

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia.
Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Tesis para obtener el Título profesional de Licenciada en
Enfermería

Autor:

García Correa Fanny

Asesor:

Mg. Medrano Velásquez Oscar Fabio

Piura – Perú

2019

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicado a mis padres, gracias por sus enseñanzas y al logro del objetivo; terminar mi informe final de tesis, así mismo a mis educadores, en constituirme en ejemplo de superación constante a nivel personal y profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sobre todas las cosas; guía espiritual de fortaleza en nuestra vida cotidiana y haber sido mi hacedor del camino hasta ahora.

1. PALABRAS CLAVES:

Alzheimer , Impacto

Tema: “Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019”.

Especialidad: Enfermería.

Alzheimer´s, Impact

Topic: “Impact of Alzheimer's disease on the family. Geriatrics Clinic Hospital Cayetano Heredia Piura 2019”.

Speciality: Nursing

Área : Ciencias Médicas y de Salud

Sub Área : Ciencias de la Salud

Sub Línea : Necesidades particulares de grupos vulnerables. (A nivel de comunidad, consulta externa y hospitalización) según nivel de atención.

Línea de Investigación : Desarrollo del cuidado Enfermero

RESUMEN

La presente investigación titulada como “Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019”, con el objeto de determinar el impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

El tipo de este estudio cuantitativo, descriptiva. La muestra de estudio fue 70 personas. Se utiliza el programa estadístico SPSS v. 23, en donde se tabularon los datos en frecuencias y porcentajes.

Como resultado se arrojó que el grupo de edad predominante fue de 50 años a más con un 64.3% (45), con parentesco de madre con un 37.1% (26), de estado civil soltero con un 52.9% (37), de género masculino con un 61.4% (43), con grado de instrucción secundaria con un 52.9% (37). Con respecto a los objetivos específicos tenemos que el impacto en la dimensión de sobrecarga del cuidador fuerte con un 60.0% (42), en la dimensión interpersonal fuerte con un 64.3% (45) y en la dimensión expectativa de autoeficacia leve con un 51.4% (36), en general el impacto fue fuerte con un 46.2% (32).

Como conclusión general, el impacto de la enfermedad de Alzheimer fue fuerte en la familia, Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Palabras clave: Alzheimer, Impacto.

ABSTRACT

This research entitled "Impact of Alzheimer's disease in the family. Office Geriatrics Hospital Cayetano Heredia Piura 2019", in order to determine the Impact of Alzheimer's disease in the family. Geriatrics Office Cayetano Heredia Piura Hospital 2019.

The type of this quantitative, descriptive study. The study sample was 70 people. The statistical program SPSS v. 23, where the data in frequencies and percentages were tabulated.

As a result, it was found that the predominant age group was 50 years or more with 64.3% (45), with a mother's relationship with 37.1% (26), single marital status with 52.9% (37), gender male with 61.4% (43), with secondary education with 52.9% (37). Regarding the specific objectives, we have the impact on the overload dimension of the strong caregiver with 60.0% (42), on the strong interpersonal dimension with 64.3% (45) and on the expectation dimension of mild self-efficacy with 51.4% (36), in general the impact was strong with 46.2% (32).

As a general conclusion, the Impact of Alzheimer's disease was strong in the family, Cayetano Heredia Piura Hospital 2019.

Keywords: Alzheimer's, Impact

Indice General

Contenido

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
1.PALABRAS CLAVES:	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
Indice General	7
INDICE TABLAS	10
INDICE GRÁFICOS	11
INTRODUCCIÓN	12
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Descripción de la realidad Problemática.....	13
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos.....	14
Objetivos Específicos	14
1.4. Justificación.....	14
1.4.1. Social	14
1.4.2. Teórica.....	14
1.5. Hipótesis.....	15
Hipótesis Específicos.....	15
1.6. Variables.....	15
Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia	15
1.7. Operacionalización de las Variables	16
II. MARCO TEORICO	18
2.1. Antecedentes (nacionales e internacionales)	18
Antecedentes Internacionales.....	18
2.2. Marco	20
2.2.1. Marco Teórico.....	20
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	20
Fase leve o inicial	21
Fase moderada	22
Factores de riesgo.....	23
Diagnóstico.....	24
Examen físico, exámenes para el diagnóstico	24

Evaluación del estado de mínimo y el estado mental	24
Tratamiento	25
Tratamiento farmacológico de los trastornos cognitivos	25
Tratamiento farmacológico de los trastornos no cognitivos.....	26
IMPACTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA FAMILIA.....	27
El ciclo vital familiar.....	30
Respecto a la alteración emocional	31
COMO ACTUAR ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	32
SOBRECARGA DEL CUIDADOR	34
Tipos de sobrecarga.....	34
Sobrecarga objetiva	34
Sobrecarga subjetiva.....	34
Consecuencias de la sobrecarga	35
CaregiverStrainIndex (CSI).....	37
Burden Interview (BI).....	37
2.2.2. Marco Conceptual	38
Dimensión Sobrecarga del cuidador	38
Indicadores.....	38
2.3. Definición de términos básicos	39
Impacto. -	39
Enfermedad Alzheimer. -	39
Geriatría. -	39
III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	40
3.2. Población y Muestra.....	40
Muestra	40
3.3. Técnicas, instrumentos de recolección de datos	42
3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	43
IV. RESULTADOS.....	44
4.1. Descripción de resultados.....	44
4.2. Contrastación de hipótesis	48
Contrastación de Hipótesis Específicos.....	48
Contrastación de Hipótesis General	51
V. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

ANEXOS	60
FICHA DE ENTREVISTA.....	60
.....	63

INDICE TABLAS

Tabla 1: Datos Generales de los familiares de pacientes con la enfermedad con Alzheimer del Consultorio de Geriatría en el Hospital José Cayetano Heredia, 2019.	36
Tabla 2: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador en la familia en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.	39
Tabla 3: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal en la familia en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.	41
Tabla 4: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión Expectativa de autoeficacia en la familia en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.	42
Tabla 5: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.	43

INDICE GRÁFICOS

Gráfico 1: Grupo de edad de los familiares de pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriatria del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.	37
Gráfico 2: Parentesco de los familiares con los pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriatria del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.	37
Gráfico 3: Estado Civil de los familiares de pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriatria del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.	38
Gráfico 4: Género de los familiares de pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriatria del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.	38
Gráfico 5: Grado de Instrucción de los familiares de pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriatria del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.	39
Gráfico 6: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.	40
Gráfico 7: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.	41
Gráfico 8: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión Expectativa de autoeficacia en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.	42
Gráfico 9: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.	43

INTRODUCCIÓN

Por aquel entonces la población universal ha aumentado, trayendo consigo que los individuos constantemente proponga diversas necesidades teniendo en cuenta a su respectivo grupo etario. Por otro en las etapas finales del desarrollo humano se presentan un sinnúmero de cambios que producen una pauta en la adaptabilidad del funcionamiento del organismo.

Asimismo los cambios sociales y financieros realizados actualmente han generado consecuencias fundamentales dentro de la salud de los habitantes, convirtiéndose primordialmente en el rasgo epidemiológico y las circunstancias de salud y padecimiento. Además en el resultado, los habitantes poseen una mayor perspectiva de existencia pero de igual manera el incremento de las afecciones crónicas, produciendo la aparición de un colectivo que manifiesta importantes niveles de estudio, de modo de que a su vez ha procedido de un característico efecto en su característica de existencia. (Torres, 2006).

Según el estudio de acuerdo de la categoría universal, la media de existencia comprendida por las personas tanto de género masculino y femenino ha percibido recientes influencias estadísticas obteniendo un efecto de una tasa de fertilidad abreviada por lo que disminuyó alrededor de 6,0% hasta 2,5%, y un aumento de la expectativa de existencia al venir al mundo en un 11%; además se confirma que la razón mundial de individuos ascendientes de 60 años, que era 8% en 1950, incremento incluso 11% en 2009 y de acuerdo a las estimaciones, llegara a 22% para el 2050. A nivel internacional, los habitantes mayores están incrementando a razón del 2,6% por año, valor apreciado por ser el más arduo que la de incremento de los habitantes dentro del grupo (OMS, 2011).

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad Problemática

En estos tiempos la población mundial asume sus etapas de desarrollo humano de una manera más veloz, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2014, los residentes ascendientes de 60 años se multiplicarán entre los periodos del 2000 al 2050, transitando el 11 % al 22%. En América Latina, en el año 2000 se alcanzó un 8.2% veteranos mayores de 60 años y para el año 2040 se aumentará a 21.4% (CEPAL, 2011).

El Perú no es indiferente a esta modificación estadística ya que los veteranos simbolizan el 9,6% de la totalidad de la población; en otras palabras uno de cada diez habitantes constituye esta fracción poblacional (INEI, 2013).

Esta parte de pobladores corre un riesgo prominente de contraer enfermedades crónicas degenerativas de larga duración y progresión habitualmente pausada como es el Alzheimer, que produce una declinación avanzada de neurocitos devastando de manera escalonada la memoria, su capacidad de aprender, razonar y comunicarse de la persona afecta dentro de sus actividades cotidianas. Según la OMS en el 2012, aproximadamente treinta y cinco punto seis millones de habitantes a nivel mundial sufren de demencia, veinticuatro punto nueve millones de individuos contraen la enfermedad de Alzheimer (EA) y para el año 2050, se incrementara la cifra de casos a ciento quince mil punto cuatro millones de individuos.

En América Latina, se cuenta con escasas investigaciones epidemiológicas sobre esta afección, según el Reporte Mundial de Alzheimer 2010, al Sur de este continente en los países de Chile, Argentina y Uruguay, Muestra un elevado número de casos de Alzheimer dentro del continente americano. King's College de Londres y el Instituto Karolinska de Suecia elaboro para la organización Alzheimer's Disease International un informe que indica como resultado que dicho padecimiento perjudica a un 7% de los habitantes superiores de los 60 años en estos tres territorios. (Alzheimer's Disease International, 2010).

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) del Ministerio de Salud (MINSA) refiere que en Perú al menos doscientos cincuenta mil personas padecen con el padecimiento de Alzheimer (Diario la República, 2013).

Según los reportes de la Oficina de Estadística e Informática de la Gerencia Regional de Salud, manifiestan que Piura en el año 2018 se registró ciento noventa y ocho casos y en el transcurso del año 2019 el número de casos nuevos ascendió a ochenta y seis. (DIRESA PIURA, 2019)

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriátrica Hospital Cayetano Heredia Piura 2019?

1.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar el impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriátrica Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Objetivos Específicos

Identificar el impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador en la familia en el Consultorio Geriátrica Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Establecer el impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal en la familia en el Consultorio Geriátrica Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Determinar el impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión Expectativa de autoeficacia en la familia en el Consultorio Geriátrica Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

1.4. Justificación

1.4.1. Social

El informe tendrá un aporte social donde la familia asume un papel importante en el proceso de atención en este tipo de población, ya que se considera que cumple un rol significativo del procedimiento de cura y atención del individuo que padece este tipo de desgaste de funciones cognitivas.

1.4.2. Teórica

La investigación aportará con datos sobre los problemas que aqueja la familia dentro de la calidad de vida de los afectados que padecen la enfermedad Alzheimer teniendo en cuenta que favorecerá como material de estudio a estudiantes de enfermería, para que puedan realizar posteriores investigaciones a partir de este trabajo.

1.4.3. Metodológica

El resultado del estudio proporcionará resultados válidos a la Escuela Profesional de Enfermería que servirán de base para la generación de estrategias de prevención y programas integrales de atención, que no solo se limite al aspecto de atención, sino que busque la convivencia menos estresante del paciente, viéndolo no solo como individuo aislado, sino dentro de un contexto o entorno.

1.5. Hipótesis

Hipótesis General

Existe impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriátrico Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Hipótesis Específicas

Existe impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador en la familia en el Consultorio Geriátrico Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Existe impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal en la familia en el Consultorio Geriátrico Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Existe impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión Expectativa de autoeficacia en la familia en el Consultorio Geriátrico Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

1.6. Variables

Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia

El cuidado de un familiar que presenta la enfermedad de Alzheimer es una “responsabilidad ajena” que manifiesta la ejecución de una lista de cuidados basados en las necesidades de cada individuo afectado. Es la impresión de realizar un compromiso pesado y sofocante causada por las actividades particulares núcleo familiar obteniendo como consecuencia el estrés propio del entorno social que rodea las relaciones interpersonales entre el cuidador familiar, el convaleciente en sí y sus familiares, igualmente del desosiego por la salubridad, garantía y porvenir de su allegado (Beperet, 2004).

1.7. Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia.	El cuidado de un familiar que presenta la enfermedad de Alzheimer es una "responsabilidad ajena" que manifiesta la ejecución de una lista de cuidados basados en las necesidades de cada individuo afectado. Es la impresión de realizar un compromiso pesado y sofocante causada por las actividades particulares del núcleo familiar obteniendo como consecuencia el estrés propia del entorno social que rodea las relaciones interpersonales entre el cuidador familiar, el convalciente en si y sus familiares, igualmente del desosiego por la salubridad, garantía y porvenir de su allegado (Beperet, 2004	Se define Operacionalmente en el cuidado del familiar con respecto al paciente con Alzheimer lo cual es una afección degenerativa cerebral primitiva, de origen incognito que manifiesta peculiaridades neuropatológicos y neuroquímicos, para lo cual se midió con las escalas de acuerdo al cuestionario establecido para esta investigación.	Sobrecarga del cuidador	<p>1</p> No hay sobrecarga Hay Sobrecarga leve Hay Sobrecarga Intensa	Ordinal
			Interpersonal	No hay carga interpersonal Leve carga interpersonal Intensa carga interpersonal No hay expectativa de autoeficacia leve, Expectativa de autoeficacia intensa, expectativa de autoeficacia	

II.

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes (nacionales e internacionales)

Antecedentes Internacionales

Borghi (2013). Realizo la investigación con la finalidad de equiparar la sobrecarga del cuidador familiar principal con la del secundario del anciano que sufre la enfermedad de Alzheimer y reconocer cual dimensión produce un mayor impacto, siendo una investigación comparativa desarrollada en veinte cuidadores primarios de veteranos con dicha enfermedad y veinte secundarios, se emplea el uso de la Escala de Evaluación de la Sobrecarga de Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-B R), teniendo como conclusión un mayor grupo de cuidadores principales; la sobrecarga subjetiva no difirió entre los grupos para la sobrecarga objetiva la preocupación con el anciano fue la dimensión que más influyó.

Manso (2017). Este estudio tuvo como objetivo principal establecer las particularidades de cuidadores y cuidadoras de dos zonas rurales, confirmar si su salud es inferior que las personas no cuidadoras y qué variables pronostican la carga. Su estudio es descriptivo, transversal, de casos y control, realizado en ochenta y ocho personas cuidadoras y ochenta y uno no cuidadoras. Las variables examinadas son las sociodemográficas, la salud física y mental (GHQ 12, HAD-T, HAD-D, HADA), la ayuda social (DUKE- UNC), la escala de carga (Zarit) y el Índice de Barthel. Asimismo se obtienen como resultados las consecuencias de las actividades de atender sobre la salud de los cuidadores y cuidadoras

Grupo (2012). Este estudio tiene como propósito determinar y examinar los conflictos bio-psico-sociales que se originan en los cuidadores informales de dolientes de Alzheimer, es una investigación de tipo mixto, consta de una parte descriptiva y otra cuantitativa que se integran; se empleó la escala de sobrecarga de Zarit, escala del sentido del cuidado y una entrevista semi-estructurada. Logrando como resultado que la apreciación del sentir está recíprocamente relacionada con la percepción de la carga.

Arantzazu (2011). Este estudio tiene como finalidad calcular la pérdida de CVRS como la sobrecarga de los cuidadores de dolientes con OCA. Es una investigación rememorativa con setenta y seis cuidadores de enfermos con DCA, la encuesta recolecto información acerca de las particularidades sociodemográficas, la carga de los cuidados (escala de Zarit) y la CVRS (cuestionario EuroQol) de los cuidadores, consiguiendo como resultados que los cuidadores fueron una mayor tasa de mujeres de más de cincuenta años y un tercio presento un peligro alto de claudicación; los cuidadores sufren una significativa pérdida de CVRS con relación a la población general.

Antecedentes Nacionales

Flores (2014). Este estudio se realizó con el visor de instaurar la relación que existe entre el afrontamiento y la vivencia subjetiva de sobrecarga en cuidadores de convalecientes con demencia, la investigación de corte transversal tipo descriptivo correlacional, en ochenta y tres cuidadores que corresponden a dicho programa. Se utilizo la escala de estimación de afrontamiento de COPE y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, alcanzando como resultado que existe correlación positiva entre el afrontamiento y la sobrecarga.

Cuba (2013). Realizo la investigación con la intención de especificar la relación que se encuentra entre la calidad de vida y el desgaste cognitivo en los veteranos, es de tipo no experimental, transversal y de campo posee una población constituida por doscientos ochenta unidades de investigación, se utilizar el instrumento de calidad de vida de Olson y Barnes, su resultado fue que los veteranos se localizan en estado mental de “deterioro” y posee una adecuada calidad de vida. En conclusión hay correlación directa.

Chino (2011). Este estudio tiene la meta de analizar la efectividad de un programa cognitivo conductual en el cambio de los pensamientos insuficientes sobre cuidado, es de carácter casi empírico que fue desarrollada en veintinueve cuidadores familiares, entre hombres y mujeres, correspondientes a la asociación de Alzheimer y otras demencias filial Arequipa, se empleó el instrumento de la escala de Zarit, el cuestionario de pensamientos disfuncionales y el inventario de depresión de Beck, se consiguió como resultado la verificación de la existencia de pensamientos disfuncionales que suponen una dificultad para el afrontamiento del cuidado.

Céspedes (2011). Realizó la Investigación con el fin de analizar el nivel de sobrecarga que se desempeña sobre el cuidador informal en el cuidado del veterano dependiente, es una investigación transversal, descriptivo y cuantitativo; se utilizó la escala de entrevista de sobrecarga de Zarit y Zarit, escala de incapacidad física de la cruz roja y un cuestionario de información general sobre el cuidador informal y veterano dependiente. Teniendo que el nivel de sobrecarga hallado en la población estudiada es bajo.

Escobedo (2009). Desarrollo la investigación con la finalidad de acordar la relación entre el grado de sobrecarga del cuidador principal y el nivel de dependencia del sujeto con Alzheimer, es una investigación descriptiva, transversal y de diseño correlacional, desarrollado en cincuenta y dos cuidadores principales de individuos con Alzheimer, empleando la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y el índice de Barthel, logrando como conclusión una sobrecarga intensa en el cuidador y un nivel de dependencia severo en el sujeto con Alzheimer. Se finaliza que si existe relación entre el grado de sobrecarga del cuidador principal y el nivel de dependencia del individuo con Alzheimer.

2.2. Marco

2.2.1. Marco Teórico

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Historia

En el medioevo los adultos mayores y las personas que padecían algún tipo de trastorno mental eran calificados con demencia, en los años cincuenta y sesenta se pensaba que en gran parte las individuos después de los 65 años que padecían un síndrome demencial experimentaban una insuficiencia cerebrovascular, teniendo en cuenta al Alzheimer como un tipo raro de demencia presenil, pero no fue hasta 1901 que el psiquiatra de origen alemán Alois Alzheimer reconoció el primer caso de una paciente de 50 años, a quien llamó “Augusta”, realizándole un acompañamiento completo hasta el día de su deceso en el año 1906, las conclusiones obtenidas por el Dr. Alzheimer fueron presentadas en la conferencia de psiquiatras alemanes el 4 de noviembre del mismo año, fue declarado en una revista al año siguiente (Gonzales 2013).

Definición

El investigador Alois Alzheimer (citado en Gonzales 2013), en el año 1906 define al Alzheimer como una "particular dolencia en la corteza cerebral ". La OMS en 1992, puntualizo el Alzheimer como una "dolencia degenerativa cerebral primitiva, de origen desconocido presentando peculiaridades neuropatológicos y neuroquímicos". Por aquel entonces los científicos y los clínicos intentaron precisar una nueva determinación del padecimiento de Alzheimer que abarque los campos pre-clínicos, es decir antes de la visión de indicios que dan pase a obtener un diagnóstico clínico de la enfermedad, la definición que se tu s'n como resultado hacia la enfermedad Alzheimer fue "continuum" Alzheimer (Alzheimer Association, 2014).

Dicha enfermedad se emprende de una manera intrigante y progresista teniendo como consecuencia la dificultad de encontrar su inició. Entre estos signos tenemos la amnesia, dificultad para encontrar palabras y formular juicios, aturdimiento general, además de manifestar inestabilidad emocional, comportamiento y personalidad. Cada persona experimenta el Alzheimer de una manera diferente, aun así, algunos síntomas son característicos de dicha enfermedad y evolucionan por etapas o fases. (Instituto Nacional sobre el envejecimiento, 2010).

Etapas o fases

La afección de Alzheimer posee tres etapas o fases, entre estas tenemos: leve, moderada y severa, el diagnóstico del paciente dependerá de la localización correcta de la etapa o fase de la que se encuentre teniendo en cuenta los síntomas que se presentará dentro del cuadro de progreso del malestar.

Fase leve o inicial

Esta fase se determina por que el paciente presenta como síntoma pequeños cuadros de olvidos de acontecimientos recientes dentro de su vida cotidiana como nombres de familiares, noción de tiempo, objetos, citas, pagar facturas cuando siempre lo había hecho además manifiesta dificultades para seguir un tema de conversación ya que sus frases son más cortas de lo habitual, no encuentra las palabras precisas, mezcla ideas. Asimismo sufre cambios bruscos de humor luego de perder el control ante una circunstancia que antes podía

realizar sin ningún problema. Por otra parte no revela pérdidas limitantes dentro de las funciones motoras

Fase moderada

Esta fase toma un papel complicado ya que los cambios de humor que el paciente tramita son más bruscos trayendo consigo frustraciones, pérdida de control sobre asuntos que anteriormente controlaba sin dificultad, deterioro progresivo de la memoria, además de limitación para comprender eventos recientes como un cambio de vivienda. Asimismo se vuelve habitual que manifieste olvidos por ejemplo no recordar el haber ingerido alimentos, sin embargo, algunos acontecimientos pasados los recordara perfectamente, igualmente se tornara normal el hecho que interroge por individuos que hayan fallecido o que antaño no ve, su agotamiento aumentara, realizara limitadas actividades o ninguna por decisión personal, mientras que en el día deambulara y en la noche dormirá menos, solicitará volver a casa aunque ya esté en ella por su condición de deterioro dentro de las orientaciones de espacio, tiempo y persona.

Por otro lado, la coordinación disminuye y se cae con facilidad, pierde la destreza motora, manifiesta dificultad para efectuar movimientos en actividades cotidianas como abrocharse los botones, llevarse los alimentos a la boca, ir de compras, preparar la comida, lavarse los dientes, peinar se. Además, su dificultad para comunicarse aumenta ya que repite las mismas palabras o frases, al momento de responder interrogantes lo realiza de una manera lenta ya que busca las palabras, no termina las oraciones, su léxico disminuye, en otros términos, ya no se puede ubicar correctamente dentro en el tiempo y lugar en el que se encuentra. También lleva a cabo modificaciones en la conducta como vagabundeo, reiteración de interrogantes y violento, olvida su independencia ya que por su protección y la de sus familiares no se le debe dejar solo.

Fase severa

Es la fase en la que el convaleciente se retorna completamente dependiente, su deterioro de la memoria es avanzada teniendo como consecuencia el olvido de sucesos frescos y lejanos, no recuerda los objetos habituales y desconoce su funcionamiento, no reconoce a parientes o aliados afines, mantiene su memoria afectiva ya que se percata quien lo atiende y le brinda su cariño, ante una situación no responde de un modo

consecuente, ni entiende las justificaciones que se les brinda, su carácter es fortuito, no puede controlar sus muecas, no sabe cómo responder ante alguna indicación verbal como pararse o sentarse, su dialogo es escaso ya que repite palabras sin dirección y en algunas veces en un ambiente adecuado, además presenta incontinencia urinario o fecal, no logra ubicar el domicilio o residencia donde habita, presenta problemas motores y por ultimo sus actividades que ejecutaba en su vida cotidiana se aumentaron totalmente (OMS£01 2).

Factores de riesgo

Los investigadores comprenden que la EA conlleva el deterioro de las células cerebrales, hasta ahora no se comprende la causa exactamente, en cambio, han determinado algunas circunstancias de exposición que incrementa la posibilidad de que un individuo germine el Alzheimer. fin factor de gran importancia en esta enfermedad es la edad teniendo en cuenta que cuanto más uno envejece su probabilidad es aún más alta de obtenerlo, por su parte uno de cada ocho individuos superiores de 65 años y casi el medio de la población de 85 años de edad poseen la EA.

Asimismo, las causas hereditarias podrían predominan en ciertas situaciones inusuales, teniendo en cuenta que los genes corren una gran importancia en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Algunas conclusiones de investigaciones científicos señalan que en individuos que poseen un padre o hermano con Alzheimer tiene mayor peligro de adquirir la dolencia que los individuos que carecen de tener un familiar de primer grado que padece de dicha enfermedad, el peligro asciende si más de un individuo o dentro de la familia sobrelleva esta dolencia.

En varias investigaciones insinúan que el porcentaje de Alzheimer es mucho más alto en ciertos conjuntos raciales o característicos como los afroamericanos, los investigadores están en busca de probables justificaciones. Los individuos con los siguientes antecedentes clínicos tienen un elevado riesgo de proveer Alzheimer entre ellos tenemos: Los sujetos con síndrome de Down, alteraciones intelectuales y de desarrollo, conmociones cerebrales repetidas (caídas, lesiones deportivas, accidentes automovilísticos y lesiones cerebrales traumáticas) (Alzheimers Universal, 2014).

Diagnóstico

Frecuentemente las personas con deterioro de memoria severo u otro indicio de Alzheimer no perciben inmediatamente el problema, o puede que ellos no quieren darle la importancia que verdaderamente corresponde a sus síntomas, los familiares y amigos se percataran de estos signos de alarmas más pronto que los mismos que la padecen, esta enfermedad se logra diagnosticar con un 85% a 90% de precisión utilizando un análisis físico integro que comprende una inspección neurológica, anamnesis pre, durante y post la enfermedad, además de una exploración del estado mental del paciente, siendo el examen Mini — Mental o Mini — examen cognitivo más emplear.

Examen físico, exámenes para el diagnóstico

Se efectuará ciertos métodos de evaluación de la salubridad completa del sujeto afectado tal como su dieta, medición de la presión arterial o escuchar su corazón, además de realizar exámenes de sangre y de orina, también se pedirá ejecutar otros análisis de laboratorio que ayudaran a efectuar un diagnóstico correcto teniendo como principal objetivo evaluar cuidadosamente al paciente para precisar si se encuentra indicaciones de otro tipo de preocupación en el cerebro que no sea necesariamente Alzheimer. Asimismo, tener en cuenta el reflejo del sujeto, el equilibrio, desplazamiento visual, lenguaje y sensibilidad además de buscar alguna indicación de derrames pequeños o grandes, enfermedad de Parkinson, tumores cerebrales y otros males que pueden perjudicar la memoria. El estudio neurológico puede incorporar una imagen por resonancia magnética o una tomografía computarizada, el objetivo de estos estudios es descubrir la presencia de tumores, derrames, deterioro a consecuencia de traumatismo cerebrales o acumulación de líquido. Lograr un diagnóstico prematuro e iniciar el tratamiento en las etapas tempranas de la enfermedad dolencia conlleva a contribuir a preservar el manejo de un individuo desde meses hasta años, aunque el desarrollo de la dolencia no pueda ser modificada.

Evaluación del estado de mínimo y el estado mental

Se toma en cuenta la evaluación del ánimo y el sentir de salud del individuo teniendo como finalidad descubrir si se presenta un estado de depresión u otra enfermedad que actúe como causante para la disminución de la memoria y confusión. El estado mental se analiza para dar un resultado global de cómo se encuentra el funcionamiento de la mente,

asimismo, percibir si la persona evaluada se encuentra consciente de que posee una enfermedad, tiene orientación en el espacio, tiempo y persona, además de conocer su estado de memoria, pensamiento como acordarse de un inventario breve de palabras, continuar indicaciones, saber su dirección, quien es el presidente del país, silabee una palabra de reverso, retrate un reloj, transcriba un bostezo y ejecutar cálculos simples.

El examen Mini — Mental es un método utilizado para localizar el desgaste cognitivo e inspeccionar el progreso en pacientes que poseen deterioro neurológico, su ejecución torna exclusivamente entre 5 a 10 minutos, por lo que su aplicación es practica e ideal para realizarse en forma rutinaria y repetitiva. Fue Marshalet quien lo creo en 1975 como un modo para conocer el estado cognoscitivo del paciente y lograr diagnosticar demencia o delirium, es un utensilio de tamizaje que sirve como una evaluación veloz teniendo como finalidad conocer el estado en que se encuentra los procesos mentales del individuo, sin embargo, esta prueba no cuenta con una validez integra para reemplazar una evaluación clínica completa ya que no detalla con exactitud la área alterada ni la causa del padecimiento (Alzheimer's Universal, 2014).

Tratamiento

Por su parte la enfermedad de Alzheimer (EA) todavía no cuenta con algún tratamiento que erradique por completo sus síntomas ya que aún no se sabe cuál es su origen de desarrollo siendo multifactorial, sin embargo los medicamentos administrados para aumentar los niveles de acetilcolina o modular el glutamato del sistema nervioso central además del dominio de las modificaciones conductuales como (depresión, confusión, alteraciones del sueño y agitación), igualmente el ajuste del entorno, la prudencia para orientar y apoyar a las personas encargadas al cuidado de los convalecientes favorece al atraso del empeoramiento de los signos ofreciendo el bienestar, la honra, autosuficiencia de los enfermos.

Tratamiento farmacológico de los trastornos cognitivos

Hasta el presente año, el método de cura farmacológico de la EA ha sido específicamente sintomático y se ha dirigido a mejorar aquellos procesos de neurotransmisión, tal es el caso que existen cinco medicinas aceptadas por la agencia de

alimentos y fármacos para el tratamiento de dicha enfermedad, además se sabe que solo cuatro son empleadas con periodicidad, asimismo tres de estos fármacos usualmente son consumidas como inhibidores de la acetilcolinesterasa su uso es racional basándose en los pacientes que padecen un déficit colinérgico dentro de EA. Es fundamental controlar minuciosamente la dosis de los medicamentos suministrados teniendo en cuenta que los individuos adultos no responden a los medicamentos de igual manera que los jóvenes, el abuso de fármacos logra causar amenaza hasta llegar a la muerte.

Tratamiento farmacológico de los trastornos no cognitivos

En el instante de determinar la receta de un psicofármaco para el método de bienestar de los indicios psicológicos y conductuales copartícipe de la enajenación dentro de la EA, se recomienda continuar ciertas pautas como reconocer el tipo de síntomas dentro del grupo psicótico o afectivo, por ejemplos para enfocar adecuadamente una terapia, para reconocer la importancia y problemática que transitan no solo los pacientes si no los cuidadores, teniendo en cuenta que algunos síntomas son provisionales y propios del desarrollo normal de la afección, asimismo es aconsejable investigar por eventos adelantados antes de meditar por el uso de algún medicamento considerando modificaciones del medio ambiente y tratamientos no farmacéuticos.

En estos precisos momentos, ningún agente está precisamente apto para el uso farmacológico dentro de los síntomas psicológicos y conductuales afiliados a la demencia, no obstante, la utilización médica de los neurológicos atípicos es fundamental en las manifestaciones psicóticas, por otro lado los antidepresivos serotoninérgicos y duales se emplean para las alteraciones del humor, además los anticonvulsivantes para la agitación, asimismo ansiolíticos son para controlar la ansiedad y la zolpidemotrazodona cumple con la función de ayudar a mejorar los trastornos de sueño. Incluso una nueva investigación reciente trae como un dato fundamental que en diversas circunstancias es beneficioso aguardar algún veredicto de las alteraciones de conductas a los propios antidemenciales procognitivos como anticolinesterásicos y memantina antes de utilizar psicofármacos (Acosta D. et al., 2013).

'tratamiento no farmacológico

Las participaciones no farmacológicas son consideradas como el principal proceso

del tratamiento ya que actuarían como acompañante y suplemento del tratamiento farmacológico. Teniendo el caso de la estimación cognitiva es la posibilidad de realizar operaciones cognitivas justificada en la evocación, procesamiento y correlación, la preparación cognitiva es la capacitación adecuada de las intervenciones cognitivas características como la relación de caras y nombres por medio de la preparación de la afinidad semántica por parte del convaleciente y el restablecimiento cognitivo, el adiestramiento de las diversas actividades cotidianas viene ser una destreza dirigida mediante el apoyo necesario de forma progresiva (impulso verbal, físico o visual) de alguna tarea teniendo la finalidad de sostener la superior independencia al realizarla.

La reminiscencia es la producción cognitiva y afectiva a partir de experiencias o suceso ocurridos el ejercicio físico, musicoterapia; además del empleo de animales de compañía y apoyo (gatos, perros, etc.) con el fin de estimular al enfermo de una manera general (afectiva, cognitiva y social).

La fusión de las técnicas de orientación, tacto y reminiscencia tienen el objetivo fundamental de comprender el sentir afectivo del paciente; la terapia multisensorial utiliza estímulos enfocados hacia el mecanismo fisiológico de la sensación con el fin de beneficiar las diferentes operaciones cognitivas asimismo desarrollar la afectuosidad y comportamiento; la experiencia dentro del frote, tacto, acu puntura, tranquilidad, ejercicio físico, musicoterapia además de disfrutar la compañía de animales como el perro, gatos, etc., estimulan al convaleciente y causan la mejora general (afectiva, cognitiva y social), por otro lado el utilizar luz de diferentes intensidades e frecuencias ayudan a lograr una adecuada sincronización del ritmo cardiaco normal de vigilia y sueño (Olazarán, 20 10).

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA FAMILIA.

Cuando dentro del núcleo familiar, un pariente padece de la enfermedad de Alzheimer el conjunto familiar sufre en menor o mayor medida. El ritmo de vida de quienes conforman la familia y quienes no desean colaborar se ven perjudicados. Teniendo el caso de los que contribuyen, y los que demuestran indiferencia por sentimientos de miedo, rechazo o inquietud.

Dentro de las enfermedades crónicas se encuentra tres tipos de perturbaciones

localizadas en el núcleo familiar: procesuales o del ciclo vital, estructurales (funciones y roles familiares; repartición de la molestia, y aparcamiento social) , y de la respuesta afectiva (Navarro, 1995).

Hay que tener en cuenta que en las perturbaciones estructurales el entramado relacional que se entra antes de que se determinen afección es muy importante. La concepción de "estructura familiar" (Minuchin 1974), "patrones de interacción" (Watzlawick, Jackson, Cechin y Prata 1978) es un aspecto diferente de calificar una cierta uniformidad en la correlación entre el grupo familiar. Estos modelos componen el entorno relacional en el que se registra la afección. En las terminaciones principales podemos anticipar que en una familia unida hay mayor porcentaje que responderá ante dicha afección, en cambio un grupo familiar separado tendrá una reacción disminuida de lo necesitado. Asimismo, la manera en cómo el paciente se encuentre dentro del recuadro relacional modulara el producto de la afección: su afinidad con el conjunto familiar, su dominio perteneciente en la categoría grupal, etc.

Un aspecto principalmente importante es como será la repartición de las actividades que la enfermedad trae consigo hacia la familia, teniendo en cuenta que la relación interfamiliar es primordial para su desarrollo asimismo debe optarse una medida de posibilidad de distribución de responsabilidades facilitando un instante de relajación al cuidador principal, etc.

Podemos concluir que el gran porcentaje de los diversos autores entre ellos tenemos a ChristieSeely 1983; Friedman 1989; McDaniel y cols 1992 aprecian de una gran manera de análisis la condición de comunicación que se desempeña en el interior del núcleo familiar y particularmente el que los miembros de la familia puedan comunicarse con facilidad acerca de la experiencia en la que están pasando.

Simultáneamente la enfermedad puede producir una serie de cambios relacionales fundamentales. Esta conmoción varias veces son positivas; Frude t 1991) contribuye la información de que aproximadamente el 70% de los casos de familias que pasan este tipo situaciones en las cuales un miembro presente alguna enfermedad grave, su relación familiar mejora revalorizando el esfuerzo y unión consciente para disminuir la problemática y duplicar los aspectos positivos de la familia tanto dentro como afuera. Además se obtiene constantemente una reevaluación de la comunicación entre el doliente y/o su núcleo familiar

explorando nuevas amistades de personas a las que no tenían en cuenta su cercanía o por otro lado la falta de apoyo de las personas que si consideraban una amistad solida sería considerada una decepción.

En otros acontecimientos, las consecuencias de la enfermedad son lamentables, e incluso trágicas. Por ejemplo, la incapacidad de un padre conlleva a que su descendiente se comprometa y responsabilice el cargo parental que le corresponde fortaleciendo la unión entre ellos, pero como consecuencia se obtiene el alejamiento entre el padre y su cónyuge generando un conflicto entre esta y su hija. Los autores Gonzales, Steinglass y Reiss 1987, detallan como en algunos casos de alteraciones crónicas afloran alianzas afectivas que descartan a algunos miembros de la familia; esto puede ocurrir también cuando sin ser un episodio crónico, la fase final de la enfermedad es continua.

Desde la primera etapa de la Enfermedad Alzheimer los roles dentro de la familia sufren variaciones. El paciente es incapaz de asumir las actividades del hogar, empleo y vida cotidiana, así que los familiares progresivamente asumirán nuevas tareas como: dirigir la economía del hogar, contribución con el aseo, encargarse del convaleciente, cooperar con una manutención, etc. Tendrán que desarrollar un plan organizado desde el primer momento basándose en las necesidades del paciente, a la par que la enfermedad evolucione.

En la EA la consecuencia depende del parentesco que mantiene los diferentes miembros del núcleo familiar del enfermo:

La pareja del paciente, si vive, desarrolla un síntoma de angustia por preocupación de la enfermedad de la persona con la que convivió tantos años y experiencias. En algunas situaciones se niega aceptar la enfermedad no brindándole la atención necesaria como investigar y toma un papel secundario, sin embargo, no se siente menos comprometido a la problemática; frecuentemente el enfermo busca la ayuda de algún hijo o hija evitando la angustia que le provoca al pensar que solo cargada con el problema. Por el contrario, otros con yugues, cooperan de una forma significativa la atención del enfermo, permaneciendo junto a él sin duda alguna más que antes. A pesar de ello es preferible que algún hijo este pendiente de su proceso apoyando su asistencia en lo que la enfermedad va requiriendo.

En algunos casos suele pasar que los familiares más significativos de los enfermos como son los hijos o hijas se encuentran lejos de los padres teniendo como consecuencia la

dificultad de la atención del afectado.

De igual modo es adecuado realizar asambleas familiares constantes para dar una mejor calidad de vida al enfermo.

El ciclo vital familiar.

El sistema familiar no es algo que sea estable, sino que está en una transformación persistente. Esta transformación se ha realizado a lo largo del ciclo vital familiar, tramitando de una a otra etapa dentro de este periodo evolutivo desarrollando reajustes en la organización y procesos de la familia. Así el periodo del ciclo vital en donde se encuentre la familia, ayudara a modular la forma en la que esta responda ante la enfermedad, otorgando un efecto sobre esta. Por otro lado, la condición física producirá un efecto en el núcleo familiar. A su vez la organización y planificación de la estructura familiar dependerá en una gran parte de la relación con su medio (apoyo social), etc.

El efecto que trae consigo la enfermedad dependerá de si se produce en una situación en donde el desarrollo familiar es adecuado o distante.

En los momentos centrífugos como por ejemplo la emancipación de los jóvenes adultos, la enfermedad puede obstaculizar o hasta evitar el desplazamiento familiar: el hijo o hija que iba alejarse del hogar paterno retrasa su decreto para estar al lado del enfermo teniendo en cuenta el diagnóstico de la enfermedad.

En cambio, en los momentos centrípetos los cuales la familia se vuelve un núcleo íntegro en sí mismo por ejemplo en la etapa del compromiso, el paciente desafiara subconscientemente la atención con otros miembros de la familia: la enfermedad del paciente pasara al primer plano descuidándose a los hijos pequeños ante la gravedad de uno de los abuelos. El ciclo evolutivo de la familia se interrumpe.

Las diferentes características de la fase de evolución familiar en la que se encuentra actualmente actuaran como consecuencia en el efecto y respuesta que produzca la enfermedad.

Respecto a la alteración emocional

En el momento que se le comunica a la familia el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, esta padece de una impactante perturbación psicoemocional, angustia y estrés, ya que su principal rol es enfrentar la enfermedad preparándose para el deceso de su ser querido. El impacto emocional se llevará en cuenta de los siguientes puntos:

- Las particularidades personales que posee cada uno de los miembros familiares, para poder afrontar las circunstancias de angustia y estrés que conlleva el diagnóstico de la EA.
- Una familia que ha padecido alguna pérdida significativa de un familiar se encuentra más frágil ante una nueva pérdida ya que se revisen los sentimientos de dolor y miedo.
- La relación del paciente y familiares puede verse afectada ante circunstancias de estrés, deteriorando la comunicación entre estos.
- Reconocer el papel que juega el paciente dentro del núcleo familiar.
- Las familias que presentan un apropiado apoyo económico y social, manifiesta un mayor porcentaje de consistencia emocional y un mínimo riesgo de desorden familiar.

Ante el entendimiento del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer la familia toma como respuesta común el aturdimiento, shock e desconfianza.

Un paso fundamental para poder manejar los sentimientos de shock, aturdimiento y desconfianza dentro del núcleo familiar es el periodo de negación el cual permite controlar la integridad emocional. Por otro lado, no todos los miembros del conjunto familiar pasan este proceso con la misma intensidad y el mismo tiempo.

Posteriormente la familia ingresa a un periodo de negociación, obteniendo una mayor asimilación ante la afección.

Esto colabora a fijar la confabulación del silencio. Se establece un trato de no pronunciar sobre la verdad, pese a que el núcleo familiar y el enfermo estén comunicados sobre la enfermedad. El propósito de la familia es el deseo de preservar el padecimiento, postergándolo al momento en que se encuentren solos saliendo a la luz sentimientos de temores y angustia. El progreso de la enfermedad tiene como resultado que la familia

aprenda a confrontar las diversas pérdidas:

La del afectado en la estructura familiar, empezando un periodo de depresión. A medida que el núcleo familiar vaya descubriendo diferentes técnicas para poder ajustarse a la alteración emocional y que el bienestar físico del enfermo se evidencie la proximidad de su deceso, comienza a aprobar el presente y a capacitarse emocionalmente para ella, emprendiendo un proceso doloroso llamado duele adelantado.

COMO ACTUAR ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

El núcleo familiar de un convaleciente con EA deben confrontar el pensamiento de:

- Tristeza ante la ausencia del ser querido.
- Determinar una decisión
- Habituarse a lo requerido.
- Distribuir responsabilidades.
- Afrontar una respuesta afectiva.

No obstante, el núcleo familiar cueva con el conocimiento de que va a perder a su ser querido, asimismo, aprovecha la última oportunidad de compartir su afecto por lo que se obtiene como resultado una relación más calidad, profunda y estable afectivo.

El labor más complicado para la familia es aprobar los síntomas del enfermo, su avanzada agotamiento y dependencia. La tolerancia es fundamental en estos casos. El núcleo familiar debe asumir las diferentes actividades que el paciente se comprometía. El cuidado del enfermo se trabaja con paciencia respondiendo a sus necesidades tanto afectivas como físicas. Se debe conservar la relación con el mundo exterior entre el paciente y la familia.

Las actividades del cuidado del enfermo deben repartirse lo más imparcialmente posible siendo ejecutadas con responsabilidad, organizando se y planificándose desde primera instancia teniendo en cuenta las necesidades que exige, ya que irán renovando desde la primera a la última fase; los recursos económicos poseen un gran papel fundamental para el procedimiento del cuidado percibiendo el apoyo de sus familiares.

Al tener el diagnóstico de la enfermedad de EA, la familia deber reunirse para

realizar un plan de vida de los primeros años del paciente, además de tomar una decisión con respecto de quien será el encargado de sus cuidados a lo largo de su enfermedad, si se necesitara apoyo domiciliario o de una admisión de alguna residencia. Es fundamental escuchar los diversos puntos de vista recursos de posibles con el objetivo de brindar una óptima calidad de vida para el enfermo hasta su muerte. Es decir, hay familiares que ante el dictamen de la enfermedad se angustia de tal manera que ya buscan una solución en la fase final cuando el enfermo aún se vale por sí mismo. Lo más recomendado es organizar y planificar por espacios de tiempos dependiendo de cada etapa. En este aspecto:

- a) En la primera etapa el paciente aún se vale por *sí* mismo realizando algunas actividades cotidianas sin ninguna dificultad como aseo, comida', etc. Se plantearía dichas interrogantes: “¿cómo nos vamos a organizar’?”, e se quedará en su casa ‘?, ¿pondremos una asistencia ‘?, etc. La solución preferible para el enfermo es consérvalo en el ambiente que conoce con alguna vigilancia que puede ser de sus hijos, la pareja o una asistenta, etc para que no le ocurra algún peligro.
- b) Durante la segunda fase, el paciente necesitara el apoyo diario para realizar actividades cotidianas como pasear, comer, vestirse, asearse, etc. El núcleo familiar tiene como tarea principal planificar la solución ante la presente situación.
- c) A lo largo de la tercera fase, el doliente requerirá de una manera instantánea el apoyo del cuidador ya que su dependencia será máxima, es por esto que la familia tendrá que valorar un nuevo plan, buscando una solución concreta y práctica.

En cuanto pensar la admisión de una residencia, lo conveniente es no realizarlo hasta el tercer periodo; es decir, retrasarlo lo más probable ya que el enfermo de Alzheimer aprovecha de su ambiente familiar, en cualquier caso, esta opción es viable tal como otras si el núcleo familiar no cuenta con el medio correspondiente de poder atender al convaleciente. Por otro al ingresar al enfermo no se tiene que porque desampararse: la familia tiene como obligación asistir semanalmente y participar en su cuidado, aseo, alimentación, etc.

En algunos casos el reparto de las actividades utilizadas al cuidado del enfermo

manifiesta conflictos o problemas. De igual manera el cambio de papeles se va provocando de una manera pausada, teniendo como consecuencia la aparición de envidias o celos. La familia debe tratar de solucionar esta problemática con el fin de la comunicación no se destruya.

Cuando dentro de un núcleo familiar se encuentra un enfermo de Alzheimer todos tienen la obligación y responsabilidad de contribuir con algo en su vida, es recomendado buscar lo positivo, aunque la familia se va enfrentar en una situación de angustia.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Definición

De acuerdo con Zarit 1987 (citado en Seguí, et al., 2008), determina la sobrecarga como “la impresión que los cuidadores poseen ante la atención, es decir, la categoría en la cual el individuo posee la labor de cuidar se percata de las distintas esferas de su vida (salud, tiempo libre, privacidad y vida social) siendo perjudicados por dicho trabajo.

Por otro lado, barrida 2007 (citado en Cniz, 2012), nos habla que “la sobrecarga del protector llamada igualmente como el síndrome del cansancio o de bum out, es más que el resultado de la debilitación, estrés dentro de la tensión física, psicológica y emocional en relación con cargamento objetivo del trabajo”.

Tipos de sobrecarga

Sobrecarga objetiva

Está vinculada con la ocupación al cumplimiento del papel de cuidador e comprenderá las consecuencias concretas sobre el ritmo de vida de este, de forma específica que abarcara un sinnúmero de señales como las actividades realizadas, la conmoción dentro del entorno laboral, la restricción en el aspecto social, la duración del cuidado y la limitación del tiempo libre.

Sobrecarga subjetiva

Esta establecida por el procedimiento cognitivo del cargamento intencionado, la conformidad, el enfrentamiento, la resistencia y la argumentación de esta. (Grandón et al., 2011).

Factores de riesgo de la sobrecarga del cuidador

En algunos casos los elementos que precisan la sobrecarga necesitan del propio preservador en caso de origen, se ha contemplado que las personas blancas poseen un mayor porcentaje de ansiedad al ofrecer atenciones que los hispanos — latinos o afroamericanos, provocando un mayor índice de sobrecarga. Las mujeres que realizan este tipo de trabajo tienen un elevado riesgo de sobrellevar una sobrecarga que comprende un aumentado nivel de emociones y una disminución dentro de la capacidad para resolver problemáticas, en tanto los hombres presentan sobrecarga en los protectores que no expresan sus emociones. Dentro de la relación de parentesco se manifiesta que el riesgo aumenta al poseer una sobrecarga del cuidador teniendo en cuenta que si la relación es lejana o presenta el cuidador distintas responsabilidades como estar a cargo de hijos la presión asistencial incrementará. (Cruz, 2012).

Consecuencias de la sobrecarga

La demencia produce angustia, ansiedad, inseguridad, miedo dentro del núcleo familiar teniendo como consecuencia la variación de roles entre sus familiares. Las obligaciones de cuidador se modifican a lo largo del desarrollo, elevando gradualmente la carga psicológica y física por causa de que el incremento de vigilancia, actividad y atención que debe brindar a la persona afectada, produciendo alteración del estrés y ansiedad, además de la dependencia, miedo, depresión, culpabilidad debido al efecto que conlleva la dolencia en los ámbitos psicológicos y emocionales, estas dificultades traen consigo acentuar la capacidad de solucionar y manejar conflictos.

El cuidador presenta una disminución dentro de su intimidad y autonomía puesto que hay un incremento de autosuficiencia, esto sobrelleva a la reducción del tiempo desocupado del cuidador inclusive el tiempo laboral esto involucra una reducción de relación con la sociedad, logrando limitaciones dentro del ámbito social y de salud sobre todo si no cuenta con apoyo adecuado. Asimismo, se manifiestan conflictos físicos como por ejemplo trastorno de sueño — vigilia, astenia, hipersomnia diurna, problemas respiratorios, hematológicos, osteomusculares, inmunológica además de cefalea tensional.

Del mismo modo se encuentran alteraciones socio — familiares como por ejemplo el

rechazo, sentimientos de soledad, aislamiento, reducción de tiempo libre, aumento de la incertidumbre familiar, por otro lado, se da el incremento de gastos, deterioro en la toma de decisiones, ausencia laboral, disminución de rendimiento, descuido dentro del área laboral, de igual manera los accidentes laborales se vuelven más seguidos (Cruz, 2012).

Modelos conceptuales de la sobrecarga

Según Manin (2011 pp. 45-46) Levine presenta tres diferentes tipos de modelos que exponen la idealización de lo que viene a ser la sobrecarga del **cuidador**. Este primer modelo se fundamenta en la relación de la sobrecarga y las necesidades específicas del paciente, teniendo en cuenta que a considerable desgaste del paciente aumenta la sobrecarga del cuidador, dependiendo del impedimento de solución. Dentro de esta afección se utilizan instrumentos que logren valorar este ejemplo de sobrecarga que manifiestan los pacientes, universalmente fundamentales para los cuidadores como la escala comportamental de Gileard, Willmott y Vaddadi.

En segundo modelo tenemos que el concepto de sobrecarga es relacionada con longitud no determinada dentro de la calidad de vida, además de la manifestación de síndromas psicopatológicos como la alteración de depresión o ansiedad, en este punto de sobrecarga el cuidador calcula utilizando instrumentos no determinados que miden las longitudes ya antes mencionadas y por último el tercer modelo procede de la teoría general de la aclimatación del estrés propuesta por el autor Lazarus en el año 1984, desde este punto el cuidador tiene como objetivo confrontar los diferentes factores agobiantes, el dictamen se visualiza mediante procesos psicológicos relacionados con la impresión emocional, el uso de estrategias de manipulación y apoyo socio familiar.

El prototipo de estrés atribuido hacia el cuidado planteado por Pearlin (1990), se generaliza de modo que grafica las relaciones entre los precedentes dentro del entorno de cuidador (particularidad socioeconómica, historia y relación del cuidador), los agobiantes primarios como el daño funcional, cognitivo y conductual del enfermo, de igual modo la sobrecarga de la necesidad frente al paciente, dentro de los estresores secundarios tenemos el estrés psicológico, el intermediario (ayuda social) y por último en como el estrés actúa sobre la salud del cuidador.

Evaluación de la sobrecarga

CaregiverStrainIndex (CSI)

Fue desarrollado por Robinson en 1983 y fue diseñado a base de un estudio descriptivo de diálogos con un grupo de cuidadores de padres mayores, cuenta con 13 ítems con respuestas cortas de si / no, sobre el objetivo del impacto de la labor del cuidador dentro de la discapacidad con la que cuenta el enfermo. Es un instrumento conciso y fácil de suministrar que verifica de una manera simple la sobrecarga de los encargados del cuidado, además manifiesta una validez dotada de una óptima consistencia garantizada de un alpha de Cronbach igual a 0,84.

CaregiverPerceivedBurden (CPB)

Esta herramienta fue desarrollada por Strawbridge y Wallhagen en 1991, constituido por 22 ítems que demuestra la gran capacidad de diferentes cambios físicos, emocionales a causa de la labor del cuidado, son considerados como problemas o angustias. Cada punto se sitúa en una escala de 5 puntos, que va desde “no existe ningún problema” hasta “siempre es una preocupación”, presenta una validez interna de un alpha de Cronbach igual a 0,04.

Burden Interview (BI)

Es un utensilio desarrollo dentro de la teoría general del estrés, fue creado por Zarit en 1987 en base de las diferentes situaciones clínicas que han pasado los cuidadores y los diferentes antecedentes existentes dentro de esta área.

Durante su creación fue producida mediante 29 ítems posteriormente fue disminuida a 22, este instrumento tiene como finalidad calcular los sentimientos de los cuidadores basándose de su relación que han logrado hacia el enfermo, además de lo que genera la conmoción de la asistencia dentro de los criterios de economía, salud, ambiente social y relaciones interpersonales. Asimismo, se determina cada ítem en relación a la escala de Libert que consta de 5 puntos que fluctúa entre 1 (nunca) y 5 (casi siempre), contando con una puntuación general entre 22 y 110, si el resultado es mayor esto quiere decir que posee un alto porcentaje de carga, el tiempo de empleo es de 20 a 25 minutos. En España la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit fue adaptada y validada por Martín M (2011).

El programa FAES (Fundación para el análisis y los estudios socios), resalta los diversos resultados logrados en una investigación española, donde obtuvo una solidez interna del de Alfa de Cronbach de 0,91.

La interpretación española de la escala de Zarit, se ha considerado como un instrumento fiable para 1 edición de niveles de sobrecarga subjetiva de cuidadores, no obstante, el estudio “Afrontamiento y Sobrecarga de los Cuidadores de pacientes con Diagnóstico de Demencia” empleado a 83 cuidadores tuvo como resultado una consistencia interna adecuada de 0,84, al suministrar el coeficiente de Alfa de Cronbach, y la táctica de las dos mitades según el coeficiente de Spearman - Brown de un 0,71 arrojando una alta consistencia interna.

2.2.2. Marco Conceptual

Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia.

Concepto

El cuidado de un familiar que presenta la enfermedad de Alzheimer es una “responsabilidad ajena” que manifiesta la ejecución de una lista de cuidados basados en las necesidades de cada individuo afectado. Es la impresión de realizar un compromiso pesado y sofocante causada por las actividades particulares del núcleo familiar obteniendo como consecuencia el estrés propio del entorno social que rodea las relaciones interpersonales entre el cuidador familiar, el convaleciente en sí y sus familiares, igualmente del desosiego por la salubridad, garantía y porvenir de su allegado (Beperet, 2004).

Dimensión Sobrecarga del cuidador

Indicadores

- No hay sobrecarga
- Hay leve sobrecarga
- Hay fuerte sobrecarga

Dimensión Interpersonal

Indicadores

- No hay carga interpersonal
- Carga leve interpersonal
- Carga fuerte interpersonal

Dimensión Expectativa de Autoeficacia

Indicadores

- No hay expectativas de autoeficacia
- Leve expectativa de autoeficacia
- Intensa expectativa de autoeficacia

2.3. Definición de términos básicos

Impacto. -

Conmoción obtenida por el dictamen público ante un suceso, resolución de la autoridad, una catástrofe, noticia, etc.

Enfermedad Alzheimer. -

Afección médica caracterizada por el deterioro progresivo y crónico de los procesos cognitivos, demencia senil, descubierto por el psiquiatra alemán Alois Alzheimer en 1901.

Geriatría. -

Especialidad de la medicina que se encarga del estudio y tratamiento de enfermedades dentro de la etapa de desarrollo humano la vejez.

Cuidador

Individuo que brinda un servicio de atención a una o más personas que padecen una circunstancia de dependencia.

Familia. -

Conjunto de personas vinculadas entre sí que conviven juntas.

III.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

Su método empleado fue no experimental, descriptivo y transversal. Es considerado no experimental, porque no se manipula premeditadamente la variable de tal forma solo se van a observar tal como se desarrollen en el contexto natural posteriormente fue analizado.

El presente estudio fue de tipo cuantitativo ya que la variable es susceptible a la cuantificación, utilizando la recopilación de datos y el análisis de datos para obtener una respuesta de las interrogantes de estudio, y probar de esta manera si existe impacto en la familia.

En la presente investigación fue de nivel aplicativo, ya que optimiza, en base a los resultados, lo cual se determina el impacto de la enfermedad en la familia.

El diseño de investigación fue descriptivo, ya que tiene como finalidad indagar determinadamente las propiedades fundamentales de personas o grupos. Asimismo debido a que especifica la información de la variable en estudio; y fue transversal ya que permitió presentar la información tal y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

$$O \longrightarrow M$$

Dónde:

M □ Pacientes con la enfermedad Alzheimer en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019

O □ Impacto de la familia.

3.2. Población y Muestra

Población

La población compuesta por 86 aquejado con la enfermedad del Alzheimer que se atendieron en el consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura, durante el año 2019.

Muestra

Estuvo constituida por 70 de pacientes con la enfermedad del Alzheimer que se

atendieron en el consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura, durante el año 2019. El tamaño de la muestra se calculó:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)d^2 + Z^2pq}$$

Dónde:

n = muestra

N = población

Z = 1.96.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p = 0.05

q = 1 -p.

Reemplazando en la fórmula se obtiene:

$$n = \frac{86(1.96^2)(0.5)(0.5)}{(86 - 1)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = 70$$

Criterios de Inclusión

- Personas de ambos sexos.
- Personas mayores a 18 años.
- Que tengan dominio de leer y escribir.
- Personas que deseen participar en el presente estudio.

Criterios de Exclusión

- Personas que dejen incompletas las encuestas.
- Personas menores a 18 años.
- Personas que no pretenden intervenir en la presente investigación.

3.3. Técnicas, instrumentos de recolección de datos

Para la recaudación de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumento una guía de entrevista estructurada, conformada por dos partes:

En primera instancia son los datos generales, en el cual se logra recaudar información necesaria del cuidador y del individuo que padece la afección. Está conformado por datos universales de interrogantes cerradas como la edad, sexo, grado de instrucción, estado civil asimismo interrogantes abiertas con respecto parentesco, tiempo de cuidado.

La segunda parte el cuestionario, tomado de la Universidad Nacional de San Agustín - Facultad de Psicología. Es un instrumento diseñado dentro del marco de la teoría universal del estrés y fue desarrollado por Zarit en 1987 a partir de su experiencia clínica con cuidadores y de la investigación realizada en este campo.

El instrumento está dividido en 3 dimensiones:

- a) Sobrecarga del cuidador
- b) Interpersonal
- c) Expectativas de autoeficacia o creencias y expectativas sobre la capacidad para cuidar

Puntuación: De cada ítem

Nunca = 1

Rara vez = 2

Algunas veces = 3

Muchas veces = 4

Casi siempre = 5

Esta escala puntúa cada ítems entre 1 y 5, siendo la puntuación mínima de 22 y la máxima de 110. El impacto estuvo valorado teniendo en cuenta los siguientes parámetros de calificación.

<u>Puntuación</u>	<u>Conclusión</u>
22 – 51 puntos	No hay impacto
52 - 80 puntos	Hay impacto leve
81 – 110 puntos	Hay impacto grave

Principalmente estuvo contribuido por 29 ítems posteriormente fue disminuida a 22, este instrumento calcula la afectividad de la familia respecto a su relación con los receptores del impacto de la asistencia sobre la salud, economía, entorno social y de las relaciones interpersonales. Se evalúa cada ítem en una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 1(nunca) y 5 (casi siempre), con una puntuación total entre 22 y 110, si más elevada es la puntuación, mayor es la carga experimentada por el cuidador; el tiempo de administración es de 20 a 25 minutos.

3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se realizó el siguiente procedimiento de la investigación:

- Elaboración y conformidad del proyecto de tesis.
- Elaborar el instrumento de la recopilación de datos.
- Prueba de validez y confiabilidad al instrumento recopilador de datos.
- Recopilación de la información.
- Procesamiento de la información.
- Organización de la información en cuadros.
- Análisis e interpretación de la información.
- Elaboración de la discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Elaboración y presentación de la investigación.
- Sustentación de la investigación.

En el análisis de la información se empleó el uso del software estadístico SPSS versión 23.0, tablas de frecuencia y el diagrama de barras.

IV.

RESULTADOS

4.1. Descripción de resultados

Tabla 1: Datos Generales de los familiares de pacientes con la enfermedad con Alzheimer del Consultorio de Geriátrica en el Hospital José Cayetano Heredia, 2019.

Datos Generales		N	%
Edad	Menor a 30 años	2	2.9
	31 a 49 años	23	32.9
	50 años a más	45	64.3
	Total	70	100.0
Relación con el paciente	Hijo	5	7.1
	Esposo	13	18.6
	Hermano	9	12.9
	Madre	26	37.1
	Padre	17	24.3
Total	70	100.0	
Estado Civil	Soltero	37	52.9
	Casado	12	17.1
	Divorciado	13	18.6
	Viudo	8	11.4
Total	70	100.0	
Género	Masculino	43	61.4
	Femenino	27	38.6
	Total	70	100.0
Grado de Instrucción	Analfabeto	2	2.9
	Primaria	8	11.4
	Secundaria	37	52.9
	Superior	23	32.9
	Total	70	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 1, se observa que la edad de los parientes de pacientes con la enfermedad con Alzheimer con 50 años a más son el 64.3% (45), seguidamente de 31 a 49 años con un 32.9% (23) y por último menor a 30 años con un 2.9% (2). Además, relación con el paciente fue madre con un 37.1 % (26), padre con un 24.3% (17), esposo con un 18.6% (13), hermano con un 12.9% (9) e hijo con un 7.1% (5). Con respecto al estado civil tenemos que los familiares son solteros con un 52.9% (37), divorciados con un 18.6% (13), casados con un 17.1% (12) y viudos con un 11.4% (8). De acuerdo al género del familiar tenemos que masculino fue el 61.4% (43), y de género femenino fue el 38.6% (27). Y por último el grado de instrucción tenemos que los familiares tienen secundaria con un 52.9% (37), con estudios superiores un 32.9% (23), con primaria tenemos un 11.4% (8) y analfabeto un 2.9% (2).

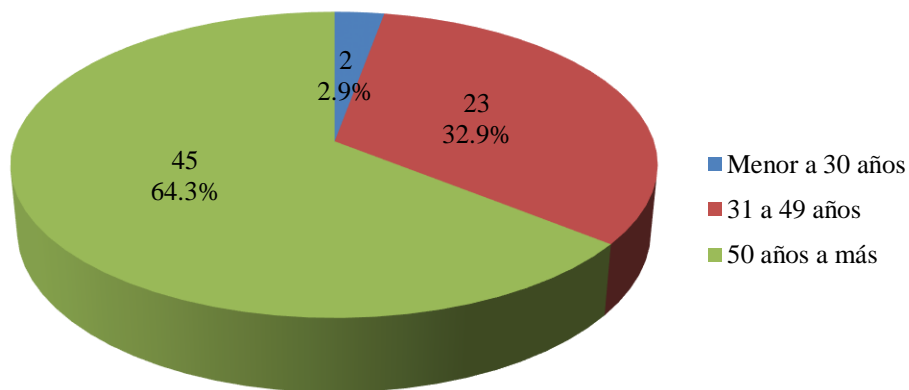


Gráfico 1: Grupo de edad de los familiares de pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriatría del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.

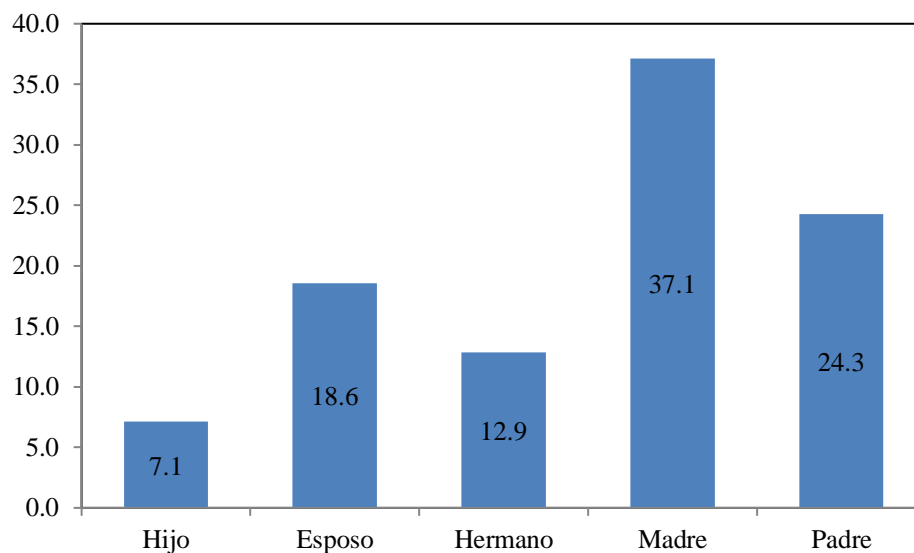


Gráfico 2: Parentesco de los familiares con los pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriátría del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.

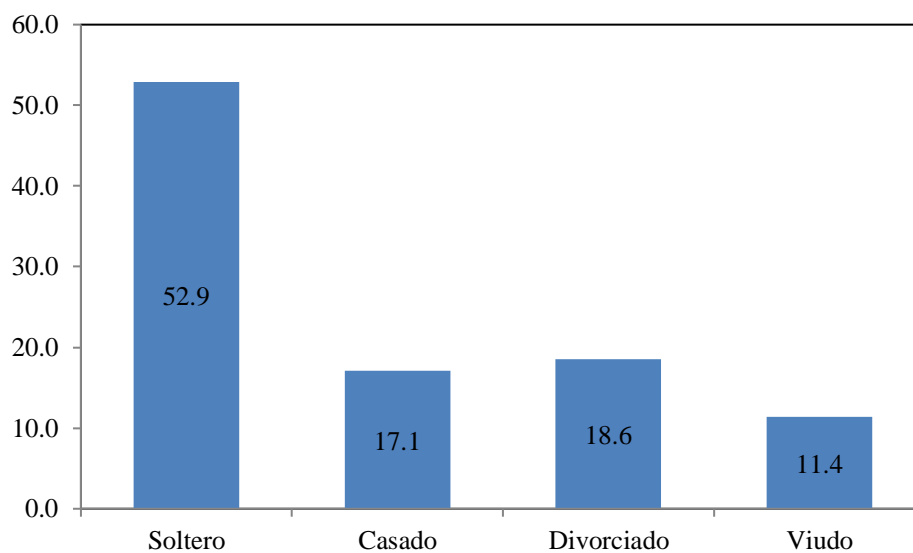


Gráfico 3: Estado Civil de los familiares de pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriátría del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.

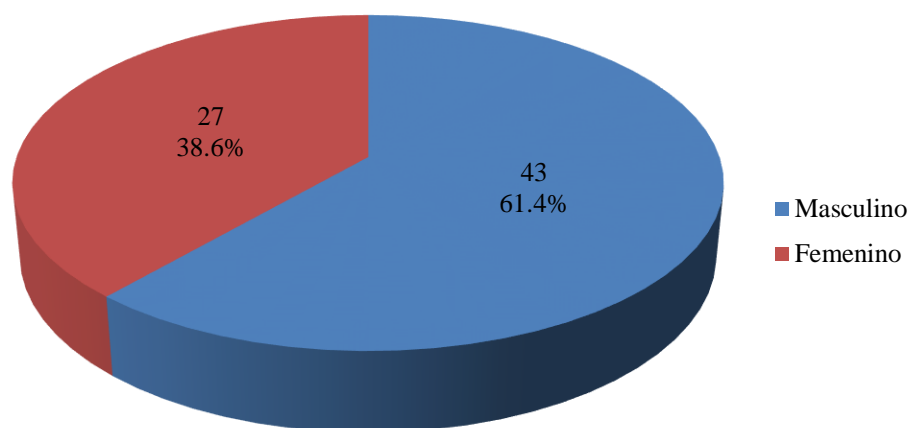


Gráfico 4: Género de los familiares de pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriatria del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.

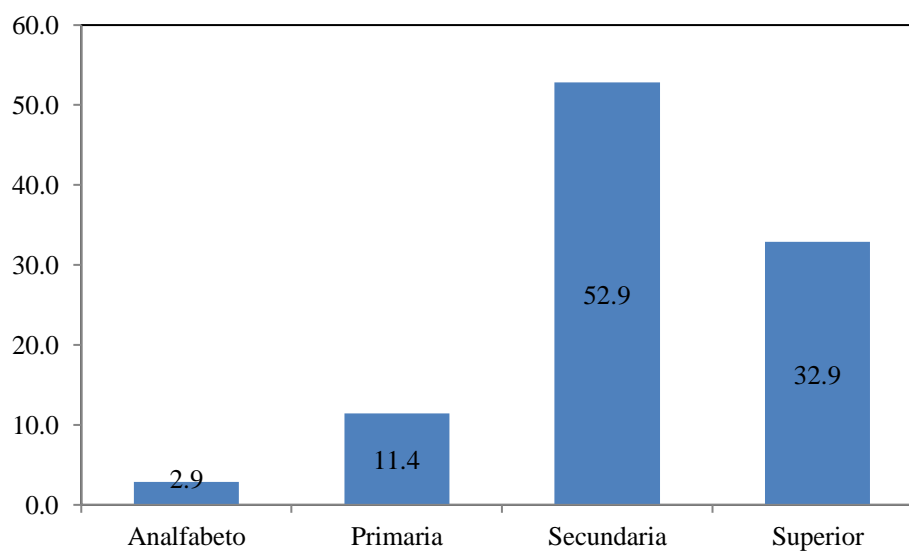


Gráfico 5: Grado de Instrucción de los familiares de pacientes con Alzheimer del Consultorio de Geriatria del Hospital José Cayetano Heredia, 2019.

4.2. Contrastación de hipótesis

Contrastación de Hipótesis Específicos

Hipótesis Específico 1

H₀: No Existe Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

H₁: Existe Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Tabla 2: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Sobrecarga del cuidador	N	%
No existe sobrecarga	3	4.3
Sobrecarga leve	25	35.7
Sobrecarga fuerte	42	60.0
Total	70	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 2, el impacto en la dimensión de sobrecarga del cuidador resultó que existe sobrecarga fuerte con un 60.0% (42), con sobrecarga leve un 35.7% (25) y por último no existe sobrecarga con un 4.3% (3).

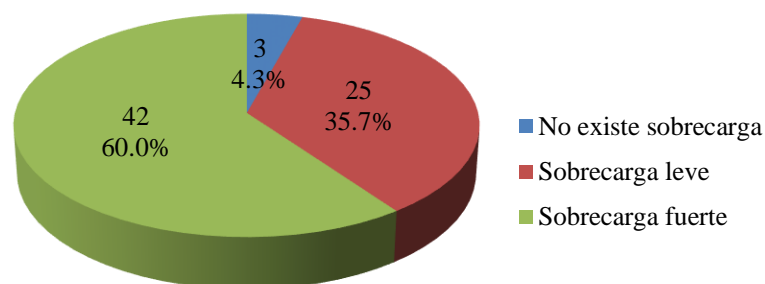


Gráfico 6: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador en la familia en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Hipótesis Específico 2

H₀: No Existe Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal en la familia en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

H₁: Existe Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal en la familia en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Tabla 3: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal en la familia en el Consultorio Geriatría Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Interpersonal	N	%
No existe carga interpersonal	6	8.6
Carga leve interpersonal	19	27.1
Carga fuerte interpersonal	45	64.3
Total	70	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 3, el impacto en la dimensión de interpersonal resultó que existe carga fuerte con un 64.3% (45), con carga leve un 27.1% (19) y por último no existe carga con un 8.6% (6).

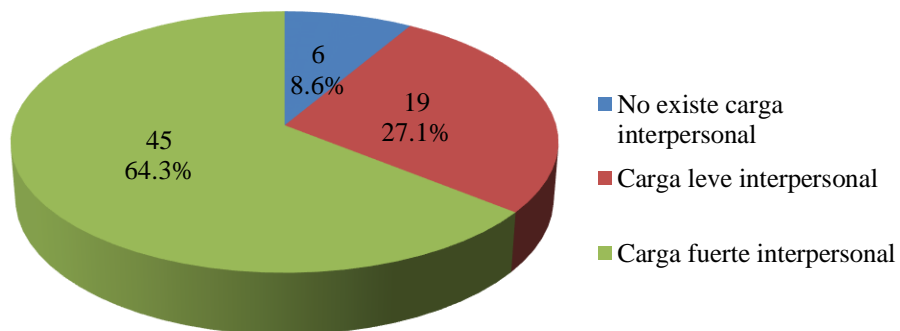


Gráfico 7: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Hipótesis Específico 3

H₀: No Existe Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión Expectativa de autoeficacia en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

H₁: Existe Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión Expectativa de autoeficacia en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Tabla 4: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión Expectativa de autoeficacia en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Expectativa de Autoeficacia	N	%
No existe expectativa	24	34.3
Leve expectativa	36	51.4
Fuerte expectativa	10	14.3
Total	70	100.0

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 4, el impacto en la dimensión de expectativa de autoeficacia resultó que existe leve expectativa con un 51.4% (36), no existe expectativa un 34.3% (24) y por último fuerte expectativa con un 14.3% (10).

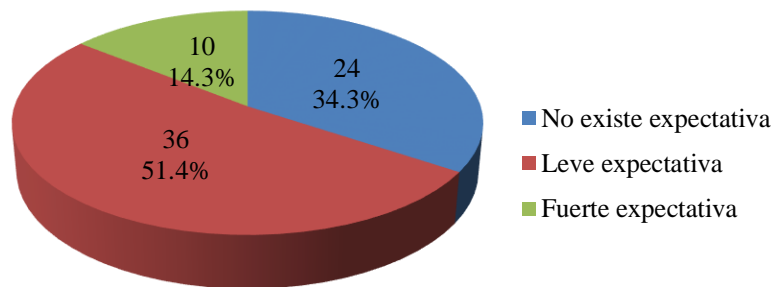


Gráfico 8: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión Expectativa de autoeficacia en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Contrastación de Hipótesis General

H₀: No Existe Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

H₁: Existe Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Tabla 5: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Impacto de la Enfermedad	N	%
No existe impacto	11	15.7
Leve Impacto	27	38.1
Fuerte Impacto	32	46.2
Total	70	100.0

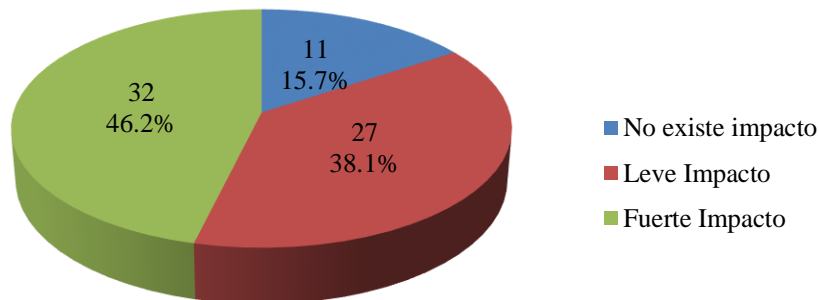


Gráfico 9: Impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia en el Consultorio Geriatria Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

Interpretación

Como se aprecia en la tabla N° 5, el impacto en los familiares resultó que existe fuerte impacto con un 46.2% (32), leve impacto un 38.1% (27) y por último no existe impacto con un 15.7% (10).

V.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según los resultados de mi investigación, en la tabla N° 1, se muestra que la edad de los familiares de pacientes con la enfermedad con Alzheimer con 50 años a más son el 64.3% (45), seguidamente de 31 a 49 años con un 32.9% (23) y por último menor a 30 años con un 2.9% (2). Además, relación con el paciente fue madre con un 37.1% (26), padre con un 24.3% (17), esposo con un 18.6% (13), hermano con un 12.9% (9) e hijo con un 7.1% (5). Con respecto al estado civil tenemos que los familiares son solteros con un 52.9% (37), divorciados con un 18.6% (13), casados con un 17.1% (12) y viudos con un 11.4% (8). De acuerdo al género del familiar tenemos que masculino fue el 61.4% (43), y de género femenino fue el 38.6% (27). Y por último el grado de instrucción tenemos que los familiares tienen secundaria con un 52.9% (37), con estudios superiores un 32.9% (23), con primaria tenemos un 11.4% (8) y analfabeto un 2.9% (2).

En la investigación de Arantzazu J. et. al. (2011) denominado Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido, difiere con los resultados generales, ya que se encontró que los cuidadores fueron predominantemente mujeres de más de 50 años y un tercio mostró un riesgo alto de claudicación.

Con respecto a la tabla N° 2, el impacto en la dimensión de sobrecarga del cuidador resultó que existe sobrecarga fuerte con un 60.0% (42), con sobrecarga leve un 35.7% (25) y por último no existe sobrecarga con un 4.3% (3).

En la tabla N° 3, el impacto en la dimensión de interpersonal resultó que existe carga fuerte con un 64.3% (45), con carga leve un 27.1% (19) y por último no existe carga con un 8.6% (6).

En la tabla N° 4, el impacto en la dimensión de expectativa de autoeficacia resultó que existe leve expectativa con un 51.4% (36), no existe expectativa un 34.3% (24) y por último fuerte expectativa con un 14.3% (10).

En la tabla N° 5, el impacto en los familiares resultó que existe fuerte impacto con un 46.2% (32), leve impacto un 38.1% (27) y por último no existe impacto con un 15.7% (10). Resultados similares tenemos como el investigador Manso E. et. al. (2012), en España, estudio titulado Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares, donde concluyen que se confirman las repercusiones de la actividad de cuidar sobre la salud de los cuidadores y cuidadoras. Además, la investigación de Grueso A. (2012) titulada Repercusiones biopsico-sociales en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer en la

ciudad de Salamanca, realizada en España, donde se se aplicó la Escala de sobrecarga de Zarit, la Escala del Sentido del Cuidado y una entrevista semi-estructurada y se concluyó la percepción de sentido del cuidado está inversamente relacionada con la percepción de la carga. Y por último, Borghi A. et. al. (2013) realizaron la investigación denominada Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer, que concluyó significativamente mayores en el grupo de cuidadores principales; la sobrecarga subjetiva no difirió entre los grupos para la sobrecarga objetiva la preocupación con el anciano fue la dimensión que más influyó.

Asimismo, se han encontrado resultados que difieren con los obtenidos en esta investigación donde Céspedes M. (2011) realizó la investigación Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores Informales del Adulto Mayor Dependiente, en el Policlínico “Chiclayo-Oeste, un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo; se aplicó la Escala de entrevista de sobrecarga de Zarit y Zarit, finalizada que el nivel de sobrecarga descubierta es baja.

CONCLUSIONES

- Los parientes de dolientes que presentan la enfermedad de Alzheimer con respecto a la edad predominan el grupo de edad de 50 años a más, el parentesco más común fue de madre, de estado civil soltero, de género masculino y de grado de instrucción secundaria.
- **El impacto** de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión sobrecarga del cuidador fue fuerte en la familia, Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.
- El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión interpersonal fue fuerte en la familia, Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.
- El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la dimensión expectativa de autoeficacia fue leve en la familia, Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.
- En conclusión general, el impacto de la enfermedad de Alzheimer fue fuerte en la familia, Hospital Cayetano Heredia Piura 2019.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere la superstición de un conjunto de diferentes profesionales del área de salud como enfermeras, psicólogos, médicos con el fin de establecer y contribuir la toma de decisiones el equipo y realizar una distribución imparcial de las tareas que proviene del cuidado en la familia, para lograr reducir en cierta manera la sobrecarga notada por el cuidador.
2. Se recomienda que la enfermera resalte en el cuidado propio del cuidador teniendo la consecuencia una idea propia de hábito responsable frente a su salud, por medio de un asesoramiento de una página web en la que se evidencia información importante e indispensable para que los cuidadores puedan comprobar desde su vivienda con el personal de enfermería.
3. La atención de los individuos que padecen la enfermedad no puede cargarse en una sola persona, sino debe ser sostenido entre todo el núcleo familiar de manera ecuánime e imparcial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, D. et al. (2013). *La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: una perspectiva latinoamericana*, 1ª ed. México, Editorial Médica Panamericana, S.A. pp. 64-78.
- Alzheimer Universal. (2014). *Leve, Moderada y Severa. Las tres fases del alzhéimer bien explicadas*. España. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://www.alzheimeruniversal.eu/2014/05/07/leve-moderaba-ysevera-tres-fases-del-alzheimer-bien-explicadas/>
- Alzheimer's Disease International (2010). *The Global Economic Impact of Dementia*. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>
- Arantzazu J. et al. (2011). *Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido*, España, Unidad de Gestión Sanitaria, Hospital Alto Deba- Mondragón. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-geriatriagerontologia-124/calidad-vida-sobrecarga-los-cuidadores-pacientesda%C3%B1o-90024570-seccion-ciencias-sociales-comportamiento2011>
- Beperet (2004). *Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes*. Fundación Argibide. Hospital Virgen del Camino. Pamplona Universidad de Cádiz. Edit. BIOMED CT. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/xtos/vol23/biblio10/bsuple10.html>.
- Borghi, A. et al. (2013). *Sobrecarga de familiares cuidadores de ancianos con la Enfermedad de Alzheimer*. Brasil, Universidad Estatal de Maringá. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/es_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf
- CEPAL (2011) *Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores Minsal 2014*. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores%202004-03_14.pdf
- Céspedes, M. (2011). *Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores Informales del Adulto Mayor Dependiente*, Tesis para obtener el grado de Médico Cirujano. Perú,

Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres – Lima. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://issuu.com/unidad-invest-medicina-usmp-fn/docs/tesis_final_-_c_spedes_mendoza_jorge_urbano_abstra

- Chino, B.; Dongo, K. (2011). *Eficacia del programa cognitivo conductual “cuidado al cuidador” en cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia*. Tesis para obtener el título de psicóloga, Perú, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Agustín - Arequipa.
- Cuba, F. et al. (2013). *Relación entre la calidad de vida y deterioro cognitivo en Adultos Mayores de los distritos de Paucarpata y Selva Alegre*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería, Perú, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín – Arequipa.
- Diario La República (2013), *Día mundial de la salud mental: en el país al menos 250 mil sufren del mal de Alzheimer*. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://ib.adnxs.com/tt?id=&referrer=http%3A%2F%2Fwww.larepublica>
- Dirección Regional de Salud – Piura (2019). *Reporte Operacional de las enfermedades de adulto mayor*.
- Escobedo, E, et al. (2009). *Grado de sobrecarga del cuidador principal y el nivel de dependencia de personas con Alzheimer Asociación Peruana de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (APEAD)-filial Arequipa*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería, Perú, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de San Agustín – Arequipa
- Flores, G.; et al. (2014). *Afrontamiento y sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia – Asociación peruana de enfermedades de Alzheimer y otras demencias – filial Arequipa*. Tesis para obtener el título de psicólogo. Perú, Facultad de Psicología de la Universidad Católica San Pablo – Arequipa.
- Garriga O., (2007); citado en Cruz N. (2012). *Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador*. Tesis de grado en enfermería. España. Universidad de Lleida. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/47007/ncruze.pdf?sequence=1>
- González Pérez U. (2013) *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Rev. Cubana Salud Pública.

- Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_2_02/spu06202.htm
- Grandón P. et al. (2011). *Adaptación y validación de la Entrevista de carga familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS)*, Chile, Universidad de Concepción de Chile. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272011000400003&script=sci_arttext
- Grueso, A. (2012). *Repercusiones bio-psico-sociales en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer en la ciudad de Salamanca*. Trabajo fin de máster en antropología aplicada, salud y desarrollo comunitario, Salamanca, Universidad de Salamanca
- INEI (2013). *Situación de la Niñez y del Adulto Mayor*. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/ninez-y-adultomayor-jul-set-2013.pdf>
- Manso, E.; et al. (2012). *Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares*. España. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742013000100005&script=sci_arttext
- Martín M. (2011), *España. Grupo médico y paciente, El 40 por ciento de cuidadores de personas con síndrome demencial no recibe ningún tipo de ayuda*. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://historico.medicosypacientes.com/noticias/2011/03/11_03_31_cuidadores
- Torres, A. y Sanhueza, A. (2006). *Modelo Estructural de Enfermería de Calidad de Vida e incertidumbre frente a la Enfermedad*. *Cienc. enferm.* 12(1):9-17
- Olazarán J, et al. (2010). *Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy*. *DementGeriatrCognDisord*; pp. 161-178.
- OMS (2011). Informe Mundial sobre discapacidad. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/.
- OMS (2012). *Demencia: Una prioridad de Salud Pública*. 1er Informe, traducido al español por la OPS, 2013. p. 7.
- OMS (2014). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Seguí, J. et. al. (2008). *Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con*

autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. Universidad de Murcia, España. Recuperado el 20 de Febrero del 2019: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16724112.pdf>

ANEXOS

- Instrumentos.

FICHA DE ENTREVISTA

I.- Instrucciones:

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestada unas preguntas generales sobre usted: marca una X en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

II.- Datos Generales

Edad en años cumplidos: _____ años

Género:

Femenino

Masculino

Relación con el paciente:

Hijo

Esposa

Hermano

Madre

Padre

Estado civil:

Soltero

Casado

Separado

Viudo

Divorciado

Grado de instrucción:

Analfabeto

Primaria

Secundaria

Superior

Condición de ocupación:

Trabajador estable

Eventual

Sin Ocupación

Jubilado

III.- Cuestionario de Evaluación

Marque una sola respuesta de acuerdo a lo siguiente

- Nunca 1
- Rara vez 2
- Algunas veces 3
- Bastante veces 4
- Casi siempre 5

N° ÍTEMS	1	2	3	4	5
1. ¿Piensa que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que a causa del tiempo que dedica a su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Se siente agobiada (o) al tener que cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o familia?					
4. ¿Siente vergüenza (o) por la conducta de su familiar/paciente?					
5. ¿Se siente enfadada (o) cuando está cerca de su familiar/paciente?					
6. ¿Cree que el cuidar de su familiar/paciente afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?					
8. ¿Cree que su familiar/paciente depende de usted?					
9. ¿Se siente tensa (o) cuando está cerca de su familiar/paciente?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar/paciente?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar/paciente?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar/paciente?					
13. ¿Se siente incómoda (o) por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar/paciente?					
14. ¿Piensa que su familiar/paciente le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar/paciente por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar/paciente?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente insegura (o) sobre qué hacer con su familiar/paciente?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar/paciente?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar / paciente?					
22. En general ¿se siente muy sobrecargada al tener que cuidarlo?					

