



**UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

**“NIVEL DE ESTRÉS
EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON ALZHEIMER”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

PRESENTA:

NIDIA ESTHER JUAREZ MARTINEZ

ASESOR:

MCE. ROBERTO MARTINEZ ARENAS

ASESOR ESTADISTICO:

MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO

MORELIA, MICHUACAN AGOSTO DEL 2008



**UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

Nivel de estrés en cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.

Tesis

Que para obtener el grado de:
LICENCIADO EN ENFERMERIA

Presenta:

P.L.E. Nidia Esther Juárez Martínez

Dirigida por:

M.C.M Roberto Martínez Arenas

Sinodales

Presidente

Firma

Secretario

Firma

Vocal

Firma

Septiembre 2008, Morelia, Mich., México.

INDICE

Índice

I. Introducción

II. Justificación

III. Planteamiento del problema

IV. Marco Teórico Conceptual

4.1 Estrés

4.2 Cuidador

4.3. Adulto Mayor

4.4. Enfermedad de Alzheimer

V. Objetivos

VI. Metodología

6.1 Tipo de estudio

6.2 Diseño metodológico

6.3 Limites de tiempo y espacio

6.4 Universo

6.5 Muestra

6.5.1 Muestreo

6.5.2 Tamaño de la muestra

6.6 Criterios de estudio

6.7 Variables

6.7.1 Descriptivas

6.7.2 De estudio

6.7.3 Conceptualización y operacionalización de variables

6.8 Instrumentos

6.9 Procedimiento

6.10 Análisis estadístico

6.11 Recursos

6.11.1 Humanos

6.11.2 Materiales y financieros

6.12 Difusión

6.13 Consideraciones éticas y legales

6.14 Cronograma de actividades

VII. Resultados

VIII. Discusión

IX. Conclusiones

X. Referencia Bibliográficas

XI. Bibliografía

XII. Apéndices y Anexos

INDICE DE CUADRO

NO. Cuadro	Pag
1	72
2	72
3	72
4	72
5	73

INDECE DE GRAFICOS

No.Gráficos	Pag.
1	76
2	76
3	76
4	77
5	77
6	78
7	78
8	79
9	79

I. INTRODUCCION

El cuidado es una necesidad de vida y es de tal complejidad, que requiere atención en todos los aspectos, y muchas de las veces la participación voluntaria, tanto del beneficiario(paciente), como de quien lo proporciona (cuidador), así, pues, es un deber, no solo del profesional de la salud, sino de todo aquel que proporcione el cuidado, conocerlo a profundidad y brindarlo de manera particular, eficiente y eficaz, a cada individuo o grupo etareo que lo requiera, ya que éstos tienen necesidades diferentes.

Así, un grupo especial que requiere se le brinde el cuidado de una manera muy peculiar, son los adultos mayores, cuyas carencias al paso del tiempo se muestran mas notorias, lo que demandara por parte del cuidador un esfuerzo cada vez mayor para satisfacer las necesidades y muchas veces se hace necesaria, la participación de otros cuidadores, para que esta situación no se torne en un problema mas grave

El comportamiento de un adulto mayor con enfermedad de Alzheimer es quizás uno de los factores principales que alteran el equilibrio emocional del cuidador, ocasionándole la presencia de estrés. Por tanto, el reto principal del quien proporciona cuidado a adultos mayores con características especiales, es la de afrontar los cambios conductuales que tiene la persona que cursa con dicha enfermedad, para que estos cambios no afecten de manera significativa en la vida del cuidador.

Un cuidador es la persona que se responsabiliza de las necesidades de otra persona, ya sea en forma permanente o temporal, esto puede incluir cuidados médicos y físicos, lo mismo que compañía y apoyo emocional, es posible que deba tomar importantes decisiones sobre el tratamiento, solicitar servicios médicos y representar los intereses de su ser querido o a quien cuida.

El cuidador con el fin de poder atender sus necesidades personales es posible que deba recurrir a varias fuentes de apoyo tanto formales como informales, esto es amigos, familiares, vecinos y a los servicios religiosos, todo con el fin de proporcionar un total cuidado y no dejar de lado el propio. Los familiares no necesariamente se reconocen ni describen a sí mismos como cuidadores, son esposos, hijas, hijos o nueras que en un momento dado tienen que asumir la mayor parte de la

responsabilidad del cuidado del paciente que requiere de apoyo especial y frecuente, ya que ha perdido la capacidad de cuidarse a sí mismo parcial o totalmente.

El presente estudio se interesó en conocer el nivel de estrés que presentan los cuidadores de adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer, y nació de la observación y la experiencia de trabajar día tras día con este tipo de paciente y de estar en contacto con sus cuidadores y familiares. A pesar de que el objeto de estudio del profesional de Enfermería, es el cuidado, muchas de las ocasiones son el familiar, o alguna otra persona quien lo proporciona, por lo que se hace necesario también, conocer las demandas y necesidades de este grupo para poder proporcionarles la ayuda necesaria. Las enfermeras(os), no siempre son el primer contacto de estos pacientes, muchas de las veces lo son los cuidadores y / o familiares, sin embargo es responsabilidad del profesional, asumir la responsabilidad que nos corresponde, no solo en la enfermedad, sino en la prevención y sobre todo el cuidado de todos y cada uno de los seres humanos.

Para la realización de este estudio, se hizo necesaria, la búsqueda de información, la recolección y organización de datos, así como la presentación de los mismos; pero sobre todo fue indispensable la participación de aquellas personas que, brindan muchas de las veces de manera desinteresada un apoyo incondicional al ser humano que grita en silencio la necesidad de ser atendido, para poder vivir con dignidad.

En el presente estudio se utilizó como instrumento de medición el test del cuidador de Zarit el cual contiene 21 ítems que se tomaron en cuenta , y uno más acerca del estudio.

II. JUSTIFICACIÓN

El consejo Nacional de Población (Notimex, 2002) estima que actualmente los mexicanos mayores de 65 años suman poco más de 5 millones, equivalentes al 5% de la población nacional, pero para el 2030 habrá 22 millones de personas de 60 años o más (uno de cada seis habitantes) y para el 2050 el 25% de la población tendrá 25 años o más. Este envejecimiento demográfico trae consigo la presencia de padecimientos crónico-degenerativos como las demencias. El CONAPO estima que el número de adultos mayores con algún tipo de deterioro funcional crecerá de 2 millones en el 2002 a 7.3 millones en 2030 y a 15.9 millones en el 2050. En México no se cuenta aún con estudios de prevalencia que nos indiquen el número de personas con demencia que existen en el país, pero con base en datos de prevalencia internacional se calcula que alrededor del 5% de los mayores de 60 años padecen algún tipo de demencia.¹

Así mismo por cada adulto mayor que padece de enfermedad con Alzheimer existe por lo menos un cuidador, entendiendo por cuidador la siguiente definición que fue dada por la Clínica Mayo es la persona que se responsabiliza de las necesidades de otra persona, ya sea en forma permanente o temporal. Esto puede incluir cuidados médicos y físicos, lo mismo que compañía y apoyo emocional, toma de decisiones importantes, tratamiento y servicios médicos, representando siempre los intereses del enfermo.²

1.-Gutiérrez, "Envejecimiento demográfico", 2001

2.-Guía de la Clínica del Doctor Mayo "Enfermedad de Alzheimer", 2002

Por ejemplo el riesgo relativo a morir de un paciente diagnosticado entre los 65 años y los 74 es de 5.4% y por encima de los 75 años de edad el riesgo es de un 20.5%.³ Ninguna enfermedad por ligera que sea afecta solo al enfermo, afecta a su familia y a su comunidad, esta situación queda claramente manifestada en el caso del mal del Alzheimer.⁴ El costo del cuidado y apoyo de los enfermos mentales es aproximadamente de unos \$358 billones de dólares americanos. Además cada 5 años la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer se duplica.

Aproximadamente el 4% de los ancianos con Enfermedad de Alzheimer son víctimas de malos tratos por un amigo o un cuidador, el riesgo para los ancianos aumenta si las relaciones familiares están deterioradas o si los cuidadores ingieren sustancias psicotrópicas, padecen problemas emocionales o psiquiátricos o se sienten obligados a prestar la asistencia. La enfermedad de Alzheimer es la causa principal de deterioro cognitivo en la población anciana aproximadamente un 6% de los ancianos tienen una enfermedad de Alzheimer.⁵

La percepción que se tiene de la incapacidad causada por la enfermedad de Alzheimer es resultado de una combinación de factores físicos sociales, familiares y psicológicos. Para darnos una idea del problema es importante conocer cual es el porcentaje de adultos mayores con Alzheimer.

3 R. Alberca, López,- Pousa "Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias", 2a Edición, Editorial Panamericana 2002 Pág. 31

4" MANUAL PARA CUIDADORES DE ENFERMOS CON EL MAL DE ALZHEIMER."Lic. Miguel Rodríguez L.

5.-R.Rodríguez. J. Morales. J. Encinas. Z. Trujillo C:D: Hyver "Gerontología" Mc Grawhill Internacional, 1999-2002

La incidencia de la Enfermedad de Alzheimer aumenta exponencialmente con la edad y a partir de los 65 años se multiplica por tres cada 10 años, considerándose del 1% entre los 70 y 79 años de edad y del 3% entre 80 y 84 años de edad. ⁶

La Alzheimer's Disease Internacional habrá 34 millones de personas con demencia en el mundo y que la cantidad de enfermos será mayor en países en vías de desarrollo como china, india y América Latina, por tanto para el año 2025 más del 70% de los pacientes vivirá en países subdesarrollados como el nuestro. ⁷

La Enfermedad de Alzheimer afecta una de cada 20 personas de 65 años, en el año 2000 se estimaron 18 millones de personas con demencia en el mundo. ⁸

La vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad la enfermera debe preocuparse por mantener al anciano en su nivel funcional óptimo, el objetivo a buscar es el bienestar, pese al grado de deterioro físico cognitivo o emocional. ⁹

Es tarea, no solo del profesional de Enfermería, enfrentar los retos y asumir las responsabilidades que este tipo de problemas de salud conlleva, sino que se hace necesaria la ayuda multidisciplinaria del equipo de salud, así como una participación activa de las personas que están en contacto constante con el enfermo.

6. R. Alberca, S.López,- Pousa "Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias", 2a Edición, Editorial Panamericana 2002 Pág.

31

8. 6.- PAGINA OFICIAL DEL INEGI <http://www.inegi.com.mx>

7.-Dr. Víctor F. Villa Estéres "Geriatría- Valoración médica" ed. 2000 editorial Ediciones Cuellar.

9.-William Mollo y Paul-Caldwell Editorial Paidós 2002 "Guía Práctica para cuidadores y familiares"

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La funcionalidad puede verse afectada desde el punto de vista físico, cognoscitivo y o sensorial.¹⁰ Cuando se pierde la funcionalidad se comienza a ser dependiente y la creciente dependencia e invalidez, comprometen la calidad de vida del individuo, generando esto una carga social, económica y familiar. Los adultos mayores son quien, presentan mayores índices de enfermedad en especial, aquellas crónicas e incapacitantes, con deterioro cognitivo (demencia) y trastornos afectivos, lo que implica mayores cuidados para el enfermo y un esfuerzo mayor por parte de los cuidadores. Así la Enfermedad de Alzheimer es especialmente incapacitante, ya que el enfermo depende en su gran totalidad de las personas que lo cuidan.¹¹„

La esperanza de vida de los pacientes con EA es cada vez mayor incluyendo a los que tienen un inicio precoz, los cuáles mueren antes que en las demencias de inicio tardío.¹² El paciente requiere cuidados permanentes, lo cuál puede generar estrés y carga, ocasionando además la aparición de enfermedades físicas y psicológicas en el cuidador; comenzando con cansancio, insomnio, irritabilidad, propensión a tomar tranquilizantes, somatizaciones, depresión o menoscabo general de salud.

Este es el principal problema del cuidador, este es el drama: tener la necesidad de consolar a un enfermo cuando no se tienen argumentos, pedirle que luche cuando uno mismo no puede luchar.

Afrontar los cambios de comportamiento que se producen en el curso de la enfermedad como las acciones anormales y los cambios de personalidad son el principal reto para los cuidadores más que las labores diarias, como el aseo personal, ayudar al enfermo a vestirse, cocinar o controlar la economía.

A menudo los cuidadores se sienten enfadados, frustrados, deprimidos y por encima de todo atrapados.¹³ buscando alguna respuesta que salda a estos sentimientos. La participación activa del profesional de enfermería en esta relación cuidador-enfermo, es de vital importancia, ya que es éste, quien tiene el conocimiento, la preparación y la capacidad de proporcionar el cuidado al

paciente enfermo, además de ser un pilar muy importante en la preparación del personal que será responsable de asumir el rol de cuidador. Por lo anterior, es responsabilidad del personal de enfermería buscar los medios necesarios para proporcionar una adecuada atención a cada una de las demandas que exige la sociedad. Es así como, la presente investigación desea aportar las necesidades identificadas en una parte de la población, planteando la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de estrés en cuidadores de adultos mayores de la Asociación Michoacana de Alzheimer A.C.?

10.- R.Rodríguez J.Morales,J.Encinas,

11.- Manual de geriatría 3a edición Fco Guillén...

12.-Enf. Alz. y otras demencias 2a edición R.Alberca,....

13.-Manual del cuidador de...

IV. MARCO TEORICO

4.1 Estrés

El estrés es respuesta ante el peligro o desafío, el cual justamente es una amenaza a nuestra integridad, sea está la seguridad de vivir, la inducción de un trastorno psicológico (muerte de un ser querido), daño físico (accidente), infección, examen escolar o universitario, entrada de un ladrón en la casa (peligrosidad variable).

Estrés es el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuro endocrina ante el estresor amenazante (1994).

El estresor es el factor causal primario en el desarrollo del Trastorno. Kaplan (1996)

Para algunos subir a un avión será una amenaza de gran peligrosidad y viajarán bajo estrés, mientras que para los que viajan todas las semanas será algo cotidiano y sin estrés, lo que implica adaptación adquirida y nos señala la posibilidad de poder controlar el estrés.

Solo el estrés aumenta la actividad hipotalámica hipofisiaria con descarga hormonal desde la hipófisis de la hormona trófica para la corteza adrenal que actúa sobre la corteza suprarrenal, timo y ganglios linfáticos, con modificaciones inmuno hematológicas. La respuesta hipofisiaria depende del tipo de estresor, lo que es interesante ya que a veces la va junto con la hormona de crecimiento (ACTH) y otras veces no, sucediendo algo parecido con la hormona vasopresina.

Hans Seyle (1946) Destaco el mecanismo hipotálamo – hipofisiario suprarrenal del Estrés ubicando correctamente a la ACTH como la “Hormona Adaptativa” primordial y a la hormona somatotrófica (HST) o de crecimiento como la segunda en importancia.¹⁴

Claude Bernard (1813 – 1878) Notable fisiólogo francés, creador de la Medicina Experimental y del concepto de la constancia del “Medio Interno”, base para la comprensión de la regulación del estrés. Walter Cannon (1871 – 1945) Destacado fisiólogo estadounidense, de la Universidad de Harvard, Boston, descubridor del Sistema Simpático y de la adrenalina que llamo “Simpatina” y creador del concepto de la homeostasis. Es el primero en usar la palabra Estrés (1914) y que acuño la celebre frase “to Fig. or flight”, que sintetiza el interés que tuvo por investigar el estrés “mirando por fuera”.

Entre los cambios que ocurren en el organismo comandan la respuesta externa estos cambios ocurren regulados por es sistema nerviosos que modifica la sangre llamada con acierto “medio interno” por el fisiólogo francés Claude Bernard, quien lo define como el medio líquido que baña en sus regiones terminales a todas las células del cuerpo. El estrés al inducir estos cambios fisiopatológicos, es decir que sobrepasan el margen normal de las funciones reguladas, lleva al sistema endocrino sanguíneo hacia una exigencia mayor que significa iniciar un desafío a la habilidad autorregulación llamada “homeostasis” por Cannon. Hay importantes cambios endocrinos, hormonales, electrolíticos, inmunológicos, emocionales y mentales, donde cada uno tiene sus propias características. En estos cambios del medio interno la jerarquía la tienen los comandos neuro – endocrinos y cerebrales, los cuales son responsables de las etapas principales del estrés, interior y exterior.

La adrenalina se produce sólo en la suprarrenal, a donde llegan las correspondientes fibras nerviosas. Este sistema se llama adrenérgico o sistema simpático. En términos generales este sistema acelera al corazón, vierte ala sangre la glucosa acumulada en el hígado, acrecienta el estado de alerta, combate la fatiga mental y muscular, causa ansiedad, dilata las pupilas y produce emoción y aceleración del pulso. Todos estos importantes efectos caracterizan a la iniciación del estrés y pueden reproducirse con la inyección intravenosa de adrenalina. El otro sistema que contrarresta a la adrenalina tiene como mediador hormonal a la acetilcolina, por lo que el sistema es llamado colinérgico o sistema parasimpático, de carácter inhibitor para los efectos del sistema adrenérgico.¹⁴

El estrés estimula intensamente al sistema adrenérgico, provocando una abundante descarga de adrenalina desde la suprarrenal y noradrenalina desde las fibras terminales noradrenérgicas de todos los órganos. La acetilcolina antagoniza a la adrenalina noradrenalina y evita un desbalance entre los dos sistemas que pudiera llegar a poner en peligro la vida de la persona. Sería una pérdida de la autorregulación hormonal. En el equilibrio entre ambos sistemas radica el mecanismo regulatorio hormonal del estrés una posible pérdida de ese equilibrio es prácticamente inexistente y sólo puede producirse cuando el estrés es excesivamente intenso o prolongado y lleva a la fase de agotamiento y muerte. Experimentalmente se provoca usando dos o tres estresores en forma seguida sin mediar descanso entre las aplicaciones experimentales de los estresores. Algo similar ocurre en la descripción de un aborigen africano sentenciado a muerte y que muere ante un rito humillante e insistente, sin sufrir daño físico. En el síndrome general de adaptación de Seyle (GAS), el agotamiento ocupa la 3ª fase.

La regulación es efectuada por el cerebro, con un mecanismo de acción desconocido, pero que empieza a ser dilucidado gracias a la biología molecular. Por el momento lo describimos como “agotamiento del mecanismo regulador cerebral”.

Las órdenes modificadoras del centro cerebral llamado hipotálamo, comandan la función de la glándula asentada en la base del cerebro, llamada glándula pituitaria o hipófisis, esta glándula, conocida como rectora de la tiroides, glándulas sexuales y suprarrenales, dirige la función de estos órganos que pasan a ser absolutamente dependientes de ella. Schmidt (1925) tiene el destacado mérito de haber demostrado por primera vez, cuando nada se sabía sobre la hipófisis, que la extirpación de esta glándula producía todo lo anterior, en experimentos clásicos realizados en la rata mediante la ingeniosa operación de trepanación del cráneo desde abajo del punto donde se ubica la hipófisis, idea que requería de gran maestría para su realización.

El hipotálamo, bajo estímulo del estresor, estimula a la hipófisis continuando la transmisión del estímulo a los puntos terminales. El sistema nervioso central lo

proyecta al resto del organismo y codifica el estrés externo (comportamiento) y el estrés interno (heterostasis).

La visión del estrés con amenaza precluye que tiene que ser desagradable y perturbador. El grado mayor de estrés de origen psicológico irá acompañado de una intensa tristeza, así, ante la muerte del ser más querido, el estrés causa disminución de las defensas biológicas, produciéndose inmunodepresión.

Estresor

La acción del estresor “malo” o amenazante se opone a la tesis de Seyle , quien plantea que la noción de estrés sea más amplia proponiendo el “Stres without distress” que equivale a decir. Estrés sin estresor desagradable. Piensa que es indiferente si el agente o la situación que enfrentamos sea agradable o desagradable y que lo más importante es la intensidad de la demanda para lograr el ajuste o adaptación.

El estresor incontrolable provocará inmunodepresión, en estas condiciones hay riesgo de infección y hasta puede producirse la muerte. El organismo responde de manera proporcional a la intensidad del estresor.

Cannon llamó **sabiduría corporal** al hecho de cómo el cuerpo responde ante ciertos eventos estresantes como por ejemplo desnutrición extrema en las cuales puede producirse hipofisectomía funcional, en condiciones adversas como eventos catastróficos como los bombardeos alemanes sobre Londres, durante la Segunda Guerra Mundial, se produjo suspensión de la ovulación en algunas mujeres expuestas.

El sistema colinérgico es el sistema antagonista inhibitor que mantiene la homeostasis ante el estrés. Si el sistema adrenérgico estimula el corazón, por ejemplo, el número de contracciones cardíacas aumentará y lo contrario ocurrirá con la estimulación del sistema inhibitor, donde la acetilcolina disminuirá la frecuencia cardíaca. En estas y otras funciones este antagonismo asegura el buen balance entre aceleración y desaceleración cardíaca. En el estrés agudo la activación adrenérgica provoca aceleración del pulso arterial.,

pero este aumento ocurre hasta un nivel máximo, gracias a la contrarregulación ejercida por el sistema inhibitor. Lo interesante es que si el pulso sube de 75 a 140 pulsaciones por minuto, se sigue regulando a 140 y ahí se mantiene hasta que pase la activación ordenada por el SNC. Eso es lo que Selye llamó heterostasis, es decir un cambio regulatorio distinto que es típico del estrés. Algo similar sucede con los otros cambios provocados por el estrés lo que pone de manifiesto la capacidad adaptativa del sistema nervioso ante la exigencia defensiva. Otro encuentro con la sabiduría del cuerpo de W.Cannon.

Se ha reconocido la importancia de la interleucina-b como una sustancia iniciadora de los cambios endocrinológicos del estrés.¹⁴

Reacciones metabólicas y de comportamiento atribuibles a disfunción del Sistema Nervioso Autónomo, producido por Estrés crónico. Disfunción o desequilibrio, pensado en término de predominio del componente adrenérgico sobre el colinérgico o viceversa.

TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

En el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales, (DSM- IV) y el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud de la Organización Mundial de la Salud en su Décima Revisión (CIE -10), el Trastorno de Adaptación es el equivalente clínico del estrés como lo conocemos públicamente.

Las características básicas del Trastorno de Adaptación son las siguientes: es un estado de perturbación psicológica, con síntomas emocionales (angustia) o de la conducta, que se producen en respuesta a un estresor identificable y tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia de éste. Esta definición inicial alude a un proceso de adaptación insuficiente pero transitorio que supera la capacidad de agotamiento (coping) de la persona y por esto se especifica que los síntomas producen un malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresor e interfieren con el funcionamiento laboral y/o social.

El CIE-10 enfatiza que “la predisposición o vulnerabilidad individual” desempeña un papel importante en el riesgo de presentación y en la configuración de las manifestaciones de los trastornos de Adaptación, si bien se acepta que “la afección no habría surgido sin la acción del factor estresante”.

La mejor ayuda que se puede prestar a una persona en estas condiciones es en sentido preventivo, un buen diagnóstico, apoyo emocional del terapeuta y de sus pares, aprendizaje de nuevas estrategias para enfrentar y resolver su situación, etc., dejarán a la persona mejor capacitada para afrontar nuevos estresores.¹⁴

Clasificación del estrés

Estrés agudo y estrés crónico

El estrés agudo se presenta cuando ocurre algo inesperado, una amenaza repentina.

El estrés crónico ocurre si no se logra entender lo que sucede en el estrés agudo, entonces se podrá entrar al campo de la enfermedad: insomnio, dolor de cabeza, falta de concentración o molestias digestivas, sería lo más frecuente de observar por lo tanto, el estrés repetido, el estrés crónico adquiere potencialidad para que se desajuste el organismo y se desencadene una enfermedad por mala adaptación.

El trastorno de adaptación es un trastorno frecuente estadísticamente afecta por igual a hombres y mujeres, pero ciertamente puede desarrollarse con más frecuencia en personas vulnerables, como minusválidos, viudos, cesantes, etc. Es un trastorno que la gente tiende a ver como similar a una “depresión”, siendo diferentes clínicamente, y que requieren abordajes distintos (el trastorno de adaptación puede ser la antesala de un cuadro depresivo mayor si la persona no logra salir adelante).

Valdría la pena aclarar que en un cuadro depresivo mayor es posible observar un ánimo persistentemente bajo, con pérdida de la capacidad de disfrutar lo que habitualmente se disfrutaba, sensación de cansancio profundo, insomnio o sueño muy poco reparador, falta de apetito con posible descenso de peso, poco deseo sexual, etc.¹⁴

Consideramos que la ayuda que se pueda prestar a una persona en estas condiciones puede ser muy valiosa, en especial en un sentido preventivo: un buen diagnóstico, apoyo emocional del terapeuta y de sus pares, aprendizaje de nuevas estrategias para enfrentar y resolver su situación, etc., dejarán a la persona mejor capacitada para afrontar nuevos estresores.

En el caso de Trastorno por Estrés Agudo, la persona en cuestión presenta durante o después del suceso un estado de “aturdimiento”, con la impresión de “no ser el mismo”, “de que la realidad parece diferente”, “de estar distante emocionalmente de lo que está ocurriendo” o con la imposibilidad de recordar el episodio traumático.

Sapolsky (1997) ha planteado que la disminución del neurotransmisor noradrenalina puede generarnos estados depresivos transitorios como el “estar triste” y que la depresión sería una intensificación de este estado. Sin embargo, en los trastornos depresivos se ha precisado que la alteración bioquímica es compleja u que se trataría más bien de una desregulación de un conjunto de neurotransmisores y no sólo de la noradrenalina.

El manual DSM IV contiene una guía diagnóstica multiaxial, esta evaluación consta de 5 ejes complementarios en cuanto a la información que entrega de la persona:

Eje I. Se refiere a los trastornos clínicos que presenta la persona.

Eje II. Tiene relación con trastornos de personalidad y retraso mental.

Eje III. Incluye las enfermedades somáticas que pueda presentar el paciente.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales que afectan a la persona.

Eje V. Evaluación de la actividad global

El eje IV está claramente relacionado con el determinar cuáles estresores pueden estar afectando a la persona y su cuadro clínico, se registran los problemas psicosociales y ambientales que puedan tener influencias en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales”.¹⁴. Este eje considera sólo los estresores negativos y por conveniencia recomienda agruparlos según se trate de problemas relativos a las siguientes áreas:

- Grupo primario de apoyo
- Ambiente social: Por ejemplo, problemas académicos.
- Enseñanza: Por ejemplo problemas académicos.
- Laborales: Por ejemplo trabajo estresante.
- Vivienda: Por ejemplo, conflictos con vecinos.
- Económicos: Por ejemplo pobreza extrema.
- Acceso a los servicios de asistencia sanitaria: Por ejemplo, un largo periodo de espera para ser atendido.
- Interacción con el sistema legal o penal: Por ejemplo, víctima de un acto criminal, una falsa acusación, etc.

- Otros problemas psicosociales y ambientales: Por ejemplo, exposición a desastres.

El DSM-IV ha incluido, para apoyo a la evaluación clínica, la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Esta escala, "incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir la evolución". Se trata de un instrumento que evalúa a una persona en un momento determinado en sus aspectos psicológicos, sociales y laboral, va de 0 a 100 puntos como a lo largo de un continuo de salud- enfermedad la gran verdad de la enfermedad será mayor mientras menor sea su puntaje. Así una persona que tiene un puntaje de 91 es alguien asintomático, con una actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, en tanto que una persona con 10 puntos será aquella en peligro persistente de lesionar gravemente a otros, o así mismo, entre otras características.

En palabras de Madres (1984) , cuando una persona se encuentra bajo una tensión sana, ella se sentirá bien con una actitud relajada y la recreación física le producirá placer. "Las demás personas lo consideran sano, adaptable y accesible. Posee en abundancia las cualidades necesarias para el éxito, a saber, pensamiento rápido y flexible, originalidad, vigor y la capacidad para hacer un esfuerzo sostenido." Esta persona tendrá uno de los más altos puntajes de la escala antes mencionada (90-100)

En un segundo caso, frente a una persona con fatiga aceptable, Madres la describe como sintiendo una fatiga razonable sin negarla, pero adopta medidas para recuperarse lo antes posible, saber decir "no" algunas veces y no desperdicia su energía, ésta persona tendría un puntaje menor que el anterior, entre 80 y 90 puntos

Sobre la base de lo descrito lo más probable es que las personas que presenten trastornos de adaptación se encuentren ente los 60 y 80 puntos de la escala, en tanto será menor el puntaje para aquellas personas que desarrollaron un estrés post-traumático (40 a 60 puntos).¹⁴

Decálogo del Estrés

- 1) El estrés es el comportamiento innato ante la amenaza, es una reacción defensiva y/o adaptativa con activación específica del sistema Neuro-Endocrino- Emocional que comanda la conducta externa.
- 2) El agente inicial que induce el estrés se llama estresor y proviene generalmente del medio ambiente natural y del hombre.
- 3) Se postula a la amenaza como el estresor más frecuente y más universal por poseer toda la potencialidad para poner en peligro la integridad corporal y psíquica, generando miedo que es en sí un segundo estresor endógeno.
- 4) La clase de estresor influye en la calidad de la respuesta, pero si es sorpresivo, conmovedor o muy violento siempre producirá estrés, cualquiera que sea el temperamento, constitución genética o experiencia previa de la persona.
- 5) La respuesta depende de la magnitud, intensidad, duración y sorpresa del estresor, influyendo en la duración del estrés que puede extenderse por minutos, horas o semanas según sea el grado de activación del sistema nervioso central.
- 6) En el estrés crónico es clave para lograr la adaptación, una actitud optimista y luchadora contra el estrés, como por ejemplo en los deportes peligrosos, donde quien se adapta exitosamente adquiere maestría en su ejecución, dominando al estrés para el fracaso en adquirir la destreza conduce al síndrome de mala adaptación de Selye.
- 7) El solucionar y sobrepasar situaciones estresantes adversas, pero manejables, contribuye a afianzar la propia normalidad psicológica y favorece el crecimiento biológico.

8) Sin estrés el sistema nervioso central se desarrolla de manera incompleta, sin alcanzar el nivel de exigencia necesario, porque no hay aprendizaje sin estrés.

9) Durante el estrés se produce la modificación del medio interno y la descarga de diversas hormonas que sensibilizan e influye en nuestra conducta, de ahí el impacto del estrés, en las reacciones psicológicas y conductuales.

10) La respuesta del estrés ejemplifica cuanta relación e interdependencia existe entre el ser viviente y su entorno.¹⁴

¹⁴.-Carlos Cruz Marín y Luz Vargas Fernández "Estrés" Ediciones Universales de Chile, Editorial Alfa omega. 2001

4.2 El cuidador

En México, la familia es el sistema de apoyo social más importante y muchas veces el único, éste proporciona una infinidad de servicios como apoyo emocional, económico, toma de decisiones y asistencia instrumental y cuando es necesario cuidar a alguno de sus integrantes. El cuidado y la preocupación surgen de compromisos emocionales sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus miembros.

Intrieri y Rapp señalan que el papel de la familia de una persona mayor se intensifica cuando se presenta una invalidez o enfermedad crónica; la fragilidad en el viejo es un desafío importante a la forma en que la familia dispone de recursos para resolver diversos problemas. La calidad de vida tanto del viejo como de todo el núcleo familiar depende de la manera en que comprendan, manejen y reduzcan la invalidez.

El cuidado es un problema de vida que requiere adaptación; es de tal complejidad que es deber del profesional de la salud conocerlo a profundidad como parte de la enfermedad misma y desarrollar empatía.

En la familia extensa del medio rural, integrada por tres o cuatro generaciones (con valores y tradiciones sólidos), el amor, la solidaridad, la convivencia, tolerancia y paciencia y el intercambio de servicios, con papeles de cuidado y atención a los viejos muy definidos, son actitudes y valores que están cambiando con el proceso de migración hacia el medio urbano.

En las grandes ciudades, las condiciones de vivienda se limitan a espacio para una sola generación, las distancias entre el domicilio de los hijos adultos y de los padres envejecidos son enormes, la mujer se incorpora al mercado de trabajo para mejorar el ingreso familiar y poco a poco las condiciones económicas se transforman y exigen la participación total de la mujer. A veces estos no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de la familia.

Hay un incremento en el número de mujeres solas que se convierten en jefes de familia, las responsabilidades aumentan hacia los hijos y para subsistir, aunado a largas horas de jornada de trabajo a las que hay que sumar el tiempo de transporte.

Cuando los padres envejecen y demás presentan una o más enfermedades crónicas e invalidantes, se requieren grandes cambios en la vida personal, reorganizar la vida y encontrar el tiempo para ayudarlos en ciertas tareas como: compras, pagos, manejo de las finanzas, transportación al médico y tratamientos, diversión y labores dentro del hogar como limpieza, elaboración de alimentos, asistencia en la higiene personal, administración de medicamentos, movilización, etcétera.

Algunas enfermedades requieren vigilancia y supervisión en tiempos cortos o a distancia vía telefónica, en otros casos, los cambios tienen que ser más drásticos, hay que mudar a los padres envejecidos a la casa de los hijos adultos o viceversa. Las familias pequeñas cuentan con menos integrantes para hacerse carga de una invalidez. Hay un mayor número de hijas ya nueras que se tienen que hacer cargo de la nueva situación. El número de mujeres en cualquier grupo atareo es mayor, pero especialmente en la vejez hay un mayor número de mujeres solas o que fueron jefes de familia, o nunca se casaron, divorciadas, separadas y viudas. Entre cónyuges viejos, muchos varones se hacen cargo de la esposa enferma; los que trabajan a veces tienen que decidir entre seguir con el trabajo o dedicarse a cuidar a la cónyuge; para el varón, según estudios internacionales, es relativamente más sencillo pedir y recibir ayuda contratar personal que haga las funciones domésticas necesarias y de atención a la enferma, si es que cuentan con los recursos económicos necesarios. A la mujer, le ha sido impuesto el papel o la función de cuidadora que aparece ideológicamente como algo natural, esta relación dificulta pedir ayuda, sobre todo entre las mayores, por orgullo muchas veces no se atreven a manifestar que requieren ayuda y que si no la reciben están en peligro de perder la salud y la vida, dejando al enfermo en el desamparo.

Para las hijas adultas, a las múltiples ocupaciones impuestas por la vida moderna se suman nuevas responsabilidades de cuidar a uno de los padres envejecidos o a ambos, aunado a la exigua economía que no da para satisfacer las necesidades básicas del grupo primario, se tienen que erogar los nuevos gastos que demandan las enfermedades invalidantes y sin recursos

comunitarios que simplifiquen la vida de estos enfermos y sus cuidadores, con insuficientes centros de atención diurna y de respiro, la población envejecida se siente marginada, se considera una carga y muchas veces un estorbo. Tan sólo un 10% de la población vieja cuenta con jubilación o pensión por vejez. Los hijos suelen representar el sostén más importante de los viejos en situación de dependencia.

¿Quiénes son los cuidadores?

Un cuidador es la persona que se responsabiliza de las necesidades de otra persona, ya sea en forma permanente o temporal, esto puede incluir cuidados médicos y físicos, lo mismo que compañía y apoyo emocional. Es posible que el cuidador deba tomar importantes decisiones sobre el tratamiento, solicitar servicios médicos y representar los intereses de su ser querido.

El cuidador con el fin de atender sus necesidades personales a través de la experiencia de ser cuidador, es posible que deba recurrir a varias fuentes de apoyo tanto formales como informales, esto es amigos, familiares, vecinos y a los servicios religiosos. Por lo anterior en este estudio se habla de cuidador primario y cuidador secundario a fin de poder estudiar a la mayor parte de las personas que brindan cuidados a enfermos con Alzheimer.¹⁵

Los familiares no necesariamente se reconocen ni describen a sí mismos como cuidadores, son esposos, hijas, hijos o nueras que en un momento dado tienen que asumir la mayor parte de la responsabilidad del cuidado del paciente que requiere de apoyo especial y frecuente, ya que ha perdido la capacidad de cuidarse a sí mismo parcial o totalmente.¹⁵

Dependiendo de la estructura o composición de cada familia se sabrá con qué recursos cuentan; no es igual el caso de un matrimonio solo, ambos envejecidos, sin hijos, ni familia cercana, que una familia con hijos adultos cercanos y bien integrados, un padre solo con hijo o hija único, o una mujer sola sin hijos.

Las diferencias individuales y culturales de las personas y de las familias hacen de cada caso un diferente, sin embargo, se puede hablar de situaciones y denominadores comunes que se presentan en los cuidadores y las familias.

Dependiendo del antecedente familiar, las actitudes y los valores de cada grupo, sus circunstancias y condiciones sociales, económicas y emocionales, determinarán que una familia esté en condiciones de contener a sus integrantes con una conciencia de grupo y ofrecer las mejores posibilidades de cuidado y alternativas disponibles sin desgastarse excesivamente.

Ante esta perspectiva, el profesional asesor debe estar en condiciones de atender, analizar y apoyar el funcionamiento de cada familia como un todo diferente y dinámico para tomar las decisiones correctas y apoyar al miembro de la familia que ofrezca más responsabilidad y comprensión del problema particular. Sin embargo, imposiciones y reglas no funcionan, sino que alejan a la familia. Se requiere talento y sensibilidad psicológica para reconocer en cada sistema familiar situaciones como alianzas, conflictos previos y actuales, barreras, jerarquías, especialmente del paciente y del cuidador, ya que estos factores determinarán la carga real del cuidador.

Al interior de cada familia, en el contexto del cuidado, se define quién es el cuidador primario, con base en la relación que tiene con el enfermo, al ambiente en que se proporciona el cuidado, a la ayuda con que se cuenta de parte de los demás integrantes de la familia, ya que muchas veces el cuidado compite con otras obligaciones familiares y laborales, pero sobre todo con la percepción que se tiene de la ayuda como adecuada y confiable.

15.- Guía de la Clínica Mayo sobre "La Enfermedad de Alzheimer" Ronald Petersen, M.D., Ph.D., Rochester, Minesota, mayo 2002, editorial Intersistemas S.A. de C.V. , Primera Edición.

La pérdida de la independencia en los viejos es al mismo tiempo una fuente seria de problemas en la salud del paciente y del cuidador. El anciano pierde la capacidad para cuidarse, en especial si existe una demencia entre sus diagnósticos; a más fragilidad, mas existe la posibilidad de agotar al cuidador, aunque este factor único, ya que según las circunstancias particulares de cada cuidador, el nivel de estrés al que se ve sometido es diferente.¹⁶

El hecho de ser, cuidador tiene un fuerte impacto en varias esferas:

- Impacto social. Aun en las mejores condiciones, la enfermedad, invalidez y dependencia suelen tomarnos por sorpresa y desprevenidos a enfrentarla, lo que frecuentemente altera el ritmo habitual de nuestras vidas. La familia inicia un cambio en su funcionamiento interno tanto en tareas y papeles establecidos antes, adquiriendo nuevas responsabilidades que se agregan a las previas (que ya son cuantiosas); además se imponen cambios en el estilo de vida (esto es muy grave en el cuidador ya envejecido). Toda la atención se centra en el enfermo, se descuida el trabajo, se merma la eficiencia y en casos extremos hasta es necesarios renunciar al empleo con las graves consecuencias que esto conlleva. Se descuida a otros integrantes de la familia, si la que cuida es casada y con hijos.
- Impacto económico. Cualquier enfermedad invalidante, que requiera contratar personal, especializado o no, rebasa el ingreso familiar común, la economía se debe reorientar sacrificando desde las necesidades básicas hasta los placeres elementales. El riesgo de perder el trabajo y el ingreso por no ser compatibles con las demandas del cuidado. Se da el caso de no contar con recursos suficientes para una posible institucionalización del enfermo.
- Impacto emocional. Los intereses propios se desatienden y sacrifican por la atención al enfermo, disminuyendo el gusto por la vida y provocando en el cuidador un factor más hacia la depresión. Las crecientes demandas del enfermo producen un cansancio ascendente y un gran estrés que impone al cuidador exigencias personales inalcanzables. Se experimentan sentimientos fuertes como miedo a

perder el control, requerir de otros o perder la dignidad. La vergüenza es otro sentimiento poco reconocido en estos casos; cuesta trabajo reconocer la realidad de problemas crónicos e invalidantes, por ejemplo, en el caso de la demencia la fantasía de la existencia de la locura. El cuidador puede sentirse deprimido, ansioso, angustiado y aislado socialmente. La carga emocional aumenta si el cuidador no cuenta con un interlocutor que escuche sus problemas y lo comprenda sin ser criticado por su desempeño; no tener con quien hablar cuando está molesto o con problemas, ni alguien que lo aliente o comparta información. Además, observar el deterioro físico o intelectual de un familiar genera una gran pérdida.

- Impacto físico. La movilización del enfermo puede tener un gran impacto en el cuidador si es de menor tamaño y fuerza que el enfermo. La salud física del cuidador puede estar en riesgo por el estrés generado; es frecuente la pérdida de apetito, trastornos del sueño, estar fatigado, llorar con frecuencia, no descansar ni relajarse; en suma, desatender la salud propia. Para muchos individuos, todas estas situaciones pueden tener un gran impacto negativo, que poco a poco al sobre pasar sus recursos hagan la carga del cuidado muy pesada y lo lleven al colapso.¹²

La literatura internacional refiere un gran número de *estudios sobre los diferentes grados de estrés que se genera en el cuidador* y la forma en que éstos afectan el estado general de salud tanto del que cuida como del paciente; asimismo, se han estudiado las consecuencias positivas y negativas de cuidar ancianos que padecer enfermedades crónicas e invalidantes con diversos grados de deterioro.

El cuidador agotado deteriora su salud y cada vez es menos capaz de cumplir con las demandas crecientes del familiar enfermo.

Por todos los cambios que se imponen al cuidar a un paciente cada vez más dependiente, la más de las veces con poca o mala información sobre la enfermedad del familiar, el proceso de cuidar se vive como una carga, una gran carga, experimentada por cada cuidador por completo diferente, tan difícil de

evaluar que varios autores, como Zarit, Gwyther, Stone, se han dedicado a investigar factores comunes y a elaborar escalas de medición. El agotamiento del cuidador se presenta cuando la carga del cuidador sobrepasa su capacidad y recursos, y es tan grave que puede provocar un estrés excesivo y el riesgo de muerte o suicidio.¹⁶

Duelo Anticipado

El duelo es una respuesta emocional a cualquier pérdida; por tanto es normal que quienes cuidan a alguien con una enfermedad crónica o invalidante lo experimenten. El duelo que acompaña a la muerte es aceptado y reconocido socialmente; el duelo anticipado vinculado con los padecimientos crónicos es todavía poco conocido y mal interpretado no sólo por quienes lo padecen, sino aun entre algunos profesionales de la salud, quienes también viven el duelo por el contacto diario con estos pacientes.

Varios autores han descrito el duelo anticipado de los cuidadores de enfermos crónicos, basados en las etapas de Kübler – Ross observó en pacientes terminales: negación, aislamiento, coraje, negociación, depresión y culpa.

Cuidar puede ser tan extenuante que muchos prefieren ignorar el problema y su magnitud. Hay gran enojo por la enfermedad del familiar y hasta culpabilidad por ser la parte sana y creer que no se puede desempeñar el papel de cuidador de manera adecuada. Uno de los problemas más importantes en el duelo anticipado es la falta de apoyo social, ya que quienes no esta inmerso en el problema no pueden comprender el significado de cada pérdida.

En el caso de las enfermedades crónicas , la serie de pérdidas pequeñas pero significativa que se suceden a través del tiempo y de manera continua tanto del paciente como en la vida del cuidador entrelazadas con pérdidas mayores inicia un duelo interminable; por ejemplo, el día que la dentadura postiza ya no sirve, el día que la toalla se confunde con prenda de vestir o la gran pérdida del lenguaje o la vista, el día que se tiene que dejar la reunión con los amigos o cuando ya no se puede dar un gusto, etcétera.¹⁶

El constante perder desgasta, además de tener que cuidar a una persona que parece no ser la que era y con la cual ya no se comparten ni gustos, ni peleas, ni responsabilidades; un desconocido que demanda cuidados, generando un vacío emocional que para muchos representa la incapacidad para mantener el vínculo afectivo, o en el caso del cuidador que invierte su vida entera en el enfermo y que al perderlo tiene serias dificultades para rehacerla, por lo que incluso participa del llamado síndrome de no dejar morir.

Frecuentemente, el cuidador cae en depresión que debe ser atendida y además se le debe informar sobre cómo cuidarse a sí mismo; si esto no sucede en el caso de cuidadores viejos, el que atiende, enferma y sucumbe primero. Es prioritario hacerlo consciente de que es el apoyo principal del enfermo y que su ausencia sería catastrófica.

Al final, cuando la muerte ocurre, se traen a la mente de nuevo los sentimientos adversos del inicio del cuidado, negación, enojo, agobio, culpabilidad y depresión, especialmente complicados por el camino difícil andado y la limitación para poder reorientar una vida de significado.

Además de trabajar, todos los sentimientos que se presentan en el duelo anticipado, el profesional debe establecer un plan para atender al cuidador y convencerlo a seguirlo.

Entre las modalidades para el apoyo emocional del cuidador, cabe mencionar que se recomienda iniciar el tratamiento con asesoría individual; después de varias sesiones, el profesional puede concertar una reunión familiar y, a partir de ese momento, es posible que el cuidador asista a un grupo de apoyo. En cualquiera de estas modalidades, es muy importante primero proporcionar información precisa, ya que muchos de los problemas que tienen las familias surgen de no saber qué hacer ni cómo responder a los cambios en el enfermo. Esto se logra a través de preguntas y resolviendo dudas, más que saturarlos con información. Es muy importante que el cuidador aprenda a ver los problemas desde la perspectiva del paciente. En segundo lugar es necesario

introducir el proceso de solución de problemas, para encontrar soluciones prácticas a las necesidades inmediatas del cuidador y así controlar conductas problema y conseguir más apoyo social. Esto constituye un modelo de intervención para la atención del estrés.¹⁶

Asesoría individual. Orientada a los cambios que el cuidador debe enfrentar, éste debe entender que las sesiones se centran en él y no en el paciente. El asesor debe ser imparcial y no debe juzgar. En cuanto se establece la relación terapéutica, se introduce el proceso de solución de problemas, para que el cuidador logre una mayor independencia y reduzca la carga del estrés.

Reunión familiar. Como el peso de la carga depende del apoyo que recibe el cuidador de los demás integrantes de la familia y amistades, en muchos casos es necesario incluir a la familia completa para disminuir el estrés del cuidador; normalmente se realiza en una sola sesión y se le da seguimiento para ver si se cumplieron los compromisos establecidos y sólo en caso negativo se hace otra. En ésta se emplea un modelo de intervención en crisis para identificar las posibles fuentes de conflicto que genera la enfermedad en la familia y la planeación de la ayuda. Debe utilizarse los propios recursos y métodos de solución de problemas de la familia, de esto depende el éxito de la intervención. Por lo general, en cada familia hay alguien que resuelve de modo natural y propone diferentes maneras para solucionar el problema. El asesor debe proporcionar apoyo.

Grupo de apoyo Para familiares y cuidadores de de varias enfermedades crónicas, entre ellas las demencias Es una buena alternativa para muchas personas, pues se permite intercambiar información y comprender mejor las experiencias personales. El éxito del grupo depende del líder, que puede ser profesional o no, pero debe desarrollar y mantener condiciones terapéuticas, saber como estructurar el grupo con normas adecuadas para garantizar el funcionamiento, mediando conflictos y permitiendo queda en libertad y sin critica se expresen sentimientos profundos. Los integrantes del equipo de salud deben estar capacitados en el manejo de estas alternativas de tratamiento y de conocer en su comunidad los grupos que proporcionen estos servicios.¹²

El término carga del cuidador describe el impacto emocional, social, médico y económico originado en la atención de una persona. Las manifestaciones incluyen depresión, aislamiento enfermedad relacionada con estrés y apuros económicos. La carga del cuidador es significativa al menos por tres razones.

Primera, las investigaciones demuestran que la capacidad del cuidador para evaluar un paciente es influida por el estado de ánimo y la carga del cuidador. Segunda la investigación demuestra que pacientes y cuidadores se benefician cuando se presta atención al cuidador para aliviarle su carga. Tercera, el cuidador es una persona, no un instrumento, que merece la dignidad y respeto otorgados a todas las personas.

Las normas de atención para el paciente con demencia senil deben incluir atención para el cuidador de dicho paciente. Un cuidador desempeña como mínimo cuatro funciones.

Función	Características de la función
Informante confiable acerca de la evolución de la enfermedad y respuesta evolución de la enfermedad y respuesta a la terapéutica	El trato diario con el paciente suministra conocimiento valioso de las funciones cognoscitivas y físicas de éste. El médico debe enseñar al cuidador cómo observar y registrar estas funciones.
Tomar decisiones por el paciente	El daño cognoscitivo puede incapacitar a un paciente par tomar decisiones. El cuidador actúa como una persona subrogada para tomar decisiones en nombre del paciente. El médico debe enseñar al cuidador de qué manera puede servir a los mejores intereses del paciente.
Atender al paciente	El daño cognoscitivo puede incapacitar a un paciente para efectuar AIVD y ABVD. El cuidador asumirá estas tareas. El médico debe enseñar al cuidador cuándo debe esperar pérdidas funcionales intereses del paciente.
Como segundo paciente	Es probable que los cuidadores experimenten una carga emocional, social y económica. El médica debe examinar al cuidador para detectar depresión y enfermedades relacionadas.

AIVD, actividades instrumentadas de la vida diaria (p.ej. uso del teléfono, cocinar, hacer la limpieza, manejo de dinero, uso de los medios de transporte,

ir de compras)ABVD, actividades básicas de la vida diaria (p.ej., alimentarse, cambiarse de sitio y de posición, vestirse, arreglo personal, bañarse y peinarse).

La atención de un paciente con demencia requiere un enfoque biosicosocial que desafía la ética tradicional de que los pacientes autónomos autodeterminen su atención.

La atención apropiada del paciente requiere atención cuidadosa a la dinámica familiar. Si los cuidadores satisfacen completamente estas funciones, necesitan conocimiento y habilidades sólidos, incluyendo información acerca de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y apoyo para la carga emocional y económica. Secretos de la 3 de edad para países en desarrollo y mayores de 65 años de edad para países desarrollados.¹⁷

Se dice que tiene la creencia que toda persona que llega a contraer la enfermedad de Alzheimer se vuelve violento y díscolo. Las familias que llegan a entender la enfermedad pueden sobrellevarla bien, preservar la dignidad de la persona y minimizar el sufrimiento.

Los cuidadores deben aprender a desarrollar un plan asistencial y a prestar la asistencia. Uno de los mayores problemas que afrontan, tanto quienes padecen la enfermedad como sus cuidadores, es decidir cómo deben empezar a prestarse los cuidados, puesto que la enfermedad al principio puede parecer abrumadora.

Para poder el cuidador planificar los cuidados del paciente deberá hacerse cuatro preguntas:

1.- ¿Es esto el Alzheimer?

La enfermedad de Alzheimer provoca una pérdida de la memoria a corto plazo. Si no hay pérdida de la memoria no hay Alzheimer. Antes de seguir adelante se tiene que determinar el diagnóstico.

2.-¿En qué fase se encuentra la enfermedad?

El Alzheimer es la demencia progresiva más frecuente, sigue un curso constante y previsible, aunque en cada persona se manifiesta de una forma particular. Es importante determinar, en qué fase de la enfermedad se encuentra el paciente. Esto ayuda a entender el motivo por el cual la persona actúa de una determinada manera también a predecir cómo progresará la enfermedad. De esta forma se podrá seguir un plan que determina cómo actuar en cada una de las distintas fases del Alzheimer y que sirve para desarrollar un programa de asistencia personalizado que tenga en cuenta las distintas necesidades de la persona. El curso de la enfermedad puede parecer aleatorio pero no lo es.

La escala FAST (Functional Assessment Staging /evaluación de la fase funcional/), diseñada por el doctor Barry Reisberg, describe siete fases distintas. Se trata de un sencillo esquema de la enfermedad en el que se señalan las siete fases por las que pasarán los cuidadores y los pacientes. La enfermedad casi siempre sigue este curso, por lo tanto, si se está preparado habrá menos sorpresas. Cuando existe una planificación se afrontan los problemas incluso antes de que se manifiesten.¹⁷

3.- ¿Cuál es el plan de asistencia global?

En cada fase de la enfermedad se plantean distintos retos. Para afrontarlos es necesario disponer de una estrategia global de asistencia en cada fase. A medida que la enfermedad progresa, los problemas cambian y surgen nuevos contratiempos. Los cuidadores tienen que enfrentarse a nuevas dificultades en cada etapa del camino. Si se dispone de un plan de asistencia se pueden tratar los problemas presentes y los que están por venir. Esto garantiza que se prestará la mejor asistencia. Es posible conseguir que el enfermo se sienta seguro y cómodo, así como garantizarle la mejor calidad de vida posible, pese a padecer esta tremenda enfermedad.

4.- ¿Cómo se deben abordar los problemas cotidianos?

El mayor reto para los cuidadores no es atender las labores diarias, como el aseo personal, ayudar al enfermo a vestirse, cocinar o controlar la economía. Para la mayoría el principal reto es afrontar los cambios de comportamiento que se producen en el curso de la enfermedad: las acciones anormales y los cambios de personalidad. En cada fase de la enfermedad se dan distintos problemas comportamentales.

El comportamiento se puede definir como cualquier forma de expresión humana; se trata de una realidad compleja y muy personal. El daño que padecen las células cerebrales puede provocar severos cambios en el comportamiento. Para afrontar cualquier cambio comportamental deben seguirse tres pasos.

En primer lugar, definir el comportamiento y sus posibles causas. Si estas causas se pueden eliminar o modificar, el cambio en el comportamiento mejorará o desaparecerá. Hay que decidir si se debe actuar (por ejemplo, si existe un problema de seguridad), o si se puede ignorar el comportamiento.

En segundo lugar, hay que aprender estrategias para abordar el problema. Intente distintas estrategias para comprobar cuál funciona y cuál no; debe utilizarse el sentido común como método de solución de problemas.

17.- Casas Torres, Graciela "el trabajo social en las políticas sociales para la atención integral del anciano". *Trabajo social*. (México), Vol.: 2, no: 6-7, mes: jul-dic, año: 94, Págs.: 62-70.

En tercer lugar, hay que evaluar el efecto que surten las estrategias empleadas. Si una estrategia funciona se podrá utilizar de nuevo. Si no tiene resultados, se abandonará. En la medida en que ello no haga empeorar el comportamiento, puede intentar seguir la corriente al enfermo y ser lo más flexible posible. Es probable que la próxima vez funcione lo que en un principio no ha tenido resultado. Analice los éxitos y los fracasos y vuelva a intentarlo. Busque ayuda cuando haya un comportamiento que no pueda cambiar.

Indicaciones para cuidadores:

- No maneje un ambiente terapéutico
 - Proporcione amor y entendimiento: tacto, abrazo, cariño.
 - Paciencia.
 - Haga la vida lo más placentera posible para usted y para él.
 - Tras de recordar las cosas que él disfrutaba en el pasado y repítalas a menudo (juegos, caminatas etc.)
 - Visite lugares y personas con las que él se sienta contento.
 - Brinde la menor cantidad de fármacos (acorde al médico) la sobre medicación lleva a las personas a un estado de "Zombi " aunque es fácil para el cuidador, podrá llevar al enfermo a un estado de pérdida de significado en la vida.
 - Observe cuidadosamente cualquier signo de cambio y progreso. (Baño, preparar comida, bebidas etc.)
 - Evite cualquier sentimiento de culpa por incapacidad.
 - Tenga tacto en necesidades personales (baño y vestido).
 - No se enoje fácilmente.
 - Tome tiempo para descansar y disfrutar la vida usted mismo.
 - Brinde amor sin esperar nada a cambio.
 - No hable bajito o de su enfermo en su presencia.
 - Permita su participación en todas actividades.
 - No se ría de él sino con él en cada oportunidad.
- "Permita que su vida este enriquecida con nuestra presencia"

Estrategias de comunicación:

- Trate al enfermo de demencia con dignidad y respeto.
- Este calmado y razonable.
- Hable y muévase lento.
- Hable directamente a la persona.
- use cortas, simples y concretas palabras.
- Mantenga contacto “ojo a ojo” todo el tiempo.
- Acérquese de frente y abórdelo.
- Pregunte cosas de sí y no cuantas veces sea posible.
- Permita a la persona tomarse su tiempo al responder.
- Permanezca positivo y de buen humor.
- Repita la pregunta usando las mismas palabras.
- Si malinterpretan o alucinan no se enfade.
- Haga solicitudes, no demandas, evite regaños.
- Cuando tenga actitudes sexuales: Use distractores.¹⁸

ATENCION DEL CUIDADOR.

El cuidador se ve envuelto en una situación de tensión emocional y física muy difícil de manejar, lo que provoca que también se enfermen o se alteren; por lo que es necesario hacer planes para conservar también la salud del cuidador.

La presión social y emocional es tan intensa que no es raro escuchar a algunos cuidadores lamentarse afirmando que “es mejor que la persona muriera: así deja de sufrir”. Cuidar a un enfermo, es difícil, pero no es ni agradable ni desagradable en sí, lo que hace desagradable a las cosas es la actitud con que las hacemos, y siempre podemos cambiar de actitud, cambiar de personalidad.

19

18.-Alzheimer Association Jhon d Rapoza 1996

19.- Manual de cuidadores de la Asociación Michoacana de Alzheimer

4.3 Adulto Mayor

La definición que la OMS de de adulto mayor dice que: Es toda persona mayor de 65 años de edad; para fines de este estudio además diremos que es una persona que cursa con características especiales físicas y biológicas que lo hacen vulnerable a padecer una diversidad de problemáticas, como las enfermedades, entre las que hoy en día van en aumento las demencias. El viejo puede sucumbir con facilidad cuando presenta un desequilibrio de líquidos y electrolitos al alterar la función de otros sistemas fisiológicos previamente abatidos. Existen cambios que ponen en desventaja al viejo como: Disminución de la reserva cardiovascular, disminución de la capacidad para mantener el equilibrio osmótico, alteraciones de los vasos sanguíneos y en la autorregulación del flujo cerebral. Disminución de la reserva renal, respiratoria y cardiovascular, Presentación “atípica” de las enfermedades.

La incontinencia, confusión mental, caída e inmovilidad, han sido descritos como los gigantes geriátricos, al describir la presentación de la enfermedad.

Síndrome de abandono

Este síndrome se presenta en ocasiones en forma aguda en cuestión de horas, o en un día o dos; se caracteriza por letargo, confusión, inmovilidad en cama, incontinencia y falta de ingestión de comida o bebida. En ocasiones toma un curso subagudo de semanas o uno o dos meses, caracterizándose por disminución de la actividad, movilidad y cuidado personal, caídas, anorexia, pérdida de peso y quizá confusión y dolores.

Incapacidad

De acuerdo con una definición 60 a 75% de las personas incapacitadas en la comunidad tiene más de 65 años. Entre las personas mayores de 80 años, probablemente caso 30% no sale de sus casas, debido con frecuencia a incapacidades específicas, pero a menudo se retiran del mundo externo

después de algún suceso que encubre sutilmente su autoestima con el manto de la inseguridad, tales sucesos incluyen hospitalización, abandono, caídas en lugares públicos.

Disminución de la capacidad de mantener el equilibrio osmótico.

La osmolaridad plasmática está determinada principalmente por la concentración de sodio extracelular (95%). La secreción de vasopresina depende en gran medida de las fluctuaciones en la concentración del sodio extracelular y suele ser muy sensible; tan sólo variaciones del 3% de sodio extracelular son suficientes para la liberación de vasopresina, cuyos niveles séricos máximos se alcanzan cuando la osmolaridad llega a niveles entre 296 y 300 mosm/L y prácticamente desaparecen cuando la osmolaridad plasmática disminuye por debajo de 280 mosm. En el viejo, la osmolaridad urinaria máxima es de 800 mosm/L y la mínima es de 100/ mosm/L, ya que la función renal se ve alterada por el proceso de envejecimiento.

Cuando se presentan factores que atenúan los mecanismos fisiológicos de osmorregulación como la incapacidad para la concentración máxima y mínima de orina, la incapacidad para desencadenar el reflejo de la sed ante un estímulo que altere la concentración de solutos (p. ej., al administrar diuréticos), es cuando se incrementa el riesgo de alteración en la osmolaridad plasmática y en el volumen circulante. En el viejo, el mecanismo de la sed se encuentra deprimido; se supone que la alteración en este mecanismo es secundaria a la disminución de endorfinas y angiotensina circulante, por lo que la susceptibilidad a la deshidratación es mayor.

Alteraciones en los vasos sanguíneos.

Con el paso del tiempo, los factores exógenos como la dieta y el tabaquismo, aunado a enfermedades como la diabetes y la hipertensión, arterial, favorecen la aparición de placas ateromatosas en la capa íntima de diversos territorios vasculares.

Cuando se presentan enfermedades que ocasionan hipoperfusión, uno de los territorios que sacrifican más su flujo sanguíneo es el lecho esplácnico. Bajo condiciones basales, el flujo hepático en el viejo se encuentra disminuido hasta en un 40% y disminuye y aún más en circunstancias como el choque y la manipulación de las vísceras abdominales en caso de cirugía.

Los territorios vasculares de los miembros inferiores en estados de hipoperfusión, hipovolemia, o ambas, son más susceptibles para desarrollar episodios de trombosis venosa o lesión tisular por isquemia prolongada, lo que puede afectar su integridad.

Alteraciones en la autorrelación del flujo cerebral.

En condiciones normales, el flujo sanguíneo cerebral depende del metabolismo cerebral, de la presión del riego cerebral, del pH del líquido cefalorraquídeo y de la presión arterial de oxígeno. Estos factores se combinan para asegurar un aporte de oxígeno suficiente para mantener los requerimientos regionales cerebrales. En el viejo, la regulación que depende de la presión de riego cerebral está alterada (la curva de autorregulación que depende de la presión de riego cerebral está alterada (la curva de autorregulación se encuentra desviada a la derecha de modo que se necesitan cifras tensionales mayores para conservar un adecuado riego cerebral.

En el anciano, el límite inferior de la autorregulación se ubica en cifras de presión arterial media, habitualmente superiores a 80 mm/Hg.

Disminución de la reserva renal.

La función renal disminuye con el paso del tiempo gradualmente. Los valores de referencia del índice de infiltración glomerular en ancianos se han obtenido de estudios longitudinales en personas de edad avanzada por lo demás sanas. Cuando el índice de filtración glomerular disminuye, hay deterioro de la función renal que incluye reducción en la resorción y secreción tubulares, en la capacidad de concentración de orina y merma en la producción de hormonas. La reducción de la depuración de creatinina en la edad avanzada es paralela

con la excreción urinaria diaria de la misma, lo que refleja una disminución de la masa muscular, de tal suerte que los valores de excreción son de apenas 9.4mg/kg/24h.

Presentación “atípica” de las enfermedades

Los signos y síntomas de enfermedad en el viejo a menudo pasan inadvertidos o simplemente no están presentes como sucede en el joven. En el anciano, las manifestaciones clínicas de hipovolemia o deshidratación suelen ser un reto clínico; la piel pierde elasticidad y firmeza, lo que hace que su examen no sea muy útil en el diagnóstico de pérdida de líquido. La hipotensión postural que a menudo es uno de los signos de gran valor para el diagnóstico de hipovolemia, es menos seguro en el viejo, ya que puede estar presente aun en ausencia de hipovolemia o desequilibrio hidroelectrolítico. La diuresis horaria como medida del riego renal también es menos fiable en el viejo debido a la incapacidad para concentrar orina ($1\ 200\ \text{mosm}$)

La sudación mermada de los pliegues axilares cuando hay déficit de volumen no siempre está presente en el viejo, pues habitualmente se presenta ante el estímulo de las catecolaminas en los receptores alfa, los cuales se encuentran reducidos. La sed como mecanismo autorregulador disminuye en el anciano y suele agravarse ante las alteraciones del estado de conciencia o insuficiencia cerebral aguda, manifestación frecuente en el viejo. Existen otros signos clínicos que desaparecen en diversas situaciones de estrés y otros que lo caracterizan (p. ej. Insuficiencia cerebral aguda e hipotermia).

Disminución de la reserva respiratoria

El aparato respiratorio se altera por el proceso del envejecimiento y en situaciones de estrés o deshidratación puede afectar la integridad de todo el organismo. En realidad hay pocos cambios relevantes en la función respiratoria, pero éstos suelen ser suficientes para que en presencia de deshidratación o hipovolemia haya insuficiencia respiratoria.²⁰

En todas las especies conocidas, el proceso vital conduce invariablemente a la muerte. Si esta no se produce tempranamente por enfermedades o accidentes, viene precedida por un periodo de declive progresivo o escalonado de las funciones orgánicas, que se denomina envejecimiento.

El grado de deterioro es distinto de un órgano a otro en cada individuo; en otras palabras, que el envejecimiento no es homogéneo en el conjunto de órganos y sistemas que forman cada organismo.

Memoria y función cognoscitiva

Los estudios cruzados han demostrado una baja en pruebas de inteligencia, habilidad para aprender, memoria a corto plazo y velocidad de reacción en personas de edad. Es común que exista mayor dispersión que con sujetos más jóvenes, debido en particular a una mayor prevalencia de deterioro sensorial, motor y cognoscitivo.

Las diferentes generaciones tienen distintas experiencias educativas y formas de vida, por lo que los estudios longitudinales tienden a mostrar que con frecuencia la declinación no se hace significativa sino hasta los 75 o más años. Con respecto a la memoria, se ha visto en repetidas ocasiones que se deteriora más que la asimilación o almacenaje, quizá debido a la masa de datos que se selecciona. Aunque no universal, el "olvido senil" es ciertamente muy común.

Emociones y personalidad

La imagen estereotipada es de gran introversión, desajuste y pesimismo, sin embargo, no existen evidencias firmes que surgieran que esta sea una acompañante inevitable de la vejez, a pesar de la creencia popular.

Sueño

Al parecer el sueño se deteriora en muchas formas conforme se va envejeciendo, las más importantes son las siguientes: Molestias por insomnio aumenta, más tiempo en cama, menos tiempo realmente dormido, aumenta el número y duración de las veces que se despierta, disminuye la duración de la fase 4 del sueño y la fase de movimiento ocular.

APARATO RESPIRATORIO

El envejecimiento con lleva cambios que se pueden dividir en:

- Disminución de la función del fuelle (pulmón del viejo), por pared torácica rígida, calcificación de los cartílagos costales, reducción de los espacios intercostales, reducción de los espacios intervertebrales, pérdida del rebote elástico, disminución de la fuerza muscular, aumento del volumen de cierre con el consecuente aumento del volumen de cierre con el consecuente aumento del volumen de los alvéolos afectados, colapso de la vía respiratoria fina de conducción, falta de la uniformidad de la ventilación alveolar y atropamiento de aire.
- Sensibilidad disminuida a la hioxemia e hipercapnia, cambios de la ventilación ocasionados por niveles fluctuantes del estado de alerta y que interfiere con los patrones normales de la respiración.
- Defensa alterada del huésped , acción ciliar disminuida, daño en los mecanismos de la tos, producción de inmunoglobulina A , reducida y función fagocítica alterada.²¹

- 20.proceso de envejecimiento "Gerontología" R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo C.Dhiver 2002

APARATO CARDIOVASCULAR

Entre los cambios anatómicos que experimenta el corazón está la hipertrofia de la pared posterior del ventrículo que tiene lugar como consecuencia de los cambios vasculares, en especial de la aorta. Hay incremento en la cuantía de colágena subepicárdica y subendocárdica que lo hacen más rígido; así mismo, hay en el miocardio aumento en los depósitos de amiloide que favorecen la aparición de fibrilación ventricular y por último, insuficiencia cardiaca.

Los vasos sanguíneos también sufren cambios, hay hiperplasia de la íntima por depósitos de calcio, tejido conectivo, colesterol y fosfolípidos de calcio, tejido conectivo, colesterol y fosfolípidos, sobre todo en la media y la íntima de la aorta y grandes vasos, causando menor capacidad de distensión de estos vasos con incremento de la presión sistólica miocárdica.

Sistema endocrino

Los trastornos del sistema endocrino producen hipofunción e hiperfunción por varios mecanismos:

- conversión defectuosa de pro-hormonas a hormonas activas
- deficiencia enzimática de las células blanco.
- Alteración de los receptores, efectores y sistema de respuesta.
- Degradación hormonal alterada.
- Producción ectópica de hormonas.
- Índice de aclaramiento alterado.²²

La hormona del crecimiento en el viejo disminuye moderadamente en su secreción; su principal efecto en esta etapa es la conservación de las masas óseas y muscular. La prolactina disminuye en mujeres y aumenta en los varones; este aumento se correlaciona con mayor importancia en el varón. La maduración de los folículos se reduce con una consecuente baja de los estrógenos. Merma el estradiol y se incrementa la hormona estimulante del folículo. Aunque los varones mantienen su función gonadal, se ha documentado una reducción de la testosterona total y libre. Los niveles plasmáticos de hormona luteinizante y estimulante del folículo se incrementan con la edad y se correlaciona con la disminución de la testosterona. No hay

deficiencia de hormona antidiurética, sus valores se pueden incrementar ante estímulos osmóticos. La liberación de hormona estimulante del tiroides permanece pulsátil. El decremento en el equilibrio de la secreción y eliminación de tiroxina no da cambios en la tiroxina sérica; también la captación de triyodotironina por resina tiroxina libre permanece sin cambios. La hormona paratiroidea se incrementa y con esto el fosfato plasmático disminuye. Se incrementa el nivel de noradrenalina y la respuesta a la estimulación beta-adrenérgica disminuye.

La secreción de insulina no disminuye con la edad pero se ha documentado un incremento de la resistencia a la glucosa con el consecuente aumento sérico.¹⁹

22.- Campos Navarro R. ; Torres D., Arganis-Juárez EN. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. *Cad. Saúde Pública*, sep./oct. 2002, vol.18, no.5, p.1271-1279. ISSN 0102-311X..

APARATO DIGESTIVO:

En general, el envejecimiento del aparato digestivo se manifiesta de tres formas:

Disminuye la movilidad, secreción y capacidad de adsorción.

En la cavidad bucal, el número de células acinares de las glándulas salivales disminuye, así como el flujo salival, se reduce la masticación y la percepción del gusto. En esófago y faringe hay debilidad de los músculos con la consecuente deglución alterada, aparece un mayor número de ondas terciarias no propulsoras, dilatación esofágica, retardo en el tránsito esofágico, que en conjunto favorecerían el riesgo de broncoaspiración y problemas de disfagia. Así mismo disminuye la relajación del esfínter esofágico inferior y se observa una mayor incidencia de esfínter intratorácico. El estómago conserva su capacidad de llenado; la producción de ácido se reduce aumentando la de gástrica y manteniendo la secreción de pepsina. Diversos estudios mencionan la atrofia de la mucosa gástrica y un incremento de úlcera duodenal por disminución de bicarbonato como reacción al ácido luminal, pero en realidad puede deberse a una desintegración progresiva de los mecanismos de defensa de la mucosa.

En el intestino delgado la inervación disminuye y se afecta la absorción de ciertas sustancias, entre ellas calcio, hierro, grasas e hidratos de carbono. En el colón encontramos atrofia de la mucosa, anomalías de las glándulas mucosas, infiltración de la lámina propia, hipertrofia de la capa muscular y aumento de las capas musculares circular y longitudinal que favorecen el estreñimiento e impacción fecal.

El hígado disminuye peso y tamaño en relación con las pérdidas de hepatocitos. Hay mayor litogenicidad biliar.

SISTEMA NERVIOSO:

Atrofia cerebral que se refleja como una pérdida de volumen, peso, reducción de los componentes blancos y gris y, como consecuencia, un incremento en el tamaño de los ventrículos. También se describen cambios microcópicos: pérdida neuronal, que varía según el área; hay depósitos de lipofuscina y amiloide en los vasos sanguíneos y la aparición de placas seniles.

El neurotransmisor dopaminérgico, colinérgico, adrenérgico, serotoninérgico, gabaérgico, sistema de aminoácidos excitadores, neuropéptidos y la hormona liberadora de corticotropina cambian.

Disminuye la capacidad de las células para desarrollar una función requerida, aparecen mecanismos compensadores y finalmente las conexiones entre el árbol dendrítico (plasticidad cerebral). La reacción motora disminuye con la edad, reflejos patológicos anormales (succión, Babinski, palmomentoniano etc.)

SISTEMA RENAL:

Existe una predisposición a sufrir alteraciones importantes con estímulos que podrían ser bien tolerados en sujetos más jóvenes, con el paso de los años se pierde más masa renal funcionante sobre todo a expensas de disminución de la corteza renal. Histológicamente el porcentaje de glomerulos esclerosados y no funcionales aumentan de 1 a 2 % a los 35 años a 10 a 12% a los 80 años. Disminuye el flujo sanguíneo renal y en la filtración glomerular. ²³

El estado de Fragilidad es un síndrome clínico- biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como:

Caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización, y muerte. ²⁴

Las enfermedades crónicas del adulto mayor de 45 años son un grupo de eventos que se caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado con deterioro progresivo a incapacidad y una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo que interactúan.

Las principales son:

Enfermedades cardiovasculares, del metabolismo.

23.- Enfermería Gerontológico Practica

24.- Revista cubana de medicina general integral ISSSN 0864-2125 V.20 N.4 HABANA CUBA JUL-AGO 2004

Neoplásicas, crónicas del pulmón, músculo esqueléticas osteoarticulares y neurológicas.²⁵

En 1960, en México, la esperanza de vida era de 57 años para los hombres y 60 años para las mujeres, y en 1992 se incrementó a 67 y 73.7 años, respectivamente. Las diferencias en la esperanza de vida por género indican que los hombres adultos tienen factores de riesgo que los hacen proclives a enfermedades crónicas, con un desenlace fatal a edades más tempranas. Por el contrario, las mujeres adultas tienden a los padecimientos crónicos discapacitantes que afectan su calidad de vida durante mayor tiempo. Lo anterior influye directamente sobre las diferencias en los motivos de consulta y hospitalización, y sobre la mayor utilización de los servicios de salud que hacen las mujeres.

En México la esperanza de vida en el 2005 es de 74.5 años. Las mujeres viven en promedio 5 años más que los hombres. Para el 2005 la Tasa bruta de mortalidad es de 4.5 defunciones por cada mil habitantes.

En el 2003 se registraron 472 mil 140 defunciones y un índice de sobremortalidad masculina 124.6 defunciones por cada 100 femeninas.

Las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, los accidentes, así como los padecimientos hepáticos y los cerebrovasculares; en conjunto fueron motivo, de 6 de cada defunciones.²⁶

25.- Revista cubana de medicina general integral ISSSN 0864-2125 V.20 N.4 HABANA CUBA JUL-AGO 2004

26- CONAPO 43/40 México D.F. 27 agosto del 2004

4.4 Enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno progresivo, degenerativo e irreversible que afecta al cerebro y cuyos resultados se manifiestan con una afección de; memoria, pensamiento, razón y conducta del individuo. Sin cambios en su estado de conciencia, pero que interfiere con su función social.

El Mal de Alzheimer, es un tipo de demencia, es una enfermedad degenerativa, progresiva, irreversible y hasta el momento incurable, daña el cerebro por lo que se va perdiendo las capacidades intelectuales. Provoca fallas en la memoria-operativa hasta llegar a la pérdida total de la memoria a largo plazo; confusión, cambios de personalidad y de conducta, deterioro del pensamiento, dificultad para encontrar palabras, terminar ideas, seguir instrucciones y al final, la incapacidad total para cuidarse a sí mismo porque la persona pierde la habilidad de saber hacer cosas y reconocer sus aprendizajes anteriores, los objetos y las acciones.²⁷

Etiología

Numerosos estudios relacionan la demencia tipo Alzheimer con factores genéticos, no sólo en las formas de inicio precoz sino también en las formas tardías. Hasta el momento actual se han implicado cinco cromosomas como responsables de demencia tipo Alzheimer, el 1,12,14,19,21. Algunas formas familiares autonómicas de inicio muy precoz están provocadas por una lesión del gen de la presenilina 1 (Ps-1) en el cromosoma 14. Otras formas también autonómicas dominantes de inicio precoz son debidas a una alteración del gen de la presenilina 2 (PS-2) en el cromosoma 1 o del gen de la proteína precursora del beta-amiloide (Beta-APP) situado en el brazo del cromosoma 21. Por el contrario formas de inicio tardío parecen ligadas a los cromosomas 12 y 19. Algunos genotipos de la apolipoproteína E (apo E) del cromosoma 19 pueden aumentar el riesgo de padecer esta enfermedad, aunque no todas las formas de inicio tardío pueden ser explicadas genéticamente y es probable que existan otro tipo de factores que provocan este tipo de demencia, cuyo

riesgo de padecerla a la largo de la vida es muy elevado, calculándose que para los hombres es del 25.5% y para las mujeres del 31.9%.²⁸

CAUSA.

En el Mal de Alzheimer (MA) hay una alteración en la conexión entre una neurona y otra; en la que los neurotransmisores, las sustancias que transmiten la información en una neurona a otra, principalmente la acetilcolina, no puede ser enviada de una neurona a otra. Y sus axones se cubren con una sustancia que impide que se comuniquen entre ellas, formando placas. Esto a su vez dificulta la capacidad de archivar nueva información recuerdos y realizar funciones complejas como operaciones aritméticas, etc.

La primera parte del cerebro es el hipocampo, que es donde se retiene la información nueva que llega al cerebro a través de los sentidos. La información que llega al hipocampo no puede ser retenida y retransmitida al zona frontal del cerebro donde se almacena la memoria a largo plazo. Después estas placas comienzan a invadir y destruir otras zonas lo que hace más difícil la comunicación entre las diferentes zonas del cerebro, limitando progresivamente las funciones cerebrales.

ORIGEN.

Se acepta que un factor de origen importante de la enfermedad es de origen genético, sin ser determinante. Pero todavía no se identifica una causa definida.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Desde el un enfoque funcional, es decir a partir de la observación de la afectación de las actividades personales y de auto cuidado diarias, el desarrollo de la enfermedad se ha dividido en siete estados o etapas, segundos características²⁹

27.-Manuel de cuidadores de adultos mayores de Alzheimer.

28.-"Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias" R. Alberca, S.Lopéz – Pousa, 2a edición Editorial Panamericana 2002.

29.-William Mohillo, Paul Caldwell, "La Enfermedad de Alzheimer" Una guía Práctica para cuidadores y familiares, editorial Paidós, Edición 2002.

Signos y síntomas habituales de la enfermedad de Alzheimer.

- Pérdida de la memoria, especialmente de los recuerdos recientes.
- Incapacidad para aprender, para procesar nueva información.
- Dificultades de lenguaje.
- Falta de criterio y disminución en la capacidad de razonamiento, lo cual conduce al abandono personal y a la falta de atención.
- Desorientación espacial: facilidad para extraviarse, tendencia a evitar los desplazamientos.
- Cambios en la conducta: trastornos del sueño, alucinaciones delirios, alteraciones en los niveles de actividad, agresividad y modificaciones del estado de ánimo.³⁰

Desde el inicio de este estado son notables algunos cambios : el primero es la rigidez corporal principalmente de los codos, las músculos y los dedos. El segundo, como resultado de la rigidez, son las contracturas de las articulaciones. El tercero es la reaparición de reflejos infantiles que manifiestan los bebés y que desaparecen durante el desarrollo, como el reflejo de prensión de la mano, el reflejo plantar, y el reflejo de succión

Las personas con MA mueren durante el curso de este estado 7, como promedio entre el Sub-estado 7c y 7d. Por sus condiciones, son muy vulnerables a las causas comunes de mortalidad, incluyendo ataque, enfermedades cardíacas y cáncer. Sin embargo algunas de las causas más comunes parecen ser: neumonía.

30.- "Guía Práctica para cuidadores y familiares de adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer" ed 2002, Clínica del Dr. Mayo

DESCRIPCIÓN DEL MAL DE ALZHEIMER.

ESTADOS FUNCIONALES DEL MAL DE ALZHEIMER			
Estado 1 Normal	Estado 2 Olvido normales de la edad.	Estado 3 Déficit cognitivo leve.	Estado 4 Mal de Alzheimer leve.
<p>Libre de síntomas de la cognición objetivos y subjetivos</p> <p>No hay disminución de la funcionalidad.</p> <p>Libre de cambios de conducta y de estado de como.</p>	<p>Quejas sobre síntomas de déficit cognitivo y funcional.</p> <p>Olvida donde deja objetos familiares.</p> <p>Olvida el nombre que anteriormente conoce bien.</p>	<p>Déficit de las habilidades de trabajo y sociales.</p> <p>Déficit de funciones ejecutivas.</p> <p>Repite preguntas.</p> <p>Dificultad para organizar elementos.</p> <p>Dificultad para aprender nuevas habilidades.</p> <p>Se extravía * en lugares no conocidos.</p> <p>Después de leer recuerda poco.</p> <p>Dificultad para recordar personas que le fueron recientemente presentadas.</p>	<p>Dificultad para manejar instrumentos y para realizar actividades complejas de la vida diaria.</p> <p>Dificultad para recordar eventos recientes.</p> <p>Errores al recordar los días de la semana o los meses.</p> <p>Dificultad para: llevar una chequera, realizar compras en el mercado, cocinar, organizar una comida para sus invitados.</p> <p>Se extravía * en lugares conocidos.</p> <p>Perdida de interfiere indiferencia emocional y retirada.</p>

Estado 5 Mal de Alzheimer moderado.	Estado 6 Mal de Alzheimer moderadamente severo.	Estado 7 Mal de Alzheimer severo.
<p>Déficit incipiente en actividades básicas de la vida diaria.</p> <p>Perdida de la autonomía</p> <p>No siempre puede recordar la mayor parte de los eventos u otra información de su vida actual como su domicilio, su teléfono, el nombre de sus nietos, el nombre del presidente.</p> <p>No puede recordar el nombre de la escuela donde estudio, sus compañeros, o el orden de hechos de su vida.</p> <p>No puede contar hacia atrás de dos en dos.</p> <p>Dificultades para realizar actividades simples de la vida diaria como escoger su ropa.</p> <p><u>Estado de animo de ansiedad y suspicacia.</u></p> <p><u>Perdida de interfiere las actividades cotidianas.</u></p> <p><u>Estado de animo cambiante.</u></p> <p><u>Insomnio.</u></p> <p><u>Vagabundeo.</u></p>	<p>6.a</p> <p>El deficitit interfiere con la habilidad para realizar actividades de la vida diaria.</p> <p>Necesita orientación de otra persona para vestirse.</p> <p>Confunde el nombre de sus parientes, de la ciudad donde nació de su ocupación laboral.</p> <p>Confunde a su cónyuge con personas fallecidas.</p> <p><u>Ilusiones.</u> Confunde a las personas, o su imagen en el espejo.</p> <p><u>Delirios.</u></p> <p>No puede contar hacia atrás de uno en uno.</p> <p><u>Inquietud,</u> deambulación conductas inapropiadas o sin propio.</p> <p>Necedad, dramatización</p> <p><u>Irritabilidad y agresividad.</u></p> <p><u>Conducta sexual inapropiada</u></p> <p><u>Estado de animo deprimido.</u></p> <p>Dificultades para articular la expresión verbal.</p> <p>Tartamudeo, neologismos y hablar pausado.</p>	<p>7.a</p> <p>Reducción el lenguaje a seis palabras por día.</p> <p>Rigidez en las articulaciones principales como el codo y la muñeca.</p>

	<p>6.b</p> <p>Requiere asistencia para regular la temperatura del agua para bañarse.</p> <p>Necesita orientación de otra persona para bañarse.</p> <p>No puede vestirse solo.</p> <p>Dificultad para lavarse solo los dientes.</p>	<p>7.b</p> <p>Limitación del lenguaje una sola palabras en un día</p> <p>Contracturas en las articulaciones principales.</p>
	<p>6.c</p> <p>Requiere asistencia para el uso del retrete, y la limpieza.</p> <p>No se puede bañar solo.</p> <p>No puede usar el retrete de forma correcta.</p>	<p>7.c</p> <p>No puede deambular solo.</p>
	<p>6.d</p> <p><u>Incontinencia urinaria.</u></p> <p>Olvida el nombre de las cosas y las personas.</p>	<p>7.d</p> <p>No se puede sentar sin ayuda. Sin descansa brazos, dejan caer los brazos.</p>
	<p>6.e</p> <p><u>Incontinencia fecal.</u></p> <p>No puede identificar a sus familiares cercanos.</p> <p>Pierde la habilidad para conversar.</p> <p><u>Desnutrición:</u></p>	<p>7.e</p> <p>Pierden la habilidad para sonreír</p> <p>No puede caminar.</p> <p>Inmovilidad y contracturas musculares.</p> <p>Reaparición de reflejos infantiles como: de prensión de succión y plantar.</p>
		<p>7.f</p> <p>No puede sostener su cabeza.</p> <p>No se puede levantar.</p>
Requiere atención parcial.	Requiere atención todo el tiempo.	Requiere cuidados continuos.
Duración 1 año medio.	Duración 2 años y medio.	Duración 6 años o más.

El Mal del Alzheimer (MA) no afecta la salud física de una forma particular, afecta a toda la salud física de forma general. Las dificultades mentales que tiene el paciente para cuidarse y atenderse complican otras alteraciones físicas que pueden estar mejor relacionados con otra situación Sin embargo las más comunes pueden ser las siguientes: La incontinencia urinaria, la incontinencia fecal, el insomnio y la desnutrición.

Diagnóstico DSM IV:

a).- La presencia del múltiple déficit cognoscitivo se manifiesta por:

1.- deterioro de la memoria y aprendizaje reciente.

2.- una o más de las siguientes alteraciones.

a).- Afasia

b).- Apraxia

c).- Agnosia

d).- Alteración de la ejecución

e).- Deterioro de la actividad social y laboral con disminución del nivel previo de actividad.

f).- Deterioro continuo y gradual cognoscitivo

g).- Los déficit cognitivos no obedecen a:

1.- otras enfermedades del SNC

2.- Enfermedades sistémicas; hipotiroidismo, VIH, déficit de vit B12 y ac. Fólico

3.- Enfermedades inducidas por sustancias.

e) Los déficit no aparecen exclusivamente en un delirio

f) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje (depresión mayor, esquizofrenia)

Cambios en la memoria en la enfermedad de Alzheimer:

Memoria inmediata: en las primeras fases de la enfermedad se producen pocos cambios. Memoria a corto plazo: normalmente queda afectada en un momento muy temprano de la enfermedad y a menudo constituye el primer indicio de la existencia de problemas en el cerebro.

Memoria a largo plazo: a menudo, este almacén de información se mantiene bien, especialmente al principio de la enfermedad. Al final acaba también fallando.

V. OBJETIVOS

Objetivo General

- Identificar el nivel de estrés en cuidadores de adultos mayores con Alzheimer.

Objetivos Específicos

- Identificar principales causas de estrés en cuidadores de adultos mayores con Alzheimer.
- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de adultos mayores con Alzheimer.
- Conocer si existe diferencia significativa entre el nivel de estrés en cuidadores de género femenino y masculino.

VI. METODOLOGIA

6.1 Tipo de Estudio

Transversal, descriptivo y observacional.

6.2 Limites de tiempo y espacio

El estudio se realizó en la ciudad de Morelia, Mich. de Noviembre 2007 a Julio 2008 A cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer asociados a la Asociación Michoacana de Alzheimer A.C.

6.3 Universo

Cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer de la ciudad de Morelia.

6.4 Muestreo

Fue no probabilística, ya que se incluyo a todo el universo.

6.5 Tamaño de la muestra

Estuvo conformado por 64 cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, que es todo el universo.

6.7 Criterios de Estudio

6.7.1 De Inclusión

- Cuidadores que acepten participar en la investigación.
- Cuidadores que tenga participación activa en la Asociación.

6.7.2 De Exclusión

- Cuidadores de adultos mayores con enfermedad de a Alzheimer de la Asociación Michoacana de Alzheimer que no deseen participar en el estudio.
- Cuidadores que no estén asociados con la Asociación Michoacana de Alzheimer.
- Cuidadores que no tengan participación activa al momento de la investigación.

6.7.3 De Eliminación

Cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer:

- Que contesten de forma incompleta

6.8 Variables

6.8.1 Sociodemográficas

- Ocupación, Estado Civil - Tiempo como cuidador , Genero, Edad, Parentesco, si es que lo hubiera con el paciente.

6.8,2 De estudio

- Nivel de estrés

6.8.3 Conceptualización y operacionalización de variables

variable	Tipo	Concepto	Escala de Medición	Estadística
Edad en años	Numérica Discreta	Años que un individuo ha vivido	20 - 35 36 – 50 51 – 65 66 y más	Frecuencia Chi-cuadrada de Pearson Porcentaje
Ocupación	nominal Categórica	Situación laboral y/o productiva que desempeña un individuo	1. ama de casa 2 comerciante 3 profesionista 4 Empleado 5 independiente 6 otro	Frecuencia Porcentaje Chi-cuadrada de Pearson
Tiempo como cuidador	Numérica discreta	Tiempo en años, a partir del cual la persona realiza el cuidado de la persona con Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> • 1 - 5 • 6 - 10 • 11 – 15 • 15 años en adelante. 	Porcentaje Frecuencia Chi-cuadrada de Pearson
Estado civil	Nominal categórica	Situación de legalidad de la relación de una persona	1. soltero 2. casado 3. unión libre 4. viudo 5. divorciado 6. otro	Frecuencia Porcentaje Chi-cuadrada de Pearson
Parentesco	Nominal categórica	relación que guarda el cuidador tiene con el enfermo con Alzheimer.	1 Hijo (a) 2 Esposo (a) 3 Hermano (a) 4 otra	Frecuencia Porcentaje Chi-cuadrada de Pearson
Genero	Categórica dicotómica	Comportamientos que definen e identifican socialmente a al individuo	1. masculino 2. femenino	Frecuencia Porcentaje Chi – cuadrada de Pearson

Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Indicadores
<p>NIVEL DE ESTRÉS</p> <p>Estrés es el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuro endocrina ante el estresor amenazante (1994). Trastorno de</p>	<p>Forma respondemos al peligro, a los desafíos, es el modo en que respondemos ante una amenaza.</p> <p>a) reacciones ante el entorno, se compone de las relaciones interpersonales, la imagen que se tiene del grupo, el entorno social y la cultura.</p>	<p>Una dimensión del estrés o trastorno de adaptación valorado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agudo • Crónico 	<p>Frecuencia de Porcentaje</p> <p>Chi-cuadrada de Pearson</p>

VII.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó por medio de un instrumento que constas de 2 partes, la primera se obtienes los datos sociodemográficos del cuidador y la segunda parte fue la Escala de Zarit, que consta de 21 ítems los cuales tratan de evaluar la respuesta que tiene el cuidador ante el paciente enfermo. Dicha escala esta conformada por una serie de respuesta con valor.....Ver Anexo (1)³¹³²

0 si nunca siente lo que se le pregunta,

1 si casi nunca lo siente,

2 si a veces lo siente,

3 si bastantes veces,

4 si casi siempre.

El puntaje máximo que se obtiene es de 84 y el mínimo de 0

Al agrupar las preguntas de la encuesta Zarit en los 3 factores o dimensiones que permite distinguir, el impacto del cuidado, Interpersonal y expectativas de auto eficacia, se aprecia una distribución homogénea de los mismos, pero con una tendencia a la sobrecarga principalmente en dimensión de impacto del cuidado que alcanza una media de 48.3% para opciones que refieren experiencia de mayor demanda asociada a demanda y necesidad de cuidados de la persona con discapacidad. En la tabla de agrupamiento por factores se puede apreciar lo anterior.

Al agrupar las respuestas, de acuerdo a dimensiones o factores establecidos para la escala de Zarit, sin pretender efectuar análisis factorial por las restricciones impuesta por la muestra Se señalan los grupos:

1.- Factores de Impacto de Cuidado (2,12,21,8,3,10,11,13,1,14,17,7)

Hace referencia a aquellas cuestiones relacionadas con los efectos que la prestación de

cuidados a un familiar tiene para el cuidador. Falta de tiempo, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre su vida, deterioro de la salud, etc.

31.- www.revistaalzheimer.com/PDF/0029.pdf

32.-"Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias" R. Alberca, S.López – Pousa, 2a edición Editorial Panamericana 2002.

2.- Factores de Impacto Interpersonal (19,9, 5, 4,18, 6) Está representado por aquellos elementos referidos a la relación que el cuidador mantiene con la persona cuidada, deseo de delegar el cuidado en otros, sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar o sentimientos de indecisión acerca del cuidado.

3.- Factores de Expectativas de Auto eficacia (20, 15, 16) Refleja creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el derecho de hacerlo, la falta de recursos

VIII PROCEDIMIENTO:

Previa revisión del protocolo por parte de los asesor metodológico, este documento se presentó a la Asociación Michoacana de Alzheimer A.C., con sede en la ciudad de Morelia con la finalidad de recibir la autorización para realizar esta investigación. Una vez que obtuvimos la autorización del presidente y secretario de dicha asociación se llevó a cabo la recolección de los datos por medio del investigador , de la siguiente manera:

Se pidió autorización ala Asociación Michoacana de Alzheimer A.C., para entrevistar a cuidadores de adultos mayores de Alzheimer, que son socios de está asociación, para lo cuál se mostrara con anticipación el formato de la encuesta que se aplicó (ver anexo 2).

Se mostró el consentimiento informado para que fuera revisado por cada cuidador contactándose y sacando cita vía telefónica para luego verlos en su domicilio. (ver Anexo 2.)

Posterior se proporciono los instrumentos todo esto en un ambiente seguro, tranquilo y privado, generando un clima de empatía y seguridad. El instrumento fue dirigido y se aplicó de forma individual y privada.

Previo a esto con las mismas características se realizó una prueba piloto de manera consecutiva en dos ocasiones con la finalidad de validar el instrumento de la población a estudiar.

Validación del instrumento:

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.752	21

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.574
		N de elementos	11(a)
	Parte 2	Valor	.565
		N de elementos	10(b)
	N total de elementos		21
Correlación entre formas			.706
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		.828
	Longitud desigual		.828
Dos mitades de Guttman			.827

FIABILIDAD POR DIMENSIONES

1. -Factores de Impacto de Cuidado (2,12,21,8,3,10,11,13,1,14,17,7)

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.619	12

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	.303
		N de elementos	6(a)
	Parte 2	Valor	.520
		N de elementos	6(b)
	N total de elementos		12
Correlación entre formas			.508
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		.674
	Longitud desigual		.674
Dos mitades de Guttman			.673

Posterior mente se procedió a organizar y analizar los datos obtenido y presentarlos en graficas y cuadros.

IX.- ANÁLISIS ESTADISTICO

El paquete estadístico SPSS versión 15.0 se utilizó para el procesamiento de los datos ponderando las variables de estudio. El tipo de estadística fue descriptiva, y como estadístico de contraste la Chi cuadrada de Pearson; para las variables nominales y categóricas se utilizó la tabla de distribución de frecuencias y cuadros de porcentajes, así como tablas de contingencia.

X.- RECURSOS

10.0.1 Humanos:

Presenta : Nidia Esther Juárez Martinez

Asesor: MCE.. Roberto Martínez Arenas.

Asesor Estadístico: Mat. Carlos Gómez Alonso

10.0.2 Materiales y financieros

Son todos los generados por la investigación antes o durante el desarrollo de la misma, necesarios para poder llevarla a cabo.

Concepto	cantidad	Costo unitario	Costo total
Impresora y tinta de impresión	1	\$1500.00	\$1,500.00
500 hojas papel bond tamaño carta	3 (100)	\$70.00	\$210.00
Lapiceros, libretas, útiles escolares	-		\$250.00
Transporte para recolección de información	50	\$5.00	\$250.00
Fotocopias	-		\$1,000.00
Elaboración de tesis y tramites para titulación	-		\$10,000.00
Total			\$13,210

Los cuales serán autofinanciados por la alumna responsable de la investigación.

XI.-CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Los instrumentos no llevaran nombre solo un número foliado, que será controlado por el investigador, el acceso a la información recabada será exclusiva del investigador responsable, y la misma será guardada.

En está investigación se acatarán las normas establecidas por el reglamento de la Ley General de Salud en lo respecta a investigaciones en su título primero artículo 2 al 8 donde habla de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Se tomará en cuenta el consentimiento informado de acuerdo a la “Declaración de Helsinki, 200”, los participantes tendrán toda la información con la finalidad de que acepten deliberadamente participar en esta investigación.

Los cuidadores y adultos mayores no corren riesgos, la participación en este estudio es voluntaria, la información únicamente será utilizado, para los resultados de la investigación quedando en anonimato el nombre y datos personales.

1.- Se invita por escrito proporcionando la información suficiente para la participación voluntaria, la cuál se acepta firmando la carta de consentimiento.

2.- Se garantiza confiabilidad en la información obtenida y en la identidad del paciente.

XII.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Diciembre- Enero	Febrero	Abril- Marzo	Mayo	Junio
Organización del protocolo. Búsqueda y organización de información.	X				
Validación del instrumento			X	X	
Recolección de la información			X	X	
Organización de los datos					X
DISCUSIÓN PRESENTACIÓN DE RESULTADOS					X

Cuadro No. 1

Ocupación del cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de Casa	17	26.6	26.6
	Comerciante	10	15.6	42.2
	Profesionista	21	32.8	75.0
	Empleado	9	14.1	89.1
	Otro	7	10.9	100.0
	Total	64	100.0	

Cuadro No 2

Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado (a)	46	71.9	71.9
	Soltero (a)	13	20.3	92.2
	Unión Libre	1	1.6	93.8
	Viudo (a)	2	3.1	96.9
	Divorciado(a)	2	3.1	100.0
	Total	64	100.0	

Cuadro No 3

Parentesco con Enfermo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Hijo (a)	34	53.1	53.1
	Esposo (a)	12	18.8	71.9
	Hermano (a)	7	10.9	82.8
	Otro	11	17.2	100.0
	Total	64	100.0	

Cuadro No 4

Genero del Cuidador

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	12	18.8	18.8
	Mujer	52	81.3	100.0
	Total	64	100.0	

Cuadro No 5

Ítems	Nunca		Casi nunca		A veces		Bastantes veces		Siempre	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1.-¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que en realidad necesita?	19	29.7	6	9.4	22	34.4	9	14.1	8	12.5
2.-¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	10	15.6	10	15.6	15	23.4	17	26.6	12	18.8
3.-¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar a demás atender otras responsabilidades?	3	4.7	4	6.3	9	14.1	24	37.5	24	37.5
4.-¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	24	37.5	12	18.8	15	23.4	6	9.4	7	10.9
5.-¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	21	32.8	12	18.8	13	20.3	10	15.6	8	12.5
6.-¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	9	14.1	5	7.8	16	25.0	22	34.4	12	18.8
7.-¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	7	10.9	2	3.1	16	25.0	25	39.1	14	21.9
8.-¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	17	26.6	6	9.4	10	15.6	18	28.1	13	20.3
9.-¿Siente que no tiene la vida	13	20.3	5	7.8	20	31.3	10	15.6	16	25.0

privada que desearía debido a su familiar?										
10.-¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	13	20.3	3	4.7	22	34.4	10	15.6	16	25.0
11.-¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	14	21.9	13	20.3	17	26.6	10	15.6	10	15.6
12.-¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	12	18.8	7	10.9	16	25.0	7	10.9	22	34.4
13.-¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	20	31.3	5	7.8	12	18.8	16	25.0	11	12.2
14.-¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	23	35.9	13	20.3	15	23.4	7	10.9	6	9.4
15.-¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se ha manifestado?	23	35.9	14	21.9	16	25.0	4	6.3	7	10.9
16.-¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	10	15.6	1	1.6	15	23.4	20	31.3	18	28.1
17.-¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	15		11		29		3		6	

18.-¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	10		22		7		19		6	
19.-¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	10	15.6	24	37.5	6	9.4	15	23.4	9	14.1
20.-¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	3	4.7	2	3.1	20	31.3	9	14.1	30	46.9

Grafico No 1

Gráfico de barras

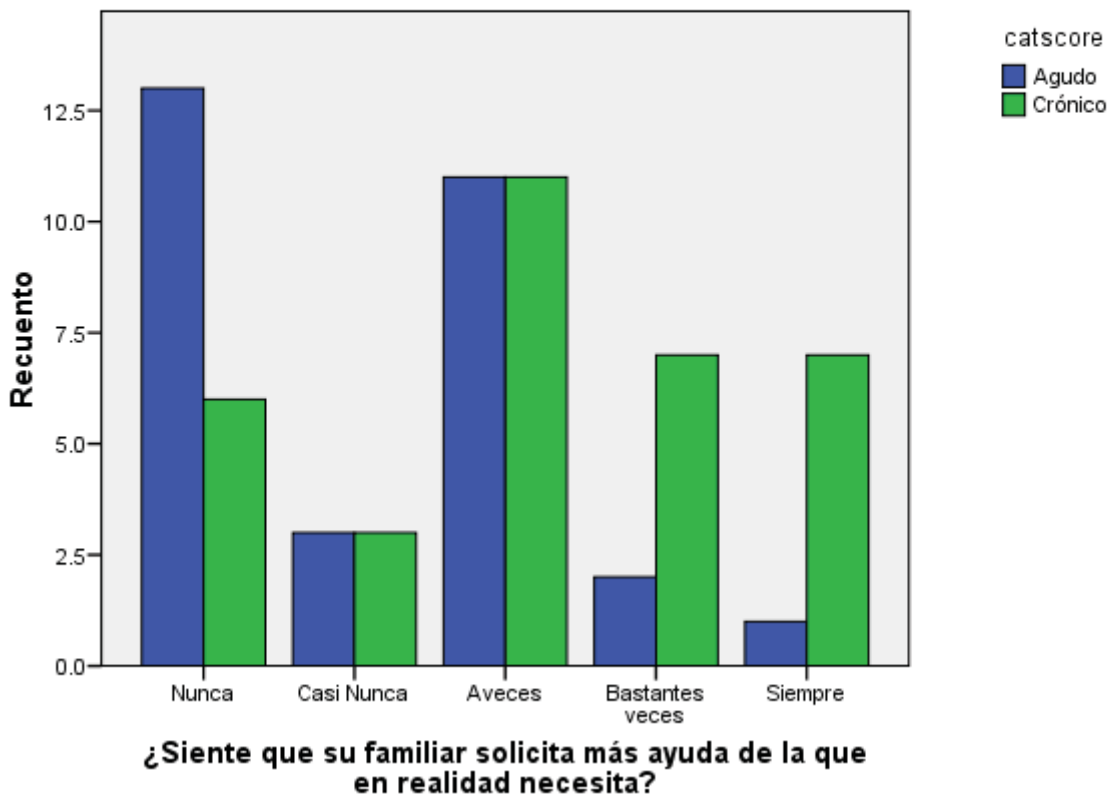


Grafico No 2

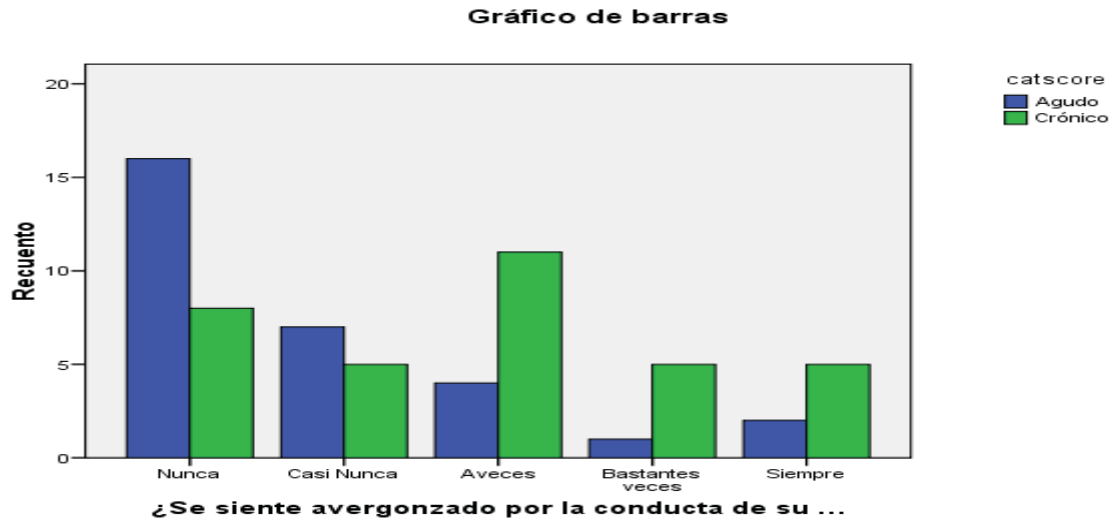


Grafico No 3

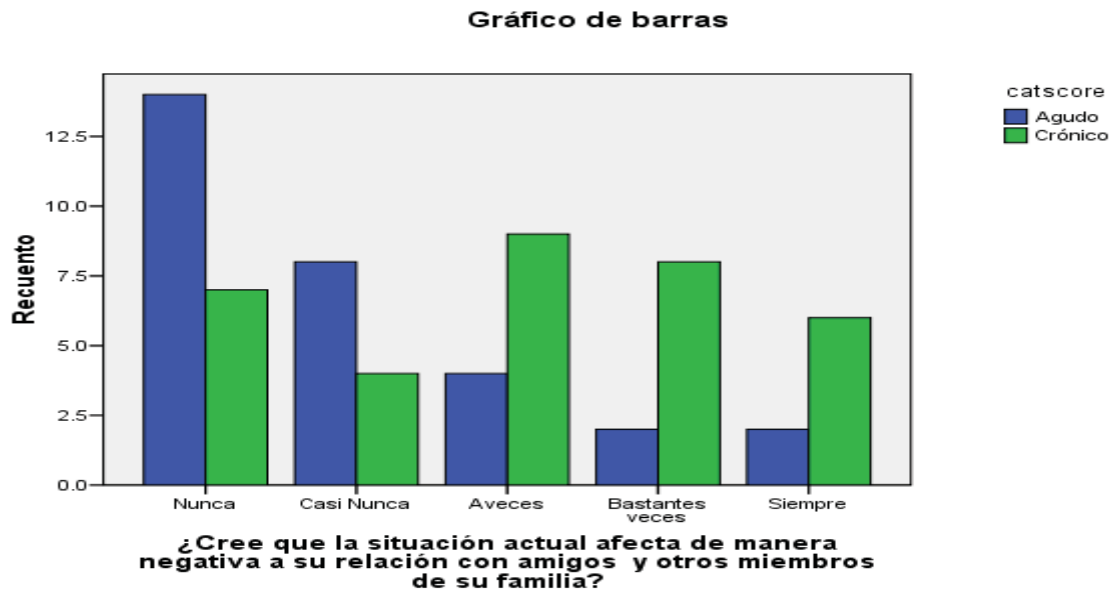


Grafico No 4

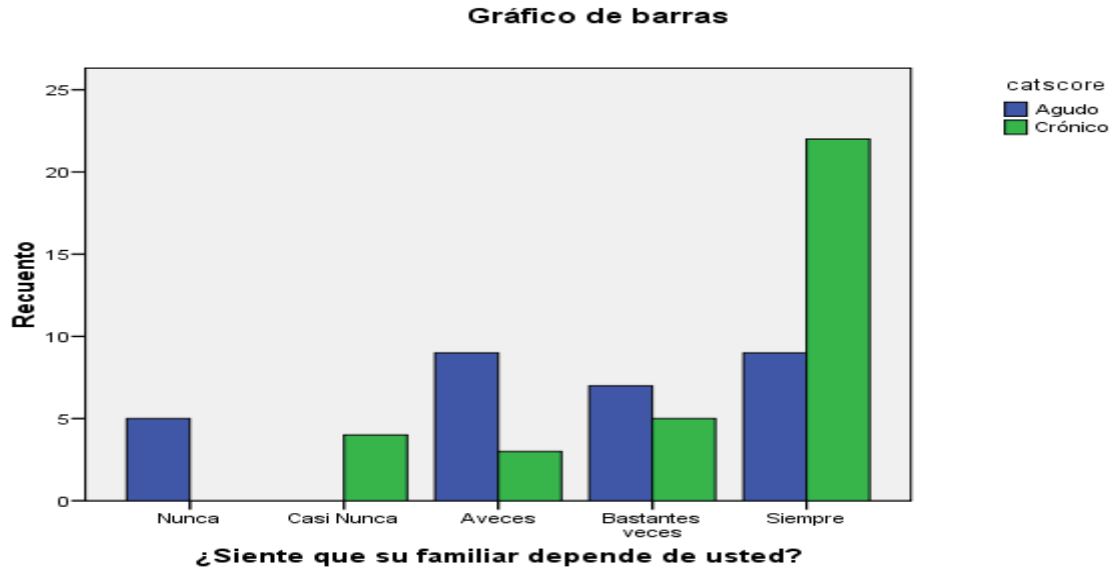


Grafico No5

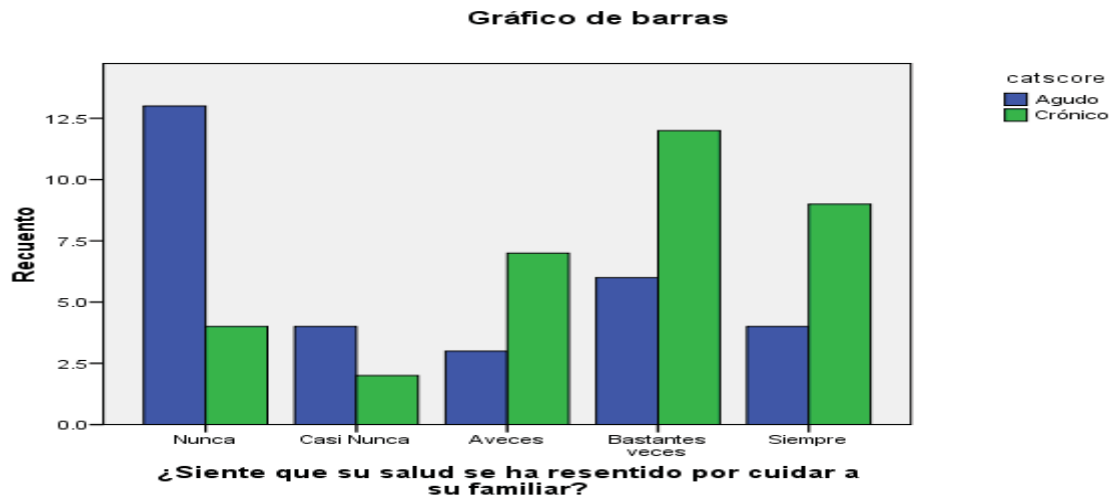


Grafico No 6

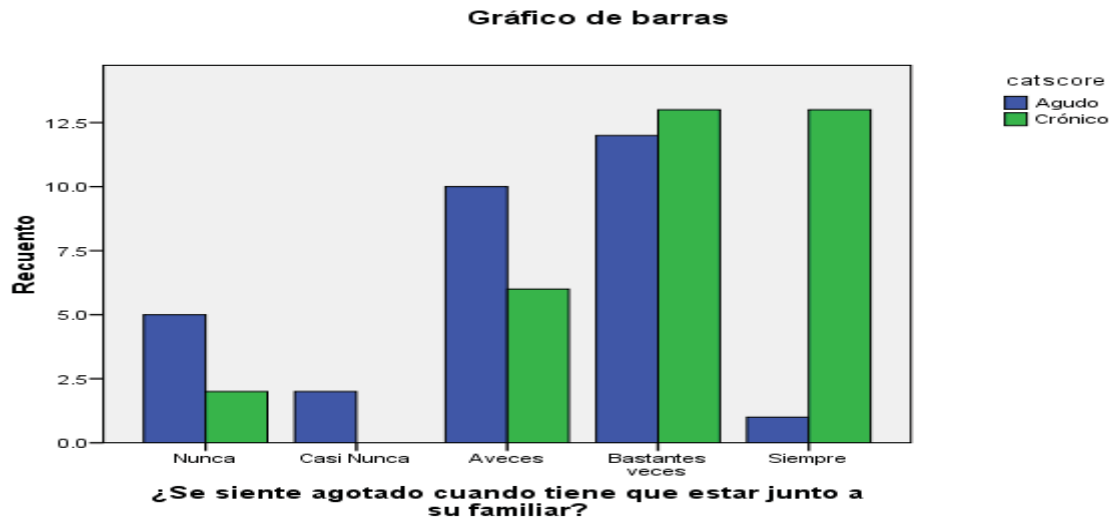


Grafico No 7

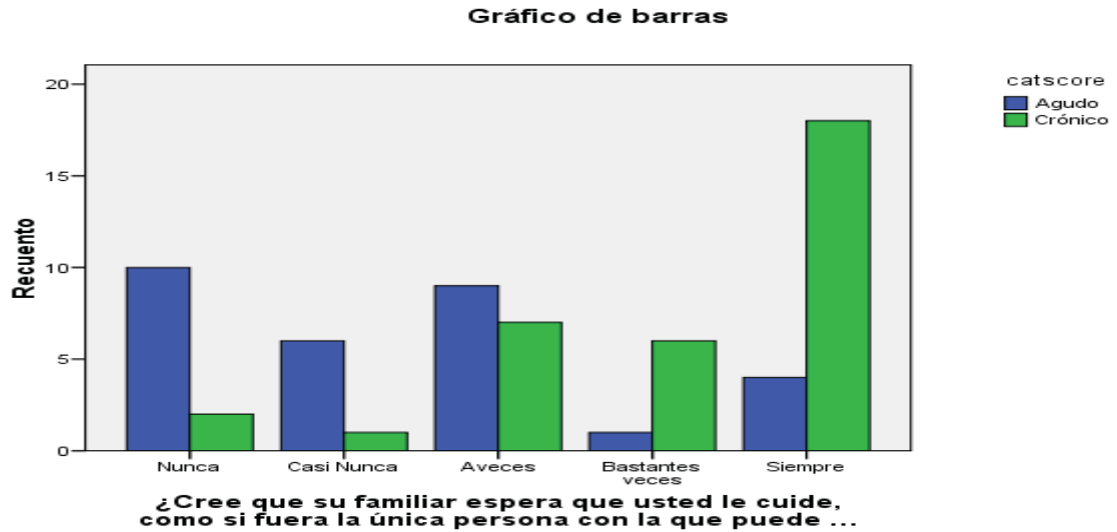


Grafico No 8

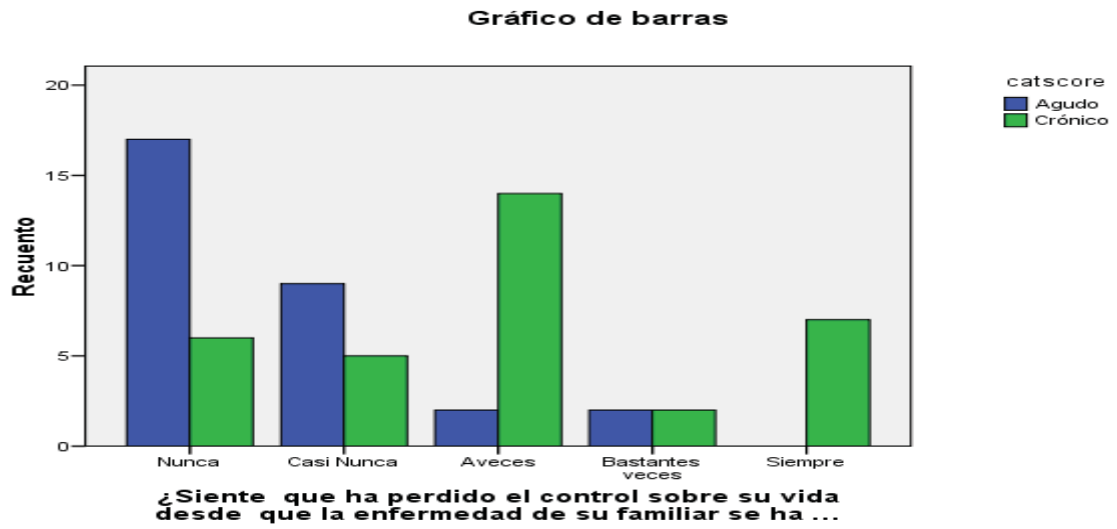
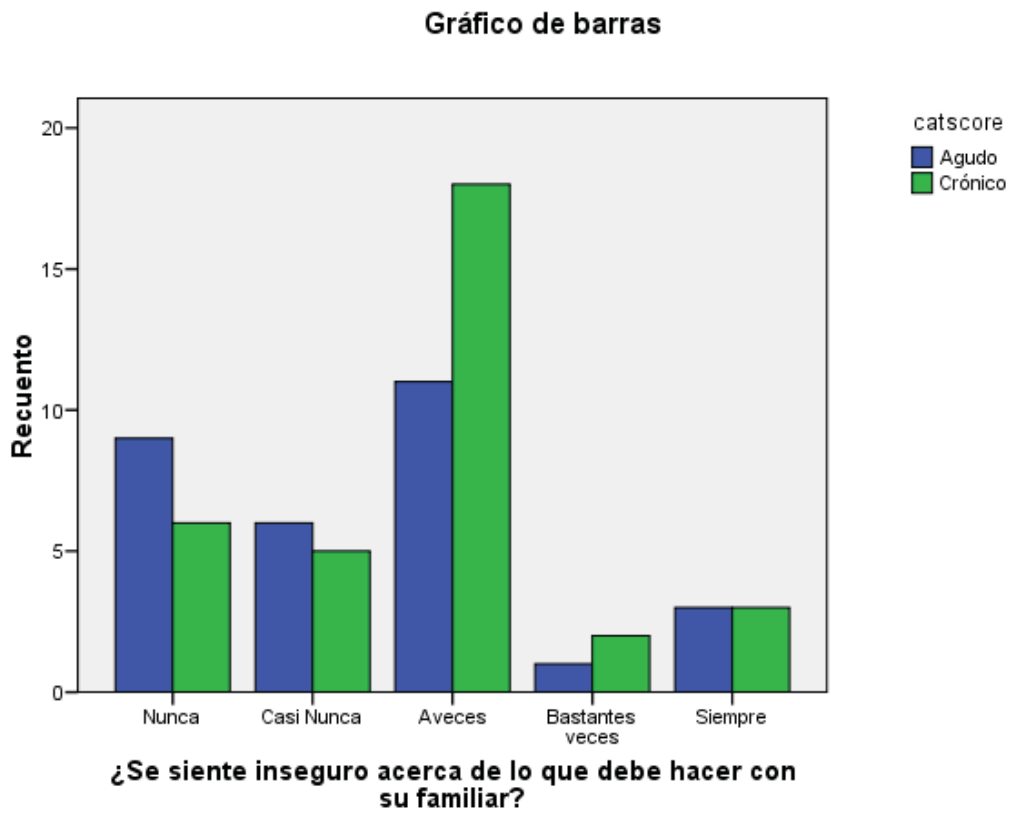


Grafico No 9



VIII.- RESULTADOS

El 32.8 por ciento de los cuidadores son profesionistas mientras que el 26.6 por ciento de los cuidadores se dedican al hogar y el 15.6 por ciento de los cuidadores atienden algún negocio aparte de ser cuidadores

De 17 amas de casa entrevistadas 10 padecen estrés crónico y 7 agudo
Mientras que de 21 profesionistas 13 padecen estrés agudo y 8 crónico
Existe asociación significativa entre la ocupación y el nivel de estrés que el cuidador maneja $p = .376$

El 17.2 % de los cuidadores tienen 11 años como cuidadores mientras que
El 10.9 % de los cuidadores tienen 7 años como cuidadores y solo el 1.6% tiene 18 años al igual que otro 1.6% tiene 9 años como cuidador.

De los cuidadores que tienen 2 y 5 años como cuidador 8 tienen estrés agudo mientras que de 4 con 20 años y 1 con 18 años como cuidadores 3 tienen estrés agudo

El tiempo como cuidador no tiene una asociación significativa en el nivel de estrés ($p = .173$)

El 71.9% de los cuidadores es casado(a) y el 20% es soltero mientras que solo el 6.2% es viudo o divorciado

De 46 cuidadores casados 27 padecen estrés crónico mientras que de 13 cuidadores solteros 9 padecen estrés agudo.

El estado civil del cuidador no tiene una significativa asociación con el nivel de estrés del mismo ($p = .193$)

El 53% de los cuidadores es hijo(a) del enfermo con Alzheimer, el 18% son Esposos y el 17% tiene otro tipo de parentesco como amigo o nieto.

De 34 hijos (as) que son cuidadores 22 tienen estrés crónico mientras que de 11 cuidadores con otro tipo de parentesco 9 presentan estrés agudo
El parentesco tiene una asociación significativa con el nivel de estrés del cuidador ($p=.020$)

De 64 cuidadores el 81% son mujeres mientras que el 18.8% son hombres.
De 12 cuidadores hombres 8 padecen de estrés crónico y de 52 cuidadores mujeres 26 tienen estrés crónico y 26 agudo.

El género no tiene una relación significativa en el nivel de estrés del cuidador.
El 29.7 % de los cuidadores nunca sienten que su familiar solicita más ayuda de la que en realidad necesita mientras que el 34.4 %

De los cuidadores a veces sienten que su familiar pide más ayuda de la que en realidad necesita, un 12.5% siempre siente que su familiar pide más ayuda de la que necesita.

De 19 cuidadores que nunca sienten que su familiar solicita más ayuda de la que en realidad necesita 13 tienen estrés agudo mientras que de 22 cuidadores que a veces sienten que su familiar solicita más ayuda de la que en realidad necesita 11 padecen estrés agudo y 11 padecen estrés crónico, de 8 cuidadores que siempre sienten que su familiar solicita más ayuda de la que en realidad necesita 7 presentan estrés crónico.

El 26 % de los cuidadores sienten bastantes veces que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para él mismo,

El 23.4% de los cuidadores siente a veces que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de

Tiempo suficiente para él mismo mientras que el 15.6% de los cuidadores nunca siente que debido al tiempo que dedica a su familiar él mismo mientras que el 15.6% de los cuidadores nunca siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para él mismo.

De 17 cuidadores que bastantes veces sienten que debido al tiempo que dedican a su familiar no disponen de tiempo suficiente para ellos, 11 padecen de estrés crónico,

De 15 cuidadores que a veces sienten que debido al tiempo que dedican a su familiar no disponen de tiempo suficiente para ellos 10 padecen de estrés agudo, mientras que de 10 cuidadores que nunca sienten esto 6 padecen de estrés agudo.

El 37.5% de los cuidadores siempre se sienten tensos cuando tienen que cuidar a su familiar y además atender otras responsabilidades al igual que el 37.5% siente esto bastantes veces

Solo el 4.7% de los cuidadores nunca se siente tenso.

De 24 cuidadores que se sienten tensos cuando tienen que cuidar a su familiar y además atender otras responsabilidades 15 padecen de estrés crónico

Mientras que de 3 cuidadores que nunca sienten esto 2 padecen de estrés crónico.

No hay asociación entre que el cuidador se sienta tenso cuando debe cuidar a su familiar y atender otras responsabilidades y el nivel de estrés.

El 37.5% Nunca se siente avergonzado por la conducta de su familiar

El 23.4% a veces se siente avergonzado por la conducta de su familiar

Mientras que el 10.9% siempre se siente avergonzado por la conducta de su familiar

De 24 cuidadores que nunca se sienten avergonzados por la conducta de su familiar 16 presentan estrés agudo

De 15 cuidadores que a veces se sienten avergonzados por la conducta de su familiar 11 padecen de estrés crónico

Mientras que de 7 cuidadores que siempre se sienten avergonzados 5 padecen de estrés crónico.

El sentirse avergonzado por la conducta del familiar tiene una significativa asociación con el nivel de estrés ($p=.040$)

EL 32.8% de los encuestados cree que la situación actual nunca afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia

EL 20.3% de los encuestados creé que a veces la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos

Y otros miembros de su familia mientras que el 12.5% siempre cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia.

De 21 cuidadores que piensan que la situación que viven con su familiar nunca afecta su relación con amigos y otros miembros de su familia 14 padecen de estrés Agudo

De 13 cuidadores que dicen que a veces creén que la situación que viven con su familiar afecta de forma negativa su manera de relacionarse 9 padecen estrés crónico

Mientras que de 8 cuidadores que dicen que siempre creen que su situación actual afecta su manera de relacionarse 6 padecen estrés crónico.

El 34.4% de los cuidadores bastantes veces siente temor por el futuro que le espera a su familiar,

El 25% de los cuidadores solo a veces siente temor por el futuro de su familiar Mientras que el 14.1% de los cuidadores nunca siente este temor, y el 7.8% casi nunca siente temor.

De 22 cuidadores que bastantes veces sienten temor por el futuro que le espera a su familiar 12 padecen de estrés crónico

DE 16 cuidadores que a veces sienten este temor 10 padecen de estrés agudo

De 9 cuidadores que Nunca sienten este temor 6 padecen de estrés agudo

El sentir temor por el futuro que le espera a nuestro familiar no tiene una significativa asociación con el nivel de estrés de los cuidadores de

Adultos mayores con Alzheimer

El 39.1% de los cuidadores bastantes veces se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar

El 25% de los cuidadores a veces se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar

El 10.9 % de los cuidadores nunca se sienten agotados cuando tienen que estar junto a su familiar

De 31 cuidadores que siempre sienten que su familiar depende de él 22 padecen de estrés crónico

De 12 cuidadores que bastantes veces sienten que su familiar depende de él 7 padecen de estrés agudo

Mientras que de 4 cuidadores que sienten que su familiar depende de ellos 4 padecen estrés crónico, y de 5 cuidadores que nunca sienten que su familiar depende de ellos 5 padecen de estrés agudo.

El sentir la dependencia del familiar sobre el cuidador tiene una muy significativa asociación sobre el nivel de estrés que el cuidador maneja $p=(.001)$

28.1% de los cuidadores bastantes veces sienten que su salud se ha resentido por cuidar de su familiar

26.6% Nunca sienten que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar

De 18 cuidadores que sienten bastantes veces que su salud se ha resentido por cuidar de su familiar 12 padecen de estrés crónico

Mientras que de 17 cuidadores que nunca sienten que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar 13 padecen estrés agudo

El sentir que la salud se ha resentido por cuidar al familiar tiene una significativa asociación con el nivel de estrés del cuidador

De 25 cuidadores que bastantes veces se sienten agotados cuando tienen que estar junto a su familiar 13 padecen

De estrés crónico

De 14 personas que siempre se sienten agotados cuando tienen que estar junto a su familiar 13 padecen de estrés crónico

El 31.3 % de los cuidadores a veces siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar

El 25% de los cuidadores siempre siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar

Mientras que el 20.3 % de los cuidadores Nunca siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar

De 20 cuidadores que a veces sienten que no tienen la vida privada que desearían debido a su familiar 13 tienen estrés agudo

De 13 cuidadores que un nunca siente que no tienen la vida privada que desearía debido a su familiar 13 padecen estrés agudo

Mientras que de 16 cuidadores que siempre sienten esto 13 padecen estrés crónico

El sentir que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar tiene una total asociación con el nivel de estrés del cuidador

El 34.4% de los cuidadores creen que a veces sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar

El 25% de los cuidadores creen que siempre sus relaciones se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar

El 20.3% de los cuidadores nunca creen que sus relaciones se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar.

De 22 cuidadores que creen que a veces sus relaciones sociales se han visto afectadas por cuidar de su familiar, 14 padecen de estrés agudo

De 16 cuidadores que siempre creen que sus relaciones sociales se han visto afectadas por cuidar de su familiar 12 padecen de estrés crónico

De 22 personas que casi nunca sienten que deberían hacer más de lo que hacen por su familiar 15 tienen estrés agudo

De 19 cuidadores que bastantes veces sienten que deberían hacer más de lo que hacen por su familiar 14 padecen estrés crónico

El que el cuidador sienta que debería hacer más de lo que hace por su familiar tiene una significativa asociación con el nivel de estrés del cuidador ($p=0.38$)

El 37.5% de los cuidadores casi nunca sienten que podrían cuidar de su familiar mejor de lo que lo hacen

El 23.4% de los cuidadores sienten bastantes veces que podrían cuidar de su familiar mejor de lo que lo hacen.

IX.- CONCLUSIONES

La Enfermedad de Alzheimer afecta una de cada 20 personas de 65 años, en el año 2000 se estimaron 18 millones de personas con demencia en el mundo.⁸ La vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad la enfermera debe preocuparse por mantener al anciano en su nivel funcional óptimo, el objetivo a buscar es el bienestar, pese al grado de deterioro físico cognitivo o emocional.⁹

Es tarea, no solo del profesional de Enfermería, enfrentar los retos y asumir las responsabilidades que este tipo de problemas de salud conlleva, sino que se hace necesaria la ayuda multidisciplinaria del equipo de salud, así como una participación activa de las personas que están en contacto constante con el enfermo.

El impulso del amor hacia nuestros padres nos motiva fuertemente a atenderlos y cuidarlos cuando están enfermos. Sin embargo, es también una obligación civil. La mayoría de los civiles de la actualidad describen esta obligación de los hijos hacia sus padres, proveer alimentación cuando los padres carecen de recursos o están enfermos.

El concepto legal de alimentación incluye atención pública y cuidados. Esta obligación puede ser reclamada legalmente, incluso entre hermanos, pero se recomienda asesorarse profesionalmente.

En esta sección se consideran, además cinco recomendaciones relacionadas con la disposición previa de los bienes de las personas con el MA, relacionadas con: El testamento, el dictamen del estado de interdicción la firma de documentos, y la operación de los seguros de vida.

Para cualquier eventualidad de la vida es necesario disponer de los bienes en caso de fallecimiento o enfermedad. Los abogados recomiendan que todas las personas deben hacer su testamento cuando tengamos cuarenta años Sin embargo, por falta cultura legal y la mayoría de las personas no lo hacemos. La primera recomendación es hacer siempre el testamento antes de que se presente alguna enfermedad.

La segunda recomendación para el caso del enfermo con el MA que no ha hecho testamento: es que se elabore. Se puede hacer el testamento todavía durante la cuarta etapa de la enfermedad, pero si alguno de los herederos no se encuentra conforme, puede promover un juicio de nulidad de testamento, aduciendo que dicho testamento carece de validez.

La tercera es realizar un juicio de interdicción para designar un cuidador legal de los bienes del paciente. Este es un juicio civil de diligencias voluntarias, que de no haber oposición se realiza brevemente. Mediante este proceso el juez apoyado con el peritaje de los médicos declara a la persona incapacitada para administrar sus bienes y nombra para este fin a un cuidador legal. El cuidador legal tiene entonces la capacidad de: administrar una chequera, cobrar rentas, pensiones, y con la anuencia del juez de vender propiedades. La realización de este juicio requiere de los servicios profesionales de un licenciado en derecho.

Que no firme nada. La firma de una persona con MA carece de validez legal por estar en interdicción cuando esta no ha sido declarada por un juez. Pero cuando no es así legalmente la firma de la persona con MA puede interpretarse como una manifestación de la voluntad del acto jurídico, y algunas otras personas pueden abusar de esta situación y le pueden hacer firmar: testamentos, cesiones, ventas, pagares; a espaldas de la familia de la persona.

En el caso de los seguros de vida, seguir pagando las primas. Revisar la designación de los beneficiarios, si hubiera alguna consideración consultar a un agente de seguros. Si se contrata un seguro en estado de interdicción este no será válido, y en caso de fallecimiento la aseguradora devolverá solamente parte de las primas (contraseguro). Después de dos años seguidos pagando las primas, los seguros son indisputables para las aseguradoras por lo que están obligadas a pagar la suma asegurada al fallecimiento de la persona asegurada.³³

31.-William Mollo y Paul-Caldwell Editorial Paidós 2002 "Guía Práctica para cuidadores y familiares"



UMSNH
FACULTAD DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

NIVEL DE ESTRÉS EN CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

No. Cuestionario: _____ Fecha: _____

La finalidad de este instrumento es identificar el nivel de estrés que está presente en los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.

La información obtenida en este cuestionario será totalmente confidencial.

I.- Variables sociodemográficas.

- 1.- ¿Cuál es su edad en años?
- 2.- ¿Cuál es su ocupación?
- 3.- ¿Cuál es su tiempo como cuidador?
- 4.- ¿Cuál es su estado civil?
- 5.- ¿Cuál es su parentesco con el enfermo?
- 6.- ¿Cuál es su género?

II.-Escala de Zarit. (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su	

	familiar?	
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se ha manifestado?	
17	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

CADA ITEM SE VALORA ASI:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2

Bastantes veces	3
Casi siempre	4

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participantes en la investigación "Nivel de estrés de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer",

Yo _____ doy mi consentimiento para participara en la investigación antes mencionada que tiene como finalidad conocer le nivel de estrés, sobrecarga con que vive una persona que es cuidador de un adulto con enfermedad de Alzheimer.

He sido informado(a) con claridad de los objetivos de la investigación, así como de la importancia de mi participación en la misma. Estoy convencido que mis datos serán total mente confidenciales pero que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan con una situación similar a la mía, fortaleciendo la profesión de Enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Se, pues a si se me ha informado no existe riesgo sobre mi salud y que mi participación será voluntaria, sin obligación y consiente, sin recibir ninguna remuneración económica.

Enterado (a) que el responsable de dicha investigación es el P.L.E. Nidia Esther Juárez Martinez no teniendo ningún inconveniente

Acepto participar en la presente investigación

P.L.E. Nidia Esther Juárez Martinez

Morelia, Mich. a _____ de _____ 2008

XI.- BIBLIOGRAFIA

- 1.-Gutiérrez, “Envejecimiento demográfico”, 2001
- 2.-Guía de la Clínica del Doctor Mayo “Enfermedad de Alzheimer”, 2002
- 3 R. Alberca, López,- Pousa “Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias”, 2a Edición, Editorial Panamericana 2002 Pág. 31
- 4” MANUAL PARA CUIDADORES DE ENFERMOS CON EL MAL DE ALZHEIMER.”Lic. Miguel Rodríguez L.
- 5.-R.Rodríguez. J. Morales. J. Encinas. Z. Trujillo C:D: Hyver “Gerontología” Mc Grawhill Internacional, 1999-2002 PAGS 34 - 54
6. R. Alberca, S.López,- Pousa “Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias”, 2a Edición, Editorial Panamericana 2002 Pág. 36
8. 6.- PAGINA OFICIAL DEL INEGI <http://www.inegi.com.mx>
- 7.-Dr. Víctor F. Villa Estéres “Geriatría- Valoración medica” ed. 2000 editorial Ediciones Cuellar.
- 9.-William Mollo y Paul-Caldwell Editorial Paidós 2002 “Guía Práctica para cuidadores y familiares”
- 10.- R.Rodríguez J.Morales,J.Encinas, PAG 85
- 11.- Manual de geriatría 3a edición Fco Guillén...
- 12.-Enf. Alz. y otras demencias 2a edición R.Alberca,....
- 13.-Manual del cuidador de...
- 14.-Carlos Cruz Marín y Luz Vargas Fernández “Estrés” Ediciones Universales de Chile, Editorial Alfa omega. 2001
- 15.- Guía de la Clínica Mayo sobre “La Enfermedad de Alzheimer” Ronald Petersen, M.D., Ph.D., Rochester, Minesota, mayo 2002, editorial Intersistemas S.A. de C.V. , Primera Edición.
- 16.- Geriatría R- Rodríguez. J. Morales. J. Encinas. Z.Trujillo. C.D’hyver. 2003
- 17.- Casas Torres, Graciela "el trabajo social en las políticas sociales para la atención integral del anciano". Trabajo social. (México), Vol.: 2, no: 6-7, mes: jul-dic, año: 94, Págs.: 62-70.
- 18.-Alzheimer Association Jhon d Rapoza 1996
- 19.- Manual de cuidadores de la Asociación Michoacana de Alzheimer
- 20.proceso de envejecimiento ”Gerontología” R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo C.Dhiver 2002 Mc Grwhill i20.proceso de envejecimiento ”Gerontología” R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo C.Dhiver 2002 Mc Grwhill internacional nternacional
- 22.- Campos Navarro R. ; Torres D., Arganis-Juárez EN. Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. Cad. Saúde Pública, sep./oct. 2002, vol.18, no.5, p.1271-1279. ISSN 0102-311X..

- 23.- Enfermería Gerontológico Practica
- 24.- Revista cubana de medicina general integral ISSSN 0864-2125 V.20 N.4
HABANA CUBA JUL-AGO 2004
- 25.- Revista cubana de medicina general integral ISSSN 0864-2125 V.20 N.4
HABANA CUBA JUL-AGO 2004
- 26- CONAPO 43/40 México D.F. 27 agosto del 2004
- 27.-Manuel de cuidadores de adultos mayores de Alzheimer.
- 28.-"Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias" R. Alberca, S.López – Pousa, 2a edición Editorial Panamericana 2002.
- 29.-William Mohillo, Paul Caldwell, "La Enfermedad de Alzheimer" Una guía Práctica para cuidadores y familiares, editorial Paidós, Edición 2002.
- 30.- "Guía Práctica para cuidadores y familiares de adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer" ed 2002, Clínica del Dr. Mayo
- 31.-William Mollo y Paul-Caldwell Editorial Paidós 2002 "Guía Práctica para cuidadores y familiares"