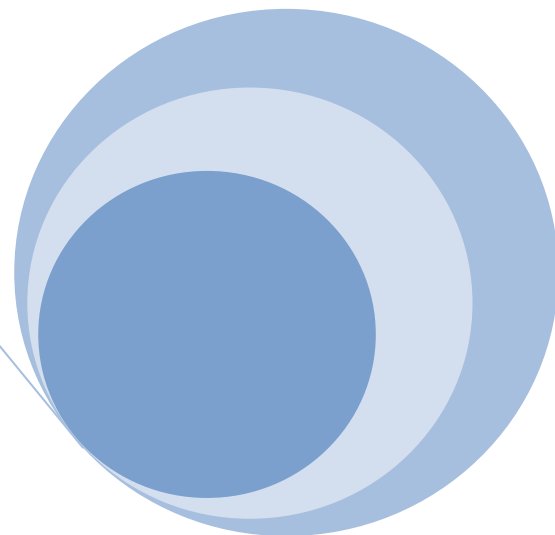


TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

2012



TÍTULO

**LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE
MAYORES NO DEMENTES Y SU PROBLEMÁTICA**

DUE : Fco. Javier Martin Cimorra

LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN CUIDADORES DE MAYORES NO DEMENTES Y SU PROBLEMÁTICA.

Javier Martin Cimorra (DUE)

RESUMEN

Fundamentos: El progresivo envejecimiento de la población ha dado lugar a que muchas familias deban hacerse cargo del cuidado de alguno de sus miembros con incapacidad. Esta nueva situación implica cambios en la situación familiar y en especial en el cuidador principal que puede ver afectada su salud. El objetivo de este trabajo es revisar la prevalencia de depresión en cuidadores de mayores sin demencia, así como la realización de un plan de cuidados de enfermería dirigido al cuidador principal.

Métodos: Revisión sistemática. Base de datos: PubMed (MEDLINE), Psycinfo, Science Direct, Cuiden, Scielo y Elsevier, Todas revisadas en un periodo de 10 años (2000-2010).

Resultados: se identificaron 15 estudios. Se incluyeron para la revisión 4 estudios, el más antiguo de 2003 y el más reciente de 2009. De los 4 se analizan los datos, y de ellos 2 tienen un diseño de corte transversal y 2 son estudios de casos y controles. La mayoría se llevaron a cabo en España y usaron para la valoración de depresión la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Conclusiones: el hecho de ser el cuidador principal de un mayor es un factor predisponente de riesgo sobrecarga y por tanto riesgo de depresión, aunque no queda aclarado el ingrediente "demencia" como elemento influyente en la depresión del cuidador, que tendrá que seguir siendo investigado en estudios posteriores.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida experimentado en los últimos años debido al desarrollo socioeconómico y a una mejora de las condiciones sanitarias, ha conducido a un progresivo envejecimiento de la población¹⁻². Gran parte de este colectivo presenta una elevada prevalencia de

enfermedades crónicas, que en muchos casos pueden ser invalidantes, por lo que se precisará de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Esta ayuda proviene, principalmente, de los miembros de la misma familia o cuidadores principales (CP)².

El CP ha sido ampliamente estudiado en la literatura científica; Se define al CP como la persona encargada de ayudar a las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello³.

Los CP no sólo proporcionan los cuidados básicos como la higiene, alimentación y vestido, sino que son los responsables de mantener la autonomía del anciano y de su permanencia en el entorno familiar, convirtiéndose en el lazo afectivo más importante para el anciano. Cuando se sienten incapaces de manejar la vida diaria con todas las responsabilidades que implica el cuidado, comienzan a aparecer signos y síntomas de sobrecarga física y emocional que con frecuencia los cuidadores no identifican como problemas y por tanto no se encuentran soluciones⁴. De acuerdo con esta realidad, ser el CP de un anciano dependiente sitúa a la persona en situación de alta vulnerabilidad debido al notable estrés al que se ve sometido.

La sobrecarga a la que se ve sometido el cuidador puede manifestarse de varias maneras, como problemas físicos (dolores osteoarticulares, cefaleas, la fatiga crónica, la alteración del sueño,...), problemas psíquicos (depresión, ansiedad, somatizaciones,...) y problemas de índole socio-familiar (cambios en las relaciones familiares, asumir nuevos roles,...)⁵. Nos centraremos en las complicaciones psíquicas pues suelen ser las más relevantes. El impacto negativo en la esfera psicológica es mucho más evidente e intenso que las consecuencias de la sobrecarga física⁶. La prevalencia de trastornos psíquicos alcanza hasta un 50%, y a menudo éstos son difíciles de verbalizar y se refieren como somatizaciones o con términos inespecíficos, del tipo de "desánimo" o "falta de fuerzas". Su aparición se relaciona directamente con un mayor riesgo de estrés y sobrecarga por parte del cuidador, con múltiples factores de riesgo⁷. Las principales alteraciones psíquicas que presenta el cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, como manifestación de su estrés emocional. De ellas, la más frecuente es la depresión, con una prevalencia del 32%⁵. Esta situación se hace particularmente grave en los cuidadores que se ocupan de personas que sufren enfermedades neurodegenerativas, especialmente demencias, que implican alteraciones conductuales y déficit cognitivos de diversa índole en el enfermo. Así, se ha encontrado en numerosos estudios que los cuidadores de personas con demencia sufren gran malestar emocional y más problemas de conducta y deterioro cognitivo^{5,8}.

PLAN DE CUIDADOS

La claudicación del CP representa un grave problema social y de salud. Para evitar que los cuidadores agoten su energía y para potenciar la realización de cuidados en las mejores condiciones posibles, se han desarrollado diferentes tipos de intervenciones²¹.

En general, los programas de intervención se han guiado con el objetivo de obtener un efecto en la sobrecarga o el estrés de los cuidadores, pero se ha demostrado que cuando la acción era breve y la muestra de cuidadores heterogénea, la intervención no se mostraba eficaz para disminuir la sintomatología negativa de los CP.

El abordaje de la problemática de los CP se realiza desde diferentes ámbitos de la salud

(enfermeras, geriatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales entre otros), lo que revela el interés que genera en los profesionales y la importancia de este problema de salud.

Entendemos que la enfermera/o debe ser el pilar básico de atención a la familia y por lo tanto al CP. La enfermera debe valorar las repercusiones que tiene sobre el cuidador la labor que realiza, detectar cualquier necesidad que presente y establecer el plan de cuidados más oportuno^{8,21}.

Los cuidados enfermeros deben hacerse extensivos al binomio enfermo/cuidador, cuidados acordes con la particular situación que puedan estar viviéndose en cada particular situación.

Cuidados que pueden recopilarse en:

- Valorar, mediante los pertinentes instrumentos enfermeros, las respuestas humanas que el núcleo cuidador se van desencadenando, distinguiendo, por su particular protagonismo en el proceso cuidador la situación presentada por el CP.
- Diferenciar las situaciones encontradas mediante léxico enfermero apropiado a la situación.
- Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis).

Lo que entraña que la enfermera que ejerza su actividad profesional en esta área se familiarizará con los congruentes diagnósticos enfermeros y de uso en cada fase una de las fases del proceso cuidador.

Diseñar el Plan de cuidados del binomio cuidador- persona cuidada, definiendo los resultados que ambos han de alcanzar, en función de los resultados contenidos en la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification).

- Ejecución del plan de cuidados de enfermería mediante intervenciones enfermeras

Específicas contenidas en la clasificación NIC (Nursing Interventions classification).

Intervenciones propuestas en el plan estandarizado de apoyo al cuidador principal (NIC):

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con sus preferencias.

- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Informar al cuidador sobre los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidarse a sí mismo.

No obstante, los datos empíricos disponibles sobre las diferencias de malestar o bienestar emocional entre cuidadores de personas con y sin demencias son escasos y no concluyentes¹¹, lo que me llevo a indagar en el estado psíquico de los cuidadores de mayores sin deterioro cognitivo. Por ello, el propósito de este estudio fue realizar una revisión sistemática de la prevalencia de depresión en cuidadores de mayores sin demencia.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es revisar la prevalencia de depresión en cuidadores de mayores sin demencia, así como la realización de un plan de cuidados de enfermería dirigido al cuidador principal.

METODOLOGIA

Para alcanzar el objetivo propuesto se estableció la siguiente estrategia: asesoramiento del problema, elaboración del plan de búsqueda bibliográfica, definición de los criterios de inclusión establecidos de los estudios, selección de la muestra siguiendo los criterios de inclusión, valoración de los resultados de los estudios, formulación de la discusión y lenguajes estandarizados siguiendo las taxonomías NIC y NOC.

Se consultaron las bases de datos electrónicas: PubMed (MEDLINE), Psycinfo, ScienceDirect, Cuiden, Scielo y Elsevier. Las palabras clave que guiaron la búsqueda fueron: cuidadores (*caregivers, caretakers & informal or principal caregivers*), ancianos (*elderly, aging & older people*), depresión (depression), dependencia (dependence).

Se seleccionaron todos aquellos artículos publicados en revistas científicas que planteaban entre sus objetivos de investigación y/o hipótesis analizar la posible relación entre el cuidado de mayores y el nivel de depresión y ansiedad que en ellos producía el hecho de cuidar. Se incluyeron los estudios con resúmenes y textos completos disponibles, publicados en inglés o español, cuya población objeto estuviera configurada con estudios dirigidos a CP de personas dependientes mayores de 65 años, artículos publicados durante los últimos 10 años (de 2000 a 2010) y donde la muestra estuviera formada por cuidadores de mayores sin demencia.

En los artículos finalmente incluidos se recogió información sobre distintos elementos: nombre de la revista, año de publicación, país donde se ha realizado el estudio, tamaño de la muestra estudiada, contexto o medio de procedencia de los sujetos estudiados, diseño de los estudios (de cohortes,

casos y controles, encuesta transversal, estudio ecológico, series de casos), calidad del estudio y principales conclusiones.

DESARROLLO

Una vez eliminadas las repeticiones, se identificaron 15 estudios con objetivos u hipótesis que planteaban la posible relación entre el nivel de depresión del cuidador y la carga del cuidado del mayor. Tras su revisión, se excluyeron 11, sobre todo por no diferenciar el porcentaje de presencia de depresión de otras enfermedades o síntomas psíquicos. Se incluyeron para la revisión 4 estudios⁹⁻¹², el más antiguo de 2003⁹ y el más reciente de 2009¹². De los 4 se analizan los datos y de ellos 2 tienen un diseño de corte transversal^{10,11} y 2 son estudios de casos y controles^{9,12}. La mayoría se llevaron a cabo en España¹⁰⁻¹² y sólo un caso se basa en una población de Colombia⁹ (Tabla 1). La forma más común de definir el nivel de depresión es a través de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg^{9,11,12} (Anexo). Destacamos que la escala de Goldberg es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo y la versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez^{9,21}.

Al analizar los resultados de los estudios, se observan datos poco concluyentes. Con respecto al grupo control si existe una prevalencia de depresión alrededor del 45%^{11,12}, pero este dato es similar a los obtenidos en cuidadores de mayores con demencia. Lo mismo ocurre con el nivel de ansiedad y sobrecarga. Sin embargo Crespo-López¹⁰ et al matiza en su estudio que existe una prevalencia de ansiedad más elevada en cuidadores del grupo sin demencia no así la depresión que es mayor en el grupo con demencia, aunque reseña que no alcanzaron significación estadística. Con respecto al perfil demográfico del CP se vio que en su mayoría correspondía al de mujer casada, que no trabaja, responsable de las tareas domésticas, familiar directo (hija, madre o esposa generalmente), con estudios primarios, de una edad media de 55 a 65 años y que en general convive con la persona cuidada, datos que coinciden con otros estudios^{4,5,7,9-15}.

Los estudios de casos y controles coinciden en que el tiempo dedicado por los CP en el cuidado es aproximadamente el doble al ofrecido por los cuidadores del grupo control (personas cercanas al mayor pero que no asumen directamente el cuidado del discapacitado)^{9,12}, mientras que los estudios transversales destacan que el simple hecho de cuidar es un generador de estrés emocional, este hecho no solo aumenta el riesgo sobrecarga, con el consiguiente riesgo de aparición de síntomas de ansiedad y depresión, si no que la salud percibida por los cuidadores es mala o muy mala, dato en el que coinciden muchos de los estudios de cuidadores revisados^{12-14,17}.

El dato más llamativo fue el aportado por Crespo-López et al¹⁰, que determina que los elementos personales (nivel de autoestima, sobrecarga sentida, grado de satisfacción apoyo social, etc.) más que los factores relacionados con el deterioro de la persona mayor o del contexto de cuidado,

AUTOR	AÑO	SUJETOS	DISEÑO DEL ESTUDIO	INSTRUMENTO	RESULTADOS SOBRE CUIDADORES
E. Dueñas et al.	2003-2004 (Colombia)	102 mayores (58 sin demencia) 102 cuidadores divididos en CP y otro miembro de la familia que no asume el cuidado del enfermo directamente. (Control).	Estudio piloto de casos y controles	Encuesta estructurada; Escala de Goldberg; Escala de Zarit; APGAR familiar.	<p>- Se observó una mayor proporción de depresión (81.3% vs. 53.9%) así como una mayor proporción de ansiedad (85.2% vs. 45%).</p> <p>-Mayor proporción de disfunción familiar severa (26.5% vs. 10.8%) en los cuidadores en relación con los no cuidadores.</p> <p>-De los cuidadores principales 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%), y con depresión (100%)</p> <p>-El 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores.</p> <p>-Promedio del doble de horas dedicadas al enfermo por parte del cuidador frente al grupo control.</p>
M. Crespo; J. López-Martínez	2005 (España)	Muestra: 42 cuidadores de personas mayores sin deterioro cognitivo.	Estudio transversal	Entrevista estructurada individual con el cuidador. Instrumentos de medida: Escala de satisfacción con el cuidado; Escala de Autoestima de Rosenberg; Cuestionario de Apoyo Social, Forma Breve; COPE Abreviado; Inventario de Depresión de Beck; Subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.	<p>- los elementos personales, más que los factores relacionados con el deterioro de la persona mayor o del contexto de cuidado, pueden ser la característica fundamental para explicar el impacto emocional del cuidado.</p> <p>-Impacto de problemas de memoria y conducta del paciente en el cuidador es menor en mayores sin demencia que en los dementes.</p> <p>-Prevalencia de ansiedad más elevada en cuidadores del grupo sin demencia no así la depresión que es mayor en el grupo con demencia (aunque no alcanzaron significación estadística).</p> <p>-Mayor cantidad de horas de cuidado al mayor se correlaciona con más síntomas depresivos.</p>
N. Segura et al.	2006 (España)	Pacientes: 88 Cuidadores: 25.	Descriptivo Transversal	<p>Se recogen datos de la historia clínica del paciente y se aplica un cuestionario específico a un grupo de cuidadores.</p> <p>Se midió el malestar psíquico según la escala de ansiedad y depresión de Goldberg y el índice de esfuerzo del cuidador (Caregiver Strain Questionnaire)</p>	<p>-Prevalencia de ansiedad del 36% (Goldberg). Solo la mitad en tratamiento con ansiolíticos.</p> <p>-Índice de depresión del 44%(Goldberg). Solo el 36% en tratamiento con ansiolíticos y el 9% con antidepresivos.</p> <p>-No correlación significativa entre los índices Katz y Barthel con el grado de depresión/ansiedad en el cuidador.</p> <p>-Mayor ansiedad en cuidadores de pacientes de sexo femenino.</p>
M.J. López Gila et al.	2009 (España)	El grupo de estudio fue formado por 156 cuidadores principales y el grupo control por 156 personas adscritas al Centro de Salud.	Estudio observacional y analítico de casos y controles	Entrevista individualizada complementada con información recogida de su historia clínica y las escalas: Escala Zarit, Escala de Likert, Cuestionario NHP, Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, Cuestionario de Duke-UNC. APGAR familiar.	<p>-El 66,4% de los cuidadores presentaban sobrecarga en el test de Zarit.</p> <p>-El 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31,4% del grupo control.</p> <p>- Hiperfrecuentación a los servicios sanitarios en cuidadores fue del 21,2%, frente al 11,6% del grupo control.</p> <p>-Se observó una mayor prevalencia de ansiedad 60,3% frente al 33,3%, y depresión de 46,2% frente al 25,6% en el grupo de cuidadores frente al grupo control (Goldberg).</p>

Tabla 1. Características y principales resultados de los estudios que analizaban la asociación entre el ser cuidador de un mayor sin demencia y el índice de depresión valorada.

pueden ser los que determinen el impacto emocional del cuidado en el cuidador y no la presencia de demencia o no en la persona cuidada.

CONCLUSIONES

El cuidado de un anciano dependiente ha sido ampliamente descrito en la literatura científica como una vivencia de gran impacto emocional para el CP por el hecho de vivir día a día el deterioro progresivo de un ser querido, pero la escasez de estudios centrados en el análisis de factores depresivos en cuidadores de mayores no dementes ha sido significativa, y los pocos encontrados son mixtos, es decir, la población estudiada está compuesta por mayores con y sin deterioro cognitivo.

Tras los resultados obtenidos y comparado con otros estudios¹⁶⁻¹⁹, no se demuestra que los cuidadores de personas con demencia tengan un peor estado emocional que aquellos que asisten a un familiar que es físicamente dependiente pero que no presenta deterioro cognitivo. Por lo tanto, el tipo de enfermedad o limitación del mayor puede no ser tan importante a la hora de explicar los problemas emocionales de los cuidadores como las valoraciones que éste hace de la situación y sus recursos para manejar los problemas relacionados con el cuidado.

De los trabajos finalmente incluidos en este estudio se concluye que el hecho de ser el cuidador principal de un mayor es un factor predisponente de riesgo sobrecarga y por tanto riesgo de depresión, aunque no queda aclarado el ingrediente "demencia" como elemento influyente en la depresión del cuidador, que tendrá que seguir siendo investigado en estudios posteriores.

No obstante, es importante anotar que la depresión al igual que la ansiedad son entidades subdiagnosticadas, tanto en cuidadores como en no cuidadores. La depresión "oculta" hace que cuidadores y no cuidadores no asistan a tiempo a los servicios de sanitarios. Es pues, labor nuestra como agentes de salud, interferir y/o prevenir.

BIBLIOGRAFIA

1. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Madrid: Observatorio de personas Mayores; 2002.
2. IMSERSO. Cuidados a Personas Mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Informe 2005. Madrid: IMSERSO; 2005.
3. Rogero García, J. Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. IMSERSO.2010.
4. Zabalegui Yarnoz, A.; Navarro Diez, M.; Cabrera Torres, E. Efficacy of interventions aimed at the main carers of dependent individuals aged more than 65 years old. A systematic review. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2008, 43, 3, 157-166.

