



**UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CONOCIMIENTO Y AFRONTAMIENTO AFECTIVO DEL
FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CON LA
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL ASILO SAN JOSE
AREQUIPA 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: FLORES BASURCO; FERNANDA.

AREQUIPA - PERÚ

2016

**“CONOCIMIENTO Y AFRONTAMIENTO AFECTIVO DEL
FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CON LA
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL ASILO SAN JOSE
AREQUIPA 2016”**

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado el entendimiento para lograr uno de mis objetivos a través de la fe tan inmensa que inyectó en mí ser para obtener tan preciado triunfo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional tanto moral, afectivo y económico, a nuestra Directora Dra. Fernanda Gallegos de Bernaola por guiarnos, su paciencia y dedicación hacia todos los estudiantes.

RESÚMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo Determinar la relación entre el conocimiento y el afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015, en 35 pacientes del Asilo San José, se empleó el método cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, se utilizó como instrumento un cuestionario, un test de conocimiento y otro cuestionario sobre el cuidado que brinda el familiar al paciente, el cual paso por el proceso de confiabilidad y validez Los datos se analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 21. Para el análisis se empleó la estadística descriptiva para representar los datos expresados tablas. Se empleó la estadística inferencial, utilizando la prueba de Pearson para relacionar las variables en estudio con un $p < 0,05$, como criterio de significancia.

En cuanto a los resultados, se obtuvo que el nivel conocimiento en la dimensión higiene, fue el 80% ,asimismo se obtuvo un nivel de conocimiento bajo en la dimensión de afrontamiento de los familiares no cumple con rigidez el aseo a diario con el paciente, esto por falta de tiempo relacionado a las horas laborales, asimismo vemos un 15% con un nivel de conocimiento medio, esto a raíz de que suelen turnarse con otro familiar para el cuidado del paciente, y un 5% con un conocimiento alto esto debido a que en ocasiones personal profesional cuida del paciente por temporadas, el nivel de conocimiento en la dimensión alimentación, el 75% tienen un nivel de conocimiento bajo en la dimensión de alimentación pues desconocen que dieta o que alimentos debe darse a este tipo de paciente, asimismo un 20% con un nivel de conocimiento medio, ya que suelen consultar a un profesional sobre la alimentación que deben llevar estos pacientes, pero en ocasiones suelen no seguir la dieta por falta de economía; y un 5% con un conocimiento alto debido a que consultan a un profesional calificado, el Nivel de afrontamiento afectivo en la dimensión emocional, el 85% tienen un nivel de afrontamiento afectivo bajo en la dimensión emocional, pues suelen sentir mucha pena al ver a su familiar en ese estado. Asimismo vemos un 12% con un nivel de afrontamiento afectivo

medio, pues la familia confronta en unión el estado del paciente, y un 3% con un afrontamiento afectivo alto, la familia confronta la situación actual del paciente con ayuda de personal profesional, el Nivel de afrontamiento afectivo en la dimensión conductual, en el Asilo San José, Arequipa, 2015 Se puede inferir que el 85% tienen un nivel de afrontamiento afectivo bajo en la dimensión emocional, pues suelen sentir mucha pena al ver a su familiar en ese estado. Asimismo vemos un 12% con un nivel de afrontamiento afectivo medio, pues la familia confronta en unión el estado del paciente, y un 3% con un afrontamiento afectivo alto, la familia confronta la situación actual del paciente con ayuda de personal profesional.

Por lo que se puede concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre el “conocimiento y afrontamiento afectivo del familiar sobre el cuidado del paciente con la enfermedad de Alzheimer cuyo valor fue $p = 0,237$ ($p > 0,05$).

Palabras claves: Conocimiento, Afrontamiento, Irritación, Tristeza, Ansiedad.

ABSTRAC

The objective of this study was to determine the relationship between knowledge and affective coping of the family member in the care of the patient with alzheimer's disease in the San José Asylum, Arequipa 2015, in 35 patients from the San José Asylum. Quantitative, descriptive and correlational cross-sectional method, a questionnaire, a knowledge test and another questionnaire about the care provided by the family member to the patient were used as instrument, which passed through the process of trustworthiness and validity. Data were analyzed through Of the statistical program SPSS version 21. For the analysis we used descriptive statistics to represent the data expressed tables. Inferential statistics were used, using the Pearson test to relate the variables under study with a $p < 0.05$, as a criterion of significance.

Regarding the results, it was obtained that the knowledge level in the hygiene dimension was 80%, also obtained a low level of knowledge in the dimension of coping of relatives does not comply with stiffness daily grooming with the patient, This is due to lack of time related to working hours, we also see 15% with an average level of knowledge, as a result of which they often take turns with another family member to care for the patient, and 5% with a high knowledge due to That at times professional staff cares for the patient for seasons, the level of knowledge in the food dimension, 75% have a low level of knowledge in the food dimension because they do not know what diet or what food should be given to this type of patient, 20% with an average level of knowledge, since they usually consult a professional about the diet that these patients must carry, but sometimes they do not follow the diet due to lack of economy; And 5% with a high knowledge because they consult a qualified professional, Emotional coping Level in the emotional dimension, 85% have a level of affective coping low in the emotional dimension, as they tend to feel very sorry to see Your relative in that state. We also see 12% with an average affective coping level, as the family confronts the patient's state in a union, and 3% with a high affective coping, the family confronts the patient's current situation with the help of professional staff, the Level Of affective coping in the

behavioral dimension, in San José Asylum, Arequipa, 2015 It can be inferred that 85% have a level of affective coping low in the emotional dimension, since they usually feel very sorry to see their relative in that state. We also see 12% with an average level of affective coping, because the family confronts the patient's state in a union, and 3% with a high affective coping, the family confronts the patient's current situation with the help of professional staff.

Therefore it can be concluded that there is no statistically significant relationship between the "knowledge and affective coping of the family member on the care of the patient with Alzheimer's disease whose value was $p = 0,237$ ($p > 0.05$).

Keywords: Knowledge, Coping, Irritation, Sadness, Anxiety.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	iii
ÍNDICE	v
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	2
1.3.2. Objetivos específicos	2
1.4. Justificación del estudio	3
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	4
2.2. Base teórica	6
2.3. Definición de términos	43
2.4. Hipótesis	44
2.5. Variables	45
2.5.1. Variable independiente	45
2.5.2. Variable dependiente	45
2.5.3. Operacionalización de la variable	46
CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	48
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	49
3.3. Población y muestra	49

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	51
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	51
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	51
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	53
CAPÍTULO V: DISCUSION	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

El Alzheimer (al-SAI-mer) es una enfermedad cerebral que causa problemas con la memoria, la forma de pensar y el carácter o la manera de comportarse. Esta enfermedad no es una forma normal del envejecimiento.¹

El Alzheimer es la forma más común de la demencia. Demencia es un término general para describir la pérdida de memoria y de otras habilidades intelectuales y es tan severa que interfiere con la vida cotidiana del individuo. El Alzheimer representa el 80 por ciento de los casos de la demencia. ¹

El mal de Alzheimer aparece primero generalmente como olvido. El deterioro cognitivo leve (DCL) es la fase entre el olvido normal debido al envejecimiento y el desarrollo del mal de Alzheimer. Las personas con deterioro cognitivo leve tienen ligeros problemas con el pensamiento y la memoria que no interfieren con las actividades cotidianas. Con frecuencia, están conscientes del olvido. No todas las personas con deterioro cognitivo leve progresan a mal de Alzheimer.²

Cuidar en la casa a una persona que tiene la enfermedad de Alzheimer es una tarea difícil y algunas veces puede volverse agobiante. Cada día trae nuevos desafíos porque la persona encargada de proporcionar los cuidados tiene que enfrentarse a los cambios en el nivel de capacidad y a los nuevos patrones de conducta de la persona que tiene Alzheimer. Las investigaciones han demostrado que las personas que proporcionan cuidados frecuentemente tienen ellas mismas mayor riesgo de desarrollar depresión y otras enfermedades, sobre todo si no reciben apoyo adecuado de la familia, los amigos y la comunidad. ³

Una de las mayores dificultades que enfrentan las personas dedicadas a estos cuidados es el comportamiento difícil de las personas que están atendiendo. Las actividades básicas de la vida diaria tales como bañarse, vestirse o comer, frecuentemente se convierten en tareas difíciles de manejar, tanto para la persona que sufre de Alzheimer como para quien la atiende. Establecer un plan para cumplir con las actividades del día puede facilitar el trabajo de los

encargados de cuidar a una persona que tiene Alzheimer. Muchas de las personas que proporcionan cuidados han descubierto que es conveniente utilizar estrategias para manejar las conductas difíciles y las situaciones estresantes.³

Probando y aprendiendo, usted descubrirá que algunas de las siguientes sugerencias funcionan, mientras que otras no. Toda persona con Alzheimer es única y responderá de manera diferente, y cada persona cambia con el transcurso de la enfermedad. Haga lo mejor que pueda, y acuérdesese de tomar descansos.³

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Alzheimer es la pérdida de la función cerebral que se presenta en personas de la tercera edad los síntomas aparecen antes de los 60 años. La enfermedad de Alzheimer es un desorden progresivo, degenerativo e irreversible del cerebro que causa la debilitación, la desorientación y una eventual muerte intelectual.

El desconocimiento del familiar sobre los cuidados que se les brinda a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer y el afrontamiento que los familiares tienen en cuanto a la enfermedad de su pariente.

El Alzheimer se presenta en personas de la tercera edad, los síntomas aparecen antes de los 60 años. La demencia aparece primero como olvido debido al envejecimiento y desarrollo del mal de Alzheimer pero con el tiempo la enfermedad va desarrollándose más aun y no solo se presenta como un olvido si no como problemas con el pensamiento y la memoria llevando a la persona a ya no recordar actividades sencillas como cambiarse de ropa, ir al baño, olvidando también a sus familiares y

la convivencia del día a día lleva a ambas partes a sentirse solos es una prueba que tienen que superar todos los días sintiendo culpabilidad y hasta el deseo de que llegue la muerte de su ser querido.

El problema se evidencia en todas esas personas con familiares que sufren el mal de alzhéimer y por desconocimiento no saben cómo cuidar a su familiar.

Tras el diagnóstico de la enfermedad no solo afecta al paciente si no a la familia y tras el avance de la EA el familiar siente miedo, preocupación, estrés causando también un daño al enfermo al no saber los cuidados que se le tiene que hacer sintiendo una impotencia y compasión al ver al familiar enfermó cada vez más indefenso.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación del conocimiento y afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el conocimiento y el afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015.

1.3.2. Objetivo Específicos

- Determinar el nivel conocimiento en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión higiene, en el Asilo San José, Arequipa 2015.

- Determinar el nivel de conocimiento en el familiar con un paciente, con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión alimentación, en el Asilo San José, Arequipa 2015.
- Determinar el nivel de afrontamiento afectivo en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión emocional, en el Asilo San José, Arequipa, 2015.
- Determinar el nivel de afrontamiento afectivo en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión conductual, en el Asilo San José, Arequipa, 2015.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La investigación fue trascendente ya que sirvió de base para posteriores investigaciones.

Como Profesional de Salud puede ser un arma contra estos problemas que se presentan siendo una guía para el cuidador del paciente con alzhéimer dando señales de alerta, enseñando al familiar o a los familiares dependiendo de cómo ellos se sientan emocional, psicológicamente para dar un buen cuidado y no ser un cuidador sobrecargado, siendo un instrumento de aprendizaje en el desarrollo de la enfermedad del ser que aman.

Para observar la realidad de los conocimientos sobre los cuidados en pacientes con Alzheimer Se aportara bases científicas como nuevos conocimientos sobre los cuidados en pacientes con Alzheimer.

Tiene una relevancia práctica ya que las cifras nos evidencian la necesidad de fortalecer la prevención al trabajar por la salud.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Pérez Perdomo Marta, Cartaya Poey Margarita, Olano Montes de Oca Bárbara L.(Venezuela 2012) Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer no solo afecta a la persona que la padece, sino que también repercute de manera muy importante en la familia. El cuidado de estos pacientes eleva la morbilidad psicológica y el estrés de los cuidadores principales. El propósito de este estudio fue identificar las variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de estos pacientes.

Se realizó un estudio descriptivo que incluyó a 100 cuidadores de adultos mayores con demencia leve y moderada, que asistieron a la Consulta de Trastornos Cognitivos del Hospital "Carlos J. Finlay". Entre las características socio-demográficas predominaron los

cuidadores del sexo femenino, el grupo de edad entre 40 y 49 años y los cuidadores con grado de consanguinidad con el anciano. Además, predominó entre los cuidadores el estado civil casado y la mayoría de los cuidadores tienen vínculo laboral. La sobrecarga y la depresión experimentada por los cuidadores principales fueron elevadas. Las variables asociadas a la depresión y la sobrecarga fueron los cuidadores principales que no reciben apoyo y sus pacientes presentaban trastornos en los hábitos alimentarios.⁷

M^a Vicenta Roig, M^a Carmen Abengózar* y Emilia Serra (Bolivia 2014) La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer El presente estudio mide la sobrecarga experimentada por los principales cuidadores de enfermos de Alzheimer. La muestra está compuesta de 52 sujetos de ambos sexos, con las siguientes características: sujetos a partir de 20 años de edad y sin límite superior, cuidadores principales de ancianos con demencia tipo Alzheimer, que convivían bajo el mismo techo cuidador-enfermo, compartían las actividades de la vida cotidiana. Por último, los ancianos dementes no debían estar institucionalizados.

Se controlaron las variables: edad, sexo, estado civil, n^o de hijos, nivel de estudios, nivel económico, tipo de vínculo, tiempo de cuidado y el nivel de demencia (CAMDEX), así como las respuestas de los sujetos a un cuestionario sobre la Sobrecarga en Cuidadores de Ancianos con Demencia(SCAD).

Los resultados de este estudio indican que experimentaron mayor sobrecarga los cuidadores que son mujeres, mayores de 56 años, casadas, con un hijo, con nivel de estudios bajo-medio, de bajo nivel económico, que cuidan al enfermo alrededor de 10-12 años y que cuidan a enfermos en 3^a fase.⁸

2.1.2. A nivel nacional

Gómez N. (2013) Funcionamiento psicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer La enfermedad de Alzheimer es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. La demencia cursa frecuentemente con síntomas conductuales y psicológicos, también denominados síntomas conductuales y emocionales o síntomas neuropsiquiátricos y que genera, sobrecarga en los cuidadores informales, con consecuencias fisiológicas, físicas y económicas. Se ha estudiado una muestra de 350 cuidadores principales informales de pacientes con Enfermedad de Alzheimer, para determinar los perfiles sociodemográficos del cuidador, la carga emocional y de trabajo, las consecuencias del cuidado, el malestar psíquico del cuidador, y en particular el nivel de sintomatología depresiva de los mismos. Analizamos también, la red de apoyo social y las repercusiones en la calidad de vida del cuidador.

Los resultados del estudio confirman una elevada carga asociada al cuidado de los pacientes con demencia tipo Alzheimer, problemas de salud psíquica, principalmente sintomatología depresiva y repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el cuidador. ⁴

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Concepto de conocimiento

“Acto de pensamiento mediante el cual se obtiene representaciones legítimas de la naturaleza”, de las cualidades y relaciones de los objetos. Acto de conocer sobre un determinado

tema con datos reales y verídicos obtenidos por información. La fuente del conocimiento es el mundo exterior que rodea al hombre, influye en él y le provoca sensaciones, proporcionándole nociones y conceptos.⁹

2.2.2. Teorías sobre el origen del conocimiento

Los teóricos del conocimiento están de acuerdo en que hay dos fuentes fundamentales en la adquisición de conocimiento. Estas dos fuentes son la experiencia (sensible) y la razón. Tanto de los sentidos como la razón o entendimiento son indispensables para la producción de conocimientos. No estando otros de acuerdo, esto ha originado dos corrientes opuestas.

El racionalismo: se denomina a la doctrina epistemológica que sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento. En la razón.

Afirma que un conocimiento solo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. Para esta corriente, el conocimiento es objetivo y da énfasis al objeto de conocimiento del cual, según se afirma, existe independientemente el sujeto cognoscente.

El empirismo: el empirismo (del griego *empereimia* =experiencia-⁹ opone la antítesis y dice que la única causa o fuente del conocimiento humano es la experiencia sensible. Según el empirismo, la conciencia cognoscente no obtiene sus conceptos de la razón, sino exclusivamente de la experiencia.¹⁰

2.2.3. Tipos de Conocimiento

Conocimiento empírico

El conocimiento empírico es aquel basado en la experiencia, experimentación e investigación, y en último término, en la percepción, pues nos dice qué es lo que existe y cuáles son sus características, pero no nos dice que algo deba ser necesariamente así y no de otra forma; tampoco nos da verdadera universalidad. Consiste en todo lo que se sabe y que es repetido continuamente teniendo o sin tener un conocimiento científico.¹¹

Conocimiento científico

El conocimiento científico es una aproximación crítica a la realidad apoyándose en el estudio del método científico que, fundamentalmente, trata de percibir y explicar desde lo esencial hasta lo más prosaico, el porqué de las cosas y su devenir.¹¹

Para la Real Academia Española, conocer es tener noción, por el ejercicio de las facultades, de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Conocimiento es la acción y efecto de conocer; el sentido de cada una de las aptitudes que tiene el individuo de percibir, por medio de sus sentidos corporales, las impresiones de los objetos externos, conocimiento es todo aquello capaz de ser adquirido por una persona en el subconsciente.

El filósofo Karl Popper acepta que la finalidad de la ciencia es la verdad,¹ pero, en principio, evita el uso del término para la investigación científica y desplaza la cuestión hacia un punto de vista más delimitado: el de la demarcación, donde el éxito de la ciencia se mide por su capacidad para desenmascarar las

doctrinas engañosas y repudiar las teorías inconsistentes, aceptando sólo provisionalmente las teorías corroboradas.

Según Imre Lakatos la única forma de justificar el conocimiento científico es a través de la crítica y contrastabilidad de nuestros ensayos de solución a los problemas surgidos en la tensión entre nuestro conocer y nuestro ignorar: "El método de la ciencia, es pues, el de las tentativas de solución, el del ensayo o idea de solución, sometido al más estricto control crítico, no es sino una prolongación crítica del método del ensayo y el error".¹¹

La crítica consiste en intentos de refutación: si la crítica tiene éxito se descarta el ensayo de solución refutado y se busca otro; si resiste a la crítica se acepta provisionalmente en cuanto digno de seguir siendo discutido, y si persiste en resistir la crítica se puede estimar corroborado, pero eso no significa que se le acepte como verdadero, solamente significa que, de momento, no se han encontrado razones para desecharlo.¹¹

El avance en el conocimiento científico se produce en cuanto los científicos al abandonar las teorías refutadas, por las investigaciones están obligados a reemplazarlas por nuevos ensayos de solución y eso conduce a descubrimientos e innovaciones. Así la propuesta de Popper "...no es salvarles la vida a los sistemas insostenibles sino, por el contrario, elegir el que comparativamente sea más apto, sometiéndolos a todos a la más áspera lucha por la supervivencia".

Según el filósofo de la ciencia Paul Feyerabend, no es efectivo que la noción de conocimiento válido se reduzca al conocimiento científico. Dando por supuesto que, en la medida que nuestro etnocentrismo nos hace ver la realidad con el prisma de la

racionalidad occidental, esta resulta perfectamente coherente con la idea del progreso ininterrumpido del conocimiento científico; Feyerabend, también cree que la razón no es la única forma de inteligibilidad y tampoco la última: "La ciencia es una de las muchas formas de pensamiento que el hombre ha desarrollado y no necesariamente la mejor".¹³

2.2.4. Características del conocimiento

Es evidente que cualquier imagen no es conocimiento, para serlo tienen que ofrecer ciertas características:

Objetividad: es el respeto por los hechos, los sucesos, por su independencia, tal como son.

Validez: es un conocimiento necesario cuando es válido para todas las épocas y todos los lugares.

Universalidad: un conocimiento universal es aquel que es válido para todos los hombres y se impone con fuerza impulsiva.

Fundamentación: un conocimiento fundamentado quiere decir que es justificado, que se apoya en demostraciones, pruebas o documentos.¹³

2.2.5. El cuidado

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo (Collière, 1993). Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados.

Descubierta progresivamente por tanteos, ensayos y errores, este conocimiento de la naturaleza favorece la adquisición del “saber hacer”, del “saber usar”, que elaborándose y desarrollándose constituye un patrimonio de ritos y creencias en el seno del grupo. Con unas atribuciones de las que algunas serán más cosa de hombres, mientras que otras serán primordialmente cosa de mujeres.

Agulló (2002) afirma que cuidar no es únicamente una actividad física sino también, y fundamentalmente, una actividad mental; cuidar significa, sobre todo, planificar y estar pendiente, prever las necesidades antes de que surjan.

Collière (1993) diferencia los términos care y cure en la acción de cuidar.

Entiende como los cuidados habituales relacionados con los valores, las costumbres, el cuidado del día a día, el cotidiano. En él se desarrollan habilidades y conocimientos que las personas tienen interiorizadas como resultado de los aprendizajes que han adquirido a lo largo de la vida y del contexto social. Son cuidados que se orientan a la promoción, prevención y resolución de posibles alteraciones de salud, sin una intervención compleja de tecnología o de conocimiento experto. Entiende como cure aquellos cuidados que tienen como objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas. Estos cuidados suelen apartar a la persona de su ambiente por los requerimientos que la atención compleja requiere. También manifiesta que si no se trabaja conjuntamente con los dos tipos de cuidados se puede retardar e incluso retroceder en el proceso de salud.

Los elementos diferenciadores entre el cuidado informal y el formal residen según Herrera (1998) en que el proveedor del cuidado formal es un profesional que oferta un servicio específico y que ha realizado una preparación que lo habilita. Es por tanto un status adquirido al contrario del status per se del cuidador informal y que además desempeña tareas concretas de asistencia especializada, a diferencia de la atención generalizada del cuidado informal. A ello hay que sumar, que la prestación del cuidado por parte del cuidador formal es universal, se da a cualquiera que tenga necesidad, sin preexclusiones, mientras que el informal se circunscribe al ámbito familiar o doméstico del proveedor. Así también la relación asistente-asistido, en el caso del cuidado formal, está caracterizada por una neutralidad afectiva en contra de la implicación emocional del cuidador informal.¹⁴

2.2.6. El cuidado al paciente con Alzheimer

Así como otras enfermedades son tratadas por profesionales de la salud, las demencias son llevadas en los domicilios por los miembros de la familia especialmente por las mujeres, que con una gran entrega y con ninguna o escasa preparación cuidan al paciente (Nolan M, Grant G, Keady, 1996). Al mismo tiempo que se inicia el proceso demencial, se instaura el proceso cuidador, proceso que pasa por diferentes fases:

- a) Inicial, caracterizada por el desconocimiento,
- b) Intermedia, caracterizada por el cansancio y
- c) Severa caracterizada por el desbordamiento o, por el contrario, por el acostumbamiento

Desde el instante en que la enfermedad de Alzheimer hace su incursión en el seno de una familia, ésta se convierte en el pilar básico del cuidado del enfermo, debiendo dispensar,

generalmente de por vida, una serie de cuidados que van aumentando en número y complicándose en dificultad a medida que avanza la enfermedad. A cambio de esta abnegada labor, hasta ahora las familias cuidadoras están recibiendo de las Administraciones socio sanitarias y de la sociedad en general: escaso reconocimiento social, insuficientes recursos para su información y formación, exiguos sistemas de asesoramiento tanto socio sanitario como jurídico y económico, minúsculas medidas, tanto nacionales como autonómicas, de protección. (CEAFA, 2003).

Según investigación llevada a cabo por de la Cuesta (2004), los cuidadores se abren camino conjeturando con base en opiniones, en cosas que intuitivamente les parecen, que su experiencia o conocimiento del paciente les dicta. Así, el mundo del cuidado a un paciente con demencia es un mundo extraordinario en el sentido de que es un mundo de conjeturas, de pruebas y de perseverancia; la inteligencia práctica es la que gobierna este mundo, pero no proporciona un conocimiento estable. Los cuidadores se enfrentan a una amplia gama de variaciones, de contingencias. Esta situación les exige gran versatilidad y flexibilidad; pondrán en marcha su inteligencia práctica, inventarán un lenguaje para comunicarse con sus pacientes, construirán un mundo físico y social que les respalde.

El cuidado a pacientes con demencia avanzada es intenso, exige dedicación y vigilancia constantes (Conde, 1998; de la Cuesta, 2004). La construcción de sí mismo como cuidador hace que el cuidado del paciente con demencia sea un trabajo artesanal (de la Cuesta, 2004). En la interacción cotidiana, los cuidadores construyen el cuidado, esto es, crean artimañas, engaños y trampas en las que cae ingenuamente el paciente. Además elaboran un lenguaje único y construyen un entorno social y

material.¹⁵

2.2.7. El aprendizaje del cuidador familiar

La mayoría de los cuidadores no tienen un aprendizaje de los cuidados que deben ofrecer y cómo realizarlos a una persona enferma de Alzheimer.

Cuando el familiar tiene que asumir el papel de cuidador en casa siente que está poco preparado y desencadena un sentimiento que O'Connel y Baker (2004) describen metafóricamente como una sensación de ser "tirado al mar y tener que aprender a nadar o ahogarse".

Este aprendizaje no refleja una planificación previa debido en parte al desconocimiento que los cuidadores tienen de la evolución de la enfermedad.

Se encuentran sorprendidos sin preparación para asumir el cuidado, formando parte así de la génesis del cuidador (Gómez, 2007).

Ningún cuidador posee un manual de instrucciones sobre cómo debe ser el cuidado. La falta de conocimientos sobre la patología del familiar confunde a los cuidadores sin saber a veces qué actitud tomar. Los cuidadores aprenden a tener mucha paciencia, algunos verán sus rutinas modificadas, teniendo que adaptarse a los nuevos acontecimientos, otros desfallecerán y no podrán seguir prestando el cuidado.

Necesidades formativas de los cuidadores

En la mayoría de las familias, el cuidado es construido y modificado a partir de la acción y reacción, de acierto y error, sin tener mucha preparación.

Se percibe que el cuidado prestado por el familiar es mucho más instintivo, cultural y natural que el técnico y científico. El desgaste y sufrimiento causados por la inseguridad y falta de preparación podrían ser minimizados potencialmente a través de la orientación, educación propiamente de los profesionales de la salud.

Sin duda, son este tipo de hechos los que han llevado a diferentes investigadores a señalar que, particularmente en las fases iniciales de la demencia, los cuidadores tienen importantes “necesidades educativas”.

Los cuidadores tienen, en términos generales, niveles bajos de conocimiento sobre prevalencia, causas y síntomas de la demencia (Werner, 2001) y, aunque en el estudio de Werner (2001) no se encontró una relación significativa entre conocimientos sobre estos aspectos y la carga, sí se ha encontrado que un mayor conocimiento se asocia con niveles significativamente inferiores de depresión (Graham et al., 1997), pero también con niveles superiores de ansiedad (Graham et al., 1997; Proctor et al., 2002). Es importante tener en cuenta que en el estudio de Proctor y otros (2002) se encontró que uno de los mejores predictores de la ansiedad es la duración de la demencia, encontrándose una asociación significativa entre ambas variables en sentido negativo. Por lo tanto, es posible que esta asociación entre un mayor conocimiento de la enfermedad y la ansiedad esté influenciada por encontrarse en los cuidadores en fases iniciales

de la enfermedad, esto es, en una fase de adaptación a la situación.

La manera en la que un cuidador interprete los comportamientos problemáticos del familiar influye en su respuesta y habilidad o disposición para realizar ajustes y responder a las necesidades del familiar. Muchos cuidadores malinterpretan los síntomas de sus familiares debido al desconocimiento que tienen sobre las demencias (Mittelman et al., 2004). Con frecuencia (si no siempre), los cuidadores no están preparados para las demandas asociadas al cuidado de personas con demencia (Kaplan, 1996) o pueden necesitar ayuda en algún momento del proceso de la enfermedad (Gruetzner, 1992).¹⁶

2.2.8. Buscando información, adquiriendo conocimientos

El desarrollo del papel del cuidador comienza de forma imprevista e incierta, Brereton et Nolan (2000) identifican como aspectos característicos de este periodo la incertidumbre y confusión en cuanto a la capacidad propia del cuidador para desempeñar ese rol. Las acciones de los cuidadores se centran en la búsqueda de información que permita mejorar esa incertidumbre

Las cuidadoras se perciben así mismas como “encerradas” a la vez que realizan una labor delicada y exigente. En muchos casos sienten confusión ante la incertidumbre del proceso de enfermedad y desconocen los apoyos con los que pueden contar. El modo de afrontar el proceso y de asumir el rol depende de múltiples factores: contar con otros apoyos familiares o profesionales o haber recibido suficiente información y formación (Gil, Escudero, Prieto, Frías, 2005).

La responsabilidad y la obligación que siente el cuidador hacia su familiar con demencia, lo sitúan frente a la acción de cuidar. Estar en esa posición le exige: primero, informarse sobre la demencia; segundo, obtener aprendizajes a través de la experiencia, que le permitan la organización de recursos y acciones para el cuidado, así como el manejo del tiempo; y tercero hacerse capaz (Gómez, 2007).

Comprender la dimensión y el alcance de la demencia facilita la permanencia de quien cuida en la acción de cuidar; saber que el ser querido es caprichoso, inestable y olvidadizo porque está padeciendo una enfermedad, lleva al cuidador a querer saber más sobre ella y su manejo, a entender que las personas con demencia necesitan atención permanente y que lo variable y cambiante de su conducta le exige, como cuidador, adaptación para hacer frente a las vicisitudes del cuidado. Informarse es parte de esta adaptación.

Estudios relacionados con el nivel académico de los cuidadores familiares, evidencian que a un mayor nivel académico en éstos, puede permitir un mejor conocimiento de los recursos disponibles y la utilización de los mismos, al mismo tiempo que en aquellos problemas que consideren irreversibles intentar encontrar una vivencia positiva y que les reporte un aprendizaje.

Los cuidadores familiares

La familia constituye el principal y, prácticamente, el único núcleo de prestación de cuidados en la mayoría de las sociedades. Los cambios que se vienen produciendo en la organización social y sobre todo en la familia están poniendo en peligro las prestaciones de cuidados en el ámbito familiar

Los cuidadores son cada vez más mayores y cuidan por más tiempo. La media de edad de los cuidadores en Perú está en los 52 años. Nuestra sociedad se enfrenta a un problema importante cuya solución no es fácil: cada vez hay un mayor número de personas mayores en situación de fragilidad y dependencia y, sin embargo, cada vez son menores las redes de apoyo familiar, lo que determina que las familias y los cuidadores principales se enfrenten a un número progresivamente mayor de dificultades.

A esta situación hay que añadir que, tal y como se refleja en la literatura especializada, cuidar de personas mayores dependientes, especialmente si éstas tienen demencia, suele asociarse a consecuencias negativas para la salud física y psicológica de los cuidadores.

De forma más específica, un significativo número de cuidadores padece depresión y ansiedad, y los cuidadores hacen un mayor uso de medicamentos e informan de un mayor número de problemas crónicos de salud y de un peor funcionamiento inmune que las personas no cuidadoras.

En nuestro país, los resultados de un estudio representativo realizado por el IMSERSO (2005) señalan que un 55,6% de los cuidadores informa de que el cuidado ha afectado negativamente a su salud, señalando un 11,1% que han tenido que acudir a la consulta del psicólogo o psiquiatra por motivos relacionados con el cuidado. A pesar de esto, es igualmente significativo señalar que el cuidado afecta, además de a la salud, a áreas de la vida de los cuidadores tales como el ocio y tiempo libre, la vida familiar (un 80,2% de los cuidadores informa de que tienen problemas en éstas áreas a consecuencia del cuidado) y el trabajo o la economía (un 61,1% presenta problemas de este tipo).

Se calcula que más del 50% de los cuidadores dedican, como promedio, de 4 a 5 horas al día durante los 7 días de la semana al cuidado de su familiar (INSERSO 1995; Stone, Cafferata y Sangl, 1987), siendo la media de horas dedicadas al cuidado en la población general de 10.6 horas al día, considerando tanto a los cuidadores de personas con deterioro cognitivo como funcionales (Rodríguez, 2004). En el caso de los cuidadores de familiares con la enfermedad de Alzheimer, éstos dedican entre 60 y 75 horas semanales a las responsabilidades del cuidado (Boada et al., 1999; Haley, 1997) y la ayuda que reciben de cuidadores secundarios es, en muchos casos, escasa vigilancia de los sujetos con demencia, “sacarles a pasear”, hacer compañía.

El perfil del cuidador familiar

Para entender mejor cómo los cuidadores aprenden a cuidar, es necesario conocer las características propias de dicho cuidador, qué cuidados prestan, en qué contexto desarrollan los cuidados, con qué recursos cuentan y cuáles son sus capacidades y habilidades.

Encontramos estudios que coinciden en describir el perfil del cuidador, (García et al., 1999; Millán et al., 1998; Valles et al., 1998; Gómez et al., 1997; Valderrama et al., 1997; Algado et al., 1997; Mota y Unzueta, 1995; Muñoz et al., 1995; Rubio et al., 1995; Bilbao et al., 1994; Puig et al., 1992), llegando a las siguientes conclusiones: La cuidadora principal es una mujer, en más del 90% de los casos. La edad media de las cuidadoras está alrededor de los 50 años. Éstas se encuentran en una situación de fragilidad, hay estudios que revelan que un 78% padecen una enfermedad crónica (López y col., 1999) y que en muchos casos el cuidador está discapacitado (Puga y Abellán, 2004).

Cuando la cuidadora es mujer su vulnerabilidad es mayor pues como esposas e hijas suelen proveer la mayor parte del cuidado de larga duración (Yanguas Lezaun y col., 2001) experimentan mayor desgaste por el cuidado y están expuestas a padecer discapacidades. Se ha encontrado que la discapacidad comienza a aumentar de forma progresiva entre las mujeres a partir de los 50 años (Puga González y Abellán García, 2004).

En los estudios que se centran exclusivamente en cuidadores de pacientes adultos y ancianos, esta edad aumenta considerablemente. Con frecuencia, el cuidador principal es también anciano, existiendo un porcentaje de un 10% de cuidadores mayores de 74 años (Ortuño y Ferreres, 1996). La relación de parentesco con el paciente es normalmente, de cónyuge o hija en la mayoría de los casos. Con respecto a la situación laboral, la inmensa mayoría (más del 80%) son amas de casa sin trabajo remunerado. La mayoría cuenta sólo con estudios primarios o sin estudios. Más de la mitad de las cuidadoras no reciben ningún tipo de ayuda. Las que reciben ayuda es fundamentalmente de la red informal, y en un número muy reducido es de carácter institucional (menos del 10%). En algunos estudios se pone de manifiesto que la percepción de la familia sobre la ayuda que recibe del sistema sanitario y social público es nula, dándose en algunos casos situaciones de enfrentamiento entre familia y profesionales sanitarios (Bazo, 1998).¹⁷

2.2.9. Alzheimer

Concepto: La enfermedad de Alzheimer (EA), también denominada mal de Alzheimer, demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) o simplemente alzhéimer, es una enfermedad neurodegenerativa que

se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida inmediata de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada después del diagnóstico de 10 años, aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, es incurable y terminal, que aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad.³ Los síntomas de la enfermedad como una entidad nosológica definida fue identificada por Emil Kraepelin, ⁴ mientras que la neuropatología característica fue observada por primera vez por Alois Alzheimer en 1906.^{5 6 7} Así pues, el descubrimiento de la enfermedad fue obra de ambos psiquiatras, que trabajaban en el mismo laboratorio. Sin embargo, dada la gran importancia que Kraepelin daba a encontrar la base neuropatológica de los desórdenes psiquiátricos, decidió nombrar la enfermedad alzhéimer en honor a su compañero.

Imagen histopatológica de placas seniles vista en la corteza cerebral de un paciente con la enfermedad de Alzheimer. Impregnación con plata.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por la pérdida de neuronas y sinapsis en la corteza cerebral y en ciertas regiones subcorticales. Esta pérdida resulta en una atrofia de las regiones afectadas, incluyendo una degeneración en el lóbulo temporal y parietal y partes de la corteza frontal y la circunvolución cingulada.³⁸

Neuropatología

Las placas son depósitos densos, insolubles, de la proteína beta-amiloide y de material celular que se localizan fuera y alrededor de las neuronas. Estas continúan creciendo hasta formar fibras entretrejidas dentro de la célula nerviosa, los llamados ovillos. Es probable que muchos individuos, en su vejez, desarrollen estas placas y ovillos como parte del proceso normal de envejecimiento, sin embargo, los pacientes con Alzheimer tienen un mayor número en lugares específicos del cerebro como el lóbulo temporal.⁶⁵

Bioquímica

La enfermedad de Alzheimer se ha definido como una enfermedad que desdobra proteínas o proteopatía, debido a la acumulación de proteínas A β y tau, anormalmente dobladas, en el cerebro.⁶⁶ Las placas neuríticas están constituidas por pequeños péptidos de 39–43 aminoácidos de longitud, llamados beta-amiloides (abreviados A-beta o A β). El beta-amiloide es un fragmento que proviene de una proteína de mayor tamaño conocida como Proteína Precursora de Amiloide (APP, por sus siglas en inglés). Esta proteína es indispensable para el crecimiento de las neuronas, para su supervivencia y su reparación postdaño.^{67 68} En la enfermedad de Alzheimer, un proceso aún desconocido es el responsable de que la APP sea dividida en varios fragmentos de menor tamaño por enzimas que catalizan un proceso de proteólisis.⁶⁹ Uno de estos fragmentos es la fibra del beta-amiloide, el cual se agrupa y deposita fuera de las neuronas en formaciones microscópicamente densas conocidas como placas seniles.

La enfermedad de Alzheimer se considera también una tauopatía, debido a la agregación anormal de la proteína tau. Las neuronas sanas están compuestas por citoesqueleto, una estructura intracelular de soporte, parcialmente hechas de microtúbulos. Estos

microtúbulos actúan como rieles que guían los nutrientes y otras moléculas desde el cuerpo hasta los extremos de los axones y viceversa. Cada proteína tau estabiliza los microtúbulos cuando es fosforilado y por esa asociación se le denomina proteína asociada al microtúbulo. En el alzhéimer, la tauopatía procede por cambios químicos que resultan en su hiperfosforilación, se une con otras hebras tau creando ovillos de neurofibrillas y, de esta manera, desintegra el sistema de transporte de la neurona.

Enzimas actuando sobre la proteína precursora de Amiloides (APP) cortándola en fragmentos de beta-amiloide, los cuales son indispensables para la formación de las placas seniles del Alzheimer.

Patología

En la enfermedad de Alzheimer, los cambios en la proteína tau producen la desintegración de los microtúbulos en las células cerebrales.

No se ha explicado por completo cómo la producción y agregación de los péptidos A β juegan un rol en el Alzheimer. La fórmula tradicional de la hipótesis amiloide apunta a la acumulación de los péptidos A β como el evento principal que conlleva la degeneración neuronal. La acumulación de las fibras amiloides, que parece ser la forma anómala de la proteína responsable de la perturbación de la homeostasis del ion calcio intracelular, induce la muerte celular programada, llamada apoptosis. Se sabe también, que la A β se acumula selectivamente en las mitocondrias de las células cerebrales afectadas en el Alzheimer y que es capaz de inhibir ciertas funciones enzimáticas, así como alterar la utilización de la glucosa por las neuronas.

Varios mecanismos inflamatorios y la intervención de las citoquinas pueden también jugar un papel en la patología de la enfermedad de Alzheimer. La inflamación es el marcador general de daño en los tejidos en cualquier enfermedad y puede ser secundario al daño producido por el alzhéimer, o bien, la expresión de una respuesta inmunológica.

Genética

La gran mayoría de los pacientes de esta enfermedad tienen o han tenido algún familiar con dicha enfermedad. También hay que decir que una pequeña representación de los pacientes de Alzheimer es debido a una generación autosomal dominante, haciendo que la enfermedad aparezca de forma temprana. En menos de un 10% de los casos, el alzhéimer aparece antes de los 60 años de edad como consecuencia de mutaciones autosómicas dominantes, representando, apenas, un 0,01% de todos los casos. Estas mutaciones se han descubierto en tres genes distintos: el gen de la proteína precursora de amiloide (APP) y los genes de las presenilinas. Si bien la forma de aparición temprana de la enfermedad de Alzheimer ocurre por mutaciones en tres genes básicos, la forma más común no se ha podido explicar con un modelo puramente genético. La presencia del gen de la apolipoproteína E es el factor de riesgo genético más importante para padecer Alzheimer, pero no permite explicar todos los casos de la enfermedad.

En 1987, se descubrió la relación de la enfermedad de Alzheimer con el cromosoma 21. Esto fue importante porque la mayoría de los afectados por el "síndrome de Down" o trisomía del cromosoma 21, padecen lesiones neuropatológicas similares a las del Alzheimer. Dentro del cromosoma 21 encontramos el gen PPA, John Hardy y sus colaboradores en 1991 afirmaron este gen causa la

Enfermedad de Alzheimer en un reducido número de familias. Sin embargo, se considera que de entre 5-10% de los familiares con la enfermedad precoz es debido a una mutación de este gen. Las investigaciones dentro de este gen se han centrado en el péptido Ab (todas las mutaciones se encuentran alrededor de este péptido). Las mutaciones producían un aumento de las concentraciones del péptido Ab. Esto llevó a la formación de la hipótesis de "cascada amiloide" en los años 90. La "cascada ameloide" consiste en que la gran producción de Ab llevaría a la formación de depósitos en formas de placas seniles. Estas placas seniles serían nocivas para las células que producirían ovillos neurofibrilares, la muerte celular y la demencia. Más tarde se vio en un grupo amplio de familias el ligamiento de la enfermedad del Alzheimer con el cromosoma 14. Pero esto llevó a una cadena de errores y con ello unas conclusiones erróneas. Rudy Tanzi y Peter St George-Hyslop en 1995, mediante las técnicas de clonaje descubrieron otro gen S182 o Presenilin-1 (PS1). Este gen se encuentra entre los dominios 9 y 8 de transmembrana (con dos regiones hidrofílicas). A este gen se le atribuyó más de 30 mutaciones. Este gen interviene en procesos de apoptosis y es fundamental durante el desarrollo. La mayoría de las mutaciones del gen Presenilin-1 (PS1) provocan un cambio en la estructura primaria. La PS1 y la enfermedad del Alzheimer no tienen una clara relación, pero hay que destacar los pacientes que tuvieron mutaciones que aumentan Ab en el plasma. Poco más tarde se descubrió un nuevo gen que se denomina presenilina-2 (PS2) y también provoca el ascenso en la concentración de Ab, aunque las mutaciones observadas son de menor cantidad que los otros genes (PPA y PS1). La PS2 está formada por 8-9 dominios transmembrana.

La mayoría de las mutaciones en el gen de la APP y en los de las presenilinas, aumentan la producción de una pequeña proteína llamada beta-amiloide (Abeta 2), la cual es el principal componente de las placas seniles.

Aunque la mayoría de los casos de Alzheimer no se deben a una herencia familiar, ciertos genes actúan como factores de riesgo. Un ejemplo es la transmisión familiar del alelo e4 del gen de la apolipoproteína E. Este gen se considera un factor de riesgo para la aparición de Alzheimer esporádico en fases tardías produciendo un 50% de los casos Alzheimer. Además de éste, alrededor de 400 genes han sido también investigados por su relación con el Alzheimer esporádico en fase tardía. Así pues, los genetistas coinciden en que hay más genes que actúan como factores de riesgo, aunque también afirman que existen otros que tienen ciertos efectos protectores que conllevan a retrasar la edad de la aparición del Alzheimer. Un ejemplo es la alteración en el gen de la reelina, que contribuye a aumentar el riesgo de aparición del alzhéimer en mujeres.¹⁸

2.2.10. Cuadro clínico

Pre demencia

Los primeros síntomas, con frecuencia, se confunden con la vejez o estrés en el paciente.⁸ Una evaluación neuropsicológica detallada es capaz de revelar leves dificultades cognitivas hasta 8 años antes de que la persona cumpla los criterios de diagnóstico.⁸³ Estos signos precoces pueden tener un efecto sobre las actividades de la vida diaria. La deficiencia más notable es la pérdida de memoria, manifestada como la dificultad de recordar hechos recientemente aprendidos y una inhabilidad para adquirir nueva información. Dificultades leves en las funciones

ejecutivas—atención, planificación, flexibilidad y razonamiento abstracto— o trastornos en la memoria semántica—el recordar el significado de las cosas y la interrelación entre los conceptos— pueden también ser síntomas en las fases iniciales del alzhéimer. Puede aparecer apatía, siendo uno de los síntomas neuropsiquiátricos persistentes a lo largo de la enfermedad.^{90 91 92} La fase preclínica de la enfermedad es denominada por algunos deterioro cognitivo leve,⁹³ pero aún existe debate si el término corresponde a una entidad diagnóstica independiente o si, efectivamente, es la primera etapa de la enfermedad.

Demencia inicial

La disminución en la destreza de la coordinación muscular de pequeños movimientos, como el tejer, comienzan a aparecer en el paciente de Alzheimer en las fases iniciales de la enfermedad.

Los síntomas en esta fase inicial van desde una simple e insignificante, pero a veces recurrente, pérdida de memoria (como la dificultad en orientarse uno mismo en lugares como calles al estar conduciendo el automóvil), hasta una constante y más persuasiva pérdida de la memoria conocida como memoria a corto plazo, presentando dificultades al interactuar en áreas de índole familiar como el vecindario donde el individuo habita.

Además de la recurrente pérdida de la memoria, una pequeña porción de los pacientes presenta dificultades para el lenguaje, el reconocimiento de las percepciones—agnosia—o en la ejecución de movimientos—apraxia—con mayor prominencia que los trastornos de la memoria. El alzhéimer no afecta las capacidades de la memoria de la misma forma. La memoria a largo plazo o memorias episódicas, así como la memoria semántica o de los hechos aprendidos y la memoria implícita, que es la memoria del

cuerpo sobre cómo realizar las acciones (tales como sostener el tenedor para comer), se afectan en menor grado que las capacidades para aprender nuevos hechos o el crear nuevas memorias.

Los problemas del lenguaje se caracterizan, principalmente, por una reducción del vocabulario y una disminución en la fluidez de las palabras, lo que conlleva a un empobrecimiento general del lenguaje hablado y escrito. Usualmente, el paciente con Alzheimer es capaz de comunicar adecuadamente las ideas básicas.^{98 99 100} También aparece torpeza al realizar tareas motoras finas, tales como escribir, dibujar o vestirse, así como ciertas dificultades de coordinación y de planificación. El paciente mantiene su autonomía y sólo necesita supervisión cuando se trata de tareas complejas.

En esta etapa es frecuente que la persona se desoriente en la calle y llegue a perderse, por lo que se recomienda tomar precauciones:

- Colocando en su muñeca una pulsera con un número de teléfono de contacto.
- Avisar a conocidos de la situación para que alerten a la familia en caso de encontrar al enfermo de alzhéimer deambulando.
- Usando un localizador GPS para personas con alzhéimer, con el que la familia siempre pueda saber dónde está. Hay localizadores por teleasistencia, en los que el cuidador tiene que llamar a una teleoperadora para saber la posición de la persona que lleva el dispositivo, y localizadores directos, en los que el cuidador tiene un receptor con el que pulsando un

botón ve en la pantalla un mapa y la posición exacta de la persona.

Demencia moderada

Conforme la enfermedad avanza los pacientes pueden realizar tareas con cierta independencia (como usar el baño), pero requerirán asistencia en la realización de tareas más complejas (como ir al banco, pagar cuentas, etc.). Paulatinamente llega la pérdida de aptitudes como las de reconocer objetos y personas. Además, pueden manifestarse cambios de conducta como, por ejemplo, arranques violentos incluso en personas que jamás han presentado este tipo de comportamiento.

Los problemas del lenguaje son cada vez más evidentes debido a una inhabilidad para recordar el vocabulario, lo que produce frecuentes sustituciones de palabras erróneas, una condición llamada parafasia. Las capacidades para leer y escribir empeoran progresivamente. Las secuencias motoras complejas se vuelven menos coordinadas, reduciendo la habilidad de la persona de realizar sus actividades rutinarias. Durante esta fase, también empeoran los trastornos de la memoria y el paciente empieza a dejar de reconocer a sus familiares y seres más cercanos. La memoria a largo plazo, que hasta ese momento permanecía intacta, se deteriora.

El paciente con Alzheimer no muere por la enfermedad, sino por infecciones secundarias como una llaga de presión o úlcera de decúbito, lesiones que se producen cuando una persona permanece en una sola posición por mucho tiempo.

En esta etapa se vuelven más notorios los cambios en la conducta. Las manifestaciones neuropsiquiátricas más comunes son las

distracciones, el desvarío y los episodios de confusión al final del día (agravados por la fatiga, la poca luz o la oscuridad), así como la irritabilidad y la labilidad emocional, que incluyen llantos o risas inapropiadas, agresión no premeditada e incluso la resistencia a las personas a cargo de sus cuidados. En aproximadamente el 30% de los pacientes aparecen ilusiones en el reconocimiento de personas. También puede aparecer la incontinencia urinaria.¹⁰⁹ Estos síntomas estresan a los familiares y a personas a cargo del cuidado del paciente y pueden verse reducidos si se le traslada a un centro de cuidados a largo plazo.

Demencia avanzada

La enfermedad trae deterioro de masa muscular perdiéndose la movilidad, lo que lleva al enfermo a un estado de encamamiento la incapacidad de alimentarse a sí mismo, junto a la incontinencia, en aquellos casos que la muerte no haya llegado aún por causas externas (infecciones por úlceras o neumonía, por ejemplo). El lenguaje se torna severamente desorganizado llegándose a perder completamente. A pesar de ello, se conserva la capacidad de recibir y enviar señales emocionales. Los pacientes no podrán realizar ni las tareas más sencillas por sí mismos y requerirán constante supervisión, quedando así completamente dependientes. Puede aún estar presente cierta agresividad, aunque es más frecuente ver extrema apatía y agotamiento.⁹⁵

Diagnóstico

Tomografía del cerebro de un paciente con el alzhéimer mostrando pérdida de la función en el lóbulo temporal.

El diagnóstico se basa primero en la historia y la observación clínica, tanto del profesional de la salud como la que es referida por los familiares, basada en las características neurológicas y

psicológicas, así como en la ausencia de condiciones alternativas: un diagnóstico de exclusión. Durante una serie de semanas o meses se realizan pruebas de memoria y de funcionamiento o evaluación intelectual.⁸ También se realizan análisis de sangre y escáner para descartar diagnósticos alternativos. No existe un test pre mortem para diagnosticar concluyentemente el alzhéimer. Se ha conseguido aproximar la certeza del diagnóstico a un 85%, pero el definitivo debe hacerse con pruebas histológicas sobre tejido cerebral, generalmente obtenidas en la autopsia.¹¹⁸ Las pruebas de imagen cerebral—Tomografía axial computarizada (TAC), Resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía por emisión de positrones (TEP) o la tomografía computarizada por emisión de fotón único—pueden mostrar diferentes signos de que existe una demencia, pero no especifica de cuál se trata. Por tanto, el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se basa tanto en la presencia de ciertas características neurológicas y neuropsicológicas, como en la ausencia de un diagnóstico alternativo y se apoya en el escáner cerebral para detectar signos de demencia. Actualmente existen en desarrollo nuevas técnicas de diagnóstico basadas en el procesamiento de señales electroencefalográficas.

Una vez identificada, la expectativa promedio de vida de los pacientes que viven con la enfermedad de Alzheimer es aproximadamente de 7 a 10 años, aunque se conocen casos en los que se llega antes a la etapa terminal, entre 4 y 5 años; también existe el otro extremo, donde pueden sobrevivir hasta 21 años.

Criterios de diagnóstico

La Asociación del Alzheimer es el organismo que ha establecido los criterios diagnósticos más comúnmente usados, registrados en los Criterios NINCDS-ADRDA del Alzheimer.¹²⁰ Estas pautas

requieren que la presencia de un trastorno cognitivo y la sospecha de un síndrome demencial, sean confirmadas con una evaluación neuropsicológica a modo de categorizar el diagnóstico de Alzheimer en dos: posible o probable. La confirmación histológica, que incluye un examen microscópico del tejido cerebral, es requerida para el diagnóstico definitivo del Alzheimer. Estos criterios incluyen que la presencia de un trastorno cognitivo y la sospecha de un síndrome demencial, sean confirmados por evaluaciones neuropsicológicas para distinguir entre un diagnóstico posible o uno probable de la enfermedad de Alzheimer. Se ha mostrado fiabilidad y validez estadística entre los criterios diagnósticos y la confirmación histológica definitiva.¹²¹ Son ocho los dominios cognitivos que con más frecuencia se dañan en el alzhéimer: la memoria, el lenguaje, la percepción, la atención, las habilidades constructivas y de orientación, la resolución de problemas y las capacidades funcionales. Estos parámetros son equivalentes a los evaluados en los Criterios NINCDS-ADRDA publicados por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Herramientas de diagnóstico

Las evaluaciones neuropsicológicas pueden ayudar con el diagnóstico del alzhéimer. En ellas se acostumbra hacer que el paciente copie dibujos similares a la imagen, que recuerde palabras, lea o sume.

Las evaluaciones neuropsicológicas, incluyendo el examen minimal, son ampliamente usadas para evaluar los trastornos cognitivos necesarios para el diagnóstico del alzhéimer. Otra serie de exámenes más comprensivos son necesarios para una mayor fiabilidad en los resultados, especialmente en las fases iniciales de la enfermedad. El examen neurológico en los inicios del alzhéimer es crucial para el diagnóstico diferencial del alzhéimer y otras

enfermedades. 8 Las entrevistas a familiares también son usadas para la evaluación de la enfermedad. Los cuidadores pueden proveer información y detalles importantes sobre las habilidades rutinarias, así como la disminución en el tiempo de la función mental del paciente. El punto de vista de la persona a cargo de los cuidados del paciente es de especial importancia debido a que el paciente, por lo general, no está al tanto de sus propias deficiencias. Muchas veces, los familiares tienen desafíos en la detección de los síntomas y signos iniciales de la demencia y puede que no comuniquen la información de manera acertada al profesional de salud especializado.

Los exámenes adicionales pueden proporcionar información de algunos elementos de la enfermedad y tienden a ser usados para descartar otros diagnósticos. Los exámenes de sangre pueden identificar otras causas de demencia que no sea el alzhéimer,8 que pueden ser, en pocos casos, enfermedades reversibles. El examen psicológico para la depresión es de valor, puesto que la depresión puede aparecer de manera concomitante con el alzhéimer, o bien ser la causa de los trastornos cognitivos.

En los casos en que estén disponibles imágenes neurológicas especializadas, como la TEP o la tomografía de fotón único, se pueden usar para confirmar el diagnóstico del Alzheimer junto con las evaluaciones del estatus mental del individuo. La capacidad de una tomografía computarizada por emisión de fotón único para distinguir entre el alzhéimer y otras posibles causas en alguien que ya fue diagnosticado de demencia, parece ser superior que los intentos de diagnóstico por exámenes mentales y que la historia del paciente. Una nueva técnica, conocida como PiB PET se ha desarrollado para tomar imágenes directamente y de forma clara, de los depósitos beta-amiloides in vivo, con el uso de un

radiofármaco que se une selectivamente a los depósitos A β . Otro marcado objetivo reciente de la enfermedad de Alzheimer es el análisis del líquido cefalorraquídeo en busca de amiloides beta o proteínas tau.¹³⁵ Ambos avances de la imagen médica han producido propuestas para cambios en los criterios diagnósticos.

Tratamiento

Actualmente se está probando una nueva vacuna preventiva contra el Alzheimer. El neurólogo Gurutz Linazasoro es el encargado de la misma y afirma que "La valoración no puede ser más positiva. Por fin tenemos algo que abre una ventana a la esperanza" (refiriéndose a la vacuna). Su objetivo, según ha dado a conocer el científico, es detener la principal lesión cerebral vinculada al Alzheimer: la producción de placas amiloides. La vacuna produciría anticuerpos encargados de eliminar el beta amiloide , que son las causantes de la neurodegeneración cerebral. Los ensayos de la vacuna se realizarán en Austria, donde 48 pacientes la probarán en las instalaciones de una empresa local experta en monitorización de ensayos. De acreditarse su inocuidad, la vacuna no estará en el mercado hasta dentro de seis o siete años, tiempo que Linazasoro considera lógico y necesario. Como aún no está en vigencia en el mercado mundial, y no es del todo seguro, hay tratamientos que intentan reducir el grado de progresión de la enfermedad y sus síntomas, de modo que son de naturaleza paliativa. El tratamiento disponible se puede dividir en farmacológico, psicosocial y cuidados.

Retrasar el avance

El avance de la enfermedad puede ser más rápido o más lento en función del entorno de la persona con Alzheimer. No es una situación fácil y la familia tendrá que hacer grandes esfuerzos para

ofrecerle a la persona con Alzheimer un entorno lo más favorable posible.

Aceleradores de la enfermedad

- Estrés familiar
- Cambios bruscos en las rutinas diarias
- Cambio a un domicilio nuevo y desconocido (como son las residencias de mayores).

Cuidados

Debido a que el Alzheimer no tiene cura, con el tiempo el paciente cae en un estado de imposibilidad de autosuficiencia para cuidar de sí mismo, por lo que los cuidados por terceros son una medida vital para esa deficiencia y deben ser abordados cuidadosamente durante el curso de la enfermedad.

En las fases tempranas y moderadas, las modificaciones al ambiente donde vive el paciente y a su estilo de vida, pueden darle seguridad y reducirle las cargas al cuidador. Algunos ejemplos de dichas modificaciones son la adherencia a rutinas simplificadas, como son la colocación de candados, el uso de una pulsera con el número de teléfono del cuidador (o soluciones más avanzadas como un localizador por GPS), el etiquetado de los objetos del hogar y el uso de utensilios modificados para la vida diaria. Puede llegar el punto en que el paciente no sea capaz de alimentarse a sí mismo, de modo que debe empezar a ingerir sus alimentos en porciones más pequeñas o en dietas no sólidas con la ayuda de otras personas. Cuando aparezca una dificultad para tragar, puede que sea indicado el uso de sondas gástricas. En tales casos, la efectividad médica y ética de tener que continuar alimentando al paciente son consideraciones importantes que deben tomar los cuidadores y los familiares del individuo. El uso de restricciones

físicas rara vez se indica en cualquier fase de la enfermedad, aunque hay situaciones en que son necesarias para prevenir que el paciente con Alzheimer se dañe a sí mismo o a terceros.

A medida que progresa la enfermedad, pueden aparecer distintas manifestaciones médicas, como las enfermedades orales y dentales, úlceras de presión, desnutrición, problemas de higiene o infecciones respiratorias, urinarias, de la piel o los ojos, entre otras. El manejo cuidadoso del paciente puede prevenir dichos problemas, pero de llegar a aparecer, deben ser tratados bajo supervisión médica. Durante las etapas finales de la enfermedad, el tratamiento se centra en mantener la calidad de vida hasta el fallecimiento.

Otros tratamientos que se están investigando

Se están realizando experimentos con vacunas. Están basados en la idea de que si el sistema inmune puede ser entrenado para reconocer y atacar la placa beta-amiloide, podría revertirse la deposición de amiloide y parar la enfermedad. Los resultados iniciales en animales fueron prometedores. Sin embargo, cuando las primeras vacunas se probaron en seres humanos en 2002, se produjo inflamación cerebral, concretamente meningoencefalitis, en una pequeña proporción de los participantes en el estudio, por lo que se detuvieron las pruebas. Se continuó estudiando a los participantes y se observó una mejora en lo que respecta a la lentitud del progreso de la enfermedad. Recientemente se ha descubierto que la inflamación cerebral estaba producida por una serie de péptidos que se incluían con la vacuna AN-179, por lo que se está investigando en la creación de una vacuna que no tenga dichos péptidos en su composición.

De estar esta enfermedad relacionada con la resistencia a la insulina, se presentan múltiples alternativas terapéuticas.

Se está evaluando actualmente el uso de medicamentos empleados en el tratamiento de la diabetes. Estudios recientes muestran que la administración de insulina por vía intranasal mejora la función cognitiva de pacientes normales y con Alzheimer. Una revisión sistemática de los ensayos clínicos hasta ahora desarrollados muestra resultados esperanzadores. Por otra parte, se ha propuesto el empleo de técnicas de inducción enzimática, con enzimas activas por la insulina.

En el campo de la prevención y educación en salud, un estilo de vida saludable, la práctica regular de algún tipo de actividad física y una dieta equilibrada, podrían prevenir la aparición de muchos casos de la enfermedad.

Otra de las áreas de investigación es la medicina regenerativa. Se trata de inyectar en el cerebro del paciente células madre embrionarias o adultas para intentar detener el deterioro cognitivo. Ya se han hecho experimentos en humanos con resultados positivos.²⁰⁾

2.2.11. Afrontamiento

2.2.11.1. Confrontación

La confrontación sirve para hacer que la persona descubra hasta qué punto está involucrado en tal o tal situación y/o hasta qué punto tiene contradicciones. Su meta es ayudar y clarificar.

2.2.11.2. Distanciamiento

Desconexión o liberación de uno mismo respecto a otras personas o Responsabilidades.

2.2.11.3. Autocontrol emocional

El autocontrol emocional es la capacidad que nos permite controlar a nosotros mismos nuestras emociones y no que estas nos controlen a nosotros, sacándonos la posibilidad de elegir lo que queremos sentir en cada momento de nuestra vida.

Nosotros somos los actores o hacedores de nuestra vida ya que de las pequeñas y grandes elecciones depende nuestra existencia; tenemos la importante posibilidad de hacer feliz o no nuestra vida, a pesar de los acontecimientos externos.

Esos acontecimientos no son los que manejan nuestra vida, sino nosotros mismos, como sujetos activos manejamos nuestra felicidad dependiendo de la interpretación que hacemos de ellos.

Somos lo que pensamos y si aprendemos a controlar nuestros pensamientos también así podremos controlar nuestras emociones.

Sentimiento, lo podemos definir como una reacción física a un pensamiento. Si no tuviéramos cerebro no sentiríamos, con algunas lesiones en el cerebro no se siente ni el dolor físico.

Todas las sensaciones llegan precedidas por un pensamiento y sin la función del cerebro no se pueden experimentar sensaciones.

2.2.11.4. Afrontamiento conductual

Afrontar la situación estresante de forma directa, a través de un proceso que optimice el resultado, o bien no reaccionar de ninguna manera, ni empleando ninguna estrategia de la anterior.

2.2.11.5. Afrontamiento directo

Afrontar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.

2.2.11.6. Autoafirmación

Reacción que expresa directamente los pensamientos o sentimientos de forma no agresiva, coercitiva, ni manipuladora (asertividad).

2.2.11.7. Falta de afrontamiento

Refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos, o reacciones depresivas: "No tengo forma de afrontar la situación".

2.2.11.8. Postergación

Esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar, postergar todo tipo de actividades hasta adquirir mayor y mejor información sobre la situación.

2.2.12. Teoría del cuidado humano Jean Watson

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se

hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Factores curativos de la ciencia del cuidado:

1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.
2. Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva al auto actualización a través del auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado

transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno

interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.
10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas: la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud. ⁽¹⁸⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Huida:** Al comportamiento específico complejo que frente a estímulos que indican peligro producen una respuesta adecuada que aleja o protege al individuo. En los casos en que la reacción es puramente reflejo se denomina reflejo de huida.

Se usa el término en sentido más general para referirse a todo comportamiento que evita situaciones desagradables (alejarse del individuo dominante por ejemplo).

- **Evitación**

La evitación de la situación que provoca ansiedad es una de las respuestas más comunes para intentar regularla. Es más fácil de ejercer frente a estímulos exteriores o ambientales que ante estímulos internos o de valoración social.

La evitación de las situaciones que generan ansiedad implica la renuncia a planes e intereses, o la pérdida de condiciones, que pueden ser importantes para el sujeto, lo que a su vez es fuente de ansiedad.

- **Alzheimer**

Síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional.

- **Afrontamiento**

Cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

- Existe relación significativa entre el conocimiento y afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente

con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2016.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- El nivel conocimiento en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión higiene, en el Asilo San José, Arequipa 2016, es bajo
- El nivel de conocimiento en el familiar con un paciente, con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión alimentación, en el Asilo San José, Arequipa 2016, es bajo.
- El nivel de afrontamiento afectivo en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión emocional, en el Asilo San José, Arequipa, 2016, es bajo.
- El nivel de afrontamiento afectivo en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión conductual, en el Asilo San José, Arequipa, 2013, es bajo.

2.5. VARIABLE

2.5.1. Variable Independiente: Conocimiento.

2.5.2. Variable Dependiente: Afrontamiento afectivo.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TIPO
<p>CONOCIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HIGIENE • ALIMENTACIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> • ASEO PERSONAL • UTILIZA PAÑALES • CONSUME ALIMENTOS RICOS EN FIBRA. • CONSUME ALIENTOS RICOS EN PROTEÍNA. 	<p>NOMINAL</p>	<p>CUALITATIVO</p>

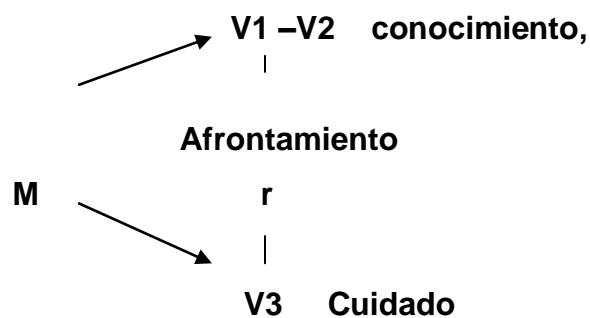
VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TIPO
<p align="center">AFRONTAMIENTO AFECTIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EMOCIONAL • CONDUCTUAL 	<ul style="list-style-type: none"> • SIENTE MIEDO DE TODO LO QUE LO RODEA • MANIFIESTA AGRESIVIDAD. • CONTROL DEL ESTRÉS. 	<p align="center">NOMINAL</p>	<p align="center">CUALITATIVO</p>

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativa, asimismo la investigación es descriptivo de corte transversal ya que nos permite obtener información tal y como se presenta en un espacio y tiempo determinado.

El diseño adecuado para esta investigación es de tipo descriptivo correlacional. El propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación. Cuyo diseño es el siguiente. Hernández et al (2005).



En el presente esquema tenemos:

M = Representa la muestra de estudio

V1-2 = **Conocimiento, Afrontamiento**

V 3 = **Cuidado**

r = Indica el grado de relación entre ambas variables.

Es de corte transversal, ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El Asilo San José queda ubicado en los álamos 333 Arequipa cuenta con 120 pacientes de los cuales se les brindan diversos tratamientos dentro de la población existe 60 pacientes con Alzheimer de los cuales la mitad de ellos no cuentan con una verdadera atención integral debido a las carencias de equipamiento el centro es solventado sus gastos por medio de ONG y donaciones.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población de estudio

Familiares de pacientes con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa que son 300 familiares de cuales se obtuvo la muestra con la fórmula de población finitas.

Criterios de inclusión:

- Familiares directos en el cuidado del paciente con alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa.
- Familiares den cuidado del paciente con alzhéimer en el Asilo.
- Familiares menores de 45 años.

Criterios de exclusión:

- Familiares que no participen en el cuidado directo de pacientes de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa.

3.3.2. Muestra del estudio

Representación numérica de la unidad de estudio. En función de una operación matemática que sustenta la representatividad.

La muestra se calcula a partir de la población referencial, y con aplicación de la fórmula para población finita.

$$n = \frac{E^2 (N-1) + \frac{1}{p \times q}}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra. 134

γ = constante cuyo valor es 2 para población menor de 300.

N = población total.

p = probabilidad de ocurrencia de los hechos.

q =. Probabilidad de no ocurrencia de los hechos.

E = probabilidad de error: 5%.

Derivado de la muestra se continúa con el muestreo que es en el procedimiento u operación selectiva de la unidad de estudio de acuerdo a la decisión tomada, que controla la probabilidad de riesgos.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario, el cual consta de introducción, donde se presenta los objetivos, importancia de su participación y el agradecimiento, datos generales y datos específicos con preguntas cerradas de alternativas múltiples, diseñadas en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El cuestionario fue sometido a validez de contenido y constructor, a través del juicio de expertos (5), conformado por enfermeras especialistas en el tema. Luego, se realizó la prueba binomial mediante la tabla de concordancia. Posterior a ello se realizó la prueba piloto y para determinar la validez estadística se utilizó la prueba del ítem test mediante el coeficiente de correlación de Pearson quedando finalmente conformado por 22 de las 30 preguntas propuestas. Para la confiabilidad estadística se aplicara el alfa de Cronbach.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

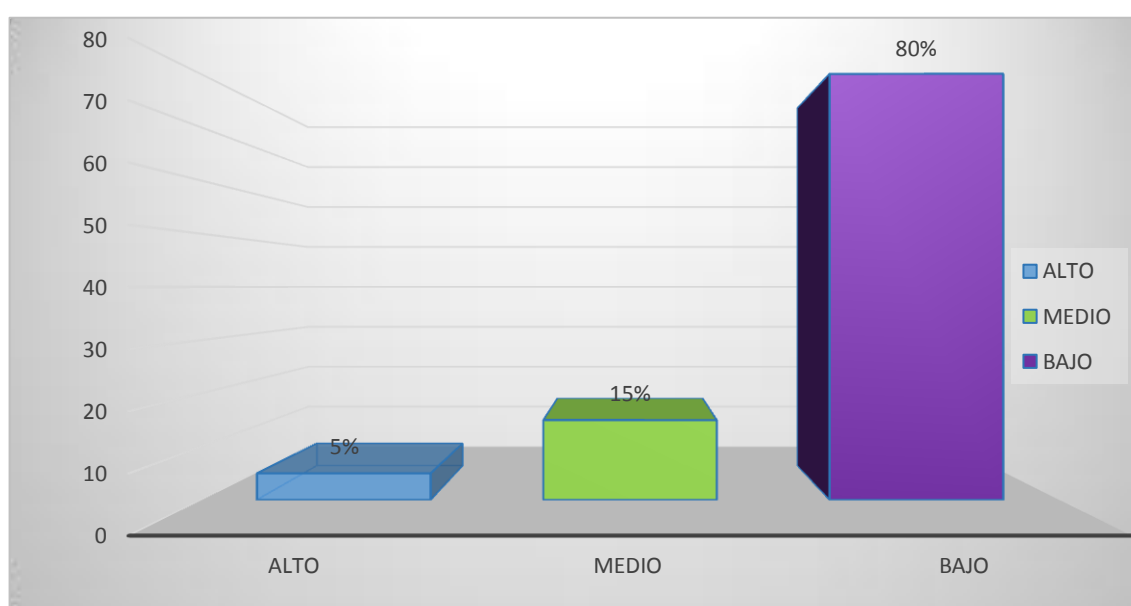
Para llevar a cabo la el presente estudio se realizaron los trámites administrativos mediante un oficio dirigido al Director del asilo a fin de obtener el permiso para su realización. Posterior a ello se realizaron las coordinaciones pertinentes con los familiares para darle a conocer los fines del estudio e iniciar la recolección de datos para nuestro estudio de investigación a partir del inicio del ciclo académico setiembre los días sábados y miércoles de prácticas de 8am a 2pm. Considerando promedio de 10 minutos Luego de concluida la recolección de datos, estos fueron procesados en forma manual previa elaboración de la tabla de códigos asignando a la respuesta el valor de 0=NO, 1=SI, así como la tabla de

matriz a fin de luego sean presentados en gráficos y/o cuadros estadísticos para el análisis.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO N° 1

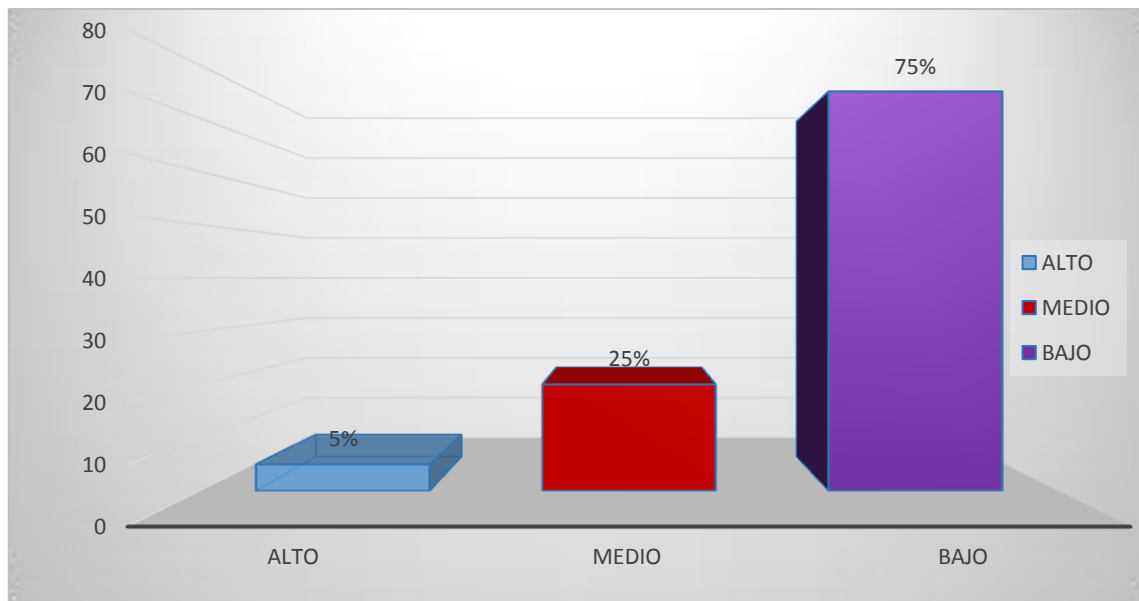
NIVEL CONOCIMIENTO EN EL FAMILIAR CON UN PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA DIMENSIÓN HIGIENE, EN EL ASILO SAN JOSÉ, AREQUIPA 2015



FUENTE: Elaborado por el autor

El gráfico N° 1, se puede inferir que el 80% tienen un nivel de conocimiento bajo en la dimensión de higiene, los familiares no cumplen con rigidez el aseo diario con el paciente, esto por falta de tiempo relacionado a las horas laborales, asimismo vemos un 15% con un nivel de conocimiento medio, esto a raíz de que suelen turnarse con otro familiar para el cuidado del paciente, y un 5% con un conocimiento alto debido a que en ocasiones personal profesional cuida del paciente por temporadas.

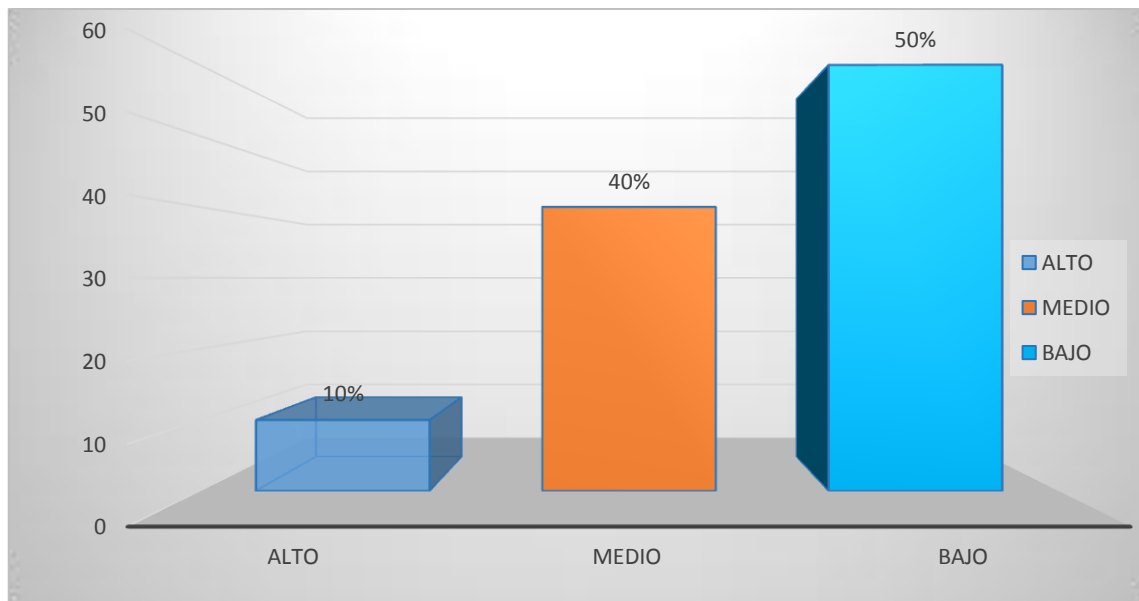
GRAFICO N° 2
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL FAMILIAR CON UN PACIENTE, CON
LA ENFERMEDAD DE ALZHÉIMER EN LA DIMENSIÓN
ALIMENTACIÓN, EN EL ASILO SAN JOSÉ, AREQUIPA 2015



FUENTE: Elaborado por el autor

El gráfico N° 2, se puede inferir que el 75% tienen un nivel de conocimiento bajo en la dimensión de alimentación porque desconocen qué dieta o qué alimentos debe darse a este tipo de paciente, asimismo un 20% con un nivel de conocimiento medio, ya que suelen consultar a un profesional sobre la alimentación que deben llevar estos pacientes, pero en ocasiones suelen no seguir la dieta por falta de economía; y un 5% con un conocimiento alto debido a que consultan a un profesional calificado.

GRAFICO N°3
NIVEL DE AFRONTAMIENTO AFECTIVO EN EL FAMILIAR CON UN
PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA DIMENSIÓN
EMOCIONAL, EN EL ASILO SAN JOSÉ, AREQUIPA, 2015

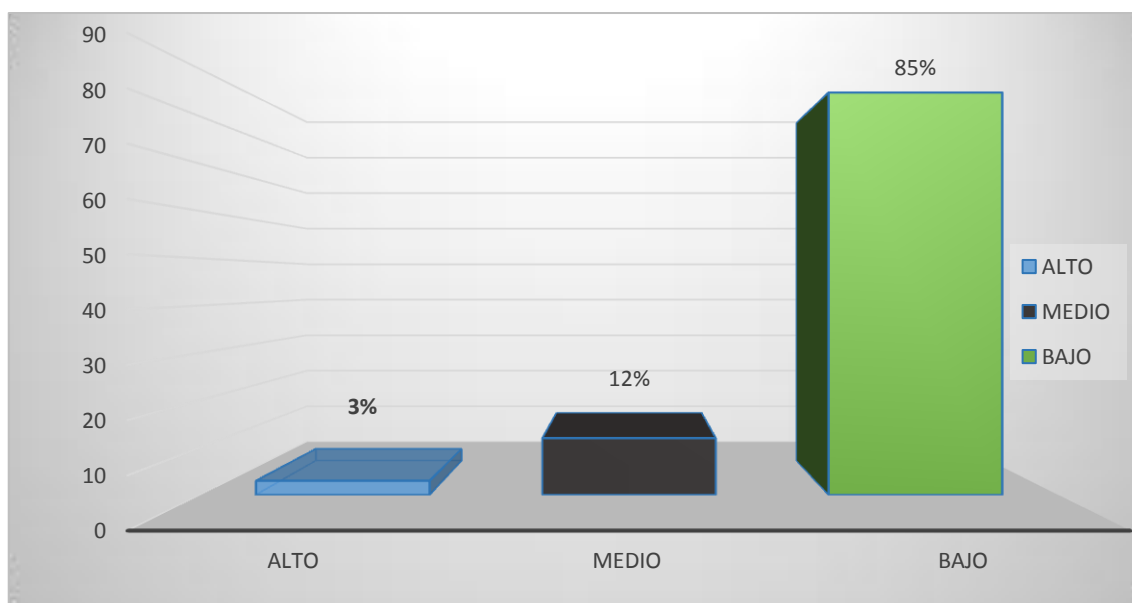


FUENTE: Elaborado por el autor

El gráfico N° 3, Se puede inferir que el 50% tienen un nivel de afrontamiento afectivo bajo en la dimensión emocional, pues suelen sentir mucha pena al ver a su familiar en ese estado y esto se manifiesta en un relativo ausentismo en la visita del paciente. Asimismo vemos un 40% con un nivel de afrontamiento afectivo medio, pues la familia confronta en unión el estado del paciente, y un 10% con un afrontamiento afectivo alto, esta cifra se evidencia porque la familia confronta la situación actual del paciente con ayuda de un profesional.

GRAFICO N° 4

NIVEL DE AFRONTAMIENTO AFECTIVO EN EL FAMILIAR CON UN PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA DIMENSIÓN CONDUCTUAL, EN EL ASILO SAN JOSÉ, AREQUIPA, 2015



FUENTE: Elaborado por el autor

El gráfico N° 4, se puede inferir que el 85% tienen un nivel de afrontamiento bajo en la dimensión conductual, esto se debe a la falta de control emocional de los familiares asimismo vemos un 12% con un nivel de afrontamiento conductual medio, pues la familia confronta en unión el estado del paciente, y un 3% con un afrontamiento afectivo alto.

TABLA N° 1

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y EL AFRONTAMIENTO AFECTIVO DEL FAMILIAR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEÍMER EN EL ASILO SAN JOSÉ, AREQUIPA 2016

	CONOCIMIENTO	AFRONTAMIENTO AFECTIVO	
CONOCIMIENTO	Correlación de Pearson	1	.237*
	Sig. (bilateral)		.048
	N	134	134
AFRONTAMIENTO AFECTIVO	Correlación de Pearson	.237*	1
	Sig. (bilateral)	.048	
	N	134	134

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

FUENTE: Elaborado por el autor

De la Tabla N° 1, La Relación entre el Conocimiento y el Afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015, se confirma con la prueba estadística no paramétrica Correlación de Pearson, cuyo valores fueron de $p = 0,237$ ($p < 0,05$), quedando demostrada la hipótesis planteada: “ existe Relación entre el Conocimiento y el Afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

Al analizar el nivel conocimiento en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión higiene, en el Asilo San José, Arequipa, 2015. Se puede inferir que el 80% tienen un nivel de conocimiento bajo en la dimensión de higiene de los familiares no cumple con rigidez el aseo a diario con el paciente, esto por falta de tiempo relacionado a las horas laborales, asimismo vemos un 15% con un nivel de conocimiento medio, esto a raíz de que suelen turnarse con otro familiar para el cuidado del paciente, y un 5% con un conocimiento alto debido a que en ocasiones personal profesional cuida del paciente por temporadas. Estos resultados son diferentes a los encontrados por, M^a Vicenta Roig, M^a Carmen Abengózar* y Emilia Serra en su estudio: La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, su resultado fue: este estudio indican que experimentaron mayor sobrecarga los cuidadores que son mujeres, mayores de 56 años, casadas, con un hijo, con nivel de estudios bajo-medio, de bajo nivel económico, que cuidan al enfermo alrededor de 10-12 años y que cuidan a enfermos en 3^a fase.

Al analizar, el nivel de conocimiento en el familiar con un paciente, con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión alimentación, en el Asilo San José, Arequipa 2015, se puede inferir que el 75% tienen un nivel de conocimiento bajo en la dimensión de alimentación pues desconocen que dieta o que alimentos debe darse a este tipo de paciente, asimismo un 20%

con un nivel de conocimiento medio, ya que suelen consultar a un profesional sobre la alimentación que deben llevar estos pacientes, pero en ocasiones suelen no seguir la dieta por falta de economía; y un 5% con un conocimiento alto debido a que consultan a un profesional calificado. Estos resultados son diferentes a los encontrados por, Pérez Perdomo Marta, Cartaya Poey Margarita, Olano Montes de Oca Bárbara L. en su estudio: Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. La sobrecarga y la depresión experimentada por los cuidadores principales fueron elevadas. Las variables asociadas a la depresión y la sobrecarga fueron los cuidadores principales que no reciben apoyo y sus pacientes presentaban trastornos en los hábitos alimentarios.

Al analizar el Nivel de afrontamiento afectivo en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión emocional, en el Asilo San José, Arequipa, 2015. Se puede inferir que el 85% tienen un nivel de afrontamiento afectivo bajo en la dimensión emocional, pues suelen sentir mucha pena al ver a su familiar en ese estado. Asimismo vemos un 12% con un nivel de afrontamiento afectivo medio, pues la familia confronta en unión el estado del paciente, y un 3% con un afrontamiento afectivo alto, la familia confronta la situación actual del paciente con ayuda de personal profesional. Estos resultados son similares a los encontrados por Durán Gómez Noelia en su estudio titulado: Funcionamiento psicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, Los resultados del estudio confirman una elevada carga asociada al cuidado de los pacientes con demencia tipo Alzheimer, problemas de salud psíquica, principalmente sintomatología depresiva y repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud percibida por el cuidador.

Al analizar, Nivel de afrontamiento afectivo en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión conductual, en el Asilo San José, Arequipa, 2015. Se puede inferir que el 85% tienen un nivel de afrontamiento afectivo bajo en la dimensión emocional, pues suelen sentir

mucha pena al ver a su familiar en ese estado. Asimismo vemos un 12% con un nivel de afrontamiento afectivo medio, pues la familia confronta en unión el estado del paciente, y un 3% con un afrontamiento afectivo alto, la familia confronta la situación actual del paciente con ayuda de personal profesional. Estos resultados son diferentes a los encontrados por, Pérez Perdomo Marta, Cartaya Poey Margarita, Olano Montes de Oca Bárbara L. en su estudio: Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. La sobrecarga y la depresión experimentada por los cuidadores principales fueron elevadas. Las variables asociadas a la depresión y la sobrecarga fueron los cuidadores principales que no reciben apoyo y sus pacientes presentaban trastornos en los hábitos alimentarios.

Al analizar la Relación entre el Conocimiento y el Afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015, se confirma con la prueba estadística no paramétrica Correlación de Pearson, cuyo valores fueron de $p = 0,237$ ($p < 0,05$), quedando demostrada la hipótesis planteada: “No existe Relación entre el Conocimiento y el Afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2013. Estos resultados son diferentes a los encontrados por, M^a Vicenta Roig, M^a Carmen Abengózar* y Emilia Serra en su estudio: La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, su resultado fue: este estudio indican que experimentaron mayor sobrecarga los cuidadores que son mujeres, mayores de 56 años, casadas, con un hijo, con nivel de estudios bajo-medio, de bajo nivel económico, que cuidan al enfermo alrededor de 10-12 años y que cuidan a enfermos en 3^a fase.

CONCLUSIONES

- La Relación entre el Conocimiento y el Afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015, se confirma con la prueba estadística no paramétrica Correlación de Pearson, cuyo valores fueron de $p = 0,237$ ($p > 0,05$), quedando demostrada la hipótesis planteada: “Existe Relación entre el Conocimiento y el Afrontamiento afectivo del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2016.
- Se puede concluir que el 80% de los familiares de pacientes con Alzheimer tienen un nivel de conocimiento bajo en la dimensión de higiene esto se debe a que no cumplen con rigidez el aseo diario con el paciente, esto por falta de tiempo relacionado a las horas laborales y obligaciones, asimismo vemos un 15% con un nivel de conocimiento medio, esto a raíz de que suelen turnarse con otro familiar para el cuidado del paciente, y un 5% con un conocimiento alto debido a que en ocasiones personal profesional cuida del paciente por temporadas.
- El 50% de los familiares tienen un nivel de afrontamiento afectivo bajo en la dimensión emocional, pues suelen sentir mucha pena al ver a su familiar en ese estado y esto se manifiesta en un relativo ausentismo en la visita del paciente. Asimismo vemos un 40% con un nivel de afrontamiento afectivo medio, pues la familia confronta en unión el estado del paciente, y un 10% con un afrontamiento afectivo alto, esta cifra se evidencia porque la familia confronta la situación actual del paciente con ayuda de un profesional.
- El nivel de afrontamiento afectivo en el familiar con un paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión emocional, en el Asilo San

José, Arequipa, 2015, Se puede inferir que el 85% tienen un nivel de afrontamiento afectivo bajo en la dimensión emocional, pues suelen sentir mucha pena al ver a su familiar en ese estado. Asimismo vemos un 12% con un nivel de afrontamiento afectivo medio, pues la familia confronta en unión el estado del paciente, y un 3% con un afrontamiento afectivo alto, la familia confronta la situación actual del paciente con ayuda de personal profesional

- Se puede inferir que el 85% tienen un nivel de afrontamiento bajo en la dimensión conductual, Esto se debe a la falta de control emocional de los familiares asimismo confronta vemos un 12% con un nivel de afrontamiento conductual medio, ya que los familiares esporádicamente visitan a un psicólogo para un afrontamiento conductual adecuado y un 3% con un afrontamiento afectivo alto.

RECOMENDACIONES

- A las instituciones comprometerse más con la salud de los pacientes a realizar orientaciones en cuanto a higiene y alimentación se debe, mediante de sesiones educativas, demostrativas y talleres, dirigidos a las a los familiares de acuerdo a los hallazgos de la presente investigación es un grupo poblacional que no se debe descuidar, con el propósito de incrementar el conocimiento en el cuidado de estos pacientes.
- A las profesionales de la salud de esta institución a brindar la información y la ayuda necesaria para ayudar en la salud de estos pacientes, para lograr mejoras y apoyo emocional en los familiares, así conformar de grupos de apoyo y contribuir a mejorar el conocimiento y afrontamiento afectivo en pacientes con Alzheimer.
- Se recomienda realizar afiches instructivos dirigida a los familiares para obtener información de una alimentación saludable hacia su familiar.
- Es recomendable que una enfermera y psicólogo pueda realizar talleres y charlas a los familiares a fin de que puedan apoyarlos emocionalmente, trabajar la parte del afrontamiento.
- Capacitar tanto familiar como personal del asilo de realizar sesiones de musicoterapia a fin de que el paciente tenga una conducta adecuada respecto a cómo afrontar su enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Perdomo Marta, Cartaya Poey Margarita, Olano Montes de Oca Bárbara Lucia. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Dic [citado 2016 Sep 03] ; 28(4): 509-520. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192012000400007&lng=es.
2. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007;67(3):187-91.
3. Poo A. (2008). Prevalencia y factores de riesgo asociados al alzhéimer sur de Chile. En: Revista Médica Chile. 136(1):44-52.
4. Ruth, M. (2011). Alzheimer y características socio demográficas en mujeres que consultan en el hospital san José de Medinas. Hospital Nicolás Avellaneda – Catamarca 2000. San Miguelde Tucumán.
5. Ortega L. (2004). Prevalencia Alzheimer a través de la EDPS, en muestras de mujeres mejicanas Hum15: 11-20.
6. Toro M “Psiquiatría”, 3ª Ed; Argentina. 131 – 150.
7. Jaime O. (2006). Depresión a la Edad, Cantidad de Hijos y Estado Civil- Trabajo Científico Original- Acta Cient Estudiantil; 4(3): 137.
8. Lara M. (2006). Síntomas depresivos y factores asociados, en pacientes con alzhéimer de tres instituciones de salud de la ciudad de México, Salud Mental; 29(4):55. Disponible:<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/582/58242908/58242908.html>
9. Rojas G. (2010). Caracterización de mujeres deprimidas en el posparto. Artículo de Investigación Rev Med Chile 138 (5): 536 – 542. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872010000500002&script=sci_arttext&lng=en.

10. Barra F., Barra L., Solis G. (2009). Alzheimer en la tercera edad I. Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa Vol. I, 77 – 88. Publicado Online en Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (www.icpsi.cl).
11. Bright. (1994). Am Fam Physician. 50, pp. 595.
12. Suri and Burt. J. (1997). Pract Psychiatry Behav Health, 3, pp. 67-49
13. Nonacs & Cohen (1998). J Clin Psychiatry, 59. Suppl 2 pp 34-40.
14. Vargas JE; García M. Depresión en el adulto mayor Centro Regional de Investigación en Psicología. 009;3(1):11-8.
15. Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Prevalencia de Depresión por la Escala de Edimburgo. Rev.Chil. Obstet. Ginecol. [Revista en la Internet]. 2010 [citado Mayo 29]; 75(5): 312-320. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262010000500007&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262010000500007.
16. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007;67(3):187-91.
17. Lamas, M. Manuel; Pita Fernández, Salvador. Metodología de la Investigación; Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial) Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña España, 2003, 5: 99-103.
18. Quelopana Ana María, Champion Jane Dimmitt. Validación del cuestionario “Depression Screening Scale” versión en español en mujeres de Arica, Chile: validation of the “postpartum depression screening scale” spanish version in women from arica, Chile. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2010 [citado 2012 Mayo 29]; 16(1): 37-47. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532010000100005&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000100005.50

19. World Health Organization and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. Geneva: WHO Press; 2008.
20. Vargas JE, García M. Depresión y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009;3(1):11-8.
21. Rojas G; Fritsch R; Solís J; González M; Guajardo V; Araya R. Calidad de vida de pacientes con alzhéimer . Rev Méd Chile 2006; 134 (6): 713-720
22. Campo A, Ayola C, Peinado HM, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburg para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol 2007; 58(4):277-83.
23. Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez 2007; 67(3):187-91
24. Latorre JF, Contreras LM, García S, Medina JA. La Depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol 2006; 57(3):156-62.
25. Urdaneta JR, Rivera AT, García J, Guerra M, Baabel NS, Contreras AJ. Prevalencia de depresión por la Escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5):312-20. British Medical Journal of sychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J. <http://teoriasenfermeras.blogspot.pe/2013/06/teoria-de-la-enfermeria-modelo-de.html>

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Conocimiento

Buenos días, me encuentro realizando un trabajo de investigación y deseo contar con su colaboración para contestar el presente cuestionario, ya que con esta información voy a poder obtener datos que permitan materializar mi trabajo final.

Intente responder el test de forma sincera con SI o NO es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad. COMIENZA EL TEST:

	SI	NO
1. El Alzheimer es contagioso		
2. El alzhéimer es perdida de la memoria		
3. El cigarro es un factor de riesgo para desarrollar alzhéimer		
4. El alzhéimer es curable		
5. El factor genético es predisponente para desarrollar alzhéimer		
6. La enfermedad de Alzheimer se desarrolla cuando crecen en el cerebro aglutinaciones de proteínas anormales		
7. La edad es un factor de riesgo de la enfermedad		
8. Los antecedentes son factores de riesgo de la enfermedad		
9. El alzhéimer tiene relación por una alimentación en la juventud		
10. El alzhéimer está relacionado con la esquizofrenia		



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Cuidado

Buenos días, me encuentro realizando un trabajo de investigación y deseo contar con su colaboración para contestar el presente cuestionario, ya que con esta información voy a poder obtener datos que permitan materializar mi trabajo final.

Cuidados de los Familiares de la Enfermedad	ADECUADO	INADECUADO
1. Consume alimentos Ricos en fibra.		
2. Consume hidratos de carbono, aceite frito, quesos fuertes, alimentos precocinados (tienen conservantes y colorantes nocivos).		
3. Vigila lo que beba durante el día. No llene sus vasos hasta el borde.		
4. Tiene miedo a beber, puede ser útil darle la bebida con un biberón. Si se trata de café o té, compruebe la temperatura de la bebida.		
5. Si tiene problemas para masticar, se le pueden hacer demostraciones. En general funciona la imitación		
6. Verifica siempre lo que dice: si ha comido, apagado un cigarro o cerrado un grifo por ejemplo.		
7. Discuta jamás. Si desea cambiar alguno de sus comportamientos, elija sólo uno y procure que el resto de las personas secunden sus posturas		
8. Paseos repetitivos		
9.. Anote las horas en que se despierta normalmente para que el médico le pueda dar el medicamento más adecuado para evitar el insomnio.		
10. Es importante hablarle mucho		
11. Utilice palabras cortas y frases sencillas		
12.. Dispone de un orinal si no puede llegar a tiempo.		
13. Tiene cuidado en no dejarle el pañal mojado mucho tiempo, ya que existe el riesgo de lesiones cutáneas		
14. fijr al suelo alfombras y felpudos, especialmente en el cuarto de baño y dormitorio		
15. Utilice palabras cortas y frases sencillas		

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO “CONOCIMIENTO Y AFRONTAMIENTO AFECTIVO DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL ASILO SAN JOSE AREQUIPA 2015”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVELES
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación del conocimiento y afrontamiento del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el conocimiento y afrontamiento del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en el Asilo San José, Arequipa 2015</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer la relación entre el Conocimiento, Afrontamiento del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión higiene en el Asilo San José, Arequipa 2015 ✓ Establecer la relación entre el Conocimiento, Afrontamiento del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión 	<p>Conocimiento Afrontamiento afectivo</p>	Concepto	Tipos factores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No
			Tratamiento	diagnostico	
		Cuidado	alimentación	tipo	
				Cantidad	
		Comportamiento	Adecuado		

	<p>Emocional en el Asilo San José, Arequipa 2015</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Establecer la relación entre el Conocimiento, Afrontamiento del familiar en el cuidado del paciente con la enfermedad de alzhéimer en la dimensión Alimentación en el Asilo San José, Arequipa 2015		
--	--	--	--

