemente de la relación familiar, aquel que ofrece asistencia en las ocupaciones del día a día y acompañamiento emocional para sobrellevar la patología.¹¹

1.1.3 Clasificación de cuidador

Existen 2 tipos diferentes de cuidadores: cuidador informal que refiere a la persona, que ofrece atención de forma facultativa y sin el reconocimiento económico y el cuidador formal que es la persona que no hace parte de la familia de la persona

enferma, que puede tener los conocimientos o no para ejercer esa actividad y que, a cambio, recibe una remuneración económica.¹²

El cuidador informal a su vez puede ser considerado como cuidador primordial, cuando es la persona encargada de la mayor parte de las ocupaciones del paciente, ofreciendo la mayoría de asistencia y acompañamiento periódico, por lo general sin ningún tipo de apoyo.¹³

Cuando el sujeto cuidador primordial recibe ayuda por parte de familiares o allegados, estos se consideran cuidadores secundarios, con una participación menor en las actividades del cuidado del enfermo.¹³

1.2 PERFIL DEL CUIDADOR

Los determinantes del perfil del cuidador son : el vínculo familiar, el género, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la circunstancia laboral y económico.¹³

1.2.1 Vínculo familiar

Generalmente, el rol del cuidado de personas dependientes es asumida por los familiares más próximos, cónyuges/parejas e hijas/os.¹³

En relación a los cuidadores informales, en el estudio de Cerquera, Pabón et al. (2012), habían 52 cuidadores participantes, que fueron analizados para detectar cuales estaban afectados psicológicamente. Se obtuvieron los siguientes resultados: 46.2% de los cuidadores tenían depresión y 51.9% eutimia.¹²

Los síntomas expresados por las cuidadoras familiares prevalecen unos sobre otros, siendo los principales: pérdida del apetito, trastornos en el sueño, depresión, ansiedad, acidez, fatiga, dolores abdominales e irritabilidad,⁴

En relación a los cuidadores formales, lo más esperado es que estos tengan mayor capacidad de manejar situaciones de alto estrés, Puesto que estos mismos están capacitados sobre la enfermedad del cuidado. Sin embargo en este estudio se constató que estos manejaban con menor habilidad las situaciones de alto estrés en comparación con los cuidadores informales.¹³

Las condiciones de demandas de su trabajo, constituyen un factor de riesgo para la salud mental y por ende tienen la posibilidad de perjudicar en desarrollo de las actividades del cuidador (Torres, 2008). Aparicio et al. (2008) hallaron que los auxiliares de enfermería que presentaban inferiores niveles de motivación hacia el trabajo, presentaban además, reacciones de desesperanza, impotencia y cansancio.¹⁴

En el estudio llevado a cabo por Aristizábal y Ortiz (2002), se ha encontrado que el 42% de los cuidadores que evaluaron presentaba algún nivel de depresión y más de la mitad de los participantes presentaba estrés, de este modo se llega a conclusión que se trataba de un acontecimiento que forma parte de más de media población.¹²

En otro estudio en el que se obtuvo información de varios cuidadores tanto formales e informales, se ha relacionado la presencia de sobrecarga y depresión tanto en los cuidadores informales como en los formales. Asimismo, se halló una relación estadísticamente significativa entre dichas variables en los cuidadores informales, en la cual se destacó la asociación entre distimia estado/rasgo y sobrecarga. Asimismo, no se encontró relación entre sobrecarga y depresión entre los cuidadores formales y cuidadores informales.¹⁴

1.2.2 Género

En los últimos años hay un incremento de la participación masculina en los roles del cuidado, pero todavía prevalece el sexo femenino como la principal colaboradora en el cuidado, se hacen responsables de las actividades más pesadas y exigentes y dedican más tiempo a cuidar.¹³

En un estudio los síntomas depresivos se evaluaron utilizando la Escala de Depresión de Autoevaluación. Las mujeres están sobrerrepresentadas entre los cuidadores, lo que demuestra que las mujeres son las principales figuras de apoyo en las familias.¹⁵

Se realizó un estudio transversal entre cuidadores primarios de pacientes con enfermedades mentales graves en el Hospital Universitario Jimma. El cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) se utilizó para evaluar la depresión. La prevalencia de depresión entre las cuidadoras primarias femeninas fue del 25% (n = 40). La

prevalencia de depresión entre las cuidadoras fue mayor que la de los cuidadores varones. Por lo tanto, se debe prestar atención especial a los cuidadores primarios que pasan largas horas para brindar atención, aquellos con bajo apoyo social percibido; Cuidadores de pacientes con ideación suicida y cuidadoras.¹⁶

1.2.3 Edad

Según varios estudios hay una incidencia mayor de personas cuidadoras entre las franjas etarias de 45 a los 64 años de edad, teniendo una edad promedio de 55 años. El promedio de edad del compañero que cuidan es de 71,6 años y la de los hijos, nueras y yernos de 48,5 años.¹³

1.2.4 Estado civil

El estado civil que se destaca entre las cuidadoras es el de en matrimonio.¹³

1.2.5 Situación laboral

Cuando la cuidadora es del sexo femenino, lo verdaderamente recurrente es que se dedique a las actividades del hogar (el 52,1% según EDAD 2008). Se constata, no obstante, un rápido aumento de mujeres ocupadas entre las cuidadoras, pasando del 19% en el año 1999 al 25% en el 2004; en 2008 son el 35% la gente con discapacidad cuidadas por una mujer que está haciendo un trabajo.¹³

En diversos estudios se ha llegado a la misma conclusión de que los cuidadores informales, en su mayoría son las del sexo femenino y generalmente se dedican a los quehaceres del hogar, y son descendientes de primer grado y esposas del paciente con demencia.¹²

El cuidado fue comúnmente 'trabajo de mujeres', y la mayoría de los cuidadores en la mayor parte del mundo siguen siendo del sexo femenino. siendo la mayor parte de los cuidadores trabajaban a tiempo completo (55%), en tanto que el 29% se encontraba jubilado y el 13% trabajaba a tiempo parcial.¹⁷

1.3 TRASTORNOS MENTALES FRECUENTES EN LOS CUIDADORES

Las actividades relacionadas con el cuidado del afectado por demencia tienen impacto sobre la estabilidad psicológica. Las personas cuidadoras, en comparación con la población en general, tienden a tener mayores afectaciones psicológicas tales como: de depresión, ansiedad y el estrés, entre otros menos frecuentes, como presencia de sentimientos de desesperanza, incertezas por el futuro y consumo de psicotrópicos.¹³ Los factores que influyen en aparición de problemas mentales son: falta recursos económicos, las relaciones conflictivas anteriores con el enfermo, el sentimiento de carga de conciencia, antecedentes familiares de depresión y las limitaciones tanto físicas como psicológicas del cuidador.¹³

1.3.1 Depresión

Depresión: Sentimientos de tristeza inmotivada que produce malestar, se sigue de ansiedad, sentimientos de minusvalía y de culpa. La persona deprimida se subvalora y manifiesta ideas de autoacusación.¹⁸

La depresión se relaciona con el estado afectivo (tristeza patológica, desidia, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las demandas de la vida) aunque, en más grande o menor nivel, además están presentes indicios de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo cual podría hablarse de una afectación global psíquica y física, realizando particular énfasis en la esfera afectiva.¹⁹

Hay un sobre diagnóstico de la depresión simultáneamente que una proporción importante de pacientes decaídos no son detectados.¹⁴

Según el Centro de Evaluación en Medidas en Salud, popular con sus siglas en inglés como IHME, (19) en el Ecuador la depresión es la segunda causa de años vividos con discapacidad, la misma que ha anunciado un aumento de 11 % en 20 años(1993-2013).²⁰

La depresión es trastorno mental grave que interfiere en el resultado del tratamiento de los pacientes y el día a día del cuidador. La prevalencia de depresión

entre los cuidadores de pacientes con enfermedades mentales graves es mayor que en la población general.¹⁶

Valoración del estado depresivo

Se evaluaron utilizando la Escala de Depresión de Autoevaluación (SDS). Está compuesto por 20 elementos que investigan los síntomas depresivos psicológicos y fisiológicos concomitantes (estado de ánimo depresivo, síntomas matutinos, llanto, insomnio, pérdida de peso, disminución de peso de peso, inapetencia sexual, estreñimiento, palpitaciones, fatiga, razonamiento poco coherente, dificultad para culminar las actividades, inquietud, irritabilidad, disminución de la autoestima, satisfacción con la vida, ideación suicida y anhedonia.¹⁵ 72% presentaban depresión.

El cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) se utilizó para evaluar la depresión. La prevalencia general de depresión entre los cuidadores primarios de pacientes con enfermedad mental fue de 12 (19%). De los cuidadores con depresiones, 11.3, 3.5 y 4.2% tenían tipos moderados, moderadamente severos y severos de depresión respectivamente), el trabajo con los pacientes demenciales por más de seis horas por día y atender a un paciente que ha intentado suicidarse por más de una vez está relacionada con la depresión entre los cuidadores de pacientes con enfermedad mental.¹⁶

1.3.2 Ansiedad

Ansiedad: es una respuesta del cuerpo humano cuando éste ha perdido su habilidad de reacción organizada y coordinada. los síntomas principales son sensación de ahogo, malestar, incertidumbre e incapacidad para cumplir una tarea.⁴

Se presenta un estudio descriptivo transversal: población: cuidadores y pacientes incluidos en el programa ATDOM, ansiedad, 10,4%. La prevalencia de la ansiedad y depresión es menor que en otros estudios. Este dato se debe a los diferentes instrumentos de medida utilizados en los diferentes estudios.²¹

1.3.3 Stress psicológico

El enfoque más frecuente en el estudio del cuidado y sus consecuencias se sitúa dentro del marco del estrés, definido como el resultado de una interacción entre las personas y el ambiente o contexto en el que estas se relacionan.¹³

La experiencia que tiene el cuidador ante cualquier circunstancia está íntimamente relacionada con la capacidad de valoración cognitiva, y de afrontamiento. Por lo que, ante las demandas ambientales, los cuidadores valoran si estas demandas signifiquen una amenaza y si están aptos para confrontarlas. Cuando los cuidadores se hacen conscientes de que el entorno ambiental es hostil, y aparte de esto, se sienten incapaces de confrontarlo, se perciben a sí mismos bajo una situación de estrés, en la que es probable la aparición de reacciones emocionales negativas.¹³

Se obtuvo que el 100% de las cuidadoras familiares están estresadas, comportándose los síntomas de la siguiente manera. Los síntomas expresados por las cuidadoras familiares prevalecen unos sobre otros, siendo los principales: pérdida del apetito, trastornos en el sueño, depresión, ansiedad, acidez, fatiga, dolores abdominales e irritabilidad.⁴

1.4 CALIDAD DE VIDA EN LOS CUIDADORES Y LAS REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL

1.4.1 Dimensiones de calidad de vida

Las dimensiones que se relacionan con la calidad de vida son el desempeño físico, emocional, funcionamiento social, rol funcional, cognitivo, percepción de salud general y bienestar.¹⁰

1.4.2 Factores de riesgo relacionados

Los factores de riesgo que tienen mayor impacto en la calidad de vida del cuidador, son: edad del cuidador, edad de los pacientes demenciales, grado de dependencia de los pacientes, aumento de la demanda del cuidado y el no apoyo social.¹⁸

1.4.3 Valoración de la calidad de vida

En el estudio llevado a cabo por M.Rodríguez et al se ha incluido a 250 sujetos con patología de Parkinson, de los cuales 201 contaban con un cuidador primario. Se identificó una correlación moderada entre la calidad de vida de los pacientes con EP y la carga del cuidador: la peor calidad de vida está relacionada con la demanda de actividades desarrolladas por el cuidador..¹¹

En el estudio de Ávila-Toscano, y José Hernando Vergara Mercado, Maryloly fueron evaluados 127 cuidadores informales con el cuestionario WHOQOL-Bref da Organización Mundial de la Salud (OMS).⁷

Se ha observado niveles inferiores de salud física y psicológica, disminución de participación social y moderada interacción con el entorno ambiental. Además se ha observado que con respecto a la salud psicológica, los cuidadores que desarrollan diferentes actividades informales diversas tienen una mejor salud mental que los cuidadores que se dedican a los quehaceres del hogar. Con respecto al medio ambiente la mejor valoración ha sido inferior entre los cuidadores con bajo nivel académico frente a esos que contaban con estudios de formación elemental.⁷

2. CONCLUSIONES

Tanto los cuidadores formales como los informales están sujetos a las mismas situaciones estresantes. A pesar de que los cuidadores formales tienen instrucción académica para el manejo de situaciones estresantes, los cuidadores informales tienen mayor habilidad dichas situaciones.

La Depresión tiene mayor incidencia en los cuidadores informales. El alto nivel de estrés perjudica el trabajo del cuidador formal debido a falta de motivación.

Las mujeres son las principales figuras de apoyo sin embargo hay una mayor prevalencia de depresión en los hombres con relación a las mujeres.

Cuanto mayor es la carga horaria del cuidador se relaciona con la alta incidencia de trastornos mentales en el cuidador. Los cuidadores informales sufren más de ansiedad que los cuidadores formales.

La dimensión de calidad de vida menos afectada es el factor físico. Los factores de riesgo relacionados con la enfermedad del cuidado influyen negativamente en la calidad de vida del cuidador.

3. RECOMENDACIONES

En Ecuador no existe el compromiso de mantener actualizados los conocimientos y avances sobre los trastornos del cuidador, por lo que recomiendo estudios interdisciplinarios y de manera conjunta con centros de investigación, para identificar este problema en la población en general.

Establecer estrategias que faciliten la colaboración entre los cuidadores informales y el sistema de atención.

Capacitar a los cuidadores informales sobre la patología que padece el cuidado, con la finalidad de disminuir el impacto sobre su calidad de vida.

4. BIBLIOGRAFÍA:

1. Restrepo-Betancur LF, Rodríguez-Espinosa H. Análisis comparativo de la esperanza de vida en Sudamérica. *Rev Univ salud.* 2014;16(2):177-187.
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v16n2/v16n2a05.pdf>.
2. Salinas Contreras RM, Hiriart M. Resistencia a la insulina y diabetes tipo 2 ¿factores de riesgo para desarrollar enfermedad de Alzheimer? *Arch Neurocienc.* 2016;21(1):88-94.
<http://www.archivosdeneurociencias.com/>.
3. Pfabe FP. Der Glomus caroticum-Tumor: Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Zeitschrift fur Gefassmedizin.* 2018;15(3):6-10. doi:10.1989/ejihpe.v5i2.119
4. Taset Álvarez Y. Estrés psicológico en las cuidadoras familiares de ancianos con Demencia Vasculare. *Rev Chil Neuropsicol.* 2017;12(2):1-7. doi:10.5839/rcnp.2017.12.02.01
5. Villanueva Lumbreras A, García-Orellán R. Calidad de vida del cuidador informal: un análisis de concepto. *ENE enfermería.* 2018;12(2).
6. Salvat-Pujol N, Soria V, De Arriba A, et al. Asociación del diagnóstico y el tratamiento de pacientes con trastornos mentales graves con variables clínicas, de sobrecarga, funcionalismo y calidad de vida en los cuidadores familiares. *Inf Psiquiátricas.* 2015;(220):127-179.
7. Ávila-Toscano JH, Vergara Mercado M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan.* 2014;14(3):417-429. doi:10.5294/aqui.2014.14.3.11
8. Aragonès E, Comín E, Cavero M, Pérez V, Molina C, Palao D. A computerised clinical decision-support system for the management of depression in Primary Care. *Aten Primaria.* 2017;49(6):359-367. doi:10.1016/j.aprim.2016.09.011

9. Farina N, Page TE, Daley S, et al. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia : A systematic review. *Alzheimer's Dement.* 2017;13(5):572-581. doi:10.1016/j.jalz.2016.12.010
10. Garzón-Maldonado FJ, Gutiérrez-Bedmar M, García-Casares N, Pérez-Errázquin F, Gallardo-Tur A, Martínez-Valle Torres MD. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Neurología.* 2017;32(8):508-515. doi:10.1016/j.nrl.2016.02.023
11. Rodríguez-Violante M, Camacho-Ordoñez A, Cervantes-Arriaga A, González-Latapí P, Velázquez-Osuna S. Factors associated with the quality of life of subjects with Parkinson's disease and burden on their caregivers. *Neurol (English Ed.* 2015;30(5):257-263. doi:10.1016/j.nrleng.2014.01.002
12. Cerquera Córdoba AM, Galvis Aparicio MJ. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensam Psicológico.* 2014;12(1):149-167. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.ecpa
13. José Ramón Martínez, Luis Cibanal, Ma Dolores Saavedra, Francisco Ródenas, Raquel López MC. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario. *Ed Gen Cons Sanit.* 2014;2633.
14. Universidad del Norte (Barranquilla CP de P, Universidad del Norte (Barranquilla CD de H y CS. Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzhéimer. *Psicol desde el Caribe.* 2016;33(2):190-205. <http://www.redalyc.org/html/213/21351764006/>.
15. De Fazio P, Ciambrone P, Cerminara G, et al. Depressive symptoms in caregivers of patients with dementia: Demographic variables and burden. *Clin Interv Aging.* 2015;10:1085-1090. doi:10.2147/CIA.S74439
16. Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, Addisu F, Soboka M. Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of

- patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1-8. doi:10.1186/s12888-017-1249-7
17. Garcia-Ptacek S, Dahlrup B, Edlund A-K, Wijk H, Eriksdotter M. The caregiving phenomenon and caregiver participation in dementia. *Scand J Caring Sci*. 2018;(5). doi:10.1111/scs.12627
 18. sAnjo KF dos, Santos VC, Teixeira JRB, Oliveira RNS de, Boery EN, Moreira RM. Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora. *Rev Cubana Enferm*. 2014;29(4):279-295. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/253/73>.
 19. ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. 2015:264. doi:10.1002/lipi.19590610209
 20. MSP. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. *Guía Práctica Clínica*. 2017:1-107.
 21. Corbalán Carrillo MG, Hernández Vian Ó, Carré Catases M, Paul Galcerán G, Hernández Vian B, Marzo Duque C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*. 2013;24(3):120-123. doi:10.4321/S1134-928X2013000300005