

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**  
**CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS  
CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES  
CON DEMENCIA NEURODEGENERATIVA  
RELACIONADO CON SU CALIDAD DE VIDA  
Y SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN  
SISTEMÁTICA, 2024 EN E.E.U.U**

**PAULA FRANCELLA SALAZAR UMAÑA**

Mayo, 2024

## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>TABLA DE CONTENIDOS .....</b>	<b>2</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>7</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>8</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>9</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>12</b>
1.1. <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>13</b>
1.1.1. <b>Antecedentes del problema. ....</b>	<b>13</b>
1.1.1.1. <b>Antecedentes Internacionales.....</b>	<b>13</b>
1.1.1.2. <b>Antecedentes Nacionales .....</b>	<b>16</b>
1.1.2. <b>Delimitación del problema. ....</b>	<b>18</b>
1.1.3. <b>Justificación. ....</b>	<b>18</b>
1.2. <b>REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.</b>	<b>20</b>
.....	<b>20</b>
1.3. <b>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. ....</b>	<b>20</b>
1.3.1. <b>Objetivo general.....</b>	<b>20</b>
1.3.2. <b>Objetivos específicos. ....</b>	<b>21</b>
1.4. <b>ALCANCES Y LIMITACIONES. ....</b>	<b>21</b>

1.4.1.	Alcances de la investigación.....	21
1.4.2.	Limitaciones de la investigación.....	22
<b>CAPÍTULO II .....</b>		<b>23</b>
2.1.	Definición de deterioro cognitivo subjetivo.....	24
2.2.	Definición de deterioro cognitivo leve.....	24
2.3.	Definición de demencia.....	25
2.4.	Epidemiología de la demencia .....	25
2.5.	Tipos de demencias .....	26
2.5.1.	Enfermedad de Alzheimer .....	26
2.5.2.	Demencia vascular.....	27
2.5.3.	Demencia frontotemporal .....	27
2.5.4.	Demencia de cuerpos de Lewy .....	27
2.5.5.	Enfermedad de Huntington.....	28
2.6.	Factores de riesgo para demencia .....	28
2.6.1.	Factores de riesgo no modificables.....	28
2.6.2.	Factores de riesgo modificables:.....	29
2.6.3.	Factores protectores: .....	30
2.7.	Criterios diagnósticos para demencia .....	31
2.8.	Diagnóstico de demencia .....	35
2.9.	Tratamiento de demencia.....	42

2.9.1.	Tratamiento sintomático .....	42
2.9.2.	Tratamiento de los trastornos de conducta: .....	43
2.9.3.	Intervenciones no farmacológicas: .....	50
2.10.	Definición de Síndrome de Burnout .....	50
2.11.	Epidemiología del Síndrome de Burnout.....	51
2.12.	Etiología del Síndrome de Burnout.....	52
2.13.	Clinica del Síndrome de Burnout.....	54
2.14.	Diagnóstico del Síndrome Burnout.....	55
2.15.	Manejo terapeutico del Síndrome de Burnout .....	58
2.16.	Salud mental.....	59
2.17.	Definición de calidad de vida .....	61
2.18.	Características de los cuidadores .....	62
2.19.	Manejo y actitud de los cuidadores hacia los adultos mayores con demencia .....	64
<b>CAPÍTULO III.....</b>		<b>66</b>
3.1.	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN .....	67
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	67
3.3.	UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO .....	68
3.3.1.	Área de estudio .....	68
3.3.2.	Fuentes de información.....	68
3.3.3.	Población.....	68

	5
3.3.4. Muestra .....	68
3.3.5. Búsqueda y selección de estudios .....	69
3.3.6. Criterios de inclusión y exclusión.....	70
3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	71
3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	72
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	73
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	74
3.8. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	76
3.9. ANÁLISIS DE DATOS.....	76
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>77</b>
4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	78
4.2. CARACTERÍSTICAS DE LS ESTUDIOS ESCOGIDOS .....	78
4.3. ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA INVESTIGACIÓN .....	78
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>83</b>
5.1. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	84
5.1.1. Características del Síndrome de Burnout en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa.....	84
5.1.2. Salud mental y calidad de vida en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa. ....	87

5.1.3. Calidad de vida en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa.....	90
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>93</b>
6.1. CONCLUSIONES .....	94
6.2. RECOMENDACIONES .....	95
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>98</b>
Declaración jurada .....	<b>110</b>
Carta de aprobación. ....	<b>111</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Criterios diagnósticos del DSM-V para trastornos neurocognitivos menores .....	32
<b>Tabla 2</b> Criterios diagnósticos del DSM-V para trastornos neurocognitivos mayores.....	33
<b>Tabla 3</b> Criterios para el diagnóstico de demencia de cualquier etiología .....	34
<b>Tabla 4</b> Antipsicóticos atípicos utilizados en demencias .....	45
<b>Tabla 5</b> Factores de riesgo y factores de protección de salud mental .....	60
<b>Tabla 6</b> Criterios de inclusión y exclusión .....	70
<b>Tabla 7</b> ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa y como afecta su calidad de vida y salud mental, en los Estados Unidos en el periodo de 2014 a 2024?.....	72
<b>Tabla 8</b> Cuadro de los artículos encontrados en las distintas bases de datos. ....	74
<b>Tabla 9</b> Estrategia de búsqueda que utilizan los descriptores y operadores booleanos. ....	75
<b>Tabla 10</b> Estudios seleccionados para la revisión sistemática .....	79

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis a primeramente a Dios Padre, quien me ha permitido llegar a este punto de mi vida, dándome energía, sabiduría y discernimiento en mi preparación como profesional.

A mi papá Gerardo Salazar y a mi mamá Vilma Umaña, que son las personas más importantes y quienes han sido un pilar esencial en mi vida, porque me han dado todo su apoyo, compañía y guía durante toda mi formación. Quienes me han apoyado desde el día uno que decidí iniciar con esta aventura llamada medicina, y siempre estaban ahí para darme fuerzas y palabras de aliento.

A mis hermanos Pablo y Emanuel por siempre estar ahí para mí, por brindarme todo su amor y apoyo y nunca dejarme sola.

A mi novio Max Retana, que siempre ha estado acompañándome en cada momento de mi carrera, por motivarme e impulsarme a ser mejor persona, a nunca rendirme.

A mis abuelos, tíos (as), primos (as) que de una u otra manera se han involucrado en mi aprendizaje y me han demostrado su apoyo y cariño.

A mi tutor el Dr. Allan Rímola y a todos los docentes que he tenido a lo largo de mi carrera, quienes nos recibieron con cariño y compartieron la sabiduría que alcanzaron a lo largo de los años por medio de esfuerzo y sacrificio.

A todas las personas con las que me topé a lo largo de mi carrera, compañeros de clases, doctores, compañeros de internado, que hicieron de alguna manera que este camino fuera mas fácil de sobrellevar.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios Padre por permitirme la oportunidad de estudiar esta maravillosa carrera que soñé desde niña, porque siempre me dio las fuerzas necesarias para vencer todos los obstáculos y retos que se presentaron en mi camino, por permitirme vivir cosas maravillosas, por las experiencias vividas, por las personas que me permitió conocer

Agradezco a mis padres, hermanos, novio, familia por apoyarme, acompañarme, guiarme y nunca soltarme cuando en ocasiones sentía que no podía más, siempre estaban ahí para mi darme las fuerzas necesarias para seguir adelante y no rendirme.

Al doctor Allan Rímola, porque su guía y dedicación para que yo pudiera culminar con este trabajo.

A todas las personas que contribuyeron de alguna manera en mi formación, docentes, tutores, compañeros de clases y de internado.

## RESUMEN

**Introducción:** El síndrome de Burnout es una secuela inapropiada al estrés crónico, caracterizada por el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción del rendimiento personal. Su prevalencia varía según el entorno en el que se encuentra las personas, es de carácter multicausal.

**Objetivo general:** Analizar las características del Síndrome de Burnout en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa en relación con su salud mental y calidad de vida en los Estados Unidos. **Metodología:** Se emplea una revisión documental sistemática, mediante un enfoque cualitativo descriptivo. La muestra comprende una serie de artículos, manuales, reportes de casos y estudios, los cuales cumplen con los criterios de exclusión e inclusión planteados, durante el periodo de 2014 a 2024, en el territorio estadounidense. Los artículos examinados abarcan un total de 96.651, de estos solo 10 cumplen con los criterios necesarios para ser incluidos en esta investigación. **Resultados y discusión:** En este trabajo se menciona que 16 millones de cuidadores familiares brindan atención a pacientes con demencia, comúnmente el cuidador principal es del género femenino, cónyuge del paciente y promedian 21,9 horas por semana, ocasionando más probabilidades de desarrollar Burnout. Afectado así su salud mental y calidad de vida. **Conclusiones:** Con el aumento de enfermedades, el número de cuidadores también ha incrementado, mostrando sobrecarga, estrés, agotamiento, ansiedad y depresión. Es una condición de la que poco se habla, por lo que no se previene, diagnostica y se trata de la mejor manera. Se sabe que es importante tener una red de apoyo familiar, social y médico, para así disminuir cargas en el cuidador y no situar en riesgo la vida del paciente enfermo como la propia.

**Palabras clave:** Síndrome de Burnout, cuidadores, pacientes con demencia neurodegenerativa, salud mental y calidad de vida.

## ABSTRACT

**Introduction:** Burnout syndrome is an inappropriate sequel to chronic stress, characterized by emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal performance. Its prevalence varies depending on the environment in which people are found and is multi-causal in nature. **General objective:** To analyze the characteristics of Burnout Syndrome in caregivers of older people with neurodegenerative dementia in relation to their mental health and quality of life in the United States. **Methodology:** A systematic documentary review is used, using a qualitative descriptive approach. The sample includes a series of articles, manuals, case reports and studies which meet the exclusion and inclusion criteria set, during the period from 2014 to 2024, in the United States. The articles examined cover a total of 96,651, of which only 10 meet the necessary criteria to be included in this research. **Results and discussion:** This work mentions that 16 million family caregivers provide care to patients with dementia, commonly the main caregiver is female, the patient's spouse, and they average 21.9 hours per week, causing a greater likelihood of developing Burnout. This affects their mental health and quality of life. **Conclusions:** With the increase in diseases, the number of caregivers has also increased, showing overload, stress, exhaustion, anxiety and depression. It is a condition that is little talked about, which is why it is not prevented, diagnosed and treated in the best way. It is known that it is important to have a family, social and medical support network, in order to reduce the burden on the caregiver and not put the life of the sick patient at risk as well as your own.

**Keywords:** Burnout syndrome, caregivers, patients with neurodegenerative dementia, mental health and quality of life.

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

### **1.1.1. Antecedentes del problema.**

#### 1.1.1.1. Antecedentes Internacionales

El envejecimiento es un hecho en la población global; la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2050 el número de personas mayores de sesenta años se duplicará, lo que provocará un incremento considerable en la esperanza de vida y, por ende, en la cantidad de adultos mayores, quienes requieren cuidados constantes debido a los cambios fisiológicos normales de la edad y, además, si sufren de enfermedades crónicas, como por ejemplo la demencia. (Ramírez, R & Rueda, J. 2023)

De acuerdo con información de la Organización Mundial de la Salud, hay más de cincuenta y cinco millones de individuos que padecen demencia en todo el planeta, y anualmente se registran cerca de diez millones de nuevos casos, siendo el Alzheimer la variante más frecuente de demencia en el sesenta al setenta por ciento de los casos, representando una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre ancianos y la séptima causa de fallecimiento a nivel global. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Esta enfermedad no solo repercute a los pacientes, sino también a sus cuidadores, llamados “segundos pacientes” que son los que desempeñan un papel fundamental en su cuidado diario. (García, P. 2020. P.5). Los adultos mayores con demencia pueden tener dos tipos de cuidadores, los formales que son los que están capacitados para desempeñar este rol y los informales que comúnmente son familiares sin formación profesional y asumen la responsabilidad del cuidado de estos, este compromiso puede ser extremadamente demandante y estresante y en muchos casos

puede desencadenar al desarrollo del síndrome de burnout o desgaste o agotamiento profesional y emocional. (Barranza, G. 2019).

Las personas mayores dependientes dependen de un cuidador o personas responsables que sean capaces de encargarse de sus necesidades diarias y le proporcione tanto acompañamiento físico como emocional. Comúnmente este cuidador debe pasar la mayor parte de su tiempo con la persona a su cargo, existiendo así una sobrecarga física, emocional y social favoreciendo así a múltiples condiciones para el desarrollo de un desgaste, estrés y agotamiento laboral, siendo este último el predictor más importante para que se desarrolle un Síndrome de Burnout provocando actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. (Ramírez, R & Rueda, J. 2023.)

El término de “Síndrome de Burnout” fue acuñado en la década de los setentas por el psicólogo estadounidense Hebert Freudenberg. En 1974, Freudenberger realizó un estudio a diversos sujetos durante aproximadamente tres años, y su conclusión es que estos presentaban cambios en su comportamiento, padeciendo así de ansiedad, astenia, adinamia, desmotivación y depresión. (Gutiérrez, J. 2020). En el año 2000 el Síndrome de Burnout fue declarado por la OMS como un factor de riesgo laboral, debido a su facilidad de causar malestar en la calidad de vida y salud mental e incluso poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre y poner en resigo a la persona que se cuida. (García, P. 2020)

Pinquart y Sörensen realizaron un metaanálisis en el 2003 señalando que una prevalencia elevada de burnout en los cuidadores de personas con demencia en comparación a cuidadores de personas con otras afecciones crónicas, evidenciando así que este tipo de cuidadores experimentan niveles más elevados de estrés, ansiedad y depresión. A pesar del aumento de interés a este problema, persisten incógnitas en las investigaciones acerca del impacto específico del burnout en la salud

física y mental en los cuidadores de personas adultos mayores con enfermedad demencial en diferentes ámbitos, desde culturales, sociales y económicos.

En el año 2006, Domínguez Segura realiza una investigación para valorar el impacto físico y psicológicos que produce ser cuidador primario de personas adultas mayores, donde se identifica que: el 84% de los que se estudia cambian su vida anterior de los cuales el 20% se sienten rebasados, el 66% modifica su proyecto de vida, el 40% posee insomnio, el 76% considera que el cuidar al anciano les exige esfuerzo físico drástico, además un 64% se sienten tensos, nerviosos e inquietos. (Ramírez, R & Rueda, J. 2023. p.10)

En este mismo año Álvarez y Vigil realizan otro estudio con respecto a los factores asociados de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador y los resultados de estos son que; 47.4% presentan el síndrome del cuidador de acuerdo con la Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit y un 77,8% muestra un trastorno de comportamiento, que se dice que es el nivel de peor curso en el ámbito de salud mental.

Hernández y Ehrenzweig en el año 2008 realizan una indagación sobre el discernimiento de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores, la muestra está compuesta por cincuenta y seis trabajadores de un asilo en Veracruz, México. Los instrumentos que se utiliza son el de Maslach Burnout Inventory y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Los resultados de dicha investigación arrojan relación entre Burnout y sobrecarga laboral. Los autores recomiendan desarrollar capacitaciones a los cuidadores sobre los procesos de envejecimiento, tener mejores condiciones de horas laborales, promoción de la salud y abordaje de autocuidado, entre otros. (Chocrón, S. 2021)

En el 2018 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) puntúan que los actuales retos para realizar cuidados de calidad a las personas mayores podrían resumirse en los siguientes aspectos: a) la creación, implementación y ampliación de los servicios de cuidado; b) el diseño y generalización de una oferta educativa contextualizada para capacitar a quienes cuidan; c) la formación de formadores; d) el diseño de políticas públicas y la asignación de recursos para implementarlas. (Aldaz, E. et al. 2024).

Fue declarado una enfermedad independiente en la CIE-11 por la OMS en el año 2019, desde ese entonces el interés de estudiar esta patología va en aumento, ya que está en una enfermedad que puede desencadenar otras enfermedades mentales, como la ansiedad, estrés, depresión, etc. (Organización Mundial de la Salud. 2023).

Este síndrome logra perturbar a cualquier individuo, pero comúnmente suele afectar a aquellas personas que tiene trabajos que son física y emocionalmente estresante, como, por ejemplo; enfermeros, médicos, asistentes sociales y policías. Por ello, la OMS el 01 de enero del 2023 cataloga el síndrome de burnout como un problema, por lo cual lo incluye en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionadas. (Cruz, B & Pozo, P. 2024)

#### 1.1.1.2. Antecedentes Nacionales

El desempeño de cuidado de personas mayores es hoy en día uno de los mayores retos que afrontan nuestro territorio nacional, más aún si estas personas padecen de una enfermedad crónica como es la demencia. Este escenario se asocia al marcado envejecimiento en la población, por lo consiguiente un aumento en las necesidades de apoyo para las tareas cotidianas. En Costa Rica hay un 10,3% de personas mayores de sesenta y cinco años.

En Costa Rica en 1996 se funda la Unidad de Atención Comunitaria Geriátrica (ACG) del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología, Doctor Raúl Blanco Cervantes, desde este entonces un grupo interdisciplinario efectúa alrededor de 4498 visitas al año a 1200 pacientes con enfermedades crónicas degenerativas terminales, para así poder brindar atención domiciliar, compuesto por geriatría, enfermería y trabajo social en la “sesión de ingresos”. (Picado, J et al. 2020).

En 1999 en Costa Rica, se da un programa por parte de; Amen, Alvarado y García con el propósito de capacitar a cuidadores de adultos mayores, con el afán de darles un adiestramiento a los cuidadores formales e informales, este programa desarrolla técnicas de dimensión multifactorial del curso de envejecimiento, nutrición, higiene, relaciones familiares, salud mental, autoestima, duelo, prevención de caídas e incidentes, al uso de medicamentos, sexualidad, farmacodependencia, recreación, estimulación de la capacidad funcional y políticas de derechos.

En el año 2002 Gamboa, Mora, Murillo, Rodríguez y Trejos idean un programa de adiestramiento y acompañamientos encaminado a cuidadores, donde se percataron que entre las secuelas principales del cuidado de pacientes con demencia está el síndrome del cuidador fatigoso que en el área de medicina es de interés estudiar sus implicaciones, así como presentaciones de formación para comprimir su impacto. Este síndrome se enfatiza como una consecuencia de la sobrecarga estipulada, lo que reduce la complacencia del trabajo realizado, así como la eficacia de atención ofrecida. (Chocrón, S. 2021)

### **1.1.2. Delimitación del problema.**

El presente trabajo de investigación se realiza mediante una revisión sistemática cualitativa descriptiva hacia los cuidadores formales e informales, mayores de 18 años, indiferentemente del sexo, que cuiden a un paciente adulto mayor que padece de alguna demencia, desde un contexto internacional, durante un periodo no mayor de 5 años, identificando los principales factores de riesgo y desarrollar estrategias para mejorar la calidad de vida y desempeño en el trabajo de estas personas.

### **1.1.3. Justificación.**

Lo que me motiva la elección de esta investigación es la intención complementar la poca investigación e información con respecto al fenómeno del cuidado informal y formal, como también profundizar sobre el Síndrome de Burnout en el cuidador de personas mayores con demencia. Hay aproximadamente un 58,5% de sobrecarga intensa en los cuidadores informales. (Bedoya, N et al. 2020). Entre el 57% y 81% son mujeres, esposas o hijas del enfermo con demencia. (Chen, Y. 2020) Y entre los cuidadores formales se dice que el 20,9% de los profesionales de la salud tiene altos niveles de estrés ocupacional y una mala calidad de vida. (Cruz, M. et al. 2019).

Este tema se debe de estudiar, ya que el manejo de un paciente demenciado sobrelleva una gran obligación y consecuencias en la esfera, psicológica, socioeconómica y laboral, y del estado de salud en general, que puede implicar negativamente en la calidad de vida del enfermo y del propio cuidador.

Este tema es de suma relevancia a nivel de salud pública nacional y global, ya que su investigación e intervención puede influir en la creación de políticas donde se pueden abordar temas relacionados con el síndrome de burnout, programas de apoyo preventivos y de intervención y recursos a esta población para así mejorar la salud mental en los cuidadores y el bienestar y calidad de cuidado de las personas a las que cuidan, en este caso a los adultos mayores con demencia.

Estas políticas también pueden involucrar a organizaciones internacionales y nacionales para desarrollar normas sobre el cuidado de personas mayores con demencia y el manejo del síndrome de Burnout en cuidadores y abogar por los derechos y bienestar de estos a nivel social, legal y económico. Tiene importancia a nivel económico y social, ya que se pueden reducir costos si se mejora la salud mental y calidad de vida en esta población, ya que se podrían prevenir futuras consultas, menos rotación de personal, por lo consiguiente se reducen gastos en contratación, capacitación y tratamientos médicos, ya sea por síntomas de burnout u otras afecciones.

En el ámbito social y familiar, es importante dar apoyo para así evitar el impacto en la dinámica familiar y carga social. Y social porque se reconoce la labor de esta población y si fomentamos el reconocimiento y educamos a la sociedad y a la familia, estos serían más empáticos y se promueve un cambio cultural con más apoyo y mejores relaciones en la dinámica familiares.

Con esta investigación la población que se va a ver beneficiada va a ser los cuidadores de adultos mayores con demencia y hasta los mismos adultos mayores demenciados, al proporcionarle al cuidador y al paciente la mejor calidad de vida, mejor manejo de sus enfermedades y bienestar en salud mental, reduciendo así costos médicos, tratamientos y rotación de personal en instituciones de cuidado como hospitales, asilos, entre otros. Darle mayor valor al rol de los cuidadores, promoviendo cambios culturales entre la sociedad y los familiares de estos, sensibilizando y hacer que tomen conciencia y ser más empáticos.

Es importante porque al tratar la problemática de esta población, y así garantizamos un mejor trato hacia el adulto mayor con demencia, con manejo más adecuado en su cuidado, tener más precisión en su tratamiento y menos errores, garantizarle mayor seguridad a la hora de abordarlos.

Así mismo, desarrollar programas de apoyo e investigación para la prevención y el manejo de este síndrome, aumentando las redes de apoyo, fomentando el conocimiento médico, para actualizar a los médicos y capacitar a profesionales de la salud, proporcionando datos de hallazgos que consiguen ser usados para mejorar las prácticas médicas y de cuidado. Formulación de políticas promoviendo un enfoque integral, sostenido y multidisciplinario para el cuidado de personas mayores con demencia.

## **1.2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa y como afecta su calidad de vida y salud mental, en los Estados Unidos en el periodo de 2014 a 2024?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

### **1.3.1. Objetivo general.**

Analizar las características del Síndrome de Burnout en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa en relación con su salud mental y calidad de vida en los Estados Unidos.

### **1.3.2. Objetivos específicos.**

1. Identificar las principales características del Síndrome de Burnout en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa en los Estados Unidos.
2. Determinar cómo afecta el Burnout en la salud mental de los cuidadores estadounidenses.
3. Examinar la relación entre Burnout y la calidad de vida en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa en los Estados Unidos. }

## **1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES.**

### **1.4.1. Alcances de la investigación**

Con la elaboración de esta revisión sistemática se trata de desarrollar los objetivos plantados previamente, se recopila información sobre las características de los cuidadores de pacientes adultos mayores con demencia neurodegenerativa en Estados Unidos en un periodo del 2014-2024, cuáles son las tareas que comúnmente realizan. Además, se abarca el tema de demencia neurodegenerativa, sus tipos, su clínica, diagnóstico y tratamiento para así saber a qué tipo de paciente tienen a su cargo estos cuidadores. Asimismo, discutir cómo afecta su calidad y vida y salud mental, convivir con este tipo de pacientes y desarrollar mejoras, recomendaciones, soluciones para así de esta forma mejorar su calidad de vida y optimizar el cuidado a estos pacientes.

#### **1.4.2. Limitaciones de la investigación.**

Entre las limitaciones experimentadas al elaborar esta revisión sistemática, se destaca la delimitación geográfica, la falta de artículos con evidencia científica a nivel nacional, donde mayormente predominaban artículos de Estados Unidos y Europa, siendo estas publicaciones de gran importancia clínica y con más evidencia científica

Otra barrera que dificultó la búsqueda fue que la mayoría de los artículos con evidencia científica iban dirigidos a cuidadores de personas con patologías diferentes a la demencia, como lo es en cuidadores de pacientes con cáncer.

El periodo de publicación de los artículos costarricenses seleccionados también fue un factor que influyó significativamente en la selección de los estudios necesarios para el desarrollo de este trabajo, por lo cual no se brinda evidencia suficiente para lograr un análisis completo y actualizado sobre la calidad de vida y salud mental en los cuidadores.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2.1. DEFINICIÓN DE DETERIORO COGNITIVO SUBJETIVO**

El deterioro cognitivo subjetivo (DCS) se define como las alteraciones en la memoria y otras funciones cognoscitivas que una persona experimenta, pero que no son observables en su evaluación neuropsicológica. Es decir, se refiere a la percepción del individuo del empeoramiento de su capacidad mental, que es realidad resulta no ser el caso, ya que en los chequeos médicos pertinentes no se observan un deterioro considerable. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

El DCS es el nombre dado a unos problemas potencialmente reversibles en la cognición en su fase más proximal. Cabe resaltar que no todos los participantes son susceptibles a un avance progresivo del DCS a problemas más serios, como lo son los trastornos cognitivos de tipo leve o la demencia. No obstante, el trastorno, en especial, cuando se evalúa bajo el contexto de la posibilidad de ser un síntoma del riesgo, debe ser observado con atención. (Fortea, J. et al. 2018)

## **2.2. DEFINICIÓN DE DETERIORO COGNITIVO LEVE**

El deterioro cognitivo leve (DCL) es una afección médica en la que un individuo presenta una reducción notable en las habilidades cognitivas superiores, como la memoria, el razonamiento y el pensamiento, que es más acentuada de lo anticipado para su edad, aunque no lo suficientemente grave como para afectar de manera considerable las actividades cotidianas de una vida independiente, a diferencia de la demencia. El DCL es visto como una fase intermedia entre el envejecimiento cognitivo habitual y la demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer. (Allegri, R. et a. 2017)

### **2.3. DEFINICIÓN DE DEMENCIA**

La demencia puede ser determinada como un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro significativo de las capacidades cognitivas, que obstaculiza las habilidades del individuo para poner en práctica sus actividades profesionales o sociales, es independiente de la presencia de cambios en el nivel de conciencia (es decir, no sucede debido a un estado confusional agudo o delirio) y es ocasionada por una enfermedad que afecta al sistema nervioso central. Suele ser de evolución lenta, progresiva e irreversible, puede instalarse de manera aguda o subaguda y ser reversible con el tratamiento específico de la enfermedad que la causa, cuando este es disponible y administrado precozmente. (Fortea, J. et al, 2018)

### **2.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEMENCIA**

La demencia constituye una de las principales razones de discapacidad en la senectud y es el principal indicativo de dependencia (requerir un cuidador o asistencia de otros). Es una condición que afecta profundamente a quien la sufre en todos los aspectos de su existencia, incluyendo el social, familiar, físico, psicológico y económico, perjudicando de este modo su calidad de vida. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

La prevalencia de una enfermedad se describe como el número total de personas afectadas por una enfermedad en un período específico. En tanto que la incidencia se refiere a la cantidad total de casos nuevos durante un período específico. En la actualidad, se estima que a nivel global hay 57 millones de individuos que padecen algún tipo de demencia, de los cuales 10 millones son diagnosticados anualmente. (Organización Mundial de la Salud, 2025)

En una revisión sistemática que aplica la declaración PRISMA, la tasa de prevalencia de la demencia tipo Alzheimer presentó datos epidemiológicos de 2.8 y 3.9% en edades de 75 años a 79 años, y entre 7,2 y 34,1% en personas que sobrepasan la edad de 85 años en Europa y Estados Unidos. Y se ha informado que la tasa de incidencia en los Estados Unidos es del 16.8% entre los 45 y 65 años, un 2.3 y 16.8% entre 65 y 74 años, y un 2.4 a un 4.3% en personas de 75 a 79 años. (Barea, A. et al. 2023)

En el 2019 se clasificó que la demencia era la tercera causa de muerte en las Américas, produciéndose así 22,3 muertes por cada 100.000 habitantes. Así mismo, es la decimo cuarta causa de años de vida perdidos por mortalidad prematura. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

## **2.5. TIPOS DE DEMENCIAS**

Entre los tipos de demencia, el 57% de los casos están relacionados a la enfermedad de Alzheimer, 6.4% son de demencia vascular, un 5.2% son casos de demencia con cuerpos de Lewy y 3.9% están relacionados con la degeneración lobular frontotemporal y otros. (Forteza, J. et al, 2018)

### **2.5.1. Enfermedad de Alzheimer**

Es un desorden neurodegenerativo, su principal característica patológica es la presencia de placas extracelulares de péptidos amiloides- $\beta$ , que son formas intracelulares hiperfosforiladas de la proteína TAU que integran marañas neurofibrilares, acompañadas de pérdida sináptica y neurona. (Cárdenas, M. et al. 2022)

### **2.5.2. Demencia Vascolar**

Es el segundo tipo de demencia más frecuente, causado por un deficiente aporte sanguíneo al cerebro, resultante de múltiples pequeños accidentes cerebrovasculares ocasionados por la lipohialinosis en las paredes vasculares, los micro ateromas en el inicio de estas arterias o la arterioesclerosis hialina, o por un único evento cerebrovascular que corta el flujo sanguíneo, lesionando el tejido cerebral y afectando su funcionamiento. (Bayona, H. 2019)

Entre las causas se encuentran los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad de pequeños vasos, la hipertensión, la diabetes mellitus, el colesterol elevado, las enfermedades cardíacas y el consumo de tabaco. (Organización Panamericana de la Salud, 2021)

### **2.5.3. Demencia Frontotemporal**

Es la tercera razón más usual de demencia neurodegenerativa. Incluye varios síndromes clínicos que surgen de la neurodegeneración de los lóbulos frontales y/o temporales, generalmente como consecuencia de una atrofia focal variada. Dependiendo de los síntomas más destacados, se caracteriza por una alteración del lenguaje (afasia progresiva no fluida y demencia semántica o afasia progresiva primaria semántica). (Carrizales, J. et al. 2018)

### **2.5.4. Demencia de Cuerpos de Lewy**

Es un acaparamiento anormal de proteínas llamadas "cuerpos de Lewy", que están formados por alfa-sinucleína que en el cerebro se almacenan en las células cerebrales, conocidos como neuronas. Esta afección da un tipo de demencia progresiva, que a su vez afecta principalmente el pensamiento, la memoria, el movimiento y el comportamiento. (Martín, M. 2022)

### **2.5.5. Enfermedad de Huntington**

Es una “enfermedad neurodegenerativa”, lo que significa que causa la muerte progresiva de las células nerviosas en el cerebro (Hersh, S & Shannon, K. 2015). Se subdivide en tres categorías principales:

- a. Síntomas motores: Son síntomas que son sencillos de reconocer, como la corea, que son tendencia a movimientos involuntarios, bruscos y descoordinados, rigidez de los músculos y dificultad para hablar y tragar.
- b. Síntomas cognitivos: Disminución de la capacidad de planificación, pérdida de memoria, conflictos para la toma de decisiones y problemas de concentración.
- c. Síntomas psiquiátricos: Depresión, ansiedad y cambios en la personalidad, se vuelven más irritables, agresivos e impulsivos.

## **2.6.FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA**

### **2.6.1. Factores de riesgo no modificables según la OMS (OMS, 2025)**

- a. Edad: La incidencia se dobla cada diez años después de cumplir los 60 años de edad y sigue aumentando en personas mayores de 85 años, convirtiéndose así en un factor de riesgo importante para la demencia
- b. Factores genéticos: Si existe antecedentes familiares de algún tipo de demencia de aparición temprana o en varios miembros de la familia, la probabilidad de riesgo de padecer aumenta. El ligero aumento en la probabilidad se debe a variaciones leves en algunos genes que participan de diferente manera en el proceso de la enfermedad, por ello se llaman genes de riesgo. Como por ejemplo en la enfermedad de Alzheimer, que hay una alteración en el gen APOE.

- c. Deterioro cognitivo leve: Es considerado un factor de riesgo y un predecesor de la demencia. Sobre todo, tomando en consideración que no todos los pacientes con deterioro cognitivo leve tienden a demencia. (No es FR como tal sino una fase previa)
- d. Diabetes mellitus: Si bien los niveles de azúcar en sangre podrían disminuir y convertirlo en un riesgo modificable, se sabe que la diabetes mellitus es una enfermedad crónica irreversible. Ciertos estudios prospectivos de cohorte de base poblacional de relevancia han concluido que la diabetes está asociada con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Una revisión sistemática de 14 estudios encontró que la diabetes está asociada con un aumento de 50 a 100 por ciento en el riesgo de enfermedad de Alzheimer y de demencia en general, y un 100 a 150 por ciento mayor riesgo de demencia vascular.

### **2.6.2. Factores de riesgo modificables según la OMS (OMS, 2025)**

- a. Factores de riesgo cardiovascular: Estos se han vinculado con el deterioro cognitivo, así como a la enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia vascular de manera individual. La evidencia más relevante de la asociación entre estos factores de riesgo y deterioro cognitivo en la vejez se han encontrado en los estudios que establecen el factor de riesgo en la mediana edad en lugar de la edad avanzada.
- b. Hiperlipemia: Revisiones sistemáticas de estudios prospectivos descubrieron efectos confrontados para la relación entre las cifras de colesterol en la mediana edad y en edad avanzada y la demencia. En tanto que unos estudios de observación propusieron que las estatinas utilizadas para tratar la hipercolesterolemia pueden reducir el riesgo de demencia, una revisión Cochrane y revisiones sistemáticas no encontraron evidencia al respecto. El efecto hasta ahora no se encontró en estudios de cohortes de alta calidad.

- c. Hipertensión de la mediana edad: Metaanálisis de estudios clínicos y estudios prospectivos de observación, nos indicaron una relación constante entre la hipertensión y la demencia; hay más evidencia de un vínculo con el deterioro cognitivo no especificado. Una revisión sistemática de metaanálisis, estudios de observación y estudios aleatorizados controlados halló que los tratamientos antihipertensivos pueden reducir el riesgo de deterioro cognitivo; un metaanálisis de estudios longitudinales llegó a la conclusión opuesta. Al igual que con la obesidad, los estudios demuestran que la hipertensión de aparición más tardía en la vida podría proteger contra el deterioro cognitivo en lugar de exponer.
- d. Tabaquismo: Dejar de fumar puede reducir el riesgo asociado a niveles comparables a los de aquellos que no han fumado. Un estudio de una gran cohorte multiétnica encontró que el tabaquismo intenso en la mediana edad casi duplicó el riesgo de demencia en la ancianidad.
- e. Aislamiento social y depresión

### **2.6.3. Factores protectores:**

- a. Alimentación: La dieta mediterránea (poca carne roja, cuantiosos granos enteros, nueces, frutas y verduras, pescado y aceite de oliva) o la mezcla de dieta mediterránea-DASH (dieta para combatir la hipertensión) sugieren una relación entre estas dietas y su protección en la disminución del riesgo. Esto demostrado en estudios de cohortes.
- b. Alcohol: si bien es conocido que el consumo de alcohol excesivo conlleva a efectos negativos a la salud, aún más ocasionado caídas en los adultos mayores, hay un estudio de metaanálisis prospectivos de estudios de casos y controles realizado en adultos mayores hacen mención que el consumo de alcohol en cantidades ya sean pequeñas o moderadas pueden disminuir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia.

- c. Participación social: Algunos estudios han comprobado que las actividades sociales, redes sociales y antecedentes de uniones sociales se relacionan con una excelente función cognitiva y menor riesgo de deterioro cognitivo.
- d. Entrenamiento cognitivo: Una revisión Cochrane halló tres docenas de estudios aleatorizados controlados sobre intervenciones de entrenamiento cognitivo que mostraban mejorías en la memoria inmediata y remota entre los pacientes del grupo de intervención en relación con los del grupo control.
- e. Actividad física: Se han evidenciado que la actividad física se asocia con disminución del riesgo de deterioro cognitivo o mejoría de la función cognitiva, de memoria, atención, cognición global y funciones ejecutivas. Los estudios demuestran que el ejercicio debe ser regular y tender a ser intenso. (Cristalli, D. et al. 2020)

## **2.7.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMENCIA**

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, se establece los criterios más utilizados y certeros para el diagnóstico de la demencia. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La DSM-V cambió el termino de trastornos mentales orgánicos a trastorno neurocognitivo, estos dividiéndose en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. La DSM-V reitera que un solo déficit cognitivo, ya sea en la memoria o en el lenguaje, no es significativo para diagnosticar demencia. Se requiere desorganización en los siguientes dominios; atención compleja, funciones ejecutivas (planificación, toma de decisiones, memoria de trabajo, corrección de errores y flexibilidad mental), aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades motoras y reconocimiento social. (López, J. et al. 2016)

En la undécima versión de los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE11), sugiere que debe de preexistir un deterioro de memoria que interfiera con sus actividades de vida diaria y que, además dicha afección este presente por al menos seis meses. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022)

***TABLA 1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V DE TRASTORNOS  
NEUROCOGNITIVOS MENORES***

<p>A. Evidencia de un declive cognitivo modesto desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de uno de los dominios cognitivos referidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive modesto en las funciones cognitiva.</li> <li>2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de una a dos desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente</li> </ol>
<p>B. Los déficits cognitivos son insuficientes para interferir con la independencia (p. ej., actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o de dinero), pudiendo ser preciso esforzarse más, utilizar estrategias compensatorias o hacer una acomodación para mantener la independencia</p>
<p>C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium</p>
<p>D. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)</p>

Fuente: American Psychiatric Association

**TABLA 2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V DE TRASTORNOS  
NEUROCOGNITIVOS MAYORES**

<p>A. Evidencia de un declive cognitivo sustancial desde un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos referidos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preocupación del individuo, de un tercero informado o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas.</li> <li>2. Declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en los tests del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica reglada o ante una evaluación clínica equivalente</li> </ol>
<p>B. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia (p. ej., requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de medicación o dinero)</p>
<p>C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium</p>
<p>E. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)</p>

Fuente: American Psychiatric Association

**TABLA 3 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA DE CUALQUIER ETIOLOGÍA**

<p>1. Demencia diagnosticada cuando están presentes síntomas cognitivos o de comportamientos neuropsiquiátricos que:</p> <p>1.1. Interceptan con la habilidad laboral o en actividades usuales.</p> <p>1.2. Simbolizan deterioro con correlación al nivel funcional y al trabajo anterior del paciente.</p> <p>1.3. No consiguen ser explicados por delirium (estado confusional agudo) o por otra enfermedad psiquiátrica mayor.</p>
<p>2. El deterioro cognitivo es revelado y diagnosticado por medio de la composición de:</p> <p>2.1. Historia clínica con el paciente e informante que conozca la historia.</p> <p>2.2. Valoración cognitiva objetiva, mediante test breve del estado mental o examen neuropsicológico. El examen neuropsicológico debe ser ejecutado cuando la anamnesis y el examen cognitivo breve verificado por el médico no sean convenientes para diagnosticar el cuadro con certeza.</p>
<p>3. Los déficits cognitivos o de comportamiento influyen por lo menos dos de los siguientes dominios:</p> <p>3.1. Memoria: Pérdida en la aptitud para alcanzar o recordar informaciones recientes, con síntomas que contienen: repetición de las mismas preguntas o asuntos, olvido de sucesos, citas o del lugar en donde ha reservado objetos personales.</p> <p>3.2. Funciones ejecutivas: Afección en la aptitud de razonamiento, conflicto para ejecutar tareas complicadas con síntomas tales como: inadecuada comprensión de situaciones de riesgo, disminución de la aptitud para manipular finanzas, tomar decisiones y proyectar actividades secuenciales o complicadas.</p>

3.3.Habilidades visuales - espaciales, con síntomas que incluyen: Imposibilidad para registrar rostros u objetos comunes, para hallar objetos en el campo visual, problema para tocar utensilios, para vestirse, que no pueden ser reveladas por deficiencia visual o motora.

3.4.Lenguaje (expresión, comprensión, lectura y escritura), con síntomas que incluyen: Conflicto para localizar y/o percibir palabras, errores para hablar y escribir, con cambio de palabras o fonemas, que se les impide ser manifestados por déficit sensorial o motor.

3.5.Personalidad o conducta, con síntomas que envuelven variaciones del humor (labilidad, fluctuaciones no específicas), agitación, apatía, desinterés, aislamiento social, pérdida de empatía, desinhibición, conductas obsesivas, compulsivas o socialmente inadmisibles.

Fuente: McKhann et al

## **2.8.DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA**

La clínica es el principal componente para el diagnóstico, el cual se basa en la historia clínica, la exploración física amplia y la evaluación neuropsicológica y funcional. (A.D.E.A.R., 2024).

Lo más importante y primero que se debe diagnosticar es el origen que me está provocando un deterioro cognitivo, ya que está en una afección con múltiples etiologías, desde un trauma, infecciones, causas metabólicas, vasculares, autoinmunes, relacionada con tumores, entre otros, que en muchos de los casos son causa reversible. Y saber distinguirla de causas neurodegenerativa que comúnmente son irreversibles. (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2024)

La historia clínica es el paso inicial para el diagnóstico, preguntar por antecedentes personales (polifarmacia, abuso de alcohol, drogas, exposición a tóxicos, factores de riesgo cardiovascular, traumas y problemas psiquiátricos o neurológicos), antecedentes sociales (escolarización y grado educativo) y familiares (delirium o síndrome de Down). Asimismo, se debe de preguntar hace cuanto tiempo iniciaron los síntomas elementales, cuál ha sido el progreso de evolución y la secuencia de aparición de los otros síntomas, son a menudo más importantes para el diagnóstico patológico lógico que las señales observadas en las exploraciones físicas y neurológico.

Es de suma importancia recolectar detalladamente la información de la forma de comienzo (aguda o gradual), tiempo de evolución (meses), curso (progresivo, fluctuante, escalonado), síntoma inicial, y sintomatología actual, si existen o no trastornos conductuales asociados o afección sobre las actividades cotidianas. En este tipo de pacientes con deterioro cognitivo es difícil la recolección de información fehaciente, resultando de gran importancia obtenerla a través de terceras personas de preferencia, un familiar o cuidador, convirtiéndose este en un pilar fundamental en el proceso diagnóstico. (Lemos, Y. 2023)

Como segundo paso se deberá realizar siempre una exploración física para así detectar o descartar presentación atípica de signos de enfermedades sistemáticas con impacto en la función cognitiva seguidamente de una minuciosa exploración neurológica lo más completa que sea posible, en búsqueda de signos de localización, alteraciones en la marcha, extrapiramidalismo de liberación frontal, lenguaje, entre otros. (Carillo, P. 2016)

La valoración neuropsicológica es una de las acciones más significativas para el diagnóstico diferencial de las demencias. Esta valoración puede perpetuarse de forma ordenada y estandarizada, apoyándose de cuestionarios, exámenes y/o de forma abierta mediante tests seleccionadas en función de los déficits que vayamos encontrando en el paciente.

La evaluación neuropsicológica puede alcanzar diferentes niveles de extensión y detalle según la complejidad de los instrumentos que se apliquen. (Pérez, M. 2018)

- a. Escalas cognitivas concisas. Las herramientas de detección son instrumentos breves, fáciles, de estudio rápido y sin requerir extensas normas de uso, que ofrecen información inicial y distinguida. Entre estas herramientas se incluye el Mini Mental State Examination de Folstein; otros ejemplos son el Mental Status Questionnaire de Khan, el test del reloj de Shulman, el Short Portable Status Questionnaire y el Cognitive Capacidad Screening Examination.

En esta sección se podrían incluir, únicamente con un fin esquemático, las entrevistas estructuradas al informante. Entre ellas resalta el Informant Questionnaire sobre el Declive Cognitivo en Ancianos (IQCODE). Los resultados indican una baja atribución de variables como la edad, el nivel educativo y la inteligencia previa del individuo. La eficacia diagnóstica de esta prueba para la demencia leve es incluso más alta que la del MMSE. (Abizanda, P. et al. 2020)

- b. Escalas para evaluar la funcionalidad. Para determinar el efecto del deterioro cognitivo en el comportamiento diario, se necesitan herramientas de valoración funcional, que son clave para la correcta gestión clínica del paciente. La versión alterada del índice de Blessed o el Cuestionario de Evaluación Funcional se sugiere como herramientas habituales en la apreciación de las diligencias de la vida diaria.

Otras escalas utilizadas son las escalas de Barthel, índice de Katz, la escala FAST, escala de deterioro global y escala de demencia funcional. (Fundación Pasqual Maragall, 2023.)

- c. Pruebas neuropsicológicas. Las baterías breves son, de hecho, escalas cognitivas amplias que organizan una evaluación general del estado mental. El CAMDEX incluye un amplio instrumento (CAMCOG) para la evaluación cognitiva. Otra herramienta muy utilizada es la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer (ADAS) en sus versiones cognitivas y no cognitivas. Entre las baterías más completas y variadas se encuentran el Protocolo de Examen Neuropsicológico Óptimo (PENO). (Pérez, M. 2018).
- d. Evaluación del desarrollo. Para la estadificación de déficit se han utilizado diversos instrumentos, la mayoría de ellos derivados del análisis evolutivo de la enfermedad de Alzheimer. A pesar de su origen, en general, pueden ser también utilizados para otras clases de demencia. Es evidente la importancia de clasificar las diferentes etapas de la demencia, ya que contribuyen al diseño del tratamiento y a la organización de los cuidados. No obstante, este aspecto contrasta con la dificultad que representa la significativa heterogeneidad de la enfermedad, tanto por sus diversas etiologías como por la propia manifestación clínica.

Por consiguiente, la diferenciación en etapas no siempre resulta tan sistemática como se podría desear. Entre los instrumentos de estadificación global utilizados en clínica están el Clinical Dementia Rating (CDR), el Functional Assessment Staging (FAST) y el Global Deterioration Scale (GDS). Entre los instrumentos empleados en ensayos clínicos se encuentran el Clinical Global Impression of Change (CGIC) y el Clinician Impresión de cambio basada en entrevistas (CIBIC).

- e. Evaluación del comportamiento. La creación de herramientas para evaluar los trastornos psicológicos y de conducta ha ocurrido de manera muy reciente. La mayoría de las escalas se fundamentan en la observación directa de pacientes con demencia o en los datos recolectados de los cuidadores. Algunas escalas evalúan de manera general los síntomas no cognitivos, como el Neuropsychiatric Inventory de Cummings (NPI) o la Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD).

Otras escalas evalúan síntomas específicos, como la depresión con la Cornell Scale for Depression in Dementia, los síntomas psicóticos mediante la Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's Disease y la agitación con el Cohen-Mansfield Agitation Inventory. (Abizanda, P. et al. 2020)

- f. Exámenes adicionales. Las pruebas de laboratorio sugeridas por varias guías clínicas incluyen: hemograma, electrolitos, calcio, glucosa, perfil hepático, renal y tiroideo, además de vitamina B12. (Nelson, A. 2022)

Entre las pruebas complementarias se abarcan otras evaluaciones de neuroimagen estructural y funcional, así como análisis bioquímicos y genéticos.

1. Neuroimagen estructural: Aunque no hay acuerdo, las pruebas de imagen suelen ser sugeridas como métodos complementarios de rutina en pacientes con demencia, con el propósito de realizar un diagnóstico diferencial con posibles lesiones estructurales que se pueden tratar. La edad menor de 65 años, la presencia de síntomas neurológicos focales, problemas de marcha o incontinencia urinaria, y la duración breve de los síntomas (< 2 años) son indicativos predictivos de una etiología reversible, aunque la sensibilidad y especificidad son limitadas.

Se ha registrado que la tomografía axial computarizada (TAC) presenta una sensibilidad y especificidad moderadamente alta en la identificación de lesiones estructurales potencialmente reversibles, tales como tumores, hematomas subdurales e hidrocefalia, aunque la posibilidad de encontrar lesiones que se puedan corregir quirúrgicamente es baja (5-15%).

La resonancia magnética (RM) tiene mayor sensibilidad para detectar pequeños infartos, lesiones periventriculares y profundas de sustancia blanca, aunque es menos específica para reconocer enfermedades cerebrovasculares significativas. Su principal indicación es medir la atrofia, especialmente en la región entorrinal y el hipocampo, y se aconseja también cuando los hallazgos clínicos indican daño estructural y el TAC no muestra cambios relevantes.

2. Neuroimagen funcional: La tomografía computarizada por emisión de fotografías simples (SPECT) y la tomografía por emisión de positones (PET) son recursos útiles en el diagnóstico diferencial, especialmente entre la demencia tipo Alzheimer y otros tipos como la demencia frontotemporal y la demencia con cuerpos de Lewy difusos. Aunque en la actualidad hay pocos estudios que comparen ambas técnicas, es probable que el PET sea más sensible debido a su mejor resolución espacial. El PET presenta como desventajas la complejidad técnica y los altos costos, mientras que el SPECT es más accesible y está disponible en la práctica clínica. En resumen, estas técnicas no se pueden sugerir como herramientas diagnósticas en la evaluación inicial ni en el diagnóstico diferencial de individuos con demencia.
3. Investigaciones genéticas: Se han identificado cuatro genes asociados con la EA, el gen que codifica la proteína precursora de amiloide (APP), las presenilinas (PS1 y PS2) y

la apolipoproteína E (ApoE). El genotipo de ApoE, por sí mismo, no presenta una sensibilidad ni especificidad adecuada para el diagnóstico de EA (sensibilidad 0,23-0,59 y especificidad 0,59-0,84), aunque su combinación con criterios clínicos mejora su sensibilidad y especificidad.

Asimismo, se ha señalado que la ApoE está relacionada con otras demencias que no son EA. En la actualidad se considera, aunque esto no está claramente confirmado, que la ApoE podría estar relacionada con procesos neurodegenerativos vinculados al envejecimiento, más que actuar como un marcador específico de EA, y por lo tanto, tiene poca relevancia en el diagnóstico diferencial

4. Marcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR): La exploración de productos metabólicos en LCR asociados con la proteína beta-amiloide y la proteína tau contribuye a mejorar la precisión en el diagnóstico de la EA. En la EA se ha registrado una disminución de A $\beta$ 42 en el LCR en un elevado porcentaje de pacientes.

La t-Tau, p-Tau, y A $\beta$ 42 en el LCR, que han mostrado una precisión de entre el 85 y el 90%. Además de estos marcadores conocidos y basándonos en la evidencia científica, la NFL se postula como un nuevo biomarcador. Del mismo modo, la neurogranina en el LCR ha arrojado resultados prometedores, ya que posee una gran especificidad y un gran tamaño de efecto, aunque es necesario realizar más estudios para verificar su precisión y utilidad. (Ardanaz, C. et al. 2021)

## 2.9. TRATAMIENTO DE DEMENCIA

### 2.9.1. Tratamiento sintomático

El tratamiento colinérgico abarca varias opciones, tales como acrecentar la cantidad del precursor, inhibir la colinesterasa, estimulación directa del receptor colinérgico y estimulación colinérgica indirecta. Lamentablemente, gran parte de estas alternativas fueron rechazadas debido a su impacto tóxico. El único grupo con un desarrollo significativo es el de los inhibidores de acetilcolinesterasa. (Fundación Pasquel Maragall. 2020)

El donepezilo actúa como un inhibidor reversible y selectivo de la acetilcolinesterasa. Tiene una vida plasmática prolongada, lo que brinda la primacía de reducir las consecuencias periféricas y conseguir administrarse una vez al día. Esta situación tiene la necesidad de considerarse en el suceso de una cirugía, ya que el tiempo de limpieza es bastante extenso. El tratamiento comienza con 5 mg/día, tomados antes de ir a dormir, aumentando la dosis a 10 mg/día después de seis u ocho semanas. Sus consecuencias negativas oscilan entre el 10 y el 20% e incluyen náuseas, vómitos, diarrea y dificultades para dormir. En varios estudios se detecta una reducción del 4,1% en la calificación de la ADAS-Cog. (Birks, JS. & Harvey, RJ. 2018)

La rivastigmina es un inhibidor congruentemente específico y pseudoirreversible de la acetilcolinesterasa, con una vida media en plasma de alrededor de 10 horas. Este medicamento ha evidenciado una selectividad relativamente alta por el subtipo de acetilcolinesterasa G1 que está presente en grandes cantidades en el cerebro de pacientes con Alzheimer. Este medicamento se toma dos veces al día, iniciando con una dosis ascendente de 3 mg/día durante seis a ocho semanas, que luego se siguen con dosis de 6, 9 y 12 mg/día. En varios estudios se ha observado una reducción del 5,4% en la puntuación del ADAS-Cog con las dosis más elevadas del medicamento. (Patel, P & Gupta, V. 2023)

La galantamina actúa como un inhibidor selectivo y competitivo de la acetilcolinesterasa. Otra acción farmacológica es su modulación alostérica de los receptores nicotínicos, promoviendo la transmisión colinérgica mediante la estimulación presináptica. El medicamento debe ser administrado cada 12 horas. La dosis segura varía entre 16 y 24 mg/día, iniciando con 8 mg/día e incrementando la dosis mensualmente. Recientemente, se ha dado a conocer la efectividad de la galantamina en el manejo de la demencia vascular y en pacientes con deterioro cognitivo y enfermedad cerebrovascular. (Lim, A. Et al. 2024).

La memantina influye en el sistema glutamatérgico, el principal neurotransmisor excitotóxico en el cerebro. La memantina actúa como un antagonista específico de los receptores NMDA dependientes de voltaje, con afinidad y de manera no competitiva. Sus propiedades de enlace al receptor NMDA son muy parecidas a las del magnesio, que actúa como el bloqueador fisiológico del canal catiónico. El uso de memantina genera una mejora considerable en las habilidades funcionales de pacientes con demencia grave, y dicha mejora tiene importancia clínica; adicionalmente, estos efectos se observan en diversos tipos de demencias. La dosis administrada de memantina es de 10 mg diarios por vía oral y generalmente se tolera bien. (Debarros, J. et al. 2019).

### **2.9.2. Tratamiento de los trastornos de conducta:**

Los problemas de comportamiento en pacientes con demencia representan la realidad más desgarradora y tangible que afrontan los enfermos, sus familiares y los profesionales de la salud. La International Psychogeriatric Association (IPA) considerando la extensa evolución de esta enfermedad y el rápido deterioro que genera, propone el abordaje de los síntomas conductuales y confiar en el posible beneficio del tratamiento para los síntomas cognitivos. (Rodríguez, L & Shaban, A. 2019)

Al emplear medicamentos para tratar y manejar los síntomas conductuales, es necesario considerar los siguientes interrogantes: ¿el síntoma justifica el uso de fármacos?, ¿hay riesgos involucrados?, ¿es un síntoma que responde a los medicamentos?, ¿cuál es el grupo?, de fármacos más idóneos para ese síntoma específico?, ¿qué efectos secundarios potenciales y previsibles se pueden esperar?, ¿por cuánto tiempo debe continuarse el tratamiento?

Entre los diversos grupos de fármacos empleados en el tratamiento de la sintomatología conductual y psicológica se incluyen los antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos y antiepilépticos. Los adultos mayores, en términos generales, y especialmente aquellos con demencia, tienen una menor tolerancia y son más propensos a los efectos secundarios. (Rodríguez, L & Shaban, A. 2019)

**a. Antipsicóticos típicos:**

Los antipsicóticos han mostrado efectividad en el manejo de los síntomas psicóticos. Asimismo, ha manifestado eficacia de la agitación y de síntomas conductuales. El empleo de antipsicóticos típicos o convencionales están en declive en la experiencia clínica debido a su tendencia a provocar efectos secundarios. (Hajjar, E. et al. 2023.)

Los principales efectos adversos de los antipsicóticos típicos son: extrapiramidales (resultado de su acción bloqueada sobre los receptores de dopamina D2 en las vías nigroestriales), hiperprolactinemia (bloqueo D2 en la vía tuberoinfundibular), acción anticolinérgica (influencia en los receptores muscarínicos), que genera agitación, confusión y, particularmente, en personas con demencia, un deterioro en la función cognitiva, además de efectos periféricos como sequía bucal, estreñimiento, retención urinaria y glaucoma, así como efectos antiadrenérgicos (bloqueo de los receptores adrenérgicos alfa-1) que provocan hipotensión ortostática. (Chokhawala, K & Stevens, L. 2023)

La administración de neurolépticos clásicos, como haloperidol y tioridazina, se desaconseja en términos generales y, en el caso de la tioridazina, se prohíbe en pacientes ancianos con demencia debido a su elevado potencial tóxico, que puede ocasionar síntomas extrapiramidales en más del 30% de los pacientes y un efecto sedante. (Dichter, M. et al. 2021)

**b. Antipsicóticos atípicos:**

El uso de los neurolépticos atípicos ha representado un gran progreso en el tratamiento y, especialmente, en la gestión de los efectos secundarios. Este conjunto de medicamentos ha mejorado el perfil de protección y tolerancia en equiparación con los convencionales y presentemente son los fármacos preferidos en el manejo de los síntomas conductuales y psicóticos en personas geriátricos con enfermedad demencial.

A una eficacia comparable se le suma un perfil de consecuencias adversas más favorable y un impacto reducido en la aptitud cognitiva, así como en la competencia general de los pacientes con demencia avanzada. Las últimas noticias sugieren que los neurolépticos podrían aumentar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. (Ballard CG. et al. 2016)

***TABLA 4 ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS UTILIZADOS EN DEMENCIAS***

Clozapina	La clozapina es el modelo de antipsicótico atípico que ha probado su gran eficacia en el manejo de síntomas psicóticos, aunque tiene efectos secundarios significativos que pueden impactar más en la población geriátrica. Entre estos se destacan la neutropenia, la agranulocitosis y efectos anticolinérgicos. La dosis máxima en personas mayores no debería sobrepasar los 200 mg/día. (Dima, L. et al. 2018)
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Risperidona	<p>La risperidona, a disconformidad de los antipsicóticos tradicionales, actúa como antagonista de los receptores dopaminérgicos D2 y, debido a su componente ritanserina, también tiene acción como antagonista de los receptores 5-HT2. Habitualmente, carece de secuelas anticolinérgicas, por lo que no afecta negativamente la función cognitiva del paciente con demencia. La inhibición de la dopamina ocurre de manera mucho más progresiva que la llevada a cabo por los clásicos, lo que posibilita su efectividad tanto en la sintomatología psicótica como en la conductual, con un perfil de efectos secundarios extrapiramidales notables menores. Al antagonizar los receptores serotoninérgicos, la risperidona ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de los síntomas afectivos y en la mejora de la calidad del sueño. (Anciones, C. et al. 2023).</p> <p>Un estudio que analizó la efectividad y seguridad de la risperidona a dosis de 0,5-2 mg/día obtuvo una disminución de los síntomas sin deterioro cognitivo en balance con el placebo. En dosis elevadas, alcanzan a manifestarse efectos secundarios como hipotensión ortostática y aparición de síntomas extrapiramidales.</p> <p>La risperidona es el único medicamento antipsicótico atípico que está capacitado en la actualidad para adultos mayores demenciados. (Anciones, C. et al. 2023).</p>
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Olanzapina	Es un antagonista de los diversos receptores dopaminérgicos D2 y de los serotoninérgicos 5HT2. La olanzapina, en la industria clínica, presenta diversas primacías, como su reducido riesgo de secuelas extrapiramidales o de prolongación del intervalo ST. Asimismo, las dosis sugeridas para pacientes con demencia son reducidas. Curiosamente, dosis superiores a 10 mg son menos efectivos y no han mostrado una distinción significativa con respecto al placebo. (Cunningham, C & Macfarlane, S. et al. 2021)
Quetiapina	Presenta una reducida afinidad hacia los receptores D1, D2 y 5HT2, y una afinidad moderada por los receptores adrenérgicos alfa-1 y alfa-2. Manifiesta una labor bastante particular sobre el sistema mesolímbico, sin elevar los niveles de prolactina sérica ni provocando secuelas adversas extrapiramidales en dosis inferiores. (Fernández, C. et al. 2022)
Ziprasidona	Es el neuroléptico más reciente autorizado en España. Tiene un número reducido de consecuencias secundarias, casi nula acción anticolinérgica y una incidencia mínima de secuelas extrapiramidales. El superfilo sobre los receptores le otorga una tarea antidepresiva particular. La farmacocinética no cambia según la edad o el género. El rango de dosis apropiado es de 40-120 mg/día. La indagación presentada actualmente sobre su efectividad y seguridad en la población mayor es limitada, al igual que sobre su uso en pacientes con demencia. (Food and Drugs Administration, 2014)

Amisulpride	Posee una selectividad que varía según la dosis de los receptores presinápticos D4 y postsinápticos D2. A dosis menores a 300 mg/día, muestra alta afinidad por los receptores autoinhibitorios D4, lo que genera la liberación de dopamina en el espacio sináptico. En dosis más elevadas, inhibe los receptores postsinápticos D2, con cierta preferencia por las áreas límbicas en vez de las estriatales, lo que resulta en una menor aparición de efectos extrapiramidales. El efecto secundario más importante es el aumento de prolactina. (Agarwal, N. et al. 2017).
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Tabla de elaboración propia.

### c. Ansiolíticos:

El empleo de ansiolíticos puede ser beneficioso para pacientes que padecen demencia y presentan síntomas de ansiedad. Distintos síntomas que pueden aliviarse son el insomnio, ciertas condiciones de ansiedad y agitación, así como algunos trastornos conductuales de menor importancia. Las benzodiazepinas como oxacepam o lorazepam, son la opción inicial, sin embargo solo se recomiendan a corto plazo ya que pueden producir somnolencia, mareos, caídas y confusión. (Anderson, M. et al. 2016)

### d. Antidepresivos:

La principal indicación de los antidepresivos en la demencia es abordar los trastornos depresivos que pueden surgir en cualquier etapa de la enfermedad. Las secuelas positivas de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) acerca de la impulsividad y la conducta compulsiva observadas en otros contextos clínicos logran ser empleados con éxito razonable para gestionar la agitación y la agresividad, de mismo modo con ciertas conductas

repetitivas. Los ISRS, en particular el citalopram reduce la producción de amiloide. Gracias a su eficacia clínica y su perfil de seguridad, los antidepresivos son considerados fármacos de primera línea de tratamiento de la depresión en pacientes con demencia. (Alexopoulos, G & Solomonov, N. 2019).

La trazodona merece especial atención, ya que tiene propiedades sedantes, lo que la transforma en una opción para manejar la agitación y los problemas del sueño, al igual que la venlafaxina, que se utiliza para el manejo de síntomas de ansiedad.

Entre los nuevos fármacos, la mirtazapina presenta un perfil positivo por sus efectos sedantes y su capacidad para promover el sueño. La ganancia de peso observada puede representar un efecto positivo. La venlafaxina es un antidepresivo que ha demostrado ser eficaz en la población de edad avanzada y, además, tiene la ventaja de casi no presentar efectos anticolinérgicos, lo que salvaguarda las habilidades cognitivas del paciente. (Dening, T. et al. 2018)

#### **e. Antiepilépticos:**

Cada vez son más los datos aportados con relación a la eficacia de los fármacos antiepilépticos en el tratamiento de los trastornos de conducta tipo agitación en pacientes con demencia. Ácido valproico, carbamazepina y gabapentina son antiepilépticos con posible indicación en el control de algunos síntomas conductuales, aunque actualmente con resultados muy contradictorios. Parece que el levetiracetam podría potenciar la cognición (pensamiento) y la lamotrigina podría ayudar con la depresión; en cambio, el fenobarbital y la lamotrigina podrían deteriorar la cognición, y el levetiracetam y el fenobarbital podrían agravar el estado de ánimo. (Liu, J & Wang, L. 2021)

### **2.9.3. Intervenciones no farmacológicas:**

Aparte del enfoque farmacológico, hay herramientas de intervención no farmacológica que deben emplearse en conjunto. Las intervenciones no farmacológicas se fundamentan principalmente en modificar la conducta del cuidador o en reorganizar el ambiente en diversos elementos para mitigar los comportamientos problemáticos. Una estrategia efectiva para asistir a los cuidadores en la disminución de los problemas relacionados con el comportamiento es instruirles sobre «las cuatro R» en el cuidado de problemas demenciales.

- a. Reafirmación: beneficiosa para disminuir el careo y para cooperar con el paciente a registrar que tiene a su alrededor un ambiente de soporte y cariño.
- b. Reorientación: ayuda al paciente a comprender su localización y la actividad que realiza.
- c. Repetición: informa al paciente sobre lo que ocurrirá en un futuro cercano y lo que requerirá efectuar en cada situación.
- d. Redirección: reducir los comportamientos problemáticos al desviar la atención del paciente de una situación irritante y frustrante a otra de carga emocional más suave. (García, R. 2023)

## **2.10. DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE BURNOUT**

De acuerdo con la OMS, la enunciación más precisa fue la proporcionada por C. Maslach, quien lo define como “una respuesta inadecuada al estrés crónico, caracterizada por el agotamiento emocional, la despersonalización y la reducción del rendimiento personal”. (OMS, 2023)

Es un síndrome que tiene reacción al estrés laboral prolongado que incluye actitudes y emociones negativas hacia los compañeros de trabajo y el propio papel profesional, además de la sensación de estar exhausto. (Rotenstein, L. 2018)

## **2.11. EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

Se han llevado a cabo numerosos estudios sobre la prevalencia del síndrome de burnout, cuyos resultados, en su mayoría, no son coincidentes, lo que sugiere que la prevalencia del síndrome de Burnout varía según el entorno en el que se encuentra la persona y sus características individuales. (Edú-Valsania, S. et al. 2022.)

Estudios revelaron que la prevalencia estimada del Burnout oscila entre el 67% aproximadamente. Además, se incluyeron otras formas variables como: sobre agotamiento emocional con una prevalencia de un 72%, sobre despersonalización a un 68,1% y un 63,2 sobre baja realización personal. (Guille, C. et al. 2018)

En Costa Rica se han llevado a cabo ciertos estudios sobre la prevalencia del síndrome de sobrecarga emocional en médicos: en el 2004 se descubrió la incidencia del síndrome de Burnout en la población médica de COOPESALUD RL (Clínica de Pavas), que comprende médicos generales y especialistas, con una incidencia del 20% en la población, siendo el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (de 25 a 34 años) los que más se ven afectados, alcanzando ambos grupos un 55.6%. (Hidalgo, L. & Saborío, L. 2015)

En el 2009, Millán-González et al y Gamboa-Montero et al caminaron dos estudios transversales y de cohorte, usando el MBI entre personal médico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el primero contuvo 121 sujetos que se preparaban en primer y tercer año de psiquiatría, anestesiología y recuperación, pediatría, especialidades médicas y quirúrgicas y ginecología y obstetricia, en tanto que el segundo solo incluyó clínicos del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva (n=16, que incluyó ginecólogos, obstetras, miembros del equipo de emergencias, neonatólogos y residentes). El primer estudio (Millán-González et al) concluyó que el síndrome del quemado se presentaba en 72% de los entrevistados, sin diferencias significativas entre género, estado civil, presencia de hijos, edad, tipo de residencia, mientras que el segundo (Gamboa-Montero et al) documentó una incidencia de 23.5%. (Hidalgo, L. & Saborío, L. 2015)

## **2.12. ETIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

En la actualidad, se considera al síndrome de Burnout como un fenómeno multicausal y sumamente complicado, en el que además del estrés, participan factores como el aburrimiento, aprietos en el avance de la carrera profesional, malas aspectos económicos, exceso de trabajo, fallo de estimulación, escasa alineación profesional y retiro social. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

A continuación, variables de riesgo que logran hacer que un individuo sea vulnerable al Burnout:

- a. Componentes personales: la edad (asociada con la experiencia), el sexo (las mujeres suelen manejar mejor las situaciones difíciles en el trabajo), variables familiares (la armonía y la estabilidad familiar son cruciales para mantener el equilibrio necesario ante situaciones complicadas), y el temperamento (por ejemplo, personalidades muy exigentes, competitivas, impacientes y perfeccionistas).

- b. Formación profesional inadecuada: demasiados conocimientos teóricos, poco entrenamiento en actividades prácticas y ausencia de aprendizaje de técnicas para el autocontrol emocional.
- c. Factores laborales o profesionales: condiciones insuficientes respecto al ambiente físico, contexto social, estructura laboral, salarios reducidos, exceso de trabajo y escasa colaboración efectiva en equipo.
- d. Factores sociales: como la búsqueda de ser un profesional reconocido a cualquier precio, para obtener una gran valoración en la sociedad y en el entorno familiar, lo que conlleva un elevado estatus económico.
- e. Factores ambientales: alteraciones importantes en la vida como: fallecimiento de seres queridos, bodas, separaciones, llegada de descendencia.

Además de los mencionados, algunos investigadores han conseguido identificar posibles variables de riesgo para el progreso del síndrome de Burnout en el personal médico:

- a. Ser joven + ser padre/madre + trabajar más de 60 horas a la semana.
- b. Recibir numerosas llamadas inesperadas (recibir llamadas durante 2 o más noches a lo largo de la semana).
- c. Incrementar la carga laboral para saldar deudas.

Se han efectuado estudios mediante la medición de distintos biomarcadores, contemplando un crecimiento de la carga alostática relacionada al incremento de los síntomas de agotamiento laboral. Además hay una gama de indicadores clínicos como el incremento en la presión arterial, descenso de la frecuencia cardiaca, crecimiento en los niveles de catecolaminas, cortisol y fibrinógeno, que puede provocar una activación desproporcionada llevando al desgaste de los sistemas involucrados. (Araya, K. 2019)

### 2.13. CLINICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Se reconocen 3 elementos del Síndrome de Burnout:

1. Cansancio o agotamiento emocional: disminución gradual de energía, desgaste, fatiga.
2. Despersonalización: creación, por parte del individuo, de una barrera para resguardarse de los sentimientos de impotencia, indefensión y frustración.
3. Abandono de la autorrealización: el trabajo pierde el significado que poseía para el individuo.

Agotamiento emocional, definido como fatiga física, mental o como una combinación de las dos.

Es la sensación de no poder ofrecer más de uno mismo a los demás. (Flores, J. 2018)

La despersonalización es otra dimensión que se entiende como el aumento de emociones y actitudes negativas, además de ser poco cercano hacia otras personas, especialmente hacia los usuarios de servicios. Se relaciona con un incremento en la irritabilidad y un desgaste gradual de la motivación. El individuo intenta distanciarse no solo de los usuarios de servicio, sino también de sus colegas del ambiente laboral, comportándose de manera falsa, irritable y llegando a hacer que se sientan culpables por sus problemas y la baja en su desempeño laboral. (Flores, J. 2018)

La realización personal surge cuando el individuo no puede cumplir con las exigencias de la vida cotidiana. Aparte de contestarse de manera negativa a sí mismo y en el ámbito laboral, recurren a la evasión de relaciones interpersonales, disminución del rendimiento laboral, incapacidad para manejar la presión y una baja autoestima. Llega a ocurrir que sienten que no tiene sentido continuar trabajando, por lo que cada uno de ellos comienza a ser impuntual, a evadir sus labores, a ausentarse del trabajo y eventualmente a abandonar su carrera. (Flores, J. 2018)

Estos elementos pueden manifestarse insidiosamente, no de manera repentina, sino progresiva y cíclica, logrando reincidirse a lo largo del tiempo, de tal forma que una persona alcance vivir los tres elementos en reiteradas ocasiones en diferentes etapas de su vida y en el mismo u otro empleo.

La clínica del síndrome se establece en cuatro niveles:

1. Leve: quejas imprecisas, fatiga, problemas para levantarse por la mañana.
2. Moderado: cinismo, aislamiento, desconfianza, pesimismo.
3. Grave: lentitud, autoabastecimiento de psicotrópicos, ausencias, rechazo, abuso de alcohol o sustancias.
4. Extremo: aislamiento profundo, colapso total, trastornos psiquiátricos, suicidios.

#### **2.14. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME BURNOUT**

Para el diagnóstico cuantificado se utiliza el Maslach Burnout Inventory (MBI), creada por Maslach y Jackson y que consta de 22 ítems, que valora una escala de frecuencia de siete grados y los tres síntomas característicos; agotamiento emocional, despersonalización y baja realización en el trabajo. (Arango, K. 2023)

La escala de Maslach se divide en tres subescalas que corresponden a tres factores ortogonales cada una, llamados: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y realización personal laboral (8 ítems), obteniendo en ellas una puntuación considerada como baja, media o alta, según las diferentes evaluaciones de corte establecidas por las autoras para cada profesión específica, usando como punto de corte el percentil 33 y el 66. (Olivares, V. 2017)

### **Cuestionario de Maslash**

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13. Me siento frustrado en mi trabajo.
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

De la misma manera se recomienda además de realizar estas preguntas, debería ser complementado mediante una escala de Likert que consta de 7 niveles de puntuaciones que van del 0 al 6. (Flores, J. 2018)

### **Escala de Likert**

0 = Nunca

- a. 1 = Pocas veces al año o menos
- b. 2 = Una vez al mes o menos
- c. 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- d. 4 = Una vez a la semana
- e. 5 = Pocas veces a la semana
- f. 6 = Todos los días

Además del MBI, hay otros instrumentos que consienten calibrar el síndrome de Burnout; muchos de estos evalúan distintos aspectos a los tres componentes tradicionales:

- a. El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) analiza el desgaste personal, el laboral y el desgaste vinculado al cliente.
- b. El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), a diferencia de los anteriores, únicamente mide el agotamiento y la falta de compromiso laboral.
- c. El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, esta escala española, a diferencia de los mencionados, incorpora la "ilusión (desilusión progresiva, pérdida de sentido en el trabajo y expectativas)" como un aspecto del Burnout.

## 2.15. MANEJO TERAPEUTICO DEL SINDROME DE BURNOUT

### No Farmacológico

Cuando el síndrome de Burnout se presenta en un nivel leve se puede manejar con tratamiento no farmacológicos, como son los cambios en los hábitos de vida, sobre todo en el manejo del estrés, mencionan que en 1999 surgieron ciertas estrategias de intervención (García, L. et al. 2018), las cuales son:

1. Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales.
2. Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del burnout.
3. Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad, fortalecer las redes de apoyo social y disminuir y/o eliminar los estresores organizacionales.

Así mismo el tratamiento no farmacológico incluye esencialmente psicoterapia con empleo de técnicas de relajación, incremento de autoestima y manejo de estrés, reorganización, cambio de ambiente laboral y tiempo y estructura laboral. (García, L. et al. 2018)

Los grupos de apoyo Balint están formados por un grupo de profesionales afines, cuentan con un conductor y operan a través de reuniones para examinar y meditar sobre las dificultades personales al tratar un caso específico . Son un tipo de sesión clínica con rasgos de grupo de apoyo mutuo . Permite meditar sobre las situaciones diarias que generan estrés. (Araya, K. 2019)

## 2.16. SALUD MENTAL

La OMS refiere la salud mental como: “Un estado de bienestar donde la persona es consciente de sus propias habilidades, puede manejar las tensiones normales de la vida, tiene la capacidad de trabajar de manera productiva y efectiva, y puede contribuir a su comunidad” (OPS, 2023).

Las personas que exhiben dificultades de salud mental enfrentan cambios en sus emociones, pensamientos y/o conductas. Para algunas personas, esto implica variaciones drásticas e inesperadas en su estado de ánimo, como sentirse mucho más angustiado o inquieto de lo habitual. Para algunas personas, implica no poder pensar con claridad, distanciarse de amigos y actividades que solían disfrutar, o percibir voces que los demás no oyen. Sin importar el tipo de problema de salud mental que una persona enfrente siempre existe la posibilidad de recuperación. (OPS, 2013).

Las variables de riesgo favorecen a que se desarrolle una enfermedad, pudiendo ser estresores cotidianos como exceso de trabajo, cuidado de otros o situaciones imprevistas que provocan un trastorno, como la pérdida de un ser querido o un abuso. También pueden ser circunstancias a las que la persona se encuentra exhibida de forma reiterada, como la violencia en el hogar o en el entorno escolar.

Las variables de protección son elementos positivos que colaboran a evitar la aparición de enfermedades o trastornos. No todos los individuos se ven afectados de la misma manera por estresores o circunstancias difíciles en la vida, y algunas características personales pueden facilitar afrontar esos estresores. Por ello, los promotores son fundamentales en apoyar a las personas para que desarrollen estas habilidades y estilos de vida que prevengan enfermedades y mejoren su calidad de vida. (Organización Panamericana de la Salud, 2023)

**TABLA 5 FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN DE SALUD MENTAL**

Factores de Riesgo		Factores de protección	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deserción escolar</li> <li>• Velar a pacientes continuamente enfermos o dementes</li> <li>• Abuso o abandono de menores</li> <li>• Insomnio crónico</li> <li>• Embarazo adolescente</li> <li>• Abuso de ancianos</li> <li>• Inmadurez y descontrol emocional</li> <li>• Abuso de alcohol u otras sustancias</li> <li>• Sufrir agresión, violencia y trauma</li> <li>• Conflictos familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades mentales de los padres</li> <li>• Duelos no trabajados</li> <li>• Eventos de mucha tensión</li> <li>• Consumir sustancias</li> <li>• Entornos marginales sin servicios</li> <li>• Situaciones familiares disfuncionales</li> <li>• Acoso escolar o laboral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposición para afrontar el estrés</li> <li>• Capacidad para enfrentar la adversidad y la frustración</li> <li>• Adaptabilidad</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Estimulación cognitiva temprana</li> <li>• Ejercicio, actividad física periódica y constante</li> <li>• Sentimientos de seguridad</li> <li>• Sentimientos de dominio y control</li> <li>• Buena crianza (buen peso al nacer, lactancia materna, escuelas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades para la resolución de problemas</li> <li>• Conducta sociable</li> <li>• Inteligencia emocional</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Habilidades para la vida</li> <li>• Resiliencia</li> <li>• Destrezas sociales y de manejo de conflictos</li> <li>• Crecimiento socioemocional</li> <li>• Manejo del estrés</li> <li>• Apoyo social de la familia y amigos</li> <li>• Buena comunicación con padres y familiares</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soledad</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alfabetización/acceso a la educación</li> <li>• Afecto positivo y lazos afectivos precoces</li> <li>• Interrelación positiva entre padres e hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a servicios comunitarios</li> </ul>
-------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Tabla de elaboración propia.

## 2.17. DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Aunque la calidad de vida no posee una definición única, es un concepto cuyo objetivo es captar el bienestar de una población o individuo, significados como confort social, funcionamiento afectivo, rendimiento, complacencia con la vida, apoyo social, entre otros. La OMS define calidad de vida como una evaluación subjetiva de cómo se percibe la realidad en función de las metas personales, considerada desde el enfoque de la cultura y el sistema de valores individuales. (Bhardwaj, A & Teoli, D. 2023)

En este sentido, Connell, O’Cathain y Brazier en 2014 identifican siete temas claves relacionados con la calidad de vida: bienestar/malestar, autonomía, autopercepción, pertenencia, actividad, esperanza/desesperanza y salud física; ellos sostienen que una calidad de vida alta se caracteriza por la manifestación positiva de estas temáticas; en cambio, su presencia negativa indica una calidad de vida deficiente. (Ramírez, O & Ruíz, A. 2017)

En el campo de la salud se suele emplear la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que refleja la porción de la calidad de vida conectada a la salud del individuo, abarcando cuatro dimensiones: funcionamiento físico, bienestar somático, funcionamiento social y funcionamiento psicológico. (Ramírez, O & Ruíz, A. 2017)

## **2.18. CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES**

Los cuidadores de ancianos con demencia se enfrentan a innumerables desafíos y responsabilidades debido a la complejidad inherente que ya implica esta enfermedad. Existen dos categorías de cuidadores: los formales, que trabajan en hospitales, hospicios y residencias de ancianos, y que poseen algunos conocimientos médicos sobre el cuidado de este tipo de pacientes; y los informales, que en su mayoría son familiares que deben adaptarse a la nueva forma de vida del paciente y encargarse de su cuidado. (Hernández, L. 2021)

Los cuidadores deben ser preferiblemente personas de mediana edad, ya sean hombres o mujeres, con un nivel educativo básico y que no presenten alteraciones físicas o motoras. Sin embargo, es bien conocido que, entre los cuidadores informales, la mayoría son cónyuges de estos pacientes, quienes también suelen ser adultos mayores que exigen cierto tipo de dependencia y asistencia. Se sugiere que, si se trata de cuidadores informales, estos sean los hijos o un familiar que no sea un adulto mayor y que no presente discapacidad motora ni intelectual, además de estar psicológicamente estable. (Ganti, L. et al. 2022)

Este tipo de rol exige que posean o puedan obtener con el tiempo conocimientos médicos básicos sobre la enfermedad, sus síntomas, su manejo, así como la administración de medicamentos. También deben tener habilidades para enfrentar los cambios en el comportamiento de los pacientes y para proporcionar el cuidado personal diario. Deben tener un sentido de responsabilidad y compromiso con el paciente, así como ser pacientes y empáticos para gestionar las conductas cambiantes y tener la habilidad de relacionarse con facilidad con los demás, sentir satisfacción por ayudar y servir a otros, y comprender la importancia del cuidado hacia otra persona.

Los cuidadores experimentan repercusiones graves físicas, mentales y sociales, causando un mayor aislamiento, pérdida de sueño y consumo de drogas, pueden experimentar problemas de salud debido a la carga física que enfrentan, ya que ciertos pacientes necesitan apoyo para levantarse, ir al baño, caminar, entre otros aspectos. Los cuidadores deben dedicar más tiempo, teniendo presión constante y sensación de impotencia. Los cuidadores adquieren una notable capacidad de resiliencia, debido a que es emocionalmente doloroso ver como los pacientes olvidan poco a poco. (Ganti, L. et al. 2022)

Los cuidadores frecuentemente enfrentan aislamiento social debido a las elevadas exigencias del cuidado y las horas de trabajo que exigen, lo que restringe su tiempo y posibilidades para socializar. La red de apoyo para esta población es limitada; para un buen rendimiento, es esencial contar con una calidad adecuada de dicha red, como familiares que asisten o servicios comunitarios que participan. (González, M. 2016)}

Los cuidadores generalmente afectan la economía, ya que incrementan los gastos de atención personal, costos médicos y, en su mayoría, se observa una disminución de ingresos, dado que necesitan dedicarse un tiempo completo exclusivamente al cuidado de estos pacientes. Suelen enfrentar dificultades para equilibrar la vida y el trabajo, ya que las responsabilidades que tienen son significativas. Por lo tanto, esta población, si no dispone de redes de apoyo y no sabe gestionar sus niveles de estrés, será propensa a una calidad de vida deficiente y su salud mental se verá afectada. (González, M. 2016)

La responsabilidad del cuidado se puede clasificar en dos categorías: carga objetiva y carga subjetiva. La primera alude al efecto económico y al tiempo dedicado a las actividades de cuidado; la segunda se relaciona con las reacciones emocionales de los cuidadores. Por lo tanto, la idea de burnout se relaciona con la conexión entre el estrés y la carga de atención, así como con aspectos clave que los cuidadores vinculan a su trabajo. (Carvalho, F et al. 2019).

## **2.19. MANEJO Y ACTITUD DE LOS CUIDADORES HACIA LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA**

El cuidador tiene que crear rutinas claras y organizadas, fijando horarios, lugares y personas que estén cercanas al entorno del paciente, como en el baño, higiene personal, alimentación, entrega de medicamentos, entre otros. Es importante preservar la independencia del paciente en la medida de lo factible, de este modo fomentamos la autoestima y reducimos la carga. (Carvalho, F. 2019).

Es importante hacer todo lo posible para preservar la dignidad del paciente, evitando comentarios o actitudes inapropiadas, ya que en ocasiones pueden tener momentos de claridad. Además, es fundamental evitar disputas y reproches por cualquier error, porque son pacientes extremadamente sensibles y podríamos generarles tensión y confusión.

Los cuidadores necesitan facilitar las actividades, como evitar cierres difíciles en las prendas al vestirse, organizarlas en el orden correcto, servir la comida, cortarla en pedazos pequeños, no ofrecer alimentos muy calientes, ya que en etapas avanzadas no pueden diferenciar y podrían quemarse, entre otros. Es fundamental ofrecerles garantías, ya que este grupo tiende a experimentar deterioro en su forma física y su memoria, lo que incrementa el riesgo de hacerse daño o de olvidar situaciones como dejar la estufa activada. (Batres, A. 2024)

Es necesario fomentar la salud física a través de actividades físicas o utilizando destrezas de la persona, como, por ejemplo, cultivar el jardín, realizar labores de tejido o practicar baile. Se pueden emplear apoyos para la memoria, como tener imágenes de los integrantes de la familia, poner etiquetas a los alimentos, a las puertas y a los objetos para que la persona los identifique. (Blamyge, M. 2025)

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN**

La presente tesis se desarrolla mediante una revisión sistemática de enfoque de estudio, cualitativo, ya que se realiza mediante la presentación de la evidencia de manera descriptiva, sin un análisis estadístico y medición numérica para interpretar preguntas del proceso de investigación. Es cualitativo ya que permite explorar en profundidad, ofreciendo comprensión detallada, ayuda a situar los datos dentro del contexto en el que se producen, es flexible y permite que el diseño de investigación evolucione a medida que se recopilan datos y facilita la formulación de recomendaciones al contexto específico de estudio. (Montoya et al, 2020)

Se efectúa una amplia revisión de artículos, estudios, publicaciones, sobre el Síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes mayores con demencia neurodegenerativa

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de estudio, que se desarrollara en la investigación descriptiva, revisión documental sistemática cualitativa, que se fundamenta en estudios descriptivos, ya que busca especificar las características y perfiles de personas que representan el Síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes mayores con demencia neurodegenerativa en los Estados Unidos y la incidencia y sus consecuencias en relación con su salud mental y calidad de vida.

Se compone de una pregunta de investigación de tipo intervencionista, ya que, es un resumen de la información destinada al abordaje de una patología mediante el uso de terapias que influyan en esta. Utiliza el enfoque PICO para la búsqueda y selección de artículos, se extraen los datos relevantes, se analizan, se describe, se resume y por último se reportan los datos de los resultados, recomendaciones y conclusiones con el objetivo final de proporcionar una herramienta práctica para la toma de decisiones clínicas.

### **3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

Las unidades de análisis u objetos de estudio, del trabajo de investigación, son los estudios relacionados con cuidadores mayores de 18 años de edad que estén desempeñando el cuidado hacia personas mayores con demencia neurodegenerativa, con antecedentes de Síndrome de Burnout o están propensas a padecerlo, con bases de datos de PubMed, Scielo, Dialnet, Cochrane Library y BMC

#### **3.3.1. Área de estudio**

Por el tipo de estudio este apartado no se ejecuta, sin embargo, los artículos seleccionados son de los Estados Unidos

#### **3.3.2. Fuentes de información**

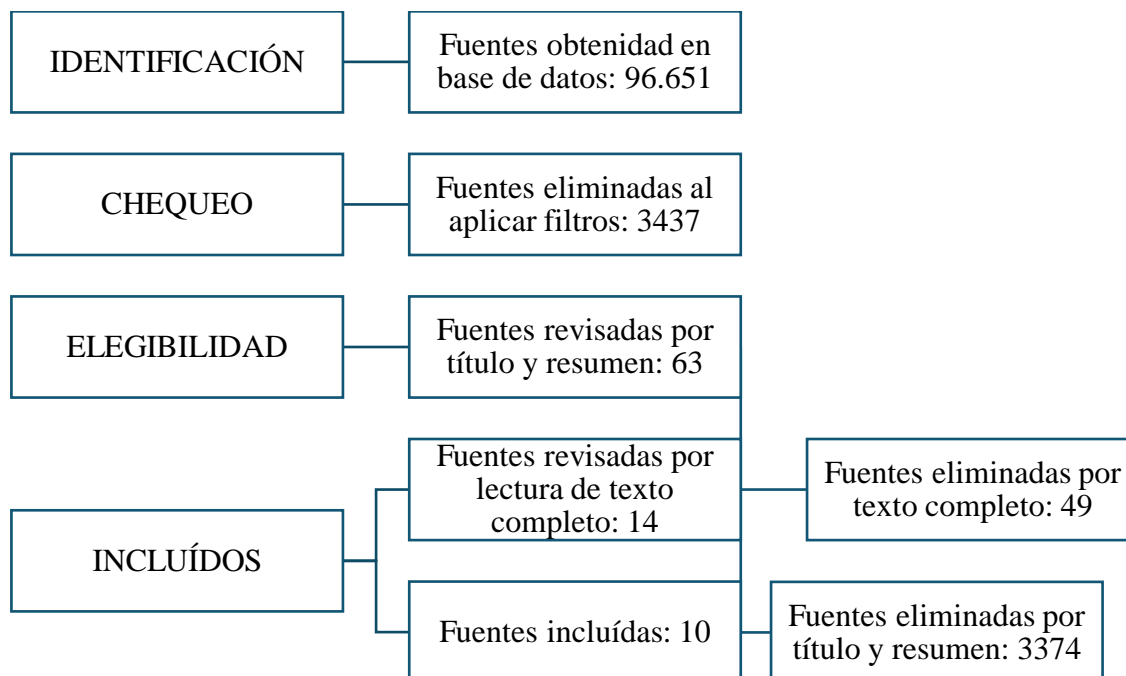
Las fuentes de información utilizadas para el desarrollo de este documento son tanto primarias como secundarias. En las fuentes primarias se encuentran los artículos Cochrane, Pubmed, Dialnet, Scielo.

#### **3.3.3. Población**

La población se basa en adultos mayores de 18 años de edad que se desempeñan como cuidadores de adultos mayores con demencia neurodegenerativa, ya sea del cuidado formal o informal

#### **3.3.4. Muestra**

La muestra definitiva de artículos seleccionados mediante protocolo de revisión sistemática PRISMA comprende un total de 10 artículos elegibles



**Fuente:** Elaboración propia, 2024

### 3.3.5. Búsqueda y selección de estudios

En la búsqueda de artículos en las bases de datos PubMed, Scielo y Dialnet, se utilizan descriptores y operadores booleanos, mediante 4 diferentes estrategias: “(Burnout) AND (caregivers), (Burnout) AND (caregivers) AND (neurodegenerative dementia), (Burnout) AND (caregivers) AND (neurodegenerative dementia) AND (mental health) OR (life quality) y (Burnout) AND (caregivers) AND (neurodegenerative dementia) AND (mental health) OR (life quality) AND (United States)”, lo cual arroja un total de 96.651 resultados, posterior a esto se configuraron las bases de datos con los siguientes filtros: “Texto completo, libros y documentos, reportes de casos, ensayos clínicos, metaanálisis, ensayo controlado aleatorio, revisión sistemática, periodo de publicación máximo hasta 10 años atrás, en inglés, español, de humanos y pacientes mayores de 18 años. Al aplicar estos filtros se revisan 32 publicaciones por título y resumen, posterior a esto se leen 14 artículos completos, de los cuales 10 son relevantes para la investigación.

### 3.3.6. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión son aquellos parámetros definidos por los investigadores para determinar qué tipo de estudios o artículos serán seleccionados para una investigación y cuáles serán excluidos. Estos son criterios necesarios y esenciales para diseñar un estudio bien controlado, que produzcan resultados válidos, seguros y aplicables a la población de interés. (Higgins, J. et al, 2023)

***TABLA 6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN***

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Artículos científicos publicados entre los años 2014 y 2024.	Artículos científicos duplicados.
Artículos científicos de cuidadores profesionales y familiares a cargo de personas mayores con demencia que presenten clínica de Burnout.	Artículos científicos con resultados de investigaciones de personas no cuidadoras de pacientes.
Artículos científicos en idioma inglés y español.	Artículos científicos que no reporten análisis de calidad de vida y salud mental.
Artículos científicos de cuidadores profesionales y familiares a cargo de personas mayores con demencia mayores de 18 años, indiferentemente del sexo.	Artículos científicos, revisiones sistemáticas, artículos de divulgación, metaanálisis, libros de texto, cartas científicas, guías prácticas clínicas, editoriales.
Artículos científicos con reportes de Síndrome de Burnout en cuidadores profesionales y familiares a cargo de	

---

personas mayores con demencia en relación con su salud mental y calidad de vida.

Artículos científicos, ensayos clínicos, estudios cohortes, artículos científicos originales, estudios de casos y controles, ensayos controlados aleatorizados, ensayo clínico por conglomerados de cuidadores profesionales y familiares a cargo de personas mayores con demencia que presenten síndrome de Burnout.

Artículos del 2014-2024

---

**Fuente:** Elaboración propia, 2024

### **3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Durante la recolección de artículos científicos, se utilizan las bases de datos biomédicas: PubMed, Scielo, Dialnet, Cochrane Library y BMC para la búsqueda de literatura médico-científica en inglés y español, se utiliza los criterios de exclusión e inclusión y el uso de descriptores y operadores boléanos de acuerdo con las dos variables en estudio y al método PICO. Posterior a este paso, se utiliza la plataforma Excel con el fin de almacenar cada uno de los artículos que posteriormente se van a desarrollar en el capítulo 4 y 5 de esta tesis. Se ordena por columnas de acuerdo con el autor, fecha, título, resumen del artículo y texto completo.

### 3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación del estudio es de carácter no experimental y transversal de tipo descriptivo, ya que las variables se miden en su estado natural, sin ser manipuladas, y que por sus características, estructura y herramienta utilizada, se basa en la comparación y análisis de datos que se recolectan en un único momento.

La metodología PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) es una guía utilizada para la realización y presentaciones de revisiones sistemáticas y metaanálisis su objetivo es mejorar la calidad y la transparencia de estas investigaciones al proporcionar directrices PRISMA posee una lista de verificación de 27 ítems y un diagrama de flujo de 4 fases que facilitan la estructuración y a la reportación de revisiones sistemáticas y de estudios de metaanálisis de manera minuciosa e íntegra.

***TABLA 7 ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa y como afecta su calidad de vida y salud mental, en los Estados Unidos en el periodo de 2014 a 2024?***

<b>P</b>	Cuidadores de pacientes adultos mayores con demencia neurodegenerativa.
<b>I</b>	Síndrome de Burnout
<b>C</b>	
<b>O</b>	Calidad de vida y salud mental

---

**Fuente:** Elaboración propia, 2024

Identificación de Estudios: Se realiza una búsqueda en las bases de datos biomédicas previamente mencionadas, se utilizan boléanos y palabras clave para la recopilación de estudios relevantes asociados al Síndrome de Burnout con respecto a su calidad de vida y salud mental. Se incluyen estudios publicados en inglés y español.

Selección de Estudios: Se aplican criterios de inclusión y exclusión predefinidos para seleccionar los estudios relevantes. Estos criterios se basan en el componente PICO (Población, Intervención, Comparación, Resultados) para asegurar la relevancia de los estudios incluidos.

Extracción de Datos: De todos los estudios seleccionados en la etapa previa, se comienzan a leer por título y resumen, se descartan los que no aportan o cumplen con el propósito de la investigación, se analizan los artículos restantes de manera completa y de esta manera

### **3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Esta revisión sistemática no cuenta con operacionalización de las variables ya que es una revisión sistemática.

### 3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TABLA 8** Cuadro de los artículos encontrados en las distintas bases de datos.

Bases de datos	Artículos encontrados	Estudios no duplicados	Artículos posteriores a la aplicación de filtros	Fuentes analizadas por resumen y título	Publicaciones revisadas por lectura de texto completo	Artículos seleccionados
PubMed	79,651	3420	52	25	10	6
SCIELO	6	6	2	2	2	2
Dialnet	11	11	9	5	2	2
Total	96.651					10

**Fuente:** Elaboración propia, 2024

**TABLA 9** Estrategia de búsqueda que utilizan los descriptores y operadores booleanos.

<b>Estrategia</b>	<b>Idioma</b>	<b>Descriptores y operadores booleanos</b>
1	Inglés	(Burnout) AND (caregivers)
	Español	(Burnout) Y (cuidadores)
2	Inglés	(Burnout) AND (caregivers) AND (neurodegenerative dementia)
	Español	(Burnout) Y (cuidadores) y (demencia neurodegenerativa)
3	Inglés	(Burnout) AND (caregivers) AND (neurodegenerative dementia) AND (mental health) OR (life quality)
	Español	(Burnout) Y (cuidadores) Y (demencia neurodegenerativa) Y (salud mental) O (Calidad de vida)
4	Inglés	(Burnout) AND (caregivers) AND (neurodegenerative dementia) AND (mental health) OR (life quality) AND (United States)
	Español	(Burnout) Y (cuidadores) Y (demencia neurodegenerativa) Y (salud mental) O (Calidad de vida) Y (Estados Unidos)

**Fuente:** Elaboración propia, 2024

### **3.8. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS**

La organización de datos de los artículos científicos se realizará mediante una hoja de cálculo en Excel, se tomará en consideración elementos como el título del artículo, autor y año de la publicación, tipo de investigación, diseño metodológico y hallazgos más relevantes del estudio.

Estos se colocan de los recientes a los más antiguos, tomando en consideración iniciarlo en el año 2024, una vez organizados los artículos serán descargados en el formato que se permita hacer la extracción como en PDF.

### **3.9. ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis de datos de esta investigación se realiza en base a una lectura crítica. La lectura crítica es un método de análisis que implica analizar, interpretar y evaluar un texto teniendo en cuenta el propósito, el contexto y argumento del autor, esta permite acceder a distintos textos de investigación, los cuales han sido creados para ser estudiados bajo este enfoque. En este proceso se resguardan los protocolos de rigurosidad científico-teórica.

El análisis de datos es la etapa en la que se establecen los procedimientos para revisar los # artículos seleccionados y de esta manera sintetizar la información mediante una narrativa sobre el Síndrome de Burnout en cuidadores de adultos mayores con demencia neurodegenerativa en el periodo del 2014 a 2024 y como afecta su calidad de vida y salud mental. La síntesis narrativa, es un método utilizado para integrar y resumir la evidencia de múltiples estudios en un relato coherente y comprensible. Este enfoque implica la recopilación, evaluación crítica y resumen de la literatura relevante mediante un enfoque narrativo para presentar los hallazgos de manera clara y contextualizada (Smith et al, 2018)

**CAPÍTULO IV**

**PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

### **1.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En este capítulo consiste en desarrollar e identificar los artículos seleccionados posterior a una búsqueda exhaustiva y una filtración realizada durante la investigación, tomada en tres bases de datos distintas, donde se aplican booleanos y palabras claves específicas, durante un tiempo determinado, del 2014 al 2024. En total los artículos examinados son 96651, sin embargo, por criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionados 10 artículos, los cuales son lo que más se asemejan al propósito de esta investigación.

### **1.2. CARACTERÍSTICAS DE LS ESTUDIOS ESCOGIDOS**

La información recopilada por medio de los estudios escogidos para elaborar esta revisión sistemática comprende varios aspectos de relevancia para poder desarrollar y cumplir con los objetivos de esta revisión sistemática como información más actualizada acerca el síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes adultos mayores con demencia neurodegenerativa, como repercute en su salud mental y su calidad de vida, proporcionando soluciones y un buen manejo en esta población.

### **1.3. ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA INVESTIGACIÓN**

Se elabora una tabla con el propósito de sintetizar y ordenar los 10 artículos seleccionados para desarrollar esta investigación, sobre el síndrome de Burnout en cuidadores de pacientes mayores con demencia neurodegenerativa en Estados Unidos y como afecta la salud mental y calidad de vida.

En esta tabla se resumen los criterios tomados para desarrollar los objetivos planteados en el capítulo 1, y otros aspectos importantes como el autor, año, idioma y título

**TABLA 10 Estudios seleccionados para la revisión sistemática**

<b>Número artículo</b>	<b>Título</b>	<b>Plataforma e idioma</b>	<b>Autor y año</b>	<b>Resultados</b>
1	Abordar el agotamiento de los cuidadores informales en los Estados Unidos: Políticas, intervenciones y recomendaciones	PubMed Inglés	Michael Blampye 2025	Al brindar apoyo integral a los cuidadores de salud mental, capacitaciones, educación e inclusive asistencia financiera podrán reducir el estrés de los cuidadores lo que significa que los pacientes recibirán una atención de calidad, tendrán mejores resultados de salud y tiempos de recuperación más rápidos.
2	Síndrome de burnout en cuidadores informales de adultos mayores con demencia: una revisión sistemática	PubMed Inglés	Ludmyla De Souza Alvez, Diana Quirino Monteiro, Sirlei Ricarte Bento, Vania Diniz Hayashi, Lucas Nogueira de Carvalho, Francisco Assis Carvalho Vale 2019	Correlación entre el Burnout y nivel de depresión del paciente y la despersonalización del cuidador.

3	Relación entre el burnout y la calidad de vida del cuidador de personas con demencia	Scielo  Español	Josep Deví Bastida, Maria Naqui Esteve, Susanna Jofre Font, Albert Fetscher Eickhoff.  2016	La carga de cuidador se encuentra asociada a factores estresantes, donde la calidad de vida se ve disminuida y repercute negativamente en la salud tanto mental como física.
4	El impacto de la enfermedad de Alzheimer en los cuidadores en Estados Unidos	Cochrane  Inglés	Megan Vu, Rohan Mangal, Thor Stead, Carlos López Ortiz, Latha Ganti  2022	Impacto negativo que la enfermedad de Alzheimer tiene en los cuidadores afecta su salud física, mental y social.
5	Ansiedad y autoeficacia en cuidadores de pacientes con alzheimer.	Dialnet  Español	Ángel Sánchez-Anguita Muñoz  2019	Indican que variables como autoeficacia y ansiedad están moduladas respecto al tiempo de dedicación a los cuidados, lo que quiere decir que las personas que llevan de 0 a 3 años cuidando a personas demenciadas, tiene mayor ansiedad que las que ya llevan mas tiempo afrontando esta situación.

6	Burnout en cuidadores formales e informales del adulto mayor. Revisión integrativa de la literatura	Dialnet  Español	Natalia Bedoya Buritica, Lilia Andrea Buitrago, Mercy Soto Chaquir.  2020	Se encontró que predomina las mujeres de una edad promedio de 35-58 años en un 80.3% en los cuidadores formales e informales. El tiempo diario dedicado al cuidado, la carencia de apoyo familiar y la falta de remuneración para el caso de los cuidadores informales son variables que generan mayor presencia del burnout.
7	Eficacia de las intervenciones psicosociales para reducir el duelo experimentado por los cuidadores familiares de personas con demencia: una revisión sistemática	JBI Evidence Synthesis  Inglés	Wilson, Sally; Toye, Christine; Aoun, Samar; Slatyer, Susan; Moyle, Wendy; Beattie, Elizabeth  Año: 2017	Impacto de las intervenciones psicosociales para ayudar a la adaptación al duelo antes y después en cuidadores familiares de personas con demencia mediante instrumentos validados.
8	Duración y calidad del sueño en cuidadores de pacientes con demencia	PubMed  Inglés	Chenlu Gao, Nikita Chapagain y Michel Scullin  Año: 2019	Los cuidadores perdían entre 2,42 y 3,50 horas de sueño por semana lo que significa que tenían duraciones de sueño más bajas. Sin embargo, los cuidadores que no recibieron una intervención del sueño tienen una menor calidad de vida con respecto a los que si lo tuvieron.

9	Los síntomas que se pretende controlar en una herramienta de seguimiento basada en la web por parte de los cuidadores de personas con demencia y agitación: estudio transversal	PubMed  Inglés	Kenneth Rockwood, Myrlene Sanon Aigbogun, Justin Stanley, Helen Wong, Taylor Dunn, Chère Chapman, Susan Howlett, Maia Miguelez, Lisa McGarrigle y Ross Baker  Año 2019	Las personas que utilizaron herramientas de seguimiento, para mejorar los síntomas neuropsiquiátricos como la agitación por lo que puede ser menos molesto para los cuidadores y a su vez desarrollan una página web para que los cuidadores sean capaces de rastrear los síntomas más importantes y como tratarlos.
10	Carga de cuidados para pacientes con enfermedad de Alzheimer o demencia en Japón, Estados Unidos y la UE	PubMed  Inglés	Shinya Ohno, Yirong Chen, Hiroyuki Sakamaki, Naoki Matsumaru, Motoaki Yoshino y Katsura Tsukamoto  2020	La mayoría de cuidadores en EEUU, eran ancianos mayores de 65 años, mujeres, con problemas de obesidad, fumadoras y consumían alcohol, por lo que su calidad de vida relacionada con la salud, productividad laboral, deterioro de actividad, depresión y ansiedad era mayor.

**Fuente:** Elaboración propia, 2024

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **1.1. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Para el presente trabajo se seleccionó el siguiente formato para desarrollar la investigación sobre el Síndrome de Burnout en los cuidadores de adultos mayores que padecen de demencia neurodegenerativa y su relación con respecto a su calidad de vida y salud mental, la cual corresponde a una revisión sistemática. En el capítulo III se detalla el proceso de selección y filtración utilizado para obtener un total de 10 artículos con el fin de elaborar el trabajo. Se analizan los tres objetivos específicos por separado a cerca de las características de los cuidadores de pacientes adultos mayores con demencia neurodegenerativa y como impacta en su desempeño a la hora de ejercer su ocupación, como afecta en su calidad de vida y salud mental y a su vez como mejorar estos aspectos en la vida de los cuidadores.

### **1.1.1. Características de los cuidadores que padecen Síndrome de Burnout que atienden personas mayores con demencia neurodegenerativa**

En los Estados Unidos dieciséis millones de cuidadores familiares brindan atención y apoyo a largo plazo (Chapagain, N. et al. 2019). La función de un cuidador informal se describe como un familiar o amigo que ofrece apoyo no pagado y continuo a alguien que requiere atención a largo plazo. La meta de un cuidador no profesional es asistir a la persona que depende en preservar una adecuada calidad de salud y modo de vida. (Blampye, M. 2025). Un cuidador formal es aquella persona que tiene la preparación profesional necesaria para atender a un paciente con una condición que le impide llevar a cabo actividades por sí mismo, y que percibe un salario por su trabajo.

Las funciones de un cuidador pueden abarcar, pero no se limitan a, favorecer el cuidado personal mediante la alimentación y la higiene, curar heridas, colaborar en la movilidad, gestionar tareas del hogar, ayudar con la administración de medicamentos y supervisar el uso del equipo médico, si es necesario. (Chen, Y. et al. 2020). En los Estados Unidos la Asociación de Alzheimer estima que los cuidadores de familiares con demencia promedian 21,9 horas por semana al cuidado de personas con demencia. (Chapagain, N. et al. 2019).

En el caso de cuidadores informales, no cuentan con un horario laboral definido ni perciben pago por sus esfuerzos, y están muy ligados emocionalmente a la persona que atienden. (Carvalho, F. et al. 2019). Se estima que más del 50% de los cuidadores informales presenten algún grado de sobrecarga y agotamiento. Asimismo, los retos que enfrenta abarcan demandas físicas, presión emocional y económica. Además, sufrimiento, soledad y una disminución en la calidad de vida en general. Todos estos retos pueden ser muy abrumadores para el cuidador y, con frecuencia, llevar a un estado de fatiga en el cuidador. (Hernández, L. 2021).

Respecto a las características sociodemográficas dentro de todos los artículos analizados, el Síndrome de Burnout en cuidadores informales de ancianos con alguna demencia neurodegenerativa muestran una mayor prevalencia en cuidadores de sexo femeninos entre un 57% y 82%, siendo que las principales cuidadoras suelen ser en su mayoría las hijas de los pacientes o la cónyuge de estos. (Chen, Y. et al. 2020). Se observó una amplia variación en el rango de edad, entre 40-60 años. (Carvalho, F. et al. 2019).

Tomando en consideración que en algunas situaciones cuando el paciente demenciado es de una edad muy avanzada (>80 años) y es su pareja la cuidadora principal, probablemente son adultos mayores que cuidan adultos mayores, asimismo es importante observar que, si los hijos son individuos también llegando a la senectud, estos van a requerir de apoyo adicional por otros miembros de la familia. (Carvalho, F. et al. 2019).

El nivel de educación es un factor importante por analizar, puesto que evidencia el grado de comprensión acerca de los cuidados que deben de desempeñar y el entender el proceso de esta enfermedad y aprender mejores métodos para afrontar el proceso. Es importante que el personal de salud brinde información y capaciten a los cuidadores sobre el cuidado y dar asesoramiento psicológico al paciente como a su red de apoyo. (Bedoya, N. et al. 2020).

Otro factor es el tiempo como cuidador y la familiaridad con la enfermedad, ya que si ya es un cuidador que antes ha lidiado con familiares de la enfermedad estos son menos propensos a padecer el síndrome de Burnout. (Hernández, L. 2021).

Un estudio realizado en los Estados Unidos preguntó a una pequeña parte de la población cuidadora de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer (EA) si les resultaba difícil cuidar a un paciente con EA, y sus resultados fueron que un 2,5% les resultaba fácil cuidarlos, un 28,5% dijeron que tenían dificultad media, el 38% indicó que era difícil y un 27% les implicaba extremadamente difícil. Esto podría deberse a que no todos los participantes cuentan con los mismos recursos, redes de apoyo, etc.... (Ganti, L. et al. 2022).

En el caso de cuidadores formales, se reportó que, en los Estados Unidos, el personal de salud que atienden pacientes con demencia está más expuestos a deterioro en su productividad laboral, motivando así a mayor ausentismo y errores en sus tareas, poniendo en riesgo a los pacientes y a ellos mismos. (Chen, Y. et al. 2020)

### **1.1.2. Salud mental en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa.**

El cuidado de un paciente adulto mayor es una actividad desgastante a nivel emocional y cognitivo, y a eso le suma que el paciente padece de algún tipo de demencia, lo hace cien veces más complicado, causando deterioro en la salud general de los cuidadores. La transición abrupta en el modo de vida de los cuidadores, el tiempo requerido para atender al paciente, los gastos excesivos y otras situaciones les han llevado a enfrentar condiciones singulares que pueden impactar de manera negativa su salud mental y sus niveles de estrés. (Ganti, L. et al. 2022)

El instrumento más utilizado para determinar la salud mental en el cuidador es el Test de Maslach Bournout Inventory y el Pines Burnout Measure (PBM). El PBM es un cuestionario de 21 ítems que mide agotamiento físico, emocional y mental. La despersonalización del cuidador fue el síntoma más prevalente, en tanto el segundo fue el agotamiento emocional, relacionándolo con depresión y cambios en la conducta. Estos síntomas se desencadenan con el delirio del paciente y el nivel de bienestar emocional que tenga el cuidador. (Carvalho, F. et al. 2019)

En los primeros años después del diagnóstico del paciente, es cuando más se experimentan síntomas neuropsiquiátricos, estrés y agotamiento, por la falta de información de la enfermedad y por la poca familiaridad de convivir y cuidado a un paciente con este padecimiento. (Carvalho, F. 2019). La agitación es el síntoma neuropsiquiátrico más común y que se ve en todas las etapas por las que el cuidador debe de atravesar, con menor frecuencia en deterioro cognitivo leve (68,5%) y con mayor incidencia en cuidadores de enfermos con demencia grave (90,5%). (Baker, R. et al. 2019)

Los familiares que cuidan o tienen a su cargo a pacientes con demencia se enfrentan constantemente al desafío de controlar a largo plazo los síntomas de la demencia sin haber tenido un conocimiento previo o adecuado de la enfermedad o sin tener apoyo de terceros.

Como resultado, hay un aumento de riesgo en estos cuidadores de resultados no tan favorable en su salud mental, así como en su calidad de vida. El aislamiento social, la mala salud y una visión desfavorable sobre el cuidado son factores significativos que predicen el síndrome de burnout en los cuidadores familiares de personas mayores con demencia. (Ganti, L. et al. 2022).

De acuerdo con una investigación realizada a cabo por Barbara Grabher, los cuidadores experimentan estrés laboral además de atender a un paciente con enfermedad demencial. Por ejemplo, el 57 % de los cuidadores necesita llegar tarde al trabajo, salir antes o tomarse días libres, el 16 % debe solicitar una licencia y el 18 % tuvo que modificar su empleo de tiempo completo a medio tiempo. Aparte del estrés relacionado con el trabajo, los cuidadores experimentan tensión al buscar tiempo para atender al paciente y un deterioro en su salud mental y física. (Ganti, L. et al. 2022).

El cansancio era un indicador importante de nuevos episodios de insomnio y un incremento en los niveles de insomnio, respectivamente. Los investigadores definieron el insomnio como la autoinformación sobre problemas de sueño que ocurren tres o más veces a la semana en los últimos tres meses, así como la dificultad para conciliar o mantener el sueño durante 30 minutos o más cada noche. En este estudio fueron evaluados los trastornos del sueño, por medio del cuestionario de salud física (PHQ), que consta de 4 preguntas sobre dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos, pesadilla y la percepción de una noche de sueño sin interrupciones o reparador. (Durán, A. et al. 2017)

En esta investigación, aquellos que se comprometían al cuidado por razones emocionales, es decir, por amor a la persona, por afecto y reciprocidad, que fueron la mayoría, experimentaron una carga mayor que los que cuidaban por otras razones. Es comprensible que el sufrimiento por el deterioro físico y mental de alguien sea mayor cuando hay más lazos afectivos; la subjetividad influye en los pensamientos y acciones, y el cuidado no es ajeno a esto.

Los cuidadores familiares enfrentan una carga más significativa que los cuidadores profesionales o quienes no cuidan, lo cual también se refleja en su salud deteriorada y podría estar influenciado por las relaciones de afecto recíproco entre el cuidador y el enfermo. (Hernández, L. 2021)

Se ha evidenciado que pertenecer a una religión, tener la convicción de practicar una fe verdadera favorece en la salud mental a través de apoyo social y afrontamiento religiosos y creencias positivas se relaciona con bajos niveles de depresión. Asimismo, involucrarse en una comunidad religiosa frecuentemente otorga a las personas un sentido de pertenencia con otros integrantes y garantiza un elevado grado de apoyo social de aquellos que comparten prácticas y rituales afines. (Hernández, L. 2021)

### **1.1.3. Calidad de vida en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa**

Varios estudios han sugerido numerosas variables que impactan en el deterioro de la calidad de vida en los cuidadores de pacientes adultos mayores con demencia neurodegenerativa, de los cuales se encuentran mayoritariamente aspectos objetivos de la demencia y/o factores relacionados con el paciente, tales como; la duración de atención, forma de la enfermedad, progreso y gravedad de la demencia, síntomas psicológicos y conductuales y si la persona afectada es un familiar o no (Ganti, L, 2022)

La OMS desarrolló un cuestionario predictor de calidad de vida (WHOQOL-BREF), que consta de 26 ítems; donde 24 evalúan los cuatro dominios de calidad de vida; física, psicológica, social y ambiental. En tanto, los dos ítems restantes miden la calidad de vida general. (Heartbeat, 2021)

Es común que los cuidadores que afrontan mayor carga sean las que tiene una salud más deteriorada, ya que este a menudo ignora sus problemas de salud, olvida sus padecimientos y solo acude al médico cuando sufre de agudizaciones. Pueden desarrollar nuevas enfermedades, tanto físicas como psicológicas, que se relaciona con la sobrecarga, cayendo así en un círculo sin salida y terminan con altos niveles de estrés que afectan la calidad de vida. (Hernández, L. 2021)

Varios factores pueden afectar la calidad de la atención y causar la institucionalización temprana del paciente, además de generar aislamiento social, estrés crónico y vulnerabilidad biológica, lo que puede elevar el riesgo de problemas mentales y físicos en los cuidadores (como hipertensión, incremento de hormonas del estrés, inmunidad debilitada, depresión severa y desgaste). (Batres, A. 2024).

Investigaciones transversales han evidenciado vínculos entre el burnout y diversos problemas de salud, tales como el incremento en el consumo de alcohol, trastornos del sueño, depresión, sedentarismo, obesidad y dolor musculoesquelético. El síndrome de burnout se identificó como un predictor relevante de hipercolesterolemia (colesterol total  $\geq 220$  mg/dl) y diabetes tipo 2, sin considerar las variables de confusión. El burnout también se relacionó con niveles reducidos de colesterol HDL en un modelo controlado por edad; no obstante, esta relación perdió significancia al realizar un ajuste adicional por consumo de alcohol, tabaquismo y actividad física. (Durán, A. et al. 2017)

Dos investigaciones corroboraron una mayor prevalencia de enfermedad coronaria en las personas afectadas por el síndrome de burnout. Igualmente se notó una relación significativa entre el síndrome de burnout y las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares en un estudio de cohorte de trabajadores industriales que abarcó 10 años. De igual manera, un incremento en el nivel de burnout a lo largo de 18 meses de seguimiento se relacionó con un mayor riesgo de sufrir dolor musculoesquelético. Los empleados con altos índices de burnout presentaron más del doble de probabilidad de sufrir dolor musculoesquelético en comparación con los que no experimentaban burnout. (Durán, A. et al. 2017)

La necesidad de sueño es esencial para un buen desempeño en cubrir las necesidades del enfermo, reducir riesgos de sufrir un accidente y reducir agotamiento. La mayoría de los cuidadores de pacientes con demencia poseen problemas del sueño, los cuales fueron medidos por medio de la polisomnografía y actigrafía. Se establece que los cuidadores tenían duraciones de sueño más bajas, donde se pierde 2,42 y 3,50 horas por semana. (Chapagain, N. et al. 2019).

La calidad del sueño se evaluó con el índice de Calidad del sueño de Pittsburgh, que consta de 9 ítems, las variables que incluye son la calidad del sueño, latencia del sueño, duración, eficiencia, alteraciones del sueño, uso de medicación para el sueño y disfunción diurna. Resultó que los cuidadores que se someten a intervenciones del sueño, como higiene del sueño, técnicas de relajación antes de acostarse, cronoterapia ligera. (Chapagain, N. et al. 2019).

El factor económico es una variable predisponente que puede afectar la calidad de vida del cuidador, ya que, si el cuidador cuenta con acceso a recursos y apoyo, se le permite contratar ayuda profesional, acceder a terapias psicológicas y programas de respiro. Asimismo, que puedan costearse una alimentación adecuada, atenciones médicas y actividades recreativas que lo mantengan desconectados de su ambiente. Reduce el estrés financiero, ya que podría reducir sus horas de trabajo o abandonar sus empleos para atender a su familiar sin que se quebrante su estabilidad económica. (Bastida, J. 2016).

En el año 2012 los Estados Unidos por medio de la Organización Mundial de la Salud y el Alzheimer's Disease International (ADI) publicaron un reporte titulado "Demencia. Una prioridad de salud pública", para que de esta manera los gobiernos y otras instituciones puedan abordar el impacto socioeconómico y promoverla como prioridad de salud pública. (Chen, Y. 2020). La promoción de esta gestión busca ayudar a mejorar las condiciones de vida tanto del paciente con demencia como a sus cuidadores.

En el mismo año, 2012, Estados Unidos también formuló la "Ley del proyecto Nacional de Alzheimer (NAPA)" incluyendo la coordinación optimización de recursos ya existentes, mejorando la calidad de servicios e3 atención a largo plazo, apoyo a los familiares con personas con demencia, involucrando a la comunidad y capacitando a los médicos a brindar una adecuada atención. (Chen, Y. et al. 2020).

**CAPÍTULO VI**  
**CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

## 6.1. CONCLUSIONES

- Las enfermedades relacionadas a demencias neurodegenerativas han ido en aumento en los últimos años, donde la principal patología es el Alzheimer. Asimismo, junto con estas enfermedades el número de cuidadores también han incrementado, mostrando sobrecarga y factores de riesgo que condicionan estrés, depresión, agotamiento y el funcionamiento familiar, ya que los pacientes que lo padecen requieren de cuidado diario, dependencia total al cuidador y una red de apoyo para así poder sobrellevar de la mejor manera este proceso.
- El síndrome de Burnout presenta una alta prevalencia entre todas las poblaciones, tanto en cuidadores informales como formales, siendo más frecuente en los cuidadores informales. En el caso de los informales, principalmente prevalece más en el género femenino, conyugue del paciente y/o hijas, amas de casa, bajo nivel de escolaridad y que tienen escaso o nulo apoyo familiar y social. Es una enfermedad que además cursa con ira, irritabilidad, frustración, insomnio, depresión y ansiedad.
- Los cuidadores tienen horas de sueño más cortas y de poca calidad. Se concluye que los cuidadores que reciben educación sobre higiene del sueño, cronoterapia ligera, técnicas de relajación y se someten a intervenciones conductuales no invasivas tienen mejores hábitos de sueño y menos insomnio.
- Es una condición de la cual antes no se tenía el conocimiento suficiente para tratarlo y de la cual no se hablaba mucho, pero hoy en día es una condición la cual puede prevenirse y tratarse apropiadamente. No se ha enfatizado conciencia real de los costos que representa el síndrome con respecto a la calidad de vida de las personas, se hace primordial y prioritario comprenderlo, reconocer sus manifestaciones clínicas, diagnóstico, consecuencias que puede generar y el tratamiento correcto.

- Así como es importante saber reconocerlo, ya que mayoritariamente se diagnostica erróneamente como estrés, se vuelve piedra fundamental la instauración de medias encaminadas a la atención de campos para prevenirlo, ejecución e implementación de técnicas eficientes y vigorosas para atender a las necesidades de un manejo conveniente del síndrome de Burnout, disminuir la sobrecarga y garantizar el mejor cuidado a los pacientes con demencia.
- Se tiene claro que el apoyo familiar y social son trascendentales para mantener la salud física y mental en el cuidador por lo que la atención domiciliar por parte del sector médico, es capaz de influir de manera positiva, para así prevenir el agotamiento, ya que esta se percibe como una asistencia recibida, y su vez disminuye el uso de recursos sanitarios.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

- Coordinar para el cuidador y para el paciente enfermo de demencia una atención conjunta; donde en la visita domiciliar no solo dirijan su atención al paciente enfermo, si no que puedan brindar una atención compartida, donde busque apoyar y asistir al cuidador con el manejo del paciente.
- Establecer programas de investigación y educación sanitaria, donde se enfatice promover información necesaria de los conocimientos que se requiere tener de la enfermedad neurodegenerativa y desarrollar las habilidades necesarias para el cuidado.
- Educar gratuitamente a los cuidadores mediante material digitalizado o impreso sobre la prevención de factores de riesgo del burnout y la relevancia de tener espacios para su autocuidado, estilos de vida saludables y manejo de estrés y agotamiento para así tener la capacidad de brindar una atención correcta al adulto sin poner el riesgo la vida de estos como la propia y tener una mejor calidad de vida.

- Recomendar a los cuidadores a que realicen actividades que lo apasionen, como algún deporte, ejercicios, compartir con amistades, taller de pintura, etc...
- Se puede realizar reuniones tanto individuales como grupales, donde los individuos externen sus vivencias, como afrontan el cuidado y ser un apoyo social para los otros.
- En caso de los cuidadores formales, proporcionar mejoras en condiciones laborales, con horarios más flexibles, vacaciones profilácticas, atención psicológica periódica, estos cambios también disminuyen la prevalencia de burnout.
- Formación de comunidades locales de apoyo mutuo donde se comparten vivencias, lo que facilita la comprensión de la enfermedad y reduce la presión psicológica. De igual manera, es necesario coordinar la atención especializada con la atención primaria para lograr un seguimiento de los pacientes.
- Que el sector salud considere intervenciones del sueño no solo en el paciente con demencia neurodegenerativa, sino que también al cuidador. que provee servicios de salud mental donde se desarrolle intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida con estrategias que reduzcan factores de riesgos modificables.
- Fundar centros de respiro y cuidado temporal gratuito, donde los cuidadores puedan dejar a los pacientes por periodos breves, para ellos poder descansar
- El gobierno podría proporcionar subsidios o compensaciones económicas como apoyo financiero para aliviar la carga. Gestionar flexibilidad laboral y licencias a quienes cuidan a familiares con demencia.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda, P. et al. (2020). Escalas de valoración cognitiva y conductual en español para la demencia severa. PubMed Central (PMC) <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11583133/>
- Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. (2014). Comunicado de la FDA sobre la seguridad de los medicamentos: La FDA informa que el psicofármaco ziprasidona (Geodon) está relacionado con reacciones cutáneas poco comunes, pero potencialmente fatales. Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/comunicado-de-la-fda-sobre-la-seguridad-de-los-medicamentos-la-fda-informa-que-el-psicofarmaco>
- Agarwal, N. et al. (2017). Amisulprida en los síntomas conductuales y psicológicos refractarios de la demencia. *Ann Alzheimer's Dement Care*. <https://doi.org/10.17352/aadc.000001>
- Aldaz, E. et al. (2024). Contenidos y competencias destacadas a incorporar en la formación técnica para el cuidado de personas mayores en Colombia, Costa Rica y Uruguay. *Revista Actualidades Investigativas en Educación de la Universidad de Costa Rica*. <https://doi.org/10.15517/aie.v24i1.55621>
- Alexopoulos, G. & Solomonov, N. (2019). Do antidepressants increase the risk of dementia? PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7063578/>
- Allegri, R. et al (s.f.). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. *Sociedad española de Geriátria y Gerontología*. <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>

- Anciones, C. (2023). Qué es y para qué sirve la risperidona en personas con alzhéimer. Cuidar Bien. <https://www.cuidarbien.es/te-enseamos/todo-lo-que-debes-saber-sobre-la-risperidona>
- Anderson, M. & et al. (2016). Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective populationbased study. PubMed <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26837813/>
- Andrea, L. et al. (2020). Burnout en cuidadores formales e informales del adulto mayor. Revisión integrativa de la literatura. Dialnet. (págs. 80-92)
- Aoun, S. et al. (2017). Eficacia de las intervenciones psicosociales para reducir el duelo experimentado por los cuidadores familiares de personas con demencia: una revisión sistemática. JBI Evidence Synthesis. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003017>
- Arango, K. (2023). Síndrome de burnout: qué es y cómo identificarlo. Grupo Poësis - Clínica Integral de Psicología & Psicoanálisis. <https://www.psicologosencostarica.com/sindrome-de-burnout/>
- Araya, K. (2019). Estrategias utilizadas en el abordaje del Síndrome de Agotamiento Laboral en los médicos durante el periodo de residencia. (Tesis doctoral). Universidad de Costa Rica.
- Ardanaz, C. & et al. (2021). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10197768/>
- Arriola, E. et al (s.f). Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias: Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario. 1 Ed. Universidad de la Matanza, Argentina. <https://www.algec.org/biblioteca/Deerioro-cognitivo-Alzheimer.pdf>

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5a Ed. Editorial Medica Panamericana, <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Baker , R. t al. (2019). Los síntomas que se pretende controlar en una herramienta de seguimiento basada en la web por parte de los cuidadores de personas con demencia y agitación: estudio transversal. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6625216/>
- Ballard, CG. et al. (2016) Los antipsicóticos atípicos benefician a las personas con demencia, pero los riesgos de eventos adversos pueden superar los beneficios, particularmente con el tratamiento a largo plazo. Biblioteca Cochrane. [https://www.cochrane.org/es/CD003476/DEMENTIA\\_los-antipsicoticos-atipicos-benefician-las-personas-con-demencia-pero-los-riesgos-de-eventos](https://www.cochrane.org/es/CD003476/DEMENTIA_los-antipsicoticos-atipicos-benefician-las-personas-con-demencia-pero-los-riesgos-de-eventos)
- Barea, A. et al. (2023). Revisión sistemática: evidencia de prevalencia de demencia y deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años en hogares de ancianos. RSI - Revista Sanitaria De Investigación. [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistemica-evidencia-de-prevalencia-de-demencia-y-deterioro-cognitivo-en-personas-mayores-de-65-anos-en-hogares-de-ancianos/#google\\_vignette](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistemica-evidencia-de-prevalencia-de-demencia-y-deterioro-cognitivo-en-personas-mayores-de-65-anos-en-hogares-de-ancianos/#google_vignette)
- Barranza, G. (2016). Síndrome de Burnout: Evaluando su futuro a través de su historia. Universidad de Chile. [https://www.researchgate.net/profile/Gabriela-Barraza/publication/331843812\\_Sindrome\\_de\\_burnout\\_Evaluando\\_su\\_futuro\\_a\\_traves\\_de\\_su\\_historia/links/5c900d66299bf14e7e84b48b/Sindrome-de-burnout-Evaluando-su-futuro-a-traves-de-su-historia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gabriela-Barraza/publication/331843812_Sindrome_de_burnout_Evaluando_su_futuro_a_traves_de_su_historia/links/5c900d66299bf14e7e84b48b/Sindrome-de-burnout-Evaluando-su-futuro-a-traves-de-su-historia.pdf)

- Batres, A. (2024). Protocolo de atención clínica Intervención del profesional de Enfermería especialista en Salud Mental y Psiquiatría dirigida a la persona con diagnóstico de depresión en la CCSS. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). <https://www.binasss.sa.cr/proctocolosaludmentalenfemeria.pdf>
- Birks, J. & Harvey, R (2018). Donepezil para la demencia de la enfermedad de Alzheimer. Biblioteca Cochrane. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001190.pub3>
- Blampyge, M. (2025). Cómo abordar el agotamiento de los cuidadores informales en Estados Unidos: políticas, intervenciones y recomendaciones. Universidad de San Francisco. <https://repository.usfca.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3162&context=capstone>
- Blasko B. et al. (2015). Uso de benzodiazepinas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática de la literatura. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4648159/>
- Cárdenas, M. et al (2022). *Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en México*. Gaceta Medica De México, 158(4). <https://doi.org/10.24875/gmm.22000023>
- Cardona, J. & Higueta, L (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Revista Cubana de Salud Pública. (págs. 175-189) <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf>
- Carrillo, P. & Barajas, K. (2016). Exploración neurológica básica para el médico general. Scielo. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002617422016000500042&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422016000500042&lng=es&tlng=es).

Carrizales, J. et al (2018). *Demencia frontotemporal: revisión y nuestro punto de vista*. Revista Mexicana de Neurociencia. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2018/rmn186d.pdf>

Carvalho, F. et al. (2019). Síndrome de burnout en cuidadores informales de adultos mayores con demencia: una revisión sistemática. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6907708/>

Centro de Educación y Referencias sobre la Enfermedad de Alzheimer y las Demencias Relacionadas (ADEAR). (2024). ¿Qué es el deterioro cognitivo leve? Alzheimers.gov. <https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/deterioro-cognitivo-leve>

Chapagain, N. et al (2019). Duración y calidad del sueño en cuidadores de pacientes con demencia. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6714015/>

Chen, Y. et al. (2021). Carga de cuidados para pacientes con enfermedad de Alzheimer o demencia en Japón, Estados Unidos y la UE: resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Bienestar: una encuesta transversal. Revista de economía médica. <https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1880801>

Chocrón, S. (2021). Programa de capacitación educativo a cuidadores de adultos mayores con demencia vascular y otras deficiencias motoras y cognitivas en el Hogar Bello Horizonte, Escazú, Costa Rica. Universidad de Costa Rica. <https://repo.sibdi.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/19641/1/47114.pdf>

Chokhawala, K. & Stevens, L. (2023). Antipsychotic medications. National Library of Medicine (NIH) - National Center for Biotechnology Information (NCBI). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519503/>

- Cristalli, D. & et al. (2020). Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Neurología Argentina*, vol. 12(2), (págs .124–137). <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.01.003>
- Cruz, B & Pozo, P. (2024). Síndrome de burnout en cuidadores de personas con discapacidad pertenecientes al programa Joaquín Gallegos Lara distrito Salinas 24D02, 2023. Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador. <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/10634/1/UPSE-TGS-2024-0015.pdf>
- Cunningham C. & Macfarlane S. (2021). Precaución con el uso de olanzapina en la demencia. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8075751/>
- Debarros, J. et al. (2019). Memantina para la demencia. Biblioteca Cochrane. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003154.pub6>
- Dening, T. et al. (2018). Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia. Biblioteca Cochrane. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003944.pub2>
- Deví, J. et al. (2016). Relación entre el burnout y la calidad de vida del cuidador de personas con demencia. Scielo. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2016000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100005)
- Dichter, M. et al. (2021). Antipsicóticos para la agitación y la psicosis en personas con enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Biblioteca Cochrane. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013304.pub2>
- Dima, L. et al. (2018). Clozapina para el tratamiento de los trastornos de conducta refractarios al tratamiento en la demencia. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29401113/>

- Durán, A. et al. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5627926/>
- Edú-Valsania, S. et al. (2022). Burnout: Una revisión de la teoría y la medición. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8834764/>
- Fernandez, C. (2022). ¿Por qué algunos ancianos con demencia son tratados con quetiapina? Cuidar Bien. <https://www.cuidarbien.es/te-enseamos/por-que-algunos-ancianos-con-demencia-son-tratados-con-quetiapina>
- Flores, J. (2018). Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos asistentes del servicio de emergencia del hospital Marino Molina SCCIPA en el periodo de setiembre – noviembre 2017 (Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano).
- Forteza, J. et al (2018). Guía oficial de práctica clínica en Demencia. Guías diagnósticas y terapéuticas de la sociedad española de neurología. Ediciones SEN. [https://www.sen.es/pdf/guias/Guia\\_Demencias\\_2018.pdf](https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf)
- Fundación Pascual Maragall. (2023). Escalas FAST y GDS: formas de gradación del Alzheimer. Fundación Pascual Maragall. <https://blog.fpmaragall.org/escala-fast>
- Ganti, L. et al. (2022). Impact of Alzheimer’s disease on caregivers in the United States. PubMed Central (PMC). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9392839/>

García, L. Jiménez, M. Riaño, S. Umbarila, E. (2018). Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal asistencial de salud, del servicio de urgencias de la unidad integrada de servicios de salud Fontibón-Subred Suroccidente E.S.E y de la unidad integrada de servicios de salud Engativá-Subred Norte E.S.E de la ciudad de Bogotá, en el primer Semestre del año 2018. (Tesis para optar por el grado Medicina). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Bogotá.

García, R. (2023). LAS 4 ERRES DEL CUIDADO EN LA DEMENCIA. Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer “Tierra de Barros”. <https://alzheimertierradebarros.es/index.php/component/k2/1-noticias-de-alzheimer/2950-las-4-erres-del-cuidado-en-la-demencia>

González, M. (2016). Manual para el cuidador de pacientes con demencia. Casa Farmacéutica Lundbeck. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2016/09/mcpd.pdf>

Gracia, P. (2020). Síndrome de Burnout en Cuidadores No Formales de Enfermos de Alzheimer. Universidad de Zaragoza. <https://zagan.unizar.es/record/102036/files/TAZ-TFG-2020-981.pdf?version=1>

Guille, C. & et al. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30326495/>

Gutiérrez, J. (2020). Síndrome de Burnout y Burnout Académico: Una revisión de su historia, conceptos e implicancia en América y Europa. Universidad Talca, Chile. <http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/12428/3/2020A000124.pdf>

Hajjar, E. & et al. (2023). Efectos secundarios de los agentes antipsicóticos. ScienceDirect. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378608023000375>

- Heartbeat. (2021). WHOQOL-BREF. Heartbeat Medical. <https://heartbeat-med.com/resources/whoqol-bref/>
- Hernández, L. (2021). Factores de riesgo de carga en cuidadores de ancianos con síndrome demencial. Redalyc. <https://www.redalyc.org/journal/3782/378277362009/html/>
- Hersh, S. & Shannon, K. (2015). La Enfermedad de Huntington. Sociedad Americana de la Enfermedad de Huntington. [https://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/7\\_la-enfermedad-de-huntington.pdf](https://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/7_la-enfermedad-de-huntington.pdf)
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2023). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (version 6.3). Cochrane. [https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-03#\\_Ref535230347](https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-03#_Ref535230347)
- Lemos, Y. (2023). SOSPECHA CLINICA DE DEMENCIA A TRAVÉS DEL TEST AD8 EN PACIENTES DE 55 A 70 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, ENERO-ABRIL 2023. Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña, República Dominicana, Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en: Medicina Familiar y Comunitaria <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/5299/Sospecha%20clinica%20de%20demencia%20a%20trav%20C3%A9s%20del%20test%20AD8%20en%20pacientes%20de%2055%20a%2070%20a%20C3%B1os%20que%20acuden%20a%20la%20consulta%20externa%20del%20hospital%20central%20de%20las%20fuerzas%20armadas%20C%20enero-abril%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lim, A. et al. (2024). Galantamina para la demencia por enfermedad de Alzheimer y el deterioro cognitivo leve. Biblioteca Cochrane. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001747.pub4>

- López, C., Frías, A & Del Pino, R. (2019). Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. Scielo. <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2019.v33n2/185-190/es>
- Martin, M. (2022). La demencia con cuerpos de Lewy. Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. <https://psiquiatria.com/congresos/trabajos/1-10-2022-21-pon4-619.pdf>
- Montoya, M. S. R., & Lugo-Ocando, J. (2020, January 10). Revisión Sistemática de Métodos cualitativos en el marco de la innovación educativa. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7555365>
- Muñoz, A. & Sanchez, A. (2019). Ansiedad y autoeficiencia en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Redalyc. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349860126025/349860126025.pdf>
- Olivares, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. Ciencia y trabajo, 19 (58), 59-63. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100059>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2023). Demencia. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2023). Salud Mental – Guía del promotor comunitario. Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31342/salud-mental-guia-promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana De La Salud. (2021). La Carga de Enfermedades Cardiovasculares.

Organización Mundial De La Salud (OMS). <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>

Organización Panamericana De La Salud (OPS). (2024). Demencia. OPS/OMS - Organización

Panamericana De La Salud.

<https://www.paho.org/es/temas/demencia#:~:text=Esta%20cifra%20se%20triplic%C3%B3%20desde,por%20100.000%20habitantes%20en%202019>

Patel, P. & Gupta, V. (2023). Rivastigmine. National Library of Medicine (NLM) - National Center

for Biotechnology Information (NCBI).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557438/>Nelson, A. (2022). Deficiencia de vitamina B12 como etiología de deterioro cognitivo y demencia. Revista Medica Sinergia, vol. 7(6).

Pérez, M. (2018). La Evaluación Neuropsicológica 2ª Edición actualizada. Formación Continuada

a Distancia, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología.

<https://gabinetepsicologicodeterapiasbreves.com/wp-content/uploads/2023/03/LA-EVALUACION-NEUROPSICOLOGICA-2a-Edicion-actualizada.pdf>

Picado J. & Sandí, A. (2020). Perfil del paciente con demencia del programa de atención

domiciliaria geriátrica del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Doctor Raúl

Blanco Cervantes – San José, Costa Rica. Revista Médica Sinergia, 5(11).

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms2011m.pdf>

- Quina, M. et al. (2019). Síndrome de burnout, estrés laboral y calidad de vida en trabajadores de enfermería. Scielo. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412019000300011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300011)
- Ramírez, O. & Ruíz, A. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2(9). Págs. 01-16  
<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333152922001.pdf>
- Ramírez, R & Rueda, J. (2023). Prevalencia del síndrome de Burnout, en cuidadores primarios de adultos mayores con deterioro cognitivo, en la residencia geriátrica Casa de los Ángeles, San Lucas Sacatepéquez. Universidad de San Carlos de Guatemala.  
<http://www.repositorio.usac.edu.gt/19806/1/13%20T%283545%29.pdf>
- Rodríguez, L. & Shaban, A. (2019). Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias con antidepresivos. *Medicina De Familia SEMERGEN*, vol. 45(6), (págs. 431–432). <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.03.002>
- Smith, J. K., & Jones, L. M. (2018). Narrative synthesis in systematic reviews. In E. M. Johnson & A. F. Smith (Eds.), *Handbook of Quality Assurance for University Teaching* (pp. 221-236). Routledge.
- World Health Organization (WHO). (2025). Demencia. World Health Organization  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

## Declaración jurada

Yo Paula Francella Salazar Umaña, cédula de identidad número 1-1787-0954, en condición de egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejó rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura titulado " "Síndrome de Burnout en los cuidadores de personas mayores con demencia neurodegenerativa relacionado con su calidad de vida y salud mental: Una revisión sistemática, 2024 en E.E.U.U" es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmó, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, el 15 de febrero de 2025.

Paula S.

Paula Salazar Umaña, 1-1787-0954

## Carta de aprobación.

San José, 11 de febrero de 2025

Señores  
Departamento de Registro  
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante **PAULA FRANCELLA SALAZAR UMAÑA**, cédula de identidad número: **117870954**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA NEURODEGENERATIVA RELACIONADO CON SU CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2024 EN E.E.U.U”** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DELA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		97%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente



Dr. Allan Rímola Rivas  
Cédula: 110870329  
Código médico: 8533

## Carta de aprobación del lector.

San José, 09 de mayo del 2025

Departamento de Registro y Servicios Estudiantiles

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante Paula Francella Salazar Umaña, cedula de identidad número 1-1787-0954, me ha presentado para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA NEURODEGENERATIVA RELACIONADO CON SU CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2024 EN E.E.U.U”**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por lo consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente:

Luis  
Felipe  
Aguilar  
Hidalgo

Firmado digitalmente por Luis Felipe Aguilar Hidalgo  
Fecha: 2025.05.12 07:45:20 -06'00'

Luis Felipe Aguilar Hidalgo

Cédula 112320347

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**  
**CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)**  
**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA**  
**REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA**  
**DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 19 de mayo del 2025

Señores:

Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito Paula Francella Salazar Umaña, con número de identificación 1-11787-0954 autor (a) del trabajo de graduación titulado, **“SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES CON DEMENCIA NEURODEGENERATIVA RELACIONADO CON SU CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2024 EN E.E.U.U". 2024**, presentado y aprobado en el año dos mil veinticinco, como requisito para optar por el título de Licenciatura en medicina y cirugía; (SI) autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que, con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

Paula S.  
1-1787-0954

Firma y Documento de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)**  
**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y**  
**PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

**Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional**

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las “Condiciones de uso de estricto cumplimiento” de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.